



OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

**República de Bolivia:
Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social
(Borrador para discusión)**

Gustavo Picado Chacón
Fabio Durán Valverde

OFICINA SUBREGIONAL PARA LOS PAÍSES ANDINOS
Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú VenezuelaA

Agosto de 2007

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

**OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO
OFICINA SUBREGIONAL DE OIT PARA LOS PAÍSES ANDINOS
Bolivia-Colombia-Ecuador-Perú-Venezuela**

**República de Bolivia:
Diagnóstico del sistema de seguridad social**

*Gustavo Picado Chacón
Fabio Durán Valverde*

Agosto de 2007

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	3
CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL DE BOLIVIA: UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO Y DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	3
1.1. Principales rasgos del desarrollo humano en Bolivia.....	5
1.2. Factores estructurales que explican el débil crecimiento económico y el alto nivel de pobreza	19
CAPÍTULO 2.....	26
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA.....	26
2.1. Desarrollo histórico y legal	26
2.2. Campo de aplicación y estructura del sistema de Seguridad Social	28
2.3. Financiación	29
2.4. Acción protectora	29
CAPÍTULO 3.....	32
CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA DE SALUD	32
3.1. Estructura y agentes del Sistema Nacional de Salud.....	33
3.2. Seguros públicos de salud	37
3.2.1. Seguros públicos de maternidad y niñez	37
3.2.2. Seguro Médico Gratuito de Vejez.....	41
3.3. Exclusión social en el sistema de salud de Bolivia	43
CAPÍTULO 4.....	47
LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	47
4.1 Cobertura Legal.....	47
4.2. Financiamiento	51
4.3. Cobertura administrativa de la población total	52
4.4. Otras características del aseguramiento en salud de la seguridad social.....	55
4.4.1. Cobertura de la Población Económicamente Activa.....	58
4.4.2 Cobertura por nivel de ingreso	63
4.4.3. Desequilibrios en la relación cotizantes activos/rentistas	64
4.4.4 Brechas en los niveles de ingresos y gastos de los seguros sociales de salud.....	66
4.4.5. Recursos y capacidad de producción de servicios	67
4.4.4 Brechas en la producción de servicios y costos	69
4.4.5. Productividad de los recursos disponibles	
4.4.6. Subsidios entre la seguridad social y el subsector público.....	71
4.4.7 Asegurados del seguro de corto plazo y el seguro de largo plazo.....	73

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

CAPÍTULO 5.....	75
SISTEMA DE PENSIONES CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO	75
5.1. Sistema de Reparto: antecedentes y argumentos para su sustitución.....	77
5.2. Sistema de Cuenta Individual: características generales.....	81
5.3. Sistema de reparto residual: beneficios otorgados en la transición.....	87
5.4 Costo fiscal del sistema de reparto	92
5.5 Resultados iniciales del Seguro Social Obligatorio	94
5.6. BONOSOL: Pensión no Contributiva Universal	103
 CAPÍTULO 6.....	 108
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
 BIBLIOGRAFÍA	 125

Índice de tablas

Tabla 1.....	5
América Latina: Indicadores de Desarrollo Humano, 2004.....	5
Tabla 2.....	7
Bolivia: Comparaciones índice de desarrollo humano según quintil de ingreso, 2002-2003	7
Tabla 3.....	8
Bolivia: Índice de Desarrollo Humano según departamento, 2001	8
Tabla 4.....	8
Bolivia: Distribución de municipios y población según nivel de desarrollo humano.....	8
Tabla 5.....	9
Bolivia: Índice de desarrollo humano de los diez primeros y diez últimos municipios, 2001.....	9
Tabla 6.....	10
Bolivia: Indicadores de crecimiento demográfico y de la estructura poblacional, 1950-2050	10
Tabla 7.....	10
Tasa de mortalidad infantil para niños menores de cinco años según	10
sexo y estrato de ingreso. Tasa por mil niños nacidos vivos.....	10
Tabla 8.....	12
Bolivia: Indicadores generales de situación de salud y de compromiso con la salud	12
Tabla 9.....	15
América Latina: Indicadores de alfabetización y educación.....	15
Tabla 10.....	16
Bolivia: Clasificación de los jóvenes de 15 a 19 años de edad según su distribución	16
a lo largo del ciclo escolar(%), 2002.....	16
Tabla 11	16
América Latina. Indicadores de compromiso con la educación: gasto público	16
Tabla 12.....	17
Porcentaje de niños y niñas que finalizan la educación primaria según estrato de ingreso	17
Tabla 13.....	18
América Latina: Indicadores de resultados económicos	18
Tabla 14.....	18
Porcentaje de la población bajo las líneas de pobreza e indigencia por zona geográfica, 2004	18
Tabla 15.....	19
Bolivia: Nivel y distribución del ingreso de los hogares según zona geográfica, 2002.....	19
Tabla 16.....	20
Bolivia: Distribución de la Población Económicamente Activa Ocupada según	20
categoría ocupacional y rama de actividad económica (%)	20
Tabla 17.....	21
Bolivia: Distribución de la Población Económicamente Activa Ocupada por género y zona geográfica según inserción laboral, 1997-2004 (%).....	21
Tabla 18.....	21
Bolivia: Distribución de la Población Económicamente Activa Urbana Ocupada en sectores de baja productividad (% del total de la población urbana ocupada)	21

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Tabla 19.....	22
Bolivia: Proporción del empleo por cuenta propia por género	22
según grupo etario y nivel educativo, 1990-1999 (%)	22
Tabla 20.....	23
América Latina y otras regiones: Duración del desempleo.....	23
promedio período 1990-2001 (%)	23
Tabla 21.....	24
Subempleo en América Latina, promedio período 1990-2001 (% del empleo).....	24
Tabla 22.....	24
América Latina y otras regiones: Brechas de desempleo por zona geográfica, género, edad y nivel de escolaridad, promedios período 1990-2001	24
Tabla 23.....	32
Continente Americano: Tasa de mortalidad infantil e indicadores relacionados, 2004.....	32
Tabla 24.....	36
Establecimientos de salud del SNS según subsector, nivel de atención y área, 2006.....	36
Tabla 25.....	40
Características fundamentales de los seguros públicos de maternidad y niñez, 1996-2006.	40
Tabla 26.....	42
Población cubierta por el Seguro Médico Gratuito de Vejez, 2005.....	42
Tabla 27.....	44
América Latina y el Caribe: Interacción entre el financiamiento público y	44
las cotizaciones de la seguridad social en el sector salud	44
Tabla 28.....	48
Definición de asegurados y beneficiarios de la seguridad social de corto plazo	48
Tabla 29.....	50
Prestaciones en dinero de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales	50
a corto plazo: duración, condiciones y cuantía del beneficio.....	50
Tabla 30.....	53
Grupo de países seleccionados de América Latina	53
Afiliación a seguros de salud, cobertura efectiva e incidencia de la exclusión social en salud.....	53
Tabla 31.....	54
Población total asegurada por el sistema de seguros de salud	54
Cifras absolutas y relativas. 1996-2004	54
Tabla 32.....	58
Cobertura de la seguridad social en salud respecto a la PEA (%), 1996-2003	58
Tabla 33.....	.....
Caracterización general de la cobertura de la PEA, 2002 .....	.....
-en porcentajes- .....	.....
Tabla 35.....	65
Población protegida por los seguros sociales de salud, según condición de aseguramiento	65
1956-2004.....	65
Tabla 36.....	66
Indicadores de activos/rentistas y beneficiarios/activos según Caja o Seguro de Salud, 2004.....	66

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Tabla 37.....	67
Ingreso promedio anual por cotizante activo y asegurados totales según Caja de Salud.....	67
Cifra en bolivianos. Año 2004	67
Tabla 38.....	68
Establecimientos, médicos y camas disponibles en los seguros sociales de salud, 2004	68
Tabla 39.....	70
Indicadores de producción de los servicios prestados por los seguros sociales de salud, 2004.....	70
Tabla 40.....	71
Seguros sociales de salud: costo promedio y tasa de variación anual de consulta externa, egreso y día estancia, período 1999-2003.....	71
Tabla 41.....	
Indicadores seleccionados de productividad de los seguros sociales de salud, 2003	
Tabla 42.....	72
Centro de atención de las personas que reportaron enfermedad o accidente	72
en la Encuesta de Hogares MECOVI 2002.....	72
Tabla 43.....	76
Modelos y características de las Reformas de Pensiones en América Latina, 2003	76
Tabla 44.....	79
Sistema de pensiones de Reparto	79
Cobertura de la PEA y relación activos/pasivos	79
Tabla 45.....	83
Tasas de contribución por agente: Sistema de Reparto vs. Sistema Cuenta Individual.....	83
Cifras en %	83
Tabla 46.....	85
Número de pensionados y gastos en pensiones de invalidez y vejez.....	
1997-2002.....	
Tabla 47.....	86
Distribución de los afiliados al SSO según AFP, 1997-2005	86
Tabla 48.....	92
Costo Proyecto vs. Ejecutado de la Reforma de Pensiones	92
1997-2001. Cifras en millones de US\$.....	92
Tabla 49.....	93
Costo de la Reforma de Pensiones según distintos modelos de proyección	93
Cifras en millones de US\$.....	93
Tabla 50.....	94
Costos adicionales por categoría de la Reforma de Pensiones.....	94
Cifras en millones de US\$.....	94
Tabla 51.....	96
Número e indicadores de los afiliados al SSO, 1997-2005.....	96
Tabla 52.....	98
Porcentaje de afiliación de las PEA a las AFP, 2002.....	98
Tabla 53.....	101
Población ocupada urbana: Motivos por los que no está afiliado a una AFP, 2005.	101
Tabla 54.....	101
Distribución relativa del portafolio de inversiones del SSO (%).....	101
1997, 1999, 2001, 2003, 2005	101

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Tabla 55.....	
Evolución histórica de la rentabilidad del FCI.....	
Tasas anuales nominales y reales (%).....	
Tabla 56.....	
Comisiones y gastos operativos de las AFP en Bolivia, 1999-2005	
Tabla 57.....	104
Características generales de pensiones universales en el mundo, 2003	104
Tabla 58.....	105
BONOSOL: Beneficiarios, transferencias individuales y totales y relación respecto PIB	105
1997-2004.....	105
Tabla 59.....	107
Sostenibilidad del Bonosol según diversos escenarios y supuestos.....	107
2006-2080.....	107

Lista de acrónimos

BRISAS	Brigadas de Salud
CNS	Caja Nacional de Salud
CORDES	Corporaciones de Desarrollo
COSSMIL	Corporación del Seguro Social Militar
CSBP	Caja de Salud de la Banca Privada
DILOS	Directorios Locales de Salud
EXTENSA	Extensión de Coberturas
HIPC	Países Pobres Altamente Endeudados
IDH	Impuestos Directos a los Hidrocarburos
INASES	Instituto Nacional de Seguros
INE	Instituto Nacional de Estadística
SINEC	Seguro Integral de Salud
CPS	Caja Petrolera de Salud

Presentación

La seguridad social, tal como se enuncia por la constitución de la Organización Internacional del Trabajo, es un instrumento fundamental para el progreso y el desarrollo de los pueblos. Su promoción y extensión se enmarca dentro de los objetivos estratégicos de la OIT.

La realización periódica de diagnósticos de los sistemas nacionales de seguridad social, constituye una tarea estratégica que nos permite con parte de nuestra misión en el sentido de suministrar a las autoridades públicas y a las organizaciones de empleadores y de trabajadores, insumos que permitan conocer la situación y el desempeño general de dichos sistemas. Por lo tanto, son una guía para la formulación de políticas nacionales de seguridad social.

En este orden de ideas, el trabajo que aquí se presenta, tiene como objetivo analizar, entre otras cosas, la evolución reciente del sistema boliviano de seguridad social, sus logros más recientes, los problemas vigentes y los retos más importantes que afronta.

Además de proveer un análisis del contexto social dentro del cual se desenvuelven las políticas de seguridad social en Bolivia, se aborda el estudio y análisis de la estructura programática del sistema de protección social, la distribución de las principales funciones con énfasis en las instituciones de seguridad social, la administración y las características del esquema de gobierno y campo de aplicación, así como el desempeño en cuanto a la cobertura y financiamiento.

El presente estudio es el fruto del esfuerzo del equipo de trabajo en seguridad social de la Oficina Subregional de la OIT para los Países de la Región Andina y del Departamento de Seguridad Social de OIT/Ginebra. Fue desarrollado a través del Proyecto BOL/06/50M/NET Programa de Apoyo al Trabajo Decente – PATD, el cual es financiado por la Cooperación del Reino de los Países Bajos.

Para la OIT, representa una muestra de su interés por acatar la Resolución sobre Seguridad Social, de la 89ª Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT, junio de 2001. Consideramos que constituye un esfuerzo valioso y necesario en aras de contar con instrumentos que faciliten al Gobierno e interlocutores sociales cumplir con el mandato de garantizar la seguridad social como un Derecho Humano. A la Oficina Internacional del Trabajo, le permite ofrecer el apoyo y acompañamiento necesario para avanzar en ese sentido.

José Luis Daza Pérez
Director de la Oficina Subregional de OIT para los Países Andinos

Introducción

En las últimas décadas, Bolivia ha progresado sustancialmente en la mejora de algunos indicadores claves del desarrollo humano tales como la tasa de mortalidad infantil, y en menor grado, en la reducción de los niveles de pobreza. No obstante, aún no cuenta con un sistema de protección social apropiadamente estructurado y articulado, que responda de manera eficaz y oportuna a las múltiples necesidades de sus habitantes. Tales necesidades han ido aumentando con el transcurso de los años, particularmente después de la crisis económica de mediados de los años ochenta, la disminución del empleo público producto de la privatización de numerosas empresas y el incremento del empleo informal.

En el campo de la salud se tiene un sistema sumamente segmentado y fragmentado, con un importante gasto de bolsillo que pone en riesgo la estabilidad financiera de los individuos y familias. La exclusión social en salud es un fenómeno generalizado, pero que incide de sobremanera en la población indígena, residentes de las áreas rurales, trabajadores de la economía informal, personas de escasos recursos, mujeres y adultos mayores. La seguridad social en salud registra una de las coberturas más bajas de América Latina y el Caribe, y su gestión está a cargo de veinte cajas o seguros de salud, que con la única excepción de la Caja Nacional de Salud, tienen un vínculo directo y absoluto con el aseguramiento de trabajadores de ciertas actividades económicas o instituciones.

Por otro lado, en mayo de 1997 entró en vigencia una reforma al sistema de pensiones, que permitió el cierre del antiguo sistema de reparto público y el inicio de un régimen de capitalización individual. El financiamiento de las cuentas individuales para la jubilación está a cargo únicamente del trabajador (10% del salario o ingreso devengado), cuya administración corresponde a dos Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Los riesgos de invalidez y muerte son financiados conjuntamente por el trabajador y empleador, y hasta finales del año 2006, su gestión correspondía a dos compañías de seguros. Si bien el número de afiliados ha crecido significativamente, los aportantes o cotizantes activos, permanecen en un nivel en proporción a la PEA, tan bajo como el registrado en el antiguo sistema público de reparto.

Uno de los rasgos distintivos de Bolivia en materia de pensiones, es la creación de la renta anual vitalicia denominada Bonosol, que constituye una pensión universal, pues la única condición para percibirlo es contar con 65 años o más. Este beneficio tiene una función de pensión mínima, pero su financiamiento está condicionado a las ganancias y la potencial venta de las acciones de las denominadas empresas capitalizadas.

En este contexto, el objetivo fundamental de este estudio es presentar un análisis detallado de la situación actual de la seguridad social en Bolivia, particularmente, del seguro de salud y seguro de pensiones. Se hace un especial énfasis al tema de la cobertura, pues éste evidencia las limitaciones del enfoque clásico de aseguramiento a partir de la condición laboral, así como las reducidas capacidades contributivas de una proporción elevada de la población de este país.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

El documento está estructurado en seis capítulos, más esta sección introductoria. El capítulo I aborda aspectos relativos al contexto socioeconómico laboral que ha caracterizado a Bolivia en las últimas décadas, con especial énfasis en el análisis de los principales indicadores y condicionantes del desarrollo humano, nivel de pobreza y estructura del mercado laboral. El capítulo II describe a grandes rasgos el sistema de seguridad social que opera en Bolivia, precisando momentos cruciales de su evolución histórica, así como campo de aplicación y regímenes que lo integran.

El capítulo III trata sobre el sistema de salud boliviano, dimensionando la participación de la seguridad social en éste y señalando las limitaciones que se experimentan, particularmente en materia de exclusión social de salud, dada la segmentación y fragmentación que lo distinguen. En el capítulo IV, se profundiza en la cobertura, administración, gestión y financiamiento del conjunto de cajas y seguros de salud que cubren los riesgos de enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo de corto plazo, poniendo en evidencia las limitaciones observadas en materia de cobertura y desempeño.

El capítulo V aborda el sistema de pensiones, incluyendo tanto el sistema de reparto y gestión pública cerrado en mayo de 1997, una descripción y evaluación del nuevo sistema de capitalización individual, así como aspectos básicos asociados con el Bonosol. En el último capítulo, se sintetizan las principales conclusiones, y se esbozan en líneas muy generales, un conjunto de recomendaciones útiles para la elaboración en un futuro próximo, de un plan de expansión y fortalecimiento de la seguridad social en Bolivia.

Los autores desean dejar constancia de su profundo agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que aportaron insumos, análisis y comentarios útiles para la elaboración del presente estudio. En especial, un reconocimiento a Licda. Marcela Alcocer, funcionaria del Proyecto Trabajo Decente de OIT que opera en Bolivia, quien actuó como coordinadora de las misiones llevadas a cabo en el transcurso de este estudio, así como al Dr. Bolívar Pino, Director de SIAL/OIT (Sistema de Información y Análisis Laboral) quien tuvo a cargo la coordinación del procesamiento especial de las Encuestas de Hogares utilizadas para la elaboración del presente informe. Así también, los autores desean agradecer muy especialmente al Departamento de Seguridad Social de OIT, SOCSEG de Ginebra, por sus aportes técnicos en la formulación de contenidos, revisión y comentarios orientados a enriquecer el presente documento, en especial a Carmen Solorio, Encargada de Coordinación de Actividades en Seguridad Social de OIT para América Latina.

Capítulo 1

Contexto económico y social de Bolivia: un análisis desde la perspectiva del desarrollo humano y de los objetivos de desarrollo del milenio

El análisis del contexto económico y social de Bolivia constituye un elemento fundamental para comprender muchos de los elementos que en relación al grado de eficiencia y de equidad de los subsistemas de salud, pensiones y seguridad en el trabajo se abordarán en el presente Informe. En razón de ello, este capítulo tiene como objetivo fundamental aportar información que permita al lector dimensionar las oportunidades y/o amenazas que el entorno socioeconómico impone a tales subsistemas, así como dilucidar los principales factores estructurales que lo explican.

Dos temas constituyen los ejes articuladores de la información que se presenta:

- i) **Visión de Desarrollo Humano**, la cual plantea que el desarrollo es el proceso de ampliación de oportunidades y capacidades humanas para vivir una vida plena, entendiendo por esta el disfrute de una vida larga y saludable, con adquisición de conocimientos, acceso a los recursos para un nivel de vida digno, conservándolos para las generaciones futuras, garantizando la seguridad personal, y logrando la igualdad para todos, hombres y mujeres; lo cual implica que las personas son tanto el fin último del desarrollo como el medio para lograrlo. Dada la aceptación generalizada de esta visión del desarrollo, se utiliza en el presente informe el “*Índice de Desarrollo Humano*” (IDH) que publica el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el fin de valorar los avances logrados por los países más allá del producto interno bruto per cápita, que es la medida tradicional en esta materia. Este índice es una medida sintética que resume para cada país, un conjunto de indicadores relativos a la salud (esperanza de vida) y a la educación (alfabetismo y matrícula escolar), que complementan el indicador del ingreso (ingreso per cápita). Los indicadores relativos a la salud, buscan dimensionar las oportunidades y capacidades de los habitantes de una nación para el disfrute de una vida larga y saludable; mientras que los de Educación, las relativas a la adquisición de conocimientos. Por su parte, los indicadores de ingreso miden las oportunidades y capacidades de la población para el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno.
- ii) **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, definidos en el año 2000 en el seno de las Naciones Unidas por autoridades gubernamentales de 147 países, incluido Bolivia; los cuales persiguen: i) erradicar la pobreza extrema y el hambre, ii) lograr la enseñanza primaria universal, iii) promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, iv) reducir la mortalidad infantil, v) mejorar la salud materna, vi) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, vii) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, y viii) fomentar la asociación mundial para el desarrollo. Cada objetivo contiene metas cuantificables en las que se indica para cada país, el nivel que deberían alcanzar en el año 2015 las principales variables económicas y sociales que comprenden los objetivos propuestos.¹

¹ Tales objetivos tienen un fuerte sustento en la visión integral derivada de los acuerdos suscritos en las cumbres mundiales de las Naciones Unidas celebradas en la década de 1990 y forman parte de la “Declaración del Milenio” de alcance aún más amplio, en la que se propone, entre otros temas importantes, el desarrollo de consensos en torno a temas de fundamental importancia como la paz, la seguridad y el desarme, los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno y el fortalecimiento de las Naciones Unidas.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Una de las principales ventajas de utilizar el IDH para dimensionar el entorno socioeconómico de los subsistemas de salud, pensiones y seguridad en el trabajo, es su comparabilidad tanto en el plano internacional como en el intranacional (i.e. regiones, departamentos, municipios, grupos sociales). A ello se une la posibilidad de su desagregación en indicadores que miden el estado de las oportunidades y capacidades para el disfrute de una vida larga y saludable, la adquisición de conocimientos y el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno.

Dado que los “*Objetivos de Desarrollo del Milenio*” guardan estrecha relación con la visión que promueve el “*Desarrollo Humano*”², no sólo interesará en el presente capítulo analizar el grado en que Bolivia ofrece oportunidades e invierte en generar capacidades a sus habitantes; sino también el grado de avance que a la fecha este país ha logrado respecto a las metas económicas y sociales contempladas en el marco de tales objetivos. Ello tiene el potencial de ser un medio sólido no sólo para comprender las dimensiones de la privación de oportunidades y capacidades, sino también para identificar áreas susceptibles de mejora.

Para tal propósito se utilizan indicadores publicados en el “*Informe sobre Desarrollo Humano 2006*” del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), los cuales se complementan con indicadores contenidos en los informes “*Panorama Social de América Latina 2006*” y “*Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*”, publicados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); así como en el Anuario Estadístico 2005, del Instituto Nacional de Estadística (INE).

² Tal relación se ilustra en la Tabla siguiente:

Relación entre las capacidades y condiciones fundamentales para el desarrollo humano con los “Objetivos de Desarrollo de Milenio”

Capacidades y condiciones fundamentales para el desarrollo humano	Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondientes
a- Vida larga y saludable.	4- Reducir la mortalidad infantil. 5- Mejorar la salud materna. 6- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
b- Adquisición de conocimientos.	2- Lograr la enseñanza primaria universal. 3- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
c- Nivel de vida digno.	1- Erradicar la extrema pobreza y el hambre.
d- Libertad civil y política	n.a.
e- Sostenibilidad ambiental .	7- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
f- Equidad de género.	3- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
g- Entorno económico global	8- Fomentar la asociación mundial para el desarrollo.

1.1. Principales rasgos del desarrollo humano en Bolivia

i. Fuerte desequilibrio entre los componentes económico-sociales del proceso de desarrollo humano. De conformidad con la metodología del IDH, Bolivia alcanzó en el 2004 un IDH de 0.692, el cual se ubica dentro del rango de [0.500, 0.800] correspondiente a los países con desarrollo humano medio. Si bien durante las últimas tres décadas este indicador ha experimentado un crecimiento importante (0.514 en 1975), en el 2004 el país ocupó la posición treinta dentro del total de treinta y tres países y territorios que conforman América Latina y el Caribe³. Sólo Honduras, Guatemala y Haití están en posiciones inferiores.

Tabla 1
América Latina: Indicadores de Desarrollo Humano, 2004

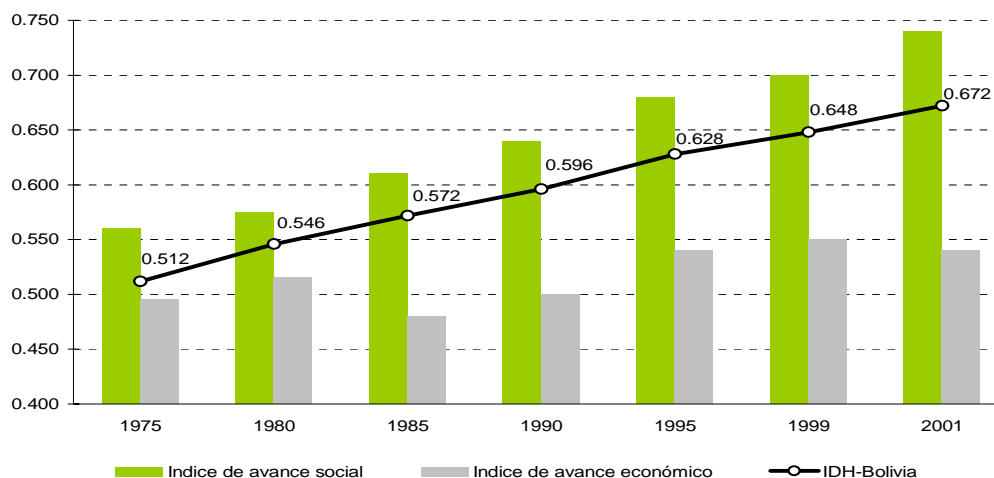
País	Valor del Índice Desarrollo		Esperanza de vida al nacer (años) 2004	Tasa de alfabetización de adultos, (%), 2004	Tasa bruta combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria, (%), 2004	PIB per cápita (PPA en US\$), 2004
	1975	2004				
América Latina y el Caribe	..	0,795	72,2	90,2	81	7.964
IDH alto						
1 Barbados	..	0,879	75,3	..	89	15.720
2 Argentina	0,784	0,863	74,6	97,2	89	13.298
3 Chile	0,700	0,859	78,1	95,7	81	10.874
4 Uruguay	0,756	0,851	75,6	..	89	9.421
5 Costa Rica	0,749	0,841	78,3	94,9	72	9.481
6 Cuba	..	0,826	77,6	99,8	80	..
7 San Cristobal y Nieves	..	0,825	70,0	97,8	80	12.702
8 Bahamas	..	0,825	70,2	..	66	17.843
9 México	0,684	0,821	75,3	91,0	75	9.803
10 Trinidad y Tobago	0,751	0,809	69,8	..	67	12.182
11 Panamá	0,710	0,809	75,0	91,9	80	7.278
12 Antigua y Bermunda	..	0,808	73,9	85,8	69	12.586
IDH medio						
13 Dominica	..	0,793	75,6	88,0	83	5.643
14 Brasil	0,643	0,792	70,8	88,6	86	8.195
15 Colombia	0,667	0,790	72,6	92,8	73	7.256
16 Santa Lucía	..	0,790	72,6	94,8	76	6.324
17 Venezuela, RB	0,715	0,784	73,0	93,0	74	6.043
18 Perú	0,639	0,767	70,2	87,7	86	5.678
19 Ecuador	0,627	0,765	74,5	91,0	..	3.963
20 Granada	..	0,762	65,3	96,0	73	8.021
21 San Vicente y las Granadinas	..	0,759	71,3	88,1	68	6.398
22 Suriname	..	0,759	69,3	89,6	72	..
23 Paraguay	0,674	0,757	71,2	..	70	4.813
24 República Dominicana	0,622	0,751	67,5	87,0	74	7.449
25 Belice	..	0,751	71,8	75,1	81	6.747
26 El Salvador	0,595	0,729	71,1	..	70	5.041
27 Guyana	0,679	0,725	63,6	96,5	76	4.439
28 Jamaica	0,687	0,724	70,7	79,9	77	4.163
29 Nicaragua	..	0,698	70,0	76,7	70	3.634
30 Bolivia	0,514	0,692	64,4	86,7	87	2.720
31 Honduras	0,522	0,683	68,1	80,0	71	2.876
32 Guatemala	0,514	0,673	67,6	69,1	66	4.313
33 Haití	..	0,482	52,0	..	..	1.892
Promedio ALC/ Bolivia			1,12	1,04	0,93	2,93

Fuente: PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2006.

³ Desde una perspectiva internacional más amplia, Bolivia ocupa la posición: i) 115 dentro del total de 177 países para los cuales el IDH es calculado, ii) 52 dentro del subconjunto de 83 países de desarrollo humano medio.

¿Qué factor explica esta modesta ubicación Bolivia dentro del ranking de IDH de América Latina y el Caribe? Fundamentalmente, el hecho de que en los últimos treinta años el proceso de desarrollo humano en Bolivia refleja un desequilibrio entre importantes logros en los aspectos sociales del desarrollo (salud y educación), y un notable estancamiento en la dimensión económica del mismo (Gráfico 1).

Gráfico 1
Evolución IDH Bolivia por componentes, 1975-2001



Fuente: PNUD 2002-PNUD 2003

Este hecho se ratifica al observar en la Tabla 1 que la brecha entre el PIB per cápita del país es mucho menor a las que resultan de comparar los indicadores sociales, particularmente los relativos a la educación. Así, mientras que en términos desagregados el IDH de Bolivia combina una esperanza de vida al nacer de 64.4 años, una tasa de alfabetización de adultos de 86.7%, una tasa bruta combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria del 87%, y un PIB per cápita de \$2,720 ppa⁴; los respectivos promedios regionales ascienden a: 72.2 años, 90,2%, 81%, y \$6.746,3 ppa. Nótese que en promedio, los habitantes de Bolivia perciben al año un ingreso per cápita que es aproximadamente la tercera parte del ingreso per cápita de la región. Este desequilibrio o asimetría entre el avance social y el económico, constituye el primer rasgo a destacar respecto al proceso de desarrollo humano boliviano. ¿Qué tan sostenible será a futuro esta situación? Al respecto, Rains y Stewart (2002) señalan que “*con el tiempo, la parte más débil [la economía] actuará como freno sobre la otra [área social] y producirá un círculo vicioso*”⁵. Desafortunadamente, según el último Informe Nacional de Desarrollo Humano, este precisamente parece ser el caso, pues “el período actual de crisis, inflexión y cambio se caracteriza por una regresión del PIB per cápita acompañado por fuertes dificultades para preservar niveles significativos de inversión social”⁶. Tal como se señala a continuación, este patrón de desarrollo humano, caracterizado por un crecimiento económico endeble, ha consolidado fuertes disparidades sociales y territoriales.

⁴ El término “ppa” significa: ajustado por paridad del poder adquisitivo.

⁵ Se aclara que ambos autores también señalan que si a lo largo del tiempo se fortalecen las vinculaciones, quizá una modificación de políticas, se podría generar también un círculo virtuoso.

⁶ Bolivia, Informe Nacional de Desarrollo Humano 2004, Capítulo 2: La Economía Posible, pág.58.

ii. Acentuadas brechas sociales y territoriales. Un segundo rasgo a destacar respecto al desarrollo humano en Bolivia, consiste en la significativa desigualdad que impera entre diferentes grupos sociales y territorios del país. Así, desde la perspectiva del nivel de ingreso, el puntaje del IDH del 20% de la población más rica corresponde a 1,46 veces al puntaje del 20% de la población más pobre. Esta relación equivale a decir que el 20% más rico de la población de Bolivia se ubica dentro del grupo de desarrollo humano alto, comparable al de Polonia; mientras que el 20% más pobre se ubica en un nivel compatible al promedio de Pakistán. Los dos grupos están separados por 97 posiciones en el cuadro mundial del IDH (Tabla 2).

Tabla 2
Bolivia: Comparaciones índice de desarrollo humano según quintil de ingreso, 2002-2003

Quintil	IDH	Componentes IDH			Escala mundial IDH
		Esperanza de vida	Educación	PIB per cápita	
I	0.561	0.63	0.72	0.33	1.0
II	0.638	0.62	0.83	0.46	0.9
III	0.699	0.67	0.89	0.54	0.8
IV	0.749	0.69	0.92	0.63	0.7
V	0.820	0.68	0.95	0.83	0.6
Promedio	0.690	0.65	0.87	0.55	0.5
Razones:					
V / I:	1.46	1.08	1.32	2.52	0.4
I / promedio:	0.81	0.97	0.83	0.60	0.3
V / promedio:	1.19	1.05	1.09	1.51	0.2

Fuente: PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2006.

Desde un enfoque territorial, los informes que a nivel de regiones, departamentos y municipios ha publicado para Bolivia el PNUD, evidencian también la presencia de importantes inequidades. Una breve caracterización de las mismas se presenta a continuación:

- **Brechas entre departamentos:** El territorio boliviano se subdivide en nueve departamentos, siete de ellos con un nivel de desarrollo humano medio-medio (Santa Cruz, Tarija, Beni, La Paz, Cochabamba, Pando y Oruro), y dos con un nivel de desarrollo humano medio-bajo (Potosí y Chuquisaca)⁷. Los departamentos con mejores niveles de desarrollo humano se encuentran al oriente (Santa Cruz) y al sur del país (Tarija), en tanto que los de menor nivel se ubican en las zonas altas del occidente y sobre todo en los valles centrales. Mientras que en Santa Cruz reside el 25.3% de la población del país (y es el único departamento que supera el IDH promedio nacional en todos sus componentes), para Potosí y Chuquisaca ese porcentaje asciende en conjunto a un 11.5%.

⁷ La clasificación de los departamentos según su nivel de desarrollo, se realiza conforme al siguiente criterio: i) desarrollo humano medio-bajo: si IDH oscila entre [0.500, 0.600[, ii) desarrollo humano medio-medio: si IDH oscila entre [0.600, 0.700[, y iii) desarrollo humano medio-alto: si IDH oscila entre [0.700, 0.800[.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Según se observa en la Tabla 3, el número de veces que el valor del IDH del departamento mejor calificado (Santa Cruz) contiene al valor del peor calificado (Potosí) es de 1.34. Por otro lado, a nivel desagregado todos los departamentos presentan un logro educativo ligeramente superior al de salud, y sobre todo muy por encima del indicador de ingresos. Oruro muestra la brecha más importante entre indicadores: más de tres décimas de diferencia entre el indicador de logro en educación (0.781, segundo lugar entre los departamentos y cercano a un nivel alto de desarrollo humano) y el indicador de ingresos (0.476, el antepenúltimo del país y característico más bien de un nivel de desarrollo humano bajo).

Tabla 3
Bolivia: Índice de Desarrollo Humano según departamento, 2001

Departamento	% población	IDH	Componentes IDH			Diferencial IDH ¹
			Salud	Educación	Ingresos	
Santa Cruz	25,34	0,689	0,702	0,792	0,574	1,34
Tarija	4,87	0,641	0,702	0,722	0,501	1,25
Beni	4,32	0,639	0,673	0,757	0,487	1,24
La Paz	27,90	0,631	0,621	0,768	0,504	1,23
Cochabamba	17,73	0,627	0,627	0,736	0,517	1,22
Pando	0,71	0,624	0,637	0,746	0,488	1,21
Oruro	4,60	0,618	0,598	0,781	0,476	1,20
Chuquisaca	6,38	0,563	0,622	0,624	0,443	1,10
Potosí	8,15	0,514	0,539	0,621	0,382	1,00
País	100,00	0,641	0,638	0,748	0,537	1,25

Nota 1: Para determinar la brecha o diferencial en IDH por departamentos se toma a Potosí como base por ser el departamento con menor nivel de desarrollo humano.

Fuente: PNUD, Bolivia.

Brechas entre municipios: El ranking de los 314 municipios muestra una mayor desigualdad. Del total de municipios, sólo seis, o sea el 1.9%, son calificados como de desarrollo humano medio alto; los mismos absorben al 31.1% del total de la población del país. Tal como se observa en la Tabla 4, el resto de municipios (98.1%), que absorben al 68.9% de la población, poseen un nivel de desarrollo humano menor.

Tabla 4
Bolivia: Distribución de municipios y población según nivel de desarrollo humano

Rango IDH			Municipios		Población		
			Absoluto	Porcentual	Absoluto	Porcentual	
IDH medio	{	Alto	[0.700, 0.800[	6	1,91%	2.569.984	31,06%
		Medio	[0.600, 0.700[	73	23,25%	3.001.769	36,28%
		Bajo	[0.500, 0.600[	169	53,82%	1.865.628	22,55%
IDH bajo		< 0.500		66	21,02%	836.944	10,11%
Total				314	100%	8.274.325	100%

Fuente: Con base en cifras de INE 2005.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Resalta el hecho de que alrededor de la quinta parte del total de municipios, se ubica en una categoría de desarrollo humano “baja”. En razón de ello, el número de veces que el valor del IDH del municipio mejor calificado (Cochabamba) contiene al valor del peor calificado (Arque) es de 2,38.

Tabla 5
Bolivia: Índice de desarrollo humano de los diez primeros y diez últimos municipios, 2001

Ranking	Municipio	Departamento	% Población	IDH 2001	Componentes IDH			Diferencial IDH/1
					Salud	Educación	Ingresos	
Las primeras diez posiciones								
1	Cochabamba	Cochabamba	6,2	0,741	0,69	0,87	0,66	2,38
2	Santa Cruz de la Sierra	Santa Cruz	13,7	0,739	0,73	0,84	0,64	2,38
3	Camiri	Santa Cruz	0,4	0,715	0,72	0,81	0,62	2,30
4	La Paz	La Paz	9,6	0,714	0,66	0,86	0,62	2,30
5	Puerto Quijarro	Santa Cruz	0,2	0,710	0,73	0,81	0,59	2,29
6	Montero	Santa Cruz	1,0	0,709	0,72	0,81	0,59	2,28
7	Puerto Suárez	Santa Cruz	0,2	0,694	0,72	0,81	0,55	2,23
8	Tarija	Tarija	1,9	0,694	0,75	0,80	0,53	2,23
9	Cobija	Pando	0,3	0,689	0,70	0,83	0,54	2,22
10	Trinidad	Beni	1,0	0,688	0,69	0,84	0,54	2,21
Las últimas diez posiciones								
305	Vila Vila	Cochabamba	0,1	0,365	0,39	0,45	0,25	1,17
306	Tinguipaya	Potosí	0,3	0,363	0,47	0,42	0,20	1,17
307	San Pedro de Buena Vista	Potosí	0,3	0,362	0,40	0,47	0,22	1,16
308	Tacopaya	Cochabamba	0,1	0,361	0,43	0,47	0,18	1,16
309	Caripuyo	Potosí	0,1	0,360	0,26	0,56	0,26	1,16
310	Tacobamba	Potosí	0,2	0,358	0,47	0,37	0,23	1,15
311	Ocurí	Potosí	0,2	0,357	0,47	0,38	0,22	1,15
312	Presto	Chuquisaca	0,1	0,347	0,44	0,35	0,26	1,12
313	Colquechaca	Potosí	0,4	0,341	0,41	0,36	0,25	1,10
314	Arque	Cochabamba	0,1	0,311	0,41	0,34	0,18	1,00
País				0,641	0,64	0,75	0,54	

Fuente: Anuario Estadístico 2005, Instituto Nacional de Estadística.

iii. Alta mortalidad infantil: principal factor que limita las condiciones para una vida larga y saludable. Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE), al 2005 la población de Bolivia ascendió a 9.427.219 habitantes⁸. Estimaciones de la CEPAL indican que en el 2050 alcanzará 16.734.338 personas. El aumento entre el 2005 y el 2050 será el equivalente al registrado en los 25 años anteriores, lo cual denota una desaceleración de la tasa de crecimiento anual de la población. Este comportamiento es consecuencia de la acción de los tres componentes de la dinámica demográfica: mortalidad, natalidad y migración internacional. En efecto, la tasa de natalidad que fue alta a principios de los años cincuenta, se ha reducido sistemáticamente a lo largo del tiempo. Por otro lado, han persistido niveles relativamente altos de mortalidad infantil, y parte de la población ha emigrado a otros países, especialmente en el período 1950-1980 (Tabla 6).

⁸ Según sexo: 49,8% varones, 50,2% mujeres. Según zona geográfica: 62,1% urbano, 37,9% rural.

Tabla 6
Bolivia: Indicadores de crecimiento demográfico y de la estructura poblacional, 1950-2050

Indicadores de crecimiento demográfico	1950	1975	2000	2045
(Quinquenios)	1955	1980	2005	2050
Tasa de crecimiento de la población (por cien)	2,1	2,4	2,2	0,6
Tasa bruta de natalidad (por mil)	47,0	41,0	30,5	13,6
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	175,7	131,2	55,6	14,0
Tasa de migración (por mil)	-2,1	-1,4	0,0	0,0
Esperanza de vida al nacer	40,4	50,1	63,8	76,4
Indicadores de la estructura poblacional	1955	1980	2005	2050
(años)				
Distribución de la población (%)				
0-14 años	41,9	42,5	38,0	20,3
15-64 años	54,7	53,9	57,6	67,9
65 y más	3,4	3,6	4,4	11,8
Relación de dependencia (por cien)	82,7	85,5	73,7	47,2
Edad media de la población	19,0	18,6	20,9	35,3
Índice de masculinidad (por cien)	98,7	97,3	99,4	99,6
Relación adultos mayores/jóvenes (%)	8,0	8,3	10,7	58,1
% de mujeres en edad fértil	46,4	46,4	49,3	50,1

Fuente: Estadísticas de población CELADE-CEPAL.

Si bien en los últimos cincuenta y cinco años la expectativa de vida al nacer ha crecido en forma significativa (pasa de 40,4 en el quinquenio 1950-1955 a 71,7 en el quinquenio 2000-2005), esta pudo haber sido mayor si la tasa de mortalidad infantil no fuese tan elevada. He aquí un rasgo adicional del desarrollo humano de la sociedad boliviana, el cual limita el disfrute de una vida larga y saludable y que, como es de esperar, se agrava aún más para los estratos inferiores de ingreso. En efecto, según se ilustra en la Tabla 1.7, en Bolivia los niños nacidos en el 20% más pobre de la distribución del ingreso corren un riesgo 4.6 veces mayor de morir antes de los cinco años que los niños nacidos en el 20% más rico. Esta relación es mucho más acentuada para el sexo femenino (5.9).

Tabla 7
Tasa de mortalidad infantil para niños menores de cinco años según sexo y estrato de ingreso. Tasa por mil niños nacidos vivos

Sexo	Quintil de ingreso					Razón I/V
	I	II	III	IV	V	
Hombre	150.8	111.0	113.9	47.2	39.5	3.8
Mujer	142.0	119.0	93.8	48.5	23.8	5.9
Total	146.5	114.9	104.0	47.8	32.0	4.6

Fuente: Gwatkin y otros. Socio-economic differences in health, nutrition, and population in Bolivia, 2005.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

La dinámica demográfica descrita, se asocia a moderados cambios en la estructura de la población tanto desde el punto de vista de la edad y como de la urbanización. Por una parte, mientras que la proporción de personas de 15 a 64 años ha crecido un 5,3% (pasa de 54,7% en 1955 a 57,6% en 2005), la de 65 años y más lo ha hecho en un 29,4% (pasa de 3,4% en 1955 a 4,4% en el 2005). Como consecuencia de ello, la importancia relativa de la población entre 0 y 14 años decrece un 9,3% al pasar de 41,9% en 1955 a 38,0% en el 2005.

Dadas estas tendencias, se estima que la razón adultos mayores/jóvenes se incrementará de 8,0% (1955) a 58,1% (2050), mientras que la relación de dependencia disminuirá de 82,7% (1955) a 47,2% (2050). Ello hace que el país se encuentre en una situación demográfica que potencialmente crea nuevas oportunidades económicas y sociales. Durante algunas décadas el país tendrá, entre sus habitantes, una mayor proporción de personas en capacidad de aportar a la economía, y a la seguridad social, que los que dependen de quienes trabajan. Esta relación de dependencia podría ofrecer condiciones para el aumento del ahorro y la inversión, pero para aprovecharlas es indispensable contar con políticas públicas que propicien no sólo la generación de empleos calificados, sino también una menor exclusión de los programas de protección social en salud y educación.

Aunado a ello, se experimenta un importante proceso de urbanización. Mientras que en 1975 apenas 41,3% de la población total residía en áreas urbanas, en el 2001 dicha cifra alcanzó el 62,9%, y se estima que para el 2015 ronde el 70%. Estos factores ejercen una fuerte presión en términos de acceso a los servicios de seguridad social, haciendo necesaria la presencia de instituciones que, con un marco más amplio de recursos y un uso más eficaz de los mismos, asuman los efectos del crecimiento poblacional mediante el aumento de la oferta de los servicios para cada grupo de demanda específico. Este cambio de estructura es congruente con la tendencia que se observa en América Latina y el Caribe.

En adición a la perspectiva demográfica, un segundo elemento a evaluar tiene que ver con las condiciones de salud de la población. Desde este punto de vista, la Tabla 8 presenta dos tipos de indicadores: A) generales del estado de salud y B) de compromiso con la salud. En cuanto a los primeros, se observa que Bolivia, al igual que muchos países de América Latina, presenta algunas situaciones desfavorables. Así por ejemplo, se estima que existe una probabilidad de 16% de nacer y no sobrevivir hasta los 40 años de edad. Adicionalmente, un 23% de la población padece de desnutrición, un 17% de la población no cuenta con acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas, y un 10% de los niños menores de cinco años tienen un peso inferior al normal. A ello se une la presencia de casos de paludismo, tuberculosis y HIV/SIDA. Por su parte, algunos de los indicadores que miden el nivel de compromiso con la salud, tampoco son favorables. Por ejemplo, sólo un 70% de la población tiene acceso a servicios de salud adecuados, entre el 50 y 79% tiene acceso sostenible a medicamentos esenciales asequibles, sólo un 59% de los partos son atendidos por personal sanitario especializado, y el gasto público en salud asciende a 4,3% del PIB.

Tabla 8
Bolivia: Indicadores generales de situación de salud y de compromiso con la salud

A- Indicadores generales situación de salud	
Probabilidad de nacer y no sobrevivir hasta los 40 años de edad (% de la cohorte), 2000-2005	16
Personas desnutridas (% de la población total), 2001/2003	23
Niños con peso insuficiente para la edad (% de menores de 5 años), 1996-2004	8
Personas con VIH/SIDA	
Adultos (% entre 15-49 años), 2001	0,1
Mujeres (entre 15-49 años), 2001	1200
Niños (entre 0-14 años), 2001	160
Casos de paludismo (por 100, 000 habitantes), 2000	378
Casos de tuberculosis (prevalencia por cada 100.000 habitantes), 2004	290
B- Indicadores de compromiso con la salud: acceso, servicios y recursos	
Gasto en salud	
Público (% del PIB), 2003	4,3
Privado (% del PIB), 2003	2,4
Per cápita (PPA en US\$), 2003	176
Niños de un año totalmente inmunizados	
Contra la tuberculosis (%), 2001	93
Contra el sarampión (%), 2001	64
Niños con diarrea que reciben terapia con rehidratación oral y alimentación continuada (% de menores de 5 años), 1996-2004	54
Indice de prevalencia del uso de anticonceptivos (% de mujeres casadas ente 15 y 49 años), 1996-2004	58
Partos atendidos por personal sanitario especializado (%), 1996-2004	67
Médicos por cada 100.000 personas, 1990-2004	263
Población con acceso a saneamiento sostenible (%), 2004	46
Población con acceso a fuentes de agua mejoradas (%), 2004	85
Población con acceso sostenible a medicamentos esenciales asequibles (%), 1999	50-79

Fuente: Informes sobre Desarrollo Humano 2003, 2006, PNUD.

iv. Alta deserción escolar: principal factor que limita las condiciones para la adquisición de conocimientos. La Tabla 9 presenta la evolución de las tasas de alfabetización y educación para América Latina durante el período 1990(1)-2004. Como se puede observar, Bolivia al igual que la región muestra una tendencia de incremento en la cobertura educativa. Sin embargo, en el 2004, registra una tasa de alfabetización de adultos de 86.7%, lo cual implica un nivel de analfabetismo para este grupo poblacional de 13.3%, cifra comparativamente alta respecto a las que para el mismo año reportan Argentina (2.8%), Costa Rica (5.1%) y Chile (2.9%). A nivel de matrícula escolar, se presentan dificultades en la secundaria, pues la tasa neta de matriculación en este nivel asciende a 74%.

Tabla 9
América Latina: Indicadores de alfabetización y educación

País	Tasa de alfabetización de adultos		Tasa de alfabetización de jóvenes		Tasa neta de matriculación en primaria (%)		Tasa neta de matriculación en secundaria (%)		Niños que llegan al 5° año (%)	Estudiantes de terciaria en ciencias, ingeniería, fabricación y construcción (%)
	(% de 15 años y más)		(% de 15 a 24 años)						de alumnos de 1er grado)	y de todos los estudiantes de terciaria) 1999-2004
	1990	2004	1990	2004	1991	2004	1991	2004		
América Latina y el Caribe	85,6	90,2	93,3	96,7	..	..	..	..	..	..
Argentina	85,0	97,2	98,2	98,9	..	99,0	..	79,0	84,0	19,0
Belice	89,1	..	96,0	..	94,0	95,0	31,0	71,0	91,0	9,0
Bolivia	78,1	86,7	92,6	97,3	..	..	..	74,0	86,0	..
Brasil	82,0	88,6	91,8	96,8	85,0	93,0	17,0	76,0	..	16,0
Chile	95,7	95,9	98,1	99,0	89,0	..	55,0	..	99,0	29,0
Colombia	88,4	92,8	94,9	98,0	69,0	83,0	34,0	55,0	77,0	32,0
Costa Rica	93,9	94,9	97,4	97,6	87,0	..	38,0	..	92,0	23,0
Ecuador	87,6	91,0	95,5	96,4	98,0	98,0	..	52,0	76,0	..
El Salvador	72,4	..	83,8	..	..	92,0	..	48,0	73,0	23,0
Guatemala	61,0	69,1	73,4	82,2	..	93,0	..	34,0	78,0	19,0
Honduras	68,1	80,0	79,7	88,9	89,0	91,0	21,0	..	..	23,0
México	87,3	91,0	95,2	97,6	98,0	98,0	44,0	64,0	93,0	33,0
Nicaragua	62,7	76,7	68,2	86,2	73,0	88,0	..	41,0	59,0	..
Panamá	89,0	92,9	95,3	..	98,0	..	64,0	62,0	84,0	21,0
Paraguay	90,3	..	95,6	..	94,0	..	26,0	..	82,0	..
Perú	85,5	87,7	94,5	96,8	..	97,0	..	69,0	90,0	..
Uruguay	94,0	..	98,7	..	91,0	..	..	..	88,0	..
Venezuela	88,9	93,0	96,0	97,2	87,0	92,0	18,0	61,0	91,0	..

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2006, PNUD.

De lo anterior se deduce por tanto, que el problema educativo se refleja en los altos niveles de deserción del ciclo escolar. Según datos de la CEPAL, alrededor del 45% de la población de jóvenes bolivianos entre 15 a 19 años ha desertado del ciclo escolar. (Tabla 10).

Tabla 10
Bolivia: Clasificación de los jóvenes de 15 a 19 años de edad según su distribución a lo largo del ciclo escolar(%), 2002

Situación de estudios	Total	Hombre	Mujer
No ingresaron al sistema educativo	0,8	0,6	1,1
Desertores escolares	<u>45,3</u>	<u>43,5</u>	<u>47,1</u>
Desertores primarios (durante el ciclo primario)	21,3	21,1	21,6
Desertores al finalizar el ciclo primario	7,0	6,4	7,5
Desertores al inicio del ciclo secundario	6,9	6,4	7,4
Desertores al término del ciclo secundario	10,1	9,6	10,6
Estudiantes y egresados	<u>53,8</u>	<u>55,8</u>	<u>51,9</u>
Estudiantes muy retrasados	9,1	8,6	9,6
Estudiantes poco retrasados	9,7	11,6	8,0
Estudiantes al día	22,4	23,1	21,6
Egresados	12,6	12,5	12,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Panorama Social de América Latina 2004-2005, CEPAL.

Lo señalado anteriormente contrasta con los esfuerzos que el Estado boliviano realiza en torno a la educación. En efecto, tal como se visualiza en la Tabla 11, dentro del contexto de América Latina el gasto público en educación de Bolivia asciende a 6.4% del PIB, ligeramente superior al realizado por los países con un mayor desarrollo relativo como lo son Argentina, Costa Rica, Chile y México.

Tabla 11
América Latina. Indicadores de compromiso con la educación: gasto público

País	Gasto público en educación				Gasto público en educación por nivel (% de todos los niveles)					
	% del PIB		% del gasto público total		Preescolar y primaria		Secundaria		Terciaria	
	1991	2002-2004	1991	2002-2004	1991	2002-2004	1991	2002-2004	1991	2002-2004
Argentina	3,3	3,5	..	14,6	..	43,2	..	39,2	..	17,6
Belice	4,6	5,1	18,5	18,1	61,3	55,3	..	28,2	..	13,2
Bolivia	2,4	6,4	..	18,1	..	49,3	..	25,3	..	22,6
Brasil	..	4,1	..	10,9	..	..	..	..	..	..
Chile	2,5	3,7	10,0	18,5	..	49,8	..	39,1	..	11,1
Colombia	2,4	4,9	14,3	11,7	..	42,2	..	29,1	..	12,9
Costa Rica	3,4	4,9	21,8	18,5	38,2	65,7	21,6	34,3	36,1	..
Ecuador	3,4	..	17,5	..	..	..	..	..	..	..
El Salvador	1,8	2,8	15,2	20,0	..	60,0	..	23,6	..	7,0
Guatemala	1,3	..	13,0	..	..	..	..	..	..	..
Honduras	3,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..
México	3,8	5,8	15,3	..	39,4	49,2	27,6	28,6	16,7	19,6
Nicaragua	3,4	3,1	12,1	15,0	..	..	..	..	..	..
Panamá	4,6	3,9	10,9	8,9	35,9	..	22,4	..	20,2	..
Paraguay	1,9	4,3	10,3	10,8	..	54,6	..	28,3	..	16,9
Perú	2,8	3,0	..	17,1	..	44,1	..	28,4	..	15,0
Uruguay	2,5	2,2	16,6	7,9	36,4	..	29,3	..	24,4	..
Venezuela	4,5	..	17,0	..	..	..	..	..	..	..

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2006, PNUD.

Las tasas de finalización escolar también varían y las desigualdades de género interactúan con las disparidades basadas en la riqueza. En Bolivia, tanto los niños como las niñas del 20% más pobre de la distribución del ingreso tienen posibilidades mucho menores de finalizar su escolarización que aquellos con ingreso alto, a pesar que la disparidad del género es igualmente marcada. Estas variaciones considerables de las oportunidades en función de las características heredadas de ventaja o desventaja, manifiestan la necesidad de políticas públicas que nivelen las oportunidades y opciones mediante la ampliación de las libertades reales.

Tabla 12
Porcentaje de niños y niñas que finalizan la educación primaria según estrato de ingreso

Sexo	Quintil de ingreso					Promedio
	I	II	III	IV	V	
Niños	53	76	87	95	98	83
Niñas	29	52	72	85	93	71

Fuente: PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2006.

v. Pobreza generalizada: principal factor que limita las condiciones para el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno. Desde la perspectiva económica, el desempeño de Bolivia presenta resultados mixtos. Entre lo positivo resaltan dos hechos que inciden favorablemente sobre las condiciones de acceso a recursos por parte de la población de Bolivia. En primer lugar, en los últimos años la economía boliviana ha dado muestras de un mayor dinamismo. En efecto, si bien durante el período 1975-2001 el país experimentó, respecto al contexto latinoamericano, una de las más bajas tasas de crecimiento del PIB per cápita (-0.4% como promedio anual), durante los últimos once años de ese período el crecimiento fue más acelerado al ubicarse en 1.4% como promedio anual; tasa de crecimiento muy similar al promedio regional (1.5%). A ello se une el hecho de que el valor actual del ingreso per cápita (\$2,720) es un 4.1% mayor al valor más alto (\$2,613) obtenido en 1978. En segundo lugar, los niveles de inflación han disminuido moderadamente: la tasa promedio anual de inflación durante el período 2000-2001 es cinco veces inferior a la tasa promedio registrada en el período 1990-2001.

Tabla 13
América Latina: Indicadores de resultados económicos

País	PIB per cápita (PPA en US\$)	Tasa de crecimiento anual		PIB Per cápita		Cambio medio anual -índice de	
		PIB per cápita (%)		Valor más alto durante 1975- 2001 (PPA en US\$)	Año del valor más alto	precios al consumo (%)	
		1975-2004	1990-2004			1990-2004	2003-04
América Latina y el Caribe	7.964	0,6	1,1	..	..	..	..
Argentina	13.298	0,4	1,3	14.097	1998	7,1	4,4
Belice	6.747	3,2	2,6	6.895	2002	1,7	3,1
Bolivia	2.720	(.)	1,2	2.763	1978	6,6	4,4
Brasil	8.195	0,7	1,2	8.195	2004	98,3	6,6
Chile	10.874	3,9	3,7	10.874	2004	6,7	1,1
Colombia	7.256	1,4	0,5	7.256	2004	16,1	5,9
Costa Rica	9.481	1,3	2,5	9.820	1999	13,7	12,3
Ecuador	3.963	0,3	0,2	3.963	2004	36,0	2,7
El Salvador	5.041	0,2	1,8	5.544	1978	6,2	4,5
Guatemala	4.313	0,4	1,3	4.327	2002	8,8	7,4
Honduras	2.876	0,2	0,2	2.933	1979	15,7	8,1
México	9.803	0,9	1,3	9.843	2000	15,7	4,7
Nicaragua	3.634	-2,3	0,1	7.429	1977	20,4	8,4
Panamá	7.278	1,1	2,2	7.278	2004	1,1	0,4
Paraguay	4.813	0,4	-0,8	5.670	1981	11,5	4,3
Perú	5.678	-0,5	2,1	5.999	1981	16,6	3,7
Uruguay	9.421	1,1	0,8	10.126	1998	23,9	9,2
Venezuela	6.043	-0,9	-1,2	8.255	1977	39,3	21,8

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2006, PNUD.

El resultado negativo tiene que ver con los altos niveles de pobreza. Según cifras del PNUD, en Bolivia el 79,9% de la población vive con dos o menos dólares diarios. Es sabido que la pobreza y la indigencia se manifiestan de modo distinto, en cuanto a magnitud, intensidad y características, en las áreas urbanas y rurales. La identificación de estas diferencias es esencial para el diseño de políticas adecuadas de reducción de la pobreza que respondan a las necesidades y formas de interacción social y productiva en cada una de estas áreas. La incidencia de la pobreza extrema expresada en términos porcentuales sigue siendo considerablemente superior en las áreas rurales que en las urbanas. El 58,0% de la población rural es indigente, a la vez que en las áreas urbanas la tasa asciende a 20,2%. No obstante, en gran parte debido a la creciente urbanización, el número de indigentes urbanos ha venido en aumento respecto al número correspondiente a las zonas rurales. Debe aclararse que estas desfavorables condiciones de pobreza, aunque en menor grado, prevalecen también en buena parte de los países de la región.

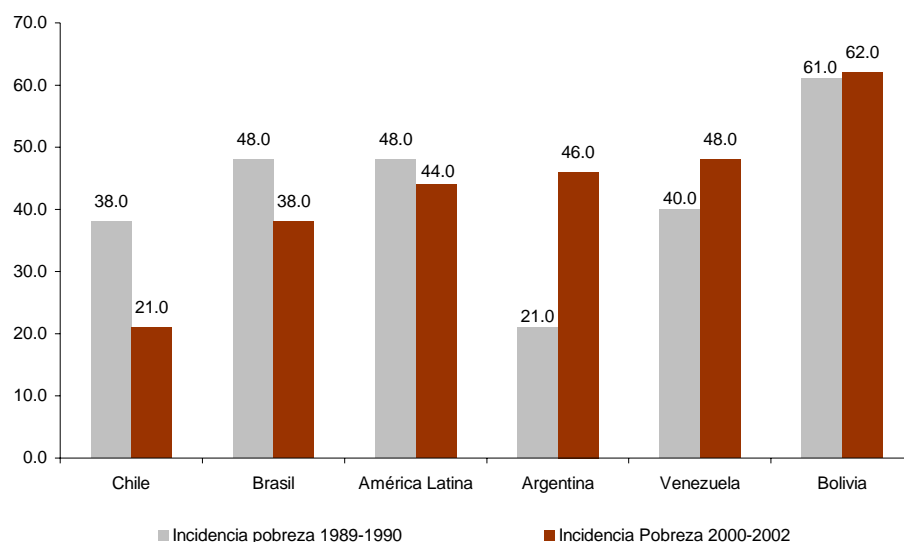
Tabla 14
Porcentaje de la población bajo las líneas de pobreza e indigencia por zona geográfica, 2004

Zona	Población bajo la línea de la pobreza	Población bajo la línea de la indigencia
Total país	63,9	34,7
Zona urbana	53,8	20,2
Área metropolitana	50,5	17,3
Resto urbano	60,4	26,0
Zona rural	80,6	58,0

Fuente: CEPAL, Informe Panorama Social de América Latina 2006.

El Gráfico 2 ilustra internacionalmente la magnitud del problema.

Gráfico 2
Países seleccionados de América Latina: Incidencia de Pobreza 1989-2002



Fuente: CEPAL.

1.2. Factores estructurales que explican el débil crecimiento económico y el alto nivel de pobreza

En términos generales puede afirmarse que son seis los factores estructurales que contribuyen a explicar el endeble crecimiento económico y el elevado nivel de pobreza de Bolivia.

i) Desigualdad en la distribución del ingreso: Como primer factor se tiene el alto nivel de desigualdad en la distribución del ingreso que en los últimos años se ha mantenido en los altos niveles preexistentes. El 10% de la población urbana con ingreso más elevado se apropia de un 38.40% del ingreso nacional, mientras que el 40% con menor ingreso se apropia de sólo 13.9%. Aunado a ello, tal como se aprecia en la Tabla 15, en las zonas rurales el nivel de inequidad es relativamente mayor al observado en las zonas urbanas.

Tabla 15
Bolivia: Nivel y distribución del ingreso de los hogares según zona geográfica, 2002

Concepto	Zona Urbana	Zona rural
Ingreso medio ^{/1}	7.7	3.5
Participación del ingreso total del:		
40% más pobre	13.9%	8.2%
30% siguiente	21.4%	21.6%
20% inferior al 10% más rico	26.4%	30.7%
10% más rico	38.4%	39.5%

/1: Ingreso medio de los hogares en múltiplos de la línea de pobreza per cápita.

Fuente: CEPAL, Panorama Económico de América Latina 2006.

ii) Barreras geográficas: El segundo factor explicativo resulta del hecho de que una proporción importante de la población habita en zonas interiores de gran altitud, lo cual aunado a la carencia de costas, resta competitividad internacional a la economía por los elevados costos de transporte en que debe incurrir para acceder a los mercados. Como consecuencia de las dificultades de acceso a los mercados, el país depende fuertemente de los recursos naturales (petróleo y gas) y en menor cuantía de los productos manufacturados (poca diversificación de exportaciones); por lo que están expuestos a las oscilaciones en los precios de los productos básicos.

iii) Alta informalidad e ineficiencia en mercado de trabajo: tal como se expone a continuación, el tercer factor explicativo está asociado a la estructura y al grado de eficiencia del mercado de trabajo. En términos de estructura, sobresale el hecho de que el empleo asalariado no es la forma que predomina en el mercado laboral boliviano, sino más bien el empleo independiente y el familiar no remunerado, los cuales en conjunto representan el 63.8% del total de ocupados. Sin duda alguna, esta forma de inserción al mercado laboral impone dificultades al momento de considerar las posibilidades que tienen los subsistemas de salud, pensiones y seguridad en el trabajo para incrementar su nivel de cobertura contributiva. En estrecha relación con lo anterior, el 56.3% del empleo se concentra en actividades afines a la agricultura y al comercio (informal), donde típicamente es difícil la extensión de la cobertura.

Tabla 16
Bolivia: Distribución de la Población Económicamente Activa Ocupada según
categoría ocupacional y rama de actividad económica (%)

Categoría ocupacional (2005) ¹		Rama de actividad económica (1999) ²	
Trabajador por cuenta propia	36,6	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	35,0
Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración	27,2	Comercio por mayor, por menos, restaurantes y hoteles	21,3
Empleado	20,6	Servicios comunales, sociales y personales	13,4
Obrero	8,6	Industrias manufactureras	12,5
Patrono o socio	4,4	Construcción	7,0
Empleada del hogar	2,3	Transporte, almacenamiento y comunicación	5,8
Cooperativista de producción	0,3	Est. financieros, seguros, bienes inmuebles y serv. a empresas	2,9
		Explotación de minas y canteras	1,7
		Suministro de electricidad, gas y agua	0,3

Notas: 1: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares MECOVI 2002, INE.

2: Según estadísticas de empleo Banco Interamericano de Desarrollo.

Al incorporar en el análisis las variables de género y zona geográfica, saltan a la vista cuatro importantes características adicionales del mercado laboral boliviano i) En primer término, en el ámbito urbano los asalariados privados casi quintuplican a los públicos y tienen una importancia relativa muy similar a la de los trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados. ii) los profesionales y técnicos que laboran en el sector privado asalariado urbano, quienes es de esperar tengan mayor capacidad contributiva, son una minoría pues representaron en el 2004 un 4.7% de los ocupados urbanos, iii) en el agregado urbano, el grupo de trabajadores asalariados privados que no son profesionales ni técnicos y que laboran en empresas de hasta cinco trabajadores, es ligeramente superior al de sus homólogos que laboran en establecimientos de más trabajadores, y iv) en el ámbito rural, las actividades agrícolas desempeñadas por trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados, absorben alrededor de dos tercios del empleo de este sector (Tabla 17).

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Tabla 17
Bolivia: Distribución de la Población Económicamente Activa Ocupada por género y zona geográfica según inserción laboral, 1997-2004 (%)

Categoría ocupacional	Total		Hombres		Mujeres	
	1997	2004	1997	2004	1997	2004
Urbano						
Empleadores	7,0	4,9	10,1	7,0	2,8	2,3
Asalariados	46,1	49,2	52,0	57,3	38,5	39,5
Sector público	10,5	8,7	10,0	8,1	11,1	9,4
Sector privado	35,6	40,5	42,0	49,2	27,4	30,1
Profesionales y técnicos	6,7	4,7	7,8	5,6	5,4	3,7
No profesionales ni técnicos	28,9	35,8	34,2	43,6	22,0	26,4
En establecimientos de más de cinco personas	14,3	14,5	19,6	20,0	7,3	7,8
En establecimientos de hasta cinco personas	11,0	16,7	14,1	23,4	7,0	8,6
Empleo doméstico	3,6	4,6	0,5	0,2	7,7	10,0
Trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados	46,8	45,8	37,9	35,6	58,7	58,2
Profesionales y técnicos	1,9	1,7	2,4	2,1	1,3	1,2
No profesionales ni técnicos	44,9	44,1	35,5	33,5	57,4	57,0
Rural						
Empleadores	3,3	4,4				
Asalariados	8,9	16,4				
Sector público	2,4	4,4				
Sector privado	6,5	12,0				
Agricultura	2,7	5,4				
Otros sectores	3,8	6,6				
Trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados	87,8	79,2				
Agricultura	79,9	64,2				
Otros sectores	7,9	15,0				

Fuente: CEPAL, Panorama Social de América Latina 2006.

Aunado a ello, siete de cada diez trabajadores urbanos laboran en sectores de baja productividad. Según se observa en la Tabla 18, los niveles de baja productividad predominan en el comercio y en los servicios llevados a cabo por mujeres independientes no calificadas, seguidas por los asalariados varones no profesionales ni técnicos.

Tabla 18
Bolivia: Distribución de la Población Económicamente Activa Urbana Ocupada en sectores de baja productividad (% del total de la población urbana ocupada)

Categoría ocupacional	Total		Hombres		Mujeres	
	1989	2004	1989	2004	1989	2004
Total	58,5	70,9	48,8	64,4	71,5	78,7
Microempresas	11,6	22,2	15,3	30,7	6,5	11,7
Empleadores	1,1	4,1	1,5	5,7	0,4	2,0
Asalariados	10,5	18,1	13,8	25,0	6,1	9,7
Profesionales y técnicos	0,9	1,4	0,9	1,6	0,9	1,1
No profesionales ni técnicos	9,6	16,7	12,9	23,4	5,2	8,6
Empleo doméstico	5,8	4,6	0,6	0,2	12,9	10,0
Trabajadores independientes no calificados	41,1	44,1	32,9	33,5	52,1	57,0
Industria y construcción	9,8	10,8	11,5	12,5	7,5	8,7
Comercio y servicios	30,0	28,9	19,9	17,2	43,6	43,2
Agricultura	1,3	4,4	1,5	3,8	1,0	5,1

Fuente: CEPAL, Panorama Social de América Latina 2006.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Profundizando en las características del grupo de trabajadores independientes (cuenta propia) que constituye el más representativo de los ocupados, la Tabla 19 revela que en el caso de los que radican en las zonas urbanas, se trata de un grupo donde predominan los trabajadores entre 50 y 64 años de edad, y en el cual la escolaridad de las mujeres es superior a la de los varones en prácticamente todos los niveles de educación.

Tabla 19
Bolivia: Proporción del empleo por cuenta propia por género
según grupo etario y nivel educativo, 1990-1999 (%)

Año	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Zona geográfica	Nacional			Urbana			Rural		
1994	21,4	18,6	25,6	24,8	21,9	29,2	14,4	11,5	18,4
1997	18,2	15,8	21,3	22,5	19,9	26,0	10,8	8,4	13,8
2000	18,0	15,6	21,1	22,4	20,2	25,4	10,8	7,9	14,4
Grupo etario ¹	15-24			25-49			50-64		
1990	15,7	13,7	18,2	38,4	31,1	49,1	52,1	41,9	68,2
1993	12,3	9,5	15,5	33,3	26,1	43,4	49,7	38,5	64,8
1995	14,2	9,7	19,5	33,5	24,8	45,0	48,4	37,4	64,1
1996	13,8	8,8	19,5	34,4	26,3	44,7	46,2	37,3	59,2
1997	17,4	16,7	18,3	39,3	32,8	48,1	49,2	40,7	62,9
1999	21,3	18,1	25,7	41,2	33,1	52,1	56,1	46,0	69,7
Nivel de educación ¹	Sin educación			Primaria incompleta			Primaria completa		
1990	34,7	nr	nr	49,9	36,8	61,7	42,6	32,6	54,3
1993	71,8	43,7	76,5	47,3	34,4	57,8	37,8	30,3	45,8
1995	64,5	43,4	69,7	51,4	35,5	62,3	43,6	33,0	53,3
1996	60,4	41,3	64,5	50,1	40,0	58,8	41,3	35,9	46,6
1997	71,7	69,3	72,5	53,5	45,2	61,9	48,7	40,1	59,0
1999	70,6	nr	75,5	54,9	42,1	67,4	57,5	44,5	74,9
	Secundaria incompleta			Secundaria completa			Algo de terciaria		
1990	34,3	30,2	41,6	30,0	26,7	37,3	15,3	18,5	9,5
1993	29,6	23,6	40,7	25,6	24,0	28,8	13,9	16,2	10,9
1995	30,6	24,3	41,2	20,9	17,5	26,7	14,0	14,9	12,6
1996	29,9	22,6	41,2	22,3	18,7	28,3	14,8	16,5	12,1
1997	37,8	31,8	48,5	26,2	22,9	32,9	17,2	19,8	13,6
1999	37,2	32,1	48,3	35,1	31,6	41,5	18,7	18,2	19,4

Nota 1: Sólo considera zonas urbanas.

Fuente: Encuestas de Hogares y Estadísticas de empleo Banco Interamericano de Desarrollo.

En términos de la eficiencia con la que el mercado asigna trabajadores a puestos de trabajo, debe indicarse que si bien la tasa de desempleo abierto ha tendido a disminuir, ubicándose en un nivel cercano 4% (uno de los más bajos de la región), existe evidencia de que la incidencia del desempleo de largo plazo, definida este como la proporción de desempleados que pasaron un año o más en búsqueda de empleo, es relativamente alta. En efecto, según se ilustra en la Tabla 20, en promedio un 22.6% de los desocupados estuvo desempleado un año o más, lo cual prácticamente duplica el comportamiento promedio de América Latina (11.2%). En el otro extremo de la distribución del desempleo, el comportamiento es inverso, sólo un 15.22% de los desocupados estuvo desempleado un mes o menos, siendo una de las tasas más bajas de la región.

Tabla 20
América Latina y otras regiones: Duración del desempleo
promedio período 1990-2001 (%)

Año	De corto plazo Hasta un mes	De largo plazo Un año o más
América Latina	36,14	11,18
Argentina	27,05	9,22
Bolivia	15,22	22,6
Chile	49,16	2,74
Colombia	20,06	33,72
Costa Rica	37,26	10,57
Ecuador (1998)	57,35	5,2
Guatemala (1998)	52,24	0,08
Honduras	46,01	4,01
México	49,66	0,78
Nicaragua (2001)	65,37	1,16
Panamá	13,20	24,63
Paraguay (1999)	9,25	21,61
Perú	52,00	1,1
República Dominicana (1988)	44,55	3,3
Uruguay	19,32	23,48
Venezuela	19,91	14,75
Europa continental	11,36	42,04
Europa del Este	8,28	41,52
Estados Unidos	39,65	7,35
Otros países desarrollados angloparlantes	17,32	32,51

Fuente: Estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo en Informe de progreso económico y social 2004:

"Se buscan nuevos empleos. Los mercados laborales en América Latina".

Si bien esta cifra parece indicar en principio que el mercado reasignó los trabajadores con una eficiencia extraordinaria, las cifras de subempleo⁹ sugieren más bien que los trabajadores enfrentan limitaciones en su búsqueda de empleos bien remunerados, y en función de ello tienden a laborar menos horas que la jornada completa. Según estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo, en los años noventa el 10,22% de la fuerza laboral de Bolivia, en promedio, trabajó menos de 30 horas semanales y declaró que habría preferido trabajar más horas. Por otro lado, el 12,34% trabajó menos de 30 horas semanales y declaró que no deseaba trabajar más horas. Ambos indicadores superan a los respectivos promedios de América Latina. (Tabla 21).

⁹ La tasa de sub empleo mide el número de personas que trabajan menos horas que una jornada laboral completa como proporción del empleo total. Existen dos tipos de sub empleo. **Sub empleo voluntario:** mide la proporción de personas que trabajan menos de 30 horas semanales y que no desean trabajar más horas. **Sub empleo involuntario:** mide la proporción de personas que trabajan menos de 30 horas semanales y que desean trabajar más horas.

Tabla 21
Subempleo en América Latina, promedio período 1990-2001 (% del empleo)

Año	Sub empleo involuntario	Subempleo voluntario
América Latina	8,42	8,77
Argentina	13,98	8,3
Bolivia	10,22	12,34
Colombia	4,56	7,86
Costa Rica	8,08	7,59
Ecuador (1998)	21,78	5,9
El Salvador (1999)	3,80	0,47
Guatemala (1998)	13,95	10,9
Honduras	2,75	14,16
México	..	0,36
Nicaragua (2001)	13,39	5,77
Panamá	6,56	6,72
Paraguay (1999)	5,93	7,59
Perú	3,30	25,38
Uruguay	7,61	13,17
Venezuela	2,03	5,09

Fuente: Estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo en Informe de progreso económico y social 2004:

"Se buscan nuevos empleos. Los mercados laborales en América Latina".

Aunado a ello, se presenta una brecha de considerable magnitud entre el desempleo urbano y rural, pues en promedio las tasas de desempleo de las ciudades son 13.27 veces más altas que las tasas de las zonas rurales; lo cual es un indicativo de que hay todavía grandes diferencias entre las estructuras del mercado laboral de zonas rurales y urbanas. Esta cifra es la segunda más alta de América Latina y supera con creces el promedio regional. En forma mucho más moderada, se presentan brechas entre los hombres jóvenes versus los hombres adultos, entre hombres y mujeres, y entre trabajadores con educación secundaria versus trabajadores con educación primaria.

Tabla 22
América Latina y otras regiones: Brechas de desempleo por zona geográfica, sexo, edad y nivel de escolaridad, promedios período 1990-2001

País	Urbano/ Rural	Hombres	Mujeres/ Hombres	Nivel de escolaridad	
		Jóvenes/ Adultos		Secundaria/ Primaria	Alguna terciaria/ Secundaria
América Latina	4,31	2,65	1,30	1,68	0,67
Argentina		2,55	1,24	0,81	0,71
Bolivia	13,27	2,23	1,16	2,43	0,77
Brasil	3,54	2,56	1,57	1,28	0,55
Chile	1,40	2,82	1,45	1,22	0,67
Colombia	2,06	2,74	1,94	1,82	0,60
Costa Rica	1,08	3,31	1,56	0,95	0,59
Ecuador (1998)	4,47	1,88	1,03	2,88	0,55
El Salvador (1999)	1,20	1,93	0,62	1,79	0,68
Guatemala (1998)	2,59	1,97	0,52	2,53	0,39
Honduras	3,30	1,80	0,95	1,22	0,71
México		3,20	1,23	1,39	0,88
Nicaragua (2001)	2,55	1,39	1,10	1,36	1,00
Panamá	2,00	2,75	1,39	2,16	0,60
Paraguay (1999)	3,32	2,83	1,36	1,78	0,40
Perú	20,67	3,45	1,11	3,33	0,90
República Dominicana (1988)	1,47	3,64	2,75	1,27	0,68
Uruguay		4,62	1,63	0,92	0,68
Venezuela	1,72	1,99	0,85	1,12	0,73

Fuente: Estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo en Informe de progreso económico y social 2004:

"Se buscan nuevos empleos. Los mercados laborales en América Latina".

iv) Déficit fiscal recurrente: Frente al estancamiento de las recaudaciones tributarias que experimenta el país, el gasto público ha tendido a subir de forma sostenida debido a su rigidez estructural. En ese sentido, conviene indicar que el funcionamiento del Estado y la provisión de bienes y servicios públicos como educación, salud y seguridad, absorben casi un 84% del gasto público. A ello se une el hecho de que las reformas estructurales han incrementado notablemente la presión sobre el gasto público, porque su costo en relación al tamaño de la economía fue subestimado, y calculado bajo el supuesto de que el crecimiento sería del 5% del PIB, cifra que no se dio en los últimos años y que parece improbable en la coyuntura actual. Actualmente, la reforma de pensiones absorbe la mayor parte del gasto público y su costo no sólo no ha dejado de crecer en los últimos años, sino que ha llevado a un endeudamiento interno, a condiciones de mercado, cuyo mantenimiento supone erogar casi 1,5 puntos del PIB por año. Si bien se reconoce que la perspectiva de obtener futuros ingresos por la exportación de gas natural constituye un factor atenuante, todo apunta a la necesidad de avanzar hacia una reforma fiscal políticamente viable, tomando en cuenta las restricciones impuestas por la situación social y la fragilidad de la democracia. Además debe ser viable económicamente, en el sentido de no generar un efecto recesivo sobre la economía, reduciendo aún más los ingresos tributarios y obligando a mayores ajustes para cerrar la brecha fiscal. El reto central por tanto, es cómo combinar a mediano plazo un ajuste fiscal compatible con una recuperación del crecimiento económico.

v) Elevado endeudamiento externo: La deuda externa constituye un factor limitante para el desarrollo de Bolivia. Según el Informe sobre Desarrollo Humano 2006, el servicio total de la deuda de Bolivia (medido como proporción del PIB), ascendió en el 2004 a un 5.9% .Como es de esperar, dicha deuda tiene como costo de oportunidad asociado las inversiones necesarias para aumentar el stock de capital humano y alentar el crecimiento económico.

vi) Fenómeno climático “El Niño”: Esta fluctuación cíclica de temperaturas y lluvias que afecta seriamente la producción agrícola boliviana, constituye el tercer elemento que contribuye a explicar el crecimiento endeble y la pobreza, que de no contrarrestarse con adecuadas políticas agrava la vulnerabilidad de la estructura productiva del país. Claro ejemplo de ello son las precipitaciones acontecidas a finales del 2006 y principios del 2007 que han causado grandes pérdidas en la infraestructura productiva con devastadoras inundaciones en el oriente y sur del país que han obligado a las autoridades gubernamentales a modificar las prioridades de las reformas que se proyectaban financiar con los excedentes derivados de la venta de gas natural. En el corto plazo, el crecimiento del PIB se verá afectado, mientras que en el mediano se requerirá reorientar el gasto para reconstruir la infraestructura perdida.

A los factores estructurales descritos, se unen elementos coyunturales de inestabilidad política, económica y social. En resumen, del esbozo general sobre el estado del desarrollo humano en Bolivia presentado en el presente capítulo, se puede concluir que pese a los avances logrados en las últimas décadas, en Bolivia aún persisten condiciones *de* pobreza “humana” (medida en niveles no satisfactorios de mortalidad infantil, deserción escolar, desnutrición, de niños con bajo peso al nacer, de analfabetismo en adultos, de acceso a servicios de salud adecuados, de acceso a medicamentos esenciales asequibles y de acceso a fuentes de agua mejoradas) y de “*ingresos*” (medida por los niveles no deseables de inequidad en el ingreso y de indigencia). Dados los factores estructurales de inequidad de ingreso, informalidad e ineficiencia del mercado de trabajo, déficit fiscal, endeudamiento externo y de adversidad ambiental, lo anterior plantea importantes desafíos al sistema de seguridad social Boliviano.

Capítulo 2

Características generales del sistema de seguridad social en Bolivia¹⁰

2.1. Desarrollo histórico y legal

El derecho a la seguridad social en Bolivia está consagrado en el artículo 158° de su Constitución Política, que determina la obligación que tiene el Estado de resguardar el capital humano del país, protegiendo la salud de la población, asegurando la continuidad de los medios de subsistencia y la rehabilitación de las personas en situación de incapacidad laboral temporal o permanente, así como procurando mejorar las condiciones de vida del grupo familiar. El actual sistema de seguridad social, fue concebido a partir de la promulgación del Código de Seguridad Social Boliviano, sancionado por el Congreso Nacional el 14 de diciembre de 1956, sustentado en los principios de solidaridad económica y social, universalidad en el campo de aplicación y contingencias cubiertas y personas protegidas, unidad legislativa y de gestión¹¹.

El Código de Seguridad Social, incluye ocho de las nueve contingencias recomendadas en el Convenio 102 de OIT- *Normas Mínimas de Seguridad Social*: enfermedad, maternidad, riesgos profesionales de corto y largo plazo, invalidez, vejez, muerte, asignaciones familiares y vivienda de interés social. De forma explícita no incorpora la protección del desempleo, cuya cobertura se da a través de las regulaciones de la Ley General del Trabajo. El esquema de financiamiento es tripartito, basado en aportaciones de los trabajadores, de los empleadores y del Estado, con tasas diferenciadas según corresponda a los seguros establecidos.

Con la promulgación del Reglamento del Código de Seguridad Social, mediante Decreto Supremo N° 05315 del 30 de setiembre de 1959, se estableció en su Artículo 296° que:

"La gestión, aplicación y ejecución de los regímenes de Seguridad Social, estarán a cargo de los siguientes organismos":

- a) *Caja Nacional de Seguridad Social.*
- b) *Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Anexos.*
- c) *Caja de Seguro Social Militar.*
- d) *Caja de Seguro Social Bancario y Ramas Anexas.*
- e) *Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros."*

¹⁰ Esta sección se basa en la Reseña Histórica de la Seguridad Social, artículo incluido en el Anuario Estadístico 2003 del INASES, y escrito por el Dr. Juan Antonio Alcázar, funcionario de esa institución.

¹¹ No obstante, los antecedentes históricos de algunos esquemas o regímenes de seguridad social, son aún más antiguos. Así por ejemplo, los programas de previsión social se iniciaron con la constitución en el año 1831, del Fondo de Jubilaciones en favor de los funcionarios del Estado; el régimen de riesgos de trabajo, con la promulgación de la una ley sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, dictada en beneficio de los sectores fabril y minero, en el año 1924; y la Ley de 11 de diciembre de 1951, del Seguro Social Obligatorio que incorporó, gradual y progresivamente, las prestaciones en forma geográfica.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Esta definición de los gestores de la seguridad social, supone una ampliación de aquellos establecidos originalmente en el Código de Seguridad Social, pues se incorporaron dos nuevos: la Caja de Seguro Social Bancario y Ramas Anexas y la Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros. De esta forma, y con base en el Código Nacional de Ramas y Actividad Económica, se determinaban las siguientes distribuciones:

- Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Ramas Anexas, que asegura los grupos de transporte ferroviario, tranviario, ómnibus, por mar y agua, además de los de energía eléctrica, gas, vapor y empleados de la misma Caja.
- Caja de Seguro Social Militar, que asegura a todos los militares profesionales, cualquiera que sea su grado y jerarquía y empleados de la misma Caja.
- Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros, que asegura a los grupos de trabajadores petroleros (petróleo crudo y gas natural) y de las refinerías, a los trabajadores de transportes de petróleo crudo, refinado, gas natural por oleoductos y empleados de la misma Caja.
- Caja de Seguro Social Bancario, que asegurará a todos los grupos de trabajadores de Bancos, otros establecimientos financieros, seguros privados y empleados de la misma Caja.
- Caja Nacional de Seguridad Social, que asegurará a todos los demás grupos y trabajadores de la misma Caja.

El Reglamento del Código, además determina la estructura orgánica de los Entes Gestores, define las prestaciones, los derechos y obligaciones de empresas y trabajadores asegurados y las condiciones que se deben cumplir para adquirir derecho a las prestaciones en los diferentes regímenes. Asimismo establece nuevos parámetros en aportes laborales, patronales y estatales diferenciando por seguros, pero manteniendo cierto equilibrio y racionalidad en la distribución porcentual de los tres sectores aportantes.

Durante la fuerte crisis económica que enfrenta Bolivia a mediados de la década de los ochenta, se dicta la Ley No. 924 del 15 de abril de 1987, que reestructura profundamente el sistema de seguridad social del país, fundamentalmente en el ámbito de la gestión. Esta ley separa en dos la administración del régimen integral: por un lado, se establecen las Cajas de Salud, como entes responsables de la provisión de servicios de salud y los beneficios económicos compensatorios por las incapacidades derivadas de la enfermedad o maternidad; por otro lado, la administración de las pensiones contributivas de invalidez, vejez y muerte, recae sobre los Fondos Complementarios de Pensiones.

No obstante, con la promulgación de la Ley de Reforma del Sistema de Pensiones, Ley No. 1732, del 29 de noviembre de 1996, las prestaciones a largo plazo de invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales adquieren una doble administración, la denominada de reparto, administradas por la Dirección Nacional de Pensiones que por disposición del Decreto Supremo núm. 27.144, de 27 de agosto de 2003, modifica su estructura denominándose Servicio Nacional del Sistema de Reparto SENASIR, que depende del Ministerio de Hacienda y las Administraciones de Fondos de Pensiones, encargadas de la recaudación, administración y calificación y reconocimiento de

las prestaciones de jubilación, invalidez y riesgos profesionales a largo plazo del nuevo régimen de pensiones que dependen de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros.

En efecto, esta ley puso en vigor el nuevo régimen de pensiones, basado en los principios de Capitalización individual que se hace efectiva a partir del mes de mayo de 1997, una vez constituidas las Administraciones de Fondos de Pensiones, bajo normas y principios regulados mediante reglamento. Su financiamiento se basa en el sistema contributivo, con aportaciones únicamente laborales destinadas al pago de las pensiones que se originen en el tiempo. Independientemente de las pensiones por jubilación, de invalidez y de sobrevivencia (derecho habientes) mediante Ley No. 1732 y Ley No. 2427, se establece el beneficio del Bono de Solidaridad (Bonosol), que constituye una pensión universal no contributiva, cuyos beneficiarios son todos aquellos bolivianos de 21 años o más al 31 de diciembre de 1995. Este beneficio tiene como fuente de financiamiento las utilidades de las empresas de propiedad pública capitalizadas en la década de los noventa, en el marco, de la *Ley N° 1544-Ley de Capitalización*, e incluyo, las siguientes empresas: Yacimientos Petrolíferos Fiscales Boliviano (YPFB), Empresa Nacional de Electricidad (ENDE), Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), Empresa Nacional de Ferrocarriles (ENFE) y Empresa Metalúrgica Vinto.

2.2. Campo de aplicación y estructura del sistema de Seguridad Social

El sistema de Seguridad Social boliviano es obligatorio para todas las personas, nacionales o extranjeras, que trabajen en el territorio de la República y presten servicios remunerados a otra persona, natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean éstos de carácter privado o público, expreso o presunto. Obliga a los empleadores de las empresas, entidades, organizaciones públicas o privadas, autónomas o semiautónomas, autárquicas o semiautárquicas, descentralizadas o desconcentradas, universidades, cooperativas contratistas, subcontratistas o intermediarios y en general a todos los que tengan trabajadores a su servicio, a su incorporación dentro del campo de aplicación del Código de Seguridad Social.

No están sujetos al Código, los que ejecutan trabajos ocasionales extraños a la actividad ordinaria del empleador, siempre que su duración no exceda de quince días; las personas afiliadas a una institución oficial extranjera para fines de los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte; las personas extranjeras empleadas por las agencias diplomáticas, consulares e internacionales que tienen su sede en Bolivia y que gocen de inmunidades y privilegios diplomáticos y los que ejecuten trabajos remunerados en moneda extranjera hasta la cuantía señalada por el Reglamento.

Los trabajadores independientes, artesanos, campesinos, gremiales y otros, pueden solicitar su incorporación a los beneficios de la Seguridad Social siempre que tomen a su cargo la totalidad de las cotizaciones y sean salvadas las dificultades técnicas, administrativas y financieras que impidan o impidieron su incorporación. De este modo, con excepción de las personas no protegidas y en las que se halla diferido su seguro, todos los trabajadores que prestan servicios remunerados, están incorporados a los beneficios de la Seguridad Social Boliviana, dentro de la "Tesis Laboral".

Las personas protegidas por el Seguro Social son: el asegurado y los siguientes familiares; cónyuge, los hijos, hasta los 19 años, el padre inválido y la madre siempre que no dispongan de

rentas personales para su subsistencia, los hermanos huérfanos o cuyos padres no perciben rentas y vivan a expensas del asegurado hasta la edad señalada para los hijos.

Las disposiciones del Código regulan las prestaciones del Seguro Social Obligatorio y las Asignaciones Familiares. El Seguro Social Obligatorio comprende los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez y Muerte. Las Asignaciones Familiares a los subsidios matrimonial, de natalidad, de lactancia, familiar y de sepelio.

2.3. Financiación

Las prestaciones de salud, las asignaciones familiares y las correspondientes al nuevo régimen de pensiones se financian mediante una modalidad contributiva; las dos primeras utilizando el sistema financiero de reparto simple, y las terceras en base al sistema de capitalización. En el seguro de riesgos profesionales, se aplica el sistema financiero de reparto de capitales.

La financiación de las pensiones del régimen de reparto se encuentra a cargo del Estado; en consecuencia, es un régimen no contributivo. La tasa de financiamiento para el seguro de salud alcanza el 10% de la totalidad de los salarios sujetos a cotización, a cargo exclusivo del empleador. En el seguro de pensiones de jubilación del nuevo régimen, la tasa de financiamiento alcanza al 10% para el seguro de invalidez, 1.71%, ambos como aportes exclusivamente a cargo de los trabajadores y 1.71% a cargo de los empleadores, esta última destinada al financiamiento del seguro de riesgos profesionales.

2.4. Acción protectora

A partir del mes de abril de 1997 operan dos modelos básicos de prestaciones: 1) *Código de Seguridad Social*, para las prestaciones del seguro de enfermedad, maternidad, asignaciones familiares, riesgos profesionales a largo plazo e invalidez, vejez y muerte, estas últimas para asegurados que habiendo cumplido las condiciones mínimas de edad (50 ó 55 años mujer u hombre respectivamente) y 15 años de cotizaciones hasta el mes de abril de 1997, opten por la prestación, hasta el 31 de diciembre del año 2001 (prestaciones en extinción) y 2) *Prestaciones establecidas por la Ley de Pensiones* para el nuevo régimen de prestaciones por jubilación, prestaciones por invalidez común y prestaciones por riesgos profesionales

i) Seguros de Salud: Las prestaciones en especie del seguro de enfermedad, maternidad y accidentes no profesionales (asistencia médica general y especializada, intervenciones quirúrgicas, servicios dentales y suministro de medicamentos) protegen al conjunto de asegurados y afiliados, cuyos empleadores aportan económicamente para su financiamiento. También están protegidas las mujeres, los niños y las personas de la tercera edad no incorporadas obligatoriamente al régimen de Seguridad Social; los primeros financiados por las Alcaldías Municipales y los segundos por el Estado y las Alcaldías Departamentales y Provinciales.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Además de las prestaciones en especie, el seguro de salud reconoce prestaciones en dinero para cubrir los subsidios de enfermedad y maternidad a favor de los trabajadores dependientes de un empleador afiliado al seguro social.

ii) Seguro de Jubilación: La pensión jubilatoria puede ser vitalicia o de mensualidad vitalicia variable. Se accede si el asegurado cuenta con una edad determinada y un saldo en su cuenta de capitalización, la misma que se halla conformada por las aportaciones efectuadas al antiguo régimen, cuyo importe no puede ser superior a 20 veces el salario mínimo vigente y que es reconocido y transferido por el Estado a una AFP y los capitales e intereses acumulados en la cuenta individual del asegurado que registra, controla y califica la AFP. El asegurado que cumple 65 años de edad, pero que no cuente con un capital que garantice una pensión vitalicia, puede efectuar retiros mínimos, en ningún caso estos retiros pueden ser inferiores al 70% del salario mínimo vigente a momento de solicitar la pensión.

iii) Seguro de invalidez: El asegurado declarado inválido accede a la pensión, si la invalidez declarada es igual o superior al 60% de pérdida de capacidad que exigen el nuevo régimen de pensiones. El afiliado activo o pasivo puede causar rentas de supervivencia en favor de sus herederos o personas declaradas como tales.

iv) Riesgos Profesionales: La prestación por riesgo profesional se reconoce como consecuencia del accidente de trabajo o la enfermedad profesional que provoca el fallecimiento o la incapacidad definitiva al afiliado para continuar realizando el trabajo que desempeñaba. La incapacidad puede calificarse como total o parcial, si en este caso supera el 10% de pérdida de su capacidad laboral en el trabajo que desempeñaba. Se asimila a accidente de trabajo el accidente ocurrido en el trayecto de o hacia su fuente de trabajo, siempre que el empleador provea los servicios de transporte. Este seguro reconoce, además de las prestaciones económicas a largo plazo, prestaciones económicas a corto plazo y las prestaciones de salud necesarias para la recuperación y rehabilitación del asegurado.

v) Régimen de asignaciones familiares: El régimen de asignaciones familiares otorga prestaciones en favor de los beneficiarios de los asegurados y consiste en prestaciones económicas y en especie

vi) Prestaciones por muerte: Las prestaciones por muerte consiste en pensiones que se pagan a favor de los derechohabientes en caso de fallecimiento del afiliado, tanto en el régimen de reparto como en el de capitalización. Al fallecimiento por causa de invalidez o riesgo profesional, cada uno de los derechohabiente perciben una pensión resultante de aplicar los porcentajes asignados a cada uno de ellos. La suma de estas pensiones en ningún caso pueden ser superiores al 100% de la pensión que percibía o le correspondía al asegurado fallecido.

Tienen derecho a estas prestaciones los derechohabientes de primer grado (esposa e hijos) o a falta de estos, los de segundo grado (padres o hermanos). Situación similar es aplicada a los fallecidos incorporados al régimen de vejez o de jubilación. Estos pueden sin embargo, en el caso de no existir beneficiarios de primer y segundo grado, dejar como herederos a los de tercer grado (personas que no pertenecen a cualquiera de los grados anteriores y que son declarados libremente por el afiliado a la AFP cuando contrate su seguro vitalicio o mensualidad vitalicia variable, según corresponda.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Mediante Ley núm. 1732 de 29 de noviembre de 1996, el control y fiscalización de los entes privados que administran los regímenes de vejez, invalidez, muerte y riesgos profesionales están a cargo de la Superintendencia de Seguros, Pensiones y Valores, en tanto que para el régimen de reparto la fiscalización es llevada a cabo directamente por el Ministerio de Hacienda y Desarrollo Económico.

El Ministerio de Salud y Previsión Social ejerce la tutela sobre los entes gestores que administran los seguros de salud y de asignaciones familiares. El control y la fiscalización están a cargo del Instituto Nacional de Seguros de Salud.

Capítulo 3

Características básicas del sistema de salud

La tasa de mortalidad infantil (TMI) y la tasa de mortalidad materna (TMM) registrada en Bolivia, se encuentra entre las más altas de América Latina y el Caribe, aún cuando en los últimos años estos indicadores han exhibido algunas mejoras importantes. En la literatura clásica sobre el desempeño de los sistemas de salud, ambas tasas se consideran indicadores pertinentes de las condiciones generales de salud de un país, pues sus resultados sintetizan en gran medida la situación que se experimenta con los macro-determinantes de ésta, incluyendo el nivel de desarrollo socio-económico de una nación o región geográfica. Dada esta premisa, las dos medidas forman parte de las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en el contexto del pacto mundial suscrito en la Cumbre del Milenio, llevada a cabo en el año 2000, y cuyo compromiso general es la erradicación de la pobreza en sus diferentes manifestaciones con el propósito de avanzar hacia la consecución del desarrollo económico y social sostenible.

En el documento preparado para Bolivia, titulado *Cuarto Informe: Progresos de los Objetivos del Milenio* (UDAPE, 2006) se aborda el tema de los diversos factores que inciden sobre la TMI. En este caso, se señala que el riesgo de mortalidad infantil está asociado a una atención inadecuada a nivel de los servicios de salud, producto en gran medida de la exclusión social que enfrenta un número significativo de sus habitantes (barreras geográficas, sociales, económicas y culturales), pero además, se asocia con las extensas carencias materiales en que viven los hogares y familias bolivianas. En términos de registros, los principales problemas de salud directamente responsables de la muerte de los recién nacidos, son las enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA) y malnutrición, así como otras enfermedades infecciosas y condiciones perinatales.

Tabla 23
Continente Americano: Tasa de mortalidad infantil e indicadores relacionados, 2004

País o Área	Tasa Mortalidad Infantil (por 1,000 nacidos vivos)	Tasa Global de Fecundidad (número hijos por mujer)	Esperanza de vida al nacer (años)
América del Norte	7	2.0	78
América Latina y el Caribe	29	2.6	72
América Central	27	3.0	74
El Caribe	41	2.7	69
Haití	80	4.7	51
América del Sur	29	2.5	71
Bolivia	54	3.8	63
Colombia	26	2.6	72
Ecuador	30	3.0	71
Perú	33	2.8	69
Venezuela	20	2.8	73

Fuente: Population Reference Bureau

En un contexto más amplio, además de los altos niveles de mortalidad infantil y materna, la situación de salud en Bolivia se caracteriza por un cuadro de morbi-mortalidad causado fundamentalmente por enfermedades transmisibles, las cuales son clasificadas en enfermedades endémicas y enfermedades epidémicas. En la categoría de endémicas se ubican la malaria, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis, infecciones respiratorias agudas y diarreas (principalmente en población infantil). En la segunda categoría, destaca la incidencia del dengue y rabia humana, esta última, a consecuencia del aumento de la rabia animal, en algunas zonas del país.

Dos señalamientos más sobre este tema. Por un lado, destacar que gracias a las acciones de los programas de vacunación llevados a cabo en el país, se ha logrado la erradicación de enfermedades como la Poliomielitis (1988) y el Sarampión (2001), así como una reducción significativa de la incidencia de la Difteria, el Tétanos, la Tos ferina y la Rubéola. Por otro lado, aún cuando no se cuenta con un sistema de información para enfermedades crónicas no transmisibles, lo cierto es que los padecimientos como cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, y otras más, se han incrementado en los últimos años.

3.1. Estructura y agentes del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Bolivia, está integrado por los tres clásicos subsectores que predominan en la mayoría de países de la Región: subsector público, subsector seguridad social y subsector privado. Dada la alta proporción de población indígena, la medicina tradicional tiene una indudable importancia como una alternativa en la atención de la salud de los bolivianos, aunque se tienen enormes limitaciones para conocer con precisión el volumen de servicios o recursos económicos que se canalizan a través de éste. A modo de síntesis, a continuación se describen los tres sub-sectores:

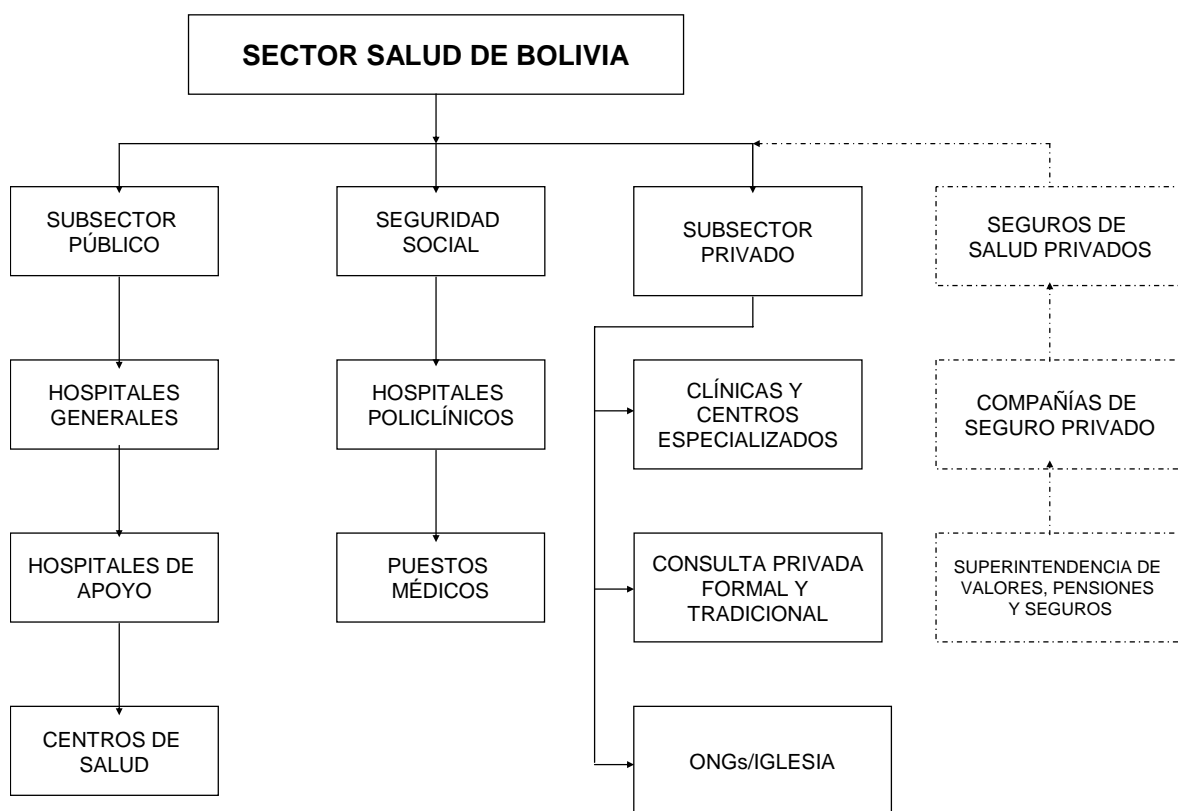
i. Sub-sector público: En el ámbito nacional, este subsector está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, encargado de la normativa e implementación de políticas nacionales en materia de salud. En el nivel departamental, las prefecturas son responsables de la administración de los recursos humanos. En el ámbito municipal, y según la Ley N° 1551 de Participación Popular y el Decreto Supremo (D.S.) N° 24447, los Gobiernos Municipales (GM) son los responsables de administrar los establecimientos de salud y la capacitación de los recursos humanos municipales, el mantenimiento y conservación de los equipos médicos, la adquisición de suministros e insumos médicos, el pago de los servicios básicos de agua, energía eléctrica, teléfono y limpieza de los establecimientos, mantenimiento de la infraestructura existente y construcción de nueva infraestructura médica.

ii. Sub-sector de la seguridad social: Está constituido por las Cajas de Salud que prestan servicios en el subsector de Seguridad Social y dependen de la Dirección General de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deportes. El Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) es la instancia de coordinación, control y supervisión de las Cajas de Salud, la cuales protegen fundamentalmente a los trabajadores asalariados y

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

organizados y cubre con prestaciones de salud por enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo.

iii. Sub-sector Privado: Este subsector incluye a las Clínicas y Centros especializados, la consulta privada formal y tradicional, así como los centros de atención de la Iglesia Católica y las ONGs (Organizaciones No Gubernamentales). La actividad de las ONGs y la Iglesia, destacan por su presencia en número y contribución en las prestaciones de servicios de salud en áreas dispersas. Las ONGs prestan fundamentalmente servicios de atención primaria en salud con financiamiento que proviene de recursos externos¹². La medicina tradicional se ha considerado en la Ley del SUMI, cuyas prestaciones se pueden hacer efectivas cuando corresponde, de acuerdo a los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia. Las Compañías de Seguros y Medicina Prepagada, constituyen un receptor de fondos para financiar los servicios de salud del sector privado, la principal fuente de recursos para estas organizaciones son los hogares y las empresas, a través de pagos de primas por seguros de salud.



¹² Para prestar servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud, la ONG, previamente inscrita en el Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE), debe firmar convenios con el Ministerio de Salud y Deportes para establecer las regiones o áreas de intervención.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

El modelo de gestión del SNS establece la existencia de tres niveles de atención que se diferencian por el alcance y complejidad de los servicios que ofrecen. El Primer Nivel se encarga de la promoción y prevención de la salud y comprende la medicina tradicional, las Brigadas Móviles de Salud (BRISAS)¹³, los puestos de salud, policlínicos y policonsultorios. El Segundo Nivel se encarga de la atención en establecimientos de salud con especialidades básicas en medicina interna (los hospitales básicos de apoyo pertenecen a este nivel). Por último, el Tercer Nivel presta servicios de atención médica de mayor complejidad (los hospitales generales, hospitales de especialidades e institutos de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología, forman parte de este nivel).

El primer nivel de atención, tiene un rol de “puerta de entrada” al sistema, aunque, en casos de emergencia, los hospitales de segundo y tercer nivel reciben directamente a los pacientes, sin el filtro de los establecimientos de menor complejidad. La gestión del SNS se realiza en cuatro ámbitos: el ámbito nacional que corresponde al Ministerio de Salud y Deportes (MSD); el ámbito departamental a cargo de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES); el ámbito municipal correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS); y el ámbito local bajo la responsabilidad de los establecimientos de salud locales y las BRISAS como nivel operativo.

El MSD es el órgano rector y normativo de la gestión en salud a nivel nacional; sus principales competencias son la formulación de estrategias, políticas, planes y programas nacionales, además de dictar la normativa pertinente para el SNS.

Los SEDES son la máxima autoridad de los departamentos en la gestión técnica de salud y deben articular las políticas nacionales y la gestión municipal; sus principales atribuciones son la coordinación y supervisión de la gestión de los servicios de salud así como cumplir y hacer cumplir la política en salud y las normas de orden público en cada departamento. Los SEDES dependen administrativamente de las prefecturas departamentales (el Prefecto nombra al Director Técnico que dirige el SEDES), sin embargo, técnicamente dependen del MSD. Esta doble dependencia interfiere en las funciones de los SEDES pues no se cuenta con una única instancia superior definida.

El DILOS es la máxima autoridad en la gestión de salud dentro de cada municipio y se encarga de vigilar el cumplimiento de la política nacional de salud, la implementación del SUMI y la aplicación de programas que tengan prioridad para el municipio. Cada DILOS está conformado por el Alcalde Municipal o su representante (quien preside el DILOS), el Director Técnico del SEDES o su representante, y el presidente del Comité de Vigilancia o su representante. Las Redes de Salud, a su vez, están conformadas por establecimientos del SNS. Existen dos tipos de Redes de Salud: a) la Red Municipal de Salud, que cuenta con establecimientos de Primer Nivel y alguno de mayor nivel de complejidad (funciona bajo la responsabilidad del Gerente de Red, nombrado por el respectivo DILOS); y b) la Red Departamental de Salud, conformada por varias redes municipales y establecimientos de

¹³ Las BRISAS pertenecen al programa de salud EXTENSA, un Programa Nacional de Salud destinado a fortalecer la oferta y organizar la demanda en la atención básica de salud en los municipios rurales más pobres del país, con población indígena y originaria altamente dispersa. El EXTENSA tiene el objetivo de disminuir las aún elevadas tasas de mortalidad materna e infantil locales a través de la extensión de coberturas del SBS y posteriormente del SUMI.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Tercer nivel (el Director Técnico del SEDES es responsable de la organización de la red departamental).

De acuerdo con los registros del Ministerio de Salud y Deportes, durante el año 2006, el SNS contó con 2.741 centros o establecimientos de atención, de ellos, el 80% pertenecía al subsector Público y el 92% al primer nivel de atención. Los establecimientos de salud de segundo y tercer Nivel, a su vez, se encontraban concentrados en los subsectores público y de seguridad social, así como en los Organismos Privados. En un análisis comparativo de las estadísticas reportadas en 2006 respecto a las consignadas en el 2004, resalta el fuerte crecimiento de los establecimientos de salud pertenecientes a organizaciones privadas, particularmente en el segundo y tercer nivel de atención, los cuales pasaron de 28 a 66, superando a los correspondientes a las cajas y seguros de la seguridad social. Las ONG y la Iglesia, por su parte, contaban principalmente con establecimientos de primer nivel, una característica distintiva de su participación en los sistemas de salud de América Latina.

Tabla 24
Establecimientos de salud del SNS según subsector, nivel de atención y área, 2006

Subsector	Nivel de atención			Total	Distribución por Área (%)	
	Primer	Segundo	Tercer		Urbana	Rural
Público	2,274	77	29	2,380	16.8	83.2
Seguridad Social	135	27	19	181	63.5	36.5
ONG	166	6	0	172	66.3	33.7
Organismos Privados	71	57	9	137	82.5	17.5
Iglesia	95	17	1	113	74.3	25.7
Total	2,741	184	58	2,983	27.7	72.3

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes.

Desde el punto de vista de ubicación por área geográfica, los establecimientos del subsector público predominan en las zonas rurales, aunque la casi totalidad de los hospitales generales y los institutos especializados (tercer nivel de atención) continúan situados en los centros de las grandes ciudades. De igual manera, los establecimientos de la seguridad social son predominantemente urbanos, una condición que restringe la capacidad de este sub-sector para atender la demanda de servicios de su población asegurada que vive en las zonas rurales del país, limitación que se tratará en una sección posterior de este estudio.

Dada las altas tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna, el Modelo de Gestión del Sistema de Salud está particularmente dirigido a la reducción de la morbilidad y mortalidad de los grupos de población más vulnerables, en un marco de protección del capital humano, proponiendo aumentar la equidad en el acceso a los servicios de salud, velar por la calidad de las prestaciones, eficiencia en la gestión y efectividad en el sistema para atender enfermedades emergentes y re-emergentes. Uno de los cambios importantes de las políticas de salud se refiere a la articulación de redes de servicios de salud con redes sociales. Esta política se da en un contexto global que permite extender una adecuada oferta y demanda de servicios, especialmente en el área rural y zonas peri urbanas, bajo un enfoque de interculturalidad, género y generacional. Las redes están conformadas por establecimientos

de la seguridad social de corto plazo y otras instituciones que hayan firmado algún convenio con el MSD. Cada Red debe tomar en cuenta los tres niveles de atención de manera tal que cada una tenga un centro de referencia en el nivel superior.

Actualmente, las cuatro estrategias priorizadas por el gobierno son: la implementación de la gestión compartida con la participación popular, la consolidación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el desarrollo del Programa Nacional de Extensión de Coberturas en Salud (EXTENSA) y el control de enfermedades transmisibles e inmuno-prevenibles. El Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión: a) Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes (MSD) b) Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud – SEDES, dependiente de la Prefectura. c) Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud – DILOS d) Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

3.2. Seguros públicos de salud

La respuesta organizada del Estado en procura de reducir los altos niveles de mortalidad materna y mortalidad infantil registrados en Bolivia, ha sido el diseño de un seguro público gratuito dirigido a la cobertura de las mujeres en estado de embarazo y los niños menores de cinco años. En la última década, desde la puesta en marcha del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) en 1996, este seguro ha evolucionado positivamente en términos del número de prestaciones y población efectivamente protegida. Un estudio reciente elaborado conjuntamente por UDAPE y UNICEF, recoge evidencia cuantitativa sobre el menor riesgo de muerte que tienen las personas que usan los servicios de este seguro, en contraposición, a aquellas que no lo hacen.

Una estrategia similar se ha seguido con otro grupo de población de alta vulnerabilidad, las personas adultas mayores, con la creación en 1996 del Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), cuya población objetivo son todas las personas mayores de 60 años que no están protegidas por la seguridad social¹⁴. En este seguro los proveedores hasta finales del año 2006, han sido cinco Cajas de Salud pertenecientes a la seguridad social de corto plazo, circunstancia que ha limitado de sobremanera la cobertura efectiva de la población meta en las áreas rurales, dada la escasez de centros de atención de éstas en tal zona.

Dada la importancia central de ambos seguros en la actividad del subsector público y su vínculo con los gestores de la seguridad social, a continuación se presenta una breve descripción de cada uno de ellos, enfatizando aspectos de cobertura, financiamiento, prestaciones e impacto en el estado de las personas beneficiadas.

3.2.1. Seguros públicos de maternidad y niñez

¹⁴ Con la aprobación de la Ley N° 3323 se crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), que constituye el sustituto del Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), cuya entrada en vigencia formal estuvo condicionada a la aprobación del Decreto Supremo 28.968, en el mes de diciembre de 2006.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

El aseguramiento del binomio madre-niño, tiene como antecedente inicial la creación del Plan Vida, que operó durante el período 1993-1996, con el propósito de disminuir significativamente la mortalidad materna, perinatal y de los niños. En 1996, se crea el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), mediante Decreto Supremo No. 24303, con vigencia a partir del 01 de julio de ese mismo año. El paquete de prestaciones de este seguro, fue en un principio de 26 intervenciones, incrementándose luego a 36.

La administración del SNMN estaba a cargo de los Directorios Locales de Salud (DILOS) de cada municipio, en el marco de la Ley de Participación Popular, la de Descentralización Administrativa y la del Sistema Nacional de Salud. La lista de proveedores del seguro incluía obligatoriamente a todos los establecimientos públicos y de la seguridad social, y los establecimientos de ONGs o la Iglesia, que hubieran suscrito convenio especial para tales fines. De igual manera, la prestación del paquete de servicios era de carácter gratuito, reconociendo las barreras económicas que enfrentaban los potenciales beneficiarios del SNMN, dado el cobro de aranceles o tarifas en los servicios públicos de salud.

El financiamiento del SNMN provenía de la coparticipación tributaria transferida a los municipios. Los recursos de coparticipación tributaria representan el 20% de los ingresos nacionales provenientes de las recaudaciones de la Aduana Nacional y el Servicio de Impuestos Nacionales, siendo éstos distribuidos en función al número de habitantes de cada municipio. En términos concretos, la normativa legal disponía que el aporte al SNMN fuera equivalente a un 3.2% del 85% del monto total de coparticipación tributaria, recursos que se destinaban a cubrir los costos de los medicamentos, los insumos y la hospitalización. Los otros costos como la inversión y mantenimiento de la infraestructura y el equipo médico quedaban a cargo del municipio y el pago del recurso humano bajo la responsabilidad del Tesoro General de la Nación. Los fondos transferidos de la cooperación internacional, representaban una fuente complementaria de financiamiento.

Los resultados del SNMN, conjugaban avances en ciertas áreas con deficiencias en cuestiones tan fundamentales como el abastecimiento de medicamentos esenciales. Por un lado, se destacó que el acceso a los servicios de salud por parte de las personas pobres aumentó con la implementación del seguro, así como las atenciones pediátricas de EDAs e IRAs. Por otro lado, además del inconveniente con las medicinas, se detectaron fallas en el proceso de pago a los establecimientos de salud, insuficiencia de recursos humanos en ciertos municipios, falta de capacitación al personal y la ausencia de mecanismos precisos para la cancelación de servicios entre municipios.

En el contexto del Proyecto de Reforma de Salud, impulsado por el Ministerio de Salud y Previsión Social a partir de un crédito otorgado por el Banco Mundial, el 01 de enero de 1999 entró en vigencia el Seguro Básico de Salud (SBS), sustituyendo al SNMN, con una población objetivo integrada por todos los habitantes del país. Los beneficiarios se dividieron en tres grupos: los niños y niñas menores de cinco años, las mujeres en estado de embarazo y la población en general. El conjunto total de prestaciones ofrecidas por el SBS ascendía a 92 intervenciones, incluyendo las más costo-efectivas dirigidas a las principales causas de mortalidad materna e infantil, así como las principales causas de morbilidad en el país. La protección del binomio madre-niño mantenía condiciones similares a las otorgadas por el SNMN; la protección de la población en general, estaba

enfocada en diagnósticos y tratamientos de la tuberculosis, malaria, cólera, planificación familiares y enfermedades de transmisión sexual.

El financiamiento del SBS también se sustentaba en la Coparticipación Tributaria, pero en esta oportunidad, el porcentaje se incrementó a un 6.4% del 85% de lo percibido por este concepto. Los recursos provenientes de tal fuente, cubrían los costos de medicamentos e insumos, costos de consulta externa, hospitalización, exámenes de laboratorio clínico, entre otros. El pago del recurso humano estaba a cargo del TNG, y algunos medicamentos e insumos (vacunas, jeringas, sulfato ferroso, medicamento para el tratamiento de la malaria y tuberculosis, etc.) eran distribuidos por los programas nacionales de salud.

El SBS generó un incentivo económico para la producción de ciertos servicios, en tanto, la tarifa que se pagaba por prestaciones como el parto y la planificación familiar, superaban la reposición de los medicamentos e insumos señalados en los protocolos de atención. También estableció reglas claras para el pago intermunicipal, es decir, el pago por la atención brindada a un habitante de un municipio en un establecimiento de otra jurisdicción.

En términos de resultados, en un estudio de Vidal (2003), se concluyó que la tasa de parto institucional tuvo un mayor incremento entre las mujeres pobres de municipios con mayor probabilidad de acceder a los beneficios del SBS (dada una mayor tasa de personal médico por habitante), en contraposición, con aquellas que habitan en municipalidades con pocas probabilidades de acceso a esos beneficios. Otro resultado destacable, es que se estimó que los beneficios del SBS lograban impactos mayores entre las mujeres indígenas del área rural que contaban con bajos ingresos.

Con la aprobación de la Ley No. 2426 del 21 de noviembre de 2002, el SBS fue sustituido por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que aún en la actualidad se mantiene vigente. El inicio formal de este seguro es a partir del 01 de enero de 2003, y como su nombre lo indica, está fundamentado en un principio de universalidad, en tanto, el SBS era un seguro focalizado a la población de escasos recursos. Los beneficiarios potenciales del SUMI son todos los niños menores de cinco años y todas las mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto; no cubre, la atención de la población general por las enfermedades incluidas en el paquete del SBS. La Ley No. 3250 de 5 de diciembre de 2005, amplía las prestaciones del SUMI a las mujeres no embarazadas de 5 y hasta los 60 años, en procura, de una maternidad segura a mujeres en edad fértil, la obligatoriedad en la prevención del Cáncer Cerviño Uterino, tratamiento de lesiones premalignas, además de métodos de anticoncepción e infecciones de transmisión sexual (ITS).

El SUMI contiene un número mayor de prestaciones que los anteriores seguros públicos. El SUMI cuenta con seis paquetes distintos de prestaciones, para un total de 547 prestaciones protocolizadas: a) mujer embarazada; b) mujer no embarazada de 5 a 60 años; c) neonatología; d) pediatría; e) odontología; y f) laboratorio, gabinete e imagenología, servicios de sangre y traumatología. No obstante, el SUMI permite a los establecimientos de salud brindar cualquier otra prestación no incluida en las 547, siempre y cuando, no se encuentre en la lista de exclusiones.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

En materia de financiamiento, el SUMI cuenta como fuente principal el equivalente a un 10% del total de los recursos obtenidos por el municipio de la Coparticipación Tributaria, de manera que se amplía la base y el porcentaje asignado, respecto al SNMN y el SBS. Estos fondos quedan disponibles para cubrir los costos de insumos, materiales y medicamentos esenciales; en caso de que los ingresos por Coparticipación Tributaria fueran insuficientes, la Ley No. 2235 del Diálogo Nacional 2000 determina que el Seguro podrá acceder, hasta un 10%, al denominado Fondo Solidario Nacional (FSN) de los recursos de la Cuenta Especial de Diálogo 2000.

Tabla 25
Características fundamentales de los seguros públicos de maternidad y niñez,
1996-2006.

Instrumento Legal	SNMN D.S. No. 24303 De julio 1996	SBS D.S. No. 25265 de diciembre 1998	SUMI Ley No.2426 de noviembre 2002
Objetivo	Disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil.	Garantizar a todos los habitantes del país acceso a un paquete de prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, orientado a reducir la mortalidad materna e infantil	Brindar prestaciones de salud en todos los niveles de atención del SNS dirigidas a mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta seis meses posteriores al parto; y a niños y niñas menores de cinco años. Eliminar la barrera económica de acceso a servicios de salud.
Población Objetivo	Mujeres y niños y niñas menores de cinco años.	Mujeres en edad fértil, niños y niñas menores de cinco años y población general.	Mujeres embarazadas hasta los seis meses después del parto y niños y niñas menores de 5 años.
Número de prestaciones	32	92	547 (protocolizadas).
Financiamiento	Municipios: el 3.2% del 85% de los recursos de Coparticipación Tributaria. TGN y Cooperación Internac.	Municipios: el 6.4% del 85% de los recursos de Coparticipación Tributaria. TGN y Cooperación Internacional.	Municipios: el 10% del 100% de los recursos de Coparticipación Tributaria. TGN y Cuenta Diálogo 2000: hasta el 10%.
Proveedores	Sector público y seguridad social. La Iglesia y ONG a través de la firma de convenios.	Sector público y seguridad social. Otros proveedores mediante la firma de convenios especiales.	Brigadas móviles de salud. Establecimientos del sector público y seguridad social de corto plazo. La Iglesia, ONG, privados sin fines de lucro y medicina tradicional que ingresen bajo convenio.
Fuente: UDAPE(2006). <i>Evaluación de los seguros de maternidad y niñez en Bolivia, 1989-2003.</i>			

3.2.2. Seguro Médico Gratuito de Vejez

El envejecimiento demográfico en Bolivia aún se encuentra en una fase incipiente, pues la población mayor de 60 años representa tan sólo 6.5% del total, aunque se espera que en los próximos 25 años el número de ellos se duplique. Considerando que este representa el grupo de edad con mayor incidencia de pobreza y vulnerabilidad¹⁵, así como las múltiples falencias del sistema de salud respecto al abordaje médico y terapéutico de los adultos mayores, mediante Decreto Supremo (DS) No. 24448 del 24 de mayo de 1996, se creó el Seguro de Vejez. Este seguro permitía que las personas mayores de 65 años tuvieran acceso a un conjunto gratuito de atenciones en todos los centros de la Caja Nacional de Salud (CNS). Este seguro se financiaba con aportes de la Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad que provenían de la prima de las ganancias de las empresas de juegos de azar. Esta fuente de financiamiento se extinguió con la prohibición legal de los juegos de azar, y con ello, el contenido financiero del Seguro de Vejez.

Con el objeto de solucionar este inconveniente, se diseñó un nuevo seguro. La Ley No. 1886 “Ley de Derechos y Privilegios y Seguro Médico Gratuito de Vejez”, del 14 de agosto de 1998, crea el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) y el DS No. 25186, reglamenta su estructura operativa, prestaciones, financiamiento e implementación. El SMGV está coordinado por la Dirección de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) es el ente fiscalizador del cumplimiento de la Ley 1886 y sus normas reglamentarias.

De conformidad al Código de Seguridad Social, la Ley 1886 y el D.S. 25186 del Seguro Médico Gratuito de Vejez, este seguro brinda atención médica integral a los asegurados que consiste en consulta externa; servicios de emergencias y primeros auxilios; exámenes complementarios en general; intervenciones quirúrgicas; hospitalización; medicamentos; rehabilitación; medicina preventiva y atenciones odontológicas. Los beneficiarios son todos los bolivianos de 60 años o más, con residencia permanente en el territorio nacional y que no cuentan con otro seguro de salud, específicamente, los seguros o cajas que integran la seguridad social. En términos generales, las prestaciones en salud a las que tienen derecho los beneficiarios, deben ser iguales a las recibidas por los rentistas y jubilados del sistema de seguridad social, pero en la práctica se observan varios tipos de discriminación.

De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud y Deportes y el INE, la población mayor a 60 años en el año 2005, alcanzó las 615,773 personas, de los cuales se estima que el 28% 164,086 personas cuenta con aseguramiento formal en el régimen del seguro social obligatorio (SSO). Hasta ese mismo año, el SMGV había logrado afiliar a 182,325 personas, quedando una población potencial para ser afiliada de 269,362 personas, que representan el 59.6% de la población objetivo.

¹⁵ De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda del 2001, el 63% de los adultos mayores son pobres, de los cuales 27% son pobres moderados, 30% indigentes y 5,9% marginales. En cuanto a niveles de educación, el 48% de las personas de este grupo son analfabetas, 68% vive en el área rural y 32% en el área urbana (UDAPE/OPS, 2004).

Tabla 26
Población cubierta por el Seguro Médico Gratuito de Vejez, 2005

Población	2005	
	Número de personas	% cobertura
Población Total	9,427,219	
Población mayor a 60 años	615,773	100.0
Población en el régimen de corto plazo	164,086	26.6
Población Objetivo	451,687	73.4
Población afiliada al SMGV	182,325	40.4
Población objetivo sin cobertura del SMGV	269,362	59.6

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes e INE.

Los proveedores de las prestaciones del SMGV son algunas de las Cajas de Salud que integran la seguridad social de corto plazo. En el Anexo a la Ley de Beneficios para el Adulto Mayor, se distribuyó la carga de afiliación por municipios según Cajas de Salud. En realidad son un total de cinco proveedores, siendo la CNS la que mantiene el mayor número de adultos mayores afiliados al SMGV, aproximadamente un 87% del total; las otras cajas pertenecientes al sistema de seguridad de corto plazo que cooperan con el SMGV son la Caja Petrolera, la Caja de Caminos, la Caja CORDES y la Caja Bancaria Estatal, contando con un número de afiliados significativamente menor al registrado por la CNS.

En materia de afiliación, el Gobierno Municipal es el encargado de tramitar la Ficha de Afiliación Individual del asegurado y la lista general de sus beneficiarios se envía a los entes gestores correspondientes a cada municipio para su registro y emisión del carné de afiliación. El sistema de afiliación no es complicado, no obstante, como sucede para los efectos de la jubilación y otros beneficios como el BONOSOL, se tienen algunas dificultades en la identificación de esta población, dada la ausencia en muchos casos de un carné de identidad o certificado de nacimiento, y adicionalmente, esta situación se agrava con limitaciones para conocer con precisión el lugar de residencia.

El Art. 10° del D.S. 25186, dispone que el Seguro Médico Gratuito de Vejez se financia con una prima anual de US\$56 por cada afiliado, que será pagada en la proporción del 60% por el TGN y el 40% por Gobiernos Municipales. No obstante, los pagos hacia las cajas de salud, no han fluido con la oportunidad requerida, acumulándose en ciertos períodos deudas significativas, particularmente por parte del TGN.

En un análisis del SNMV, incluido en el documento *Caracterización de la exclusión social en salud en Bolivia* (UDAPE/OPS, 2004), se admite que el diseño mismo de este seguro, tiene un alto grado de exclusión, con un sesgo a favor de las personas que residen en las zonas urbanas. Este cuestionamiento se asocia a que las prestaciones ofrecidas se brindan en los establecimientos de las entidades gestoras que se encuentran localizados en un 90% en las ciudades o centros urbanos, quedando los habitantes rurales casi totalmente excluidos, siendo su perfil socio-económico precisamente uno de los más vulnerables.

Aunque el seguro inició su implementación desde el año 1998, aún continúan territorios sin una definición precisa respecto a cuál debería ser el gestor de los servicios, o en otros casos, municipios que tienen asignadas a ciertas cajas de salud que no cuentan con establecimientos en el área. De igual manera, no se cuenta con un sistema de registro e indicadores propios del SMGV, pues las prestaciones de éste, se llevan a cabo con los mismos insumos de los entes gestores, lo que impide hacer la desagregación de costos y del número y características de atenciones específicas que se han dado a esta población. En consecuencia, no se tiene estadísticas específicas ni indicadores de atención, calidad, etc., ni metas de gestión para el seguro.

Por último, aún con estimaciones muy gruesas de los costos de atención, los gestores de el SMGV, han presentado reclamos sobre un presunto déficit provocado por la prestación de los servicios a los asegurados de este seguro, argumentando que los US\$56 pactados para tales fines, es una suma insuficiente. La entidad encargada de hacer el seguimiento y control de las acciones de las cajas de salud como es el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), tampoco exige mayor detalle sobre la poca información estadística que se tiene sobre el seguro.

3.3. Exclusión social en el sistema de salud de Bolivia

La exclusión social en materia de salud, es una de las formas de exclusión más dramáticas, pues se manifiesta en toda su magnitud, en momentos donde tener acceso a ciertos servicios o atenciones, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Y aún cuando la situación no sea tan crítica, la exclusión o negación del derecho a la salud, tarde o temprano tendrá que producir algún tipo de desventaja sobre las personas o grupos excluidos. Cuando se trata de personas o familias pobres, la probabilidad de romper el círculo de la pobreza, se reduce considerablemente, si ellas no tienen una buena salud, pues su productividad es baja y el ausentismo laboral superior al promedio de otras personas. El rendimiento en la educación también está condicionado por el estado de salud de los estudiantes, así como la estructura y tamaño de las familias, pudiera transformarse con la información y conocimientos recibidos por los padres respecto a la salud reproductiva y los métodos de planificación familiar, proporcionada por los centros de atención del sistema de salud.

Los sistemas de protección de la salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión dependiendo de su estructura y de sus arreglos organizacionales (OPS/OMS, 2003). Precisamente, en un análisis del impacto sobre los principios de la seguridad social, de las reformas que se han llevado a cabo en los sistemas de salud de América Latina, Mesa-Lago (2006), observa que el grado segmentación de estos sistemas ha tendido a profundizarse con las estrategia adoptadas, aún más, que la situación presentada inicialmente. Con la excepción de Cuba, donde rige un sistema público unificado; Costa Rica, con un seguro social unificado; y Brasil con un sistema dual segmentado (público y privado), con tendencia a unificarse, los

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

restantes países de la región muestran sistemas muy o altamente segmentados sin un grado de coordinación satisfactorio¹⁶.

Tabla 27
América Latina y el Caribe: Interacción entre el financiamiento público y las cotizaciones de la seguridad social en el sector salud

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Financiamiento: rentas generales, sistemas integrados a partir de financiamiento no contributivo	Financiamiento: integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social	Financiamiento: baja o nula integración de rentas generales o cotizaciones a la seguridad social
<i>La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados</i>	<i>En todos los casos hay algún grado de separación explícita de funciones de financiamiento y prestación. También varían el nivel de integración del financiamiento</i>	<i>La estructura de la prestación pública es heterogénea, y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado</i>
<i>Prestación pública y privada:</i> Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, República Bolivariana de Venezuela	<i>Tipo 2A:</i> Integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social: Costa Rica <i>Tipo 2B:</i> Integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo: Colombia, Antigua y Barbuda, República Dominicana	Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay
<i>Prestación solo a través del sistema público:</i> Cuba	<i>Tipo 2C:</i> Modelo dual con integración parcial: Chile	

Fuente: Mesa-Lago (2006)

El sistema de salud de Bolivia está incluido en la categoría Tipo 3, donde el nivel de integración entre los subsectores público y seguridad social es escaso o casi nulo, tanto en materia de financiamiento como en organización y prestación de servicios. La coexistencia de los tres subsectores antes citados, ha producido, un sistema de protección a la salud, caracterizado por la segmentación y la fragmentación; ambas características limitan la capacidad del sistema para producir la cobertura requerida, y por el contrario, conducen a la exclusión de las atenciones a la salud de grupos amplios de la población.

¹⁶ En los países del Caribe no latino, prevalece un sistema de salud de tipo unificado, cuyo financiamiento es vía impuestos y asignación presupuestaria y no existe una separación de funciones. El rol del sector privado es subsidiario y complementarios al del sistema público.

La segmentación, trata de la existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y provisión, los cuales se especializan en diversos segmentos de la población, determinados por su nivel de ingresos, y que actúan sin el nivel apropiado de coordinación. Como se señaló, en el contexto boliviano, habitualmente el subsistema público, se orienta a pobres e indigentes (con recursos insuficientes y/o mal administrados); los seguros sociales de salud, se dirigen a trabajadores del sector formal y cubren a sus dependientes (con restricciones); y el sector privado, cubre a los segmentos de la población de más altos ingresos. Las condiciones de acceso definidas en cada uno de los subsistemas, tienden a excluir a ciertos grupos sociales más que otros, por ejemplo, los pobres, residentes de zonas rurales y trabajadores de la economía informal; y si bien, la exclusión no es total, la calidad y extensión de las prestaciones recibidas muestran marcadas diferencias entre un subsistema y otro.

La **fragmentación** se produce cuando estos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica, sino más bien, tiende a competir entre sí y se puede manifestar en el ejercicio de todas o alguna de las funciones del sistema. Este tipo de arreglo institucional provoca una pérdida de economías de escala, pues cada uno de los subsistemas, tiende a cumplir las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Por otro lado, no se puede garantizar un estándar de atención o un paquete de servicios básico, pues los recursos disponibles y la lógica de funcionamiento de cada uno de ellos no lo permiten; encarece el costo de las intervenciones; y no fomenta un uso eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto.

Una característica adicional del sistema de salud boliviano, es el predominio **del pago directo o de bolsillo** como mecanismo de financiamiento, en el que la posibilidad de recibir las atenciones de salud demandadas depende de la capacidad de pago de cada persona o familia. Este rasgo se vincula con la ausencia o limitada cobertura de esquemas de seguros solidarios, así como problemas en la calidad, contenido y oportunidad de los servicios de salud entregados por el subsector público y/o el de la seguridad social.

El Sistema Boliviano de Salud, de alguna forma presenta los cuatro elementos que identifica la OPS/OMS como los contributivos a la exclusión en salud. El sistema es segmentado debido a que se cuenta con un subsistema público cuya principal función es atender a la población de menores recursos en el marco de los seguros públicos como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), y a pesar que en los últimos años se ha incrementado la disponibilidad de recursos, éstos no han sido administrados con eficiencia para tener un mayor impacto sobre la población más excluida. Por otra parte, se cuenta con la seguridad social de corto plazo, que bajo un modelo bismarckiano, atiende a los trabajadores formales en una economía altamente informal. Finalmente, se cuenta con un sector privado poco articulado en el que se engloban, por una parte, a las ONGs y la Iglesia que atiende a población de ingresos medios y bajos, y por otra parte, las compañías de seguro, la medicina prepagada y las clínicas privadas y consultorios particulares que atienden una demanda de población con ingresos altos.

El sistema es fragmentado, debido a que el subsistema público tiene su propia infraestructura al igual que la seguridad social, las ONGs, la Iglesia y la oferta privada de clínicas y consultorios privados. A pesar que los seguros públicos han logrado que de

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

alguna manera existan convenios público-seguridad social (MSD-Cajas de salud) y público-privados (MSD-ONGs e Iglesia) para atender el SUMI y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), aún no existe una integración de los subsistemas que permitan disminuir los costos de transacción.

El gasto de bolsillo, sigue siendo parte importante del flujo financiero del sistema, sobre todo por que los seguros públicos, aunque tienen la premisa de universalidad, ésta se aplica sólo a las prestaciones y no así a la población. Sólo está protegida la población más vulnerable, como las madres y menores de 5 años en el caso del SUMI y los mayores de 60 años en el SMGV. La mujer en edad fértil, los adolescentes y niños mayores a 5 años, la población en edad productiva, se encuentran fuera del esquema de aseguramiento público y si no son beneficiarios de la seguridad social, tienen que recurrir al gasto de bolsillo para satisfacer sus necesidades de salud.

Dada la fragmentación del sistema, es muy difícil que exista una labor efectiva de regulación del sistema. Sólo se cuenta con el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), instancia que realiza actividades de fiscalización antes que de regulación en los establecimientos de salud de la seguridad social (Cajas de Salud). El Servicio Departamental de Salud (SEDES), poco puede hacer para coordinar y regular a la red pública de servicios y menos al sector privado, aun teniendo estas atribuciones, particularmente en la Unidad Departamental de Gestión del SUMI.

La incidencia de exclusión en salud a nivel nacional alcanza a 77%, y supera el 94% en el área rural. La exclusión en Bolivia se entiende como la imposibilidad de un individuo de acceder a atención en salud de manera adecuada en uno o más de los subsistemas: seguridad social, servicios públicos y privados. Las causas de la exclusión son múltiples y pueden ser exógenas o endógenas al sistema de salud. La dimensión externa es responsable del 60% de la exclusión en salud, donde el analfabetismo de las mujeres es la variable más importante, seguida de la barrera económica financiera asociadas al fenómeno de pobreza y la ruralidad asociada a barreras geográficas que impiden el fácil acceso de la población a los servicios. El origen étnico es un elemento que genera discriminación y exclusión y muchas veces se expresa en la demanda contenida por razones culturales.

Existe una severa incidencia de exclusión en poblaciones que residen en el altiplano de La Paz y valles rurales. Los departamentos con mayor exclusión son Potosí, Oruro y Chuquisaca. La población indígena es la más excluida del proceso de aseguramiento formal, debido a su no inserción en la economía formal del país. Finalmente debe decirse que el análisis de situación de salud del país refleja una problemática actual y relevante, pues si bien en las últimas décadas se han producido cambios importantes en la forma de enfermar y morir de la población boliviana; sin embargo, empieza a advertirse un proceso de transición epidemiológica, con un incremento importante en los procesos crónicos no transmisibles y causas externas; condicionadas por un lado, por una transición demográfica y por una recurrente crisis socioeconómica y política que atraviesa el país. Todo ello agravado por la falta de información y educación sanitaria de la población que no toma parte activa en el cuidado de la salud; lo que no ha sido debidamente tenido en cuenta en el desarrollo de las políticas nacionales de salud.

Capítulo 4

La seguridad social en salud

4.1 Cobertura Legal

La seguridad social en Bolivia se ha desarrollado, fundamentalmente, bajo un *enfoque o criterio laboral*, dirigiendo su cobertura a los trabajadores asalariados del sector formal, y con escasos esfuerzos en la incorporación de los trabajadores independientes y/o informales, que en conjunto representa el porcentaje más alto en la estructura de empleo del mercado laboral del país. De acuerdo con el Código de Seguridad Social, la afiliación al régimen de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, es obligatorio para todas las personas nacionales y extranjeras, que trabajan en el territorio de la República de Bolivia y prestan servicios remunerados a otras personas, natural o jurídica mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean estos de carácter privado o público, expreso o presunto. El artículo 12° del citado Código, indica sobre la posibilidad de un aseguramiento voluntario por parte de grupos de trabajadores no obligados por ley, y también, la alternativa de un aseguramiento para continuar con la protección otorgada por éste, en aquellas situaciones que los individuos queden cesantes.

De igual manera, se reconoce que todas las personas que gocen de una renta o pensión por los riesgos de invalidez, vejez y muerte, continúan percibiendo las prestaciones de enfermedad y maternidad. Con el transcurso de los años, otras categorías adicionales de asegurados se han ido creando, tales como: Beneméritos de la Guerras del Chaco y sus beneficiarios (1957); Cooperativistas Mineros, al amparo de convenios suscritos en la Federación Nacional de Cooperativas Mineras de Bolivia y la Caja Nacional de Salud (1974); Abogados colegiados sin relación de dependencia laboral, que ejercen funciones en la Judicatura Nacional (1983); Personas no videntes agrupadas en el Instituto Boliviano de la Ceguera (1991); Menores bajo tutela del Estado (1999); Alumnos de los Institutos de Enseñanza Policial, que incluye Caballeros cadetes de la Academia Nacional de Policías y demás alumnos de este tipo de instituciones de enseñanza.

Finalmente, las iniciativas de seguros públicos impulsadas por el Estado en la última década, también han ampliado el campo de acción de los seguros sociales de salud. La Ley N° 1886 de agosto 1998 y el Decreto Supremo N° 25186 de setiembre 1998, crean y reglamentan el Seguro Médico Gratuito de Vejez, cuyas prestaciones cubren a todas las personas mayores de 60 años, que no cuenta con un seguro de salud. Esta prestaciones quedaron a cargo de cuatro instituciones de la seguridad social (Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, Caja Cordes de Salud, Caja Caminos de salud), con un pago equivalente a US\$56 anuales por persona protegida, financiados en un 60% por el Tesoro General de la Nación (TGN) y el restante 40% por los gobiernos municipales.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Así mismo, aunque la responsabilidad inicial recae en los Gobiernos Municipales, las personas cubiertas por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), pueden elegir alguna de las instituciones de seguridad social, para recibir el paquete de prestaciones estipuladas en este seguro. No obstante, de acuerdo con cifras del 2003, tan sólo un 1.38% del total de prestaciones otorgadas por el SUMI, fueron suministradas en la seguridad social (UDAPE, 2006)¹⁷.

Tabla 28
Definición de asegurados y beneficiarios de la seguridad social de corto plazo

Asegurados obligatorios	Otros asegurados	Beneficiarios	Personas protegidas por Decreto
Trabajadores que prestan servicios remunerados a otras personas naturales o jurídicas mediante designación o contrato de trabajo o aprendizaje, sin discriminación de ingresos, edad, sexo y nacionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rentistas de Invalidez, Vejez y Muerte ▪ Beneméritos de la Guerra del Chaco (A.M.I.G.) ▪ Viudas de guerra ex-enfermeras ▪ Defensoría Nacional del Menor, Mujer y Familia. ▪ Abogados Libres. ▪ No videntes. ▪ Alumnos de Institutos de Enseñanza Policial ▪ Cooperativistas Mineros ▪ Mujeres Gestantes y Menores de cinco años. ▪ Asegurados Voluntarios. 	<p>Los miembros de la familia del asegurado directo, de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Esposa o conviviente ii) Hijos menores hasta los 19 años. iii) Padre inválido y madre, sin ingresos. iv) Los hermanos menores hasta los 19 años, sin ingresos. 	<p>Mujeres gestantes y niños menores de 5 años sin seguro, al amparo de la Ley 2426-Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).</p> <p>Seguro Médico Gratuito de Vejez, creado conforme el Decreto Supremo 25186, dirigido a personas mayores de 65 años sin seguro.</p>

La cobertura de los hijos mayores de 19 años, puede extenderse hasta los 25 años, en tanto, éstos se encuentren estudiando; no obstante, el asegurado titular, queda obligado a pagar un 50% del costo total de las prestaciones otorgadas a su hijo. No están sujetas a las regulaciones del Código de Seguridad Social, en materia del Seguro de Corto Plazo, las siguientes personas:

- Las que ejecutan trabajos ocasionales, extraños a las actividad ordinaria del empleador, siempre que su duración no exceda los 15 días del trabajo. No obstante, esta disposición no limita, que el trabajador pueda afiliarse en calidad de asegurado voluntario.
- Las personas extranjeras empleadas por las Agencias Diplomáticas, Consulares e Internacionales que tienen su sede en Bolivia y gozan de inmunidad y privilegios diplomáticos.

¹⁷ En las estadísticas recopiladas por el INASES, existe una categoría específica para los asegurados del Seguro Gratuito de Vejez, pero no para los beneficiarios del SUMI, situación explicada en parte, por la exclusividad en la prestación de las instituciones de seguridad social en el primer seguro, y el poco uso de sus servicios en el segundo seguro.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Las prestaciones por los riesgos de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales de corto plazo, mantienen la clasificación habitual, es decir, en especie y en dinero, en los siguientes términos:

- Prestaciones en especie a los trabajadores y sus beneficiarios, en casos de enfermedad, maternidad o accidente no profesional.
- Prestaciones en especie, solamente a los trabajadores en casos de accidentes y enfermedades profesionales.
- Prestaciones en dinero, solamente a los cotizantes activos en casos de incapacidad temporal, motivada por enfermedad, maternidad, accidente no profesional y riesgos profesionales de corto plazo.

Las prestaciones para los asegurados y beneficiarios que los protegen del riesgo de enfermedad, comprenden la asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y el suministro de medicamentos que requiera su estado mórbido, en este caso, sin límite de tiempo, de conformidad con la Ley No.3505 de octubre 2006, que deroga los artículos 16 y 17 del Código de Seguridad Social, que imponían plazos máximos para este tipo de servicios de salud. Otras prestaciones, incluyen el pago de un subsidio monetario a los trabajadores activos asegurados que enfrenten una incapacidad temporal causada por una enfermedad común, cuya duración es de hasta 26 semanas, con una extensión máxima hasta 52 semanas, cuando existan fundadas posibilidades de recuperación, previa valoración de la unidad competente para tales fines. Las prestaciones de maternidad están destinadas a la asegurada directa, la esposa o conviviente del asegurado y comprenden la necesaria asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y el suministro de medicamentos que requiera el estado de la paciente, además del pago del subsidio de incapacidad temporal en los períodos de gestación, parto y puerperio en beneficio de la trabajadora cotizante.

Las prestaciones médicas en caso de enfermedad o accidente laboral¹⁸, incluyen además de las descritas para la enfermedad común, la provisión, reparación y renovación de aparatos de prótesis y ortopedia; y tratamiento apropiado para la recuperación y readaptación profesional. De igual manera, tiene derecho a un subsidio por incapacidad temporal, en los mismos términos que el señalado para los trabajadores aquejados por una enfermedad común, con tan sólo, un incremento a un 90% cuando se tratare de un accidente laboral.

Si bien, el trabajador no puede ser despedido de su puesto de trabajo en el período de incapacidad temporal; si los servicios médicos del seguro determinan la irrecuperabilidad de la enfermedad que lo incapacita, debe declararse inválido y, por tanto, transferido al seguro de pensiones. Después de un tratamiento médico de 26 semanas prorrogables por

¹⁸El concepto de accidente de trabajo se refiere a aquel que se produce cuando el trabajador desarrolla su labor diaria o realiza una actividad para cumplir esa labor, determinando la disminución o pérdida de su capacidad de trabajo. En tanto, enfermedad profesional es aquella que se produce por evolución lenta y progresiva, teniendo como causa, la acción de agentes nocivos que puedan existir en el lugar donde se desarrolla el trabajo.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

otras 26 y cuando no es posible la curación del trabajador accidentado o enfermo, el médico tratante declara su incapacidad permanente total o parcial.

La renta de riesgos profesionales según el grado de incapacidad se divide en: i) incapacidad permanente total, que es equivalente al 100% de incapacidad para el trabajo; y, ii) incapacidad permanente parcial, que es calificada como tal, cuando los servicios médicos determinan una incapacidad para el trabajo del 25% al 90%. Cuando la renta es calificada entre el 60% y el 100% de incapacidad para el trabajo es requisito indispensable la presentación de la papeleta de retiro del trabajador. Si la valoración definitiva alcanza hasta el 10% no se concederá prestación alguna, si es mayor del 10% y llega al 25% se pagará en sustitución de la renta, una indemnización global equivalente a cuatro anualidades de la renta que le hubiese correspondido al asegurado.

Tabla 29
Prestaciones en dinero de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo: duración, condiciones y cuantía del beneficio

Riesgo cubierto	Duración	Condiciones	Cuantía
▪ Enfermedad	Rige a partir del cuarto día por un máximo de 26 semanas en un período de 12 meses consecutivos. La duración puede extenderse por 26 semanas adicionales, cuando existe una posibilidad real de recuperación del paciente, pero cesa si éste es declarado inválido.	Contar con un mínimo de 2 meses de cotización, en el período previo al episodio de enfermedad.	El subsidio por incapacidad temporal por enfermedad común, es equivalente al 75% del salario cotizable percibido al inicio de la incapacidad.
▪ Maternidad	La asegurada tiene derecho a percibir el subsidio de incapacidad temporal por un lapso de 45 días antes y después del parto.	Acreditar un máximo de 4 cotizaciones mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha que inicia el goce del derecho a la incapacidad.	El subsidio por maternidad será equivalente al 90% del salario cotizable al inicio de la incapacidad.
▪ Riesgos profesionales de corto plazo	A partir del primer día de la incapacidad por médico tratante, sobre la base de la denuncia de accidente de trabajo. La duración puede extenderse por 26 semanas adicionales, en tanto, el asegurado tenga posibilidades reales de recuperación.	No se requiere acreditar cotizaciones previas.	El subsidio de enfermedad profesional, es equivalente al 75% del salario cotizable, al inicio de la incapacidad. El subsidio por accidente de trabajo, es equivalente a un 90% del salario cotizable al inicio de la incapacidad.

4.2. Financiamiento

El esquema de financiamiento de las Cajas o Seguros sociales de Salud, es relativamente simple, pues tan sólo incorpora las contribuciones de un 10% sobre la totalidad de remuneraciones percibidas por el trabajador, con cargo exclusivo al empleador. Los rentistas del antiguo Sistema de Reparto y del nuevo Sistema de Cuenta Individual, cotizan un 3% sobre el monto total de la pensión percibida. En ambos casos, no se han impuesto ni límites superiores ni límites inferiores sobre la base cotizable.

El Estado como tal no asigna recursos para la financiación de las prestaciones otorgadas por la seguridad social en salud, salvo los recursos en calidad de pago de los servicios brindados a las poblaciones protegidas por los seguros públicos de salud: Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), ambos descritos y examinados en una sección anterior. Lógicamente, se encuentra obligado a contribuir en su condición de empleador, la tasa del 10% sobre los salarios devengados por sus trabajadores, aunque la evidencia recogida a través de las Encuestas de Hogares, muestra que la cobertura de los empleados públicos está muy lejos de un 100%.

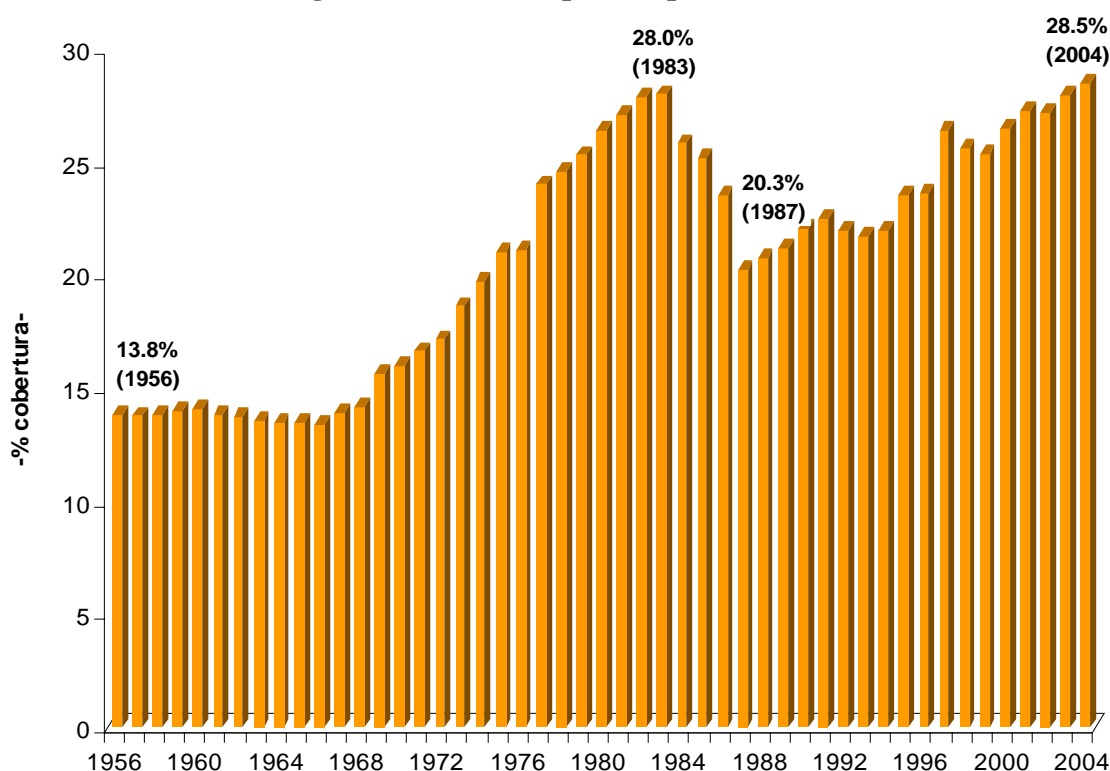
Los trabajadores independientes que voluntariamente se afilian al seguro social de corto plazo, también están obligados a un aporte del 10% sobre el ingreso que declaren, sin recibir una contribución subsidiaria del Estado, que parcialmente sustituya la ausencia de la figura del empleador. En el acápite correspondiente a la cobertura de la seguridad social en salud respecto a la Población Económicamente Activa, se demostrará el bajo nivel de aseguramiento de los trabajadores pertenecientes a esta categoría ocupacional.

La Ley establece un sistema de prima de reparto simple para la financiación del seguro de salud, modelo que demanda un equilibrio de corto plazo entre los costos de las atenciones a la salud producidas por estos seguros y el porcentaje de contribución salarial, tan sólo, con un margen para la constitución de ciertas reservas técnicas. Dado que el financiamiento de las cajas o seguros sociales de salud se sustenta en las cotizaciones salariales, sus finanzas se comportan de una manera procíclica con el desempeño de la economía. En aquellos años o épocas de recesión, las necesidades de prestaciones médicas de la población tienden a crecer (mala nutrición, inversión en actividades preventivas de salud menores a las óptimas, incremento en la violencia doméstica y los problemas de salud mental, etc.), y simultáneamente durante esos tiempos, las personas registran una caída en sus ingresos, producto del aumento de las tasas de desempleo y/o subempleo, y un menor dinamismo de los salarios reales. La pérdida del empleo provoca la salida de las personas de la seguridad social en salud, aunque no necesariamente de forma inmediata, y quienes pagaban por un seguro privado, probablemente no cuentan con los recursos suficientes para seguir contratando la póliza. En consecuencia, el monto recaudado por contribuciones al seguro social disminuye, y con una alta probabilidad, también los impuestos generales y específicos: los recursos disponibles son menores cuando la demanda por atenciones a la salud más bien crece.

4.3. Cobertura administrativa de la población total

De acuerdo con los registros administrativos del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), el número total de asegurados (directos y beneficiarios) registrados en las distintas Cajas de Salud, representó en el año 2004, un 28.5% de la población nacional. En un contexto temporal más amplio, este porcentaje de cobertura, es el más alto logrado por el conjunto de seguros de salud de Bolivia desde el año 1956, y marca una tendencia de recuperación de los niveles de cobertura, después de un período de retroceso a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, producto de la recesión económica experimentada en el país, dada la fuerte caída de la actividad minera¹⁹.

Gráfico 3
Cobertura de los Seguros de Salud respecto a población total (%), 1956-2004



¹⁹ Mesa Lago (2006) recopila y analiza diversas fuentes de información sobre la cobertura de los seguros y servicios de salud en Bolivia. La conclusión básica es que los datos reportados son tan diversos como inconsistentes. Así por ejemplo, en 1997 se estimó de que 66.3% de la población estaba cubierta, distribuida por subsector como sigue: 30% por el público, 25.8% por el seguro social y 10.5% por el privado (10% por ONG's y otros no lucrativos y 0.5% por seguros privados). En el año 2000, el Banco Mundial estimó que 65-70% estaba cubierto por el subsector público pero explicando que “para la inmensa mayoría de [esta] población, la protección contra los riesgos de salud radica exclusivamente en el recientemente implementado seguro público de salud”, o sea, el paquete básico focalizado en el grupo materno-infantil.

No obstante, el porcentaje de cobertura de la seguridad social en salud en Bolivia, continúa siendo uno de los más bajos de América Latina, formando parte de un grupo de países con un nivel de cobertura inferior al 30% y con altos indicadores de exclusión social en salud (Tabla 30). Esta situación se asocia en lo esencial, con la estructura de su mercado laboral, caracterizado por un predominio del empleo informal, cuya tendencia ha sido creciente en los últimos lustros. El fenómeno de la baja cobertura de la seguridad social, responde también, a la no obligatoriedad de afiliación de los trabajadores independientes y la ausencia de programas que incentiven su aseguramiento, una reducida capacidad contributiva de este segmento de trabajadores, la limitada cobertura geográfica de la red de servicios de la seguridad social en la zona rural, un elevado grado de evasión de los empleadores, y los bajos niveles de calidad y satisfacción de los usuarios.

Tabla 30
Grupo de países seleccionados de América Latina
Afiliación a seguros de salud, cobertura e incidencia de la exclusión social en salud

País/Indicador	Población sin Seguro de salud (%)^{a/}	Población sin cobertura efectiva (%)^{b/}	Incidencia de exclusión (%)^{c/}
Ecuador (2000)	77.0	20.7	51.0
Guatemala (2000)	82.2	33.0	n.d.
Honduras (2001)	83.1	39.3	56.0
Paraguay (2001)	81.1	51.4	62.0
Perú (2001)	73.0	31.0	40.0
El Salvador (2002)	81.3	41.7	53.0
Bolivia (2002)	72.7	55.0	77.0
Rep. Dominicana (2001)	76.4	20.0	n.d.

a/ Incluye cualquier tipo de seguro de salud, tanto de la seguridad social como seguro privado

b/ La cobertura efectiva se midió a través de encuestas nacionales donde se consultó a las personas si cuándo se sintieron enfermas de dolencias no leves o estuvieron accidentadas, asistieron o no a un centro de salud, y en caso afirmativo, si recibieron la atención que ameritaban o no.

c/ Este concepto es medido a través del Índice de exclusión social, desarrollado por OPS.

Fuente: Acuña (2005), "Exclusión, protección social y el derecho a la salud"

Las cifras de la Tabla 30 evidencian la ausencia en este conjunto de países de mecanismos de aseguramiento a través de seguros de salud, y en el caso de Paraguay y Bolivia, más de la mitad de la población que declaró haber necesitado atenciones de salud, no pudo satisfacer su demanda en ninguno de los subsectores del sistema de salud. En relación con el Índice de exclusión en salud propuesto por la OPS, que en su versión inicial mide el porcentaje de la población que sufre algún tipo de exclusión, se determinó que este fenómeno supera en casi todos los países seleccionados el 50% (a excepción de Perú), donde Bolivia el país que registra la mayor incidencia de exclusión en salud.

Cuando se analiza la distribución de la población asegurada según Caja o Seguro de Salud, es notable la alta concentración de éstos en la Caja Nacional en Salud, cuyo peso relativo en el 2004 arribó a 82.6% del total, manteniendo así, el predominio histórico asociado con la condición otorgada por el Código de Seguridad Social, de seguro abierto a la afiliación de todos los trabajadores bolivianos. La segunda en orden de importancia es la Caja Petrolera de Salud (5.5%), seguida de la Corporación del Seguro Social Militar (2.8%) y el

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Seguro de la Universidad de Cochabamba (2.1%). Las restantes Cajas no superan en conjunto el 7.0% y en nueve de ellas, el número absoluto de asegurados no excede los 10,000.

Si bien es cierto, el aumento del número de asegurados en la seguridad social registrado en los últimos años, que ha permitido una tasa de cobertura de un 28.5% respecto a la población total, es una señal positiva, también es conveniente, apuntar algunos aspectos que pudieran estar distorsionando tales cifras: i) el número de pensionados del antiguo Sistema de Reparto, creció fuertemente después de la aprobación de la Reforma de Pensiones en el año 1997, y en consecuencia, los beneficiarios de éstos; ii) a partir del año 2004, el registro de los derechohabientes y sus familiares, se incluyó como parte de los asegurados pasivos; iii) a partir de la aprobación Seguro Gratuito de Vejez en el año 1997, la estadísticas recopiladas por las Cajas de Salud y el INASES, incorporaron una nueva categoría para las personas protegidas por este seguro; y, iv) la expansión de algunos de los Seguros Universitarios (Cochabamba, Potosí, Oruro), son producto de la afiliación de sus estudiantes activos, los cuales, normalmente no forman parte de la fuerza laboral del país.

Tabla 31
Población total asegurada por el sistema de seguros de salud, 1996-2004

Instituciones	Población Total Asegurada				
	1996	1998	2000	2002	2004
NÚMERO DE ASEGURADOS					
Caja Nacional de Salud	1,475,816	1,704,524	1,851,540	1,923,607	2,171,485
Caja Petrolera de Salud	81,546	98,741	104,338	127,218	145,399
Caja Bancaria Estatal de Salud	5,422	5,144	5,117	4,898	4,662
Caja Ferroviaria de Salud (Red OCC)	23,431	-	-	-	-
Caja Ferroviaria de Salud (Red ORT)	6,328	-	-	-	-
Caja de Salud Banca Privada	21,050	26,665	28,585	30,801	33,407
Caja de Salud CORDES	16,780	18,678	25,499	28,272	36,691
Seguro de Salud SINEC	5,444	5,462	5,910	5,918	4,470
Caja de Salud de Caminos	27,092	31,478	27,941	26,731	28,330
Seg. Social Univ. La Paz	8,737	8,348	8,750	9,165	9,497
Seg. Social Univ. Cochabamba	7,894	7,770	6,762	50,994	55,459
Seg. Social Univ. Sucre	2,734	2,947	3,242	3,261	3,812
Seg. Social Univ. Santa Cruz	5,417	5,588	5,574	6,127	6,681
Seg. Social Univ. Tarija	1,282	1,560	1,802	1,591	1,661
Seg. Social Univ. Trinidad	1,440	957	967	1,326	6,435
Seg. Social Univ. Potosí	1,694	2,226	2,271	2,342	15,930
Seg. Social Univ. Oruro	4,197	2,869	3,037	23,149	25,405
Seguro Delegado de COTEL	-	2,975	2,749	2,447	2,485
COSSMIL	69,732	63,968	62,196	63,419	72,948
Seguro Médico Delegado EECC	-	-	-	-	2,901
TOTAL	1,766,036	1,989,900	2,146,280	2,311,266	2,627,658
DISTRIBUCIÓN % DE ASEGURADOS					
Caja Nacional de Salud	83.6	85.7	86.3	83.2	82.6
Caja Petrolera de Salud	4.6	5.0	4.9	5.5	5.5
Caja Bancaria Estatal de Salud	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2
Caja Ferroviaria de Salud (Red OCC)	1.3	-	-	-	-
Caja Ferroviaria de Salud (Red ORT)	0.4	-	-	-	-
Caja de Salud Banca Privada	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3
Caja de Salud CORDES	1.0	0.9	1.2	1.2	1.4
Seguro de Salud SINEC	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2
Caja de Salud de Caminos	1.5	1.6	1.3	1.2	1.1
Seg. Social Univ. La Paz	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
Seg. Social Univ. Cochabamba	0.4	0.4	0.3	2.2	2.1
Seg. Social Univ. Sucre	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
Seg. Social Univ. Santa Cruz	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Seg. Social Univ. Tarija	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Seg. Social Univ. Trinidad	0.1	0.0	0.0	0.1	0.2
Seg. Social Univ. Potosí	0.1	0.1	0.1	0.1	0.6
Seg. Social Univ. Oruro	0.2	0.1	0.1	1.0	1.0
Seguro Delegado de COTEL	-	0.1	0.1	0.1	0.1
COSSMIL	3.9	3.2	2.9	2.7	2.8
Seguro Médico Delegado EECC	-	-	-	-	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Anuarios Estadístico 2004, INASES.

4.4. Otras características del aseguramiento en salud de la seguridad social

La disponibilidad de Encuestas de Hogares en Bolivia, permite extender el análisis de la cobertura de los seguros de salud, a partir de información con la que no se cuenta a nivel administrativo. En este apartado, se hará una descripción de los niveles de aseguramiento, en consideración a clasificaciones alternativas de la población, así como se indagará sobre las características esenciales de los grupos asegurados y de los que han quedado excluidos de la protección otorgada por el esquema de seguridad social en salud imperante en el país. Dada la inclusión de un módulo especial de salud, y en particular, de una pregunta sobre la afiliación o no a los seguros de salud, se ha valorado pertinente, llevar a cabo el análisis en cuestión, con base en los resultados de la Encuesta de Hogares MECOVI 2002²⁰.

Sin duda, uno de los aspectos que ameritan una atención especial, es la discrepancia que se presenta entre los indicadores de cobertura calculados con base en los registros administrativos del INASES, y aquellos estimados con las Encuestas de Hogares. En contraposición a las cifras reportadas por el INASES, la Encuesta de Hogares 2002, registra una cobertura de la población total de tan sólo un 12.0% (cifra que se incrementa a 15.8% con seguros privados y otro tipo de seguros), un porcentaje muy inferior al 28.5% citado con anterioridad. No obstante, este resultado es consistente con datos proporcionados por la Encuesta Continua de Hogares 2003-2004, que también indagó sobre la afiliación a algún tipo de seguro de salud (incluyendo la Caja Nacional de Salud, seguro privado, Seguro Nacional de Vejez y otros), concluyendo que un 16.1% de la población total boliviana está protegida por un seguro de salud, con una marcada brecha entre los habitantes de la zona urbana y rural, con indicadores de cobertura de 20.6% y 8.6%, respectivamente.

Considerando un breve análisis adicional, el cual no altera el trasfondo de los resultados antes expuestos, es factible sugerir que la discrepancia estimada entre los registros del INASES y la Encuesta de Hogares 2002, es en realidad, mucho menor. La tesis que apoya esta afirmación, es la existencia de una especie de sub-declaración de los beneficiarios familiares del derecho adquirido por el asegurado directo. Así por ejemplo, la Encuesta de Hogares reporta un total aproximado de 418,000 asegurados que pertenecen a la Población Económicamente Activa, más 134,000 rentistas del Sistema de Reparto, y suponiendo 2.1 beneficiarios por asegurado directo, entonces el número total de asegurados de la seguridad social, sería de 1,726,000, equivalente a un 20.2% de la población total.

²⁰ La pregunta que indaga sobre la condición de aseguramiento de los habitantes, se encuentra en la Sección 3, Parte B: Acceso a servicios de salud: *¿está usted afiliado o cubierto por un seguro de salud?*. La respuesta tenía cuatro opciones: 1. Público (Caja Nacional de Salud, Seguro Nacional de Vejez); 2. Privado; 3. Ninguno y 4. Otro (Especifique).

Extendiendo el análisis de la cobertura de la seguridad social en salud de acuerdo con ciertas características de la población, se determina que la cobertura por sexo no muestra diferencias significativas, aunque ésta favorece ligeramente a las mujeres, aún cuando, la cantidad de trabajadoras cotizantes es inferior que la de hombres. El equilibrio en términos globales, se da con la incorporación de la población de mujeres beneficiarias o derechohabientes de los asegurados cotizantes directos, sean trabajadores activos o rentistas del sistema de pensiones.

Gráfico 4
Cobertura de la población total por sexo, 2002

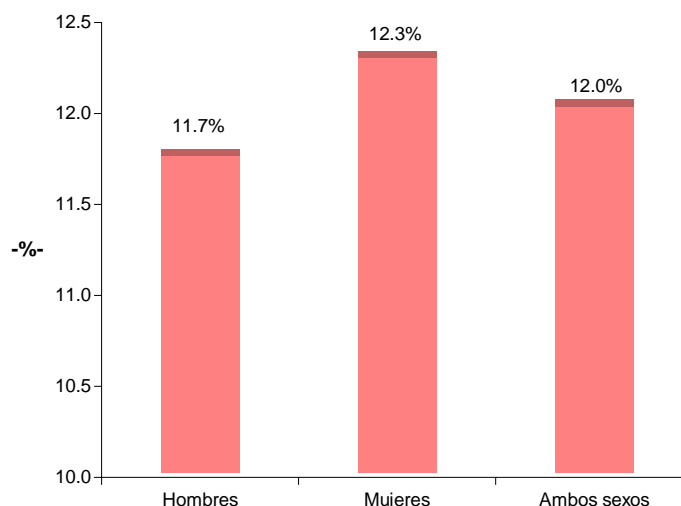
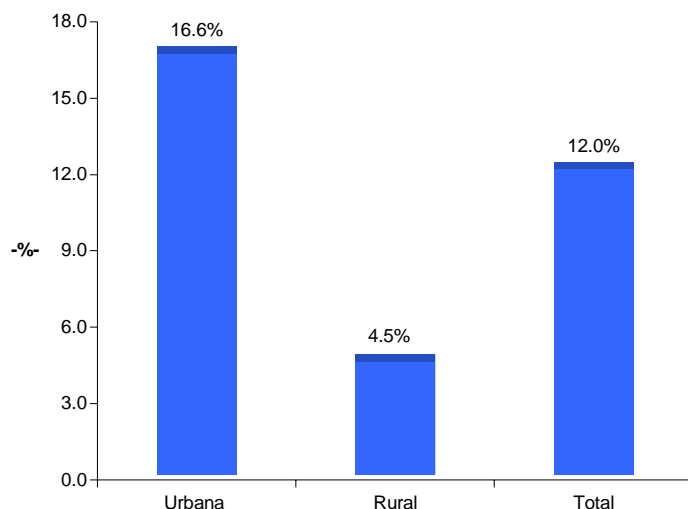


Gráfico 5
Cobertura de la población total según zona, 2002



Usando el criterio de zona de residencia, se observa una importante brecha entre el indicador de cobertura de la zona urbana en relación con el correspondiente a la zona rural. Este resultado es una de las características más destacables del aseguramiento provisto por el sistema de seguros sociales de salud en Bolivia, situación asociada a la concentración del empleo formal en ciudades y áreas periféricas urbanas (particularmente del empleo público), y por el contrario, el predominio en las áreas rurales

del trabajo no remunerado o por cuenta propia. En efecto, un 85.1% de los trabajadores que pertenecen a la PEA rural, desempeñan su trabajo en las categorías “Trabajador por Cuenta Propia” o “Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración”, ambas sin obligación de afiliación a la seguridad social y con fuertes limitaciones en su capacidad contributiva.

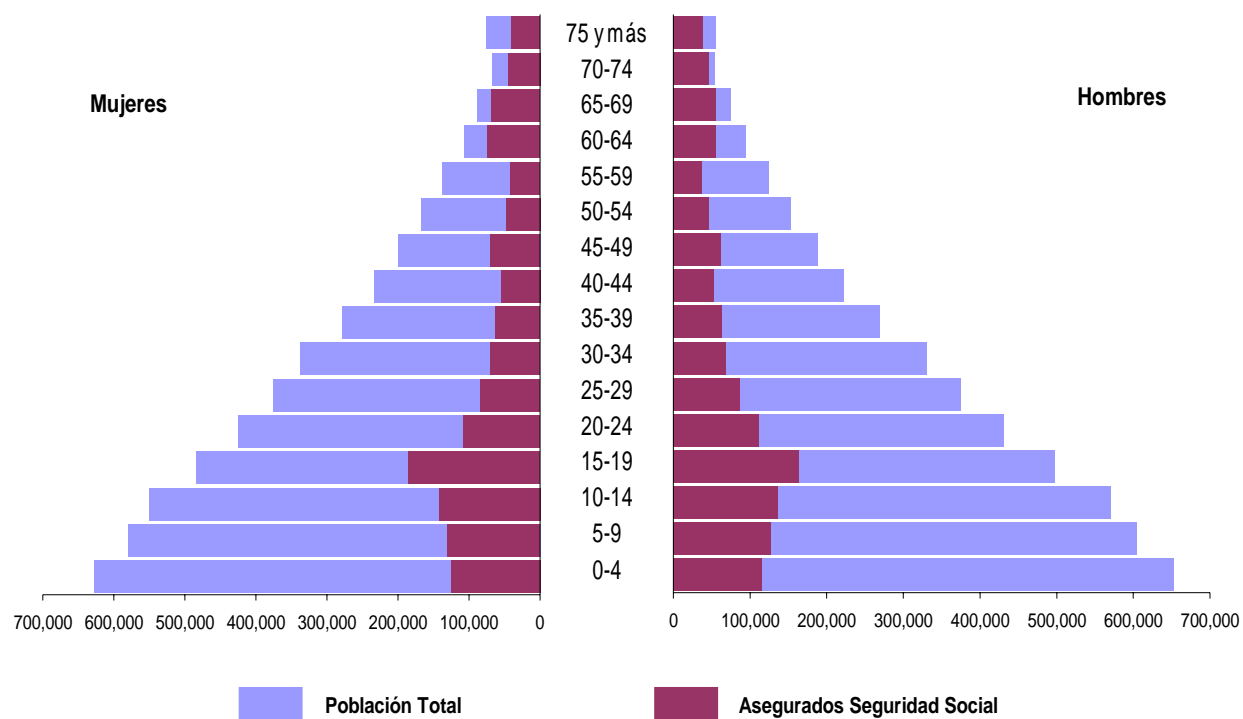
El análisis geográfico, puede complementarse haciendo uso de estadísticas de cobertura a nivel de Departamento, recopiladas por el INASES. De acuerdo con esta fuente de información, en el año 2004, el conjunto de seguros de salud lograron una cobertura de la

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

población total de 43.6% y 40.6%, en los departamentos de Oruro y La Paz, respectivamente, ambos los más desarrollados y urbanos del país. Por el contrario, la cobertura en el departamento Chuquisaca tan sólo fue de 19.8%, dado un 74% de población indígena y una incidencia de pobreza mayor del 70%. En los restantes seis departamentos, la cobertura se distribuye de la siguiente manera: Cochabamba (23.8%), Santa Cruz (20.1%), Potosí (29.8%), Tarija (21.5%), Beni (21.2%), Pando (19.4%).

La cobertura por grupos de edades, tiene su indicador más alto en las personas de 60 años y más, arribando a un 30.2% del total de esta población, incluso se ubica en un 37.4% en el segmento de 70 a 74 años. Este resultado tan favorable, en el contexto del objetivo fundamental de incrementar la cobertura de la seguridad social, está explicado en gran medida, por la inclusión en las estadísticas de asegurados de aquellas personas protegidas por el Seguro Gratuito de Vejez, seguro público a cargo del Ministerio de Salud y Deportes, con un financiamiento de US\$56 anuales, y cuya prestación de servicios, inicialmente, ha estado a cargo de algunas Cajas de Salud. Otro factor explicativo de tal situación, es el significativo aumento en el número de pensionados, experimentado antes y después del inicio de la Reforma de Pensiones, en mayo del año 1997. No existe una tendencia marcada en los grupos integrados antes de los 34 años, con indicadores que giran en torno al 10%, no obstante, en los siguientes grupos, se evidencia una tendencia creciente conforme la edad aumenta, pasando de 12.9% en la población de 35 a 39 años hasta un 35.7% en la categoría de 75 años y más.

Gráfico 6
Distribución de la población cubierta por la seguridad social en salud
según grupo etario, 2004



El análisis de las estadísticas del INASES respecto a los asegurados de los seguros sociales de salud según grupo etario, muestra una fuerte discrepancia en comparación con los datos provenientes de la Encuesta de Hogares 2002. En particular, tal como se observa en el Gráfico 3, el porcentaje de cobertura de las personas mayores de 60 años es significativamente mayor. Los porcentajes concretos indican que más de un 60% de las personas adultas mayores pertenecen a la seguridad social, sea como asegurados directos, rentistas, beneficiarios o afiliados a través del Seguro Médico Gratuito de Vejez.

4.4.1. Cobertura de la Población Económicamente Activa

De acuerdo con los registros consolidados del INASES, el conjunto de seguros sociales de salud que operan en Bolivia, han logrado incrementar la cobertura de la PEA desde un 10.9% en 1996 hasta un 13.5% en el 2003. Si bien, este hecho debe valorarse de forma positiva, lo cierto, es que no puede negarse los extremadamente pobres resultados que se tienen en materia de cobertura y la necesidad urgente de diseñar un plan estratégico, con el propósito de extender la afiliación a los amplios grupos que en actualidad no contribuyen con la seguridad social en salud del país, particularmente, los trabajadores que laboran por cuenta y riesgo propio. En la sección relativa a las conclusiones y recomendaciones del presente estudio, se ahondará en esta temática, con la exposición de alternativas de acción para aumentar la cobertura de este grupo.

Tabla 32
Cobertura de la seguridad social en salud respecto a la PEA (%), 1996-2003

Año	Población total	PEA	PEA/ Población (%)	Cotizantes activos	Cotizantes activos/PEA (%)
1996	7,589,296	3,627,637	47.8	396,157	10.9
1997	7,826,844	3,645,165	46.6	429,459	11.8
1998	7,847,998	n.d.	-	421,241	-
1999	8,000,798	3,802,361	47.5	445,317	11.7
2000	8,274,803	3,820,208	46.2	472,340	12.4
2001	8,248,404	4,099,151	49.7	540,583	13.2
2002	8,547,091	4,046,536	47.3	553,379	13.7
2003	8,778,538	4,346,862	49.5	587,862	13.5

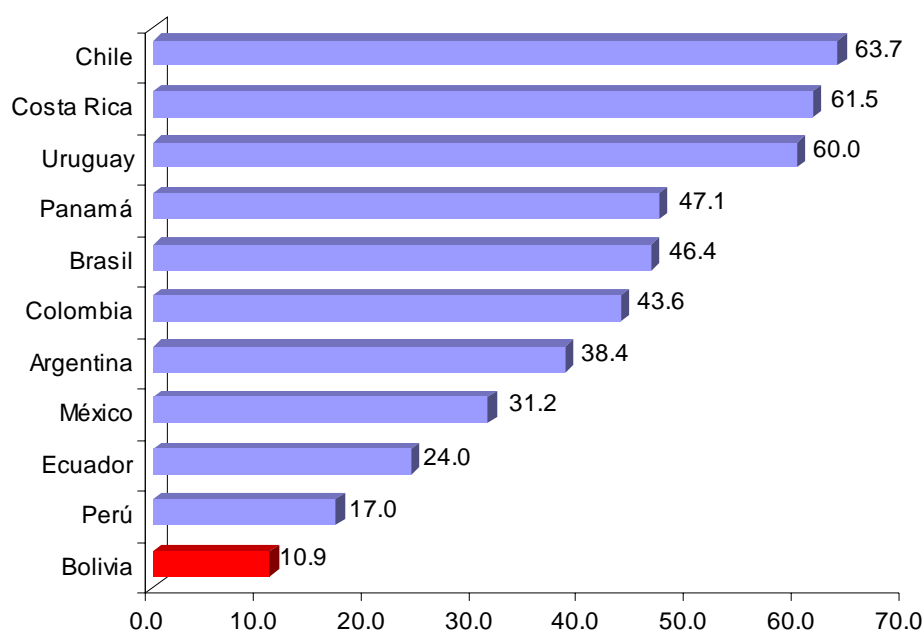
Fuente: Elaboración propia con base Anuario Estadístico INE-2005 y Anuario Estadístico INASES-2004

Dos señalamientos sobre las cifras contenidas en la Tabla 32. En primera instancia, destaca el lento crecimiento de la PEA durante el período 1996-2002, con una tasa de variación interanual de 1.8%, inferior al 2.3% de aumento en la Población en Edad de Trabajar (PET), y por tanto, asociada con una acumulación adicional de la Población Económicamente Inactiva (PEI). Por otro lado, la inclusión de los estudiantes asegurados en algunas de los Seguros Sociales Universitarios, ha incrementado la cifra de Asegurados Directos Activos, cuando en realidad, una proporción mayoritaria de ellos, no pertenece a la fuerza de trabajo del país. Esta distorsión, justifica al menos 1.5 puntos porcentuales de la discrepancia de 2.6 puntos porcentuales, que se da entre la cobertura de la PEA medida por el INASES y la Encuesta de Hogares 2002.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

En el contexto de un grupo seleccionado de países de América Latina, para los que se cuenta con estimaciones de la cobertura de los seguros sociales de salud respecto a la PEA, que abarcan años diversos del período 2001-2004, el indicador de Bolivia es el más bajo, seguido por otros dos países de la Comunidad Andina, Perú (17%) y Ecuador (24.0%). Los países de más alta cobertura, son Chile (63.7%), Costa Rica (61.5%) y Uruguay (60.0%), sin que exista otra nación que supere el 50% del indicador en cuestión. Sin duda, una estructura del mercado laboral caracterizada por un predominio del empleo formal versus el informal, favorece la obtención de mejores resultados en la cobertura de la población trabajadora, así como la constitución de modalidades no tradicionales de aseguramiento, dirigidas en lo fundamental, a trabajadores independientes y trabajadores con escasa capacidad contributiva.

Gráfico 7
Países seleccionados de América Latina
Cobertura de PEA en seguros sociales de salud (%).



Las dimensiones de análisis de la cobertura de la PEA, se amplían con la ayuda de la Encuesta de Hogares 2002, incorporando diversas clasificaciones o características vinculadas con los individuos pertenecientes a este grupo, el empleo que ejecutan, y la rama de actividad económica y tamaño de la empresa donde laboran. Así por ejemplo, se observa que la cobertura total de la PEA asciende a un 10.9%, cifra inferior a la tasa de cobertura a nivel de la población nacional (12.0%), y cuya desagregación según sexo, muestra una leve superioridad de las mujeres (11.5%) sobre los hombres (10.5%).

El indicador según grupo etario, pone de manifiesto las tradicionales dificultades de los trabajadores más jóvenes para incorporarse a la seguridad social, debido a la precariedad de los empleos que obtienen. Ilustrativamente, es importante indicar que las personas menores de 24 años, representan un 59.7% de la categoría denominada “Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración” y un 56.3% del “Empleado de hogar”. Los trabajadores activos mayores de 60

años, exhiben los mejores porcentajes de cobertura, pero éstos pueden vincularse a la protección otorgada por el Seguro Gratuito de Vejez y no a la afiliación y aportación a los seguros sociales de salud. En las edades intermedias, aquellas de más alta productividad, se evidencia un cierto repunte respecto a los cohortes más jóvenes, pero sus tasas de aseguramiento no superan en promedio el 15.0%.

Gráfico 8
Cobertura PEA por grupo de edad, 2002

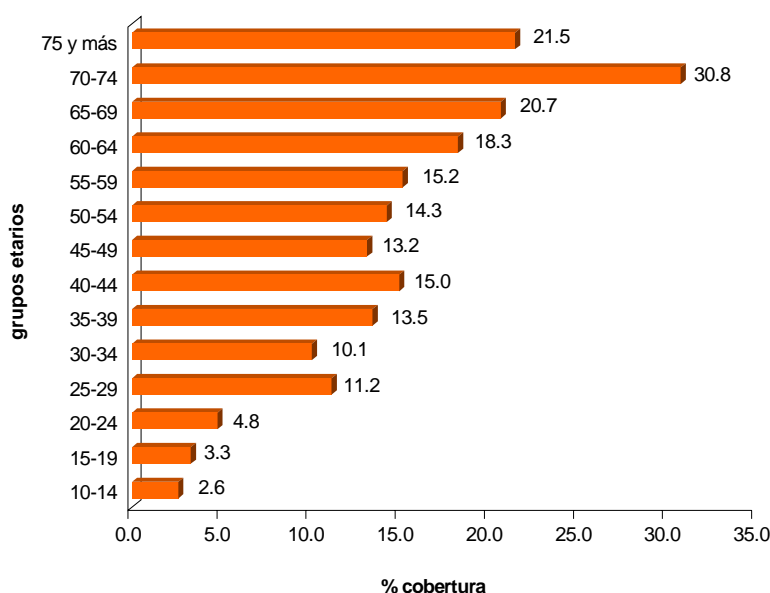


Gráfico 9
Cobertura PEA por rama de actividad, 2002



(54.0%), ambas con un predominio de instituciones u organizaciones empleadoras de

Desde la perspectiva de las ramas de actividad económica, existen diferencias notables en los índices de cobertura de la PEA que se manifiestan con bastante independencia del tamaño del establecimiento. En este sentido, la actividad productiva que goza la más alta cobertura de los seguros sociales de salud, es la “Enseñanza” (73.9%), junto con “Administración pública y defensa, planes de seguridad social”

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

carácter público. Para el resto de las actividades, los porcentajes no superan el 36.8%. De estas, los casos más extremos son la agricultura (3.3%) y la construcción (5.0%), que en suma representan el 47.8% del total de empleo, y que agregando el Comercio (11%), constituyen dos terceras partes de los puestos de trabajo.

La cobertura de la PEA se incrementa conforme el tamaño del establecimiento aumenta. Con la única excepción de los establecimientos en el rango de 50 a 99 personas, la asociación entre uno y otro indicador es alta y positiva, circunstancia consistente con la tesis de que las empresas de mayor tamaño, no pueden gestionarse al margen del cumplimiento de la normativa laboral y demás disposiciones legales impuestas por el Estado, precisamente, por la visibilidad que le da su propio tamaño.

Tabla 33
Cobertura de la PEA según características del empleo y establecimiento, 2002
-porcentajes-

Categoría ocupacional		Tamaño de establecimiento	
Asalariados	24.5	Trabajo solo	8.8
Públicos	59.3	2 a 4 personas	4.8
Privados	13.5	5 a 9 personas	4.6
No Asalariados	5.3	10 a 14 personas	27.9
		15 a 19 personas	33.4
		20 a 49 personas	40.3
Antigüedad en el puesto de trabajo		50 a 99 personas	29.4
1 mes a menos de 6 meses	14.4	100 y más personas	51.4
6 meses a menos de 1 año	16.1		
1 año a menos de 5 años	8.5		
5 o más años	13.3		

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Hogares MECOVI, 2002

Contrario a lo esperado, los indicadores de cobertura resultantes con la variable “Antigüedad en el puesto de trabajo”, no evidenciaron una correlación positiva con el tiempo de permanencia, más bien, el porcentaje de afiliación a los seguros sociales de salud es mayor cuando los trabajadores no superan el año de laborar, sufriendo una drástica reducción, cuando el período es mayor, particularmente, en el rango de un año a menos de cinco años (8.5%). Así mismo, se reporta una atípica igualdad entre los indicadores de afiliación de trabajadores con un mes a menos de seis meses de ocupar su actual puesto de trabajo (14.4%) y aquellos con cinco o más años (13.3%). Esta aparente inconsistencia, sugiere la necesidad de revisar exhaustivamente la pregunta formulada en la encuesta, y precisar las causas del posible desvío de las respuestas declaradas por las personas entrevistadas²¹.

²¹ Un patrón similar al comentado para Bolivia, también se ha producido en las encuestas de hogares de otros países. Por ejemplo, en Brasil, con una encuesta del año 2003, se obtuvo porcentajes de cobertura casi idénticos entre los trabajadores de un mes a menos de seis meses de antigüedad (47.7%) y aquellos con más de cinco años (36.6%). De igual manera, los trabajadores de un año a cinco de antigüedad, tenían el indicador más bajo de cobertura (31.9%), fenómeno común a Colombia y Panamá.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Los asalariados, es decir, los trabajadores que laboran por cuenta ajena, a favor de un patrono o empleador, y quienes de acuerdo con el Código de Seguridad Social de Bolivia, están obligados a afiliarse a la seguridad social, tan sólo logran una tasa de cobertura de un 24.5%, producto de un 59.3% de cobertura de los asalariados pertenecientes al sector público y un 13.5% de los correspondientes a las empresas del sector privado. El discreto porcentaje de aseguramiento de los asalariados públicos, contradice la tesis que presume de éstos, una afiliación de casi un 100%, dada la formalidad de sus empleos y la ineludible obligación de la Administración Pública de cumplir con las disposiciones legales vigentes en materia de protección social.

Tabla 34
Cobertura de la PEA según categoría ocupacional, 2002

Categoría ocupacional	Cantidad de trabajadores	% respecto a PEA Total	Asegurados seguridad social	Cobertura por categoría (%)
Empleado	787,281	20.6	249,221	31.7
Obrero	330,185	8.6	24,048	7.3
Patrono o socio	170,168	4.4	12,770	7.5
Trabajador por cuenta propia	1,398,977	36.6	95,713	6.8
Cooperativista de producción	9,937	0.3	6,083	61.2
Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración	1,039,117	27.2	27,392	2.6
Empleada del hogar	89,273	2.3	2,727	3.1
TOTAL	3,824,938	100.0	417,954	10.9

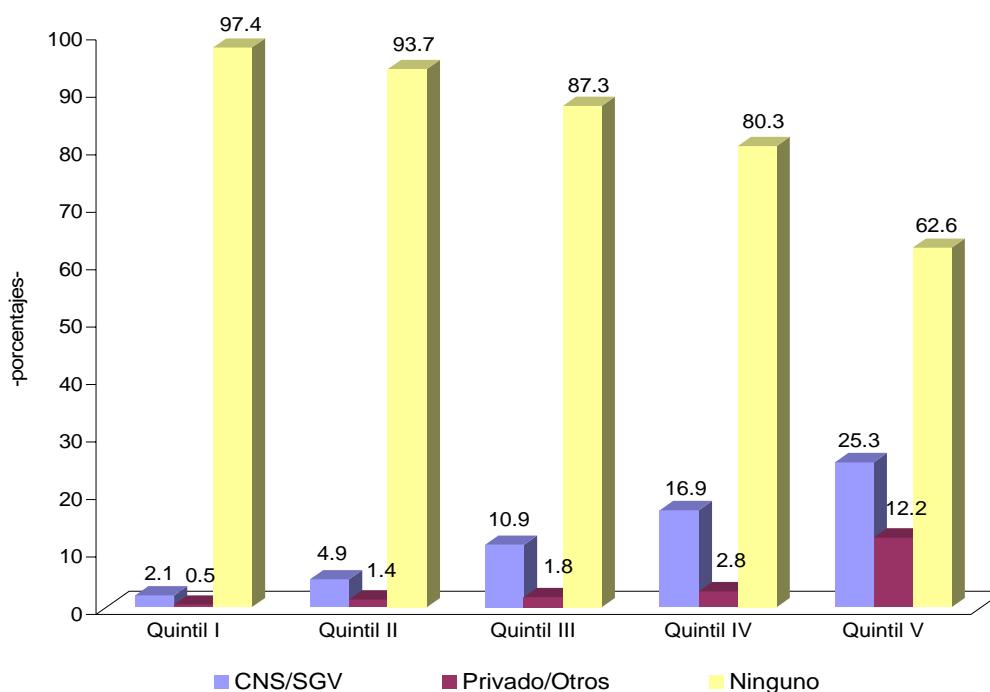
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares MECOVI 2002, INE.

En la clase complementaria, los trabajadores no asalariados, los cuales representan casi un 70% de la PEA total, la tasa de aseguramiento arriba a un crítico 5.3%. Si bien la legislación vigente está abierta a la inscripción de trabajadores no asalariados, que en forma voluntaria deseen acogerse a la protección de los seguros sociales de salud, lo cierto, es que persisten algunas condiciones que limitan una cobertura mayor de este grupo. En particular, pueden señalarse al menos cuatro argumentos explicativos de esta situación: i) un 27.2% de la PEA total está compuesta por “Trabajadores familiares o aprendiz sin remuneración”, cuya capacidad contributiva es muy reducida, pues no perciben ingresos de forma regular; ii) la precariedad de los trabajadores no asalariados; iii) la falta de incentivos para afiliarse a los seguros de salud; y, iv) falta de cultura de aseguramiento.

4.4.2 Cobertura por nivel de ingreso

Dado el enfoque laboral que guía los principios y disposiciones fundamentales del Código de Seguridad Social, la cobertura de los seguros de salud que integran este sub-sector, tiende a incrementarse conforme aumenta el nivel de ingreso de los individuos, pues la formalidad del empleo es una condición más presente en aquellos puestos de trabajo que pagan o generan más altos salarios o ingresos. De esta forma, la seguridad social logra la protección de un 25.3% de las personas que pertenecen al quintil más rico de la población (indicador equivalente a un 37.5%, cuando se incluye otro tipo de seguros o seguros privados). Contrariamente, en el quintil más pobre de la población, únicamente un 2.1% de las personas se encuentran afiliadas a los seguros sociales de salud, y los resultados en los restantes quintiles, aunque con una tendencia a incrementarse, no superan el 20%.

Gráfico 10
Distribución porcentual de la población según pertenencia a seguros de salud, 2002



Fuente: Encuesta de Hogares MECOVI 2002. Instituto Nacional de Estadística.

Este fenómeno observado en la seguridad social en Bolivia, no es un caso atípico en el contexto de la Región. Mesa-Lago (2006) recopila las estadísticas de un número importante de países latinoamericanos, concluyendo que en la situación extrema (Honduras), la relación entre los asegurados del quintil V y el quintil I, es casi de 55 veces. En la continuación de la lista, se tiene precisamente a Bolivia con 12.0, Guatemala 9.9, Perú 6.8 y Uruguay 4.0; en los indicadores más favorables se ubica, Brasil con 1.4 y Colombia con 2.13. Costa Rica, es el único país, dada la cobertura a cargo del Estado de la población pobre, donde la relación objeto de análisis es inferior a 1.0 veces, es decir, el número de asegurados del quintil más pobre supera a los pertenecientes al quintil más rico.

Los bajos niveles de aseguramiento y la concentración en los quintiles de más altos ingresos, condicionan de sobremanera, la función redistributiva que se asocia con los seguros sociales de salud. En principio, ésta se logra, en tanto, los asegurados de mayores ingresos y probablemente más saludables, financian las prestaciones de los asegurados más pobres y con una necesidad de bienes y servicios de salud mayores. No se cuenta con estimaciones apropiadas para el caso de Bolivia, pero es factible presumir poco impacto redistributivo del conjunto de seguros de salud.

4.4.3. Desequilibrios en la relación cotizantes activos/rentistas

En el período inicial de constitución de la seguridad social contemporánea en Bolivia (1956-1959), el número de asegurados directos activos equivalía a 11.2 veces el número de pensionados, situación totalmente comprensible, dado el aún incipiente régimen público de invalidez, vejez y muerte. Con el transcurrir de las décadas, la proporción entre uno y otro grupo, ha descendido drásticamente, hasta ubicarse en el quinquenio 2000-2004 en 3.7 asegurados directos activos por rentista, con un mínimo de 3.0 veces en la década de los noventa.

El aumento en el número de pensionados respecto a los cotizantes activos, tiene un efecto negativo sobre las finanzas de los seguros sociales de salud, pues además de la disminución normal que se da entre el salario cuando se encuentra aún laborando y la renta que percibe en condición de inactivo, el porcentaje de contribución desciende de un 10% a tan sólo un 3.0%. Pero también, el impacto de esta situación se percibe desde la perspectiva de los gastos, dado que la demanda de bienes y servicios de salud por parte de este contingente, es más intensa que la de otros grupos, sea una cuestión de la edad (jubilados) o de un estado de salud disminuido (invalidez).

De una forma menos dramática, la relación entre los beneficiarios familiares y los asegurados contribuyentes, es decir, cotizantes activos y rentistas, ha tendido a incrementarse, pero con un cierto grado de estancamiento en los últimos años, en valores cercanos a 3.0 beneficiarios por aportante a los seguros sociales de salud. La estabilización de este indicador, se puede asociar con diversas circunstancias, siendo las más relevantes, las siguientes dos: i) una mayor incorporación de las mujeres en la fuerza de trabajo, las cuales, gozan de una tasa de aseguramiento a la seguridad social, levemente superior a la correspondiente a los hombres; y, ii) una disminución en el número de hijos promedio por familia.

En este último argumento, tiene sustento en los resultados de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) reportados en las última ENDSA 2003, que señala un descenso de casi medio hijo por mujer en relación con la encuesta de 1998: 3.8 versus 4.2, respectivamente. El descenso registrado entre ambos períodos, se produce a expensas del área rural donde la disminución es de casi un hijo, mientras que en el área urbana se mantiene sin alteración. De acuerdo con esta fuente de información, persistente grandes diferencia por nivel de educación y grado de pobreza: las mujeres sin instrucción tienen un TGF de casi 7 hijos por mujer, en tanto, aquellas con instrucción media o más tan sólo 2.1 hijos por mujer; las mujeres que viven en municipios más pobres tienen alrededor de 5 hijos comparados con las que viven en capitales departamentales que tienen menos de tres; las mujeres que viven

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

en el área rural tienen en promedio 5.5 hijos por mujer frente a un promedio de 3.1 hijos en las mujeres que residen en área urbana. Dado que la cobertura de la seguridad social en salud se concentra en los hogares de quintiles de ingresos más altos y en residentes de zonas urbanas, es factible, suponer que ambas condiciones, favorecen una reducción gradual en el número de hijos dependientes del asegurado directo activo.

Tabla 35
Población protegida por los seguros sociales de salud, según condición de
aseguramiento
1956-2004

Período	Asegurados directos activos	Rentistas	Beneficiarios	Activos/ Rentistas	Beneficiarios/ asegurados directos activos
1956-1959	116,911	10,449	312,646	11.2	2.7
1960-1969	128,279	22,356	367,959	5.7	2.9
1970-1979	228,883	42,741	701,160	5.4	3.1
1980-1989	322,539	78,358	1,033,066	4.1	3.2
1990-1999	374,062	123,176	1,211,446	3.0	3.2
2000-2004	554,945	148,302	1,654,074	3.7	3.0

Fuente: Elaboración propia con base en información del INASES.

Un análisis más desagregado, evidencia importantes problemas en la estructura de aportaciones y dependencia de la población asegurada, en algunas de las Cajas o Seguros de Salud. Así por ejemplo, en la Caja de Salud de la Banca Estatal, el número de rentistas duplica al número de asegurados directos activos, fenómeno causado por una disminución significativa del empleo en esta actividad, así como el traslado de ciertas instituciones a otras Cajas, en especial, a la Caja de Salud de la Banca Privada. En el plano financiero, el corolario ha sido la acumulación de un déficit en la gestión del bienio 2003-2004, con rasgos de un desequilibrio crónico.

Tabla 36
Indicadores de activos/rentistas y beneficiarios/activos según Caja o Seguro de Salud, 2004

Institución	Asegurados directos activos	Rentistas	Beneficiarios	Activos/Rentistas	Beneficiarios/asegurados directos activos
Caja Nacional de Salud	423,306	169,250	1,424,903	2.5	3.4
Caja Petrolera de Salud	48,544	10,010	76,074	4.8	1.6
Caja Bancaria Estatal de Salud	847	1,765	2,050	0.5	2.4
Caja de Salud Banca Privada	12,787	1,394	19,226	9.2	1.5
Caja de Salud CORDES	8,393	2,855	10,501	2.9	1.3
Seguro de Salud SINEC	11,231	2,275	18,046	4.9	1.6
Caja de Salud de Caminos	1,388	420	2,662	3.3	1.9
Seg. Social Univ. La Paz	3,010	1,042	5,445	2.9	1.8
Seg. Social Univ. Cochabamba	50,319	653	4,487	77.1	0.1
Seg. Social Univ. Sucre	2,585	217	3,879	11.9	1.5
Seg. Social Univ. Santa Cruz	1,149	260	2,403	4.4	2.1
Seg. Social Univ. Tarija	19,798	146	5,461	135.6	0.3
Seg. Social Univ. Trinidad	14,212	185	1,533	76.8	0.1
Seg. Social Univ. Potosí	566	118	977	4.8	1.7
Seg. Social Univ. Oruro	5,482	54	899	101.5	0.2
Seguro Delegado de COTEL	626	0	1,859	-	3.0
Seguro Médico Delegado EECC	803	0	2,098	-	2.6
COSSMIL	15,514	8,524	48,910	1.8	3.2
TOTAL	620,560	199,168	1,631,413	3.1	2.6

1/ No incluye los asegurados por concepto de Seguro Gratuito de Vejez, dada la modalidad de cobertura que representa.

Fuente: Elaboración propia con base en información del INASES.

4.4.4 Brechas en los niveles de ingresos y gastos de los seguros sociales de salud

Una característica adicional de los seguros de salud en Bolivia, son las amplias diferencias que se registran entre cada uno de ellos, respecto a los ingresos percibidos por concepto de aportaciones. Así por ejemplo, el ingreso promedio por cotizante activo en el año 2004, varía desde Bs.11,509 en el Seguro Social de la Universidad de Tarija hasta Bs.104 en el Seguro Social de la Universidad de Potosí, o alternativamente, estableciendo como referencia los ingresos de la Caja Nacional de Salud (CNS), el mayor ingreso equivale a 5.7 veces y el menor 0.1 veces del monto señalado. Cuando la relación de los ingresos se dimensiona considerando la totalidad de los asegurados, la brecha con la CNS tiende a incrementarse en todos los casos, dado que ésta tiene una proporción de beneficiarios o asegurados dependientes mayor que el resto de seguros de salud.

Tabla 37
Ingreso promedio anual por cotizante activo y asegurados totales según Caja de Salud
Cifra en bolivianos. Año 2004

Institución	Ingreso promedio (bolivianos)			
	Cotizante activo	respecto a CNS	Asegurados totales	respecto a CNS
Caja Nacional de Salud	2,002	1.0	390	1.0
Caja Petrolera de Salud	5,237	2.6	1,749	4.5
Caja Bancaria Estatal de Salud	9,150	4.6	1,662	4.3
Caja de Salud Banca Privada	6,883	3.4	2,634	6.8
Caja de Salud CORDES	3,400	1.7	1,041	2.7
Seguro de Salud SINEC	5,695	2.8	1,768	4.5
Caja de Salud de Caminos	2,133	1.1	632	1.6
Seg. Social Univ. La Paz	10,313	5.2	3,269	8.4
Seg. Social Univ. Cochabamba	323	0.2	293	0.8
Seg. Social Univ. Sucre	7,630	3.8	2,300	5.9
Seg. Social Univ. Santa Cruz	6,611	3.3	2,558	6.6
Seg. Social Univ. Tarija	11,509	5.7	3,922	10.0
Seg. Social Univ. Trinidad	903	0.5	769	2.0
Seg. Social Univ. Potosí	104	0.1	93	0.2
Seg. Social Univ. Oruro	318	0.2	248	0.6
TOTAL	2,243	1.1	531	1.4

En los resultados antes expuestos, contenidos en la Tabla 38, sobresale la situación experimentada por los seguros universitarios, pues representan, ambos extremos de la distribución de los ingresos promedio por cotizante activo y por asegurados totales. En el lado alto de la distribución, se encuentran los seguros de las Universidades de La Paz, Sucre, Santa Cruz y Tarija, que incluyen únicamente a personal docente y administrativo de estas instituciones. En el lado opuesto, se tiene a los seguros de las Universidades de Cochabamba, Trinidad, Potosí y Oruro, precisamente aquellos entes que en años recientes, incorporaron en su cobertura a un número significativo de sus estudiantes, cuyas aportaciones son sumamente bajas.

4.4.5. Recursos y capacidad de producción de servicios

En el punto anterior, se ha constatado la inequidad dominante en los seguros y cajas de salud, respecto a los ingresos por cotizante activo o asegurado, particularmente, cuando se compara la Caja Nacional de Salud con los restantes gestores del sistema. Esta situación, lógicamente, se traduce en diferencias en los acervos de recursos físicos y humanos con los que cuenta cada uno de éstos, a propósito de prestar las atenciones a la salud demandadas por sus asegurados. La Tabla 13, contiene tres indicadores asociados con tales capacidades: establecimientos de atención, médicos y camas censables.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Desde el punto de vista del número de establecimientos, la CNS posee el 44.4% del total de la seguridad social, la Caja Petrolera de Salud 11.8%, la Caja de Salud CORDES 10.9% y COSSMIL 8%. Es decir, tres cuartas partes de éstos se concentran en cuatros cajas de salud, aunque los pesos relativos entre ellas, no son proporcionales al número de asegurados que protegen. Por otro lado, la clasificación por nivel de complejidad, muestra que las mismas cuatro cajas de salud son las que cuentan con la mayor cantidad de hospitales y clínicas, aparentemente desproporcionado en algunos casos, tales como la Caja de Salud CORDES, con un total de asegurados de 36,691 y 20 establecimientos de este tipo.

Tabla 38
Establecimientos, médicos y camas disponibles en los seguros sociales de salud, 2004

Institución	Estableci- mientos	Médicos		Camas	
		número estándar ocupación 6 horas	por 1,000 asegurados	número de camas disponibles	por 1,000 asegurados
Caja Nacional de Salud	150	1,839	0.9	2,640	1.3
Caja Petrolera de Salud	40	248	1.8	412	3.0
Caja Bancaria Estatal de Salud	1	29	6.2	28	6.0
Caja de Salud Banca Privada	13	129	4.5	45	1.6
Caja de Salud CORDES	37	83	2.5	89	2.7
Seguro de Salud SINEC	2	19	3.7	20	3.9
Caja de Salud de Caminos	31	67	2.7	62	2.5
Seg. Social Univ. La Paz	2	25	2.6	20	2.1
Seg. Social Univ. Cochabamba	2	36	0.7	20	0.4
Seg. Social Univ. Sucre	7	12	3.5	0	0.0
Seg. Social Univ. Santa Cruz	2	15	2.3	7	1.1
Seg. Social Univ. Oruro	3	16	0.7	21	0.9
Seg. Social Univ. Tarija	4	6	3.5	3	1.9
Seg. Social Univ. Trinidad	3	7	5.3	0	0.0
Seg. Social Univ. Potosí	2	8	3.2	11	4.7
Seguro Delegado de COTEL	2	13	5.6	5	2.1
COSSMIL	27	140	1.9	279	3.9
TOTAL	328	2,691	1.1	3,662	1.5

Fuente: Elaboración propia con base en información en Anuario Estadístico INASES, 2003.

El número de médicos por 1,000 asegurados inicia desde 0.7 en los Seguros Sociales Universitarios de Cochabamba y Oruro, pasando por 0.9 en la CNS, hasta 6.2 en la Caja Bancaria Estatal de Salud (dueña de una sola Clínica en todo el país). De acuerdo con la *Guía de indicadores técnicos de salud y administrativos presupuestarios*, instrumento aprobado mediante Resolución Administrativa 101-2002 de octubre de 2002, para la formulación y evaluación de Programas Operativos Anuales y Anteproyectos de Presupuestos de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, se establece como relación mínima 1.3 médicos por cada 1.000 personas protegidas.

En este sentido, la relación considerada aceptable en el indicador de camas por 1,000 asegurados, es una equivalente a 2. La CNS muestra una insuficiencia en este aspecto, con un indicador de 1.3 camas, situación que experimentan casi la totalidad de los seguros universitarios, con la excepción del correspondiente al Departamento de Potosí. La Caja Bancaria Estatal de Salud, exhibe nuevamente el indicador más alto (6.0).

4.4.6 Brechas en la producción de servicios y costos

En un sentido teórico, todos los asegurados de las instituciones de seguridad social tienen acceso a las prestaciones en salud establecidas en el Código de Seguridad Social. En la realidad, los indicadores de producción de servicios de uno y otro seguro, muestran notables contrastes, dado los diversos niveles, usos y productividad de los recursos e insumos con que éstos disponen. De acuerdo con las estadísticas del año 2004, los asegurados de la CNS, obtuvieron un promedio anual de 1.8 consultas médicas y odontológicas, en tanto, la cifra fue de 10.9 en las personas afiliadas a la Caja de Salud de la Banca Privada y de 9.8 en aquellas pertenecientes a la Caja Bancaria Estatal de Salud.

En los egresos hospitalarios, medidos respecto a 100 consultas externas, la distribución es menos dispersa, con los más altos indicadores en el Seguro Social de la Universidad de Potosí (3.6), CPS (3.0) y CNS (2.7). De manera complementaria, la CNS tuvo los internamientos de más larga duración con un total de 6.7 días en promedio por egreso, seguido por 6.5 días en el COSSMIL. El indicador de recetas por egreso tiene un rango con el límite máximo de 27.0 en la Caja de Salud de la Banca Estatal hasta un mínimo de 5.4 en el Seguro de Salud SINEC, siendo éste último seguro, uno de los que registra mayor número de exámenes de laboratorio por egreso (6.3) y el único donde los exámenes superan el número de recetas por egreso²².

²² Dada la cobertura en la CNS de poco más de un 80% del total de asegurados del seguro social de corto plazo, el promedio de los indicadores de producción se asemejan al reportado para ésta, aunque el grado de variación entre un seguro y otro es sumamente amplio.

Tabla 39
Indicadores de producción de los servicios prestados por los seguros sociales de salud, 2004

Institución	Consultas médicas y odontológicas	Egresos por 100 consultas	Días promedio de estancia por egreso	Exámenes laboratorio por 100 consultas	Exámenes por egreso	Recetas por consulta	Recetas por egreso
Caja Nacional de Salud	1.8	2.7	6.7	64.5	5.9	1.3	11.0
Caja Petrolera de Salud	5.5	3.0	4.2	74.5	7.1	0.9	8.0
Caja Bancaria Estatal de Salud	9.8	1.4	5.6	43.3	5.3	1.0	27.0
Caja de Salud Banca Privada	10.9	1.2	2.8	60.5	5.1	1.1	18.6
Caja de Salud CORDES	6.3	1.4	3.2	26.9	2.3	1.3	14.3
Seguro de Salud SINEC	9.9	1.6	3.5	56.4	6.3	1.0	5.4
Caja de Salud de Caminos	4.7	2.1	4.2	30.0	2.8	1.1	7.0
Seg. Social Univ. La Paz	8.9	1.9	5.1	73.7	6.3	1.1	7.1
Seg. Social Univ. Cochabamba	1.8	1.9	2.7	70.7	2.5	0.8	10.2
Seg. Social Univ. Sucre	8.5	1.1	3.0	56.9	0.8	1.4	7.5
Seg. Social Univ. Santa Cruz	7.6	1.8	3.2	85.0	0.0	1.3	28.1
Seg. Social Univ. Tarija	9.0	1.0	3.9	41.5	3.4	1.6	17.3
Seg. Social Univ. Trinidad	2.2	0.9	2.9	33.1	2.0	1.0	6.0
Seg. Social Univ. Potosí	1.4	3.6	2.5	35.9	0.7	1.1	6.1
Seg. Social Univ. Oruro	1.4	2.0	3.5	15.3	1.1	1.4	11.7
Seguro Delegado de COTEL	9.8	1.1	4.7	31.7	5.5	0.7	12.6
Seguro Médico Delegado EECC	10.1	1.0	4.4	26.8	2.2	1.7	6.0
COSSMIL	6.2	1.8	6.5	49.5	7.2	1.3	9.7
TOTAL	2.4	2.4	5.9	61.7	5.8	1.2	10.7

Un aspecto estrechamente ligado con el tema de la producción de los servicios de salud, es el concerniente a sus correspondientes costos. Con base en la información recopilada a nivel del INASES, se aprecia que durante el período 1999-2003, los costos de la consulta externa y los egresos hospitalarios, permanecieron prácticamente sin variaciones, más bien, con una ligera reducción anual promedio: 1.1% y 1.7%, respectivamente. El costo del día estancia se incrementó anualmente 1.3%, sugiriendo entonces, que la disminución del costo de los egresos hospitalarios, ha sido vía reducción en el número promedio de día estancia.

El análisis de los datos a nivel de seguro de salud, refleja nuevamente, las marcadas diferencias que existen entre uno y otro gestor, dada las brechas que persisten en materia de recursos físicos, humanos y financieros. En la mayor parte de los seguros universitarios, el costo de una consulta externa duplica el correspondiente a la CNS, incluso, en algunos de ellos la proporción asciende al triple o un poco más. En los egresos hospitalarios, el costo más alto se concentra en la Caja Bancaria Estatal de Salud (US\$1,308), que contrata estos servicios externamente pues no tiene hospitales propios, y la Caja Petrolera de Salud (US\$ 1,114), que proporcionalmente posee la red más amplia de hospitales de la seguridad social.

En relación con las tasas de variación, puede destacarse que la Caja Bancaria Estatal de Salud, es la única institución de seguridad social, cuyos costos crecieron en los tres rubros incluidos en la Tabla 14, con particular fuerza el costo de día estancia, que pasó de US\$146.1 en 1999 a US\$310.7 en 2003. Esta situación cuestiona aún más su sostenibilidad financiera futura, pues como se señaló en un acápite anterior, el número de rentistas actuales duplica a los asegurados activos, aún cuando el aporte promedio de éstos es uno de los más altos de todas las instituciones de seguridad social.

Tabla 40
Seguros sociales de salud: costo promedio y tasa de variación anual de consulta externa, egreso y día estancia, período 1999-2003

Institución	Consulta externa		Egreso		Día estancia	
	Costo promedio anual (US\$)	Tasa variación (%)	Costo promedio anual (US\$)	Tasa variación (%)	Costo promedio anual (US\$)	Tasa variación (%)
Caja Nacional de Salud	8.4	-1.4	612	-2.3	98.0	-0.7
Caja Petrolera de Salud	15.0	2.9	1,114	-6.2	256.3	-3.5
Caja Bancaria Estatal de Salud	11.9	6.0	1,308	17.3	250.9	20.7
Caja de Salud Banca Privada	16.4	-1.8	507	5.9	171.6	6.8
Caja de Salud CORDES	13.8	0.8	400	-3.4	122.6	-3.4
Seguro de Salud SINEC	19.4	-10.7	444	2.1	136.9	-5.4
Caja de Salud de Caminos	19.3	-10.8	337	0.9	75.3	2.0
Seg. Social Univ. La Paz	21.0	-0.3	813	2.6	177.9	8.6
Seg. Social Univ. Cochabamba	13.8	3.3	546	-16.0	187.8	-10.4
Seg. Social Univ. Sucre	18.1	-6.2	587	-1.7	165.3	3.2
Seg. Social Univ. Santa Cruz	30.0	-7.6	456	1.1	132.3	-0.9
Seg. Social Univ. Oruro	20.4	-23.7	321	-2.7	77.2	1.5
Seg. Social Univ. Tarija	25.1	-6.4	311	16.7	87.0	20.5
Seg. Social Univ. Trinidad	26.1	-15.3	566	-3.4	152.5	-6.1
Seg. Social Univ. Potosí	20.3	-8.4	264	-40.4	72.6	-47.0
TOTAL	10.79	-1.06	670	-1.7	116.9	1.3

Fuente: Elaboración propia con base en información en Anuario Estadístico INASES, 2003.

4.4.7 Subsidios entre la seguridad social y el subsector público

Dada la estructura del sistema nacional de salud, caracterizado por la pluralidad de proveedores, es frecuente que ante la necesidad de atención de un malestar o enfermedad, las personas aseguradas en alguno de los seguros o cajas de salud, se movilicen a los centros del sector público para recibir los servicios requeridos. En particular, este fenómeno encuentra su máxima expresión, en la atención primaria de las áreas rurales, donde la seguridad social cuenta con una red de instalaciones insuficiente y la única alternativa para la mayoría de sus asegurados son los centros de salud públicos. De acuerdo con la Encuesta de Hogares MECOVI 2002, de los asegurados de la seguridad social que tuvieron que atenderse alguna enfermedad o accidente en las cuatro semanas previas a la entrevista, únicamente el 50.7% de los que residen en la zona urbana y el 20.4% de aquellos que viven en la zona rural, fueron atendidos en los hospitales y centros de salud pertenecientes a los gestores de los seguros sociales de salud.

En el área urbana, el 49.3% de los restantes asegurados, distribuyeron su atención de manera bastante equitativa entre las instalaciones públicas, clínicas u hospitales privados y el domicilio. Por el contrario, el 79.6% correspondiente al área rural, se concentraron básicamente en centros de atención públicos (47.3%) y en la casa u otro sitio (27.4%). En términos globales, tan sólo un 9.2% de las personas que se sintieron enfermos o tuvieron un accidente, acudieron a las instalaciones de los seguros o cajas de la seguridad social, en

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

contraposición, al 28.5% de cobertura poblacional reportado en las estadísticas del INASES²³.

Tabla 41
Centro de atención de las personas que reportaron enfermedad o accidente en la Encuesta de Hogares MECOVI 2002

Zona de residencia/Condición de aseguramiento	Centro de atención				TOTAL
	Público	Seguridad Social	Privado	Casa/otro sitio	
Urbano					
Asegurado seguridad social	18.3	50.7	16.6	14.4	100.0
Asegurado privado/otro	18.4	20.9	50.2	10.5	100.0
No Asegurado	36.5	0.4	27.2	35.8	100.0
Rural					
Asegurado seguridad social	47.3	20.4	5.0	27.4	100.0
Asegurado privado/otro	58.9	8.6	13.1	19.3	100.0
No Asegurado	35.7	0.0	6.2	58.1	100.0
TOTAL	33.2	9.2	17.6	40.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Hogares MECOVI 2002

El uso de los servicios del sector público es también intenso cuando se trata de partos, pues de las mujeres que declararon haber tenido al menos un hijo vivo en los últimos doce meses previos a la Encuesta de Hogares 2002, el parto de un 25.6% de las protegidas por la seguridad social (24.4% área urbana y 32.2% área rural), se llevó a cabo en las clínicas y hospitales públicos. En un estudio del Banco Mundial (2004), se estimó que el subsidio en materia de servicios de salud del subsector público a favor de la seguridad social, ascendía aproximadamente a US\$18 millones anuales.

En el sentido contrario, las instituciones de la seguridad social también subsidian al subsector público. Por un lado, porque se encuentran en la obligación de conceder el paquete de servicios ofertados por el SUMI no sólo a mujeres y niños afiliados a sus seguros, sino también, a todos aquellos no afiliados que así lo exijan. No obstante, las estadísticas evidencian una demanda muy limitada de servicios por parte de esta población, pues del total de prestaciones del SUMI otorgadas en el año 2004, únicamente el 1.4% fueron efectuadas en las instituciones de la seguridad social (UDAPE, 2006).

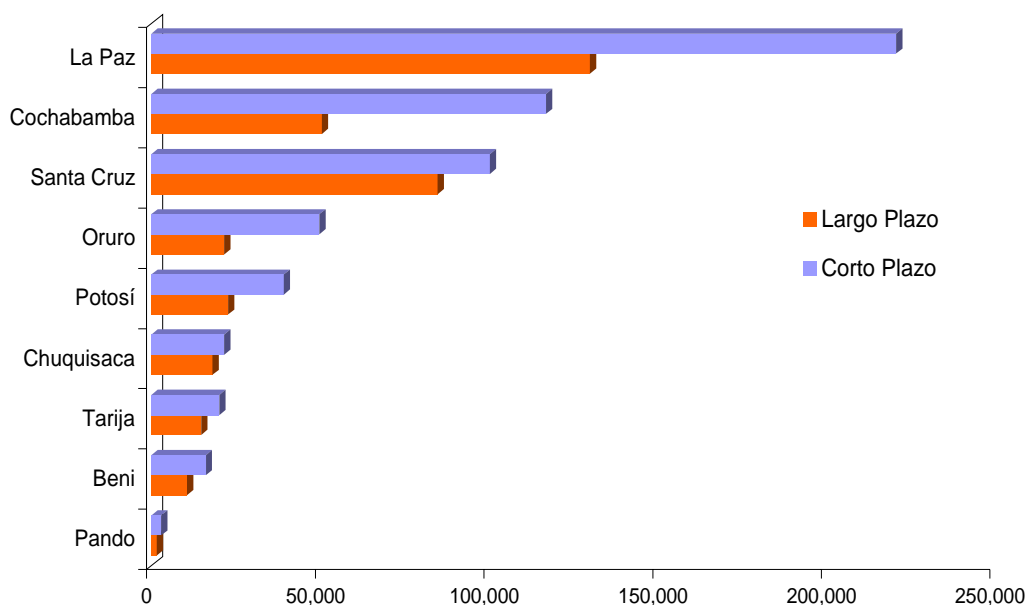
²³ Narváez (2002) señala que tan sólo un 52% de la población enferma en 1999 se atendió institucionalmente: 34% en el subsector público, 10% en el privado y sólo 7% en el seguro social; el restante 48% se atendió por medicina tradicional o se automedicó en farmacias. Las proporciones de cobertura en 1997 eran 30% en el público, 25,8% en el seguro social y 10,5% en el privado lo cual sugiere que el acceso real es mucho menor que la cobertura en el seguro social.

Por otro lado, las cajas o seguros de la seguridad social están legalmente obligadas a transferir un 5% de sus ingresos totales al gobierno nacional, a modo de subsidio a las intervenciones en salud a cargo del subsector público. Con base en los ingresos registrados por los seguros sociales de salud, la transferencia total de recursos por este concepto, ascendió en el año 2004, a casi US\$10 millones.

4.2.6 Asegurados del seguro de corto plazo y el seguro de largo plazo.

Una de las consecuencias lógicas del esquema de responsabilidades separadas en materia de recaudación de las contribuciones a los regímenes de seguridad social, es que el número total de cotizantes activos discrepa entre los seguros de corto y largo plazo. Así por ejemplo, en el año 2003, se encontraban registrados en los seguros y cajas de salud 587,862 trabajadores cotizantes activos, en tanto, en las Administradoras de Fondos de Pensiones, el número de éstos arribaba a únicamente 354,585. En las cifras globales, la diferencia es de un 39.7% a favor del seguro de corto plazo, aproximándose a casi un 57% en los Departamentos de Cochabamba y Oruro, y siendo la menor disparidad la registrada en Santa Cruz (15.5%) y Chuquisaca (16.5%).

Gráfico 11
Número de cotizantes activos a los seguros de corto y largo plazo, 2003



Fuente: INASES y Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

La discrepancia que se produce entre ambos seguros, indica que junto con una cobertura excesivamente baja respecto a la PEA, el esquema de afiliación y recaudación en los regímenes de seguridad social, permite una cierta clase de escogencia de empleados y empleadores, respecto a cuál seguro afiliarse; la elección favorece a las prestaciones de más corto plazo, en contraposición, a la cobertura de los riesgos de invalidez, vejez y muerte. El resultado no es extraño, por el contrario, es propio de la miopía de los trabajadores respecto a las necesidades de protección económica de mediano y largo plazo, y de alguna forma, sugiere la conveniencia de contar con un sistema de afiliación y recaudación centralizado, acompañado de un servicios de inspección eficiente y legislación que sancione fuertemente los actos de evasión en todas sus formas.

Capítulo 5

Sistema de pensiones contributivo y no contributivo

En noviembre de 1996, se aprobó en Bolivia la denominada *Ley 1732-Ley de Pensiones*, que es el instrumento legal que sustenta la reforma del sistema de pensiones de este país, eliminado el prevaleciente sistema de reparto por uno basado en el concepto de capitalización individual. Esta reforma sigue en líneas generales la transformación llevada a cabo a inicios de la década de los ochenta en Chile, y posteriormente, implementada en algunos otros países de América Latina. El sistema adoptado se basa en aportes exclusivos de los trabajadores -a excepción de las prestaciones de riesgos de trabajo que son financiadas por el empleador- que se acumulan en cuentas individuales administradas por entidades privadas conocidas como Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP's), que operan bajo la supervisión y control de una o varias entidades gubernamentales especializadas en la materia.

La reforma del sistema de pensiones de Bolivia, tiene como uno de sus rangos esenciales, que el nuevo sistema sustituye totalmente el antiguo, en contraposición, a otras experiencias de modelos paralelos o modelos multi-pilares. En consecuencia, todas aquellas personas que se encontraban cotizando en el sistema de reparto, sin excepción alguna, fueron trasladadas automáticamente al esquema de cuenta individual, y los pensionados en curso de pago y aquellos que lograron consolidar este derecho antes del 01 de mayo de 1997, quedaron totalmente a cargo del Estado. Por otro lado, el sistema de cuenta individual boliviano, no posee ningún mecanismo de solidaridad financiera que asegure una pensión mínima, una condición presente en la práctica de otros países.

En un sentido amplio, la reforma seguida en Bolivia, se inserta en el marco de la discusión internacional de sistemas públicos versus sistemas privados, y de reformas estructurales y no estructurales. Mesa-Lago (2004) propone una caracterización de los primeros, según cuatro características esenciales: cotización, prestación, régimen financiero y administración. El sistema público se caracteriza por una tasa de cotización no definida, en el sentido, de que tiende a incrementarse en el largo plazo, a causa del envejecimiento poblacional y la maduración propia del sistema, no obstante, la prestación ofrecida está definida, de acuerdo a un conjunto de parámetros y fórmulas de cálculo. De forma adicional, estos sistemas usan un régimen financiero de reparto o de capitalización parcial colectiva (CPC), y su administración es responsabilidad de una entidad autónoma o directamente dependiente del Estado.

Por su parte, el sistema privado está diseñado a partir de una cotización definida, pero con una prestación no definida, pues depende de los recursos acumulados en la cuenta individual del asegurado, monto que en última instancia, está en función de los salarios reportados, el porcentaje de contribución, la densidad de cotizaciones, el rendimiento de las inversiones del fondo que integra la cuenta del asegurado y otros factores adicionales. El régimen financiero es de capitalización plena e individual (CPI), y la administración privada y competitiva, aunque también los gestores pueden ser organizaciones de capital público o mixto.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

En el segundo de los temas señalados en líneas anteriores, se entiende como una reforma estructural aquella que transforma fundamentalmente el rol que juega el régimen público en el sistema nacional de pensiones, sea porque éste es sustituido completamente por un esquema privado (modelo sustitutivo), porque se introduce la competencia de un componente privado (modelo paralelo) o se adiciona el régimen privado, a modo de un pilar más del sistema (modelo mixto). Por el contrario, las reformas no estructurales o paramétricas tratan de procesos que mejoran el sistema de pensiones público, especialmente, en relación con su sostenibilidad financiera de mediano y largo plazo, gracias a variaciones en aspectos tales como la edad de retiro, el número de cotizaciones que permiten consolidar el derecho a la jubilación, los porcentajes de contribución, la tasa de reemplazo, entre otros más. De acuerdo con la Tabla XX, la reforma seguida en Bolivia pertenece al modelo sustitutivo, característico de otros cinco países de América Latina: Chile (1981), México (1997), El Salvador (1998), la República Dominicana (implantación gradual entre 2003-2006) y Nicaragua (inicio en marzo de 2004).

Tabla 42
Modelos y características de las Reformas de Pensiones en América Latina, 2003

Modelo, país y fecha inicio de la reforma	Sistema	Cotización	Prestación	Régimen Financiero	Administración
REFORMAS ESTRUCTURALES					
Modelo Sustitutivo	Privado	Definida	No definida	CPI	Privada
Chile: Mayo 1981					
Bolivia: Mayo 1997					
México: Sept. 1997					
El Salvador: Mayo 1998					
R. Dominicana: 2003-2006					
Nicaragua: Marzo 2004					
Modelo Paralelo	Público o Privado	No definida Definida	Definida No definida	Reparto CPI	Pública Privada
Perú: Junio 1993					
Colombia: Abril 1994					
Model Mixto	Público o Privado	No definida Definida	Definida No definida	Reparto CPI	Pública Múltiple
Uruguay: Abril 1996					
Costa Rica: Mayo 2001					
Ecuador: Enero 2004					
REFORMAS PARAMÉTRICAS O SIN REFORMA					
Brasil, Cuba, Guatemala, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay y Venezuela	Público	No definida	Definida	Reparto o CPC	Pública

Fuente: Mesa-Lago (2005).

La Ley de Pensiones 1732, también incorporó un elemento innovador en la protección económica de los bolivianos mayores de 65 años, con la creación a su favor, de una anualidad vitalicia. De acuerdo con el Artículo 3° de la citada ley, los recursos provenientes de las empresas capitalizadas, deben destinarse al pago de una anualidad vitalicia denominada Bono Solidario (BONOSOL) y al pago de gastos funerarios, a todo aquel ciudadano que supere los 65 años. Este beneficio se otorgará a todos los bolivianos residentes en el país que al 31 de diciembre de 1995, tuvieran al menos 21 años (mayoría de edad).

Esta sección, tiene el propósito fundamental, de analizar los distintos componentes del sistema de pensiones de Bolivia, siguiendo como guía básica los siguientes aspectos: i) descripción del antiguo sistema de reparto y las causas que motivaron su cierre; ii) administración del sistema de reparto residual, incluyendo los beneficios otorgados después del cierre del sistema y el costo fiscal de la reforma; iii) caracterización y evaluación del nuevo sistema de cuenta individual; y, iv) hechos relevantes del BONOSOL, desde la óptica de un programa o régimen de pensiones no contributivas o asistenciales.

5.1. Sistema de Reparto: antecedentes y argumentos para su sustitución

El sistema de seguridad social en Bolivia en materia de pensiones, tiene sus orígenes en los inicios del siglo XX. En un principio, el sistema se basaba en programas independientes de retiro de diversos sectores, aunque con el tiempo se determinó que éstos tenían graves problemas en su diseño técnico y sostenibilidad financiera. Con la promulgación del Código de Seguridad Social, a finales del año 1956, se fijaron las bases para el funcionamiento de un régimen público de pensiones, basado en un esquema de financiamiento de reparto, cuya afiliación era obligatoria para todos aquellos trabajadores que laboraban remuneradamente para otra persona física o jurídica. La participación de los trabajadores independientes, tuvo carácter de voluntaria, siendo responsabilidad del Poder Ejecutivo impulsar la incorporación gradual de este grupo en el régimen de reparto. La administración de este régimen correspondió directamente al Estado, en su momento, a través del Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS), y a partir de 1990, al Fondo de Pensiones Básicas (FOPEBA).

Desde mediados de la década de los sesentas, pero con especial énfasis, en los setentas, diversas organizaciones y grupos de trabajadores (maestros, mineros, militares, policías, etc.) constituyeron Fondos Complementarios de Pensiones (FCP)²⁴, cuyo número ascendió al momento previo de la reforma ejecutada a partir de 1997, a un total de 38, incluyendo ocho fondos de seguridad social de universidades públicas y uno de las fuerzas armadas. El objetivo de estos fondos complementarios, era generar una prestación adicional que incrementara la tasa de reemplazo de las pensiones básicas, pues las otorgadas por el esquema de reparto se consideraban insuficientes. La mayoría de fondos complementarios pertenecían a trabajadores del sector público, y si bien, su afiliación en principio fue voluntaria, en la práctica, la casi totalidad de trabajadores pertenecientes a FOPEBA, también contribuían a alguno de los fondos complementarios existentes.

Las pensiones básicas se financiaban con contribuciones mensuales tripartitas, calculadas con base en el salario devengado o ganado por los trabajadores: 2.5% aportados por los mismos trabajadores, 4.5% el empleador y 1.5% el Estado. El financiamiento de los fondos complementarios provenía de contribuciones exclusivas de los trabajadores, con tasas no totalmente homogéneas, que comprendían desde un 3.5% hasta un 12% del salario de los

²⁴ El Fondo Complementario del Magisterio Fiscal, fue creado en 1966, y representa el primer fondo de este tipo en el sistema de pensiones boliviano. En la década de los setenta proliferaron la mayoría de estos fondos, pero aún, en los ochentas continuaron creándose: CORDECRUZ (1983), Banca Privada (1984), Municipalidad de Santa Cruz (1985) y Poder Judicial (1987).

trabajadores, con un promedio de 6.3%. La edad de retiro en el sistema de reparto se estableció en 50 años para mujeres y 55 años para hombres, con un mínimo de 180 cotizaciones²⁵, incluyendo la posibilidad de una jubilación anticipada, con una penalización de 8% por cada año por debajo de la edad de retiro, hasta un máximo de 5 años.

En relación con los beneficios concedidos, la pensión otorgada por FOPEBA era equivalente a un 30% del salario promedio de los últimos 60 meses de contribución. Los beneficios de los fondos complementarios de pensiones, representaban aproximadamente un 40% de estos salarios. No obstante, cuando se supera el mínimo de cotizaciones, la renta básica y complementaria se incrementaban en 1 punto porcentual y en 2 puntos porcentuales, respectivamente, hasta un tope máximo de un 100% del salario relevante para la jubilación. Estas rentas eran canceladas en bolivianos y ajustadas anualmente a un 90% del incremento en los salarios promedios generales decretados por el Gobierno, aunque después de la reforma, fueron inicialmente indexados al valor del dólar estadounidense, y posteriormente (2004), vinculadas con las Unidades de Fomento de Vivienda (UFV).

Las justificaciones o razones que motivaron la reforma del sistema de pensiones adoptada con la Ley 1732, se pueden agrupar en dos principales: i) insostenibilidad financiera; y ii) administración ineficiente con altos costos.

▪ **Insostenibilidad financiera:** El fundamento financiero de los sistemas de reparto son los contratos intergeneracionales, en los cuales, las contribuciones de los cotizantes activos son usadas para pagar las pensiones de los trabajadores jubilados (pasivos), mecanismo que requiere una cierta relación entre activos y pasivos. En el caso de Bolivia, con el transcurrir de los años, esta razón pasó de 10 a 1 desde la promulgación del Código de Seguridad Social hasta un 2.7 en 1995. Escobar y Nina (2004), con base en diversos estudios, sugieren los siguientes aspectos como explicativos del fenómeno experimentado en el sistema básico de pensiones: i) la tendencia hacia el envejecimiento de la población en Bolivia; ii) la baja cobertura del sistema que no superaba el 12% de la Población Económicamente Activa; iii) la desregulación del mercado laboral; iv) la pérdida en los términos de intercambio, especialmente, en el sector minero; v) la alta evasión en el pago de las contribuciones a la seguridad social; vi) la privatización de las compañías estatales a finales de la década de los ochenta que redujo el empleo público; y, vii) el fuerte incentivo a la sub-declaración de salarios, dado que los beneficios a la jubilación se calculaban con base en los salarios reportados en los últimos doce meses.

²⁵ El proyecto inicial del Código de Seguridad Social fijaba la edad de jubilación en 60 años para los hombres y 55 años para las mujeres, pero en el proceso de su promulgación se modificó a 55 años para hombres y 50 años para mujeres. Estos parámetros quedaron condicionados a la realización de un estudio actuarial que fijara las edades reales de jubilación, no obstante, éste nunca se llevó a cabo.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

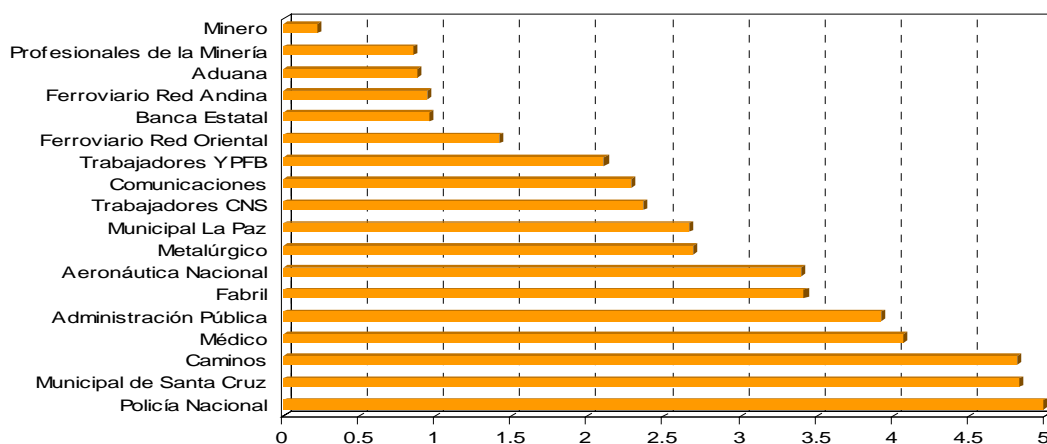
Tabla 43
Sistema de pensiones de Reparto
Cobertura de la PEA y relación activos/pasivos

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Cotizante Activo	323,842	342,534	226,321	253,754	283,675	296,943	314,437	306,698
Pensionado	62,119	76,817	106,610	102,036	106,034	108,779	114,116	113,326
Activo/Pensionado	5.2	4.5	2.1	2.5	2.7	2.7	2.8	2.7
Activo/PEA (%)	NA	NA	NA	10.3	11.2	11.6	11.7	NA

Fuente: Escobar y Nina (2004), con base en datos del Instituto Nacional de Seguros de Pensiones.

Una situación similar se experimentó en un número importante de los fondos complementarios de pensión, incluso, en algunos de ellos, la razón activos/pasivos era inferior a 1. De acuerdo con un informe elaborado por una Comisión multidisciplinaria integrada para medir el costo fiscal de la reforma y sugerir alternativas para su financiamiento²⁶, aquellos fondos complementarios que administraban aproximadamente un 68.0% de la totalidad de recursos, registraban ratios activos/pasivos inferiores a 5, tal como, se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico 12
Relación activo/pasivo de los fondos complementarios de Pensiones,
Diciembre 1995



²⁶ La Comisión Técnica Interinstitucional y Multidisciplinaria Pensiones fue creada en el mes de enero 2004, con la coordinación de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros y la participación de profesionales de diversas instituciones y organizaciones afines a la temática. El propósito de la Comisión se definió como el análisis de la situación actual del costo del Sistema de Reparto y su impacto en el déficit fiscal, y la propuesta de alternativas de solución conducentes a contener los niveles de financiamiento propios de la reforma de pensiones, minimizando el efecto sobre los rentistas y derechohabientes. El informe final fue entregado en el mes de noviembre 2004.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

La insostenibilidad financiera también se vinculó con las bajas edades de jubilación y la elevada tasa de reemplazo, dada la exigencia de tan sólo 180 cotizaciones (15 años) de contribución para la consolidación del beneficio de vejez, asociado con una probabilidad de vida después del retiro de entre 20 y 25 años. Von Gersdorff(1997) argumentan además la fuerte erosión que sufrieron las reserva del sistema, ante el proceso de hiperinflación que experimentó Bolivia a mediados de la década de los ochenta, que redujo su valor en términos reales de una manera significativa.

Con fines ilustrativos, cabe citar que las reservas del Fondo de Pensiones Básicas al 31 de diciembre de 1995 ascendían a US\$ 121 millones, un monto que no permitía cubrir ni tan siquiera un año de rentas. En el caso de los fondos complementarios de pensiones, el estado variaba de uno a otro, aunque la norma general era una frágil situación financiera, a tal extremo, que existían fondos cuyas reservas permitían únicamente el pago de un mes de las pensiones otorgadas.

▪ **Administración ineficiente y con altos costos:** La proliferación de los fondos complementarios de pensiones, además de generar inconvenientes en materia de equidad en las prestaciones, produjeron una estructura administrativa muy segmentada, y con unidades cuyo número de afiliados era tan bajo, que los costos de administración resultaban sumamente altos. Von Gersdorff (1997), reporta que un 17% en promedio de las contribuciones se destinaba a cubrir los costos administrativos; Escobar y Nina (2004) señalan un porcentaje para todo el sistema de 6.2%, cifra estimada considerando los aportes tanto para el seguro de salud como el de pensiones, y un gasto absoluto por cotizante activo de US\$ 25.6, con un máximo de US\$ 43.5 en los Fondos Complementarios Universitarios.

De manera adicional, la gestión del sistema en general y los fondos complementarios en particular, se caracterizó por serias deficiencias, entre las cuales, pueden señalarse como las más relevantes las siguientes:

- Decisiones adoptadas sin criterios técnicos, vinculadas en muchas oportunidades, a intereses personales o de grupos específicos.
- Débil control y supervisión por parte de las instancias gubernamentales creadas para tales fines, dada la fuerte oposición de los administradores de los fondos complementarios.
- Ausencia de incentivos para la afiliación de nuevos trabajadores, y sin los mecanismos necesarios para controlar la evasión de contribuciones y la sub-declaración de salarios. Este último fenómeno, se revertía durante los dos últimos años previos a la jubilación, con reportes de salarios superiores a los realmente devengados.
- Las reservas de los fondos complementarios se concentraban en instrumentos de corto plazo del sistema financiero, en inmuebles con baja rentabilidad y en préstamos otorgados a sus afiliados, que se traducían en carteras con altos niveles de morosidad.

- En tanto, la gestión de los fondos, incluía ambos seguros, una práctica común, fue el uso de los recursos del seguro de salud para financiar las prestaciones del régimen de pensiones, erosionando aún más, las reservas para los pagos futuros.

En este contexto, desde la década de los años setenta, el Tesoro General de la Nación (TGN) estuvo obligado a incrementar las transferencias para financiar el régimen básico, en tanto, la reducción en la relación activo/pasivo y los demás factores, continuaban agravando la sostenibilidad de éste. El Estado también tuvo que asumir parte de las obligaciones financieras de ocho fondos complementarios de pensiones, ante una declaratoria de insolvencia, años antes de la reforma.

5.2. Sistema de Cuenta Individual: características generales

La reforma de pensiones en Bolivia, tal como se señaló con anterioridad, se concretó a través de la Ley de Pensiones promulgada el 29 de noviembre de 1996- Ley N° 1732. Esta ley establece el cierre del antiguo sistema de reparto, incluyendo los Fondos Complementarios de Pensiones, y su sustitución por un sistema de cuenta o capitalización individual en lo concerniente al seguro de vejez. Este nuevo sistema se denomina Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo (SSO), y además de la protección económica para el retiro o jubilación, también contempla el aseguramiento de los riesgos de invalidez y muerte, así como los gastos funerarios, aunque con una forma de financiamiento vía primas.

El sistema de capitalización individual es de aportes definidos, el riesgo de obtener la tasa de sustitución esperada (pensión/salario) recae en los propios trabajadores, dado que el monto de la pensión está directamente relacionado con los años de aportes efectivos, el rendimiento de la inversión de los recursos contenidos en los fondos de pensiones, y con el promedio de ingresos que se considere para calcular el monto de la prestación. Los riesgos de invalidez y muerte, hasta el mes de noviembre del año 2006, se transferían de las AFP a compañías aseguradoras, por medio de la suscripción de una póliza. No obstante, a partir del mes señalado, la gestión de ambos riesgos, ha quedado bajo la responsabilidad de las AFP's, pues la licitación para la contratación de las aseguradoras, fue declarada infructuosa y no se consideró conveniente extender el contrato con las aseguradoras que venían prestando sus servicios.

El SSO entró en vigencia a partir del 01 de mayo de 1997, siendo su afiliación obligatoria para todas las personas que laboran por cuenta ajena o en relación de dependencia, y voluntaria para los trabajadores independientes. En relación con el sistema de reparto, se tomaron las siguientes disposiciones generales:

- i) Los afiliados al sistema de reparto, excepto aquellos con rentas en curso de pago o en proceso de adquisición, son transferidos a una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP).
- ii) Los pensionados del sistema de reparto por Riesgo Profesional, sea en curso de pago o en proceso de adquisición del beneficio, quedan adscritos a una AFP,

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

que tiene la obligación de su administración y financiamiento con recursos del SSO.

- iii) El pago de las rentas de los pensionados del sistema de reparto se hará con recursos del Tesoro General de la Nación.

La administración del sistema de reparto residual, con tareas ligadas fundamentalmente, al pago de las pensiones y jubilaciones otorgadas por el sistema antes de la reforma, la valoración de las solicitudes de derechos de trabajadores que han cumplido con los requisitos que exigía el sistema de reparto antes del 01 de mayo 1997, la emisión de certificados de Compensación de Cotizaciones y el pago de beneficios alternativos, es competencia del Servicio Nacional de Sistema de Reparto (SENASIR), institución pública desconcentrada bajo la dependencia del Ministerio de Hacienda, a través del Viceministerio de Pensiones y Servicios Financieros. El Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo es gestionado por las Administradoras de Fondos de Pensiones, y parcialmente, por compañías aseguradoras de los riesgos de invalidez y vejez. La Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS), regula, controla y supervisa las actividades de las AFP's, en el marco de la Ley 1732 y normativa conexas.

Las características más sobresalientes del nuevo sistema de pensiones, se exponen a continuación:

a) Contribuciones: La contribución individual de los trabajadores es equivalente a un 12.21% de su salario devengado, desglosado de la siguiente manera: i) 10% corresponde a la cuenta individual para la jubilación; ii) 1.71% para cubrir la invalidez y muerte por Riesgo Común; y, iii) 0.5% por concepto de comisión pagadas a las AFP por el servicio de afiliación, recaudación y administración de las cuentas individuales. De manera adicional, cuando se trata de un trabajador dependiente o por cuenta ajena, el empleador debe pagar una contribución de 1.71% del salario del trabajador para cubrir el Riesgo Profesional (RP).

El sistema fija un tope máximo cotizable para los asegurados obligatorios de sesenta salarios mínimos nacionales. Los trabajadores independientes aportan los mismos porcentajes que los obligatorios, con una base gravable equivalente a los ingresos mensuales que él libremente declare, manteniéndose este monto entre uno y sesenta salarios mínimos nacionales. El aporte de 1.71% para cubrir el Riesgo Laboral en caso de muerte o invalidez causados por accidente o enfermedad laboral, es voluntario para los trabajadores independientes.

En este nuevo esquema de pensiones, las contribuciones del Estado desaparecen, y tampoco éste asegura una pensión mínima o rendimiento mínimo de los fondos invertidos, en consecuencia, no asume ningún riesgo financiero. Por otro lado, el empleador está obligado a retener del salario de sus trabajadores, el porcentaje establecido por ley para el SSO. Las AFP's, recaudan estas aportaciones, junto con las correspondientes al patrono, a través de las entidades del sistema financiero nacional.

De acuerdo con Mesa-Lago (2001), la eliminación de las contribuciones de los empleadores ha provocado incrementos importantes en las contribuciones de los asegurados en muchos países de América Latina. No obstante, en la caso de la reforma boliviana, la tasa de contribución global más bien disminuyó en 2.3 puntos porcentuales, resultado muy vinculado, con la eliminación del aporte del Estado²⁷.

Tabla 44
Tasas de contribución por agente: Sistema de Reparto versus.
Sistema Cuenta Individual. Cifras en %.

Cotizante	Sistema de Reparto			Sistema Cuenta Individual-AFP's
	Básico	Complement.	Total	
Trabajadores	2.5	6.4	8.9	12.2
Empleadores	4.5	1.3	5.8	1.7
Sub-total	7.0	7.7	14.7	13.9
Gobierno	1.5	0.0	1.5	0.0
Total	8.5	7.7	16.2	13.9

Fuente: Escobar y Nina (2004), con base en datos de INASEP y AFP's

Junto con las contribuciones obligatorias, los afiliados del SSO pueden también realizar aportes adicionales, con el fin de incrementar los recursos acumulados en su cuenta individual. Así mismo, pueden convenir con los empleadores el depósito de beneficios sociales, que permitan un incremento en la pensión de retiro o una reducción en la edad de la jubilación, siempre condicionado al cumplimiento de los 50 años y 55 años mínimos, para mujeres y hombres, respectivamente.

b) Beneficios: El SSO no establece una edad fija de retiro, pues los trabajadores pueden jubilarse antes de los 65 años (aunque la edad mínima es de 55 años para hombres y 50 años para mujeres), en tanto, tengan recursos acumulados en su cuenta individual, suficientes para generar una renta mensual, calculada actuarialmente, equivalente al menos a un 70% del promedio de sus salarios registrados en los últimos cinco años. En síntesis, las prestaciones económicas ofrecidas por el SSO son:

- Pensiones vitalicias de jubilación para el afiliado
- Pensiones vitalicias para el cónyuge, en caso de muerte del afiliado
- Pensiones temporales para los hijos, hermanos o padres, en caso de muerte del afiliado
- Pensiones de invalidez por Riesgo Común
- Pensiones de invalidez por Riesgo Profesional.
- Pensiones por muerte, por Riesgo Común o Riesgo Profesional
- Pago de Gastos Funerarios al fallecimiento del afiliado según corresponda.

²⁷ El artículo 62º de la Ley de Pensiones, señala que el aporte patronal existente para los seguros de invalidez, vejez y muerte del Sistema de Reparto, se fusiona al sueldo o salario de los trabajadores afiliados. De igual manera, el aporte estatal dispuesto para el financiamiento de este sistema, queda extinto con la promulgación de la ley en cuestión.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Las Pensiones de jubilación, invalidez y muerte, por Riesgo Común y Profesional en el SSO, tienen mantenimiento de valor a la Unidad de Fomento de la Vivienda (UFV).

b.1) Beneficios por Vejez: La Ley de Pensiones 1732, establece que la prestación de jubilación se pagará al Afiliado, independientemente de la edad, cuando tenga en su Cuenta Individual un monto acumulado que permita el financiamiento de una pensión igual o superior al setenta por ciento (70%) de su salario base y la prestación por muerte a sus derechohabientes. El salario base considerado para estos efectos, es equivalente al promedio de los salarios reportados en los últimos sesenta meses.

La pensión es financiada con la cuenta individual de cada afiliado, junto con el monto derivado de la Compensación de Cotizaciones (CC), producto de sus aportes al antiguo Régimen de Reparto. El monto otorgado por este último concepto está determinado por dos variables: i) el número de años que el afiliado contribuyó en el sistema de reparto; y, ii) los salarios registrado en dicho sistema.

Los afiliados que cumplan con las condiciones anteriores, pueden elegir entre dos modalidades distintas de beneficios: i) Seguro Vitalicio que es contratado con una Compañía de Seguros, y que consiste en el pago de una pensión mensual fija y vitalicia, cuyos riesgos de rentabilidad de los recursos aportados por el pensionado y longevidad, son asumidos por la firma aseguradora, o, ii) Mensualidad Vitalicia Variable que debe ser contratada con una AFP, y consiste en una pensión variable, calculada anualmente, en función de la rentabilidad del fondo de pensiones y las tasas de sobrevivencia de aquellos jubilados que han elegido esta modalidad de prestación. En ambos casos, la edad mínima de retiro es 55 años para hombres y 50 para mujeres.

Los afiliados al sistema de cuenta individual que superen los 65 años de edad, pero aún no han acumulado los recursos suficientes para financiar una renta igual o superior a un 70% del salario mínimos nacional, no califican para los beneficios de la jubilación. En estos casos, las AFP pagan un monto mínimo mensual equivalente al 70% del salario promedio registrado por el afiliado, hasta que los fondos acumulados en su cuenta individual se agoten.

b.2) Pensiones por invalidez y muerte: Las compañías aseguradoras contratadas por las AFP cubren los beneficios de invalidez y vejez, tanto cuando estas condiciones se den por Riesgo Común (RC), como cuando ocurren por circunstancias ligadas con la actividad laboral, conocido como Riesgo Profesional (RP). El pago de estas pensiones se lleva a cabo hasta los 65 años, momento en que se convierte en una pensión de jubilación a cargo de la AFP's.

Además del pago mensual de las pensiones por invalidez y muerte, equivalente a un 70% del salario base del afiliado, las compañías asegurados están comprometidas a transferir un 10% del salario base del pensionado inválido a su cuenta individual. Por otro lado, la cobertura de la pensión de invalidez por RC, requiere una declaración de invalidez permanente superior a un 60%. En aquellos casos de afiliados con declaraciones de invalidez por RP, mayores a un 10% pero menores a un 25%, recibirán un pago por una

única vez, en calidad de indemnización, igual a cuarenta y ocho veces su salario base por el porcentaje de su incapacidad.

Una característica especial relacionada con el financiamiento de las pensiones de Riesgos de Trabajo del Sistema de Reparto, es que éste fue transferido a cargo de las compañías aseguradoras y no al fisco, como en los restantes riesgos. Esta medida permitió reducir la carga fiscal de la transición de un sistema a otro, pero, implica un subsidio de las contribuciones del empleador a las obligaciones adquiridas por el Estado.

c) Administración y distribución del mercado: Una característica particular del sistema de pensiones actual de Bolivia, es el número de AFP. Desde el inicio, el Gobierno decidió que únicamente dos AFP operaran en el mercado, con un período de exclusividad de 5 años. Este decisión tiene como propósitos fundamentales: i) reducir los costos administrativos del sistema, eliminando los gastos excesivos de publicidad y mercadeo; ii) introducir administradoras con solvencia económica y experiencia previa en el manejo de fondos de pensiones; iii) fijar condiciones tales que, compañías internacionales consideraran atractivo el mercado de pensiones de Bolivia, dadas las condiciones iniciales de monopolio; iv) evitar la proliferación de pequeñas AFP, ligadas con intereses sectoriales, que pudieran generar un riesgo sistémico en la administración del fondo de pensiones; y, v) contar con un administrador experto de portafolios para el Fondo de Capitalización Colectiva (FCC).

El período de exclusividad finalizó en mayo 2002, no obstante, continúan operando únicamente las dos AFP originales. Las razones de esta situación, son las siguientes: i) La SPVS, con el propósito de ampliar la participación de AFP en el mercado boliviano de pensiones, promovió un nuevo proceso licitatorio, sin embargo, no hubo ninguna firma interesado, siendo necesario, declarar la licitación infructuosa; y, ii) no existe una normativa disponible para distribuir recursos del FCC a una nueva AFP. Por otro lado, después de que el período de exclusividad expiró, no se ha dado una competencia real en las zonas de exclusividad. Así las cosas, Escobar y Nina (2004), reportan que en el año 2002, la AFP Futuro afilió 249 casos en la zona de exclusividad de la otra AFP, en tanto, los resultados en la AFP Previsión, se aproximaron a los 750 casos.

El Gobierno dividió el país en tres zonas geográficas: Norte, Sur y Común o Zona Central. La zona Norte fue asignada a la AFP “Futuro de Bolivia S.A.” La zona Sur a la AFP “Previsión S.A.” y la zona Común fue distribuida entre las dos, según fecha de nacimiento de los potenciales afiliados. Este esquema de distribución, prácticamente estableció una cuota de mercado inicial de un 50% para cada una de las AFP; sin embargo, con el transcurrir de los años, y dado un incremento en la actividad económica en la Zona Sur, las AFP Previsión S.A. ha ganado una mayor participación relativa.

La medida de vincular a los afiliados durante cinco años con la misma AFP, ha provocado que después de vencido el período de exclusividad, el movimiento de una a otra AFP, sea realmente escaso. De acuerdo con información reportada en la Memoria Anual de la SPVS, durante el año 2005 se dieron un total de 4,013 traspasos de una a otra AFP, con una diferencia a favor de Previsión S.A. de tan sólo 150 casos.

Tabla 45
Distribución de los afiliados al SSO según AFP, 1997-2005

Año	Número de afiliados	Distribución %	
		AFP Futuro	AFP Previsión
1997	328,884	50.3%	49.7%
1998	459,917	46.6%	53.4%
1999	518,816	47.4%	52.6%
2000	633,152	47.6%	52.4%
2001	675,889	46.5%	53.5%
2002	760,959	46.2%	53.8%
2003	846,588	46.7%	53.3%
2004	878,343	46.1%	53.9%
2005	934,304	45.9%	54.1%

Fuente: Memorias Anuales 1997-2005, SPVS.

d) Costos de administración: La actividad de administración de los recursos que integran el SSO, llevada a cabo por parte de las AFP's, tiene como fuentes de financiamiento las siguientes cuatro comisiones:

- **Comisión por afiliación:** 0.5% del salario ganado por el trabajador.
- **Comisión pago de beneficios:** 1.32% de la pensión pagada al afiliado.
- **Comisión por administración del portafolio:** % variable, calculado sobre el total de recursos del Fondo de Capitalización Individual, invertidos en títulos valores.
- **Comisión por custodia:** % deducible del total de recursos, invertidos en títulos valores, que conforman el Fondo de Capitalización Individual.

Los recursos generados por estas comisiones, ingresan a los flujos financieros de las AFP como tales, y éstos les permiten cubrir sus gastos de operación e inversión, así como obtener una tasa de rentabilidad en su calidad de empresa comercial. El patrimonio de las AFP's, se encuentra separado del Fondo de Capitalización Individual y el Fondo de Capitalización Colectiva, los registros contables y las disposiciones de inversiones son particulares para los recursos propios de la AFP y aquellos administrados a favor del SSO y sus afiliados.

5.3. Sistema de reparto residual: beneficios otorgados en la transición

El cierre técnico del Sistema de Reparto, se programó tomando en cuenta dos medidas básicas. En primera instancia, se habilitó hasta el 31 de diciembre de 1997 (extendido posteriormente hasta el 31 de diciembre 2001) para que todos los trabajadores que cumplieran con los requisitos exigidos por este sistema al entrar en vigencia la Ley de Pensiones, presentaran ante la entidad competente, una solicitud formal para la aprobación del respectivo derecho. Esta disposición teóricamente limitaba la creación de nuevas obligaciones en el antiguo sistema, aunque, la realidad fue bastante distinta.

Por otro lado, el artículo 63° de citada ley, establece los fundamentos para el reconocimiento de las aportaciones de los afiliados del Sistema de Reparto, que al momento de entrada en vigencia de esa ley, no cumplieron con los requisitos necesarios para consolidar el derecho a la jubilación. El mecanismo en cuestión se ha denominado Compensación de Cotizaciones (CC), y en principio, suponía la única forma de transición de los aportes del sistema antiguo al nuevo sistema.

No obstante, los trabajadores que no cumplieron los requisitos de edad o de cotizaciones para acceder a una renta del Sistema de Reparto, grupo conocido en Bolivia como la *Generación Sándwich*, y particularmente aquellos en condición de desempleo o de edad avanzada, ejercieron una fuerte presión social ante el Gobierno, que culminó con la creación de los Beneficios Alternativos de Pago Mensual Mínimo (PMM) ó Pago Único (PU). El costo de estos beneficios, no considerados al momento de la Reforma, ha incrementado la carga fiscal en materia de pago de pensiones.

Las amplias concesiones del sistema de reparto, aún en su fase residual, ya tenían antecedentes previos a la aprobación de los Beneficios Alternativos. Una de las más interesantes, fue el retiro anticipado con reducción de pensión, que permitía para ciertas actividades catalogadas como peligrosas o insalubres, la jubilación anticipada en un máximo de cinco años, es decir, 45 años y 50 años, para mujeres y hombres, respectivamente. Esta opción del Sistema de Reparto, aplicaba con un descuento del 8% de la pensión por cada año anticipado, y dada la aprobación de una lista más extensa de actividades sujetas a esta disposición, el número de retiros anticipados creció de forma significativa.

A continuación, se presenta, una breve descripción de los diversos beneficios que se han concedido después del cierre del Sistema de Reparto.

a) Compensación de Cotizaciones (CC): Las condiciones generales para tener derecho a una CC, son las siguientes:

- Haber realizado cotizaciones al Sistema de Reparto en forma previa al 01 de mayo de 1997.
- Se encuentren registrados en algunas de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) conforme a ley, y

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

- No encontrarse incluido en una de las causales de exclusión, que fundamentalmente, están asociadas con la recepción efectiva de una pensión o pago compensatorio del Sistema de Reparto:
 - Estar percibiendo una renta por vejez, invalidez o riesgo profesional, adquirida en el Sistema de Reparto
 - Haber cobrado un Pago Global del Sistema de Reparto por Vejez o Invalidez de Riesgo Común, sea que correspondía al régimen básico y/o complementario. Esta exclusión no aplica cuando el Pago Global recibido deriva de Riesgo Profesional.
 - Mantener un trámite de renta en proceso de calificación en el Sistema de Reparto. En estos casos, el interesado tiene la opción de renunciar a este trámite y acceder a la CC.

De acuerdo con el número de cotizaciones acreditadas en el antiguo sistema, y lógicamente, condicionado al cumplimiento de los requisitos antes señalados, existen dos tipos de prestaciones de CC:

a.1) CC Mensual: Los afiliados que registren sesenta (60) o más cotizaciones en el Sistema de Reparto, tienen derecho a una renta de CC mensual vitalicia, calculada de la siguiente manera:

$$CC_i^M = \frac{0.7}{25} * W_i^{Oct\ 96} * DA_i^{SR}$$

donde,

W_i^{Oct96} : Salario a Octubre de 1996 o anterior actualizado al individuo i.

DA_i^{SR} : Años Aportes al Sistema de Reparto del individuo i.

El monto resultante de la CC no puede exceder el valor de veinte veces el salario mínimo nacional vigente al momento del cálculo de la CC mensual. De igual manera, cuando se lleve a cabo el pago efectivo de la CC mensual, éste tendrá un tope equivalente al monto máximo pagado de renta en el Sistema de Reparto²⁸.

a.2) Pago global de CC: Los afiliados que registren menos de sesenta (60) cotizaciones en el Sistema de Reparto, tienen derecho a un Pago global CC, equivalente a 100 veces la CC mensual. Este monto se acredita a la cuenta individual del afiliado por una única vez, con el propósito, de que éste acumule los recursos suficiente para consolidar el derecho a la jubilación, o en caso de muerte, se otorguen los beneficios que corresponda a sus derechohabientes.

²⁸ De acuerdo con el Decreto Supremo N° 28888 de 18 de octubre de 2006, en el mes de octubre 2006, la CC mensual máxima era de Bs.7,974.54. Por otro lado, el salario mínimo nacional ascendía a Bs.500, situación que implicó la necesidad de que las AFP y Entidades Aseguradoras, tuvieran que recortar a algunos de los pensionados su pago de CC, al valor máximo antes señalado.

b) Pago Mensual Mínimo y Pago Único:

En el contexto de una fuerte presión social, en el mes de mayo de 2004 el Poder Ejecutivo dictó el Decreto Supremo N° 27542, en el que se otorgan a los afiliados del Sistema de Reparto, que a la entrada en vigencia de la Ley 1732 no habían logrado satisfacer los requisitos para el derecho a la jubilación, dos prestaciones o beneficios alternativas a la Compensación de Cotizaciones: el Pago Mínimo Mensual y el Pago Único, cuya gestión quedó bajo la responsabilidad del SENASIR.

Estos dos beneficios, supusieron una apertura del Sistema de Reparto, que excedía las disposiciones jurídicas contenidas en la Ley 1732, pues estaban dirigidos a grupos de trabajadores que no cumplían con el número de cotizaciones o con la edad mínima de retiro. En ambos casos, una de las restricciones fundamentales, es que los potenciales beneficiarios, no hubieran tenido más de 6 aportes en las AFP, número que posteriormente se incrementó a no más de 24 aportes. En opinión de algunos expertos, estos beneficios tenían más carácter de una prestación de cesantía o desempleo de larga duración, dado que en principio, implicaba que seis años de implementada la reforma, únicamente se tuvieran acreditadas menos de 6 aportes en el sistema de cuenta individual.

En términos más concretos, el Decreto Supremo N° 27542, estableció que los asegurados que hubieran efectuado cotizaciones al Sistema de Reparto podrán elegir el Pago Mensual Mínimo (PMM) en sustitución de la CC, en tanto, cumpla con los siguientes requisitos:

- Haber efectuado ciento ochenta (180) cotizaciones o más correspondientes a períodos anteriores a mayo de 1997 a los entes gestores del Sistema de Reparto.
- Tener registrados como máximo veinticuatro (24) períodos aportados al Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo administrado por las AFP correspondiente a períodos anteriores a enero de 2004.
- No percibir la Compensación de Cotización de carácter mensual
- No percibir el Pago de Reparto Anticipado
- No hallarse comprendido en ninguna de las causas de exclusión relativas al CC.

Las condiciones fijadas para el Pago Único (PU) son en términos generales, las mismas exigidas para el PMM, con la diferencia de que este beneficio se otorga a los asegurados que hubieran efectuado entre veinticuatro (24) y ciento setenta y nueve (179) cotizaciones al Sistema de Reparto, previo a la vigencia de la Ley 1732.

El monto del PMM es fijo, calculado de manera independiente al valor del Salario Cotizable o al número de aportes en exceso a las 180 cotizaciones exigidas para tener derecho a este beneficio. De acuerdo con el Decreto Supremo N° 27542, el PMM es equivalente a Bs. 480 en el año 2004, y en los años siguientes, se ajusta con base en la variación de la Unidad de Fomento a la Vivienda (UFV) y está sujeto al descuento mensual del 3% destinado a la cobertura de salud en la Caja Nacional de Salud. El PMM es un pago individual, mensual y vitalicio a favor del afiliado titular, o en caso de fallecimiento, de sus derechohabientes de viudedad u orfandad.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

El PU es calculado por el SENASIR como el resultado de multiplicar el número de años, o fracción de ellos, cotizados al Sistema de Reparto (densidad de aportes) por el valor del Salario cotizable que le fuera reconocido al afiliado titular. El monto del salario cotizable relevante para la estimación del PU, no podrá exceder veinte veces el salario mínimo nacional vigente²⁹.

$$PU = \text{Densidad de Aportes} * \text{Salario Cotizable}$$

c) Pago anticipado de retiro (PAR)

Hasta el 31 de diciembre de 2001, los afiliados del Sistema de Reparto tuvieron oportunidad para entregar su solicitud de calificación de renta, en el supuesto de que habían cumplido con todos los requisitos para tales fines antes del 01 de mayo de 1997. No obstante, aún a inicios del año 2004, el SENASIR tenía un número importante de expedientes sin la respectiva resolución, particularmente los relacionados con Riesgo Profesional. Dado el excesivo tiempo transcurrido en este proceso, y la situación económica que experimentaban muchos de los interesados y sus familias, el Gobierno emitió el Decreto Supremo N° 27543, en el cual se crea el Pago Anticipado de Retiro (PAR).

El PRA es un anticipo de la renta en curso de adquisición, derivado de derechos en el Sistema de Reparto por los aportes efectuados al mismo, éste se paga mensualmente hasta la emisión de la Resolución que defina el derecho del titular del pago. La elegibilidad de los beneficiarios de esta prestación, exige que se haya presentado el trámite a más tardar el 31 de diciembre 2001 y contar con el requisito de edad al 30 de abril de 1997. El PRA no aplica cuando el interesado ya cuenta con una renta en curso de pago, haya recibido un Pago Global o de Compensación de Cotizaciones, o en los trámites de Derechohabientes de rentistas en curso de adquisición.

El monto mensual total del PRA a ser otorgado por el SENASIR se fijó en dos tipos, de acuerdo con las siguientes especificaciones:

- Un mil cincuenta y seis Bolivianos (Bs. 1.056.-) para los trámites en curso de adquisición no sujetos a reducción de edad, salvo los comprendidos a reducción de edad conforme al Decreto Supremo N° 17305 de 24 de marzo de 1980, que comprende al sector minero en campos de aplicación Metalurgia, Cooperativistas, Minería Privada y COMIBOL.
- Setecientos noventa y nueve Bolivianos (Bs.799) para los trámites en curso de adquisición sujetos a reducción de edad. Sobre la base de los montos señalados se aplicarán los descuentos legales que correspondan.

²⁹ De acuerdo con el Artículo 8° del Decreto Supremo N° 27542, los titulares o derechohabientes del Pago Único podrán afiliarse a los servicios de salud de la CNS, autorizando la deducción del 3% de un salario mínimo nacional multiplicado por los meses que requiera cobertura. El máximo de meses de afiliación voluntaria es de 24, contados a partir del mes siguiente de la emisión de la papeleta del PU.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Los montos anteriores, no están sujetos a ningún tipo de actualización o incremento de valor en el tiempo. El financiamiento del PRA, está a cargo exclusivamente del Tesoro General de la República, cuando se trate de trámites de vejez e invalidez. En aquellos casos de invalidez por Riesgo Profesional del Sistema de Reparto, el PRA será financiado con recursos del Tesoro General de la Nación y la Reserva Financiera a cargo de las Entidades Aseguradoras.

Por último, el Decreto Supremo N° 27543, dispone que el SENASIR contará con un plazo de veinte (20) meses, computables desde enero de la gestión 2005, para emitir las Resoluciones que definan el derecho de los titulares del PRA, que pueden ser: Renta, Pago Global o Compensación de Cotizaciones.

d) Garantía de 100% en la renta de las Fuerzas Armadas

El sector de las Fuerzas Armadas se incorpora a la Ley de Pensiones, sobre la base del Acuerdo del Ministerio de Capitalización, el Ministerio de Defensa Nacional, las Fuerzas Armadas de la Nación y COSSMIL, suscrito el 20 de noviembre de 1996. El 29 de noviembre se aprueba la Ley de Pensiones y se establece que tendrá carácter general y obligatorio, incluyendo a los miembros de las Fuerzas Armadas.

La diferencia de los afiliados a COSSMIL con relación a la población civil no afiliada a esa entidad, es que los primeros tienen garantizada, al momento de su jubilación, una pensión equivalente al 100% de su último salario.

En el caso particular de los afiliados a COSSMIL cotizantes al nuevo sistema, la determinación del costo del pago de su pensión mensual, considera el valor de la brecha a cubrir para alcanzar el nivel de pensión garantizada.

e) Incremento del monto de la renta mínima

Otra manifestación clara de la falta de disciplina en la aplicación de la reforma, es la política gubernamental adoptada en relación al monto mínimo de renta, puesta en práctica durante los años 2000 y 2001.

La marcha de jubilados que originó el Convenio de Caracollo, provoca el incremento de Bs. 300 a Bs.550 para el tramo mas bajo de renta. La compensación inicialmente establecida con exclusividad para los rentistas mineros, posteriormente se amplía para el resto de los sectores, se aplica inclusive a las rentas obtenidas con reducción de edad y con el mínimo de aportes (180 cotizaciones).

El convenio de Patacamaya suscrito al año siguiente, incrementa aún mas el monto mínimo de renta y el nuevo monto para el tramo mas bajo llega a Bs. 850. Esto significa que los jubilados y rentistas tuvieron un incremento en el monto mínimo de renta que no se compara con el porcentaje de incremento salarial recibido por los trabajadores. Mientras algunos trabajadores no reciben aumento, los maestros y empleados del sector salud, perciben aproximadamente un 10 % anual, los jubilados obtienen un aumento del 300 % en

el monto mínimo de renta durante el periodo 1998 al 2002, como se aprecia en el siguiente cuadro.

Este incremento causa distorsiones severas en la economía pues mientras el salario mínimo para los trabajadores es de Bs. 450, el monto mínimo de renta es de Bs.940 generando un incentivo perverso, por el cual los desocupados presionan al gobierno para mantener abierto el sistema antiguo y recibir renta de 940 bolivianos, rechazando cualquier propuesta del gobierno sobre puestos de trabajo con salario inferior al monto mínimo de renta. Esto provocó el fortalecimiento de la llamada Generación Sándwich que luego de presionar en forma desmedida, logró conseguir el “Pago Mensual Mínimo”, que consiste en un pago individual, mensual y vitalicio equivalente a Bs. 480.

5.4 Costo fiscal del sistema de reparto

La sustitución del antiguo sistema de Reparto por el sistema de cuenta individual, implica indefectiblemente un costo de transición para el Estado, pues éste asume el pago de las rentas de los jubilados del sistema cerrado sin beneficiarse de las aportes de los cotizantes activos; se trata de un costo estándar de cualquier reforma de este tipo. Las estimaciones proporcionadas por la antigua Secretaría Nacional de Pensiones y UDAPE, antes de la reforma, señalaba que el costo de la transición ascendía en Valor Presente Neto (VPN) a US\$2,360 millones, durante el período 1997-2060. Por el contrario, el costo fiscal del escenario sin reforma se ubicaba en un VPN equivalente a US\$3,395 millones.

En términos del PIB, se tenía previsto que la Reforma de Pensiones implicaría una carga fiscal inicial próxima al 3.5%, pero con una tendencia descendente en los siguientes años, hasta ubicarse en el 2018 en tan sólo un 1% del PIB. No obstante, desde un inicio, los costos efectivos superaron de manera importante las proyecciones oficiales, tal como, se evidenció en un estudio elaborado para la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros en el año 2002 (Gamboa, 2002). En el citado estudio, las discrepancias entre una y otra estimación se asociaron básicamente a un número de rentistas por concepto de invalidez, vejez y muerte, superior en un 35% al número previsto originalmente. Este fenómeno se vinculó con las pensiones consolidadas con reducción de edad y la extensión del plazo original para presentación de trámite de calificación de renta del 31 de diciembre de 1997 al 31 de diciembre de 2001.

Tabla 46
Costo Proyecto vs. Ejecutado de la Reforma de Pensiones
1997-2001. Cifras en millones de US\$

Año	Ejecutado-UPF	Proyectado SNP-UDAPE	Diferencia
1997	271.7	231.5	40.2
1998	341.2	225.3	115.9
1999	339.9	219.3	120.6
2000	373.2	213.4	159.8
2001	386.7	207.4	179.3

Fuente: Gamboa (2002)

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

De igual manera, se señala como factores de la diferencia entre el costo fiscal ejecutado y las proyecciones previstas de la Reforma de Pensiones, la debilidad de los sistemas de información del sistema que permitieron que un número significativo de personas, a través de modificar su edad, accederían a los beneficios del sistema de reparto de manera irregular, así como los acuerdos de compensación monetaria de Caracollo y Patacamaya, que mejoraron las rentas más bajas del sistema y las rentas pagadas a los miembros de COSSMIL. Un elemento aún no considerado de manera plena en esta revisión de los costos efectivos de la Reforma, era el costo de la Compensación de Cotizaciones, pues su reglamentación y cálculos recién habían iniciado en el 2001.

En los años siguientes, y tomando en cuenta la evidencia sobre un costo efectivo bastante más alto que el estimado en las proyecciones de la ex Secretaría Nacional de Pensiones, se desarrollaron otros modelos de estimación, destacando entre ellos, los elaborados por un grupo de consultores del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el 2003, y el Banco Mundial en el 2004. Este último modelo contó con la colaboración de funcionarios de la SPVS, Ministerio de Hacienda y el SENASIR, y resultó uno de los ejes centrales sobre los que giró el trabajo de la Comisión Técnica Interinstitucional y Multidisciplinaria de Pensiones, constituida para el análisis del impacto fiscal de la Reforma y propuesta de alternativas de financiamiento.

Tabla 47
Costo de la Reforma de Pensiones según distintos modelos de proyección
Cifras en millones de US\$

Proyección	VPN
Ex Secretaría Nacional de Pensiones (1997-2006)	2,360
Modelo BID/Junio 2003 (2002-2060)	3,179
Modelo BID/ Diciembre 2003 (2002-2060)	5,170
Modelo I-Think/BM/Diciembre 2004 (2004-2060)	5,790

Fuente: Gamboa (2005)

Ninguno de los modelos incluidos en la Tabla 7, incluye el efecto de los beneficios alternativos de Pago Mensual Mínimo y Pago Único, ni tampoco del Pago de Reparto Anticipado, pues los decretos que sustentaron su creación, fueron promulgados a mediados de 2004. Sin embargo, la conclusión es evidente, en la actualidad, el costo fiscal de la Reforma de Pensiones en Bolivia es aproximadamente 2.5 veces mayor que la estimada antes de su entrada en vigencia, y el gasto público en pensiones ha oscilado en los últimos años en el rango de 4.5%-5.0% del PIB.

Este resultado inesperado para las autoridades fiscales de Bolivia, si bien es producto de algunos supuestos incorrectos, particularmente la subestimación del costo de la Compensación de Cotizaciones, también refleja la concesión excesiva de ciertos beneficios posteriores al 01 de mayo de 1997, tales como las pensiones con reducción de edad, el incremento de las rentas mínimas y la protección del 100% de tasa de reemplazo para los miembros de las Fuerzas Armadas. Gamboa (2005), ilustra esta situación de manera muy precisa, logrando vincular la proyección inicial de la ex Secretaría Nacional de Pensiones con la resultante del modelo I Think del Banco Mundial

Tabla 48
Costos adicionales por categoría de la Reforma de Pensiones
Cifras en millones de US\$

Categoría	VPN
Estimación 1997 (*)	2,360
Reducción de Edad (+)	576
COSSMIL (+)	592
Caracollo y Patacamaya (+)	215
Diferencia de Cálculo de CC (+)	1,383
Otros:fondos complementarios, fraude, supuestos de tasas de mortalidad (+)	664
Estimación Modelo I-Think	5,790

(*) VPN 1997-2060

Fuente: Gamboa (2005)

Uno de los aspectos que se han cuestionado más insistentemente al Gobierno, ha sido su falta de capacidad para recuperar las reservas y otros activos de los fondos complementarios cuando asumió sus obligaciones. A pesar de que la pobre condición financiera de muchos de los fondos complementarios hizo que la recuperación de sus activos fuera problemática en muchos casos, los fondos complementarios de las fuerzas armadas, la policía y el poder judicial fueron excepciones importantes. En particular, el fondo complementario de las fuerzas armadas (COSSMIL) cubre cerca de 7,500 jubilados con beneficios promedio de jubilación cercanos al doble del promedio y pagos totales por jubilación por cerca de 0.5% del PIB. Los activos y las reservas de COSSMIL, incluyendo los hospitales y las clínicas que también proporcionan beneficios de seguro de salud, no fueron transferidos al gobierno.

Por último, es importante reconocer que uno de los factores que puede incidir de manera adicional en el costo fiscal de la transición, es la edad a la cual los trabajadores podrán recibir sus CCs. Para jubilarse antes de los 65 años, los trabajadores deben cumplir con la regla del 70% que adiciona sus CC al pago esperado de una cuenta individual. A pesar de que se presume será difícil lograr, existen tres factores que podrían facilitar un retiro anticipado: i) los trabajadores podrán reducir su participación en el sector formal para reducir el denominador usado en la regla del 70%, (ii) actualmente, los trabajadores pueden “anticipar” un año de participación en el sistema pagando una contribución mínima por anticipado, también reduciendo el denominador, y (iii) la indexación de las CC al dólar desde 1997 pueden haber resultado en un numerador mayor bajo la regla del 70%.

5.5 Resultados iniciales del Seguro Social Obligatorio

Casi una década después de implementada la Reforma de Pensiones en Bolivia, existen fuertes cuestionamientos respecto a los avances logrados con ésta. En particular, los argumentos más relevantes son: i) la tasa de cobertura permanece en niveles excesivamente bajos, aunque el número de afiliados representa un 19% de la PEA, los cotizantes activos continúan estancados en un 11%; ii) durante el período de transición, el Estado ha

concedido generosos beneficios, tanto para los pensionados del antiguo sistema de reparto, como para aquellos transferidos al sistema de cuenta individual, incluso, posibilitó la jubilación con reducción de edad, a grupos que no cumplían con los requisitos exigidos en el sistema de reparto; iii) la bondad antes descrita, ha provocado un incremento sustancial en el costo fiscal de la transición, con un financiamiento de todos los bolivianos y unos beneficios para un número reducido; iv) la creación de las cuentas individuales no ha tenido el efecto esperado en el ahorro, la inversión o el crecimiento económico, dado que el portafolio de inversiones de las AFP se han limitado casi exclusivamente en títulos del gobierno o depósitos bancarios de corto plazo; v) la rentabilidad de los recursos de las cuentas individuales ha descendido drásticamente en los últimos años, situación que en el largo plazo implica períodos de cotización más extenso por parte de los actuales afiliados, y un retraso en su edad de jubilación.

5.5.1. Cobertura de la fuerza de trabajo

Uno de los principales indicadores de seguimiento en los países que han adoptado una reforma en su sistema de pensiones, es la cobertura que se logra de la fuerza de trabajo. En América Latina, por ejemplo, los resultados han sido diversos, particularmente, porque la cobertura se correlaciona positivamente con el nivel de desarrollo del país, y específicamente, con el tamaño del empleo formal. En el caso de Bolivia, el número de afiliados ha crecido significativamente durante los años después de la reforma, evolución explicada en buena parte, por las metas de afiliación anual fijadas por las AFP en los años de exclusividad. La mayoría de estos afiliados, provienen del sector formal de trabajadores asalariados.

En efecto, la proporción de afiliados al Seguro Social Obligatorio ascendió en el año 2005 a un 21.9% de la PEA, en contraposición, al 9.0% registrado en el año de implementación de la reforma del sistema de pensiones. El aumento en términos absolutos ha sido constante, no obstante, los progresos en la incorporación de los trabajadores independientes, son escasos, pues su participación relativa en el total de afiliados no supera el 5%, pese a su predominio en la estructura del mercado laboral boliviano. En el período 1999-2000, la SPSV y el Gobierno, introdujeron regulaciones para incentivar que los trabajadores independientes contribuyeran a las AFP (Escobar y Nina, 2004); estas disposiciones, permitieron un modesto incremento en la afiliación de este grupo de trabajadores, particularmente en el trienio 2000-2002, pero sin un impacto adicional en los años siguientes.

Tabla 49
Número e indicadores de los afiliados al SSO, 1997-2005

Año	Afiliados		% respecto a PEA	Distribución % según empleo	
	Número	Var. anual (%)		Asalariado	Independiente
1997	328,884		9.0	99.8	0.2
1998	463,170	40.8	12.4	98.3	1.7
1999	527,425	13.9	13.6	98.7	1.3
2000	623,773	18.3	16.6	96.4	3.6
2001	675,949	8.4	16.5	95.9	4.1
2002	758,831	12.3	18.8	96.0	4.0
2003	844,920	11.3	20.7	95.9	4.1
2004	878,343	4.0	21.1	95.6	4.4
2005	934,304	6.4	21.9	95.6	4.4

Fuente: Anuario Estadístico 2005, INE.

De acuerdo con estadísticas recopiladas y publicadas por la Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS), respecto a los distintos regímenes de capitalización individual que operan en América Latina, en el año 2005, el porcentaje de afiliados en el régimen de Bolivia exhibía el valor más bajo como indicador de la PEA (21.9%) , muy por debajo del promedio regional de un 59.6% y el 115.2% reportado en el caso de Chile. Los otros países con resultados similares a Bolivia son: Perú (29.7%), Colombia (30.1%) y República Dominicana (31.6%).

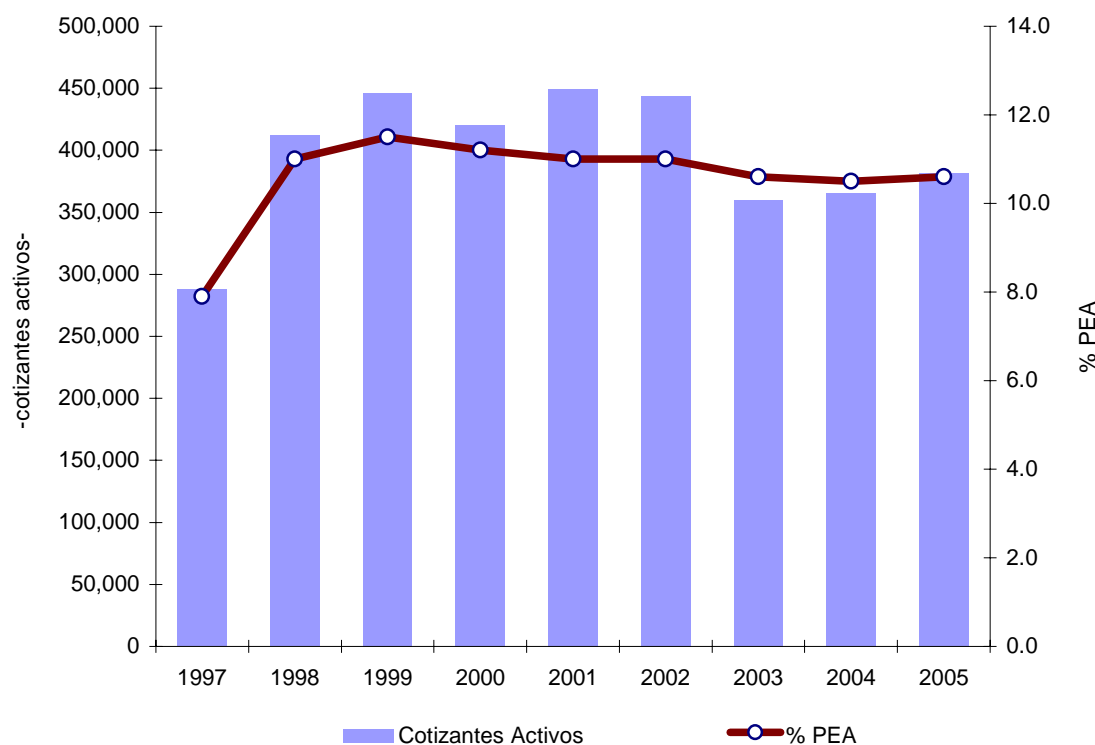
La tendencia natural del número de afiliados a un régimen de pensiones, es a incrementarse en el tiempo, pues este concepto incluye a todos aquellos trabajadores que han efectuado al menos una contribución a éste, independientemente que en la actualidad, se encuentren incluidos o no en las correspondientes planillas mensuales de aportaciones. Los factores asociados con la interrupción en la contribución son múltiples, pero comúnmente destaca la evasión o el incumplimiento del empleador de su responsabilidad de recaudar y transferir las cuotas de sus trabajadores a las AFP, así como la pérdida temporal de empleo del afiliado o el retiro del mercado laboral sin un beneficio de pensión. En este sentido, un indicador más representativo de la cobertura de un régimen de pensiones es la relación cotizantes activos/ PEA.

El número total promedio de cotizantes activos en las AFP que administran los fondos del sistema de capitalización individual en Bolivia, arribó en junio de 2005 a 382,091 (AIOS, 2006), cifra que equivale a un 10.6% de la PEA. Como puede apreciarse en el gráfico adjunto, este indicador de cobertura no ha tenido variaciones sustanciales en el período de vigencia de la nueva estructura del sistema de pensiones, con la excepción del ajuste natural que se dio entre los años 1997 y 1998. En tanto, el número de afiliados crece sostenidamente, los cotizantes activos no, situación que ha generado un drástico descenso en la relación cotizantes/afiliados, pasando de un 87.5% en 1997 a un 42.2% en el 2005.

Gráfico 13

Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo

Número de cotizantes activos y porcentaje respecto a PEA, 1997-2005



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SPVS, INE y AIOS.

Estos resultados ratifican que la cobertura de la seguridad social en Bolivia, tanto en su versión de corto plazo como de largo plazo, es sumamente baja, ubicándose entre los peores indicadores de la región latinoamericana. Este fenómeno está asociado en gran medida, a la estructura de su mercado laboral, caracterizado por un predominio del empleo informal, con especial énfasis en el auto-empleo. Tal condición se ha acentuado en las últimas décadas, con la crisis de la actividad minera a mediados de los ochenta y el proceso de privatización de empresas públicas, que obligó a una cantidad importante de asalariados regulares a movilizarse hacia medianas o pequeñas empresas o al desempeño de actividades por cuenta propia, alternativas que frecuentemente, exhiben condiciones menos favorables en materia de cumplimiento de la normativa laboral y afiliación a los sistemas de seguridad social.

En la Encuesta de Hogares 2002, se incluyó una pregunta general sobre la afiliación de los trabajadores a las AFP. De acuerdo con esta fuente información, el porcentaje de la PEA que declaró pertenecer a una AFP fue de un 9.0%, un porcentaje menor al que se obtiene haciendo uso de los registros administrados publicados por la SPVS en la medición de los cotizantes activos. En este sentido, parece correcto asumir que las respuestas dadas por los entrevistados, estuvieron orientadas hacia el concepto de cotizantes activos y no precisamente al de afiliación.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Los porcentajes de cobertura son extremadamente bajos para las categorías de *Trabajador por cuenta propia* y *Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración*, las cuales en conjunto representan poco más de dos terceras partes de la PEA. Con la única excepción de la correspondiente a la categoría *Empleado*, todas las restantes tasas de cobertura son inferiores a las observadas en los seguros sociales de salud, una situación típica cuando se trata de esquemas de aseguramiento de beneficios de corto plazo versus aquellos de mediano o largo plazo.

Tabla 50
Porcentaje de afiliación de las PEA a las AFP, 2002

Categoría ocupacional	PEA	Trabajadores afiliados AFP	% cobertura de PEA
Empleado	787,281	292,561	37.2
Obrero	330,185	16,465	5.0
Patrono o socio	170,168	8,385	4.9
Trabajador por cuenta propia	1,398,977	17,723	1.3
Cooperativista de producción	9,937	4,678	47.1
Trabajador familiar o aprendiz sin remuneración	1,039,117	3,411	0.3
Empleada del hogar	89,273	91	0.1
TOTAL	3,824,938	343,314	9.0

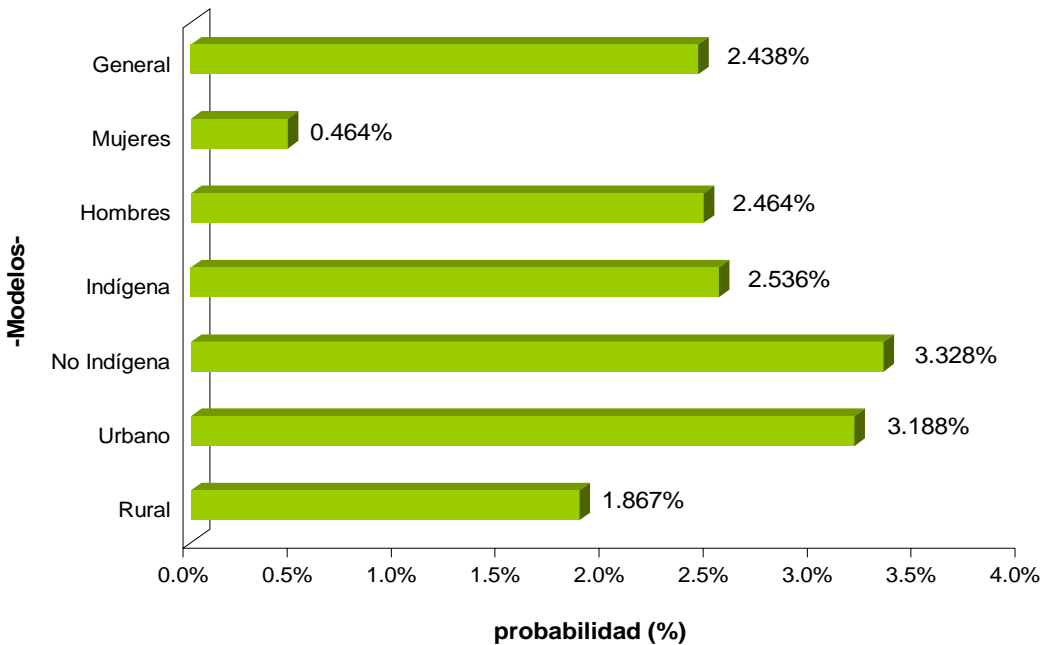
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares MECOVI 2002, INE.

El aseguramiento por quintil de ingreso, señala que un 25.5% de los trabajadores que pertenecen al quintil más rico están afiliados a una AFP, porcentaje que descende fuertemente en los siguientes quintiles: 9.7% (IV quintil), 5.0% (III quintil), 1.8% (II quintil) y 0.5% (I quintil). De igual manera, cuando el análisis gira en torno a los grupos de edad, se determina que las tasas de cobertura más alta pertenecen a trabajadores con un rango de edad entre los 30 y 45 años, el indicador descende al trasladarse hacia los extremos de las edades. Así por ejemplo, y pese a que los trabajadores menores de 25 años representan el 41.1% de la PEA total, únicamente 4.8% de ellos se encuentran afiliados a una AFP, aspecto que tendrá un efecto negativo sobre la probabilidad de lograr en un futuro una jubilación temprana.

Con base en los datos de la Encuesta de Hogares MECOVI 2002, Molina y Soria (2006), investigaron cuáles son las principales variables que condicionan el que un trabajador independiente del mercado laboral boliviano, se afilie en forma activa al Seguro Social Obligatorio, tema que tiene la mayor relevancia, dado que tan sólo un 4% de los afiliados a las AFP pertenecen a este grupo, pese a su elevado peso relativo dentro de la PEA. El estudio en cuestión, aplica un modelo de estimación de probabilidades tipo PROBIT, con una corrección de los resultados por auto-selección, a través del procedimiento denominado Heckman en dos etapas. El problema de auto-selección genera sesgos en los estimadores, además imposibilita generalizar los resultados a toda la población.

Gráfico 14

**Probabilidades estimadas de afiliación a las AFP de los trabajadores independientes
Modelo Probit con corrección Heckman en dos etapas**



Fuente: Molina y Soria (2006), Tabla N° 9.

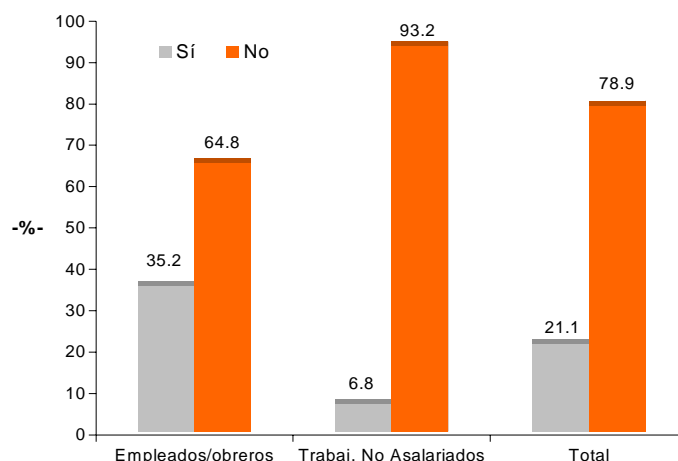
De acuerdo con las probabilidades ilustradas en el gráfico anterior, la probabilidad de afiliación al sistema de capitalización individual de un trabajador dependiente es tan sólo de un 2.4%, que tiende a incrementarse cuando se calcula únicamente para los trabajadores no indígenas y los trabajadores que residen en el área urbana. Los hombres e indígenas tienen una probabilidad muy similar a la reportada en el modelo general, y por el contrario, los trabajadores del área rural y las mujeres, muestran las menores probabilidades.

Los distintos modelos fueron contruidos incluyendo un conjunto de variables explicativas relacionadas con: i) características personales; ii) características del empleo; iii) tamaño del lugar de trabajo; iv) programa de salud; v) ocupación u oficio; vi) horas trabajadas a la semana; vii) Deciles / Quintiles del Ingreso; y, viii) lugar de residencia. En este sentido, las variables relevantes en el modelo general, luego de la corrección por Heckman, son si la persona no tiene familia, si pertenece al grupo de 45 a 65 años, si es jefe de hogar, los años de estudio (escolaridad), si la empresa en la que trabaja es de 10 a 14 personas o si es de 100 o más, si pertenece a los deciles de ingreso 5, 9 o 10 o si pertenece al área rural. El efecto marginal más significativo está relacionado al tamaño de la empresa en la que trabaja y a la edad, mientras los años de estudio presentan un efecto relativamente pequeño en la probabilidad de afiliación al sistema de pensiones. Una descripción similar se encuentra en el estudio de Molina y Soria, para los restantes subgrupos.

En un estudio elaborado en el INE con base en la Encuesta de Hogares 2005, se ha profundizado en el tema de la afiliación a las AFP de los trabajadores urbanos ocupados, excluyendo de éstos, a las Empleadas(os) del Hogar, dada sus características particulares y a la ausencia de cierta información básica. Además, tampoco se consideraron a productores agrícolas asentados en ciudades y zonas urbanas, pues sus características son en general más afines a las áreas rurales. Finalmente, la población ocupada urbana objeto de análisis, ascendió a un total de 2,205,116 trabajadores.

Inicialmente, a estos trabajadores se les efectuó la siguiente pregunta: *¿Está usted afiliado a una AFP (Administradora de Fondos de Pensiones)?*. En el caso de una respuesta negativa, se indagó sobre: *¿Cuál es el motivo por el que no está afiliado a una AFP?*. Para efectos analíticos, se integraron dos grupos distinguidos por su condición de asalariados (empleados y obreros) y aquellos no asalariados (trabajador por cuenta propia; patrono, socio o empleador; cooperativista de producción; y, trabajador familiar o aprendiz sin remuneración).

**Gráfico 15: Población Ocupada urbana
¿Está afiliado a una AFP?, 2005**



Fuente: Estudio sobre informalidad de empleo en Bolivia, INE (sin publicar).

De esta forma, el grupo de empleados/obreros quedó integrado por un total de 1,113,201 personas y los trabajadores no asalariados por un total de 1,091,915 personas. El Gráfico 9, muestra la distribución de respuestas afirmativas y negativas a la pregunta de si se encuentra afiliado a una AFP, cuyo valor promedio de afiliación es de 21.1%. Es importante tener presente dos aspectos de sumo interés: i) el concepto de afiliación que se aborda en la Encuesta de Hogares, más está dirigido a conocer cuáles trabajadores estaban contribuyendo a una AFP al momento de la entrevista, y por tanto, las estadísticas obtenidas se asemejan a los cotizantes activos; y, ii) la estructura de la población ocupada rural está concentrada en trabajadores no asalariados, y por tanto, su porcentaje de afiliación puede ubicarse en las proximidades del 6.8% estimado para este grupo en la zona urbana.

En relación con los motivos por los cuáles el 78.9% de la población urbana ocupada declaró que no estaba afiliada a una AFP, sobresale el asociado con el desconocimiento de cómo funcionan las AFP, que explica casi la mitad de las respuestas. En segundo orden de importancia, surgen las limitaciones en la capacidad contributiva de los trabajadores, que tanto, para los empleados/obreros y trabajadores no asalariados, representan poco más de una cuarta parte de las respuestas. Por último, se tiene la falta de confianza en las AFP y el

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

incumplimiento del empleador de afiliar a sus trabajadores, particularmente, en aquellos perteneciente a la categoría empleados/obreros.

Tabla 51

Población ocupada urbana: Motivos por los que no está afiliado a una AFP, 2005.

¿Cuál es el motivo por el que no está afiliado a una AFP?	Empleados/ obreros	Trabajadores No Asalariados	TOTAL
Su empleador no lo afilió	17.7	0.1	7.4
El contrato de trabajo no contempla afiliación a AFPs	7.5	0.7	3.5
No le alcanza el dinero para aportar	25.2	27.4	26.5
No confía en las AFPs	7.6	16.0	12.5
Desconoce como funcionan las AFPs	40.1	52.3	47.3
Otro	1.9	3.5	2.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estudio sobre informalidad basado en resultados de la Encuesta de Hogares 2005, Instituto Nacional de Estadísticas. Sin publicar.

5.5.2. Diversificación y rentabilidad de las AFP

La administración eficiente de una cartera de inversiones, demanda un equilibrio entre la rentabilidad lograda con respecto al riesgo que asume con los distintos instrumentos que se adquieren. El riesgo global de los fondos, se reduce con una estrategia guiada por la diversificación de las inversiones, tanto, en términos de instrumentos, emisores, plazos y monedas o unidades de denominación. No obstante, la experiencia registrada en muchos países, es que el aumento de las reservas acumuladas en los sistemas de capitalización individual, exigen un desarrollo paralelo del mercado de capitales, que permitan mayor profundidad y un espectro más amplio de instrumentos de inversión.

Tabla 52

Distribución relativa del portafolio de inversiones del SSO (%)
1997, 1999, 2001, 2003, 2005

Instrumento de inversión	1997	1999	2001	2003	2005
Bonos de deuda pública	69.5%	67.2%	73.2%	64.0%	70.0%
Depósitos a plazo	22.4%	29.5%	10.5%	7.3%	6.8%
Instrumentos emisores privados	0.0%	0.4%	13.4%	16.9%	13.5%
Títulos mercados internacionales	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	2.5%
Acciones de Empresas Capitalizadas	0.0%	0.0%	0.0%	8.6%	6.2%
Otros	8.0%	2.8%	2.9%	1.5%	0.9%
TOTAL (US\$ millones)	106.6	592.1	935.6	1,493.2	2,059.5

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SPVS.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

De acuerdo con los reportes publicados por la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, los fondos administrados por las AFP, mantienen una alta concentración en títulos de deuda pública del Gobierno de Bolivia, de un 70% del total en el año 2005. Este fenómeno responde en parte a las disposiciones emitidas por el propio Gobierno, que obligan a las AFP a destinar un porcentaje de sus recursos a la compra de sus instrumentos, aunque también se asocia con un mercado de capitales poco desarrollado, carente de opciones de inversión de largo plazo.

Pese a lo anterior, en términos comparativos, las cifras del año 2005 revelan una cierta mejoría respecto al año inicial de la Reforma de Pensiones. La participación relativa de los instrumentos de emisores privados ha crecido de manera importante, 13.5% del total, en contraposición, a un descenso de los depósitos a plazo del sistema bancario, comúnmente con vencimiento de corta duración y tasas de rentabilidad bajas. Así mismo, existe una incipiente colocación de recursos en mercados internacionales, 2.5% del total, que requiere un fortalecimiento en los siguientes años. Las estructuras de las carteras de las dos AFP que intervienen en el SSO son relativamente similares, dado que las regulaciones impuestas en materia de inversiones, reduce el margen de maniobra de una y otra.

Esta estructura del portafolio de inversiones, condicionan su tasa de rentabilidad a las tasas que el Gobierno pague por sus títulos de deuda pública. En la Tabla 10 se observa que la rentabilidad del FCI en Bolivianos tuvo una tendencia creciente de 1997 al 2002, a excepción de la gestión 2000, cuando se registra una caída de 16,78% a 14,90%. A partir del 2003, la tendencia ha sido decreciente, hasta alcanzar el valor de 8,60% en diciembre de 2005. La tendencia decreciente de la rentabilidad en Bolivianos y también en dólares estadounidenses desde el 2003 al 2005, se explicada por distintos aspectos acontecidos durante este periodo, entre ellos se puede citar a uno de significativa importancia, el cual es la obligatoriedad en la compra de Bonos del TGN a una tasa del 5% en UFV, tasa menor a la de los Valores adquiridos hasta el año 2002 (Bonos en MVDOL a una tasa del 8%).

5.6. BONOSOL: Pensión no Contributiva Universal

Uno de los rasgos más destacables de la Reforma de Pensiones en Bolivia, es que junto con las disposiciones relativas al sistema de pensiones contributivo, se creó una pensión universal no contributiva, cuyos beneficiarios son todos aquellos bolivianos de 21 años o más al 31 de diciembre de 1995. Este beneficio tiene como fuente de financiamiento las utilidades de las empresas de propiedad pública capitalizadas en la década de los noventa, en el marco, de la *Ley N° 1544-Ley de Capitalización*, e incluyo, las siguientes empresas: Yacimientos Petrolíferos Fiscales Boliviano (YPFB), Empresa Nacional de Electricidad (ENDE), Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), Empresa Nacional de Ferrocarriles (ENFE) y Empresa Metalúrgica Vinto.

La capitalización consistió en el incremento del capital de estas empresas, por medio de nuevos aportes de inversores extranjeros privados, en un monto equivalente al valor en libro de éstas. De forma tal que el 50% de sus acciones pasaron a manos de los inversionistas privados, y el otro 50%, se transfirieron a título gratuito, en beneficio de los ciudadanos bolivianos residentes en el país y que al 31 de diciembre de 1995 contaban con la mayoría de edad, es decir, 21 años. Con estas últimas acciones, se constituyó el Fondo de Capitalización Colectivo (FCC), cuya administración corresponde a las AFP del Seguro Social Obligatorio, siendo sus utilidades y/o venta de las acciones, la fuente exclusiva de financiamiento del Bonosol.

Willmore (2006) aprecia tres ventajas destacables en el esquema de financiamiento del Bonosol. En primer lugar, independiza las finanzas del programa de los recursos del Gobierno, condición que reduce el riesgo político de recortes en las transferencias a éste. Segundo, permitió que la “capitalización” de las empresas estatales se convirtiera en un proyecto políticamente viable, pues antes de su vínculo con el Bonosol, no contaba con el suficiente apoyo popular. Por último, dado que la administración del Fondo de Capitalización Colectiva recae en las AFP del nuevo sistema de pensiones, las comisiones recibidas por esta actividad, pudiera permitir el cobro de comisiones menores para la administración de las cuentas individuales del Seguro Social Obligatorio.

El BONOSOL, creado a través del Artículo 3° de la Ley de Pensiones, tenía las siguientes características: i) la población elegible con derecho a este beneficio son todos los bolivianos residentes mayores de 21 años al 31 de diciembre de 1995, sin discriminación alguna; ii) el pago del beneficio se hace efectivo a partir de la gestión de los beneficiarios al cumplir los 65 años o subsiguientes, en ningún caso antes; iii) ese beneficio no es heredable, en consecuencia, se extingue con la muerte del beneficiario; iv) el beneficio se financia con los dividendos que generan las acciones de las empresas capitalizadas del FCC y/o la venta de las mismas; y v) las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), por ser las administradoras del FCC, son las responsables del pago de este beneficio.

Por otra parte, los Gastos Funerarios fueron definidos como una prestación que consiste en el pago por una sola vez de Bs. 1,100 con mantenimiento de valor respecto al dólar estadounidense, a favor de la persona que acredite haber efectuado los Gastos Funerarios del beneficiario fallecido.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Con el pago del Bonosol, Bolivia es el único país de América Latina con una pensión universal, una de las formas menos frecuentes de las denominadas pensiones no contributivas. Estas pensiones son poco frecuentes, en la actualidad, existen en el mundo tan sólo ocho países con este tipo de beneficio: Nueva Zelandia, Mauritius, Namibia, Bostwana, Bolivia, Nepal, Samoa y Brunei. Los requisitos básicos de elegibilidad están asociados con una cierta edad, en todos los casos superior a los 60 años, y determinadas condiciones de ciudadanía y residencia, tal como, se observa en la Tabla 7.

El nivel de las prestaciones es diverso, con los montos más altos en términos absolutos en Nueva Zelandia y los más bajos en Nepal, donde apenas representan US\$2 mensuales. Si bien es cierto que el Bonosol de Bolivia equivale a una renta mensual de US\$19, en términos relativos, significa un 26% del PIB per cápita del año 2003, y de acuerdo a Von Gersdorff (1997), un 85% de los ingresos de las personas en extrema pobreza y un 50% de aquellos que viven en estado de pobreza básica. Los beneficiarios efectivos superan la población elegible, en parte, por la adulteración de edades o el cobro de la renta de personas fallecidas.

Tabla 53
Características generales de pensiones universales en el mundo, 2003

País	Nueva Zelandia	Mauritius	Namibia	Bostwana	Bolivia	Nepal
Edad calificación beneficio	65	60	60	65	65	75
Población objetivo	12.0%	9.2%	6.0%	5.0%	4.5%	1.1%
Requerimientos de residencia	10 años o más de residencia	12 años (ciudadanos) 15 años (no ciudadanos)	Ciudadanos residentes	Ciudadanos residentes	Ciudadanos con 21 años o más, residentes en Bolivia al 31 de diciembre 1995	Ciudadanos residentes
Número de beneficiarios efectivos	446,000	116,324	97,767	85,000	411,063	211,343
% beneficiarios/población objetivo	93%	103%	93%	96%	105%	77%
Pensión mensual	US\$ 737 (soltero) US\$ 554 (casado)	US\$ 61 (60-89 años) US\$ 229 (90-99 años) US\$ 262 (100 y más)	US\$23	US\$30	US\$19	US\$2
% pensión del PIB per cápita	46%	16% 60% 68%	16%	10%	26%	10%
% transferencias totales del PIB	4.32% (bruto) 3.56% (neto)	1.66%	0.87%	0.48%	1.20%	0.08%

Fuente: Willmore (2006).

En un principio, con base en una serie de supuestos sobre población objetivo, tasa de rentabilidad de las acciones de las empresas capitalizadas y valor del FCC, las autoridades

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

competentes fijaron en US\$ 248 el monto del Bonosol, que regiría en el período 1997-2002. No obstante, el pago del Bonosol en 1997 representó US\$94 millones para un total de 364 mil beneficiarios (70 mil más que la cifra proyectada), y tan sólo se contaba con utilidades capitalizadas por US\$ 45 millones. Esta situación obligó a las AFP a financiar los US\$48 millones restantes, a través de un crédito en el sistema financiero nacional, y en última instancia fueron éstas las que tuvieron que cancelar la deuda y sus intereses, pues la Ley de Pensiones no permitía el desvío de los recursos del FCC para un fin distinto al pago del Bonosol, los Gastos Funerarios y Comisiones.

Las proyecciones preliminares para el pago correspondiente a 1998, incluyendo la deuda contraída por las AFP con la banca del país, evidenciaron un potencial déficit superior a los US\$ 127 millones. A mediados ese mismo año, la Ley de Propiedad y Crédito Popular sustituyó el Bonosol por el Bolivida, y estableció las disposiciones generales para la entrega de las Acciones Populares (AP), aunque este beneficio finalmente no se llegó a concretar. Los beneficiarios potenciales del Bolivida eran todos aquellos bolivianos residentes mayores a 50 años de edad al 31 de diciembre de 1995. La población beneficiaria de las AP, serían los bolivianos residentes mayores de 21 años y menores de 50 años al 31 de diciembre de 1995.

El Bolivida era una anualidad vitalicia variable no heredable que se pagaba a partir del cumpleaños 65 de cada uno de los beneficiarios; en caso de que el beneficiario falleciera antes de los 65 años, los herederos obtendrían un pago único equivalente a dos Bolividas. Las AP representaban certificados fiduciarios con un valor inicial de emisión, eran transmisibles por sucesión hereditaria, libremente transferible y podía constituirse en garantía, además, redimibles a través de las AFP's, fuera en efectivo o como una anualidad vitalicia no heredable que incluía los gastos funerarios.

Tabla 54

BONOSOL: Beneficiarios, transferencias individuales y totales y relación respecto PIB 1997-2004

Año	Población Objetivo (miles)	Beneficiarios	Pago anual-beneficiario		Transferencias totales	
			US\$	(% PIB per cápita)	(millones US\$)	(% PIB)
1997	324	364,261	248	24.4	90.3	1.1
1998	335	318,544	60	5.6	19.1	0.2
1999	346	340,420	60	5.9	20.4	0.2
2000	357	334,411	60	5.9	20.1	0.2
2001	369	351,206	60	6.3	21.1	0.3
2002	381	-	-	-	-	-
2003	392	411,063	229	25.6	94.3	1.2
2004	404	410,024	227	24.0	92.9	1.1

Fuente: Willmore (2006)

Uno de los principales argumentos para la sustitución del Bonosol por el Bolivida y las AP, es que con este último beneficio, se lograba reconocer de manera efectiva, el derecho de propiedad que tenían las personas mayores de 21 años y menores de 50 años al 31 de

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

diciembre de 1995, sobre las acciones de las empresas capitalizadas, con la opción, que las utilizaran como instrumentos de garantía para el acceso a créditos. Y por otro lado, se manifestó que el diseño financiero del Bolivida permitía su sostenibilidad financiera de largo plazo, contrario, a lo que ocurría con el Bonosol.

El pago correspondiente a las gestiones 1998 y 1999, se fijó en US\$60, mediante Decreto Supremo de diciembre 2000, y se llevó a cabo, entre ese mes y junio de 2001. El total de beneficiarios ascendió a aproximadamente 312 mil y 334 mil, respectivamente, con un desembolso total de Bs260 millones. Estas transferencias fueron consideradas como parte del Programa de Reactivación Económica, implementado con el propósito de impulsar la demanda interna.

En diciembre de 2001, se inició el pago del Bolivida correspondiente a las gestiones 2000 y 2001. El monto fijado permaneció en US\$60, y los beneficiarios promediaron en ambos años los 345 mil y los desembolsos Bs143 millones. Los pagos totales del período 1998-2001, no requirieron la venta de acciones constituidas en el FCC, aunque si fue necesario usar todos los dividendos generados por este fondo. La distribución de AP, no se llevó a cabo, por la ausencia de una reglamentación aprobada para tales fines.

No obstante lo anterior, con la *Ley N° 2427- Ley del Bonosol*, aprobada en noviembre 2002, se restituyó el Bonosol, y en consecuencia, se eliminaron el Bolivida y las AP. El monto del beneficio se fijó en Bs.1,800 para el período comprendido entre el 01 de enero de 2003 y el 31 de diciembre 2007. El monto que regirá en los años siguientes, será definido por la SPVS, con base en un estudio actual elaborado para tales fines. El Bonosol de Bs. 1,800 se ha pagado desde el año 2003, empleando la Base de Beneficiarios del Bonosol administrada por la SPVS. Las denuncias de fraude en la declaración de edad, suplantación de personas y cobro de no residentes, no han desaparecido, aunque se encuentran en proceso algunos programas y medidas con el fin de subsanar estas deficiencias.

En el esquema de financiamiento de esta nueva versión del Bonosol, se dispuso que las AFP invirtieran parte de los recursos que constituyen el Fondo de Capitalización Individual, propiedad de todos aquellos afiliados al Seguro Social Obligatorio, en acciones de las empresas capitalizadas incluidas en el FCC. Gamboa (2005) señala que el FCI logró rendimientos superiores al 8% antes del año 2002, en tanto, las empresas capitalizadas tuvieron utilidades cercanas al 3% de su valor de capitalización, situación que representa un subsidio desde el FCI hasta el FCC, y un deterioro en la capacidad de acumulación de recursos para una posible prestación por jubilación. Así mismo, argumenta que de acuerdo con estimaciones actuariales de cálculo de pensión en el nuevo sistema, la disminución de un punto porcentual en la rentabilidad del FCI a lo largo de todo el período de cotización (aproximadamente 25 años), obliga a que se tenga que cotizar alrededor de dos años más para obtener el mismo monto de pensión, o que alternativamente, se acepte una reducción del nivel de la pensión en un 15%.

Este mismo autor, desarrolla un modelo para estimar el valor de los beneficios a otorgar por el Bonosol (anualidad vitalicia y gastos funerarios) en el período 2006-2080, siguiendo diversos escenarios. Las alternativas proporcionadas son múltiples, pero destaca, el cálculo

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

del monto de la prestación del Bonosol, considerando que éste cubra la totalidad de sus beneficiarios (exógenamente), con los recursos que se cuentan el en FCC. El valor del FCC, puede incluirse con el valor de capitalización de las acciones de las empresas capitalizadas, o bien, con el valor patrimonial de éstas, registradas al 30 de setiembre 2005, cada uno de ellos, con las respectivas tasas de rentabilidad históricas (1997-2004).

Los resultados finales del citado modelo, indican que el monto del Bonosol, en caso de pretenderse cubrir la totalidad de sus beneficiarios, debe oscilar entre Bs677 y Bs702, en términos constante del año 2006. Por otro lado, si el propósito es mantener el beneficio actual de Bs.1,800, sería necesario que las utilidades de las acciones de las empresas capitalizables se dupliquen respecto a sus valores históricos, pues de lo contrario, los recursos para financiar el Bonosol se extinguirían aproximadamente en el 2020, quedando casi un 60% de los potenciales beneficiarios sin la cobertura ofrecida.

Tabla 55
Sostenibilidad del Bonosol según diversos escenarios y supuestos
2006-2080

	Valor FCC (millones Bs.)	Rentabilidad (histórica o requerida)	Bonosol (Bs. constantes 2006)	Año de extinción del beneficio	Beneficiarios de la Capitalización sin Cobertura del Beneficio	Determinación de los beneficios
Escenario 1	11,846	3,59% (h)	702	2080	-	Endógenamente
		3,59% (h)	1,800	2022	1,556,322	Exógenamente
		8,97% (r)	1,800	2080	-	Exógenamente
		3,59% (h)	1,800 hasta el 2007	2029	998,071	Exógenamente
		5,72% (r)	1,800 hasta el 2007	2080	-	Exógenamente
Escenario 2	8,996	4,73% (h)	677	2080	-	Endógenamente
		4,73% (h)	1,800	2019	1,759,588	Exógenamente
		11,19%(r)	1,800	2080	-	Exógenamente
		4,73% (h)	1,800 hasta el 2007	2021	1,631,604	Exógenamente
		7,98%(r)	1,800 hasta el 2007	2080	-	Exógenamente

Fuente: Tomado de Gamboa (2006)

Capítulo 6

Conclusiones y Recomendaciones

El presente estudio se ha enfocado en un análisis del sistema boliviano de seguridad social con énfasis en sus regímenes de salud y pensiones, sustentado en una amplia gama de información recopilada de muy diversas fuentes e interpretada a través de numerosas sesiones de trabajo con los actores principales de este sistema. En los últimos tres lustros, el sistema de seguridad social boliviano ha experimentado un conjunto de importantes transformaciones, diseñadas e impulsadas con el objetivo de extender de forma más acentuada la protección y beneficios que de ella se derivan, especialmente en materia de pensiones. No obstante, los resultados respecto a la extensión de cobertura, no han sido los esperados; aún el país continúa registrando los niveles más bajos de cobertura en seguridad social de la región.

Bolivia es un país con un elevado grado de informalidad económica, de modo que la adopción de formas no convencionales de aseguramiento, y principalmente la incorporación de los trabajadores independientes a la contribución de la seguridad social, es un aspecto crítico, sin que todavía haya existido una política o voluntad manifiesta de avanzar en tal sentido.

6.1 Avances recientes en el sistema de seguridad social

Pese a todo, pueden distinguirse algunos logros interesantes, sean desde la seguridad social, o bien desde otros ámbitos de la protección social. Estos avances pueden constituir las bases para continuar discutiendo y planificando la introducción de otros elementos que conlleven a un sistema más eficaz, eficiente, equitativo y solidario, principios que constituyen el eje central de cualquier sistema de protección social que pretenda incrementar sostenidamente la calidad de vida de sus habitantes. De una forma sintética, pueden citarse los siguientes aspectos, como los avances recientes de mayor trascendencia en los sistemas de salud y pensiones de Bolivia:

i) Cobertura muy baja, con leve tendencia a incrementarse

De acuerdo con estadísticas administrativas del INASES, la cobertura de la totalidad de las cajas y seguros sociales de salud arribó en el año 2004 a un 28.5% de la población total, cifra que representa un repunte significativo respecto al 20.3%, registrado en los años posteriores a la crisis económica de mediados de los ochentas. En los últimos años, el aumento en la cobertura de la población ha estado impulsado por la apertura de los Seguros Universitarios a sus estudiantes, así como a un incremento del número de rentistas y sus dependientes, producto del cierre del antiguo sistema público de reparto.

ii) Extensión de la protección en salud a través de los seguros públicos

Las altas tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna, ha sido abordada por las autoridades sanitarias del país, a través de la implementación de un seguro público dirigido a la protección de los niños y las mujeres embarazadas. En la actualidad, este seguro se denomina Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que representa la figura evolucionada del Seguro Nacional Materno Infantil y Seguro Básico de Salud. Los indicadores nacionales de mortalidad infantil y mortalidad materna, han registrado una disminución significativa, especialmente el primero de ellos, gracias en buena medida a este seguro público. De manera reciente, el SUMI amplió su cobertura a mujeres de 5 a 60 años, en procura de mejorar la salud de éstas en otros períodos de sus vidas.

De igual manera, desde el año 1998 se puso en marcha el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), con cobertura sin costo para las personas adultas mayores. Hasta finales del año 2006, la prestación del paquete otorgado por el SMGV fue una tarea asignada a cinco gestores de la seguridad social, incluyendo entre ellos, la Caja Nacional en Salud.

iii) Operación del modelo previsional de capitalización individual

Desde el punto de vista de la extensión de la cobertura, el Seguro Social Obligatorio instaurado a partir de mayo de 1997 no ha logrado superar las bajas tasas de aseguramiento que registraba el antiguo sistema público de reparto. Si bien el número de afiliados ha crecido con mucho dinamismo, los cotizantes activos no; situación que estaría reflejando problemas importantes de evasión, y en menor medida, la pérdida temporal del empleo o el retiro del mercado laboral sin una prestación jubilatoria.

Sin embargo, con casi una década de operación, el modelo como tal, junto con los actores relevantes (especialmente la Superintendencia), se ha consolidado. Los procesos de afiliación y recaudación se han facilitado de manera importante, con la ayuda de los servicios que brindan las entidades del sistema bancario y la tecnología de comunicación. La gestión de las pensiones por invalidez es relativamente eficaz y el otorgamiento de las prestaciones por viudez y orfandad también; la recopilación y producción de información ligada con las cuentas individuales cumple con las exigencias de la Superintendencia y las mejores prácticas internacionales en el campo, así como la administración de las inversiones. Los costos administrativos de las AFP, se encuentran entre los más bajos de otras organizaciones similares en América Latina.

iv) Introducción de una pensión no contributiva universal

Con el pago del Bonosol, Bolivia se ha convertido en el único país de América Latina con una pensión no contributiva de carácter universal, formando parte de un pequeño grupo de ocho países en el mundo, que poseen una pensión similar. Este beneficio se concreta a través de un pago único de aproximadamente U\$230, que se entrega conforme las personas cumplan sus 65 o más años. En un inicio, hubo dificultades en la identificación de los beneficiarios, pues fue frecuente la adulteración de las fechas de nacimientos; no obstante, con el transcurrir del tiempo, se han implantado medidas totalmente seguras para tales fines tales como la identificación biométrica.

6.2 Hallazgos principales

El sistema boliviano de seguridad social exhibe importantes limitaciones de índole muy diversa, incluyendo desde aspectos de concepción y doctrina, hasta otros relacionados con su estructura y organización. En orden de prioridades, el principal reto que afronta el sistema boliviano de seguridad social es la necesidad de extender su cobertura.

i) Una baja cobertura del sistema.

Uno de los rasgos más sobresalientes de estos esquemas de protección, es que registran una cobertura sumamente baja y se encuentran entre los indicadores más precarios de América Latina y el Caribe. Inicialmente, puede argumentarse que este fenómeno tan poco deseado es producto de un diseño y concepción de la seguridad social dirigido casi exclusivamente a los trabajadores de la economía formal urbana, donde existe una relación laboral de dependencia y donde los empleos son relativamente más estables (público y de medianas y grandes empresas privadas) y con cierta capacidad contributiva. En consecuencia, la exclusión de la seguridad social de la mayoría de la población boliviana es un hecho totalmente previsible, pues las formas de empleo más comunes de ésta, son el trabajo independiente o por cuenta propia, así como los trabajos económicamente no remunerados en actividades de explotación agrícola; situación que se une a los altos niveles de pobreza que afectan a más de dos terceras partes de la población total.

Pese a que el Código de Seguridad Social vigente desde el año 1956 en su calidad de norma legal por excelencia en que se sustenta la seguridad social en Bolivia, establece la posibilidad de incorporar en condición de asegurados voluntarios a los trabajadores independientes, en la actualidad únicamente un 4% de los afiliados a las AFP pertenecen a este grupo; similar es la situación que se registra en las Cajas de Salud. No cabe duda que las autoridades gubernamentales competentes no han ejecutado las iniciativas suficientes para avanzar con mayor vigorosidad en este tema, y que los gestores de ambos seguros no poseen los incentivos necesarios para extender la cobertura contributiva hacia ellos. El Estado está ausente del financiamiento del costo de aseguramiento de los trabajadores independientes, subsidiando o complementando el sacrificio adicional que estos trabajadores deben hacer, dada la ausencia de la figura del empleador.

ii) Pluralidad de gestores de la seguridad social en salud, sin una definición apropiada de condiciones y requisitos mínimos para su operación.

Con la única excepción de la Caja Nacional de Salud, los restantes gestores de la seguridad social en salud exhiben limitaciones importantes en materia de objetivos de cobertura, pues algunas son organizaciones de carácter privado, enfocadas en poblaciones de actividades específicas (no necesariamente trabajadores, tal como sucede en los seguros universitarios) o selectivas en el ingreso de las empresas y trabajadores que aseguran. Nueve de las veinte cajas y seguros de salud que integran la seguridad social en Bolivia, no superan en términos absolutos los 10,000 asegurados; en una de éstas, el número de rentistas duplica el número de asegurados directos activos, y otras soportan más de tres beneficiarios por cada asegurado activo.

Estas cifras ponen en evidencia al menos tres elementos de carácter estratégico para una eventual reestructuración de la seguridad social en salud: i) el número de personas protegidas en relación con los costos de administración y operación de casi la mitad de las cajas de salud, sugiere la necesidad de un eventual proceso de consolidación o traslado de sus asegurados a la Caja Nacional de Salud; ii) es indispensable una evaluación de la sostenibilidad financiera en el corto y mediano plazo de las cajas de salud, particularmente aquellas donde el equilibrio entre los asegurados activos, pensionados y beneficiarios, tiende a debilitarse con el transcurso de los años; y, iii) una política de extensión de cobertura habría de estar orientada hacia el fortalecimiento de la Caja Nacional de Salud, procurando la afiliación de trabajadores de ingresos medios y altos.

En este orden de ideas, se concluye que la seguridad social en salud que opera en Bolivia, está lejos de cumplir con algunos de los principios fundamentales de este tipo de seguro, como por ejemplo: universalidad en la cobertura; igualdad, equidad o uniformidad en el trato; solidaridad y redistribución del ingreso; comprensividad y suficiencia de las prestaciones; y en algunos casos sostenibilidad financiera. La consecución de estos principios, demanda transformaciones radicales en ciertas áreas, con una participación y rol más activo y constructivo por parte del Estado, así como una conducción y rectoría mejor orientada de las instituciones competentes en este campo.

iii) Reforma de pensiones sin mayor impacto en la cobertura, y costos de transición superiores a los pronosticados.

La reforma del sistema de pensiones que entró en vigencia en mayo de 1997, no ha logrado cumplir con el propósito esencial de extender la cobertura de la fuerza de trabajo, de manera que la proporción de cotizantes activos (cobertura contributiva) permanece en niveles equivalentes a los observados en el antiguo sistema de reparto. De igual manera, la transición de este último sistema hacia el nuevo sistema de capitalización individual ha generado unos costos mayores a los que se tenían previstos antes del inicio del proceso de reforma, producto de un sinnúmero de concesiones otorgadas a trabajadores que de acuerdo a la normativa que regía este sistema no cumplían con los requisitos para su jubilación o pensión. En particular, se favoreció el retiro anticipado de ciertos grupos de trabajadores, el incremento significativo en los límites mínimos de las pensiones y el otorgamiento de pagos mensuales permanentes a trabajadores que no satisfacían los criterios de elegibilidad para una prestación pensionaria.

iv) Régimen de cuenta individual: “promesa de pago” cuestionable.

La rentabilidad media de los fondos administrados por las AFP ha descendido drásticamente en los últimos años, producto de una política de reducción de las tasas de interés pagadas por los títulos propiedad del Gobierno. En tanto la regla para jubilarse es la acumulación de recursos que aseguren una tasa de sustitución de un 70%, la disminución de la rentabilidad de las inversiones incrementa la cantidad de años que un aportante debe cotizar en el Seguro Social Obligatorio. Esta tasa de reemplazo o sustitución, en el marco de la experiencia internacional, se considera sumamente alta o poco factible de lograr.

En el acápite dedicado a las recomendaciones del estudio, se analizarán estimaciones de diversas fuentes, las cuales sugieren que con un aporte de un 10%, la tasa de sustitución no sobrepasará el 40% del salario medio cotizable final. Este es un elemento que demanda la mayor de las atenciones, pues se vincula directamente con las expectativas que tienen los afiliados a las AFP al momento de su jubilación, y de manera colateral, pone en juego la credibilidad del sistema.

v) Problemas de financiamiento del BONOSOL: sostenibilidad futura incierta.

El Bonosol constituye una estrategia apropiada hacia el objetivo de asegurar un ingreso económico mínimo a las personas adultas mayores, independientemente de su relación con el seguro contributivo de pensiones. Desde la visión de sistema de pensiones, este beneficio representa un primer pilar de protección, y simultáneamente tiene una función de pensión mínima para los que logran adjudicarse una contributiva en el régimen de capitalización individual. Los problemas iniciales de fraude de edades de los beneficiarios se han superado, no obstante, la viabilidad financiera de este programa para los próximos años es un asunto de atención prioritaria, sobre todo cuando se hace necesario incrementar el monto económico otorgado e incluso la periodicidad de su pago.

6.3. Recomendaciones: insumos para el diálogo social

El régimen de seguridad social que ha estado vigente en Bolivia durante las últimas décadas, no ha sido capaz de garantizar el derecho a la protección social a la mayoría de los bolivianos y bolivianas. Esta situación se refleja no solo en los reducidos indicadores de cobertura estadística que se registra en los seguros de salud y pensiones, sino también por la altísima proporción de personas sin un acceso efectivo a las atenciones a la salud (particularmente grave en las zonas rurales), o de personas que en edad de jubilarse, aún no cuentan con un derecho a una pensión, o no están acumulando derechos jubilatorios, y están expuestas a un alto grado de vulnerabilidad económica. Las reformas impulsadas en los últimos años, si bien han cosechado algunos logros interesantes, aún necesitan una mayor profundidad o hacerse acompañar de medidas o estrategias complementarias.

Un aporte adicional de este estudio, es precisamente, este apartado de recomendaciones y propuestas técnicas, que apuntarían a una eventual reforma integral del sistema de seguridad social de Bolivia. Las propuestas se sustentan en las conclusiones y hallazgos del estudio, y en consideración, a los instrumentos de diseño, financiamiento y gestión que aporta la experiencia internacional de varias décadas de evolución de los modelos de seguridad social. Desde un inicio, los actores claves en un proceso de esta envergadura, deben tener total claridad, que es indispensable contar con una importante dosis de diálogo social, con el fin de arribar a los múltiples consensos que exige la modernización del sistema Boliviano de seguridad social.

i) Definición de un modelo de seguridad social que se ajuste a la realidad económica, social, cultural y política de Bolivia.

Una de las lecciones más valiosas aprendidas de los numerosos procesos de reforma que se han ejecutado alrededor del mundo entero en materia de sistemas de protección en salud y pensiones, es que no existe un modelo ideal o único útil para todos los países. En efecto, tal como se describió en el capítulo 1 del estudio, Bolivia exhibe una serie de condiciones muy particulares, en especial, respecto a la estructura de la economía y del empleo, nivel de pobreza, brechas en materia de desarrollo humano y concentración étnica de su población, que condiciona de sobremanera la cobertura e impacto de una seguridad social basada en el concepto tradicional de aseguramiento asociado con la situación laboral de las personas.

La posición de OIT sobre este tema, quedó expresada en la Conclusión 4 de la Conferencia Internacional del Trabajo del año 2001, en su 89ª reunión, al señalar que:

“No existe un modelo idóneo de seguridad social. Crece y evoluciona con el tiempo. Existen regímenes de asistencia social, regímenes universales, regímenes de seguro social y sistemas públicos o privados. Cada sociedad debe elegir cuál es la mejor forma de garantizar la seguridad de ingresos y el acceso a la asistencia médica. Esta elección reflejará sus valores sociales y culturales, su historia, sus instituciones y su nivel de desarrollo económico. La función prioritaria del Estado es facilitar, promover y extender la cobertura de la seguridad social. Todos los sistemas deberían ajustarse a ciertos principios básicos. En especial, las prestaciones deberían ser seguras y no discriminatorias; los regímenes deberían administrarse de forma sana y transparente, con costos administrativos tan bajos como sea factible y una fuerte participación de los interlocutores sociales.”

ii) Extensión de la cobertura de la seguridad social

La cobertura de la seguridad social respecto a la PEA, registra en Bolivia los indicadores más bajos de América Latina. Uno de los retos principales del país es lograr el aseguramiento contributivo de amplios grupos de trabajadores que se desempeñan en la economía informal, en particular, de aquellos que actúan en calidad de trabajadores independientes. La inclusión de este núcleo, plantea diversos retos de carácter administrativo y operativo.

Una estrategia o programa básico de extensión de cobertura, en el contexto de un país como Bolivia, habría de girar en torno al diseño e implementación de modalidades de aseguramiento dirigidas hacia los trabajadores independientes, para lo cual resultaría indispensable tomar decisiones precisas respecto a los siguientes aspectos:

- **¿Afiliación voluntaria u obligatoria?.** Cuando se trata de afiliación voluntaria, la calidad y oportunidad de los servicios de salud entregados por los gestores de la seguridad social en salud, se convierte en un elemento esencial para atraer a potenciales afiliados. El trabajador valora cuestiones como el contenido y extensión del paquete de servicios, la

disponibilidad geográfica de los centros de atención, la cobertura de familiares o personas a cargo, los copagos requeridos y algunos otros elementos. En la afiliación a un seguro de pensiones, la visión de corto plazo de los individuos incide negativamente sobre su decisión, así como la percepción que tengan sobre el equilibrio entre las aportaciones y beneficios que le otorga el esquema de protección.

Una vía factible y recomendable es progresar gradualmente hacia una afiliación obligatoria de los trabajadores independientes. En un principio, este proceso podría iniciarse con profesionales de ejercicio liberal, tales como, médicos, abogados, consultores, profesionales y empleados independientes de alta calificación, entre otros, que se presume cuenta con la necesaria capacidad para contribuir con la seguridad social. Adicionalmente, se incorporaría a los patronos o socios activos de las empresas, y en una segunda fase, a los trabajadores pertenecientes a gremios o asociaciones de ramas similares.

- **¿Tasa de contribución subsidiada por el Estado?** Dado que no existe la figura del empleador, la fijación de una tasa de contribución para los trabajadores independientes igual a la correspondiente a los trabajadores por cuenta ajena, constituye una carga financiera excesiva e injusta, y una seria limitación para aumentar la afiliación de estos trabajadores. Por otro lado, fijar un porcentaje menor de cotización, tendría implicaciones negativas en los costos de contratación en el mercado laboral, convirtiéndose en menos onerosa la contratación de un trabajador independiente en relación con un trabajador subordinado. En muchos países, la solución a esta encrucijada ha sido incluir al Estado con un aporte subsidiario, que complementa la cuota del trabajador independiente, creando conceptos como cuota parcial del trabajador y cuota complementaria a cargo del Estado). Esta medida tiene la ventaja de unificar las tasas de contribución, pero no evita, el uso incorrecto del aseguramiento en la modalidad de trabajador independiente, dado que siempre resulta más económica.
- **Recaudación y gestión de cobro.** La recaudación de las contribuciones puede gestionarse directamente con el trabajador independiente, y no a través del empleador, como se hace con los trabajadores por cuenta ajena. Esta situación incrementa los niveles de morosidad, y genera elevadas deudas que únicamente son canceladas, cuando se requiere hacer uso de los servicios brindados por los centros médicos. La gestión de la cobranza es también menos eficaz y más onerosa en estos casos.

En el caso de los trabajadores independientes que pertenecen a gremios, cooperativas, asociaciones, entre otras más, puede optarse por modalidades de aseguramiento colectivo, de carácter voluntario, la cual permitiría incorporar a los miembros integrantes de estas organizaciones a los regímenes de la seguridad social, bajo ciertas condiciones especiales, particularmente respecto al monto base de contribución y la tasa de aportación. En esta modalidad el Estado también habría de asumir un rol subsidiario.

Una forma en que se podría incrementar la cobertura para los grupos tradicionalmente excluidos, es permitir que los gestores de la seguridad social en salud, puedan establecer planes de seguros específicos para los grupos con ingresos precarios. Tales planes de seguros no necesariamente tendrían que tener la misma cobertura de prestaciones, ni los

misimos requisitos que en el aseguramiento obligatorio; tampoco sería un requisito que el afiliado adquiriera cobertura para todos los riesgos, sino solo para los riesgos que pueda considerar convenientes de acuerdo con su capacidad contributiva y con sus expectativas individuales.

Dos ejemplos de planes de seguros de bajo costo y fácil acceso, podrían ser: a) un “seguro básico de salud”, con prestaciones limitadas al primer y segundo nivel de atención en salud, con atenciones hospitalarias de baja complejidad y costo; b) un “seguro básico de pensiones”, bajo el esquema de cuentas individuales, con garantía de pensión mínima por parte del Estado, equivalente por ejemplo, a un 50% del salario mínimo nacional.

iii) Elementos para la reforma de la seguridad social en salud

El sistema boliviano de salud es altamente segmentado, con un subsector público dirigido fundamentalmente a grupos vulnerables, tales como el binomio madre-niño y los adultos mayores; la seguridad social concentrada en la cobertura de los trabajadores del sector formal y sus dependientes; y los gestores privados enfocados en la población de más altos ingresos.

Junto con el problema de la escasa cobertura de la seguridad social en salud, sus gestores presentan dos grandes problemas. En primera instancia, el enfoque de la protección sigue basado en el concepto de “reparación de daños”, y por lo tanto, sigue un modelo de atención en salud básicamente curativo y muy costoso; las actividades de promoción, prevención y ecuación en salud, son escasas, y la imposibilidad de ubicar con precisión. Un segundo problema consiste en las dificultades para el acceso a los servicios ambulatorios, de primer y segundo nivel, por parte de los asegurados; la situación actual, caracterizada por altos costos de transacción para el acceso (colas y listas de espera) no parece satisfacer las expectativas de un importante sector de los asegurados.

En el marco de las ideas antes expuestas, a continuación se presentan un conjunto de recomendaciones o aspectos a valorar, con un interés especial de enfocar la actividad principal de las Cajas o seguros de salud, hacia las cuestiones inherentes a la función de aseguramiento, con independencia a la provisión de los servicios de salud.

▪ Énfasis en el proceso de aseguramiento

Una de las opciones para la situación particular de Bolivia, es llevar a cabo un rediseño de la estructura organizativa y funcional de la seguridad social en salud. Inicialmente, y conforme a una definición precisa de un paquete de servicios y atenciones a la salud de las personas cubiertas por éste, la Superintendencia de Seguridad Social (propuesta en un acápite posterior), podría establecer las condiciones y requisitos para que las actuales Cajas o Seguros de Salud puedan acreditarse como entes aseguradoras de este seguro. En su condición de tal, no podrían negar la afiliación a ningún trabajador o empresa, ni menos aún, condicionar su ingreso a un análisis o valoración de carácter económico-financiero; en consecuencia, algunas de ellas, perderán su estatus de cajas privadas o selectivas de

afiliación, quedando abiertas a todos los trabajadores dependientes o independientes, interesados en tomar su cobertura.

Para el cumplimiento de la función de provisión de los servicios de salud, las Cajas Aseguradoras de la seguridad social en salud, podrían optar por elegir el mecanismo que consideren conveniente entre la prestación directa, la contratación de terceros (públicos o privados) o una combinación de las anteriores. De forma independiente a la modalidad elegida, todas las empresas o unidades que figuren en las lista de proveedores del seguro de salud, habrían de someterse a un proceso de acreditación ante la Superintendencia de Seguridad Social, que permitirá conocer la capacidad con que cuenta, en función de los servicios y nivel de complejidad que ofrecen. De igual manera, quedarán sometidas a procesos de revisión sobre sus prácticas y satisfacción de los usuarios.

Todos los proveedores, incluidos las unidades propias, ofrecerán un Plan Integral de Salud, de primer y segundo nivel ambulatorio, definido y controlado por el Ministerio de Salud y Deportes y el Instituto Nacional de Seguros de Salud. El asegurado gozará de libre elección de proveedor, entre una lista de proveedores y segundo nivel de atención en salud previamente acreditados por la Superintendencia y que cuente con un contrato con la respectiva Caja de Salud. La posibilidad de cambiar de proveedor será otorgado con una limitación en su frecuencia.

▪ Definición de un paquete de prestaciones asegurable

No es factible avanzar en una efectiva separación de las funciones de aseguramiento y provisión de servicios, en tanto no se haya definido con precisión cuáles son las atenciones a la salud que se le están cubriendo a los asegurados, incluso, considerando la tecnología médica y abordaje farmacológico en situaciones con dos o más alternativas. El paquete de prestaciones convierte un derecho difuso a la protección de la salud o a recibir asistencia de salud, en un derecho objetivo: recibir unos servicios específicos. Un ejercicio interesante, llevado a cabo de forma reciente en Bolivia, es la elaboración del documento “Paquetes y Prestaciones SUMI”, el cual contiene una descripción sumamente detallada de los servicios y actividades prestadas por el Seguro Universal Materno Infantil, clasificados en las categorías: mujer embarazada, mujer de 5 a 60 años, Neonatología, Pediatría, Odontología y laboratorio-gabinete

▪ Aprovechamiento de economías de escala en centros de atención de alta complejidad

En esta propuesta de elementos para una posible reforma de la seguridad social en salud, se ha sugerido que los servicios de primer y segundo nivel de atención, sean prestados por proveedores internos o externos, contratados por una tarifa per cápita y sujetos a un Plan Integral de Salud. No obstante, cuando se trata de servicios de alta complejidad o alto costo, tales como tratamientos de enfermedades crónico-degenerativas o infecciones como el VIH/SIDA, resulta más conveniente mantener, integrar y fortalecer la red pública de hospitales y centros especializados.

Esta opción exige un análisis profundo, pero una solución es que las Cajas de Salud, propietarias de centros con este perfil, integren una red de servicios única, y habiliten sus servicios para todo aquella persona protegida por la seguridad social, quedando con la posibilidad de ofrecer estos servicios a los seguros públicos administrados por el Ministerio de Salud y Deportes. En el proceso de transición demográfica y epidemiológica en que se encuentra Bolivia, en un período de tiempo relativamente corto, las enfermedades de alto costo ocuparán un sitio preponderante en el cuadro de demanda de los habitantes del país, lo cual demanda soluciones innovadoras.

▪ Establecimiento de un Fondo de Financiamiento Solidario

En la estructura actual de la seguridad social en salud, se da una concentración de trabajadores de altos ingresos en ciertas Cajas de Salud, lo cual genera que éstas obtengan ingresos por asegurado activo 5 o 6 veces superiores a los registrados en la Caja Nacional de Salud. Esta situación limita la solidaridad financiera del aseguramiento en salud y la función redistributiva que teóricamente un seguro social debe cumplir. De forma complementaria, dado que en el contexto de las ideas propuestas en este capítulo, las atenciones de salud de más alta complejidad y costo, serán atendidas en una red nacional pública de centros especializados, sería importante contar con una fuente de financiamiento que provenga de las contribuciones de los asegurados a las distintas Cajas de Salud.

En este sentido, se recomienda valorar la creación de un Fondo de Financiamiento Solidario (FFS), que estará constituido por el exceso de contribuciones de todos los trabajadores afiliados a los gestores del seguro de salud, después de un cierto límite de salarios. Así por ejemplo, se puede establecer que todas las contribuciones (del 10% establecido legalmente) por encima de cuatro salarios mínimos, sean transferidas al FFS, con el propósito de darle contenido económico al funcionamiento de la red de servicios de más alta complejidad y costo del país.

iv) Elementos para la reforma del sistema de pensiones

En el extenso debate sobre la idoneidad de un sistema de capitalización individual para generar la protección económica de los trabajadores, en aquellas situaciones que vean reducidas total o parcialmente sus capacidades laborales remuneradas, en la Conferencia Internacional del Trabajo, 89ª Reunión, la OIT expresó su posición sobre el tema en la Conclusión 13, señalando:

“En los sistemas de pensiones con prestaciones definidas basadas en el reparto, el riesgo se asume colectivamente. En los sistemas de cuentas de ahorro individuales, en cambio, son las propias personas las que asumen el riesgo. Si bien se trata de una alternativa que existe, ello no debería debilitar los sistemas de solidaridad, en los que el riesgo está repartido entre todos los afiliados al régimen”.

En consecuencia, se interpreta que las cuentas individuales son un instrumento válido, pero habrían de estar acompañadas por instrumentos que garanticen la solidaridad y el reparto de los riesgos, ya sea mediante la existencia de solidaridad entre quienes aportan contribuciones sociales, o por la vía impuestos dirigidos a financiar las prestaciones de los trabajadores de ingresos más bajos o de la población excluida del sistema por falta de capacidad contributiva. En la reforma de pensiones que inició en Bolivia en mayo de 1997, el régimen público de reparto se cerró, sustituyéndose por un régimen de capitalización individual que hizo desaparecer la solidaridad, pues no está asegurada una renta pensionaria mínima, ni interna ni externamente al sistema. El Estado no asumió esta tarea, y aún más, se eliminaron las contribuciones que sobre los salarios reportados efectuaba en su condición como tal.

A continuación se abordan dos tópicos centrales del sistema actual de pensiones que opera en Bolivia, ambas consideraciones son esenciales en el diseño de una potencial reforma integral de éste. La discusión de fondo, habrá de girar en torno a la forma o alternativas que existen para introducir un régimen complementario al régimen de cuentas individuales y producir con ello, un cierto grado de solidaridad entre las aportaciones y beneficios que obtienen los afiliados.

▪ Tasa de reemplazo o sustitución

La normativa que regula la jubilación en el Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo (SSO), no fija una edad para tales fines (aunque la edad mínima es de 55 años para hombres y 50 años para mujeres), sino por el contrario, condiciona el retiro, en tanto el asegurado logre acumular en su cuenta individual, un monto total que permita el financiamiento de una pensión igual o superior al setenta por ciento (70%) de su salario base. Esta tasa de reemplazo o sustitución, la cual es equivalente al beneficio otorgado por el antiguo sistema de reparto, en el marco de la experiencia internacional, se considera relativamente alta y poco factible de alcanzar para la mayoría de los afiliados.

En el caso del SSO en Bolivia, una sugerencia inicial, es que se lleve a cabo una revisión exhaustiva de los cálculos actuariales, que permitieron fijar en un 70% la tasa de reemplazo. Por un lado, porque con una contribución del 10% sobre los salarios devengados por los trabajadores, es poco factible que se logre acumular los recursos suficientes para financiar el pago de una renta de tal magnitud. Por otro lado, porque desde el punto de vista doctrinario y la experiencia adquirida en los países más desarrollados, no es razonable pretender dichos niveles de reemplazo. Una de las decisiones probables, será modificar la regla del 70%, ajustándola a resultados consistentes para Bolivia en cuanto a tasa de contribución, años promedio de participación en el mercado laboral de un trabajador boliviano, densidad de cotización, expectativa de vida al momento del retiro y tasa media de rentabilidad de los recursos que conforman las cuentas individuales.

▪ De un modelo sustitutivo de cuenta individual a un modelo mixto

Con el paso de los años, se ha ido reconociendo las importantes limitaciones de los regímenes de cuenta individual, y gradualmente las propuestas técnicas acogen con más frecuencia la opción de modelos mixtos, integrados por un componente solidario de reparto

(con una pensión mínima asegurada) y un componente complementario basado en el principio de las cuentas individuales. Este modelo básico, permite un sinnúmero de variantes, por ejemplo, pensiones no contributivas o asistenciales dirigidas a los trabajadores de menos ingresos, selectivas o universales; esquemas de contribución voluntarios de cuenta individual, con incentivos fiscales para promover su adopción, entre otros más.

En el caso particular de Bolivia, es indispensable que se valoren diversas alternativas, pero siempre guiadas por el principio de la solidaridad y de un nivel mínimo de protección económica. En términos simples, sin profundizar en aspectos adicionales de diseño, organización y gestión, pueden citarse como potenciales modelos de reforma, los siguientes tres:

a) Modelo multi-pilar con financiamiento separado.

Este es un sistema de pensiones sustentando en tres pilares, que actúan con carácter de complementarios entre sí. El primer pilar, tiene dos componentes: i) contributivo-obligatorio, cuya tasa de reemplazo oscilaría entre un 35% y un 45%, pero con un límite inferior, que corresponde a una pensión mínima, que representa el factor de solidaridad; los aportes globales serían en el rango del 8% y 10%, y los beneficios de pensión por vejez se consolidan considerando tanto la edad de la personas como el número de cuotas aportadas al régimen; ii) no contributivo-asistencial, dirigido a los adultos mayores de 65 años o más, en condición de pobreza, sin derecho a una pensión contributiva, y cuyo financiamiento será a partir de impuestos generales o fuentes adicionales señaladas por el Estado.

El segundo pilar, responde al esquema actual vigente en Bolivia, es decir, un sistema privado, basado en cuentas individuales, carente de solidaridad financiera interna, y con la administración en manos de las Administradoras de Fondos de Pensiones. Este es un régimen obligatorio, en condiciones similares al público, y con una tasa de reemplazo esperada de aproximadamente un 20%, dada una contribución media no superior al 5.0% del salario devengado por el trabajador. Por último, un tercer pilar, voluntario, de cuenta individual y complementario a las pensiones de los otros dos pilares, incentivado por exenciones fiscales, que presumiblemente, será usado por trabajadores de ingresos medios y altos, con una mayor capacidad contributiva.

b) Modelo multi-pilar con rangos diferenciados de contribución

La estructura de este modelo es similar al descrito anteriormente, con una característica distinta: la fijación de topes o rangos salariales sobre los cuales aplican niveles de cotizaciones diferenciados, tanto para financiar el componente solidario de gestión pública y reparto, como para incrementar las cuentas individuales. Así por ejemplo, hasta menos de dos salarios mínimos todos los trabajadores aportan para ambos regímenes, solidario y cuenta individual; salarios mayores a tal umbral, estarían obligados a contribuir tan sólo para su cuenta individual. De esta forma, sin debilitar los mecanismos de solidaridad en el tramo de ingresos que abarca el componente solidario, hace que los trabajadores de mayor ingreso puedan destinar una fracción mayor de su ingreso a las cuentas individuales, pero sólo a partir de cierto tramo de ingresos.

Un esquema de este tipo crea un incentivo para la declaración real de los salarios para los trabajadores de ingresos medios y altos, donde la experiencia latinoamericana usualmente muestra una conducta hacia la prevalencia de elevadas tasas de evasión de contribuciones. Una menor tasa de evasión para los salarios medios y altos, tiene la ventaja adicional de que favorecería también el financiamiento de los demás componentes del sistema de seguridad social, a saber, el seguro de salud y el de riesgos laborales, en tanto, el proceso de recaudación se centralice a través de una instancia central de recaudación que se propone en más adelante en este informe.

c) Modelo de cuenta individual complementado con pensiones solidarias.

Este modelo permitiría continuar con la operación del actual régimen de capitalización individual, pero incluyendo un componente de solidaridad para los trabajadores que logren un nivel bajo de renta. En los términos usados en la propuesta de reforma del sistema de chileno, un trabajador que haya consolidado el derecho a una pensión de un nivel inferior a \$200.000 (pesos chilenos), se le entregará un Aporte Provisional Solidario (APS), que actuará en calidad de complemento a su pensión. En pensiones ubicadas en el rango de \$0 a \$50.000, el APS será equivalente a \$75.000; el componente solidario decrece hasta extinguirse para las pensiones cuyas pensiones alcancen un monto superior a \$200.000.

Pero además, las pensiones solidarias también benefician a personas que por diversas razones no contribuyeron al sistema de capitalización individual obligatorio y no poseen ningún otro tipo de pensión, es decir, su Pensión Contributiva es de \$0. El beneficio que se les otorga a ellos se denomina Pensión Básica Solidaria (PBS), la que en principio tendría un valor de \$75.000.

▪ Fortalecer el Bonosol como parte del sistema de protección económica en la vejez.

Este es un desafío común a otras muchas naciones de la Región. El impulso de políticas y programas de protección no contributiva para grupos pobres sin capacidad de pago de cuotas, es un componente central en toda reforma integral de un sistema de pensiones. En América Latina, Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile y Uruguay, cuentan con programas de pensiones asistenciales, no contributivas, focalizadas a ancianos pobres sin derechos contributivos. Bolivia se encuentra en una fase más avanzada, pues otorga con carácter de universal el Bonosol.

Este beneficio constituye en un cierto modo, la pensión mínima garantizada por el Estado en el Régimen de Capitalización Individual. No obstante, para que cumpla apropiadamente con tal objetivo, exige un desarrollo más profundo de ciertos atributos, principalmente, en relación con su suficiencia, edad mínima de protección y periodicidad de pago. De igual manera, y atención a la propuesta de reforma del sistema de chileno, a través de la creación del Sistema de Pensiones Solidarias (SPS), sería conveniente reflexionar en una transformación del Bonosol, de tal forma, que cumpla con la función del SPS, a modo de complemento a las prestaciones otorgadas en el Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo.

v) Creación de un seguro de riesgos del trabajo

En la actualidad, las Cajas de Salud o Seguros Sociales de Salud de corto plazo, cubren tanto los riesgos de maternidad y enfermedad, así como las consecuencias sobre la salud y la capacidad de generación de ingresos de los accidentes y enfermedades laborales. No obstante, es importante reconocer que los riesgos que se enfrentan en el ámbito laboral, son de una naturaleza muy distinta a los que se presentan en otros ámbitos del quehacer humano. La protección ofrecida para los tres riesgos, es financiada con el mismo 10% aportado por el empleador, cuyo cálculo se lleva a cabo sobre el salario total.

De acuerdo con el principio de “*responsabilidad objetiva*”, los accidentes y enfermedades laborales, caen en la esfera de responsabilidades del empleador, dado que el desarrollo de su actividad empresarial es la situación que da origen al riesgo profesional. Un Seguro de Riesgos del Trabajo, no sólo desempeña una función de reparación o mitigación del daño, a través de sus prestaciones asistenciales y económicas; es en realidad, un mecanismo formal por excelencia para incentivar la adopción de una gestión preventiva o sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo, a nivel de las organizaciones productivas.

Contrario a un esquema clásico de seguridad social en salud, los seguros de riesgos de trabajo operan con esquemas de tarifas diferenciadas por registros históricos de accidentalidad según actividad económica, con premios y cargas cuando los resultados mejoran o empeoran, respecto a ciertos parámetros previamente establecidos. La inclusión de la gestión preventiva empresarial, es una estrategia sumamente útil, con el propósito de reducir los indicadores de siniestralidad de una empresa, de modo que éstas quedan sujetas a bonificaciones o descuentos en la prima a pagar, con base en los resultados obtenidos. Así mismo, los servicios de asistencia y asesoría técnica, son indispensables para el control y reducción de los riesgos laborales, en especial, en las micro y pequeñas empresas de alto riesgo, que carecen de los medios para tales efectos

En la óptica de la potencial constitución de un Seguro de Riesgos de Trabajo, resulta sumamente útil tener presente el principio de “*automaticidad*”, el cual implica que ante un accidente o enfermedad laboral, el trabajador no requiere cumplir ninguna formalidad, para tener derecho a las prestaciones establecidas por ley. Por tanto, la sola ocurrencia del siniestro laboral hace nacer en el trabajador el derecho a las prestaciones (de salud y monetarias), aún cuando el empleador no se encuentre al día en el pago de las cuotas, e independientemente de la forma que asuma el contrato laboral. La administración deberá tener las facultades e incentivos suficientes para recuperar los costos de atención, y los riesgos del no aseguramiento (evasión) y del incumplimiento de normas (sanciones), cuando el empleador haya incumplido con sus obligaciones de aseguramiento y pago.

vi) Fortalecimiento de la institucionalidad de la seguridad social

En una visión retrospectiva, uno de los hechos que ha marcado el desempeño de la seguridad social en Bolivia durante los últimos veinte años, fue la separación en la gestión del régimen de corto plazo de la administración del régimen básico de largo plazo, dada la aprobación de la Ley No. 0924 de abril de 1987. A partir de este momento, la seguridad

social en salud y el respectivo de pensiones (inicialmente el sistema de reparto y los fondos complementarios, y después de mayo de 1997 el régimen de capitalización individual), asumieron de forma independiente un conjunto de funciones de carácter administrativo y operativo, esenciales en materia de gobierno de los seguros sociales.

En aspectos tan fundamentales como la afiliación y recaudación de las contribuciones, cada uno de los gestores de estos seguros, llevan a cabo sus propias actividades, lógicamente, a través de mecanismos muy diversos. Así por ejemplo, una AFP cuenta con una versión electrónica de nómina y la posibilidad de cancelar vía Internet los pagos correspondientes a las cuotas de los trabajadores inscritos en ella. No obstante, el desarrollo tecnológico no es homogéneo, y por el contrario, los empleadores responsables de retener y transferir los recursos a estos gestores, incurren en costos indirectos importantes a fin de cumplir con la normativa vigente. Los costos no son mayores, dado que únicamente existen dos Administradoras de Fondos de Pensiones, y comúnmente todos los trabajadores de una misma empresa están afiliados a una sola Caja o Seguro de Salud.

Otros servicios como las labores de Inspección, no existen en términos efectivos. Este servicio es particularmente crítico, es un país como Bolivia donde está vigente una estructura de empleo caracterizada por la alta informalidad y por una escasa cultura de aseguramiento. Como puedo apreciarse en el estudio, uno de los resultados más interesantes cuando se examinó los indicadores de cobertura de la seguridad social en salud, fue que poco más de un 40% de los trabajadores que declararon laborar para instituciones u organizaciones públicas, no se encontraban afiliados a ninguna caja o seguro de salud. Es un resultado contrario a la experiencia internacional, pues precisamente, el nivel de cobertura de los seguros sociales contributivos, ha descansado en buena medida, en la afiliación casi total de los empleados del sector público.

▪ **Tesorería de la Seguridad Social: centralizar la afiliación y recaudación**

La experiencia en América Latina señala que no conviene descentralizar todas las funciones de los sistemas de seguridad social, especialmente en aquellos sistemas previsionales o de salud que operan con múltiples gestores. Particularmente, esta tesis es válida de cara a los sistemas segmentados de recaudación de aportes, pues por su propia naturaleza se reduce la oportunidad de aprovechar las economías de escala que acompañan a un sistema centralizado de recaudación, y además recarga sobre las empresas, especialmente las más pequeñas, los mayores costos que implica interactuar simultáneamente con varios sistemas de recaudación.

En este punto, la propuesta radica en la creación de una **Tesorería de la Seguridad Social**, cuyas funciones esenciales serían la centralización de la recaudación, transferencia de recursos hacia los gestores, afiliación de nuevos patronos y trabajadores, control contributivo, inspección, denuncias en vía judicial ante el incumplimiento de un empleador de sus obligaciones con la seguridad social, producción de estadísticas relevante del sistema, entre otras más.

Una de las tareas prioritarias de una tesorería de la seguridad social sería implementar una estrategia de corto y mediano plazo de lucha contra la evasión de la seguridad social, situación que como se pudo constatar, no es un fenómeno exclusivo de las empresas privadas, pues de acuerdo con la información proporcionada por las Encuestas de Hogares, dos de cada cinco empleados públicos declararon no encontrarse afiliados a ningún seguridad social en salud, pese a la obligatoriedad que existe en tal sentido. La evasión no sólo se manifiesta en el no aseguramiento, también puede darse como sub-declaración salarial, en especial para trabajadores con ingresos superiores a un cierto umbral.

Dentro de la estructura organizativa y funcional de la Tesorería se habría de incorporar un servicio de inspección de la seguridad social, cuyas tareas fundamentales estarían enfocadas en la extensión de la cobertura contributiva, sea por medio de la atención de las denuncias de no aseguramiento, la inscripción de nuevos asegurados o la ejecución de programas especiales de aseguramiento de forma oficiosa, diseñados por áreas geográficas o actividades económicas.

▪ Consejo Nacional de Seguridad Social o alguna instancia superior de rectoría

Dada las características particulares del sistema de seguridad social de Bolivia, en especial, la convivencia de múltiples gestores en los seguros de corto y largo plazo y la separación casi absoluta en materia de administración entre unos y otros, es prácticamente imposible, que de forma natural y espontánea, pueda darse la necesaria coordinación y articulación en actividades estratégicas prioritarias a nivel del sistema. Así por ejemplo, la puesta en marcha de un plan de extensión de la cobertura contributiva, que permita incrementar gradualmente los indicadores de cobertura de la fuerza de trabajo, exige el concurso de todas las organizaciones que integran el sistema de seguridad social, incluyendo las responsabilidades de llevar a cabo un financiamiento conjunto de éste. La extensión de la cobertura es un fin supremo del sistema de seguridad social y de la política de protección social del Estado, pero sería muy poco probable, que las iniciativas que se adopten a nivel de las cajas o seguros de salud, o bien, las AFP, tengan las dimensiones suficientes para lograr resultados significativos en este tema.

En este sentido, resulta conveniente valorar la opción de crear un organismo tipo Consejo Nacional de Seguridad Social, integrado por representantes de los empleados, patronos y Estado, cuya tarea fundamental sería ejercer la rectoría y articulación de las políticas en el campo de la seguridad social, y que habría de contar con la infraestructura jurídica y administrativa que le permita cumplir apropiadamente las tareas de coordinación y planificación que demanda el sistema. Las labores administrativas y operativas del Consejo se podrían desarrollar a través de una Secretaria Ejecutiva.

▪ Superintendencia de la Seguridad Social o algún organismo superior de supervisión

A nivel de América Latina, la creación de Superintendencias especializadas en funciones de seguridad social, tales como las superintendencias de pensiones, han representado una experiencia positiva en la medida que la supervisión y regulación se encarga a una entidad especializada con criterio independiente de quien no participa directamente en la gestión de los programas del sistema. En el contexto de Bolivia, se cuenta con la Superintendencia de

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

Pensiones, Valores y Seguros, que ejerce funciones de supervisión y regulación, tanto en el nuevo régimen de capitalización individual, así como en el sistema residual de reparto. En lo relativo a los seguros sociales de salud, no se tiene un órgano similar, pues las funciones que ejerce el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), son relativamente limitadas, además, de que es un ente integrado directamente en la gestión del sistema.

Una Superintendencia de la Seguridad Social, es un órgano especializado únicamente en la regulación y supervisión de la seguridad social, evitando con ello, la participación en otros campos de la supervisión, tal como sucede con SPVS en Bolivia. En consecuencia, se sugiere la separación de la Intendencia de Pensiones de la SPVS, y su integración con una Intendencia de Seguros de Salud.

Bibliografía

- Abrantes, Raquel (2005) **Las políticas de extensión de la protección social en salud (PSS) como sustento de la formulación normativa.** OPS-OMS.
- Acuña, María Cecilia. (2005) **Exclusión, protección social y derecho a la salud.** OPS-OMS.
- Álvarez, Begoña, Laura Pellisé y Félix Lobo. (2000) **Sistemas de pago a proveedores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE.** En Revista Panamericana de Salud Pública N° 8. pags: 55-70
- Andersson, Berna y Hernán Rosenberg, (2000) **Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe.** En: Revista Panamericana de Salud 8(1/2) 2001 Pags. 118-125
- Angeles , Gustavo, John F. Stewart, Rubén Gaete, Dominic Manzini, Antonio Trujillo Y Christina I. Fowler (1999) **Descentralización del Sector Salud en el Paraguay: Estudio de Evaluación del impacto en el costo, eficiencia, calidad básica, uso y equidad de los servicios básicos de salud. Resultados de Línea Base.** Measure y USAID
- Bertranou, Fabio. (2005) **Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: Enfrentando los desafíos del envejecimiento, y la seguridad de los ingresos.** En: Bienestar y Política Social Vol. 1, Num. 1 Pág 35-58.
- Bitran, Ricardo y Winnie Yip (1998) **A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America.** Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Bolis, Mónica. 2005. **El derecho a la salud desde el enfoque de la extensión de la protección social.** Para ser presentado en las Jornadas Subregionales de Defensores de Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 14-16 de marzo del 2005
- Bossert, Thomas. (2000) **La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia.** Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de Latinoamérica y el Caribe. Estudio N° 29.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

- Bossert, Thomas. (2000) **Orientaciones Para Promover La Descentralización de Los Sistemas De Salud En Latinoamérica**. Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de Latinoamérica y el Caribe. Estudio N° 30
- Carrin, Guy y Chris James. (2004) **Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period**. Ginebra. OMS.
- Coelho, Antonio Carlos (1995) **Alternativas de financiamiento de la atención médica en América Latina**. En: Saúde Pública, vol 29. N° 3. Junio 1995. Sao Paulo.
- Doherty, Jane, Di McIntyre, Gerald Bloom y Prem Brijlal, (1999) **Costo y Financiamiento de la salud. ¿A dónde va el dinero?** En: Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de Artículos N° 1. Pags: 99-101
- Durán Valverde, Fabio. (2005) **Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud: análisis y recomendaciones técnicas**. Lima. Oficina Subregional de la OIT para países andinos.
- Eichler, Rena y Elizabeth Lewis (2000) **Financiamiento del Seguro Social de la Salud: Una Herramienta para la Evaluación del Seguro Social para Decisiones Referentes a Políticas**. Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de Latinoamérica y el Caribe. Estudio N° 42
- Espallargues, Mireia, Pedro Gallo, Joan Pons, Laura Sampietro-Colom (2000) **Situación y abordaje de las listas de espera en Europa**. Barcelona. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Server Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya
- Estivill, Jodi (2003) **Panorama de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias**. Ginebra. OIT.
- FUNSALUD (2005) **La Salud de los Mexicanos en el siglo XXI, Un futuro con responsabilidad de todos**. México
- Hutchinson, Paul y Anne LaFond. (2004) **Monitoreo y Evaluación de las Reformas de Descentralización en los Sectores de Salud de los Países en Desarrollo**. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (1998) **Informe de relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 1-17 de Noviembre de 1998)**. Washington D.C.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

- Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (2002) **Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana**. Washington D.C.
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (2004) **Lineamientos Metodológicos para Análisis Sectorial en Salud. Una Herramienta para la Formulación de Políticas**. Estudio Especial N° 9. Washington D.C.
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (2004) **Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud**. Estudio Especial N° 9. Washington D.C.
- Jimenez, Luis y Jéssica Cuadros (2003) **Ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones en América Latina**. En: Revista de la CEPAL, N° 79. Pags. 117-132.
- Kolehmainen-Aitken, Riitta-Liisa. (2000) **Prácticas de Punta: Sociedades entre Entidades Públicas y ONG en Respuesta a la Descentralización**. Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de Latinoamérica y el Caribe. Estudio N° 22
- Liu, Xingzhu, David R. Hotchkiss, Sujata Bose, Ricardo Bitran y Ursula Giedion. (2004) **Contracting for Primary Health Services: Evidence on Its Effects and a Framework for Evaluation**. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Maceira, Daniel. (1998) **Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo**. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2004) **Informe: Cuentas Nacionales en Salud-2002**. Managua
- Miranda, Ernesto y Ricardo D. Paredes Molina (1997) **Competencia, integración vertical y rendimiento en los servicios de salud públicos y privados de Chile**. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de Trabajo N° 306. Washington DC.
- Molina, Raúl, Matilde Pinto, Pamela Henderson y Cesar Vieira. (2000) **Gasto y Financiamiento en salud: situación y tendencias**. En Revista Panamericana de Salud Pública N° 8. pags: 71-83
- OIT/OPS. (1999) **Síntesis de Estudios de Caso de Microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe**. México

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

- OIT/OPS. (1999) **Elementos para el Análisis Comparado de la Extensión de la Cobertura Social en Salud en América Latina y el Caribe.** México
- OIT/OPS. (1999) **Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe.** México
- OIT/OPS. (1999) **El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud.** México
- OIT/OPS. (1999) **INFORME FINAL Reunión regional tripartita de la OIT con colaboración de la OPS. Extensión de la protección social a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe, México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999** México
- OIT (1955) **Convenio 102 relativo a la norma mínima de la seguridad social.** Ginebra. OIT.
- OIT. (2001) **Principios de la Seguridad Social** Turín. OIT
- OIT. (2001) **Administración de la Seguridad Social** Turín. OIT
- OIT. (2001) **Financiación de la Seguridad Social** Turín. OIT
- OIT. (2001) **Seguridad social en salud** Turín. OIT
- OIT. (2001) **Seguridad Social: temas, retos y perspectivas Conferencia internacional del trabajo 89º Reunión.** Ginebra. OIT.
- OIT. (2004) **MEMORIA ACADÉMICA Taller de Capacitación de Actores Sociales para la formulación de un Plan de Acción Nacional (PAN) para la Seguridad Social en Honduras.**
- OIT. (2005) **Panorama Laboral 2005. América Latina y el Caribe (Avance primer semestre)** Ginebra.
- OMS. (2005) **Seguro Social de Enfermedad. Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad.** OMS.
- OMS/GTZ. (2003) **National Social Health Insurance Strategy**
- OPS/OMS. (2002) **Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial del Trabajo.** OMS.
- Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. (2004) **Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos.** Madrid.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN

- Ortún-Rubio, V., J.L. Pinto-Prades y J. Puig-Junoy. (2001) **El establecimiento de prioridades**. En: Atención primaria. Vol 27, N° 9. Pags. 673-676
- Ortún-Rubio, Vicente (2000) **Sistema sanitario y Estado del bienestar. ¿Todo, para todos, de la mejor calidad y gratis?** En: Amor JR, editor. Ética y gestión sanitaria. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. Pags. 95-124.
- PHRplus. (2004) **Resumen Ejecutivo: Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud. Cartilla de política** Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Pinto, Diana y María Castellanos. (2004) **En el Sistema general de seguridad social colombiano Caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud**. Bogota.
- Rovira, Joan. (2003) **Conjunto de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación** Washington DC, OPS.
- Secretaría de Salud de México (2005) **Gaceta de Comunicación Interna. Edición Especial, Noviembre 2005. Seguro Popular**. México.
- Sojo, Ana. (1998) **Hacia unas nuevas reglas del juego: los Compromisos de Gestión en Salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa**. N° 27 de la Serie Políticas Sociales de la Comisión Económica para América Latina.
- Telyukov, Alexander, Kathleen Novak y Christopher Bross. (2001) **Alternativas de pago a proveedores en América Latina: Conceptos y Estrategias de las Partes Interesadas**. PHR-Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud.
- Telyukov, Alexander, Kathleen Novak y Christopher Bross. (2001) **Guía para la capitación prospectiva con ejemplos para América Latina** PHR-Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud.
- Urriola, Rafael. (2005) **Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno**. En: Revista de la CEPAL N° 97.pags: 61-78.
- Van Ginneken, Wouter (director de publicación) (2000) **Seguridad Social para la mayoría excluida. Estudios de casos de países**.