

Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia

Aportes para una Estrategia de Seguimiento y Evaluación

Daniel Maceira, Ph.D.¹

Marzo, 2002

¹ Investigador del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina. Este trabajo fue elaborado para el Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina de Sectores Sociales, Región 1. El autor agradece la asistencia de la Lic. Gisela García en la elaboración de este documento. Correspondencia a daniel_maceira@arnet.com.ar

INDICE

Agradecimientos

1- Introducción

- 1.1- Objetivos
- 1.2- Situación de Salud en Bolivia

2- Herramientas y Antecedentes

- 2.1- Aseguramiento Social en Salud
- 2.2- Sistema de Seguimiento y Evaluación – Metodología
- 2.3- Recolección de Información para una Línea de Base: Fuentes y Calidad del Dato

3- Diagnóstico de la Seguridad Social

- 3.1- Reseña Histórica de la Seguridad Social en Bolivia
 - 3.1.1- Creación del Sistema de Seguridad Social: Alcances
 - 3.1.2- Reformas al Código de Seguridad Social
- 3.2- Situación Actual
- 3.3- Análisis Comparativo de las Cajas de Salud
 - 3.3.1- La Caja Nacional de Salud
 - 3.3.2- La Caja Petrolera
 - 3.3.3- La Caja de la Banca Privada
 - 3.3.4- Cajas Menores
 - 3.3.5- Estadísticas Comparativas
 - 3.3.6- El INASES

4- Hacia la Construcción de un Sistema de Información

5- Conclusiones

6- Referencias

7- Anexos

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

- Cuadro 1: Gasto Total en Salud - Años 1991a 2000
(en millones de Bolivianos constantes de 1991).
- Cuadro 2: Distribución Porcentual de la población que enfermó y/o tuvo accidente por piso ecológico, según características de atención, 1999.-
- Cuadro 3: Distribución Porcentual de la población que enfermó y/o tuvo accidente por área geográfica y condición de pobreza, s/características de atención, 1999.-
- Cuadro 4 (a): Distribución Porcentual de la población femenina de 13 a 50 años que tuvo un hijo nacido vivo por área geográfica, según características de atención y sociodemográficas, 1999.-
- Cuadro 4 (b): Distribución Porcentual de la población femenina de 13 a 50 años que tuvo un hijo nacido vivo por piso ecológico, según características de atención y sociodemográficas, 1999.-
- Cuadro 5: Cobertura de la Seguridad Social a Corto Plazo Accesibilidad según Encuestas 1997 - 1999 - 2000
- Cuadro 6: Sistemas de Seguros de Salud, Principales causas de morbilidad hospitalaria por grupos de edad, gestión 2000.-
- Cuadro 7(a): Población protegida por la seguridad social boliviana. Régimen de Corto Plazo; 1980-2000.
- Cuadro 7(b): Relación e/ la población de Bolivia y los seguros de corto plazo, por departamento, año 2000.
- Cuadro 8: Población protegida por la seguridad social boliviana. Régimen de corto plazo; 1960-2000.
- Cuadro 9: Indicadores de Cobertura Teórica del Sistema de Seguros de Salud, Gestiones 1994, 1997 y 2000.-
- Cuadro 10: Indicadores de Resultados del Sistema de Seguros de Salud, Gestiones 1994, 1997 y 2000.-
- Cuadro 11: Indicadores del Sistema de Seguros de Salud. Recursos Financieros por caja; Gestiones 1994, 1997 y 2000.-
- Cuadro 12: Indicadores del Sistema de Seguros de Salud. Estado de Ingresos y Egresos por caja; Año 2000,
- Cuadro 13(a): Establecimientos de Salud por caja, año 2000.

- Cuadro 13(b): Establecimientos de consulta externa y hospitalización, por departamento, según propiedad; año 2000.
- Cuadro 14: Indicadores Seleccionados del Sistema de Seguros de Salud: Recursos Humanos, por departamento y por caja, año 2000.
- Cuadro 15: Indicadores Seleccionados del Sistema de Seguros de Salud: Recursos Físicos, por departamento y por caja, año 2000.
- Cuadro 16: Establecimientos de Salud por nivel de atención, según área geográfica, subsector y departamento; año 2000.
- Cuadro 17: Indicadores Seleccionados del Sistema de Seguros de Salud: Producción, por departamento y por caja, año 2000.
- Cuadro 18: Indicadores Seleccionados del Sistema de Seguros de Salud, costos promedios en dólares por caja, año 2000.
- Cuadro 19: Indicadores Escogidos
- Cuadro 20: Indicadores de Reforma
- Cuadro 21: Indicadores de Contexto - 1999

INDICE DE CUADROS DEL ANEXO

- Cuadro A1: Población estimada por año según departamento y área geográfica (1991 -2000).-
- Cuadro A2: Población por condición de pobreza según área geográfica, piso ecológico y departamento.-
- Cuadro A3: Índice de Desarrollo Humano por indicadores utilizados en su construcción según ranking de los países en el IDH, 1998.-
- Cuadro A4: Tendencia del desarrollo humano y del ingreso per capita, 1975 - 1998.-
- Cuadro A5: Condición de actividad por año y sexo según área geográfica, 1999 - 2000.-
- Cuadro A6: Índice de Precios al Consumidor, 1990 - 2001.-
- Cuadro A7: Tipo de cambio oficial y paralelo por año, 1990 - 2001.-
- Cuadro A8: PBI per capita en US\$ ajustado por paridad del poder adquisitivo por año, 1995 - 1999.-

Agradecimientos

El presente trabajo se benefició con el material preparado previamente por el equipo formado por Mónica Rubio (BID) y los consultores Jorge Colina y Patricia Mintz.

La investigación de campo contó con el apoyo, la información y los comentarios de un gran número de investigadores, expertos y funcionarios de las siguientes instituciones: la representación boliviana de la Organización Panamericana de la Salud; el Instituto Nacional de Estadísticas; el Fondo Nacional Productivo y Social; la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros; el Instituto Nacional de Seguros de Salud; la Caja Nacional de Salud, la Caja Petrolera y la Caja de la Banca Privada.

El autor especialmente desea agradecer la contribución de:

Fernando Aramayo, Marco Ayala, David Ayaviri, Alfredo Calvo, Walter Castillo, Jorge Cox, Rosemary Durán, Natalio Fernández, Raúl Fernández Bedregal, María Angélica Gómez, Pablo Gottret, Carlos Hurtado, Luis Illanes, Francisco Xavier Iturralde, Alvaro Medrano, Rory Narvaez, Cintia Saravia, José Antonio Terán, Gustavo Valenzuela y Miguel Vera.

1- Introducción

1.1- Objetivos

Bolivia es una de las naciones más pobres de la región latinoamericana. Con una población de aproximadamente ocho millones de habitantes, se encuentra ubicada en el puesto número 132 en términos de producto bruto nacional per cápita, superando en la región sólo a Haití y Nicaragua (Banco Mundial, 2001). De acuerdo al índice de desarrollo humano estimado por el PNUD, Bolivia se encuentra en la posición 114, sólo por encima de Nicaragua, Guatemala y Haití, y por debajo del promedio de naciones con desarrollo humano medio. En términos de esperanza de vida, la nación boliviana se encuentra, con 61.8 años, a tres por debajo del promedio de naciones en desarrollo (PNUD, 2000), y superando sólo a Haití dentro de la región.

Edificar un sistema de salud que contribuya a enfrentar este desafío requiere de una política pública con metas y objetivos claros, y gran eficacia en su implementación. Ello implica, dentro de un sistema de salud con características segmentadas en su financiamiento y estructura de prestación de servicios, de la mayor coordinación de intereses y estrategias entre los actores participantes.

De acuerdo a la información generada por el sistema de cuentas nacionales del país (PHR, 1998), los gastos en salud para el período 1998 se estimaron en US\$ 8 mil millones, lo que equivale al 4.7% del Producto Bruto Interno. De este total de gasto en salud, aproximadamente el 42% se realiza a través de las instituciones del Sistema Boliviano de Seguridad Social, llamadas Cajas de Salud. En segundo lugar se encuentran las erogaciones del sector privado (36.1%), donde el 74% corresponde a gastos de bolsillo de las familias. En tercer lugar, el sector público dependiente del Ministerio de Salud contribuye con el 22.2% del gasto.

De estos datos se desprende que el subsistema de Cajas de Salud bolivianas constituyen un actor de primer orden en el financiamiento de la atención de la salud. Dada la limitada corriente de recursos disponibles, es necesario contar con un esquema de seguimiento y evaluación de su operatoria que permita un conocimiento cabal de la efectividad y la equidad de los fondos del subsistema. Varios datos estadísticos contribuyen a apoyar un análisis en profundidad del Sistema de Cajas en Bolivia, su organización y estructura de operación, así como su relación con los otros actores del sistema de cuidados de la salud en Bolivia:

- De acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), los fondos del subsistema (42% del gasto total del país) se dirige a cubrir las necesidades de salud de aproximadamente a sólo el

25% de la población boliviana, que se encuentra afiliada a alguna de las nueve instituciones de Seguridad Social. Sin embargo, y de acuerdo con encuestas de hogares, ese porcentaje se encuentra aún reducido en la práctica, dependiendo del área geográfica de análisis.

- Las cajas de salud, sin embargo, ofrecen servicios a ciudadanos no afiliados al sistema de seguridad social, a través de los Seguros instrumentados por el Ministerio de Salud: el Seguro Básico de Salud y el Seguro de Vejez. El nivel de recuperación por los gastos relacionados con esos grupos constituye uno de los temas más controvertidos entre la autoridad sanitaria, sus estructuras descentralizadas, y las Cajas de salud.
- Sin embargo, el sistema de Cajas cuenta con superávits de operación que en algunos períodos superan el 30% de lo recaudado.
- Si bien el número de cajas se ha incrementado marginalmente durante los últimos años, las mismas difieren ampliamente en términos de cobertura, organización interna, estructura de prestación de servicios, ingreso promedio por afiliado, y participación en el sistema de aseguramiento solidario de la salud en Bolivia.

El objetivo de este trabajo es el de analizar, en base a la información disponible en el campo, las características de organización, afiliación y financiamiento de las cajas de salud bolivianas, sus semejanzas, diferencias y estructuras de coordinación con las instituciones dependientes del Ministerio de Salud, y con el sector privado. De este análisis surgirá un esquema de indicadores básicos que se proponen para el debate sobre reforma del sistema de aseguramiento social en salud.

Para lograr estos objetivos, el trabajo discute brevemente el esquema de prestaciones de salud dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, especialmente a partir de la Ley de Participación Popular de 1994 y la ampliación del Seguro Materno Infantil, en 1998, que altera las relaciones entre el Ministerio y las Cajas de Salud. En la sección siguiente se presentan tres elementos clave para el análisis de un sistema de seguros sociales de salud. En primer lugar se plantean las características de un sistema “bien comportado” de aseguramiento social, brindando un marco de referencia latinoamericano para el análisis del caso de Bolivia. En segundo lugar, se introducen brevemente las características esperables de encontrar en un sistema de seguimiento y evaluación de servicios de salud. A continuación se presentan las fuentes de información recogidas en Bolivia y una breve descripción de la calidad del dato.

La tercera sección se introduce en el análisis del sistema de Cajas de Seguridad Social de Bolivia, presentando una reseña histórica de la misma. Seguido, se discute la estructura y organización interna de las Cajas, los mecanismos de contratación y pago, su estructura financiera comparada entre cajas y a nivel regional, y se establecen los principales ejes de coordinación y/o conflicto entre las mismas y el resto del sistema de atención de la salud

La cuarta sección presenta, a partir de la información analizada previamente, una propuesta de indicadores anotados de seguimiento y evaluación, que sean consistentes con los principios metodológicos discutidos en la segunda sección del trabajo. Finalmente, en la quinta sección se proponen alternativas para una posible agenda de reforma en el sistema de aseguramiento social en Bolivia.

1.2- El sistema de salud en Bolivia

La cobertura de la salud en Bolivia se encuentra distribuida entre el sector público, el Sistema Boliviano de Seguridad Social (Cajas de Salud), y el sector privado, tradicional y no tradicional.

El sistema de Cajas actualmente cuenta con ocho instituciones, y sus estructuras de financiamiento y gerencia están hoy separadas de los programas de jubilaciones y pensiones, a partir de la reforma en la seguridad social ocurrida en 1997. De estas instituciones, la Caja Nacional de Salud es la más importante, cubriendo el 85% de los asegurados del sistema, incluyendo a los agentes de la administración pública. El sistema de aseguramiento social se completa con la Caja Petrolera, las Cajas Bancarias Privada y Estatal, la Caja de Caminos, la Caja de Corporaciones, el Seguro Universitario y la Corporación del Seguro Social Militar. Cada una de estas cajas cuenta con una población cautiva, a partir del Código que desde 1956 norma su creación, aunque recientemente se crearon mecanismos que permitieron traspasos limitados de afiliados entre instituciones. En su conjunto tienen como fin proveer de servicios de salud a los trabajadores formales y sus familias, excluyendo a campesinos, mineros, y personal de microempresas. Las cajas se encuentran sujetas a la normativa del Ministerio de Salud y a la fiscalización del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

Cada una de las cajas cuenta con una gestión autónoma y recaudan sus aportes, administran sus recursos centralizadamente y prestan servicios de atención de salud mediante infraestructura y recursos generalmente propios, aunque la estrategia de atención cuenta con una gran dispersión entre cajas. Los servicios de atención ofrecidos se encuentran incluidos explícitamente en la legislación que norma la actividad en el área.

El Gobierno Nacional, a partir de 1994 y con las leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa, se encuentra embarcado en un proceso de redistribución de funciones entre los niveles nacionales, departamentales y municipales. Durante este período, la principal herramienta para aumentar la cobertura de salud ha sido la implementación del Seguro de la Madre y el Niño, luego ampliado a lo que actualmente se denomina Seguro Básico de Salud. El mismo consiste en la aplicación de un paquete definido de setenta y cinco intervenciones de salud a las que pueden accederse tanto en instituciones dependientes de la red de servicios del Ministerio de Salud, como de las instalaciones de propiedad de las Cajas de Seguridad Social. El Seguro Básico de

Salud, juntamente con el Seguro Obligatorio de Vejez constituyen los primeros pasos tendientes a incrementar la cobertura mediante la coordinación de actividades entre la seguridad social y el sector público. Sin embargo, se encuentran inconvenientes en la ejecución de estos pagos, que generan transferencias no planeadas de recursos entre instituciones.

La descentralización política promovida a partir de la Reforma de 1994 trajo aparejada una mayor participación en la distribución de responsabilidades a nivel local. No obstante, la descentralización en la utilización de los recursos no ha logrado alcanzar los objetivos planteados. El modelo aplicado, llamado de descentralización por factores, otorga a los municipios la potestad de administrar los recursos físicos del sistema, en tanto que los recursos humanos fueron asignados a las prefecturas. Este modelo, si bien puede perseguir objetivos razonables desde la perspectiva de distribución de funciones políticas, genera un efecto adverso sobre la eficiencia del sistema de salud. Los resultados muestran que la descentralización como método de asignación y gerenciamiento de recursos no explica gran parte del gasto en salud, ya que la toma de decisiones sobre como se asignan los recursos se sigue realizando centralmente, dejando a los niveles descentralizados con limitado poder de decisión. Asimismo, la descentralización no ha logrado aumentar la equidad asignativa del sistema, como tampoco incrementar la sustentabilidad de la estructura de financiamiento de la salud (Maceira, 2001b)

El sector privado, por su parte, contribuye con aproximadamente un tercio del gasto en el sistema de salud. Dicho sector cuenta con un desarrollo limitado de estructuras aseguradoras, y su operatoria se realiza a partir de consultas particulares a establecimientos y profesionales médicos, servicios provistos por organismos no gubernamentales, farmacias y medicina tradicional.

De acuerdo con la información provista por las últimas encuestas de hogares (INE, 1999), del total de personas que reportaron un episodio de enfermedad, el 14% no acudió a servicio de salud alguno, y de los que lo hicieron, sólo 7% acudió a la seguridad social, y aproximadamente el 29% lo hizo en el sector público, el 10% de la población acude a prestadores privados y el 36% recibe tratamiento domiciliario. En términos de la participación de personal de salud en los eventos de atención ocurridos, en el 49% de los casos existió un profesional del área médica, en un 7% de los casos se acudió a un farmacéutico y en el resto de las oportunidades no se contó con asistencia médica profesional alguna.

En términos del gasto público y de seguridad social en el sistema de salud, el Cuadro 1 muestra la evolución de las asignaciones al sector para el período 1991-2000, abierto por gasto generado desde la administración central, las prefecturas y alcaldías y la seguridad social e instituciones descentralizadas. Varios aspectos del sistema de salud boliviano se desprenden de este cuadro:

- medido en millones de bolivianos constantes de 1991, se observa un crecimiento sostenido de la asignación al gasto del sector, que se ha multiplicado tres veces a lo largo del período.
- Durante la década de los noventa, y a pesar del proceso de descentralización, la administración central duplicó su participación en el gasto, del 34% al 68% del total.
- Los años 1994 a 1996 constituyen un proceso de transición en la asignación de fondos al sector, no sólo por la ley de Participación Popular sino también por la reforma de la seguridad social, que separa finalmente en 1997 la cobertura de largo y corto plazo. Durante ese período, el gasto de la administración central se reduce para luego retomar una tendencia ascendente.
- El efecto de la descentralización es evidente en la participación de alcaldías y prefecturas. Durante los tres primeros años, la participación en la ejecución presupuestaria era nula para ambos grupos, lo que se altera a partir de 1994. Desde entonces se observa que las prefecturas alcanzan una participación del 20%, para luego caer hasta un 10,58% en el año 2000. Contrariamente, las alcaldías parten en 1994 con una participación mínima de 1% para llegar al 4% al fin del período analizado. De todos modos, el peso de ambos grupos en el total es reducido considerando el proceso de descentralización encarado por las autoridades, nunca superando el entorno del 20%.

Cuadro 1: Gasto Total en Salud - Años 1991a 2000
(EN MILLONES DE BOLIVIANOS CONSTANTES DE 1991)

	Gasto Total		Administración Central		Instituciones Descentralizadas		Seguridad Social		Prefecturas		Alcaldías	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
	1991	705,10	100,00	240,50	34,11	0,00	0,00	464,60	65,89	0,00	0,00	0,00
1992	819,23	100,00	345,08	42,12	474,15	57,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1993	1.033,36	100,00	478,34	46,29	0,00	0,00	555,02	53,71	0,00	0,00	0,00	0,00
1994	1.087,64	100,00	438,90	40,35	58,53	5,38	553,54	50,89	21,25	1,95	15,43	1,42
1995	1.038,22	100,00	323,22	31,13	123,46	11,89	587,02	56,54	4,46	0,43	0,07	0,01
1996	1.551,24	100,00	312,34	20,13	55,61	3,58	864,92	55,76	302,26	19,49	16,11	1,04
1997	1.810,61	100,00	1.030,14	56,89	64,65	3,57	490,64	27,10	200,23	11,06	24,95	1,38
1998	2.068,92	100,00	1.234,96	59,69	46,29	2,24	361,49	17,47	327,22	15,82	98,97	4,78
1999	2.112,45	100,00	1.335,72	63,23	47,32	2,24	323,05	15,29	326,55	15,46	79,81	3,78
2000	2.291,40	100,00	1.560,72	68,11	68,80	3,00	332,69	14,52	242,41	10,58	86,78	3,79

Fuente: INE, Bolivia.

- La seguridad social mantiene hasta 1997 una proporción superior al 50% en el gasto del sector. A partir de 1997 su participación cae a la mitad, 27%, y

continúa descendiendo, hasta llegar al 14,5% en el 2000². La razón de esta caída es que a partir de 1997 los seguros de corto y largo plazo se separan, y desde entonces se asignan solamente al área los correspondientes al gasto en salud (seguro de corto). De ser así, existiría una sobreestimación del gasto específico de salud para el período 91-96.

2- Herramientas y Antecedentes

2.1- Aseguramiento Social en Salud

En términos generales, se aspira a que un sistema de salud provea a toda la población de un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. Las diferencias en la distribución del ingreso entre grupos sociales, especialmente en naciones en desarrollo, así como otras fallas específicas en el funcionamiento de cualquier sistema de salud (externalidades, asimetrías de información, etc.) requieren de la creación de estructuras regulatorias y de la intervención del estado para resolverlas. Tanto el sistema de salud (descentralizado o no) dependiente del Ministerio de un país, como el sistema de atención organizado a través de instituciones de seguridad social, constituyen herramientas de aseguramiento social que tienen como fin generar esa red de servicios que reduzcan las fallas de los mercados prestadores, a la vez que articulen una red de solidaridad en el financiamiento de la atención, aumentando la equidad del sistema. Sin embargo, las limitaciones de financiamiento del sector público, la evidente falta de coordinación entre instituciones de aseguramiento social, sumadas en muchos casos a la falta de eficiencia en la implementación de políticas sociales, atenta contra los principios de equidad, acceso y costo-efectividad considerados como básicos para el funcionamiento de un sistema de salud.

Los institutos de seguridad social, desarrollados originariamente en los países latinoamericanos como una dependencia dentro del sector público, presentan un método alternativo de financiamiento basado en contribuciones obligatorias de trabajadores formales y empleadores. En un principio estos seguros cubrían principalmente accidentes de trabajo para luego ampliar la cobertura del afiliado y extenderla a su familia. Sin embargo, la expansión del empleo informal y la caída de salarios reales reduce la capacidad de operación de estas instituciones.

Las últimas décadas han sido testigo de un fuerte desfinanciamiento del área de atención de la salud en las naciones en desarrollo en general y en América Latina en particular. Ello se asoció con la volatilidad macroeconómica de las naciones, ya sea ella producida por altos niveles de inflación o fuertes desequilibrios fiscales. Desde entonces se observan grandes transformaciones dentro del sector, caracterizado por estructuras segmentadas de prestación, subsidios cruzados, y transferencias de riesgo entre subsistemas (público puro-

² En el año 1992 se hace evidente un inconveniente de inversión de datos entre la participación de la seguridad social y las instituciones descentralizadas.

privado - seguridad social) y al interior de los mismos. Dentro de estas transformaciones se cuentan las relacionadas con el redimensionamiento de las estructuras de aseguramiento social. En algunos casos, las reformas de aseguramiento acentuaron los esquemas de financiamiento y prestación ya existentes. En otros, se desarrollaron nuevos esquemas de seguro, provenientes de la privatización de los servicios de seguridad social públicos. En todos los casos, dos pilares constituyeron parte del debate sobre la reforma: la definición de un paquete básico o mínimo de servicios accesibles para todos, sin excepción de ingresos o regiones y, asociado con ello, el establecimiento de corrientes de fondos solidarios o subsidios hacia grupos de menores recursos.

Bolivia actualmente debate la reforma de su sistema de aseguramiento social en salud, luego del proceso de descentralización de 1994 y la separación de las estructuras de seguro de corto y largo plazo de 1997. Diferentes propuestas de aseguramiento incorporan la creación de un sistema único de salud que absorba las fuentes de financiamiento y provisión de servicios dependientes del sector público y de seguridad social, o el establecimiento de un sistema coordinado de atención, donde los actores mantienen su independencia dentro de un modelo de cooperación financiera y prestacional. Un tercer modelo propone la reformulación del funcionamiento de las Cajas, que permita una esquema de seguros con participación del sector privado. Las experiencias latinoamericanas son vastas, e incluyen ejemplos de cada caso, como Brasil y su sistema único de salud, el esquema de coordinación público - seguridad social de Costa Rica y el modelo mixto de aseguramiento social de Colombia, entre otros.

El escenario boliviano cuenta con un grupo de actores e instituciones instalados en el centro de la escena. Sin embargo, dos de ellos son clave en la definición del modelo de aseguramiento social del futuro: la Caja Nacional de Salud y el sistema público dependiente del Ministerio de Salud (alcaldías, prefecturas, seguro básico de salud, seguro obligatorio de vejez). Las estructuras de organización, financiamiento, eficiencia y equidad al interior de cada una de ellas, y los esquemas de cooperación, transferencia de riesgos médicos y financieros entre ambas constituyen el eje a partir del cual se articula el sistema, e involucra la operatoria de otras instituciones menores, aunque con características organizacionales distintivas, tales como la Caja Petrolera o la Caja de la Banca Privada, entre otras.

A fin de establecer un patrón de análisis para el diseño de indicadores de aseguramiento social en general, y de las Cajas de Salud en particular, se establecen cuatro principios generales que definen “seguro social” (Maceira, 2001a):

- que se cuente con un padrón definido de beneficiarios,
- que el sistema de aseguramiento establezca un paquete definido de servicios, y que el mismo sea disponible para cualquier usuario,

- que existan criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos, de modo que existan subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos³, y
- que existan criterios de solidaridad en el manejo financiero de los fondos, de modo que existan subsidios cruzados entre grupos ricos y pobres.

2.2- Sistema de Seguimiento y Evaluación

El objetivo de diseñar un sistema de seguimiento y evaluación de una reforma de salud en particular no sólo implica contar con un grupo de indicadores que reflejen la evolución de los resultados del sector, sino también los cambios ocurridos a partir de la reforma y durante ella. Dado que en general una reforma del sector salud cuenta con diferentes componentes –descentralización, participación del sector privado, cambios en mecanismos de pago, etc.- todos ellos dinámicos, es importante, desde la perspectiva de política pública, poder identificar las causas que provocaron esos cambios y actuar sobre ellas.

A fin de poder construir un grupo de indicadores que sean útiles para analizar el impacto de las políticas instrumentadas, debe existir una convergencia mínima entre los actores participantes del proceso de reforma acerca de cuales son los lineamientos generales y las metas prioritarias a partir de los cuales se organizarán los cambios de política.

Asimismo, y como condición preliminar, los indicadores definidos deben incorporar un mapeo preliminar de la estructura del sector, que considere (a) la oferta de servicios de salud, definiendo por áreas y regiones las instalaciones y profesionales disponibles, y su modo de organización, ya sean ellos dependientes de los sectores público, privado o de seguridad social, así como (b) un esquema del perfil epidemiológico de la población objetivo, sus necesidades insatisfechas en el área de salud y sus hábitos de uso de sus servicios, tanto en términos de tratamiento ambulatorio como de internación.

Los indicadores así definidos deben cumplir con ciertos requerimientos:

(a) se deben identificar cuatro “grupos” de indicadores:

1. Aquellos relacionados con los “*resultados*” a evaluar (ejemplo: mortalidad infantil, consultas externas, inequidad por tipo de ingreso, acceso, etc.),
2. Aquellos relacionados con indicadores de “*reforma*”, que influyen en los resultados del sistema de salud (descentralización, mecanismo de pagos, participación ciudadana, papel jugado por el sector privado, etc.),

³ Los tres primeros principios de “padrón definido”, “paquete definido y disponible” y “estructura de riesgo compartido” corresponde a cualquier esquema de aseguramiento, sea el mismo social o no. El cuarto factor convierte a un esquema de aseguramiento en un seguro social.

3. Aquellos que muestran las “*capacidades instaladas*” del sistema en términos físicos, humanos o financieros (número de médicos, enfermeras, camas, asignaciones presupuestarias, etc.),
4. Aquellos que se refieren al “*contexto*” en el que la reforma tiene lugar, y que afectan directa o indirectamente su desarrollo y por tanto, el impacto de la reforma (ejemplo: índices macroeconómicos, desigualdad en la distribución del ingreso, educación, catástrofes naturales, políticos, etc.).

Cada uno de estos grupos pueden identificarse como indicadores de distintos aspectos de una política pública. El primer grupo define los *objetivos* a ser cumplidos por la gestión de política, el segundo grupo presenta indicadores que establecen las *estrategias* llevadas a cabo para lograr dichos objetivos. El tercer grupo identifica los *instrumentos* con que se cuenta para llevar a cabo una estrategia, en tanto que el cuarto grupo establece el *contexto* en el que la estrategia elegida se lleva a cabo.

(b) Los indicadores deben cumplir con determinadas pautas técnicas:

- 1.- La *jurisdicción* de su recolección debe ser *consistente* (información a nivel público nacional, departamental, municipal, de servicios de salud, de seguridad social, del sector privado). Adicionalmente, su recolección debe ser *periódica* a fin de poder elaborar comparaciones temporales.
- 2.- Los indicadores deben ser *unívocos*, es decir, que no den lugar a dobles interpretaciones.
- 3.- Los indicadores deben ser *factibles*, es decir, que sean posibles, económicos y sencillos de recolectar, en función de los recursos y la experiencia de recolección de datos del organismo a cargo.
- 4.- Los indicadores deben ser *adaptables a un contexto dinámico*, característico de una reforma en salud. En la mayoría de los casos, los procesos de reforma se realizan en etapas sucesivas, y el indicador debe estar diseñado de modo de incorporar esos cambios. Ejemplo: funciones de un organismo descentralizado.

En este documento en particular no persigue la definición de un grupo de indicadores definitivo que abarque a todo el sector salud. El objetivo es identificar indicadores que sirvan de base para un debate sobre el funcionamiento del sector y sus necesidades de reforma, al tiempo que se avanza sobre una línea de base en función de las características de funcionamiento del subsistema de seguridad social (Cajas de Salud) identificadas en el campo.

Tres argumentos fundamentales subyacen en esta propuesta de indicadores para el debate:

- (a) la tarea de seguimiento y evaluación de una reforma constituye un elemento primordial de la misma reforma, en tanto que permite documentar la dirección y la intensidad de los cambios promovidos, a la vez que es la herramienta que

identifica los éxitos y los inconvenientes de implementación, permitiendo la retroalimentación del proceso de cambio,

- (b) desde el punto de vista metodológico, los indicadores de reforma no son sinónimos de indicadores de salud, ya sean ellos de resultados o de procesos. Un cambio en los indicadores de salud no necesariamente se encuentran asociados con las reformas llevadas a cabo: se requiere conocer la influencia que ella tiene sobre los resultados observados, a fin de establecer su efectividad. Este aspecto es especialmente importante en los casos en que la reforma cuenta con varios componentes -a fin de identificar el impacto de cada uno-, y especialmente en contextos socioeconómicos cambiantes, donde aspectos externos al sistema de salud y su reforma tienen enormes influencias en los resultados del sector (ejemplo: desastres naturales, fluctuaciones macroeconómicas, epidemias, etc.).

La implementación de un sistema de seguimiento y evaluación de la reforma en salud es un proceso iterativo, que requiere de un fuerte apoyo político-institucional. Este proceso de implementación incluye un sinnúmero de elementos a tomar en cuenta, que se extienden desde el análisis de la calidad de los datos recogidos y la precisión de los indicadores seleccionados, hasta el conocimiento de los incentivos políticos y económicos presentes en las instituciones de salud para generar y compartir la información recogida. Este documento intenta formar parte de este proceso iterativo de análisis y definición de políticas.

2.3- Recolección de Información para una Línea de Base: Fuentes y Calidad del Dato

La investigación de campo se organizó a partir de una serie de entrevistas y la consulta a diversas fuentes de información estadística. Las entrevistas se mantuvieron con un gran número de investigadores, expertos y funcionarios del área, afiliados a instituciones tales como la representación boliviana de la Organización Panamericana de la Salud; el Instituto Nacional de Estadísticas; el Directorio Unico de Fondos; la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros; el Instituto Nacional de Seguros de Salud; la Caja Nacional de Salud, la Caja Petrolera y la Caja de la Banca Privada.

Tres fuentes fundamentales de información fueron consultadas para elaborar el presente documento: el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), y el Sistema Nacional de Información en Salud organizado bajo la órbita del Ministerio de Salud y Previsión Social. Fuentes accesorias constituyeron el Banco Central de Bolivia, el Ministerio de Hacienda, la Organización Panamericana de Salud, la Superintendencia de Pensiones, Seguros y Valores, el Ministerio de Desarrollo Sostenible, Planificación y la Dirección Unica de Fondos de Inversión Social y las mismas Cajas de Salud.

El INE se encuentra actualmente en un proceso de desarrollo hacia adentro de sus capacidades técnicas y de apertura hacia el público usuario de la información por ellos producida y recopilada. Esta institución permite el acceso a un número relevante de encuestas de hogares realizadas durante los últimos años, al tiempo que brinda información demográfica, sanitaria y financiera, incluyendo estados de cuentas y ejecuciones presupuestarias a nivel nacional y de seguridad social. La encuesta MECOVI 99 fue consultada para establecer los niveles de utilización de los servicios de salud por parte de la población boliviana, así como las fuentes de atención de la salud consultada por la población de modo de establecer la participación de las Cajas de Seguridad Social y del Sector Público.

La encuesta MECOVI fue diseñada de modo de brindar apertura de información a nivel de pisos ecológicos (Valle, Llanos y Altiplano), por lo que no es estadísticamente representativa a nivel departamental o municipal. Otras encuestas alternativas, tales como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (realizada para los años 1994 y 1998), son representativas no sólo a nivel de pisos, sino también de departamento. De este modo, la información presentada en este documento puede ser ampliada a fin de conocer en detalle la situación de cada prefectura. Sin embargo, la estructura de indicadores propuestos puede extrapolarse⁴.

Dentro del INE opera el Departamento de Cuentas Nacionales, de donde puede obtenerse información relacionada no sólo con el sistema de contabilidad nacional, sino también con variables macroeconómicas desarrolladas por otras fuentes (Banco Central, Contaduría General, etc.), e ingresos y gastos fiscales. Como parte de esta data disponible, se puede acceder a información sobre ingresos, financiamiento y gasto del área de salud pública, ya sea aquella relacionada con el gobierno central, como de los consolidados departamentales y del sistema de cajas de salud que se declaran en el presupuesto nacional del país.

El departamento de Cuentas Nacionales tiene un área institucional y una funcional. En esta última se organiza la matriz insumo-producto, parte de cuya información se incorpora en este documento. Dentro de ella se encuentra diferentes cuentas asociadas con el sector salud: salud pública, privada y seguros privados de salud. Dentro de la cuenta de salud pública es posible identificar al rubro de atención pública de la salud, seguridad social (cobertura de Cajas), Seguro Básico de Salud y Seguro Obligatorio de Vejez.

La fuente de información de la Seguridad Social son los estados financieros y las ejecuciones presupuestarias provenientes del INASES. De allí se obtiene la producción, el valor agregado y el consumo intermedio de cada institución. La Caja Nacional de Salud (CNS), la Caja Petrolera, la Caja de la Baca Pública, la

⁴ La información asociada con las Encuestas de Demografía y Salud pueden ser consultadas en www.measuredhs.com

Caja de Caminos y el COSSMIL (la caja que nuclea a los trabajadores de las Fuerzas Armadas de Bolivia) aparecen dentro de la clasificación presupuestaria del Ministerio Hacienda, y por lo tanto se encuentran incluidas en el presupuesto y en el rubro público de las cuentas nacionales de salud.

La información relacionada con el sector público dependiente del Ministerio de Salud se divide en sector público central, prefecturas y alcaldías. En estos casos, las fuentes primarias de información son: la unidad de Programación Fiscal del Ministerio de Hacienda, y principalmente la Contaduría Pública que provee los ejecutados presupuestarios devengados desagregados por rubro (salud y educación). A su vez, la Contaduría Pública se basa en los ejecutados presupuestarios de alcaldías que, desde 1995 y a partir de la entrada en vigencia de la Ley de Participación Popular, proveen de los datos relacionados con gastos por función. De cualquier modo, la información recibida mejora sustancialmente a partir de 1997, luego de un proceso de ajuste y aprendizaje local en la elaboración y transmisión de data.

El INE asimismo cuenta con un área de indicadores sociales, cuya fuente principal es el Sistema Nacional de Información en Salud, organizado y coordinado desde el Ministerio respectivo. El área de indicadores sociales se nutre de tres fuentes básicas: los censos nacionales, los resultados de las encuestas de hogares, las cuales son procesadas al interior de la institución, y los registros administrativos. De estos últimos surgen los inventarios de recursos físicos, humanos, instalaciones e indicadores demográficos originados en los centros de salud del país. En ocasiones existen diferencias entre ambos tipos de registro (censales/encuestas versus administrativos). Ello se debe fundamentalmente a que, si bien los registros administrativos son continuos, cuentan con grandes dispersiones en cuanto a su nivel de calidad en la obtención y procesamiento, generalmente asociada con los recursos humanos y financieros disponibles en los centros de salud y municipios de origen. Por el contrario, la información de encuestas, si bien más fidedigna, es esporádica. Asimismo, existen diferencias de calidad entre la información proveniente de la seguridad social y la del sector público, siendo esta última generalmente más confiable. Desde la perspectiva de la calidad del dato, la proveniente del sector privado es la menos confiable, dados los escasos incentivos a brindar información, y donde la red de recopilación de información es menos desarrollada.

La calidad del dato entre fuentes administrativas y censales se asocia también con la fuente primaria de información. Mientras que aquella originada en censos y encuestas cuenta con niveles de apertura adecuados y confiables desde la perspectiva estadística, en los registros administrativos subsisten problemas de desagregación. A modo de ejemplo, la información relacionada con el primer y segundo nivel de atención en salud es relativamente mejor que aquella proveniente de niveles de complejidad mayor. La explicación se encuentra dada por la poca capacidad de compilar datos relacionados con múltiples fuentes o servicios a nivel institucional y/o local. Del mismo modo, la información relacionada con infraestructura (camas, puestos sanitarios, etc.) es generalmente más

confiable que aquella que reporta resultados del sistema, ya sea consultas, tipos de internación o tasas de mortalidad.

Un inconveniente adicional se relaciona con el “denominador” utilizado para obtener tasas de incidencia. En el caso de las tasas de vacunación, diferentes indicadores -- basados tanto en registros administrativos como en censos -- dan cuenta de su impacto. Sin embargo, el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) construye el indicador como el “número de vacunas aplicadas dividido por la población objetivo”, en tanto que el censo registra el número de dosis realmente aplicadas. El cálculo indirecto del SNIS constituye un inconveniente cuando las familias viajan y se vacunan fuera de su lugar de residencia. Problemas similares surgen en distritos de alta volatilidad poblacional, o en regiones donde un centro urbano absorbe la atención de grupos asentados en centros vecinos. Ello subestima la producción del primero y subestima, al mismo tiempo, la utilización del habitante promedio en el pueblo periférico.

La descentralización administrativa ha generado inconvenientes adicionales, tanto en el registro de recursos físicos (camas, por ejemplo) como humanos (falta de registros adecuados sobre personal que trabaja por contrato en términos de aquellos que forman parte de la planta de personal).

El INE, conjuntamente con UDAPE, el Ministerio de Salud y otros, se encuentra desarrollando una base de indicadores sociales que estará próximamente disponible en la página web de la institución. En ella se establecerán los parámetros que definen cada variable, y brindará una actualización continua de la información recolectada.

Finalmente, y dentro de las funciones encomendadas al INASES en el decreto de su creación y posteriores se encuentran las de fiscalizar las acciones referidas al manejo técnico médico y administrativo de las Cajas, proceso iniciado con la descentralización administrativa del INASES. Asimismo, esta institución es responsable de la capacitación del personal para realizar evaluaciones y fiscalizaciones de las prestaciones otorgadas por los entes gestores. En ese marco, la institución apunta a ejercer un control de las prestaciones otorgadas, y de sus actividades elabora anuarios estadísticos que presentan una serie de indicadores indispensables para organizar un grupo de índices de referencia que muestren la eficacia, eficiencia y calidad de las prestaciones otorgadas por cada una de las instituciones gestoras de los seguros de salud. Esta información, juntamente con la obtenida a través de las Cajas directamente, constituyen la tercera herramienta disponible para la construcción de un sistema de seguimiento.

Una limitación encontrada en el proceso de búsqueda de datos es la falta de un mapa epidemiológico por departamento, que permita establecer no sólo las diferencias en necesidades de salud por parte de los distintos territorios del país, sino un perfil de pacientes entre las distintas instituciones de salud intervinientes. El cuadro 6 de esta presentación es la única aproximación encontrada al abordaje de los patrones de necesidad de la población boliviana. Esta carencia limita la

interpretación de las medidas de eficiencia y cobertura que puedan extraerse, en tanto no es posible “controlar” por el nivel de gravedad del paciente promedio de cada Caja. Una interpretación simple de los valores obtenidos asumiría un patrón epidemiológico homogéneo entre beneficiarios de todas las cajas, lo que no es necesariamente adecuado.

Las encuestas de Demografía y Salud realizadas en 1994 y 1998 permiten observar la situación por pisos ecológicos, aunque no se han publicado los posibles cruces entre motivo de consulta y fuente de afiliación al sistema de salud⁵.

3- Diagnóstico de la Seguridad Social

3.1- Reseña Histórica de la Seguridad Social en Bolivia

3.1.1- Creación del Sistema de Seguridad Social: Alcances

En 1920 se crea el sistema de seguridad social boliviano, como respuesta al desarrollo de la red de ferrocarriles que contaba con altas tasas de siniestralidad. Durante las décadas de los años 1940 y 1950 se generaliza la protección al trabajador y a su entorno familiar. Ello se formaliza en 1956, cuando se dicta el Código de Seguridad Social que da participación a tres actores en el funcionamiento del sistema: estado, trabajadores y empleadores.

De acuerdo al Código de Seguridad Social boliviano sancionado el 14 de diciembre de 1956 y que rige el funcionamiento de las Cajas de Salud, el sistema está fundado en “los principios de solidaridad económica y social, universalidad en el campo de aplicación y contingencias cubiertas y personas protegidas, unidad legislativa y de gestión”. El mismo incorpora “ocho de las nueve contingencias recomendadas por el Convenio 102 de la OIT, relativas a la norma mínima de la seguridad Social: Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez, Muerte, Asignaciones Familiares y Vivienda de Interés Social”⁶. Desde la

⁵ La Organización Panamericana de la Salud, a través de su representación en Bolivia, se encuentra actualmente abocada a identificar variables que aporten información sobre este particular. Para obtener información sobre las iniciativas de la OPS en el país, consultar www.ops.org.bo/data/iah/bases.htm

⁶ Las disposiciones del Código regulan las prestaciones del Seguro Social Obligatorio (que comprende los seguros de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte) y las Asignaciones Familiares (subsídios matrimonial, de natalidad, de lactancia, familiar y de sepelio).

El Seguro de Enfermedad y de Maternidad “comprende la asistencia necesaria médica y dental, general y especializada, quirúrgica y hospitalaria y suministro de medicamentos que requiera el estado del paciente, además del pago del subsidio de incapacidad temporal a los cotizantes por el tiempo que dure la enfermedad”, o el parto y puerperio de la cotizante, en el segundo caso.

El seguro de Riesgos Profesionales, por su parte, garantiza al asegurado víctima de un riesgo profesional de la asistencia médica y dental; quirúrgica y hospitalaria; suministro de drogas y otros

sanción de este Código a la actualidad profundos cambios afectaron el funcionamiento del sistema, que implicaron, entre otros aspectos, la separación de los seguros de salud de los fondos de pensiones (definidos actualmente como esquemas de corto y largo plazo, respectivamente). Asimismo, el alcance de la cobertura del sistema se vio restringida en cuanto a la población efectivamente atendida y en cuanto al paquete de servicios realmente brindado. Por otra parte, los mecanismos de coordinación y competencia con el sistema público dependiente del Ministerio de Salud, siguen siendo difusos, generando prestaciones cruzadas y subsidios implícitos, lo que afecta la cobertura, la eficiencia y la sustentabilidad de ambos subsistemas.

La aplicación del código de seguridad social es obligatorio para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en territorio boliviano y “prestan servicios remunerados para otra persona natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean éstos de carácter privado o público, expesos o presuntos” (Bolivia, Código de Seguridad Social). Por el contrario, no están sujetos al código, aquellos trabajadores que “ejecutan trabajos ocasionales extraños a la actividad ordinaria del empleador, siempre que su duración no exceda de 15 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” (Bolivia, op cit.).

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, si bien las Cajas de Seguridad Social originales encontraban entre sus afiliados a grupos homogéneos en cuanto a fuente de empleo y salarios relativos, actualmente ello no es necesariamente así, en tanto diferentes grupos empleados por empresa o rama de actividad se han incorporado a alguna de las Cajas ya existentes.

Las personas protegidas por las Cajas de Salud incluyen no solamente al asegurado-aportante, sino también a los siguientes familiares: esposa o conviviente, esposo inválido, hijos hasta los 19 años, padre inválido y madre que no dispongan de rentas para su subsistencia, hermanos huérfanos o cuyos padres no perciben rentas y vivan a expensas del asegurado hasta la edad señalada para los hijos.

A partir del 30 de septiembre de 1959, el Decreto Supremo 5315 reglamenta el Código de Seguridad Social que establece que la gestión, aplicación

medios terapéuticos; provisión, reparación y renovación de aparatos de prótesis y ortopedia; y tratamiento adecuado para su recuperación y readaptación profesional.

y ejecución de los regímenes de Seguridad Social estarán a cargo de cinco Cajas: Ferroviaria, Seguro Social Militar, Bancaria, Petrolera y Caja Nacional de Salud (CNS). Los trabajadores comprendidos dentro del campo de aplicación del código serán asegurados a la respectiva Caja, de acuerdo a la rama de actividad económica preponderante a la que pertenezca su empresa. La CNS estaría a cargo de la cobertura de los empleados de la administración pública y de todos los demás grupos no incluidos explícitamente en las otras Cajas.

3.1.2- Reformas al Código de Seguridad Social

Desde su creación hasta la actualidad el sistema de seguridad social ha sido objeto de varias reformas. Esta sección discute el alcance de algunas de ellas.

En 1970, el Consejo Técnico de Seguridad Social propone dos modificaciones al sistema: por una parte, la recreación del Instituto Nacional de Seguridad Social con funciones de alta dirección, planificación y supervisión; y por otra, una racionalización de las cotizaciones laborales, patronales y estatales para afrontar la iliquidez y déficit financieros que presentaban algunas instituciones.

Se promulga entonces el 30 de abril de 1970 el **Decreto Ley 9195** que dispone que el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública asuma las funciones de tutela sobre las instituciones de la seguridad social y se crean las subsecretarías de Salud y la de Previsión Social con categoría de Vice Ministerios. El 28 de marzo de 1972 se promulga el **Decreto Ley 10173**, conocido como el de Racionalización de la seguridad social. En él se abordan tres aspectos fundamentales: la elaboración de nuevos estatutos orgánicos que reglaran la gestión de las Cajas existentes y potenciales, el aumento de las bases salariales diarias y mensuales para el cálculo de los subsidios por incapacidad temporal y otras prestaciones, y el establecimiento de un esquema porcentual de contribución al sistema: un aporte patronal del 15%, aporte laboral del 3.5% y aporte estatal del 1.5% sobre el monto total de las remuneraciones de todos los trabajadores incorporados obligatoriamente al campo de aplicación del código de la seguridad social.

A partir de 1987, y luego de la crisis inflacionaria de 1984-1985, surge la necesidad de reformar el sistema de seguridad social. El estado se encuentra ante una situación crítica, con deudas cuantiosas al sistema de Cajas. A partir de la **ley 924** del 14 de abril de 1997 y su **decreto reglamentario (21637)** de junio del mismo año, el presidente en ejercicio Paz Estenssoro reforma el sistema de seguridad social, separando los regímenes de pensiones (régimen de Largo Plazo) y de salud (régimen de Corto Plazo). Hasta esa fecha existía un aporte tripartito del 1% por parte del estado, 3.5% a 5.5% por parte del empleador y entre un 5.5% y un 9% por parte del empleado. De ese total, aproximadamente un 35% se destinaba a gastos en salud y el resto se destinaba a establecer fondos de

pensiones. Estos fondos eran invertidos por las Cajas en inmuebles, campos y acciones, de cuya administración eran responsables.

La estrategia de inversión en infraestructura de las Cajas originarias tendrá consecuencias posteriores al interior del sistema de aseguramiento social, y que deberán ser consideradas en cualquier escenario de reforma de estas instituciones. Básicamente, la Caja Nacional de Salud y la Caja Petrolera cuentan con un alto grado de integración vertical en la provisión de servicios, es decir, tienen propiedad sobre gran parte de los centros de salud, hospitales y policlínicos que utilizan para la prestación, y gran parte del personal médico interviniente es de planta permanente, situación que difiere en las Cajas más recientes (Banca Privada, Seguros Universitarios) con un mayor nivel de subcontratación de servicios al sector privado. Desde la perspectiva del financiamiento del sector, las Cajas originarias absorben el riesgo de la prestación de servicios, un elemento clave en la reestructuración del sistema de seguros de salud y de reconversión de sus estructuras.

A partir de la nueva ley, se establecen pautas presupuestarias para el financiamiento de cada uno de los regímenes de cobertura de las Cajas de seguridad social. De este modo, las tasas de cotización para financiar las prestaciones de los sistemas básicos y complementarios de la seguridad social serán uniformes y de un mismo nivel para todos los sectores. El régimen de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales de corto plazo será financiado en su totalidad con el aporte patronal del 10% del total ganado de sus asegurados. Su administración quedaría a cargo de las Cajas de Salud. Por su parte, el régimen básico y complementario de invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales a largo plazo será financiado con el aporte del 5% laboral y 5% patronal sobre el total ganado de sus asegurados. La administración de ambos regímenes, básico y complementario, estará a cargo de los Fondos Complementarios⁷.

Finalmente, se establece el aporte estatal del 1% sobre el total ganado de los asegurados del país, destinado a financiar los desajustes presupuestarios que eventualmente se presenten en los diferentes entes gestores, encomendándose al Instituto Boliviano de Seguridad Social la administración de estos recursos, así como el ejercicio de las funciones de Superintendencia del sistema de seguridad

⁷ Los riesgos profesionales se clasifican en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Desde el punto de vista de su cobertura, luego de un tratamiento médico de 26 semanas prorrogables por otras 26 y, cuando no es posible la curación del trabajador accidentado o enfermo, el médico tratante declara su incapacidad permanente total o parcial. Este es el límite que define actualmente la cobertura entre las dos instituciones participantes en la seguridad social, después de la reforma de 1997: las Cajas de Salud y las Asociaciones de Fondos de Pensiones, estas últimas a cargo de los servicios de Largo Plazo (LP) sobre las cuales opera la Superintendencia de Pensiones. El procedimiento a partir de la semana 52, en la que un trabajador pasa a recibir fondos por invalidez por una AFP, dejando de ser financiado por la Caja correspondiente, constituye el punto de conflicto aún no resuelto entre las empresas aseguradoras de corto y largo plazo.

social. Sus atribuciones serán técnicas, de dirección, planificación, supervisión, control y evaluación sobre todas las instituciones gestoras del área.

En el año 1996 se produce el **quiebre de la Caja Ferroviaria (CFSS)**, una de las entidades más grandes dentro del sistema de seguridad social. La misma recibía los aportes de dos redes ferroviarias: la occidental y la oriental. Luego de declarada la quiebra, el grueso de los empleados pasó a la Caja Petrolera (red oriental, Santa Cruz), y a la CNS (red oriental, La Paz).

El origen del INASES parte de la promulgación **del Decreto Ley 10776** del 23 de marzo de 1973, que crea el Instituto Boliviano de Seguridad Social, con funciones de planificación, coordinación, control, fiscalización, formulación y dirección de la política del sector. esta situación se mantiene hasta 1994, en que el **Decreto Supremo 23716** determina la creación del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) como entidad pública descentralizada, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio propio, bajo la órbita de la Secretaría Nacional de Salud, mediante la subsecretaría de Seguros de Salud para la gestión del régimen de corto plazo (CP). El **Decreto Supremo 25055** del 23 de mayo de 1998 restablece la tuición del Ministerio de Salud Pública sobre el INASES mediante la conformación del Vice Ministerio de Previsión Social.

En diciembre de 1998 se promulga el **Decreto Supremo 25265**, que da nacimiento al Seguro Básico Salud, con el fin de proveer acceso universal de salud a la población del país. La prestación es gratuita en cualquier establecimiento público y de seguridad social del país, estableciendo un primer intento de coordinación de recursos e infraestructura entre ambos subsistemas. El pago a las Cajas de Salud se realizaría mediante un valor definido por prestación, que reembolsaría a la seguridad social por los costos incurridos a través de transferencias de los municipios y alcaldías. El establecimiento de estos valores por prestación, originariamente establecidos para las instalaciones públicas únicamente, excluyen la proporción correspondiente al pago de honorarios, los cuales son abonados por la prefectura directamente, por delegación del Ministerio de Salud y Previsión Social, a partir de la Ley de Participación Popular de 1994. Ello ha generado el reclamo de las Cajas de Salud, que no ven cubierto por estos valores por prestación los gastos de personal de sus instituciones.

El **Decreto Supremo 25186** del 30 de septiembre de 1998 reglamenta la ley 1886 del Seguro Médico Gratuito de Vejez, que brinda derecho a una canasta de prestaciones a los bolivianos de ambos sexos que tengan 60 o más años de edad y no se encuentren asegurados en el Sistema del Seguro Social Obligatorio ni otro Seguro de Salud. En esta oportunidad, el sistema de Cajas de Salud se encuentra incorporado al seguro mediante una capita de beneficiarios asignada anualmente a cada caja, en cambio de una retribución en bolivianos equivalente a 56 dólares. Los municipios son las instancias designadas para identificar a los ancianos sin cobertura, los cuales se asignan a una institución prestadora.

Finalmente, el **Decreto Supremo 25798** del 2 de junio de 2000 define el nuevo marco institucional del INASES otorgándole el rango de Institución Pública Descentralizada, con la competencia de fiscalizar el sistema nacional de seguridad social y atribución general de evaluación y supervisión de los entes gestores, seguros delegados, Seguro Médico Gratuito de Vejez y Seguro Básico de Salud, en el marco de la normativa vigente para que se otorguen prestaciones de salud en el Régimen de CP en sus seguros de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de CP de manera oportuna, eficiente y económica.

Durante los últimos seis años el INASES ha logrado implementar en forma coordinada con las instituciones una serie de normas refrendadas por el Ministerio de Salud y Previsión Social. Ellas son el Reglamento de Control Médico en las Cajas y Seguros de Salud en los Seguros a Corto Plazo; el Reglamento de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación de Asegurados; el Reglamento de Evaluación y Monitoreo del Programa Operativo Anual; el Listado Básico de Medicamentos y la estructuración de normas básicas para la atención en las especialidades de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría.

Actualmente, el sistema de Seguros de Salud cuenta con siete Cajas: la Caja Nacional de Salud, la Caja Petrolera, la Caja Bancaria Privada, la Caja de la Banca Estatal, la ex Caja Boliviana de Fomento (hoy Cordes), la Caja de Caminos y los Seguros Universitarios. Estos últimos ascienden al número de ocho –uno por departamento, con excepción de Pando- fueron creados durante las décadas de los 1970 y 1980. Independientemente del régimen de Seguros de Salud y de la tutela del INASES se encuentra la Caja del Personal Militar (COSSMIL). Esta Caja es la única que se mantiene integrada (no ha separado el seguro de salud del sistema de pensiones) y depende directamente del Ministerio de Defensa.

3.2- Situación Actual

El primer paso hacia la definición de una serie de indicadores sobre el sistema de aseguramiento social y del sistema de Cajas de salud se encuentra definido por la cobertura de ambos. Como se discutiera en la segunda sección de este documento, llamaremos cobertura de aseguramiento social a aquella provista por los sistemas públicos de salud, es decir, el sector público dependiente del Ministerio y el sistema de seguridad social. Posteriormente se discutirá la eficiencia de estos mecanismos en cuanto a la estructura de funcionamiento y esquemas de coordinación. El indicador más adecuado para ello es la información proveniente de las encuestas de hogares. El Cuadro 2 presenta, con fuente en la Encuesta de Hogares de 1999, el peso porcentual de la población que, reportándose enferma, acudió a algún proveedor de servicios y cuál fue la fuente de esa atención. La información disponible permite conocer el promedio nacional, así como la apertura por pisos ecológicos (Altiplano, Valles y Llanos). La segunda parte de la tabla indica la incidencia de pobreza y pobreza extrema por piso, tanto para las áreas rurales y urbanas de cada uno de ellos.

En primer lugar, el Cuadro muestra la gran disparidad de la incidencia de la pobreza entre regiones, poniendo de manifiesto que en el piso ecológico “Llanos” es significativamente menor que los otros dos, entre un cinco y un doce por ciento de diferencia en las zonas urbanas, llegando a un treinta por ciento aproximadamente si se compara con las zonas rurales del Altiplano. Las diferencias urbano-rural en los tres distritos también son amplias, con mayor dispersión en el Altiplano y los Valles (más del 30%) y menor en los Llanos (14,65%).

Estas diferencias son más pronunciadas si se analizan los niveles de pobreza extrema: en tanto los Llanos cuentan con porcentajes de 17,19% y 25,92% para las zonas urbanas y rurales, respectivamente (8% de dispersión entre ambas) en el piso ecológico Altiplano estos mismos porcentajes son del 34,47% y 70,21% respectivamente, con una dispersión cuatro veces y media mayor (35,74%).

Esta situación de pobreza relativa tiene su correlato en el porcentaje de población que recurre a los servicios de salud y el peso relativo del sistema de aseguramiento social. Si bien el porcentaje de afiliación a la seguridad social pública es casi idéntico (15,3% promedio nacional), el 36,58% de la población de los Llanos acude al subsector público, a diferencia del 26% en las otras dos regiones. Sin embargo, la seguridad social no sigue la misma conducta, identificándose un 8,4% de la población del Altiplano utilizando sus servicios, a diferencia del 6,83% en los Llanos y un 5,34% en los Valles. Sumados ambos porcentajes, el sistema de aseguramiento social (público más Cajas) cuenta con mayor demanda en los Llanos, y esta demanda es aproximadamente 10% mayor que en las otras dos regiones.

El subsector privado y la atención a domicilio siguen el camino inverso: entre ambos rubros, los proveedores privados en los Llanos atienden en promedio un 10% menos pacientes que en el Altiplano (47,67%) y los Valles (48,37%). Ello confirma la relación inversa encontrada en los países de América Latina y el Caribe, que establece que a mayor el nivel de riqueza (menor el nivel de pobreza) del país (en este caso, el piso ecológico) mayor es la capacidad de cobertura del sistema de aseguramiento social (Maceira, 2001a).

En la misma dirección, el porcentaje de la población atendida por personal médico especializado es mayor en los Llanos y menor en las otras dos regiones, y la incidencia del tratamiento a través de un miembro del hogar es menor.

Un dato de sumo interés para establecer el nivel de eficacia del sistema de Cajas de Salud se encuentra dado por la relación entre el nivel de afiliación y la incidencia del subsector de seguridad social en la fuente de atención. Estas tasas son del 56% en el Altiplano, el 44% en los Llanos y del 36% en los Valles, denotando, en general, un pobre desempeño de las Cajas, especialmente en el piso ecológico Valles, donde de cada diez beneficiarios potenciales sólo cuatro decide acudir a los establecimientos en los que se encuentra afiliado. Si se toma

en cuenta que las Cajas de Salud cuentan también como posibles demandantes de servicios a aquellos que se benefician con el Seguro Básico de Salud y el Seguro de Vejez, puede inferirse que es posible que incluso estas bajas tasas de cobertura sean sobreestimadas.

Finalmente, un indicador de equidad relativa del sistema en general (incluyendo al subsector privado) se encuentra dado por el porcentaje de la población que declara no haber acudido al servicio debido a problemas de costos. Estos porcentajes son significativamente altos en la zona de los Llanos (59,51% del total), y relativamente bajo en los Valles (26,45%).

Cuadro 2: Distribución Porcentual de la población que enfermó y/o tuvo accidente por piso ecológico, según características de atención, 1999.-

	Altiplano	Valles	Llanos	Total
Afiliación a la Seguridad Social				
Público	15,05	15,36	15,5	15,3
Privado	2,23	3,9	5,67	3,6
Otro	...	0,44	2,51	0,7
Ninguno	82,72	80,3	76,32	80,4
Lugar de Atención				
Subsector Público	26,26	26,11	36,58	28,66
Seguridad Social	8,4	5,34	6,83	7,07
Subsector Privado	8,78	12,54	9,41	10,11
Domicilio	38,89	35,83	28,58	35,49
Otro Lugar	2,54	5,17	9,1	4,92
No se atendieron	15,13	15,01	9,49	13,76
Personal que atendió				
Personal de Salud	46,31	46,26	56,46	48,69
Un Miembro del Hogar	32,9	31,32	24,19	30,34
Farmacéutico y otros	5,66	7,41	9,87	7,21
Ninguno	15,13	15,01	9,49	13,76
Causas de No Atención				
Caso Leve	25,44	14,47	19,87	20,76
No tuvo tiempo	5,85	7,95	9,71	7,2
El servicio es malo	4,24	6,2	...	4,22
Falta de dinero	36,68	26,45	59,51	36,9
Problemas c/el horario de atención	0,45	0,71	0,93	0,62
Lugar de consulta distante	13,9	5,6	...	8,78
Se automedicó	5,84	32,41	5,23	14,86
Otras	7,59	6,2	4,74	6,65
Indicadores de Pobreza				
Incidencia de Pobreza				
Area Urbana	57,16	50,15	45,25	51,5
Area Rural	88,77	83,47	59,9	81,58
Incidencia de Pobreza Extrema				
Area Urbana	34,47	14,22	17,19	23,63
Area Rural	70,21	61,78	25,92	59,06

Fuente: INE Bolivia, Encuesta de Hogares, 1999.-

El Cuadro 3 presenta la misma información, pero abierta por niveles de pobreza urbana, rural y total. En él se hacen más notorias las diferencias encontradas en el Cuadro anterior referidas a cobertura, lugar de atención y causas de no atención.

Como puede observarse, el promedio de la población en áreas rurales reporta aproximadamente el doble de eventos de enfermedad que en las zonas urbanas, lo que puede ser considerado como un indicador de necesidad relativa. Sin embargo, si se considera el lugar de atención preponderante en ambos casos, en las áreas rurales la preferencia se inclina por la atención dentro del domicilio en un 47,64%, a diferencia del 22,97% de las zonas urbanas. En estas últimas, el lugar más consultado es el sector público (30,31% de los casos) en tanto el sector privado y la seguridad social se ubican tercero y cuarto en las preferencias respectivamente, con un 16,48% y un 12,75% de las consultas. En ambos casos (atención en establecimientos de la seguridad social y del sector privado) se muestra que la población no pobre cuenta con indicadores de asistencia mayor que la pobre, para cualquier nivel de residencia.

A partir de esta información es posible establecer indicadores de equidad en el sistema de Cajas de Salud.

- Equidad de afiliación por nivel de ingreso: se establece por la razón entre los afiliados al sistema de seguridad social entre pobres y no pobres. En este caso, la relación es de $26,63/9,69 = 2,75$, lo que implica que por cada persona en condición de pobreza afiliada al sistema de aseguramiento social, existen 2,75 no pobres con afiliación.
- Equidad en el uso por nivel de ingreso: este segundo indicador establece la relación entre usuarios pobres y no pobres de la seguridad social. Tomando la información del Cuadro 3, la misma es de 3,78 veces (13,96/3,69), lo que implica que por cada pobre que utiliza los servicios de salud de la seguridad social, existen cuatro no-pobres que acuden a dichos servicios.
- Equidad de afiliación por zona de residencia: al igual que en el primer indicador, el presente establece la relación de afiliación pero en este caso comparando entre población total urbana y rural. El indicador así construido muestra un valor de 4,11 (24,77/6,02). El indicador muestra que por cada habitante de una zona rural que se encuentra afiliado al sistema de cajas, existen más de cuatro beneficiarios urbanos.
- Equidad en el uso por zona de residencia: al igual que el segundo indicador, éste presenta la razón de utilización de instalaciones de la seguridad social, definido entre población urbana y rural: 8,22 (12,75/1,55). Este indicador establece que por cada campesino que utiliza los servicios de las Cajas de salud, ocho habitantes de algún centro urbano acuden a estos servicios.

La observación de los mismo sugiere que los niveles de inequidad por zona de residencia son mayores tanto en uso como en afiliación, y que en ambos casos, la dispersión en uso es mayor que en afiliación, apoyando las referencias a la falta de eficacia del sistema de Cajas presentado en el cuadro anterior. El hecho que la población objetivo de las cajas de seguridad social sea mayoritariamente urbana explicaría la mayor dispersión por residencia. Sin embargo, si se consideran los mismos indicadores de uso para el sistema de salud pública (subsector público únicamente), los resultados obtenidos tienen la misma dirección: tanto en el indicador de equidad por nivel de ingreso como por residencia, los grupos menos relegados cuentan con mayor nivel de atención (12% más en la relación urbano-rural y 23% entre los grupos no pobre – pobre).

Cuadro 3: Distribución Porcentual de la población que enfermó y/o tuvo accidente por área geográfica y condición de pobreza, s/características de atención, 1999.-

	Area Urbana			Area Rural			Total		
	Condición de Pobreza			Condición de Pobreza			Condición de Pobreza		
	No pobre	Pobre	Total	No pobre	Pobre	Total	No pobre	Pobre	Total
Si tuvieron	12,69	13,65	13,19	24,36	22,78	23,07	14,82	18,06	16,85
No tuvieron	87,31	86,35	86,81	75,64	77,22	76,93	85,18	81,94	83,15
Afiliación a la Seguridad Social									
Público	32,72	17,82	24,77	12,45	4,46	6,02	26,63	9,69	15,25
Privado	7,14	3,24	5,06	2,42	2,06	2,13	5,72	2,52	3,57
Otro	0,5	0,01	0,24	0,49	1,38	1,21	0,5	0,84	0,73
Ninguno	59,64	78,93	69,92	84,64	92,1	90,65	67,15	86,95	80,44
Lugar de Atención									
Subsector Público	30,39	30,25	30,31	38,64	24,26	27,05	32,87	26,6	28,66
Seguridad Social	17,91	8,23	12,75	4,74	0,78	1,55	13,96	3,69	7,07
Subsector Privado	21,27	12,29	16,48	11,69	2,05	3,92	18,4	6,05	10,11
Domicilio	19,31	26,18	22,97	24,91	53,13	47,64	20,99	42,59	35,49
Otro Lugar	4,11	9,71	7,1	6,31	1,96	2,81	4,77	4,99	4,92
No se atendieron	7	13,35	10,39	13,71	17,83	17,03	9,02	16,08	13,76
Personal que atendió									
Personal de Salud	72,17	52,47	61,67	60,24	30,28	36,11	68,59	36,66	48,69
Un Miembro del Hogar	14,59	23,6	19,4	19,91	46,04	40,96	16,19	37,27	30,34
Farmacéutico y otros	6,24	10,58	8,55	6,13	5,85	5,91	6,21	7,7	7,21
Ninguno	7	13,35	10,39	13,71	17,83	17,03	9,02	16,08	13,76
Causas de No Atención									
Caso Leve	47,02	20,71	28,99	5,42	17,84	15,9	28,02	18,77	20,76
No tuvo tiempo	15,19	9,33	11,17	16,67	2,65	4,85	15,87	4,82	7,2
El servicio es malo	0	0	0	16,97	4,82	6,72	7,75	3,25	4,22
Falta de dinero	27,63	61,73	51	11,47	31,73	28,56	20,25	41,47	36,9
Problemas c/el horario de atención	0	0,88	0,6	1,55	0,46	0,63	0,71	0,6	0,62
Lugar de consulta distante	0	0	0	11,67	14,41	13,98	5,33	9,73	8,78
Se automedicó	4,02	0	1,27	31,5	21,31	22,9	16,58	14,39	14,86
Otras	6,13	7,35	6,97	4,74	6,78	6,46	5,49	6,96	6,65

Finalmente, las causas de no-búsqueda de atención de servicios de salud brindan información complementaria: en primer lugar, la distancia con respecto a los centros de atención no se perciben como una explicación de peso para analizar la diferencia de cobertura entre pobres y no pobres, tanto en zonas rurales como urbanas. En segundo lugar, la falta de dinero constituye la razón primordial de no atención para los grupos pobres de ambas zonas (urbanas y rurales), en tanto que el factor calidad es relativamente más importante para los grupos de mejores ingresos relativos.

Los Cuadros 4(a) y 4(b) se focalizan en la atención del parto, discerniendo entre zonas de residencia (urbano y rural) y pisos ecológicos (Altiplano, Valles y Llanos). El primer Cuadro muestra la mayor nivel de afiliación (pública y privada) de las mujeres habitantes de zonas urbanas y que tuvieron un hijo nacido vivo en una proporción de casi cuatro a uno, lo que muestra el nivel de desprotección relativa de las mujeres de las áreas rurales. Las mismas dan a luz principalmente en los hogares, en un 61% de los casos, y un tercio acude a instalaciones del sector público. Por el contrario, el subsector público de salud es mayoritariamente escogido por las mujeres urbanas que dan a luz, y sólo un diez por ciento acude a centros de la seguridad social. La relación entre afiliación a la seguridad social y partos en es subsistema de cajas de salud es de 2/3. El personal que atendió el parto en las ciudades es mayoritariamente un profesional en el área de salud (86,51%), en tanto los partos en las zonas rurales se reparten en partes iguales entre profesionales de salud y miembros del hogar (50% en cada caso).

Estableciendo como parámetro de comparación los pisos ecológicos, se observa que la afiliación a la seguridad social en los Valles es aproximadamente la mitad que en las otras dos regiones (8%), en tanto que las mujeres del Llano prefieren el sector público al hogar para dar a luz, en una relación 60-22, en tanto que los usos son los opuestos en el Altiplano, con una relación 45-36 a favor del parto en la casa.

Cuadro 4 (a): Distribución Porcentual de la población femenina de 13 a 50 años que tuvo un hijo nacido vivo por área geográfica, según características de atención y sociodemográficas, 1999.-

	Area Urbana	Area Rural	Total
Afiliación a la Seguridad Social			
Público	16,75	6,15	11,69
Privado	8,67	0,64	4,84
Otro	0,25	0,86	0,54
Ninguno	74,33	92,35	82,92
Conoce el Seguro Básico de Salud	68,79	57,92	63,61
Lugar de Atención			
Subsector Público	52,71	32,55	43,1
Seguridad Social	10,28	2,08	6,38
Subsector Privado	19,7	2,88	11,68
Domicilio	16,14	61,18	37,6
Otro Lugar	1,17	1,31	1,24
Personal que atendió el parto			
Personal de Salud	86,51	39,4	64,06
Partera	1,51	10,33	5,71
Un Miembro del Hogar	9,87	39,9	24,18
Otra persona	2,12	10,36	6,04

Fuente: INE Bolivia, Encuesta de Hogares, 1999.-

Cuadro 4 (b): Distribución Porcentual de la población femenina de 13 a 50 años que tuvo un hijo nacido vivo por piso ecológico, según características de atención y sociodemográficas, 1999.-

	Altiplano	Valles	Llanos	Total
Afiliación a la Seguridad Social				
Público	13,14	7,9	13,88	11,69
Privado	6,63	0,68	6,92	4,84
Otro	...	0,27	1,74	0,54
Ninguno	80,24	91,14	77,45	82,92
Conoce el Seguro Básico de Salud	68,67	62,5	56,73	63,81
Lugar de Atención				
Subsector Público	35,82	41,38	56,96	43,1
Seguridad Social	4,85	6,09	9,18	6,38
Subsector Privado	14,18	11,06	8,38	11,68
Domicilio	45,15	40,36	22,1	37,6
Otro Lugar	0	1,12	3,38	1,24
Personal que atendió el parto				
Personal de Salud	59,27	59,81	76,9	64,06
Partera	4,32	6,88	6,58	5,71
Un Miembro del Hogar	24,27	31,24	15,62	24,18
Otra persona	12,14	2,07	0,9	6,04

Fuente: INE Bolivia, Encuesta de Hogares, 1999.-

A lo largo de su vida institucional, las cajas nunca aseguraron más de 30% de la población boliviana (BID, 2000). La mayor cobertura ocurrió en 1985, cuando llegó a los 29% de la población. En los años noventa la cobertura se redujo del 22% al 20% entre 1990 y 1994, volviendo a crecer hasta los 26% en el año 1999, lo que equivale a poco más de 2,0 millones de personas. Esta información, basada en registros de la Seguridad Social, se encuentra convalidada por la información recogida a través de sucesivas encuestas de hogares realizadas en Bolivia durante la última década. De acuerdo al Cuadro 5, hacia 1997 la cobertura de los seguros sociales públicos y privados ascendía al 18,75% de la población, sin mostrar diferencias significativas entre sexos (17,95% para hombres y 19,53% para mujeres). Valores similares se registraban para 1999 y 2000, con un 19,64% y 20,73% de cobertura global respectivamente. En todos los casos, sin embargo, la cobertura de la población urbana ha sido significativamente mayor (25,83% contra 7% en las áreas rurales, de acuerdo a la encuesta nacional de 1997), repitiéndose con mínimas diferencias en los dos períodos posteriores.

Cuadro 5: Cobertura de la Seguridad Social a Corto Plazo
Accesibilidad según Encuestas 1997 - 1999 - 2000

	ENE III - 1997		ECH - 1999		ECH - 2000	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nacional						
Seguro Social Público	1.078.503	16,18%	1.233.057	15,41%	1.412.203	17,07%
Seguro Social Privado	170.943	2,57%	338.120	4,23%	302.864	3,66%
Otro	18.270	0,27%	31.837	0,40%	11.473	0,14%
Ninguno	5.396.005	80,98%	6.397.784	79,96%	6.548.263	79,13%
Hombres						
Seguro Social Público	505.095	15,35%	574.324	14,50%	674.878	16,62%
Seguro Social Privado	85.476	2,60%	176.908	4,47%	145.945	3,59%
Otro	7.024	0,21%	16.520	0,42%	4.398	0,11%
Ninguno	2.693.641	81,84%	3.192.111	80,61%	3.234.802	79,67%
Mujeres						
Seguro Social Público	573.408	17,00%	658.733	16,30%	737.325	17,49%
Seguro Social Privado	85.467	2,53%	161.212	3,99%	156.919	3,72%
Otro	11.246	0,33%	15.317	0,38%	7.075	0,17%
Ninguno	2.702.364	80,13%	3.205.673	79,33%	3.313.461	78,62%
Urbana						
Seguro Social Público	919.854	22,14%	1.066.105	21,17%	1.148.008	21,79%
Seguro Social Privado	153.226	3,69%	296.756	5,89%	247.788	4,70%
Otro	15.304	0,37%	12.555	0,25%	10.863	0,21%
Ninguno	3.066.520	73,80%	3.660.119	72,69%	3.861.867	73,30%
Rural						
Seguro Social Público	158.649	6,32%	166.952	5,63%	264.195	8,79%
Seguro Social Privado	17.717	0,71%	41.364	1,39%	55.076	1,83%
Otro	2.966	0,12%	19.282	0,65%	610	0,02%
Ninguno	2.329.485	92,85%	2.737.665	92,32%	2.686.396	89,36%

Fuente: INE, Bolivia.

Referencias: ENE (Encuesta Nacional de Empleo); ECH (Encuesta Continua de Hogares)

Los beneficiarios de las cajas de salud presentan un perfil de bajo riesgo relativo, si se lo compara con el promedio de la población boliviana. Si se tomara como variable proxy del riesgo la edad de los asegurados, un 69% de los beneficiarios de las cajas está por debajo de los 20 años de edad. Mientras tanto, la incorporación en 1998 de los asegurados del seguro de vejez y el relativo envejecimiento del mercado formal de trabajo establecen una tendencia a aumentar la edad promedio de los beneficiarios de las cajas. De acuerdo a la información disponible suministrada por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (Cuadro 6), de las principales causas de morbilidad hospitalaria dentro del sistema de seguros de salud, el 61% de los egresos y el 46% de los días de estadía corresponden a partos y complicaciones asociadas con ellos. Trastornos asociados con el sistema digestivo constituyen el segundo gran grupo de referencia. En términos etéreos, el 75% de las atenciones por estas causas corresponden a adultos de entre 15 y 44 años.

Cuadro 6: Sistemas de Seguros de Salud. Principales causas de morbilidad hospitalaria por grupos de edad, gestión 2000.-

	Total Egresos	Días Estadía	Estancia Media	Grupos de Edad					
				<1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y mas
Parto Unico Espontáneo	12.469	28.614	2,3	0	0	13	12.432	24	0
Otras Complicaciones del Embarazo y el Parto	7.959	32.512	4,1	0	0	18	7.882	59	0
Coleliatitis y Colecistitis	5.643	36.765	6,5	0	0	53	2.691	1.873	1.026
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4.022	13.923	3,5	724	1.031	317	925	469	556
Otras enfermedades del sistema digestivo	3.361	20.279	6	69	119	161	1.250	956	806

Fuente: INASES, Los Seguros de Salud en Cifras, gestión 2000.-

Existen cuatro categorías de beneficiarios de las cajas: los trabajadores activos del sector formal del mercado de trabajo (21,2%), el grupo familiar en el cual se inserta el beneficiario activo (55,4%), los jubilados del mercado formal de trabajo y su grupo familiar (17,2%) y los individuos protegidos a través del seguro de vejez (6,2%), el cual se inicia en 1997 incorporando un conjunto de beneficiarios sin base contributiva⁸.

Sin embargo, las diferencias de cobertura teórica de las Cajas de Salud al interior de cada departamento son significativas, así como el nivel de incidencia de

⁸ Desde 1999 la Caja Nacional firmó convenios con las municipalidades para entregar el paquete de servicios del Seguro Básico de Salud, mediante el pago del costo per cápita calculado por el Ministerio de Salud y Previsión Social para este conjunto de prestaciones.

la afiliación a la seguridad social como porcentaje de los habitantes de cada uno de ellos. Los cuadros 7(a) y 7(b) reflejan tales diferencias.

**Cuadro 7(a): Población protegida por la seguridad social boliviana
Régimen de Corto Plazo; 1980-2000.**

Departamento	Población protegida en relación a la pob. total			Cobertura de la Seguridad Social expresada en %		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000
La Paz	38,5	37,6	41	33,8	27,6	36,6
Cochabamba	13,3	14,4	14,4	19,8	17,9	20,3
Oruro	11,3	8,5	6,6	54,1	34	35,9
Potosí	14	11,8	8,6	35,4	24,9	23,9
Chuquisaca	3,4	4,2	4,8	12,7	13	17,6
Santa Cruz	13,8	16,7	17,4	18,2	18,4	20,6
Tarija	2,0	3,8	3,5	17,5	18,7	18,8
Beni	2,4	2,7	3,1	14,9	14,4	18
Pando	0,3	0,4	0,5	13,7	14	19,5
Total	99	100	100	26,4	22,1	25,8

Fuente: INASES, Los Seguros de Salud en Cifras, gestión 2000.-

**Cuadro 7(b): relación e/ la población de Bolivia y los seguros de corto plazo.
por departamento, año 2000.**

Departamento	Población Bolivia			Población Protegida SS	Población Cotizante Activa SS	Cobertura de la SS		Relación Pob. cotizante SS y PEA
	Total	Urbana	PEA			en relac. Pop. Total	en relac. Pop. Urb.	
Chuquisaca	589.948	221.964	213.403	104.055	21.611	17,6%	46,9%	10,1
La Paz	2.406.377	1.673.709	902.103	880.893	198.362	36,6%	52,6%	22,0
Cochabamba	1.524.724	871.844	567.846	309.172	64.598	20,3%	35,5%	11,4
Oruro	393.991	273.021	141.497	141.350	29.995	35,9%	51,8%	21,2
Potosí	774.696	279.585	276.033	185.328	40.826	23,9%	66,3%	14,8
Tarija	403.079	248.835	155.485	75.691	15.760	18,8%	30,4%	10,1
Santa Cruz	1.812.522	1.449.592	682.068	372.591	84.270	20,6%	25,7%	12,4
Beni	366.047	270.529	130.983	66.017	14.061	18,0%	24,4%	10,7
Pando	57.316	18.560	23.427	11.183	2.857	19,5%	60,3%	12,2
Total	8.328.700	5.307.639	3.092.845	2.146.280	472.340	25,8%	40,4%	15,3

Nota:

(1) población Bolivia - departamento - urbana (proyecciones de la población de Bolivia, INE).

(2) La PEA (Población Económicamente Activa) considera a la población de 10 años y mas.

Fuente: INASES, Anuario Bioestadístico Los Seguros de Salud en Bolivia, gestión 2000.

El Cuadro 7(a) muestra, por departamento, y para tres momentos en el tiempo (1980, 1990 y 2000) la distribución de la cobertura teórica de las Cajas de Salud, y el peso porcentual de la participación del sistema al interior de cada departamento. Se observa que La Paz concentra aproximadamente el 38,5% de la población protegida hacia 1980, manteniéndose para 1990 y acrecentándose en el 2000, cuando llega al 41% de la población beneficiaria de las Cajas. En un segundo puesto, y con un porcentaje tres veces menor, se ubican Potosí, Santa Cruz y Cochabamba (entre 14% y 13% cada uno), y a continuación Oruro con un 11,3%. El resto de los departamentos no alcanza el 4% del total. Estos porcentajes se mantienen casi inalterados a lo largo de las dos décadas, con un pequeño crecimiento de Santa Cruz y disminuciones en Oruro y Potosí.

En términos del peso relativo de la cobertura de seguridad social sobre el total de cada departamento, el porcentaje promedio es de 26%, con una participación significativa en Oruro y La Paz (con porcentajes que rondan el 35% para el 2000) y en menor medida Potosí (24% en el mismo período). Salvo en el caso de La Paz, donde la cobertura de la seguridad social se incrementó levemente entre 1980 y 2000, en los otros dos departamentos se evidencia una caída en la participación del subsistema de entre un 35% (Potosí) y un 65% (Oruro). En el resto de los departamentos los índices de incidencia son menores al 20%, y generalmente estables para todo el período analizado.

Es de notar la diferencia entre la población teóricamente cubierta por la seguridad social, declarada a partir de la información del INASES presentada en este Cuadro, y la información del Cuadro 2, donde se define afiliación a partir del reporte de los mismos beneficiarios. El porcentaje provenientes del lado de la oferta (fuente INASES) es de 25.8%, en tanto que la demanda declarada en la Encuesta de Hogares es de 19.6%. Ello implicaría que aproximadamente el 24% de los afiliados desconocen la existencia de su cobertura de salud, o prefieren por algún motivo no declararla.

El Cuadro 7(b) presenta los mismos valores expresados en número de afiliados y su relación con la población total y la población económicamente activa por departamento para el año 2000. Es significativo como los porcentajes de cobertura ascienden si se consideran relativamente con la población urbana de cada jurisdicción, que en promedio llega al 40%. Ello confirma el sesgo urbano de la afiliación a las Cajas, y la necesidad de establecer una estrategia desde el Ministerio de Salud para complementar la cobertura en aquellas regiones rurales donde las Cajas no constituyen una fuente de provisión de servicios.

El cuadro 8 muestra, para el período 1960-2000, y cada cinco años, la evolución de la población afiliada a la seguridad social, y dos indicadores de sustentabilidad. Estos indicadores se definen como el número de afiliados por beneficiario (es decir, cuantos aportantes existen por cada potencial usuario del sistema) y el número de afiliados y rentistas por beneficiario, como una medida alternativa (aunque menos robusta) de sustentabilidad. El cuadro muestra el

crecimiento en la tasa de cobertura teórica de beneficiarios, que casi se quintuplica durante los cuarenta años considerados, y un crecimiento relativamente rezagado de la tasa de afiliación de aportantes, que lleva a un incremento en valor de ambos indicadores (en un 18% y un 4%, respectivamente) lo que sugiere, en términos generales, una disminución en el índice de sustentabilidad del subsistema.

**Cuadro 8: Población protegida por la seguridad social boliviana
régimen de corto plazo; 1960-2000.**

año	Población Seguridad Social			Afiliados por beneficiario	Afiliados y Rentistas por beneficiario
	Total	Afiliados *	Rentistas		
1960	471.477	122.558	16.143	3,85	3,40
1965	504.445	124.078	22.281	4,07	3,45
1970	674.237	159.887	32.246	4,22	3,51
1975	1.001.622	239.599	40.030	4,18	3,58
1980	1.412.207	323.842	62.119	4,36	3,66
1985	1.485.729	342.534	76.817	4,34	3,54
1990	1.449.357	317.691	105.601	4,56	3,42
1995	1.721.604	386.669	119.784	4,45	3,40
2000	2.146.280	472.340	131.619	4,54	3,55

Fuente: INASES, Los Seguros de Salud en Cifras, gestión 2000.-

Nota: La población total protegida por la seguridad social son los beneficiarios.

Los afiliados son los cotizantes activos.

El cuadro 9 complementa la información anterior, incorporando, para el período 1994-2000 la incidencia del Seguro Nacional de Vejez. El mismo, medido en términos de la población teóricamente cubierta de la seguridad social, apenas supera el 1% del total del padrón.

**Cuadro 9: Indicadores del Sistema de Seguros de Salud
Gestiones 1994, 1997 y 2000.-**

	1994		1997		2000	
	Población	%	Población	%	Población	%
Población Total de Bolivia	7.237.424	100,00%	7.767.060	100,00%	8.328.700	100,00%
Población Protegida por la Seg. Social	1.575.913	21,77%	2.011.698	25,90%	2.146.280	25,77%
Seguro Nacional de Vejez	0	0,00%	111.180	1,43%	99.304	1,19%
Tasa de Crecimiento de la Seg. Social*	4,17		27,65		6,69	

Fuente: INASES, Los Seguros de Salud en Cifras, gestión 2000.-

* La tasa de crecimiento de 1994 es en relación a la población protegida por la Seg. Social en 1991;

La de 1997 es en relación a la población protegida en 1991 y la del 2000 en relación a la de 1997.-

Finalmente, el Cuadro 10 presenta la evolución de una serie de indicadores de recursos humanos, físicos, de producción del sistema de seguridad social, y de costos para tres períodos: 1994, 1997 y 2000.

**Cuadro 10: Indicadores del Sistema de Seguros de Salud
Gestiones 1994, 1997 y 2000.-**

	1994	1997	2000
Recursos Humanos y Camas			
Camas por mil usuarios	1,9	1,6	1,6
Médicos por 10,000 personas protegidas	10,5	10,1	11,6
Odontólogos por 10,000 personas protegidas	0	1,1	1
Enfermeras graduadas por 10,000 personas protegidas	5,7	5,3	5,8
Auxiliares de enfermería por 10,000 personas protegidas	10,2	9,7	10,5
Indicadores de Resultado			
Consultas por mil usuarios	1.978	2.120	2.355
Egresos por mil usuarios	51,8	53,2	57,4
Intervenciones quirúrgicas por mil usuarios	21,6	20,9	23,4
Partos por mil usuarios	9,4	9,1	9,6
Exámenes de laboratorio por mil usuarios	1.060	1.178	1.439
Estudios radiológicos por mil usuarios	149	151	174
Recetas despachadas por mil usuarios	3.264	3.316	3.646
Promedio de días de estancia	7	6,6	5,8
Intervenciones quirúrgicas por 100 egresos	42	39	41
Índice % de cesáreas en relación al total de partos	31	32,5	35,1
Indicadores de Costos			
Costo Promedio por consulta (Bs)	43,3	47,65	69,28
Costo Promedio por egreso (Bs)	2.429	3.276	4.220,78
Costo Promedio día paciente (Bs)	347	468	727,72

Fuente: INASES, Los Seguros de Salud en Cifras, gestión 2000.-

De la observación de este Cuadro se pueden extraer tres indicadores fundamentales relacionados con la evolución del subsector de seguridad social.

- El primero de ellos se asocia con un incremento en la tecnología incorporada a la prestación de servicios, relacionado con el crecimiento de los estudios radiológicos y de laboratorio entre 1994 y 2000 (17% y 35.75%, respectivamente)
- El segundo indicador se encuentra relacionado con el crecimiento de los costos del sistema, que oscila entre un 45% y un 110%, de acuerdo al parámetro de análisis (costo promedio por consulta y por día/paciente, respectivamente).
- El tercer indicador sugiere una tendencia a la mejora de la productividad del sistema: dado que el sistema de pagos a profesionales no se vio alterado durante el período 1994-2000, implica que los mecanismos de incentivos

vigentes se mantuvieron durante el lapso de tiempo presentado. Si bien el número de médicos cada diez mil personas protegidas se incrementó de 10,5 a 11,6, los niveles de consultas, egresos, y recetas despachadas cada mil usuarios crecieron más que proporcionalmente. Comparando las tasas de crecimiento de la producción y de los recursos humanos disponibles, se observa un crecimiento neto de las consultas en un 9,7%, en tanto que las recetas despachadas se incrementaron sólo en un 1%. El movimiento de los egresos, si bien ascendente, no resulta significativo, dada la incorporación de personal. Al mismo tiempo, indicadores de resultados considerados controvertidos, como el caso de cesáreas se encuentra con crecimiento casi nulo, al igual que las intervenciones quirúrgicas cada mil usuarios. Contrariamente, el número promedio de días de estancia se redujo en un 17% aproximadamente.

3.3- Análisis Comparativo de las Cajas de Salud

3.3.1- La Caja Nacional de Salud

Con aproximadamente el 90% de la población afiliada al sistema de seguridad social y el 60% de los ingresos totales del subsistema, lo que representa aproximadamente el 24% de los ingresos totales del sector salud boliviano, la Caja Nacional de Salud (CNS) es uno de los dos grandes actores del modelo boliviano de aseguramiento social, conjuntamente con la estructura dependiente del Ministerio de Salud.

Fundada con el fin de dar cobertura de salud a los empleados públicos del país y todo aquel sector o empresa no cubierto por las otras Cajas, la CNS es, en teoría, una entidad de derecho público, con autonomía de gestión, patrimonio propio, normatizada y fiscalizada por el poder ejecutivo. La Dirección de la caja es tripartita y paritaria (dos representantes del estado, dos de trabajadores y dos de empleadores). El Gobierno Central nombra las autoridades de la CNS, pero teóricamente no interviene en su programación de actividades. Sólo ejerce las tareas de fiscalización a cargo de instituciones como el INASES. Todos los procedimientos de administración económica financiera y de administración de personal de la CNS están regidos por la misma normativa que el resto del Sector Público. La Ley SAFCO establece mecanismos de control interno y externo que debe respetar la CNS. El control externo lo ejerce la Contraloría General de la República, mientras que el control interno, unidades de auditoría interna de cada repartición.

El presupuesto de la CNS forma parte del consolidado del Presupuesto Nacional, al igual que la Caja Petrolera y las otras pequeñas cajas públicas. Del total de sus ingresos contribuye con un 1% al mantenimiento del INASES y con el 0.5% con el plan nacional de vacunación. Sin embargo, el Ministerio de Hacienda no autoriza el uso del 100% de los recursos de la caja, bloqueando aproximadamente un 20 a 30% de los mismos, lo que genera un superávit

obligado de fondos a los que las Cajas no tienen libre disponibilidad. A diferencia de otros organismos descentralizados, la CNS no recibe aportes del Tesoro Nacional. Los recursos remesados por el sector público corresponden únicamente a los fondos asociados con los aportes estatales a cuenta de los trabajadores del sector público. Contrariamente, la CNS tiene que responder por obligaciones que establece el Ministerio de Salud (por ejemplo, se implementa un plan de vacunación y se obliga a la CNS a proveer insumos en forma gratuita).

La CNS es una institución con fuertes características jerárquicas, personal de planta de gran antigüedad, jefes de departamento concursados, etc. Al mismo tiempo, su funcionamiento se encuentra condicionado fuertemente por intereses y prioridades de corte político. El manejo de los fondos disponibles por la institución en muchos casos responden a esta lógica (nombramiento de autoridades, condonación de deudas de organismos públicos, etc.).

La organización y funcionamiento financiero de la CNS es altamente centralizado, existiendo un modelo de desconcentración de los planes operativos, los que reciben auditorías de las regionales organizadas a tal efecto. Los administradores regionales no cuentan con el perfil de gerenciamiento adecuado, lo que limita las chances de un sistema con mayor nivel de delegación. Esto se observa en general en cualquier servicio, y cobra especial relevancia en el tratamiento de la administración de los medicamentos recibidos por cada regional, y adquiridos directamente por el nivel local.

Desde la perspectiva de la eficacia operativa, la administración de la Caja no cuenta con un sistema adecuado de información que permita establecer las necesidades insatisfechas de la demanda y los problemas organizacionales y de funcionamiento a nivel local y regional. La administración de personal cuenta con un nivel relativamente mayor de delegación. En algunas regionales existe un mayor número de trabajadores contratados (decididos por la regional) que personal de planta. Asimismo, los nombramientos de la Central son realizados en base a sugerencias de las regionales. Sólo las compras de menos de 60.000 bolivianos se encuentran descentralizadas⁹.

La distribución de fondos entre regionales al interior de la Caja se realiza en términos de montos per cápita, existiendo actualmente un sistema compensador de déficits desde el nivel central. Sin embargo, los sistema de distribución de esos fondos compensatorios son discrecionales y no siguen un mecanismo estandarizado de asignación. Del mismo modo, no existen mecanismos de incentivos al personal, los que son compensados por sus actividades por medio de salarios fijos de planta o contratos.

⁹ Para una descripción más detallada de la estructura administrativa interna de la Caja Nacional de Salud, ver Colina, J. (2001).

Aproximadamente el 50% de los beneficiarios de la CNS son empleados públicos y sus familias. El resto de la cobertura se distribuye entre el personal de policía, trabajadores municipales, maestros, empleados de la construcción, empleados de fábricas y transferencias de los trabajadores del sector ferroviario, luego del quiebre de la Caja Ferrocarrilera.

Uno de los inconvenientes más serios en la operatoria de la CNS se asocia con el control de la evasión de sus contribuyentes. Muchas empresas no declaran el número real de empleados afiliados, o declaran sueldos menores a los reales (fenómeno de doble planilla). Una propuesta elaborada recientemente consiste en solicitar el comprobante de pago a la AFP, a fin de contar con información indirecta para el control de los aportes.

El cobro directo de los aportes (la recaudación a través de ventanillas propias de la CNS) constituye un inconveniente en tanto la institución carece de la infraestructura y el personal necesario adecuada para manejar la operatoria de grandes volúmenes de dinero. Fuentes informales sugieren que aproximadamente el 10% de la recaudación teórica de la CNS se pierde ante la falta de mecanismos sistematizados de recaudación. La CNS se encuentra actualmente desarrollando métodos para ampliar su base de contribuyentes, mediante la afiliación de trabajadores no formales, como mineros, taxistas, choferes e independientes. Recientemente, las cooperativas mineras lograron afiliar a sus trabajadores, cuyas retenciones fueron calculadas a partir del valor de las exportaciones de mineral.

Un problema adicional relacionado con la segmentación de las Cajas de Salud bolivianas es la gran diferencia en aportes promedio entre cada una de ellas, y los criterios para afiliar trabajadores voluntarios no formales. El voluntario promedio abona una prima mensual de 52 bolivianos dado que la normativa define como base de aporte al salario mínimo, que es actualmente de 520 bolivianos. En contraste, el salario promedio de un trabajador “naturalmente” afiliado a la CNS es de 1000 bolivianos. Ello genera una caída en la calidad de prestación de servicios por parte de la Caja, que incentiva a solicitar la desafiliación de la misma, con el consecuente traslado a otra Caja con mayor contribución salarial promedio.

Finalmente, uno de los elementos más controvertidos en el funcionamiento de la Caja Nacional de Salud es su relación con el sector público dependiente del Ministerio y la implementación de los Seguros de Vejez y Básico. Ellos, de acuerdo a las fuentes consultadas, constituye un mecanismo que promueven la existencia de subsidios cruzados no planeados por la institución prestadora, en tanto los servicios brindados resultan más onerosos que la retribución recibida por el subsector público. Adicionalmente, se esgrime que los pagos no son realizados en tiempo y forma por las autoridades municipales a cargo, aumentando aún más el nivel de absorción de riesgo por parte de la CNS. A modo de ejemplo, se reproduce una tabla de costos proporcionada por las autoridades de la Caja. En ella se pone de manifiesto las diferencias significativas entre los pagos del Seguro Básico de Salud (SBS) para prestaciones frecuentes, y los costos por estas

mismas intervenciones en la Ciudad de La Paz y para el promedio no metropolitano.

Intervención	SBS	Costo La Paz	Costo Interior
Consulta externa	0.5	87	70.8
Consulta Neonatal	2	108.7	70.8
Consulta posnatal	3	108.7	70.8
Parto	120	1762.27	420.49
Cesárea	330	4846.44	1156.35

3.3.2- La Caja Petrolera de Seguridad Social

La Caja Petrolera es considerada entre los especialistas como la institución más sólida dentro del sistema de aseguramiento social de Bolivia. Si bien en la segunda Caja en cuanto a cobertura, la misma alcanza al 4.15% de los beneficiarios del sistema de seguridad social. Sus beneficiarios son trabajadores o familiares de trabajadores de aproximadamente 633 empresas, de las cuales actualmente menos del 30% corresponden a la rama de explotación petrolera. Los afiliados voluntarios constituyen aproximadamente un 1% del padrón de la Caja, los cuales aportan un 10% de su salario al fondo de cobertura de corto plazo. Los salarios promedio de los aportantes a la Caja Petrolera son de aproximadamente 3.000 bolivianos/mes, a diferencia de los de la CNS y la Caja Bancaria Privada, que ascienden a 1300 y 4000 bolivianos por mes respectivamente.

Al igual que la CNS, su Directorio es tripartito y su presupuesto forma parte integrante del total nacional, lo que implica que una parte de su recaudación sea inmovilizada por el Ministerio de Hacienda, sobre la cual no tiene disponibilidad. Asimismo, contribuye con los fondos del 0,5% para inmunización y con el aporte del 1% para el mantenimiento del INASES. Sin embargo, y a diferencia de la CNS, no cuenta con afiliados del sector público, por lo que no recibe contribuciones de ese sector.

Internamente se organiza en nueve regiones, las cuales cuentan con operatoria desconcentrada pero no descentralizada. A nivel Nacional existe un Directorio, una Presidencia y una Gerencia General. De esta última dependen el Gerente de Salud y el Gerente de Servicios Generales, responsable de las tareas administrativas, de presupuesto y manejo de personal. A nivel regional, la máxima autoridad es el Administrador Regional, de quien dependen el Jefe Médico Regional y el Jefe de Servicios Generales.

Anualmente se presenta al INASES un Plan Operativo Anual y un presupuesto de gestión, el cual constituye el consolidado de cada departamento, preparado entre julio y agosto de cada período.

Los servicios de la Caja Petrolera se proveen casi con exclusividad en instalaciones propias, cuyo personal es contratado por la misma institución. Las modalidades de contratación son dos: permanentes (salario fijo) y no

permanentes. Dentro de los contratos no permanentes existen los llamados asignados (asociados con el cobro de un salario fijo), a contrato (por período de tiempo, por tarea, o por contrato de obra), y pago a papeleta (pago de un arancel, asociado con una prestación). Los contratos no permanentes surgen del decreto 21060, artículo 55, de libre contratación o despido.

Las instituciones de prestación de servicios operan bajo presupuestos fijos, y las modalidades de contratación capitada es excepcional. Algunos campos de atención, sin embargo, se subcontratan, tal es el caso de resonancia magnética, cirugía y tomografía computada.

Los problemas identificados por las autoridades de la Caja Petrolera se asocian con dos factores fundamentales: la existencia de intereses políticos y sindicales en el manejo institucional, que en ocasiones generan conflictos con los objetivos específicos de prestación de servicios de salud. El segundo problema se relaciona con los inconvenientes de cobranza –discutidos anteriormente– especialmente en el caso de los afiliados voluntarios, cuyas tasas de mora y abandono son considerables.

3.3.3- Caja de la Banca Privada

La Caja Bancaria Privada constituye una excepción al sistema de aseguramiento social boliviano, no sólo en cuanto a su autonomía financiera sino también a su estructura organizacional y de funcionamiento interno. Con aproximadamente el 7% de los ingresos totales del sistema de Cajas de Salud para el 2000 y el 2.72% de los cotizantes, la Caja Bancaria Privada (CBP) es la tercera institución en importancia dentro del esquema de Seguridad Social del país, y la sexta en términos de ingreso por beneficiario – 1225,72 B\$ - sólo superada por las Cajas Universitarias y la Caja de la Banca Pública, que al 2000 reunía al 0.11% de los beneficiarios totales.

Su directorio tiene 8 representantes (4 de los trabajadores y 4 de los empleadores) sin ninguna representación del Estado a diferencia del resto de las cajas donde cada una de las tres partes contribuyen con dos representantes cada una.

Esta institución no contribuye ni depende del Tesoro, no siendo incluida en el Presupuesto Nacional. Los aportes son recibidos directamente de las empresas y no aportan al Seguro Materno Infantil ni al Seguro Obligatorio de Vejez. Asimismo, la organización interna, basada en contratación de prestadores - a diferencia de la atención en instituciones propias - reduce su participación en el Sistema de Aseguramiento Social público generado a partir del Seguro Básico de Salud. Sin embargo, participan de la red del INASES, institución que se encarga de su supervisión.

El sistema de gestión es desconcentrado, existiendo directrices generales desde el nivel central con Comités de Vigilancia locales. Cada regional elabora su presupuesto y su plan operativo anual, el cual ejecutan localmente. El nivel central, asimismo, redirecciona los fondos del sistema, con capacidad de establecer mecanismos de subsidios cruzados entre regionales. Asimismo, el nivel central define y mantiene reservas para riesgos catástroficos, de modo de afrontar la falta de mecanismos de reaseguro en el país.

El sistema de atención se basa en honorarios fijos mensuales para los profesionales médicos y montos fijos (módulo o “cama vestida”) en los eventos de internación. De este modo, y con excepción de dos policlínicas en Santa Cruz y La Paz, no existen fuertes estructuras propias de atención. Las contrataciones se realizan directamente con el médico o la clínica, sin existir asociaciones de instituciones u otros organismos intermediarios. La falta de estándares de calidad generalmente aceptados ha volcado a la CBP a una política de “desarrollo de prestadores”, estableciendo criterios de organización y prestación de servicios como requisito previo para el establecimiento de contratos de provisión. Estos estándares, definidos en los pliegos de licitación, son revisados y controlados periódicamente como método de control de calidad del servicio.

La capacidad de contar con una masa de afiliados con aportes por encima del promedio (B\$355.- contra B\$100.- de la Caja Nacional de Salud) permite a la CBP beneficiarse con el “descrime” del mercado de aseguramiento. Asimismo, la CBP no participa del sistema de riesgo compartido al que se ve sometida la CNS, la Caja Petrolera y las otras instituciones públicas, mediante retenciones en sus ingresos o contribuciones para el Seguro Básico de Salud, el Seguro de Vejez y el Programa de Inmunización. Su funcionamiento reviste la lógica de un seguro privado de salud, con mecanismos de subsidio cruzado al interior de su nómina de beneficiarios, fuertemente gerenciada con criterios de calidad, control y técnicas de gestión, y transferencia de riesgo a los proveedores de servicios.

3.3.4- Cajas Menores

El sistema de Cajas Bolivianas de Seguridad Social se completan con cinco cajas menores (Caja de la Banca Pública, Caja de Caminos, Caja Boliviana de Fomento (CORDES), el Seguro de Salud del Sinec, la Caja del Seguro Militar (ex COSSMIL)) y una red de instituciones o cajas por cada una de las ocho universidades nacionales. Excluyendo a la Caja Militar, entre todas las Cajas menores y universitarias alcanzan a cubrir el 4% teórico de los beneficiarios al sistema de Seguridad Social, con un 14% del presupuesto del subsistema para el período 2000.

Estas instituciones son totalmente centralizadas, no existiendo mecanismos de delegación a nivel regional/local, y cuentan con débiles sistemas de fiscalización y seguimiento de información interna. En general, las instituciones de salud a partir de las cuales estas cajas prestan servicios no son propias, sino que

se subcontratan cápitras al sector privado, no existiendo convenios de prestación entre Cajas. En todos los casos, el accionar de las cajas se realiza en base al Reglamento de Compras y Adquisiciones con fuerte tono centralizado, organizadas bajo comisiones de compra: solicitante, administrador y gerente de la regional elevan el pedido a la Gerencia General de la Caja, quien se encarga de realizar la operación.

Los mecanismos de pago a los profesionales médicos de planta es el salario fijo por excelencia, careciendo de mecanismos de incentivos o premios por productividad. El Colegio Médico dirige la convocatoria a concurso público de los médicos, y los mismos cuentan con un sistema de acumulación de puntos por antigüedad (70% por méritos, y el resto por educación y cursos de formación). La falta de flexibilidad de estas normas produjo que las Cajas eviten llamar a concurso público y prefieran la contratación directa, a fin de evitar la injerencia del Colegio en la política de empleo de las Cajas de Salud. Los mecanismos de pago a profesionales contratados se denominan “por papeleta” (ya sea ella concertada por una labor en particular, o por un monto fijo).

La Caja Militar (ex Cosmil, Corporaciones del Seguro Militar) cuenta con fondos propios del Ministerio de Defensa y es la única caja integral, en tanto mantiene la atención de corto plazo y largo plazo, y no es supervisada por el INASES. Su cobertura, a través de instalaciones y personal propio alcanza a los militares de carrera, es de aproximadamente 20.000 beneficiarios a nivel nacional, excluyendo a las fuerzas de policía que se encuentran afiliadas a la Caja Nacional de Salud.

Finalmente, los Seguros Universitarios siguen la lógica de las Cajas públicas (aportes de la universidad, los afiliados y el Estado), dando cobertura a trabajadores universitarios y profesores, aunque no a los alumnos. Cuentan con un sistema de coordinación e integración con seguros regionales con cobertura por zona o región y carecen de servicios propios, con excepción de algunos centros ambulatorios de atención.

3.3.5- Estadísticas Comparativas

El INASES, a través de sus informes anuales provee información a nivel de Caja sobre afiliados, beneficiarios, ingresos y gastos. La misma puede ser utilizada para analizar comparativamente el estado de situación de cada una de las entidades que forma parte del subsistema de Seguridad Social de Bolivia.

El Cuadro 11 presenta, por Caja, y para el período 2000, en sus primeras columnas el número de cotizantes (aportantes) de cada Caja para el mencionado período, el número total de beneficiarios y la relación entre ambos, que en promedio del subsistema es de 2,62. Sin embargo, sólo la CNS se encuentra por encima del promedio de la Seguridad Social, con 2,81, en tanto que la Caja de la Banca Privada se ubica en el extremo opuesto, con 1,08.

Cuadro 11: Indicadores del Sistema de Seguros de Salud
Población Protegida y Financiamiento por Caja Según Categoría, Año 2000

	Cotizantes	Beneficiarios	Benefic/ Cotizantes	% Cotizantes Caja/Total	% Beneficiarios Caja/Total	Ingresos en B\$	% Ingreso Caja/Total	Ingresos por Benef.
Caja Nacional de Salud	387,733.00	1,087,951	2.81	84.75	90.76	266,185,153	59.96%	180.38
Caja Petrolera de Salud	31,278.00	49,729	1.59	6.84	4.15	84,562,426	19.05%	1,043.89
Caja de Salud Banca Privada	12,462.00	13,496	1.08	2.72	1.13	31,817,346	7.17%	1,225.72
Seguro Social Univ. La Paz	2,716.00	4,311	1.59	0.59	0.36	13,043,627	2.94%	1,856.22
Caja de Salud de Cordes	7,078.00	12,419	1.75	1.55	1.04	10,532,734	2.37%	540.22
Seguro Social Univ. Cochabamba	1,948.00	3,863	1.98	0.43	0.32	7,555,066	1.70%	1,300.13
Caja de Salud de Caminos	5,727.00	12,812	2.24	1.25	1.07	6,431,007	1.45%	346.89
Seguro Social Univ. Santa Cruz	2,246.00	2,947	1.31	0.49	0.25	4,283,415	0.96%	824.84
Seguro Social Univ. Chuquisaca	895.00	1,923	2.15	0.20	0.16	3,863,411	0.87%	1,370.98
Caja Bancaria Estatal de Salud	922.00	1,318	1.43	0.20	0.11	3,746,003	0.84%	1,672.32
Seguro de Salud de Sinec	1,628.00	3,501	2.15	0.36	0.29	3,695,216	0.83%	720.46
Seguro Social Univ. Oruro	1,265.00	1,491	1.18	0.28	0.12	2,703,908	0.61%	981.10
Seguro Social Univ. Potosí	642.00	1,341	2.09	0.14	0.11	2,140,731	0.48%	1,079.54
Seguro Social Univ. Trinidad	243.00	636	2.62	0.05	0.05	1,777,737	0.40%	2,022.45
Seguro Social Univ. Tarija	742.00	931	1.25	0.16	0.08	1,631,591	0.37%	975.25
Seguridad Social	457,525.00	1,198,669	2.62	100.00	100.00	443,969,369.94	1.00	268.07

Fuente: Instituto Nacional de Seguros de Salud, Anuario Bioestadístico, año 2000.

Esta tasa puede considerarse como un indicador de sustentabilidad financiera de cada una de las cajas, en tanto define la cantidad de activos aportantes por beneficiario. Una tasa baja indica mayor capacidad relativa de financiamiento con respecto a la media, y viceversa. Se desprende entonces que la situación de la CNS es la más comprometida, no sólo desde la perspectiva de esa institución particular, sino para el modelo de aseguramiento social en general, en tanto, y como lo muestra la quinta columna del Cuadro 11, la misma cubre al 90,76% de los afiliados al subsistema.

Asimismo, la dispersión entre la Caja de mayor número de beneficiarios sobre aportantes en términos de la institución con el menor indicador puede considerarse como una aproximación del esquema de solidaridad vigente dentro del sistema de seguridad social. Una tasa igual a uno marcaría igual oportunidad de cada institución para hacer frente a las demandas potenciales de sus afiliados, suponiendo un nivel de utilización homogéneo. En este caso, la relación beneficiario/cotizante relativa es de 2,6, indicando un pobre desempeño del sistema en distribuir las necesidades de la población entre instituciones.

Este análisis se confirma al estudiar la última columna del mismo Cuadro: medido en bolivianos corrientes, la CNS recibe en promedio B\$180,38 por beneficiario, B\$87,6 bolivianos por debajo del promedio del subsistema, con una dispersión de diez veces con respecto a la Caja Universitaria de La Paz, que cuenta con un ingreso por beneficiario de B\$1856.-, y de 6,79 veces con respecto a la Caja de la Banca Privada, que registrara la menor tasa de beneficiarios por aportantes.

El Cuadro 12 completa la relación sustentabilidad financiera – solidaridad presentando, también para el período 2000, los ingresos y egresos de cada Caja, su resultado contable, y la razón de ingresos y egresos por beneficiario. Obteniendo la diferencia entre estas últimas dos columnas, se observa que la CNS cuenta con el mayor déficit por beneficiario B\$41,19, seguido por la Banca Estatal (déficit de B\$21,31) y la Caja de Caminos (déficit de B\$13,63). En el extremo

opuesto, la Caja Petrolera y la Caja de la Banca Privada registran superavits de ingreso neto por beneficiario en B\$225,67 y B\$273,52 respectivamente. Medido en términos relativos, la dispersión entre la CNS y la CBP es de B\$314,71.

Estos indicadores contribuyen al debate presente hoy en Bolivia referido a la necesidad de reestructuración del subsistema de seguridad social, de modo de establecer mecanismos de compensación que permitan mayor equidad en el financiamiento de la atención de la salud, y que aproxime el modelo actual a un sistema de aseguramiento social como el definido en secciones anteriores de este trabajo. Debe remarcarse que esta dispersión en superavit neto también incorpora la necesidad de establecer criterios de eficiencia en el uso de los recursos al interior de las cajas, de modo de reducir el déficit operativo. Sin embargo, una comparación de ingresos brutos (sin considerar estructura de gastos) nos llevan a una conclusión similar, como se desprende de la observación de los últimos dos Cuadros.

Cuadro 12: Indicadores del Sistema de Seguros de Salud

Estado de Ingresos y Egresos por caja: Año 2000.

expresado en bolivianos corrientes.-

	Total Ingresos		Total Egresos		Excedente y/o Déficit	Resultado Contable	Ingresos / Beneficiarios	Egresos / Beneficiarios
	\$	%	\$	%				
Caja Nacional de Salud	525.422.873,70	59,96%	601.689.110,43	66,99%	-76.266.236,73	-240.494.737,10	283,78	324,97
Caja Petrolera de Salud	166.917.773,45	19,05%	143.371.537,63	15,96%	23.546.235,82	21.365.438,13	1.599,78	1.374,11
Caja Bancaria Estatal de Salud	7.394.235,01	0,84%	7.503.251,55	0,84%	-109.016,54	-77.061,28	1.445,03	1.466,34
Caja de Salud Banca Privada	62.804.258,32	7,17%	54.985.783,38	6,12%	7.818.474,94	9.805.972,59	2.197,11	1.923,59
Caja de Salud de Cordes	20.790.563,41	2,37%	19.065.055,48	2,12%	1.725.507,93	1.986.169,63	815,35	747,68
Seguro de Salud de Sinec	7.293.987,59	0,83%	7.280.559,81	0,81%	13.427,78	13.427,78	1.234,18	1.231,91
Caja de Salud de Caminos	12.694.165,59	1,45%	13.074.932,02	1,46%	-380.766,43	1.019.105,56	454,32	467,95
Seguro Social Univ. La Paz	25.746.814,77	2,94%	14.483.944,17	1,61%	11.262.870,60	11.412.229,01	n/a	n/a
Seguro Social Univ. Cochabamba	14.912.944,35	1,70%	10.637.472,08	1,18%	4.275.472,27	16.602.643,62	n/a	n/a
Seguro Social Univ. Chuquisaca	7.625.986,12	0,87%	4.944.402,33	0,55%	2.681.583,79	2.681.583,79	n/a	n/a
Seguro Social Univ. Santa Cruz	8.455.032,34	0,96%	7.937.378,43	0,88%	517.653,91	468.328,81	n/a	n/a
Seguro Social Univ. Oruro	5.337.243,87	0,61%	5.576.797,42	0,62%	-239.553,55	960.230,40	n/a	n/a
Seguro Social Univ. Tarija	3.220.598,06	0,37%	2.534.330,07	0,28%	686.267,99	703.746,88	n/a	n/a
Seguro Social Univ. Trinidad	3.509.074,57	0,40%	1.981.168,14	0,22%	1.527.906,43	1.527.906,43	n/a	n/a
Seguro Social Univ. Potosí	4.225.588,18	0,48%	3.062.137,93	0,34%	1.163.450,25	1.064.372,20	n/a	n/a
Total Seguros Universitarios	73.033.282,26	8,33%	51.157.630,57	5,70%	21.875.651,69	35.421.041,14	2.253,77	4.782,43
Total Sistema de Seguro de Salud	876.351.139,33	100,00%	898.127.860,87	100,00%	-21.776.721,54	-170.960.643,55	408,31	1.901,44

Fuente: Elaboración propia en base a datos de INASES, Los Seguros de Salud en Cifras, gestión 2000.-

Los Cuadro 13(a) y 13(b) analizan el estado de situación de la dotación de establecimientos sanitarios del subsistema de seguridad social por Caja y por Departamento, para el período 2000. En primer lugar, y analizando el número total de establecimientos por institución, se desprende que el 52% de los mismos se encuentran bajo la jurisdicción de la CNS, seguido por la Caja Petrolera y la Caja de Caminos con 10% cada una. Cordes reúne el 7%, en tanto que la Banca Privada controla el 4% del padrón de establecimientos.

Cuadro 13(a): Establecimientos de Salud por caja, año 2000.

	Total	CNS	Petrolera	Bca Estatal	Bca Privada	Caminos	Cordes	SS Univ.	Cossmil	Sinec	Cotel
Total Establecimientos de Salud	263	136	27	1	11	27	19	15	22	2	3
Hospitales y/o clínicas	80	27	12	1	3	9	11	7	8	1	1
Policonsultorios	93	37	6	0	8	11	6	8	14	1	2
Puesto médico o consultorio	90	72	9	0	0	7	2	0	0	0	0

Fuente: INASES, Anuario Gerencial, gestión 2000.

Cuadro 13(b): Establecimientos de consulta externa y hospitalización, por departamento, según propiedad: año 2000.

Departamento	Total Establec.	Consulta Externa				Hospitalización			
		policonsultorios/policlínicos		puestos médicos		hospitales		clínicas	
		propios	alquilados	propios	alquilados	propios	alquilados	propios	alquilados
Total Seguros de Salud	263	61	32	40	50	42	8	8	22
La Paz	40	15	4	1	5	8	0	2	5
Cochabamba	27	8	2	3	5	3	1	1	4
Santa Cruz	54	9	3	19	5	12	2	0	4
Oruro	19	6	1	2	4	4	0	1	1
Potosí	48	7	5	7	21	6	0	1	1
Chuquisaca	14	3	3	3	0	2	0	2	1
Tarija	24	4	8	3	2	4	0	0	3
Beni	29	6	5	2	7	3	3	0	3
Pando	8	3	1	0	1	0	2	1	0

Fuente: INASES, Anuario Bioestadístico Los Seguros de Salud en Bolivia, gestión 2000.

Dada la dispersión en afiliación e ingresos entre Cajas, es necesario establecer una relación que permita conocer una medida de “absorción de riesgo relativa” de cada institución, en tanto mayor sea el número de establecimientos en términos de su capacidad de financiamiento, mayor será su dificultad para operar eficientemente. Recurriendo a la información sobre ingresos totales de cada Caja para el 2000 presentada en el Cuadro 11, se propone un indicador que considere en el numerador el número total de establecimientos por Caja y en el denominador los ingresos totales de esa misma institución, presentado en millones. De este modo, la CNS presenta un índice de absorción de riesgo relativo de 0,51, en tanto que la Caja de la Banca Privada y la Caja Petrolera muestran indicadores de 0,35 y 0,31, respectivamente, contra una tasa del 0,59 para todo el sistema en su conjunto. De este modo, puede afirmarse que el nivel de exposición financiera de estas tres instituciones se encuentran, dado su nivel de ingresos, por debajo del promedio del subsector. Por el contrario, las cajas Cordes y de Caminos ofrecen un alto nivel de integración conforme a sus recursos, lo que se evidencia a partir de sus tasas de 1,80 y 4,20, respectivamente.

El Cuadro 13(b) presenta la distribución geográfica de estos mismos establecimientos, mostrando que en general, el 50% de los centros ambulatorios son de contratadas por fuera de las instalaciones de la seguridad social en tanto el 84% de las unidades de internación son de propiedad del sistema. La falta de indicadores epidemiológicos relevantes entre departamentos impide un análisis en profundidad de la información presentada.

Los Cuadros 14 y 15 presentan en forma resumida algunos indicadores adicionales del subsistema de seguridad social. En el primero de ellos (Cuadro 14) se especifican cinco indicadores de recursos físicos y humanos (camas, médicos, odontólogos, enfermeras y personal) por cada mil afiliados, para cada Departamento y para cada una de las Cajas con mayor número de afiliados. El Cuadro 15 amplía la información presentada en el Cuadro 13, mostrando tipos de establecimientos de salud por Departamento y por Institución de la Seguridad Social.

De la observación del Cuadro 14 puede apreciarse que para todos los Departamentos, la CNS cuenta con una relación de personal cada mil afiliados por debajo del promedio de las seis Cajas más populosas (CNS, Caja Petrolera, Banca Estatal y Privada, Caminos y Cordes), especialmente en La Paz y Cochabamba, con una relación de 3,10 a uno y 2,28 a uno entre la CNS y el promedio simple de las seis cajas mencionadas. Por otra parte, y de acuerdo con la información de camas cada mil afiliados, parece existir una relación inversa entre población del Departamento y camas de la CNS. Esta indicación se confirma en el Cuadro 15 para el total de establecimientos de salud.

Cuadro 14: Indicadores Seleccionados del Sistema de Seguros de Salud: Recursos Humanos, por departamento y por caja, año 2000.

departamento	indicadores	Total	CNS	Petrolera	Bca Estatal	Bca Privada	Caminos	Cordes	Seg. Univ.	Cotel	Cossmil	Sinec
La Paz	médicos por mil afiliados	1,1	1,1	0,9	2,7	6,8	3,9	1,7	3,4	2,5	1,8	n/a
	odontólogos por mil afiliados	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3	n/a
	enfermeras por mil afiliados	1,3	1,4	3,8	5,7	1,6	1	1,2	1,7	0,7	4,8	n/a
	personal por mil afiliados	6,2	5,3	15,3	28,8	11	9,8	19,6	9,8	10,5	14,9	n/a
Cochabamba	médicos por mil afiliados	1,1	0,8	2,6	0	4,4	2	1,9	2,8	n/a	2	n/a
	odontólogos por mil afiliados	0,04	0,04	0,02	0	0,05	0,09	0	0,03	n/a	0,02	n/a
	enfermeras por mil afiliados	1,7	1,4	3,7	0	3	1,5	0,9	2,7	n/a	5,4	n/a
	personal por mil afiliados	5,6	4,2	13,4	0	16	8,9	9,6	14,3	n/a	15,1	n/a
Santa Cruz	médicos por mil afiliados	1,5	1,2	1,9	0	5,3	1,3	1,9	2,6	n/a	2,9	2,3
	odontólogos por mil afiliados	0,14	0,13	0,12	0	0,34	0,18	0,16	0,18	n/a	0,25	0,34
	enfermeras por mil afiliados	1,9	1,7	2,9	0	1,7	0,7	1,3	0,2	n/a	3	0,2
	personal por mil afiliados	7,1	6	10,6	0	12,8	7,3	6,8	9	n/a	11,3	10,5
Chuquisaca	médicos por mil afiliados	1,2	1	2,8	0	1,3	0,9	3,1	3,2	n/a	6,9	n/a
	odontólogos por mil afiliados	0,1	0,1	0,3	0	0,7	0,3	0,3	0,3	n/a	0,9	n/a
	enfermeras por mil afiliados	1,5	1,4	3,2	0	1,3	1,2	2,8	1,5	n/a	5,2	n/a
	personal por mil afiliados	5,7	4,6	15,4	0	6,6	7,7	13,5	12,6	n/a	27,7	n/a
Tarija	médicos por mil afiliados	1,3	1	0,9	0	5,4	0,7	2,3	1,9	n/a	6,7	n/a
	odontólogos por mil afiliados	0,2	0,1	0,1	0	2	0,2	0,4	0,3	n/a	0,8	n/a
	enfermeras por mil afiliados	1,6	1,6	0,3	0	2,7	0,5	1,3	1,7	n/a	7,1	n/a
	personal por mil afiliados	6,9	5,6	4,5	0	18,9	5	10,6	13,3	n/a	28,5	n/a
Potosí	médicos por mil afiliados	1	0,9	1,5	0	3	0,8	0	3,3	n/a	8,7	n/a
	odontólogos por mil afiliados	0,09	0,08	0	0	1,48	0,27	0	0,44	n/a	0,79	n/a
	enfermeras por mil afiliados	1,3	1,2	3,1	0	3	0,5	0	5,3	n/a	4	n/a
	personal por mil afiliados	4,9	4,4	6,1	0	14,8	6,5	0	28,2	n/a	27,8	n/a
Oruro	médicos por mil afiliados	0,8	0,7	1	0	1,8	1,8	0	2,3	n/a	5,6	n/a
	odontólogos por mil afiliados	0,1	0,1	0,7	0	0,6	0,3	0	0,3	n/a	0,7	n/a
	enfermeras por mil afiliados	1,5	1,3	1	0	3,6	1,2	0	5,6	n/a	4,9	n/a
	personal por mil afiliados	5,3	4,3	6,9	0	12	10,3	0	32,9	n/a	22,4	n/a
Beni	médicos por mil afiliados	1,6	1,2	3,5	0	2,6	0,4	5,4	5,7	n/a	4,2	n/a
	odontólogos por mil afiliados	0,2	0,1	0	0	1,3	0,1	1,1	1,6	n/a	0,5	n/a
	enfermeras por mil afiliados	1,8	1,5	0	0	2,6	0,4	1,1	1	n/a	7	n/a
	personal por mil afiliados	8	6	10,6	0	12,8	4,1	25,8	35,2	n/a	24,8	n/a
Pando	médicos por mil afiliados	1,7	1,5	0	0	0	0,6	2,8	0	n/a	4,3	n/a
	odontólogos por mil afiliados	0,3	0,2	0	0	0	0,6	0,6	0	n/a	0,8	n/a
	enfermeras por mil afiliados	1,6	1,6	0	0	0	1,2	1,2	0	n/a	3	n/a
	personal por mil afiliados	8	6	0	0	0	7	15	0	n/a	20	n/a

Fuente: INASES, Anuario Gerencial, año 2000.

Cuadro 15: Indicadores Seleccionados del Sistema de Seguros de Salud: Recursos Físicos, por departamento y por caja, año 2000.

departamento	indicadores	Total	CNS	Petrolera	Bca Estatal	Bca Privada	Caminos	Cordes	Seg. Univ.	Cotel	Cossmil	Sinec
La Paz	camas por mil afiliados	1,4	1,1	2,5	6,7	2,3	1,1	1,5	1,8	2,2	7,9	n/a
	total establecimientos de salud	40	19	3	1	2	5	3	2	3	2	n/a
	hospitales y/o clínicas	15	7	1	1	1	1	1	1	1	1	n/a
	policonsultorios	19	10	1	0	1	1	2	1	2	1	n/a
	puestos médicos o consultorios	6	2	1	0	0	3	0	0	0	0	n/a
Cochabamba	camas por mil afiliados	1,65	1,26	3,7	0	2,21	1,84	1,03	2,96	n/a	7,3	n/a
	total establecimientos de salud	27	13	2	0	2	4	3	2	n/a	1	n/a
	hospitales y/o clínicas	9	2	1	0	1	1	2	1	n/a	1	n/a
	policonsultorios	10	5	1	0	1	1	1	1	n/a	0	n/a
	puestos médicos o consultorios	8	6	0	0	0	2	0	0	n/a	0	n/a
Santa Cruz	camas por mil afiliados	1,7	1,3	3,1	0	1,5	1,8	4,3	1,1	n/a	4,3	0
	total establecimientos de salud	54	30	8	0	2	3	3	2	n/a	4	2
	hospitales y/o clínicas	18	3	7	0	1	1	1	1	n/a	3	1
	policonsultorios	12	6	1	0	1	1	0	1	n/a	1	1
	puestos médicos o consultorios	24	21	0	0	0	1	2	0	n/a	0	0
Chuquisaca	camas por mil afiliados	2	2	5,5	0	0	0	10	0	n/a	0	n/a
	total establecimientos de salud	14	7	1	0	1	2	1	1	n/a	1	n/a
	hospitales y/o clínicas	5	2	1	0	0	1	1	0	n/a	0	n/a
	policonsultorios	6	2	0	0	1	1	0	1	n/a	1	n/a
	puestos médicos o consultorios	3	3	0	0	0	0	0	0	n/a	0	n/a
Tarija	camas por mil afiliados	2,3	2	2,8	0	0	0	6,2	0	n/a	4,6	n/a
	total establecimientos de salud	24	6	4	0	1	3	3	2	n/a	5	n/a
	hospitales y/o clínicas	7	1	2	0	0	1	2	1	n/a	0	n/a
	policonsultorios	12	2	1	0	1	1	1	1	n/a	5	n/a
	puestos médicos o consultorios	5	3	1	0	0	1	0	0	n/a	0	n/a
Potosí	camas por mil afiliados	2,2	2,1	0	0	0	0	0	0	n/a	0	n/a
	total establecimientos de salud	48	35	4	0	1	3	0	2	n/a	3	n/a
	hospitales y/o clínicas	8	6	0	0	0	1	0	1	n/a	0	n/a
	policonsultorios	12	5	0	0	1	2	0	1	n/a	3	n/a
	puestos médicos o consultorios	28	24	4	0	0	0	0	0	n/a	0	n/a
Oruro	camas por mil afiliados	1,8	1,6	0	0	0	0	0	6,3	n/a	0	n/a
	total establecimientos de salud	19	12	1	0	1	2	0	2	n/a	1	n/a
	hospitales y/o clínicas	6	3	0	0	0	1	0	1	n/a	1	n/a
	policonsultorios	7	3	1	0	1	1	0	1	n/a	0	n/a
	puestos médicos o consultorios	6	6	0	0	0	0	0	0	n/a	0	n/a
Beni	camas por mil afiliados	1,4	0,8	0	0	0	0	3,2	0	n/a	8,9	n/a
	total establecimientos de salud	29	11	3	0	1	4	4	2	n/a	4	n/a
	hospitales y/o clínicas	9	1	0	0	0	2	3	1	n/a	2	n/a
	policonsultorios	11	3	1	0	1	2	1	1	n/a	2	n/a
	puestos médicos o consultorios	9	7	2	0	0	0	0	0	n/a	0	n/a
Pando	camas por mil afiliados	0,9	1	0	0	0	0	1,2	0	n/a	0	n/a
	total establecimientos de salud	8	3	1	0	0	1	2	0	n/a	1	n/a
	hospitales y/o clínicas	3	2	0	0	0	0	1	0	n/a	0	n/a
	policonsultorios	4	1	0	0	0	1	1	0	n/a	1	n/a
	puestos médicos o consultorios	1	0	1	0	0	0	0	0	n/a	0	n/a

Fuente: INASES, Anuario Gerencial, año 2000.

El Cuadro 16 presenta una comparación entre establecimientos de salud por nivel de complejidad y por Departamento, entre el Sistema Público de Salud y el Subsector de Seguridad Social. En él se evidencia la aparente división de funciones entre los dos actores del sistema de aseguramiento: en tanto que el subsector público supera a la seguridad social 57 veces en cuanto a instalación de puestos sanitarios, esta proporción decrece con el nivel de complejidad de la institución prestadora. En el caso de centros de salud, la relación a favor de la red del Ministerio de Salud es de 4,93 veces, de 3,5 en los hospitales básicos y se revierte en los centros especializados y generales, con una tasa de 2,9 veces a favor de la seguridad social. De este modo, mayor es el nivel de complejidad, menos importante es la presencia relativa del subsector público con respecto a la seguridad social. Se desprende que este nivel de complementariedad deberá ser analizado en detalle al momento de instrumentar cualquier mecanismo de cooperación entre subsectores.

El Cuadro 17 presenta por Caja y por Departamento algunos indicadores de producción de servicios de salud, tales como recetas por consulta, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos, consultas, cesáreas, egresos y estancia media. De la observación del mismo no es posible establecer patrones definidos de comportamiento entre Cajas, aunque se observa mayores indicadores de recetas y estudios de laboratorio cada cien consultas en la Caja Nacional de Salud, en tanto que la Caja de la Banca Privada supera al promedio del subsector en el nivel de consultas por afiliado, cesáreas y egresos cada mil afiliados.

El Cuadro 18 identifica, a partir de la información provista por INASES, y para el período 2000, los costos promedio por consulta, por egreso y por día paciente correspondientes a cada una de las Cajas de Salud del Sistema Boliviano de Seguridad Social. En los tres casos, los costos de la CNS se encuentran por debajo del promedio del subsistema, en tanto la Caja Petrolera y la Banca Pública cuentan con erogaciones superiores a la media, llegando a duplicar la misma en el caso de egresos y días paciente. Sin embargo, estos valores requieren de mayor información para complementar el análisis, a fin de establecer si las diferencias se asocian con eficiencia de gestión o reducción indiscriminada de costos.

Cuadro 16: Establecimientos de Salud por nivel de atención.
según área geográfica, subsector y departamento: año 2000 (p) (1).

DESCRIPCIÓN	TOTAL	1er NIVEL DE ATENCIÓN		2do NIVEL DE ATENCIÓN	3er NIVEL DE ATENCIÓN	4to NIVEL DE ATENCIÓN
		PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL BÁSICO	HOSPITAL GENERAL Y ESPECIALIZADO	INSTITUTO
TOTAL	2.748	1.468	1.039	160	51	30
Área Urbana	737	59	545	59	45	29
Área Rural	2.011	1.409	494	101	6	1
SUBSECTOR						
Público (Min.de Salud)	2.047	1.320	597	98	9	23
Seguridad Social	204	23	121	28	26	6
Privado y ONG's	497	125	321	34	16	1
CHUQUISACA	307	190	99	10	3	5
Público (Ministerio de Salud)	218	148	58	6	1	5
Seguridad Social	10	0	6	2	2	0
Privado y ONG's	79	42	35	2	0	0
LA PAZ	584	253	269	38	13	11
Público (Ministerio de Salud)	411	228	144	31	1	7
Seguridad Social	27	0	15	0	8	4
Privado y ONG's	146	25	110	7	4	0
COCHABAMBA	423	209	169	27	13	5
Público (Ministerio de Salud)	274	175	84	10	1	4
Seguridad Social	18	2	11	2	3	0
Privado y ONG's	131	32	74	15	9	1
ORURO	147	75	65	2	3	2
Público (Ministerio de Salud)	106	67	38	0	1	0
Seguridad Social	18	2	10	2	2	2
Privado y ONG's	23	6	17	0	0	0
POTOSI	421	311	87	20	3	0
Público (Ministerio de Salud)	351	284	58	8	1	0
Seguridad Social	51	18	22	9	2	0
Privado y ONG's	19	9	7	3	0	0
TARIJA	168	97	60	8	3	0
Público (Ministerio de Salud)	127	96	27	3	1	0
Seguridad Social	21	0	17	2	2	0
Privado y ONG's	20	1	16	3	0	0
SANTA CRUZ	479	250	172	41	11	5
Público (Ministerio de Salud)	393	244	114	28	2	5
Seguridad Social	35	0	19	10	6	0
Privado y ONG's	51	6	39	3	3	0
BENI	170	52	103	11	2	2
Público (Ministerio de Salud)	126	48	66	9	1	2
Seguridad Social	20	1	17	1	1	0
Privado y ONG's	24	3	20	1	0	0
PANDO	49	31	15	3	0	0
Público (Ministerio de Salud)	41	30	8	3	0	0
Seguridad Social	4	0	4	0	0	0
Privado y ONG's	4	1	3	0	0	0

Fuente: MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

(p): Preliminar

(1) Información actualizada en base al SNIS, abril 2001

Cuadro 17: Indicadores Seleccionados del Sistema de Seguros de Salud: Producción, por departamento y por caja, año 2000.

departamento	indicadores	Total	CNS	Petrolera	Bca Estatal	Bca Privada	Caminos	Cordes	Seg. Univ.	Cotel	Cossmil	Sinec
La Paz	recetas por consulta	1,2	1,3	0,9	1,1	0,9	0,4	0,8	1,3	0,9	1,1	n/a
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	45,1	42,7	44,3	37,9	37,8	57,2	17,7	37,9	65,2	68,6	n/a
	estudios radiológicos por 100 consultas	9,4	9,3	13,1	10,5	8,6	12,7	4,2	5,4	3,2	10,4	n/a
	consulta por afiliado	1,6	1,2	3,6	7,9	8,8	1,8	4,2	5,4	6,3	5,4	n/a
	índice de cesáreas	29,2	25,4	38,6	55,8	54,4	21,1	27,1	41,5	80,8	48,7	n/a
	egresos por mil afiliados	39,9	31,6	104,2	165,6	138,7	42,4	76,5	123	92	129,7	n/a
	estancia media	8,2	9,1	4,6	5,7	3,3	5	4,9	4,4	4	9,1	n/a
Cochabamba	recetas por consulta	1,1	1,2	0,9	0	0,9	0,7	1	1	n/a	1,1	n/a
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	52,8	59,5	46,4	0	36,4	40,5	25,7	56,4	n/a	45,9	n/a
	estudios radiológicos por 100 consultas	6,8	6,9	7,6	0	6,7	3,3	3,2	9,1	n/a	6,4	n/a
	consulta por afiliado	2,1	1,4	4,8	2,1	12	3,3	4,9	7	n/a	6,4	n/a
	índice de cesáreas	44	37,3	48,3	0	76,3	50	64,6	68,4	n/a	62,5	n/a
	egresos por mil afiliados	59,6	44,7	161,9	0	216,1	74,6	73,5	134,9	n/a	153,8	n/a
	estancia media	5,5	6,2	4,2	0	2,5	4,2	2,5	3,3	n/a	6,1	n/a
Santa Cruz	recetas por consulta	1,3	1,5	0,8	0	1,1	0,7	2,6	1,5	n/a	1,1	0,7
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	39,6	37,7	44,2	0	57,4	20,7	25	33,4	n/a	37,7	27,1
	estudios radiológicos por 100 consultas	4,7	2,7	8,4	0	8,3	3,8	2,3	3,4	n/a	8,2	6
	consulta por afiliado	3	2,4	4,2	3,3	8,9	2,3	3,6	4,7	n/a	4	5,2
	índice de cesáreas	47,1	38,5	62,7	0	73,7	81,8	61,4	84,9	n/a	64,8	87,7
	egresos por mil afiliados	75,5	56,5	145,1	0	168,9	49,5	94	113,7	n/a	83,6	117,1
	estancia media	4,6	5	4,5	0	2,6	3,7	2,5	3,3	n/a	4,9	2,7
Chuquisaca	recetas por consulta	1,3	1,3	1,1	0	1,4	1,7	1,5	1,2	n/a	1,6	n/a
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	49,1	59,8	37,8	0	34,9	11,3	17,7	25,2	n/a	35	n/a
	estudios radiológicos por 100 consultas	6,1	6,7	7,4	0	3,4	4,2	4,5	3,6	n/a	5,4	n/a
	consulta por afiliado	2,2	1,6	6,5	7,1	8,3	1,9	4,8	7	n/a	9,7	n/a
	índice de cesáreas	31,6	20,4	60,2	0	57,7	50	67	52,5	n/a	36,8	n/a
	egresos por mil afiliados	80,1	72,7	230,3	0	120,8	53	155,4	84,8	n/a	71,7	n/a
	estancia media	4,7	5	3,5	0	4,4	4	3,3	3,7	n/a	2,8	n/a
Tarija	recetas por consulta	1,4	1,5	0,7	0	1,3	1,2	1,7	1,6	n/a	1,6	n/a
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	33,4	38,8	21,6	0	30,5	20,4	33,3	33,3	n/a	16,6	n/a
	estudios radiológicos por 100 consultas	3,4	3,2	3,1	0	9,1	2,8	4	3,6	n/a	2,9	n/a
	consulta por afiliado	2,9	2,3	4,7	6,7	6,6	2,7	3,3	5,8	n/a	7,4	n/a
	índice de cesáreas	47,2	45,4	57,4	0	50	50	47,5	75	n/a	51,4	n/a
	egresos por mil afiliados	76,6	67	148,6	0	98,4	53,4	88,2	59,4	n/a	144,4	n/a
	estancia media	4,5	5	3,5	0	2,5	4,1	4,1	3,5	n/a	2,9	n/a
Potosí	recetas por consulta	1,7	1,7	1,3	0	1,6	1,5	0	1,7	n/a	1,6	n/a
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	53,6	56,1	9,9	0	21,1	6,6	0	53,4	n/a	12,7	n/a
	estudios radiológicos por 100 consultas	5,4	5,8	0	0	5	2,9	0	1,3	n/a	2,3	n/a
	consulta por afiliado	2,2	2,1	7,3	8,5	6,2	3,2	0	6,1	n/a	4,1	n/a
	índice de cesáreas	19,5	19	0	0	12,5	20	0	34,6	n/a	60	n/a
	egresos por mil afiliados	64,8	65	79,5	0	97,9	29,7	0	89,4	n/a	38,9	n/a
	estancia media	5	5,1	2,8	0	3,4	4,4	0	3,1	n/a	3,1	n/a
Oruro	recetas por consulta	1,5	1,5	1,9	0	1,2	1,7	0	1,8	n/a	1	n/a
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	45,7	53,7	23,5	0	18,6	3,5	0	6,3	n/a	28,3	n/a
	estudios radiológicos por 100 consultas	4,4	4,5	4,5	0	4,2	1,6	0	4,8	n/a	4,3	n/a
	consulta por afiliado	1,9	1,7	3,4	2	7,9	4,8	1,7	7,1	n/a	5,5	n/a
	índice de cesáreas	20,9	19,2	36,7	0	38,1	41,7	0	35,8	n/a	52,4	n/a
	egresos por mil afiliados	60,8	55,7	56,2	0	131,3	68,8	0	187,4	n/a	220,1	n/a
	estancia media	5,7	5,9	3,9	0	3	4	0	4,5	n/a	4	n/a
Beni	recetas por consulta	1,6	1,6	1,4	0	1	1,6	0,9	2,9	n/a	1,4	n/a
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	22,7	20,7	4,5	0	23,5	17,5	19,8	47,2	n/a	29,2	n/a
	estudios radiológicos por 100 consultas	3,8	3,9	0	0	2,9	1,3	2,7	1,1	n/a	4,7	n/a
	consulta por afiliado	3,1	2,8	3,8	0	9,6	0,6	5,5	8,3	n/a	7,3	n/a
	índice de cesáreas	42,1	39,8	62,5	0	75	25	42,9	50	n/a	48,5	n/a
	egresos por mil afiliados	89,9	84,8	27,6	0	153,5	7,1	90,2	90	n/a	244,4	n/a
	estancia media	3,5	3,6	0	0	2	2,1	3,1	3,4	n/a	3,3	n/a
Pando	recetas por consulta	1,8	1,8	0,9	0	0	4,9	0,7	0	n/a	2,3	n/a
	exámenes de laboratorio por 100 consultas	35	40,5	0	0	0	0	20,1	0	n/a	22,4	n/a
	estudios radiológicos por 100 consultas	5,3	5,8	0	0	0	9,6	2,1	0	n/a	2,7	n/a
	consulta por afiliado	2,4	2,1	3	0	0	3,4	2,8	0	n/a	3,9	n/a
	índice de cesáreas	27,27	20	0	0	0	0	50	0	n/a	25	n/a
	egresos por mil afiliados	62,1	69,7	0	0	0	0	46,2	0	n/a	60,4	n/a
	estancia media	3,7	3,8	0	0	0	0	2,9	0	n/a	3,3	n/a

Fuente: INASES, Anuario Gerencial, año 2000.

Cuadro 18: Indicadores Seleccionados del Sistema de Seguros de Salud, costos promedios en dólares por caja, año 2000.

Instituciones	Costo promedio		
	por consulta	por egreso	día paciente
Caja Nacional de Salud	8,49	597,97	94,92
Caja Petrolera de Salud	14,82	1.054,84	245,31
Caja Bancaria Estatal	11,72	1.274,26	223,55
Caja de la Banca Privada	16,67	529,43	182,56
Caja de Salud de Cordes	14,49	390,95	118,47
Seguro de Salud Sinec	20,01	518,31	191,97
Caja de Salud de Caminos	22,94	391,14	90,96
Seg. Univ. La Paz	22,02	844,66	191,97
Seg. Univ. Cochabamba	14,27	788,34	238,89
Seg. Univ. Sucre	16,84	849,69	229,65
Seg. Univ. Santa Cruz	28,46	537,59	162,91
Seg. Univ. Oruro	23,16	308,30	68,51
Seg. Univ. Tarija	25,77	285,24	81,50
Seg. Univ. Trinidad	23,61	734,34	215,98
Seg. Univ. Potosí	18,62	590,85	190,60
Total	10,82	659,50	113,71

Fuente: INASES, Anuario Bioestadístico Los Seguros de Salud en Bolivia, gestión 2000.
Según información de Balances Institucionales.

3.3.6- EI INASES

Hasta la reforma de la Seguridad Social de 1997, que separa los seguros de Corto y Largo Plazo, el Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS) era la institución a cargo del seguimiento y la fiscalización del sistema. A partir de la nueva normativa, esta responsabilidad le corresponde Ministerio de Salud y Previsión Social, en la figura del Vice Ministerio, quien a su vez delega dichas tareas en el INASES.

La ley SAFCO provee al INASES de ocho mecanismos o sistemas regulatorios. Ellos son: planificación, regulación, programación y ejecución presupuestaria, administración de personal, organización administrativa, contabilidad integral, bienes y servicios. Cada uno de estos sistemas cuenta con un grupo de indicadores de seguimiento y control, los cuales son enviados por cada institución al INASES para su compilación y análisis.

Tareas del INASES:

- Fiscalización y Auditorías: El INASES analiza y aprueba los Planes Operativos Anuales de las Cajas, así como los presupuestos y proyectos de gran envergadura; evalúa y fiscaliza la prestación de servicios y la situación financiera de cada institución, y cuenta con capacidad de intervención de las Cajas mediante sugerencia al Vice-ministro de Previsión Social.

Existen dos tipos de auditorías financieras a cargo del INASES: a) aquellas programadas, generalmente asociadas con un tópico de seguimiento, a las cuales se someten todas las Cajas bajo la jurisdicción del INASES y b) auditorías especiales, originadas en una solicitud del Ministerio o de una denuncia específica.

Asimismo, en el área médica existen normas específicas de diagnóstico y tratamiento de cumplimiento obligatorio, las cuales deben ser monitoreadas a partir de una batería de indicadores médicos por servicio.

En todos los casos, las auditorías intentan ser correctivas, aunque pueden tener carácter punitivo, con sanciones que varían desde la llamada de atención verbal del ejecutivo o administrador, hasta llegar a la multa, exoneración o envío de antecedentes a la Fiscalía de la Nación.

- Certificación, Creación y Fusión de Cajas y Proveedores: El marco jurídico permite la creación de nuevas cajas, las que deben ser aprobadas por decreto supremo o resolución ministerial. Sin embargo, las exigencias de estudios técnicos para justificar su factibilidad, así como razones de índole político hacen difícil su concreción. Asimismo, el INASES tiene la potestad de sugerir la fusión de cajas por motivos de sustentabilidad económico-financiera. Por el contrario, el INASES no cuenta con capacidad de certificación de las instituciones prestadoras de servicios, ya sean propias o contratadas, dado que ello implicaría una intromisión en la estrategia operativa de la Caja, sobre lo cual la institución no tiene jurisdicción. Sin embargo, el INASES se encuentra en condiciones de sugerir fusiones y/o cambios de efectores, en tanto la recomendación surja del análisis del POA y las auditorías de Caja.
- Cuidado de la Propiedad de los Activos de las Cajas de Salud: Las Cajas de salud se encuentran imposibilitadas de vender sus instalaciones, en tanto se tratan de bienes de propiedad pública. Para poder realizarlo es necesario la aprobación del Senado.
- Intervenciones Relacionadas con Desafiliación y Cambio de Caja: hasta el presente, el INASES posibilitó el cambio de caja a dieciocho empresas, encontrándose bajo análisis la situación de otras treinta y dos. El traspaso puede realizarse en dos momentos del año (mayo y septiembre) para evitar inconvenientes en los programas operativos y en los presupuestos de las cajas. El proceso de cambio se inicia con la petición de la firma, que debe contar con el aval de sus trabajadores. Posteriormente, el INASES asiste a una etapa de conciliación entre la caja y la firma, a fin de reducir el nivel de selección adversa dentro del subsistema de seguridad social. Posteriormente, el INASES evalúa el impacto potencial en ambas cajas (la emisora y la receptora de beneficiarios) de la posible desafiliación. En base a ello el INASES se expide, pudiendo decidir continuar con el status previo a la solicitud. En caso contrario, la caja receptora no cuenta con potestad teórica de rechazar la solicitud de ingreso. En ningún caso la empresa puede optar por retirarse del sistema de Cajas de Seguridad Social.

- Regulación sobre Prestación de Servicios y el Sistema de Aseguramiento Social: En caso que una Caja presente inconvenientes para afrontar la prestación de servicios a sus beneficiarios o a pacientes provenientes de los sistemas de Seguros Básico de Salud o de Vejez, la misma debe demostrar que el costo del servicio es mayor al monto del paquete o que éste se encuentra pobremente definido. La regla básica es que la Caja se encuentra obligada a prestar atención médica. Como en los casos anteriores, el INASES analiza en particular la solicitud y se expide sobre el particular.

4- Hacia la Construcción de un Sistema de Información

En las secciones precedentes se analizó, en base a la información disponible por diversas fuentes, el estado de situación del sector salud en Bolivia y el papel desempeñado por el Subsistema de Seguridad Social. Asimismo, se establecieron pautas de comparación entre las principales Cajas de Salud, evidenciando fuertes diferencias en cuanto a tipo de cobertura, recursos disponibles y población beneficiaria de cada una de ellas. Sin embargo, el seguimiento del comportamiento del subsistema de Cajas de Salud, así como el impacto que las reformas potenciales tengan sobre el mismo requiere del cumplimiento de tres herramientas adicionales:

- 1- Seleccionar un grupo reducido de indicadores para dar seguimiento a los cambios ocurridos dentro del subsistema.
- 2- Diseñar un grupo adicional de indicadores que reflejen cambios en el mismo a partir de las reformas introducidas.
- 3- Establecer un conjunto de indicadores de contexto que brinde una visión del escenario donde las reformas se producen y dentro del cual el Subsistema de Cajas de Salud se desenvuelve.

A continuación se presenta el Cuadro 19, que intenta resumir en un conjunto de veinticuatro indicadores las principales enseñanzas obtenidas a lo largo de las secciones precedentes. Este listado de indicadores es indicativo y no necesariamente excluyente la posibilidad de incorporar otros alternativos. En todo caso, constituyen una propuesta de trabajo que requiere de un debate dentro de la sociedad y las autoridades a cargo de las reformas, a fin de establecer su importancia relativa, su oportunidad y su utilidad al momento de la toma de decisiones.

Cada uno de ellos se asocia con diferentes objetivos a ser alcanzados por una reforma de un sistema de seguridad social, tales como cobertura, utilización, equidad, solidaridad, sustentabilidad, financiamiento, etc. y brindan una visión de los diferentes elementos que componen el funcionamiento actual del subsistema.

Cuadro 19: Indicadores Escogidos

Tipo	Indicador	Valor (1999-2000)		Fuente
Gasto	Participacion de la Seguridad Social en el Gasto Publico en Salud	14,52%		INE Ctas. Nac.
Cobertura	Cobertura Teorica de la Seguridad Social	25,8%	1	INASES
Cobertura	Afiliacion Declarada al Sistema de Seguridad Social	19,60%	1	INE EDH 99
Cobertura	Gap de Cobertura Declarada	25%	1	
Utilizacion	Utilizacion Sistema de Aseguramiento Social (Publico + Seguridad Social)	35,73%	1	INE EDH 99
Utilizacion	Utilizacion Sistema de Aseguramiento Social (Cajas unicamente)	7,07%	1	INE EDH 99
Cobertura	Cobertura efectiva de las Cajas	46%	1	
Equidad de acceso	Porcentaje de la poblacion enferma que no acude por razones de costos	36,9%	1	INE EDH 99
Equidad de afiliacion	Equidad en afiliacion por niveles de ingreso	2,75	2	INE EDH 99
Equidad de uso	Equidad de uso por niveles de ingreso	3,78	2	INE EDH 99
Equidad de afiliacion	Equidad de afiliacion por zona de residencia	4,11	2	INE EDH 99
Equidad de uso	Equidad de uso por zona de residencia	8,22	2	INE EDH 99
Sustentabilidad	Tasa beneficiarios / afiliados	2,62	3	INASES
Sustentabilidad	Tasa de crecimiento teorico de la Seguridad Social (1997 - 2000)	6,69		INASES
Sustentabilidad	Participacion pacientes Seguro Nacional de Vejez / Beneficiarios Seguridad Social	1		INASES
Eficacia	Tasa Consultas / Medicos (1994 - 2000)	8%	3	INASES
Eficacia	Tasa Cesareas / Medicos (1994 - 2000)	2,4%	3	INASES
Eficacia	Tasa Costo de consulta / Medicos (1994 - 2000)	44,8%	3	INASES
Cobertura	Tasa Cobertura CNS / Total Seguridad Social	90,76%	3	INASES
Cobertura	Tasa Recursos CNS / Total Seguridad Social	59,96%	3	INASES
Solidaridad	Dispersion maxima en Tasa Cobertura Beneficiarios / Cotizantes entre Cajas	2,6		INASES
Solidaridad	Dispersion maxima en Tasa Financiamiento Beneficiarios / Cotizantes entre Cajas	10		INASES
Solidaridad	Dispersion maxima superavit entre Cajas Seguridad Social	B\$ 314,71		INASES
Absorcion de riesgo	Tasa promedio establecimientos / Financiamiento de la Seguridad Social	0,59	3	INASES

1: Disponibilidad de datos a nivel de piso ecologico y por zona urbana y rural.

2: Informacion disponible por departamento

3: Informacion disponible por Caja de Seguridad Social

Los Cuadros 20 y 20(continuación) presentan un conjunto adicional de indicadores de reforma propuestos a nivel de unidad prestadora de servicios de salud (UPS), municipio, departamento y caja de salud. Cada uno de estos niveles de gestión cuenta con indicadores asociados con los principales componentes de una reforma, a saber:

- Planeamiento y Gestión
- Regulación
- Financiamiento
- Gasto
- Abastecimiento de Medicamentos
- Cogestión
- Descentralización
- Incentivos

En algunos de estos casos el indicador inicial no podrá ser calculado, o su valor será cero para la actual situación de las Cajas bolivianas de salud, dado que no existen cambios en ese renglón de reforma. Sin embargo, los mismos se incorporan como indicativos de índices que posiblemente requerirán de su recolección futura, dependiendo de las características de la reforma emprendida.

Los cuadros cuentan con seis columnas. En la primera de ellas se define el tipo de indicador, relacionado con una de los ocho componentes mencionados arriba. Las columnas segunda y tercera presentan el nombre del indicador y su código respectivo. En la cuarta se describe el indicador y la quinta establece el modo de construcción. Finalmente la sexta columna muestra la unidad de salud o dependencia encargada de su recolección.

El nivel de UPS presentado como modelo cuenta con 21 indicadores. Los niveles de municipio, departamento y Caja son acumulativos o agregados, provenientes originariamente de las UPSs, (ejemplo: porcentaje de UPSs licenciadas sobre el total, a nivel área, región y nación). Estos indicadores agregados permitirán establecer líneas de política general ya sea desde el Ministerio de Salud y Previsión como de los niveles locales, y todos ellos serán consistentes desde una perspectiva de sistema. La agregación puede ser simple (número de regiones con presupuesto aprobado localmente a término), o ponderado por denominadores tales como población, población objetivo (pobres, mujeres, indígenas, campesinos). Los casos presentados en las tablas ponderan los indicadores por población teóricamente cubierta por cada UPS, a modo de ejemplo.

Cuadro 20: Indicadores de Reforma, nivel Unidad Prestadora de Servicios de Salud

Tipo de Indicador	Nombre	Código	Descripción	Construcción del Indicador	unidad de medición
Planeamiento	Plan Operativo UPS	PO4	existencia de un plan operativo anual de la UPS	el indicador toma valor 1 si existe plan operativo a nivel de la UPS, y valor 0 si el plan no existe.	UPS
Regulación	Regulación UPS	Reg4	Licenciamiento de la UPS	el indicador toma valor 1 si la UPS fue licenciada, y valor 0 si no lo está.	UPS
Financiamiento	Fondos Municipales en la UPS	FMun4	% del presupuesto ejecutado en la UPS que proviene de fondos municipales directos	$\frac{(\$ \text{ presupuesto ejecutado de UPS, de origen municipal}) * 100}{\text{Total fondos de la UPS}}$	UPS
	Fondos Nacionales en la UPS	FNac4	% del presupuesto ejecutado en la UPS que proviene de fondos nacionales	$\frac{(\$ \text{ presupuesto ejecutado de UPS, de origen nacional}) * 100}{\text{Total fondos de la UPS}}$	UPS
	Fondos PRIESS/BID en la UPS	FBid4	% del presupuesto ejecutado en la UPS que proviene de fondos del proy. PRESS/BID	$\frac{(\$ \text{ presupuesto ejecutado de UPS, de origen BID}) * 100}{\text{Total fondos de la UPS}}$	UPS
	Fondos USAID en la UPS	FUsaid4	% del presupuesto ejecutado en la UPS que proviene de fondos de USAID	$\frac{(\$ \text{ presupuesto ejecutado de UPS, de origen USAID}) * 100}{\text{Total fondos de la UPS}}$	UPS
	Fondos ASDI/OPS en la UPS	FOps4	% del presupuesto ejecutado en la UPS que proviene de fondos del proy. ASDI/OPS	$\frac{(\$ \text{ presupuesto ejecutado de UPS, de origen OPS}) * 100}{\text{Total fondos de la UPS}}$	UPS
	Fondos Recuperados en la UPS	FRec4	% del presupuesto ejecutado en la UPS que proviene de fondos recuperados	$\frac{(\$ \text{ presup.ejecutado de UPS, de origen recuperación de costos}) * 100}{\text{Total fondos de la UPS}}$	UPS
Gasto	Participación Privada en la UPS	PPriv4	% del presupuesto ejecutado en la UPS que se utiliza para abonar servicios a terceros	$\frac{(\$ \text{ presup.ejecutado de UPS usados para pago a privados}) * 100}{\text{Total fondos de la UPS}}$	UPS
	Medicamentos en la UPS	Farma0 4	% del presupuesto ejecutado en la UPS que se utiliza para comprar medicamentos	$\frac{(\$ \text{ presup.ejecutado de UPS usados para compra de medicamentos}) * 100}{\text{Total fondos de la UPS}}$	UPS

Cuadro 20(cont.): Indicadores de Reforma, nivel Unidad Prestadora de Servicios de Salud

Tipo de Indicador	Nombre	Código	Descripción	Construcción del Indicador	unidad de medición
Abastecimiento de Medicamentos	Medicamentos 1 en la UPS	FPenic4	días de desabastecimiento mensual en la UPS de penicilina	número de días promedio por mes sin stock de penicilina en la UPS	UPS
	Medicamentos 2 en la UPS	FLitro4	días de desabastecimiento mensual en la UPS de litrosol	número de días promedio por mes sin stock de litrosol en la UPS	UPS
	Medicamentos 3 en la UPS	FPrenat4	días de desabastecimiento mensual en la UPS de vitaminas prenatales	número de días promedio por mes sin stock de vitaminas prenatales en la UPS	UPS
	Medicamentos 4 en la UPS	FAntic4	días de desabastecimiento mensual en la UPS de anticonceptivos orales	número de días promedio por mes sin stock de anticonceptivos orales en la UPS	UPS
Cogestión	índice de cogestión en la UPS	Cogest4	participación de los fondos municipales en términos de los fondos nacionales en la UPS	FMun4 / FNac4	UPS
Descentralización	contratos descentralizados en la UPS	DContr4	% del personal de la UPS no pagado por el gob.central	$\frac{\text{(no. personal de salud en la UPS pagada con fondos no nacionales)}}{\text{no. total de personal de salud trabajando en UPS}} * 100$	UPS
	porcentaje de sueldos descentraliz., UPS	DSalar4	% de los salarios del personal de salud pagado por UPS	$\frac{\text{(dinero con origen en el área destinado al pago de salarios de UPS)}}{\text{suma total de salarios del personal médico de la UPS}} * 100$	UPS
	selección de personal descentraliz., UPS	DSelec4	% del personal técnico seleccionado por el director de UPS	$\frac{\text{(total del personal técnico seleccionado por el director de la UPS)}}{\text{no. total de personal técnico de la UPS}} * 100$	UPS
Incentivos	incentivos monetarios	IMon4	% salarios de UPS asociados con desempeño	$\frac{\text{(salarios pagados a personal de salud y asociado con desempeño)}}{\text{suma total de salarios del personal de salud de la UPS}} * 100$	UPS
	evaluación de desempeño	Eval4	% personal UPS que cuenta con evaluación de desempeño	$\frac{\text{(# personal técnico de UPS con evaluación de desempeño)}}{\text{\# personal técnico de la UPS}} * 100$	UPS
	incentivos no monetarios	INMon4	# de horas de capacitación por personal de salud del UPS	$\frac{\text{(# horas (promedio mes) de capacitación a personal técnico de UPS)}}{\text{\# personal técnico de la UPS}} * 100$	UPS

Finalmente, el Cuadro 21 presenta un grupo propuesto de indicadores que permitan entrelazar los resultados del sistema no solo con la realidad del sector salud, sino también con el marco macroeconómico y social en el cual las Cajas de salud se posicionan ante los cambios promovidos por la reforma.

A estos indicadores tradicionales de contexto, se sugiere agregar algunos relacionados con catástrofes naturales que puedan influir negativamente en el desempeño del sector salud, independientemente de su organización y capacidad efectiva. Algunos indicadores sugeridos, que reflejan estos tipos de fenómenos son: milímetros llovidos durante el período, o porcentaje de la población de la UPS o el área evacuada a partir del fenómeno, etc.

Cuadro 21: Indicadores de Contexto - 1999

Indicador		Valor
Poblacion Total (en millones)	-a-	8,137,113
Poblacion Urbana (en %)	-a-	62,9
Poblacion en Extrema Pobreza (en %)	-a-	36,8
Poblacion Pobre (Extrema y no-Extrema Pobreza, en %)	-a-	62,7
Poblacion Economicamente Activa (en %)	-a-	64,20
Poblacion Desempleada (en % del total)	-a-	4,33
Producto Bruto Interno per Capita (en US\$ Internacionales)	-b-	2,300
Indice de Precios al Consumidor (1991=100)	-a-	188,7
Tipo de Cambio Oficial, para la compra (en \$B)	-c-	5,8
Indice de Desarrollo Humano	-d-	0.643

Fuentes:

- a- Instituto Nacional de Estadísticas
- b- Banco Mundial, World Development Report, 2000.
- c- Banco Central de Bolivia
- d- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe de Desarrollo Humano, 2000.

5- Conclusiones

El diseño de un grupo de indicadores tiene como fin dar seguimiento a la política de salud al mismo tiempo que permite identificar éxitos y fracasos de su implementación.

Para ello es necesario contar con indicadores que no sólo reflejen resultados, sino también consideren aquellos factores que afectan la evolución de los mismos, y que se han identificado como asociados con los objetivos, el contexto, los recursos del sistema y las reformas producidas.

El grupo de indicadores necesarios para llevar a cabo esta estrategia de seguimiento y evaluación debe ser limitado y, en lo posible, basado en información

de recolección usual, a fin de facilitar el análisis, asegurar la calidad de la información y evitar inconvenientes asociados con la falta de incentivos en la búsqueda y procesamiento de datos. La tarea desarrollada a lo largo de este trabajo permite establecer el nivel de frecuencia de la información recogida, su fuente y sus posibles limitaciones.

A partir de un grupo reducido de indicadores pueden establecerse medidas de equidad en acceso, calidad, cobertura, etc., que servirán no sólo para establecer las mejoras absolutas en los estándares de salud del sistema de seguridad social del país, sino relativas entre grupos sociales y a través del tiempo.

El proceso de diseño, recolección y análisis de indicadores requiere de una labor participativa en todos los niveles de gestión del sistema de salud, a fin de garantizar la oportunidad, la utilidad y la calidad del proceso de seguimiento.

En los hechos, la información provista por el Instituto Nacional de Estadística, por vía de sus diversas fuentes, y el INASES permitiría poner en práctica un sistema como el propuesto. Sin embargo, existen ciertos elementos ausentes que hacen a la relación estratégica entre los actores participantes (Cajas de Salud, Ministerio de Salud y Previsión y entidades departamentales y locales de salud). Ellos se asocian con la medición de los costos y subsidios existentes entre unos y otros, fundamentalmente relacionados con las prestaciones de servicios a los pacientes de los Seguros Básico de Salud y de Vejez, como así también los mecanismos de transferencias de fondos entre la Secretaría de Hacienda y las Cajas de Salud. Un esfuerzo en esta dirección permitirá completar la información necesaria para generar el debate sobre los mecanismos idóneos para desarrollar la reforma de salud en el Subsistema de Seguridad Social.

6- Referencias

- Banco Interamericano de Desarrollo (2000) *La Reforma de las Cajas de Salud en Bolivia*, mimeo.
- Banco Mundial (2001) *World Development Report, 2000/2001*, Oxford University Press, Washington DC.
- Bolivia, (2001) *Código de Seguridad Social, su reglamento y normas complementarias*.
- Bolivia, INASES, (2000) *Los Seguros de Salud en Cifras*.
- Bolivia, INASES (2000) *Anuario Bioestadístico. Los Seguros de Salud en Bolivia*.
- Bolivia, INASES (2000) *Anuario Bioestadístico. Instituciones de los Seguros de Salud*.
- Bolivia, Instituto Nacional de Estadísticas (2001) *Encuesta de Hogares – 1999*.
- Bolivia, Instituto Nacional de Estadísticas, página web
- Bolivia, Ministerio de Desarrollo Humano, (1993) *Mapa de Pobreza: una guía para la acción social*, UDAPSO, INE, UPP, UDAPE.
- Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social, (1998) *Bolivia: Estudio sobre cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud*, mimeo.
- Bolivia: Ministerio de Hacienda, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, (1998) *Primer censo de gobiernos municipales*, Unidad de Economía y Finanzas Municipales.
- Bolivia, información proveniente de la Contaduría General del Estado, Area de Estadísticas Fiscales.
- Bolivia, información proveniente del Ministerio de Hacienda, Sistema Nacional de Inversión Pública.
- Bolivia, información proveniente del Ministerio de Salud y Previsión Social, Sistema Nacional de Información en Salud, página web.
- Bolivia, información proveniente de la Superintendencia de Pensiones, Seguros y Valores.
- Caja de Salud de la Banca Privada, *Anuario Estadístico*, varios períodos.
- Caja Nacional de Salud, Información estadística, varios períodos.
- Caja Petrolera de Salud, *Anuario Estadístico de Servicios Médicos*, varios períodos.
- Gilson, Lucy (1997) *Implementing and Evaluating Health Reform Processes: lessons from the literature*, PHR - Major Applied Research 1 WP1.
- Colina, J. (2001) *Propuesta para la Reconversión de la Caja Nacional de Salud de Bolivia*, Informe Final de Consultoría, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Maceira, D. (2001a) *Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe*, Iniciativa Reforma del Sector Salud, Ediciones Especiales no.3, OPS-USAID-PHR-FPMD-DDM.

- Maceira, D. (2001b) *Gasto Social, Equidad y Descentralización en Bolivia*, Banco Interamericano de Desarrollo, en prensa.
- Organización Panamericana de la Salud (1998) *Salud en las Américas*.
- Organización Panamericana de la Salud (2000) *Anuario Epidemiológico*, Representación Bolivia.
- Partnerships for Health Reform (1998) *Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia, Informe sobre Iniciativas Especiales* no.8, Abt Associates, Bethesda, Maryland, USA.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2000) *Informe de Desarrollo Humano*.

A N E X O S

Cuadro A1: BOLIVIA: POBLACIÓN ESTIMADA POR AÑO SEGÚN DEPARTAMENTO Y ÁREA GEOGRÁFICA , 1991-2000 (1)

DEPARTAMENTO Y ÁREA GEOGRÁFICA	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	6.732.980	6.897.095	7.065.210	7.237.423	7.413.834	7.588.392	7.767.059	7.949.933	8.137.113	8.328.700
Área Urbana	3.739.188	3.895.282	4.058.258	4.228.429	4.406.129	4.576.132	4.751.190	4.931.398	5.116.850	5.307.639
Área Rural	2.993.792	3.001.813	3.006.952	3.008.993	3.007.705	3.012.261	3.015.869	3.018.535	3.020.263	3.021.061
CHUQUISACA	475.835	487.606	499.638	511.937	524.507	537.033	549.835	562.917	576.286	589.948
Área Urbana	148.746	155.800	163.189	170.927	179.033	186.973	195.226	203.802	212.711	221.963
Área Rural	327.088	331.806	336.449	341.009	345.474	350.060	354.609	359.115	363.575	367.985
LA PAZ	2.010.728	2.052.203	2.094.408	2.137.353	2.181.050	2.224.552	2.268.824	2.313.877	2.359.724	2.406.377
Área Urbana	1.237.036	1.281.268	1.327.082	1.374.534	1.423.682	1.471.542	1.520.470	1.570.471	1.621.549	1.673.709
Área Rural	773.692	770.935	767.326	762.820	757.368	753.010	748.354	743.406	738.175	732.668
COCHABAMBA	1.194.630	1.228.388	1.263.025	1.298.561	1.335.017	1.371.087	1.408.071	1.445.990	1.484.867	1.524.724
Área Urbana	590.457	617.338	645.443	674.828	705.550	736.512	768.595	801.825	836.232	871.844
Área Rural	604.173	611.050	617.582	623.733	629.467	634.575	639.476	644.165	648.635	652.880
ORURO	365.401	368.197	370.991	373.785	376.577	380.030	383.498	386.981	390.478	393.991
Área Urbana	230.006	234.373	238.823	243.357	247.978	252.914	257.888	262.898	267.942	273.020
Área Rural	135.395	133.824	132.168	130.427	128.599	127.115	125.610	124.083	122.536	120.971
POTOSÍ	695.812	703.861	711.961	720.111	728.311	737.424	746.618	755.895	765.254	774.696
Área Urbana	221.562	227.327	233.242	239.311	245.538	252.044	258.700	265.507	272.468	279.585
Área Rural	474.250	476.534	478.719	480.800	482.773	485.380	487.919	490.388	492.786	495.111
TARIJA	305.192	315.185	325.486	336.104	347.047	357.623	368.506	379.704	391.225	403.079
Área Urbana	161.781	170.108	178.863	188.069	197.749	207.209	217.038	227.246	237.841	248.835
Área Rural	143.411	145.077	146.623	148.035	149.298	150.414	151.468	152.459	153.384	154.244
SANTA CRUZ	1.359.095	1.405.199	1.452.781	1.501.884	1.552.554	1.601.516	1.651.951	1.703.901	1.757.410	1.812.522
Área Urbana	956.605	1.006.391	1.058.768	1.113.870	1.171.841	1.223.992	1.277.809	1.333.326	1.390.575	1.449.592
Área Rural	402.490	398.809	394.013	388.013	380.713	377.524	374.142	370.575	366.834	362.930
BENI	281.101	289.994	299.150	308.576	318.281	327.336	336.633	346.180	355.983	366.047
Área Urbana	182.076	191.036	200.437	210.300	220.648	230.029	239.703	249.674	259.948	270.529
Área Rural	99.025	98.958	98.713	98.277	97.633	97.306	96.930	96.506	96.035	95.518
PANDO	45.186	46.462	47.770	49.113	50.490	51.791	53.124	54.488	55.885	57.316
Área Urbana	10.919	11.641	12.412	13.233	14.109	14.915	15.762	16.650	17.583	18.560
Área Rural	34.267	34.820	35.358	35.880	36.381	36.876	37.362	37.838	38.303	38.756

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

(1) Incluye omisión censal

Cuadro A2:

BOLIVIA: POBLACIÓN POR CONDICIÓN DE POBREZA SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA, PISO ECOLÓGICO Y DEPARTAMENTO, 1999-2000

(En porcentaje)

DESCRIPCIÓN	AÑO 1999				AÑO 2000 ^(p)			
	NO POBRE ⁽¹⁾	POBRE NO EXTREMO ⁽²⁾	POBRE EXTREMO ⁽³⁾	TOTAL	NO POBRE ⁽¹⁾	POBRE NO EXTREMO ⁽²⁾	POBRE EXTREMO ⁽³⁾	TOTAL
POBLACIÓN TOTAL	2.988.781	2.071.192	2.940.825	8.000.798	3.208.750	2.101.633	2.969.784	8.280.167
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
ÁREA GEOGRÁFICA								
Área urbana	81,72	67,76	40,45	62,94	82,93	67,30	40,35	63,69
Área rural	18,28	32,24	59,55	37,06	17,07	32,70	59,65	36,31
PISO ECOLÓGICO								
Altiplano	35,09	34,91	56,30	42,84	36,18	33,43	51,38	40,93
Valle	27,96	34,28	29,47	30,15	29,44	33,70	32,51	31,63
Llano	36,95	30,80	14,23	27,01	34,38	32,87	16,12	27,44
DEPARTAMENTO								
Chuquisaca	3,67	5,32	11,77	7,07	3,99	7,01	10,52	7,10
La Paz	27,72	24,41	33,91	29,14	28,92	30,87	27,35	28,85
Cochabamba	17,77	22,82	15,59	18,28	18,44	16,30	19,71	18,35
Oruro	4,27	3,94	5,88	4,78	3,68	4,35	6,23	4,77
Potosí	4,73	7,58	15,57	9,45	6,56	3,86	16,12	9,31
Tarija	5,25	5,76	3,68	4,80	4,46	6,47	4,06	4,83
Santa Cruz	29,98	23,60	11,58	21,56	28,00	25,33	12,39	21,73
Beni y Pando	6,63	6,56	2,03	4,92	5,94	5,79	3,62	5,07

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Nota: Para la estimación de pobreza se utilizó el método de línea de pobreza, que consiste en comparar el nivel de ingreso en el área urbana y consumo en el área rural, respecto al valor de la línea de pobreza, que representa la valoración de una canasta de alimentos y otras necesidades básicas (educación, salud, vivienda, etc.).

⁽¹⁾. No Pobre: persona en cuyo hogar el ingreso (consumo) per cápita se encuentra sobre o por encima de la línea de pobreza, es decir, satisface sus necesidades de alimentación, educación, vivienda, servicios básicos, etc..

⁽²⁾. Pobre no extremo: persona en cuyo hogar el ingreso (consumo) per cápita se encuentra por debajo de la línea de pobreza, la cual determina la norma de satisfacción de necesidades en alimentación, educación, vivienda, servicios básicos, etc..

⁽³⁾. Pobre extremo: persona en cuyo hogar el ingreso (consumo) per cápita se encuentra por debajo de la línea de indigencia, la cual determina la norma de satisfacción únicamente de la necesidad alimentaria.

Cuadro A3:
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO POR INDICADORES UTILIZADOS EN SU CONSTRUCCIÓN SEGÚN RANKING DE LOS PAÍSES EN EL IDH, 1998

RANKING DE PAÍSES EN EL IDH	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años) 1998	TASA DE ALFABETIZACIÓN DE ADULTOS (% edad 15 y superior) 1998	TASA BRUTA DE MATRICULACIÓN (PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA COMBINADAS) (%) 1998	PIB PER CÁPITA (PPA en dólares) 1998	ÍNDICE DE ESPERANZA DE VIDA	ÍNDICE DE ESCOLARIDAD	ÍNDICE DE PIB	ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)	CLASIFICACIÓN SEGÚN PIB PER CÁPITA (PPA en dólares) MENOS CLASIFICACIÓN SEGÚN IDH (1)
Total Mundial	66,9	78,8	64	6.526	0,70	0,74	0,70	0,712	ND
Alto desarrollo humano	77,0	98,5	90	21.799	0,87	0,96	0,90	0,908	ND
Desarrollo humano medio	66,9	76,9	65	3.458	0,70	0,73	0,59	0,673	ND
Desarrollo humano bajo	50,9	48,8	37	994	0,43	0,45	0,38	0,421	ND
Todos los países en desarrollo	64,7	72,3	60	3.270	0,66	0,68	0,58	0,642	ND
América Latina y el Caribe	69,7	87,7	74	6.510	0,74	0,83	0,70	0,758	ND
30 Barbados	76,5	97,0 (3),(4)	80	12.001 (4),(5)	0,86	0,91	0,80	0,858	9
33 Bahamas	74,0	95,5	74	14.614	0,82	0,88	0,83	0,844	(1)
35 Argentina	73,1	96,7	80	12.013	0,80	0,91	0,80	0,837	3
37 Antigua y Barbuda	76,0 (3)	95,0 (3),(4)	78 (2)	9.277	0,85	0,89	0,76	0,833	9
38 Chile	75,1	95,4	78	8.787	0,83	0,90	0,75	0,826	9
39 Uruguay	74,1	97,6	78	8.623	0,82	0,91	0,74	0,825	9
47 Saint Kitts y Nevis	70,0 (3)	90,0 (3),(4)	79 (2)	10.672	0,75	0,86	0,78	0,798	(7)
48 Costa Rica	76,2	95,3	66	5.987	0,85	0,85	0,68	0,797	18
50 Trinidad y Tobago	74,0	93,4	66	7.485	0,82	0,84	0,72	0,793	5
51 Dominica	76,0 (3)	94,0 (4),(6)	74 (2)	5.102	0,85	0,87	0,66	0,793	27
54 Granada	72,0 (3)	96,0 (3),(4)	76 (2)	5.838	0,78	0,89	0,68	0,785	13
55 México	72,3	90,8	70	7.704	0,79	0,84	0,73	0,784	(3)
56 Cuba	75,8	96,4	73	3.967 (7)	0,85	0,89	0,61	0,783	40
58 Belice	74,9	92,7	73	4.566	0,83	0,86	0,64	0,777	25
59 Panamá	73,8	91,4	73	5.249	0,81	0,85	0,66	0,776	14
65 Venezuela	72,6	92,0	67	5.808	0,79	0,84	0,68	0,770	3
67 Suriname	70,3	93,0 (3),(4)	80	5.161 (4),(5)	0,76	0,89	0,66	0,766	9
68 Colombia	70,7	91,2	71	6.006	0,76	0,85	0,68	0,764	(3)
74 Brasil	67,0	84,5	84	6.625	0,70	0,84	0,70	0,747	(16)
79 San Vicente y las Granadinas	73,0 (3)	82,0 (3),(4)	68 (2)	4.692	0,80	0,77	0,64	0,738	2
80 Perú	68,6	89,2	79	4.282	0,73	0,86	0,63	0,737	7
81 Paraguay	69,8	92,8	65	4.288	0,75	0,84	0,63	0,736	5
83 Jamaica	75,0	86,0	63	3.389	0,83	0,78	0,59	0,735	15
87 República Dominicana	70,9	82,8	70	4.598	0,76	0,79	0,64	0,729	(5)
88 Santa Lucía	70,0 (3)	82,0 (4),(6)	68 (2)	5.183	0,75	0,77	0,66	0,728	(14)
91 Ecuador	69,7	90,6	75	3.003	0,75	0,85	0,57	0,722	17
96 Guyana	64,8	98,3	66	3.403	0,66	0,88	0,59	0,709	1
104 El Salvador	69,4	77,8	64	4.036	0,74	0,73	0,62	0,696	(13)
113 Honduras	69,6	73,4	58	2.433	0,74	0,68	0,53	0,653	2
114 Bolivia	61,8	84,4	70	2.269	0,61	0,80	0,52	0,643	4
116 Nicaragua	68,1	67,9	63	2.142	0,72	0,66	0,51	0,631	4
120 Guatemala	64,4	67,3	47	3.505	0,66	0,61	0,59	0,619	(24)
150 Haití	54,0	47,8	24	1.383	0,48	0,40	0,44	0,440	(7)

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO 2000, NEW YORK-ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA-PNUD.

(1): Una cifra positiva indica que la clasificación según el IDH es más alta que la clasificación según el PIB real per cápita (PPA en dólares); una cifra negativa indica lo contrario.

(2): Estimación de la Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano (OIDH).

(3): Estimación UNICEF 1999.

(4): Los datos se refieren a un año o período distinto del especificado en el encabezamiento de la columna, difieren de la definición normal o se refieren a sólo parte del país.

(5): Heston y Summers 1999.

(6): Estimación UNICEF 1996.

(7): Por cuanto no se dispone del PIB per cápita (PPA en dólares) respecto de Cuba, se usó el promedio subregional ponderado respecto al Caribe.

Nota: El índice de desarrollo humano se ha calculado respecto de 174 países miembros de las Naciones Unidas a cuyo respecto se cuenta con datos acerca de cada uno de sus componentes, así como respecto de dos que no son miembros, Suiza y Hong Kong (China). Los datos de la columna 1 fueron estimados por ONU 1998; columnas 2 y 3 basados en cálculos UNESCO 2000, columna 4, basados en Banco Mundial 2000, columnas 5 a 9, OIDH.

Cuadro A5: BOLIVIA: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD POR AÑO Y SEXO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA, 1999 - 2000
(En porcentaje)

ÁREA GEOGRÁFICA	AÑO 1999			AÑO 2000(p)		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL						
Población en Edad de No Trabajar (PENT)	25,98	27,16	24,82	25,98	27,36	24,65
Población en Edad de Trabajar (PET)	74,02	72,84	75,18	74,02	72,64	75,35
Población Económicamente Activa (PEA)	64,20	72,02	56,78	62,39	71,76	53,69
Ocupados (PO)	95,67	96,30	94,92	95,24	96,09	94,18
Desocupados (PD)	4,33	3,70	5,08	4,76	3,91	5,82
Cesantes (C)	66,17	76,08	57,48	76,73	76,92	76,57
Aspirantes (A)	33,83	23,92	42,52	23,27	23,08	23,43
Población Económicamente Inactiva (PEI)	35,80	27,98	43,22	37,61	28,24	46,31
Temporales (T)	31,25	25,65	34,69	34,91	25,09	40,48
Permanentes (P)	68,75	74,35	65,31	65,09	74,91	59,52
ÁREA URBANA						
Población en Edad de No Trabajar (PENT)	22,84	24,04	21,67	23,43	25,16	21,81
Población en Edad de Trabajar (PET)	77,16	75,96	78,33	76,57	74,84	78,19
Población Económicamente Activa (PEA)	55,94	63,97	48,40	56,05	65,46	47,63
Ocupados (PO)	92,79	93,83	91,51	92,60	93,83	91,08
Desocupados (PD)	7,21	6,17	8,49	7,40	6,17	8,92
Cesantes (C)	65,48	75,64	56,30	76,63	77,70	75,72
Aspirantes (A)	34,52	24,36	43,70	23,37	22,30	24,28
Población Económicamente Inactiva (PEI)	44,06	36,03	51,60	43,95	34,54	52,37
Temporales (T)	29,87	24,42	33,45	33,62	24,36	39,08
Permanentes (P)	70,13	75,58	66,55	66,38	75,64	60,92
ÁREA RURAL						
Población en Edad de No Trabajar (PENT)	31,31	32,38	30,25	30,46	31,05	29,86
Población en Edad de Trabajar (PET)	68,69	67,62	69,75	69,54	68,95	70,14
Población Económicamente Activa (PEA)	79,96	87,16	73,00	74,64	83,25	66,03
Ocupados (PO)	99,52	99,71	99,30	99,07	99,33	98,74
Desocupados (PD)	0,48	0,29	0,70	0,93	0,67	1,26
Cesantes (C)	80,07	88,81	75,88	77,92	66,73	85,47
Aspirantes (A)	19,93	11,19	24,12	22,08	33,27	14,53
Población Económicamente Inactiva (PEI)	20,04	12,84	27,00	25,36	16,75	33,97
Temporales (T)	37,02	32,14	39,26	39,26	27,87	44,88
Permanentes (P)	62,98	67,86	60,74	60,74	72,13	55,12

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
(p): Preliminar

Cuadro A4
BOLIVIA: TENDENCIAS DEL DESARROLLO HUMANO Y DEL
INGRESO PER CÁPITA, 1975-1998

TENDENCIAS DEL DESARROLLO HUMANO Y DEL PIB PER CÁPITA				
AÑO	VALOR DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	B PER CÁPIT (PPA en dólares de 1995)	CAMBIO DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	
			PERÍODO	VALOR
1975	0,512	1.010		
1980	0,546	1.016	1975-1980	0,034
1985	0,571	835	1980-1985	0,026
1990	0,595	836	1985-1990	0,024
1998	0,643	964	1990-1998	0,048

PIB PER CAPITA (PPA en dólares de 1995)						
1975	MENOR VALOR		MAYOR VALOR		1998 ⁽¹⁾	TASA MEDIA ANUAL DE CAMBIO (%) 1975-1998 ⁽¹⁾
	DURANTE EL PERÍODO		DURANTE EL PERÍODO			
	1975-1998 ⁽¹⁾	Año	1975-1998 ⁽¹⁾	Año	1997	
1.010	797	1986	1.073	1978	964	(0,2)

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO 2000, NEW YORK-ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA-PNUD.

NOTA: Valores IDH: cálculos de la ODH; Valores PIB per cápita: cálculos basados en datos sobre PIB y Población de Banco Mundial 2000b.

⁽¹⁾: Los datos pueden referirse a un período más breve que el especificado en los casos en que no se dispone de datos respecto de todos los años.

Cuadro A6: Estadísticas Económicas: Índice de Precios al Consumidor (1990 - 2001)

Bolivia: Índice de Precios al Consumidor por Año según Mes (1991=100),

Serie: 1990 - 2001

MES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Enero	78,68	97,26	107,94	118,22	128,12	139,04	157,64	167,57	181,36	186,99	193,58	199,59
Febrero	78,61	97,52	110,36	119,35	128,82	139,81	161,99	167,89	182,87	187,70	194,38	199,53
Marzo	78,89	98,14	110,94	119,29	128,71	141,11	161,64	167,48	183,25	186,91	195,57	199,08
Abril	79,14	98,62	111,23	119,43	129,34	143,31	161,28	168,41	183,76	186,63	197,46	199,51
Mayo	79,58	99,40	112,00	120,34	130,13	143,98	161,90	169,62	184,33	186,79	195,00	199,15
Junio	81,18	100,15	112,73	121,42	130,75	144,97	162,75	171,21	184,75	187,48	195,38	200,61
Julio	82,63	101,00	113,58	122,77	131,98	145,53	164,59	173,38	185,18	187,85	196,78	203,01
Agosto	83,54	102,03	114,62	124,92	133,60	146,29	166,31	174,53	185,23	188,83	197,56	201,68
Septiembre	84,52	102,46	114,70	125,58	134,41	147,05	166,57	172,70	185,13	189,95	201,20	201,15
Octubre	87,44	103,45	115,29	126,22	135,44	149,82	166,45	173,36	186,96	191,31	203,89	201,30
Noviembre	89,92	104,31	115,86	126,46	137,71	152,50	167,30	173,57	187,01	191,44	198,70	200,85
Diciembre	91,90	105,24	116,25	127,07	137,90	155,24	167,58	178,86	186,72	192,57	199,14	200,98
PROMEDIO ANUAL	83,00	100,80	112,96	122,59	132,24	145,72	163,83	171,55	184,71	188,70	197,39	200,54

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística

Cuadro A7: BOLIVIA: TIPO DE CAMBIO OFICIAL Y PARALELO POR AÑO, 1990 - 2001

((Bolívianos por unidad de dólar americano))

TIPO DE CAMBIO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<i>MERCADO OFICIAL</i>												
Compra	3.16	3.57	3.89	4.26	4.62	4.8	5.07	5.25	5.5	5.8	6.17	6.6
Venta	3.17	3.58	3.9	4.27	4.63	4.81	5.08	5.26	5.51	5.82	6.19	6.62
<i>MERCADO PARALELO (1)</i>												
Compra	3.17	3.58	3.9	4.26	4.62	4.8	5.07	5.25	5.5	5.81	6.18	6.6
Venta	3.19	3.6	3.92	4.28	4.64	4.82	5.09	5.27	5.52	5.83	6.2	6.63

Fuente: BANCO CENTRAL DE BOLIVIA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

(1) Correspondiente a datos diarios de casas de cambio y principales lugares de compra y venta

**Cuadro A8: PBI per capita en US\$ ajustado por ppp
Periodo 1995 - 1999**

Año	PBI per capita
1995	2.130
1996	2.200
1997	2.250
1998	2.290
1999	2.300

Fuente: Banco Mundial