

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

OFICINA LA PAZ



AREA: DESARROLLO

MAESTRIA

“GERENCIA DE PROYECTOS PARA EL DESARROLLO”

GESTION 2007 – 2008

SEGURIDAD SOCIAL: ¿ACCESO O EXCLUSIÓN?

**CASO: CONSULTORES DE LINEA MINISTERIO DE MEDIO
AMBIENTE Y AGUA**

LIC. EVGUENI MARGOT RODRIGUEZ PEREDO

LA PAZ - BOLIVIA

2012

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del grado de magíster de la Universidad Andina Simón Bolívar, autorizo al centro de información o a la biblioteca de la universidad para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las normas de la universidad.

Estoy de acuerdo en que se realice cualquier copia de esta tesis dentro las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica potencial.

También cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar los derechos de publicación de esta tesis, o de partes de ella, manteniendo mis derechos de autor, hasta por un periodo de 30 meses después de su aprobación.

*EVGUENI MARGOT RODRIGUEZ PEREDO
OCTUBRE 2012*

DEDICATORIA

A mis seres queridos: Efraín mi esposo, Martín y Leina mis hijos, de quienes recibí su constante apoyo, tolerancia y confianza para que esta investigación culminara con éxito.

A José mi papito del alma y Enriqueta mi mamita amada, de quienes recibí el ejemplo de lucha y constancia para alcanzar los objetivos propuestos.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer primero de Dios, mi creador que permitió en su infinita bondad la conclusión de este trabajo.

Un agradecimiento sincero a la Lic. Lorena Ticona A. responsable del área Administrativo - Financiera del Ministerio de Medio Ambiente y Agua, quien hizo posible que pueda efectuar el trabajo de campo y contar con la información necesaria para esta investigación.

Para la Lic. Mónica Pacheco un profundo agradecimiento por brindarme su tiempo y sus conocimientos para que pueda cristalizarse este trabajo. Al Dr. Amado García, Lic. Marcelo Ticona, y Lic. Deysi Saavedra por el apoyo brindado.

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto analizar los factores que inciden en la exclusión de los Consultores de Línea de la seguridad social de corto plazo y las diferentes alternativas de solución que adopta este grupo de profesionales, para poder garantizar su bienestar y el de su familia.

Se inicia la investigación con un análisis de la Seguridad Social, su normativa y su cumplimiento, especialmente con los Consultores de Línea, que en las últimas décadas ha cobrado importancia, puesto que son profesionales que poseen el conocimiento necesario para llevar tareas específicas y que contrata el Estado para el cumplimiento de sus objetivos en sus diferentes planes y proyectos.

El tipo de investigación corresponde al Estudio de Caso que tiene carácter descriptivo del fenómeno y cuenta fundamentalmente con instrumentos cuantitativos (encuesta) y como complemento la entrevista que es de carácter cualitativo. Considera también el proceso iterativo que permite una visión globalizadora y específica del problema. El Estudio de Caso que se plantea es no experimental ya que se observan situaciones ya existentes. Es transeccional puesto que el estudio de campo se realiza en un período determinado y la recolección de datos se la hace en un solo momento.

Los resultados obtenidos de las fuentes primarias comprueba la hipótesis planteada, por tanto la necesidad de contar con un Seguro de Salud se hace imprescindible para este sector y es el Estado el que debe plantear alternativas de solución a fin de no excluir a los Consultores de Línea de este beneficio.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	1
1. PROBLEMÁTICA	10
1.1. La seguridad social de largo plazo.....	14
1.1.1. El sistema de reparto.....	14
1.1.1.1. Bolivia.....	16
1.1.2. El sistema de capitalización individual.....	18
1.1.2.1. Bolivia.....	19
1.2. Seguridad social de corto plazo.....	20
1.2.1. Seguro de salud en Bolivia.....	20
1.2.1.1. Subsector público.....	21
1.2.1.2. Subsector de la seguridad social.....	22
1.2.1.3. Subsector privado.....	22
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	25
2.1. Relevancia científica.....	25
2.2. Relevancia humana.....	25
2.3. Relevancia contemporánea.....	26
II. DESARROLLO	
CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO	28
1.1. Teoría de la seguridad social.....	28
1.2. Teoría del desarrollo humano.....	33
1.3. Teoría de la exclusión social.....	37
CAPÍTULO 2. ESTUDIO DE CASO	43
2.1. Descripción del caso.....	43
CAPÍTULO 3 DISEÑO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.1. Pregunta de investigación.....	47
3.2. Hipótesis.....	47
3.3. Objetivo general.....	48
3.4. Objetivos específicos.....	48
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	49
4.1. Diseño de la investigación.....	51
4.2. Recopilación de datos.....	51

CAPÍTULO 5 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	53
5.1. Fuentes primarias de recolección de datos.....	53
5.1.1. Sexo y estado civil.....	53
5.1.2. Consultor de línea.....	55
5.1.3. El consultor y el acceso a la seguridad social.....	59
5.2. Fuentes secundarias de información.....	63
5.2.1. INE e INSS.....	63
5.2.2. Informe de Desarrollo Humano.....	69
5.2.3. Seguro de Salud.....	75
5.2.4. Ministerio de Medio Ambiente y Agua.....	81
5.3. Evaluación de resultados.....	91
III. CONCLUSIONES	96
IV. RECOMENDACIONES	101
V. BIBLIOGRAFÍA	102
ANEXOS	

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Participación de los trabajadores independientes en los programas de capitalización.....	6
Cuadro 2	Bolivia: Instituto Nacional de Seguros de Salud- Relación de la población de Bolivia y los seguros de corto plazo por Departamento – Gestión 2010.....	65
Cuadro 3	Cobertura Total por seguros de salud y población desprotegida según encuestas de Hogares 2007, 2008 y 2009.....	65
Cuadro 4	INASES: Número de trabajadores afiliados aportantes al Sistema de seguridad social. Gestión 2010.....	66
Cuadro 5	Área urbana: composición de la población ocupada en el Sector informal.....	74
Cuadro 6	Cobertura del sector público de salud. Bolivia 2001 y 2009.....	77
Cuadro 7	MMAyA: Presupuesto vigente gestión 2011 por unidades Ejecutoras.....	82
Cuadro 8	Presupuesto quinquenal por área de éxito (\$us.).....	84
Cuadro 9	Devengados por categoría programática (consultores) 2011.....	85
Cuadro 10	Ejecución del presupuesto por nivel de asignación 2012.....	87
Cuadro 11	Cobertura de la seguridad social de corto plazo en Bolivia Entre 1956 y 2010.....	92
Cuadro 12	Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según Departamento, 2009.....	95

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Ramas de la seguridad social: países con programas Obligatorios o con disposición limitada. 2010.....	4
Gráfico 2	Sexo.....	54
Gráfico 3	Estado civil.....	54
Gráfico 4	Número de hijos.....	55
Gráfico 5	Tiempo de consultor.....	55
Gráfico 6	Tiempo de consultor del MMAyA.....	56
Gráfico 7	Edad.....	57
Gráfico 8	Ingresos.....	57
Gráfico 9	Profesión.....	58
Gráfico 10	Cuenta con seguro de salud.....	60
Gráfico 11	Tipo de seguro de salud.....	61
Gráfico 12	Conforme con el seguro de salud con que cuenta.....	61
Gráfico 13	Como soluciona los problemas de salud.....	62

Gráfico 14	Tipo de seguro de salud que le gustaría contar.....	63
Gráfico 15	Bolivia: Población Bolivia – Población Seguridad Social.....	67
Gráfico 16	Pirámide de población por sexo y grupos de edad 2010.....	68
Gráfico 17	Componentes del Índice de Desarrollo Humano.....	70
Gráfico 18	Evolución del Desarrollo Humano y sus componentes (1975 – 2007).....	71
Gráfico 19	La divergencia interna en el desarrollo humano departa- mental (1976-2007).....	71
Gráfico 20	Tipo de empleo según estrato.....	73
Gráfico 21	Estructura del Empleo por forma de organización de trabajo.....	75
Gráfico 22	Sector salud de Bolivia.....	76
Gráfico 23	Flujos de recursos financieros y de servicios en el Sector de la salud de Bolivia.....	79
Gráfico 24	Aseguramiento 2006 – 2007.....	80
Gráfico 25	Organigrama Ministerio de Medio Ambiente y Agua.....	81
Gráfico 26	Presupuesto aprobado PGE vs Ejecutado 2006-2011.....	83
Gráfico 27	Repartición de afiliados según Institución aseguradora 2010.....	94
Gráfico 28	Curva de Lorenz para repartición de la cobertura por Seguros	120

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Código de Seguridad Social.....	106
Anexo 2	Bolivia: Proyección de la población económicamente Activa Urbana, según departamentos 1990 – 2010.....	108
Anexo 3	Bolivia: Distribución de la población económicamente Activa ocupada por género y zonas geográficas según Inserción laboral 1997-2004 (porcentajes).....	108
Anexo 4	Ley de Pensiones, 29 de noviembre de 1996.....	109
Anexo 5	Ley de Pensiones, 10 de diciembre de 2010.....	111
Anexo 6	Bolivia: Principales variables socio-económicas.....	113
Anexo 7	Procedimiento para la construcción de un instrumento de Medición.....	114
Anexo 8	Guía de Encuesta.....	117
Anexo 9	Guía de Entrevista.....	118
Anexo 10	Tasa de cobertura reportada por seguro según calidad de Atención, 2009.....	119

CAPÍTULO 1: INTRODUCCION

La Revolución Industrial trajo consigo un cambio en el ámbito económico y social en el mundo. Las condiciones de empleo iniciaron un proceso de transformación, *humanizando* las reglas del trabajo después de la segunda mitad del siglo XX. El cambio se produjo por la lucha constante de los trabajadores de Europa como de Estados Unidos, consiguiendo paulatinamente diferentes derechos desde la libertad, la igualdad, la jornada laboral de ocho horas y el beneficio de la seguridad social entre los más importantes que buscaban una justicia social.

A raíz de la iniciativa de los trabajadores alemanes, la Seguridad Social se extendió por el mundo, muchos pensadores filósofos, psicólogos, políticos, economistas aportaron para que se sienten las bases técnicas, sociales y económicas de la seguridad social. Se crearon organizaciones internacionales como la Organización Internacional del Trabajo¹ y una unidad especializada la Asociación Internacional de Seguridad Social² dependiente de la OIT, encargadas de proteger al trabajador promoviendo políticas de empleo y seguridad social.

Al interior de la OIT los países participantes efectuaron diferentes acuerdos en temas como las horas de trabajo, prevención de desempleo, salario digno, protección del trabajador contra enfermedades o accidentes de su trabajo, pensión de vejez e invalidez y otros; todos ellos referentes al bienestar del trabajador. Sin embargo, no todas las normativas emergentes de diferentes acuerdos fueron y son cumplidas por los países miembros, tasas crecientes de desempleo, incremento en el grupo de trabajadores en empleos informales, baja cobertura de la seguridad social, son algunos de los problemas de las sociedades de este nuevo siglo.

¹ Organización Internacional del Trabajo (OIT) creada en 1919.

² Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) fundada en 1927.

La seguridad social es un tema jurídico - legal importante que a través de normas, principios, valores y leyes busca garantizar que la población cuente con sus beneficios, dando origen al Derecho del Trabajo que es un conjunto de principios y normas jurídicas que regulan las relaciones entre empleadores y trabajadores.

También es un campo de acción de la Economía, puesto que tiene que ver con estructuras laborales relacionadas directamente con el comportamiento económico del país. Lo cierto es que la seguridad social muchas veces se ha visto vulnerada con los cambios económicos que se han producido en las sociedades modernas.

La relación de dependencia del trabajador con el empleador y las responsabilidades sociales de éste con el trabajador ha ido cambiando a lo largo del tiempo, debido a la nueva concepción de la economía actual. Esta nueva tendencia ha modificado la estructura laboral, que a mediados del siglo XX tenía características de empleos formales.

Con la “globalización” y la migración rural-urbana se provoca un incremento en el empleo informal que tiene consecuencias sobre la economía y la seguridad social en países en desarrollo y en vías de desarrollo. Es un fenómeno propio del modelo capitalista que produce excedentes que no es posible distribuir por el mercado formal. Está vinculado íntimamente al problema del desempleo y a las políticas públicas.

La OIT considera en sus objetivos de la seguridad social: a) reducir la inseguridad de los ingresos (que incluye el objetivo de erradicar la pobreza) y mejorar el acceso a los servicios de salud para todos con el fin de garantizar condiciones de trabajo y vida decentes, b) reducir la desigualdad y la injusticia y c) establecer prestaciones adecuadas como un derecho reconocido.³

³ Organización Internacional del Trabajo. “*Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa*” Primera edición 2011. p. 8.

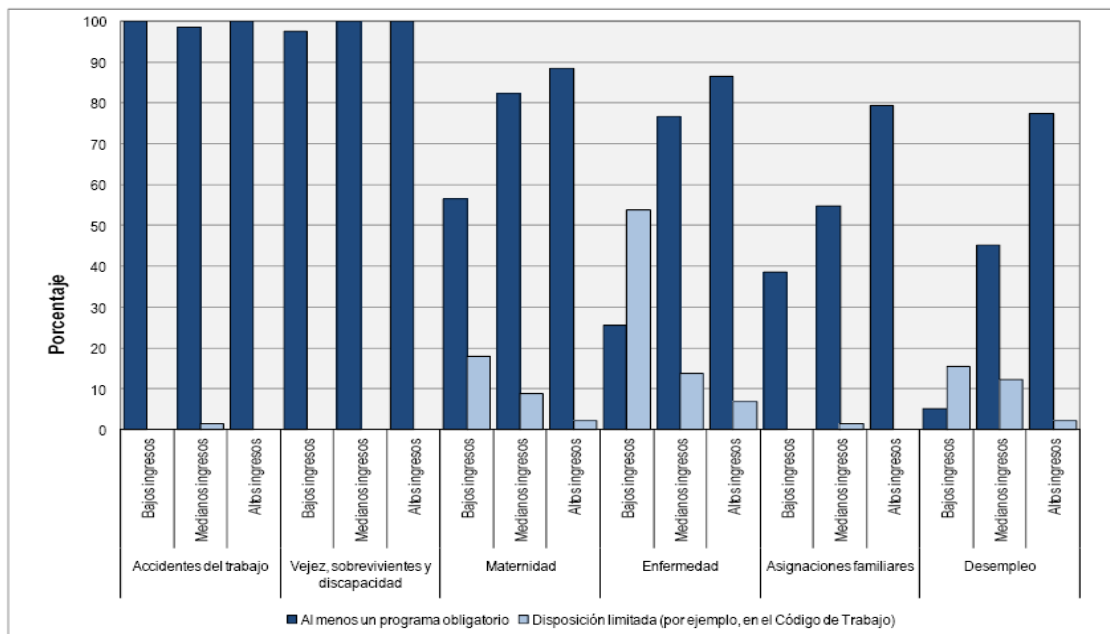
En el documento de la Organización Internacional del Trabajo referente a la seguridad social página 31, indica:

“... en un principio, el seguro social se estableció para beneficio de los trabajadores asalariados y a sueldo que tuvieran un contrato explícito con empresas del sector formal en la relación de un trabajo identificable. En los países de ingresos medianos y bajos, los trabajadores que no están en esa situación generalmente no cuentan por ley con un seguro social relacionado con el empleo. Así suele suceder con quienes trabajan por cuenta propia, que constituyen la inmensa mayoría de los trabajadores de la economía informal y carecen por lo general de cobertura”.

En Asia, África y algunos países de América Latina, existen grandes diferencias en cuanto a la gama de regímenes de la seguridad social a los que legalmente tienen acceso por lo menos algunos grupos de trabajadores. El Gráfico 1 muestra las ramas de seguridad social de los países miembros de la OIT para el año 2010, donde se puede observar en los aspectos más relevantes del gráfico que la población con ingresos bajos, medios y altos se encuentran con cobertura de seguro de salud para el grupo: accidentes de trabajo, el segundo grupo que corresponde a Vejez, sobrevivientes y discapacidad, con un porcentaje menor en el grupo de ingresos bajos, los otros se encuentran totalmente cubiertos. Referente al grupo: Maternidad, se puede observar que existe limitación en cuanto a la cobertura menos del 20% en todos los niveles de ingreso. El programa referente a Enfermedad, es el que tiene mayor limitación especialmente aquellos con ingresos bajos, situación que muestra una población desprotegida mayor al 50%. En el caso de los desempleados se observa una limitación en los programas de seguridad social.

Gráfico 1

2. Ramas de la seguridad social: países con programas obligatorios o con una disposición limitada, último año disponible (en porcentaje)



Fuente: Datos basados en información de la SSA/AISS y de la OIT. Véase OIT: *World Social Security Report 2010/11*, op. cit., gráfico 2.6.

Sin duda en “América Latina y el Caribe existe importante evidencia de “falla de los gobiernos” en el diseño y puesta en práctica de sistemas de protección social”⁴.

Para Mesa-Lago, los 34 países de América Latina pueden clasificarse en tres grupos, de acuerdo al momento en que establecieron la seguridad social y si desarrollo posterior: a) países pioneros, en donde se encuentran el 15% de los países, como Chile, Uruguay, Argentina y Brasil; b) países intermedios, que representan el 26% como México, Venezuela, Bolivia, Colombia, Costa Rica,

⁴ Banco Mundial. “*Informalidad, Escape y Exclusión*” Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y El Caribe. 2007, p. 9.

Ecuador, Paraguay y Perú; c) países tardíos, que son el 59%, en donde se encuentran naciones centroamericanas, del Caribe y anglófono⁵.

Bolivia muestra un comportamiento similar a los países de la región, si bien ha mejorado indicadores importantes de desarrollo humano, no cuenta con un sistema de protección apropiado que responda a las necesidades de sus habitantes.

En el campo de salud, se tiene un sistema sumamente segmentado y fragmentado, con un importante gasto de bolsillo que pone en riesgo la estabilidad financiera de los individuos y las familias. La exclusión social en salud es un fenómeno generalizado, pero que incide sobremanera en la población indígena, residentes de las áreas rurales, trabajadores de la economía informal..... La seguridad social en salud registra una de las coberturas más bajas de América Latina y el Caribe.⁶

En el Cuadro 1 se muestra una comparación de algunos de sus países miembros en los que se tiene a países de América Latina y de Europa, respecto de la afiliación de trabajadores independientes a los programas de capitalización, información elaborada por el Banco Mundial y la Federación Internacional de Fondo de Pensiones en el 2008, en la misma se observa para Bolivia solo el 2,2% de trabajadores independientes cotizantes.

⁵ Ensignia Jaime. *“El debate sobre la seguridad social en América Latina y la posición del sindicalismo”*. Nueva Sociedad. Mayo 1998. Santiago de Chile. p. 5

⁶ Picado Chacón Gustavo, Duran Valverde Fabio. Oficina Internacional del Trabajo. *“Diagnóstico del sistema de seguridad social”*. Abril 2009. Introducción.

Participación de los trabajadores independientes en los programas de capitalización

País	Afiliados		Colizantes		Independientes / Colizantes Totales		Ocupados Independientes		Colizantes Independientes		Fuerza de Trabajo		Total de Ocupados		Independientes / Ocupados Totales		Independientes / Fza de Trabajo	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Antillas Holandesas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	83 600 (5)	n.d.	n.d.	n.d.	59 388 (5)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolivia	50 666	13 610	624 681 (4)	2,2%	1 560 000	0,87%	4 572 361	4 298 572 (5)	36,3%	33,4%	4 298 572 (5)	36,3%	33,4%	4 298 572 (5)	36,3%	33,4%	4 298 572 (5)	36,3%
Bulgaria (1)	232 526	157 096	n.d.	n.d.	1 800 100	8,73%	3 440 000 (5)	3 154 800 (5)	56,9%	52,3%	3 154 800 (5)	56,9%	52,3%	3 154 800 (5)	56,9%	52,3%	3 154 800 (5)	56,9%
Chile (2)	296 070	65 398	4 572 327	1,4%	1 586 330	4,12%	7 266 500	6 566 250	23,7%	21,8%	6 566 250	23,7%	21,8%	6 566 250	23,7%	21,8%	6 566 250	23,7%
Colombia	n.d.	n.d.	4 590 000	n.d.	n.d.	n.d.	20 650 000 (5)	18 461 100 (5)	n.d.	n.d.	18 461 100 (5)	n.d.	n.d.	18 461 100 (5)	n.d.	n.d.	18 461 100 (5)	n.d.
Costa Rica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 946 000 (5)	1 838 970 (5)	n.d.	n.d.	1 838 970 (5)	n.d.	n.d.	1 838 970 (5)	n.d.	n.d.	1 838 970 (5)	n.d.
El Salvador	n.d.	n.d.	566 189	n.d.	n.d.	n.d.	2 870 000 (5)	2 660 560 (5)	n.d.	n.d.	2 660 560 (5)	n.d.	n.d.	2 660 560 (5)	n.d.	n.d.	2 660 560 (5)	n.d.
México	45 624	n.d.	14 503 855 (4)	n.d.	9 114 111	n.d.	43 256 341	41 655 856 (5)	21,9%	21,1%	41 655 856 (5)	21,9%	21,1%	41 655 856 (5)	21,9%	21,1%	41 655 856 (5)	21,9%
Perú	n.d.	n.d.	1 651 191 (4)	n.d.	n.d.	n.d.	9 419 000 (5)	8 721 994 (5)	n.d.	n.d.	8 721 994 (5)	n.d.	n.d.	8 721 994 (5)	n.d.	n.d.	8 721 994 (5)	n.d.
Uruguay (3)	n.d.	191 511	452 601 (4)	n.d.	n.d.	n.d.	1 500 000 (5)	1 362 000 (5)	n.d.	n.d.	1 362 000 (5)	n.d.	n.d.	1 362 000 (5)	n.d.	n.d.	1 362 000 (5)	n.d.

Fuentes:

(1) : National Social Security Institute (NSSI) and National Statistics Institute of Bulgaria - Promedios mensuales para 2008.

(2) : Superintendencia de Pensiones - a diciembre de 2008.

(3) : Banco de Previsión Social (B.P.S.) - a diciembre de 2008. El valor corresponde a los cotizantes independientes del sistema Privado.

(4) : Cotizantes al 31/12/2007

(5) : Fuente: CIA World Factbook

Con el propósito de identificar claramente el grupo de estudio, a continuación se conceptualizan términos que serán empleados en el transcurso de esta investigación.

El **trabajo informal** es el desarrollo de actividades por cuenta propia o en forma asalariada, pero se encuentran fuera del marco legal y jurídico del país (OIT: Seguridad Social, temas, retos y perspectivas. 2001). Cuando hay altos niveles de desocupación, es decir que hay mucha mano de obra, las personas se ven presionadas a trabajar bajo condiciones precarias, inseguras y con bajo salario.

Se entiende por **trabajador por cuenta propia** a aquel “que realiza de forma habitual, personal y directa una actividad económica a título lucrativo. Son trabajadores por cuenta propia: a) personas mayores de 18 años que realizan una actividad económica a título lucrativo, sin sujeción a contrato de trabajo; b) los escritores de libros; c) trabajadores autónomos agrícolas” (Federación Internacional de Fondo de Pensiones); d) **profesionales** que ejerzan una actividad por cuenta propia, que requieran la incorporación a un Colegio Profesional. En cualquiera de los casos no están vinculados a la protección social.

Dentro del grupo de profesionales se da la figura de “**consultor**” que es la persona o personas independientes y calificadas para “prestar un servicio en la edificación e investigación de problemas relacionados con política, organización, procedimientos y métodos” (Verónica Pazaron Angel).

La presente investigación centrará su atención en el comportamiento de la Seguridad Social y la situación en la que se encuentran los trabajadores por cuenta propia que tienen consigo cualificaciones suficientes que les permitirían lograr empleos formales, como es el caso de los **consultores**, pero que el actual mercado laboral no logra absorber, dando lugar a la exclusión de profesionales que se dedican a prestar sus servicios en empleos temporales, situación que provoca su separación de la seguridad social de corto plazo.

Un análisis de la situación, señalará cuales son las causas de la exclusión y cómo este sector busca diferentes alternativas para cubrir sus necesidades de salud a fin de garantizar su bienestar, toda vez que se encuentran alejados de un derecho básico como es el de la seguridad social, misma que ayudaría a mejorar su condiciones de vida y la de sus familiares.

Este estudio se centra en el fenómeno social de la Seguridad Social, que cuenta con bastante literatura e investigaciones realizadas por diferentes organismos internacionales, nacionales y profesionales, sumergiendo todos los postulados y acuerdos de la OIT a cuestionamientos de aplicabilidad, considerando a la Seguridad Social como uno de los logros más importantes de la política social del siglo XX; donde la consolidación, actual, se constituye en un desafío.

La expansión de la seguridad social en los decenios de 1950 y 1960 a nivel internacional fue impulsada por un amplio consenso político: partidos políticos diferentes bajo sistemas políticos distintos propugnaban un movimiento en la misma dirección. Lo que posibilitó este consenso fue la expansión económica. “Cuando el crecimiento de las economías decayó a partir del aumento de precios del petróleo en 1973 empezaron a criticar a la seguridad social por dos razones: por tener efectos económicos indeseables y por su incapacidad de alcanzar lo que algunos ven hoy como sus objetivos sociales”⁷.

Los gobiernos no están en condiciones de financiar estos sistemas universales, pues no consiguen recaudar los fondos necesarios por la vía impositiva o el pago de las cotizaciones a la seguridad social.

Problemas económicos emergentes en la actualidad impiden garantizar una cobertura plena de la Seguridad Social, situación que va en contra del trabajador profesional. Los diferentes propósitos del empresariado, cada vez más alejados del bienestar laboral, la competitividad parte del actual comportamiento

⁷ OIT “La seguridad social en la perspectiva del año 2000” OIT. Ginebra 1984. p. 32.

económico, la falta de incentivos a nuevas inversiones y las tendencias globalizadoras que manejan los países, provocan un aislamiento de los beneficios de la seguridad social a los trabajadores quienes se encuentran empeñados en alcanzar mejores oportunidades laborales a través del conocimiento.

La crisis del Estado del Bienestar comienza a producirse en las sociedades como consecuencia del proceso de globalización, que obliga a los países a aplicar nuevas medidas político-económicas, monetarias y laborales dando origen a la exclusión.

Bolivia no se encuentra excluida de esta realidad y en el desarrollo de la investigación se muestra que la población desprotegida de los beneficios de la seguridad social es cada vez mayor. La Paz, una de las ciudades más importantes refleja el mismo comportamiento, además como centro político, se albergan las entidades del Estado. Los diferentes Ministerios convocan a diferentes consultorías las mismas que son desarrolladas por profesionales que son contratados para trabajos concretos.

El propósito del estudio de caso es analizar a un grupo específico de trabajadores por cuenta propia: los Consultores de Línea, que se enfrentan a un mercado laboral formal cada vez más reducido, situación que impide su inserción a fuentes de trabajo estables y por tanto a gozar de los beneficios que la seguridad social de largo y corto plazo ofrece.

1. PROBLEMÁTICA

La seguridad social, según las conceptualizaciones de diferentes organismos internacionales como la ONU, OIT, COMUNIDAD ANDINA, coinciden en definirla como uno de los principales roles que tiene todo Estado, puesto que involucra a todos sus habitantes. En el empeño de alcanzar el “desarrollo” está obligado en contar con una población “sana” ya que ellos serán en definitiva los actores principales del desarrollo⁸.

La definición más aceptada es la vertida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en un documento publicado en 1991 que indica:

“Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”⁹

La Seguridad Social es un tema de vital importancia para toda sociedad, puesto que el bienestar de la población se traducirá en una fortaleza para el país, por tanto el Estado deberá asumir esta tarea con mucha responsabilidad, haciendo adecuadas las prestaciones, el sistema de atención de salud y transparencia en el manejo económico.

En las tres últimas décadas se han suscitado cambios económicos y sociales emergentes de la Globalización, aspecto que afectó la estabilidad laboral, una

⁸ OIT, AISS “*Administración de la Seguridad Social*” 1991.

⁹ OIT, Convenio 102. 1991.

profunda división del trabajo y como consecuencia mayor especialización de mano de obra, desmembrando en pequeñas unidades productivas las grandes empresas industriales, cuyo propósito se centra en el incremento de las utilidades y no en la estabilidad y bienestar del sector laboral. Esta situación ha provocado un crecimiento de fuentes de trabajo no formales y un incremento de mano de obra dispuesta a aceptar empleos mal pagados, haciendo cada vez más profunda la brecha entre ricos y pobres.

El término “seguridad social” engloba a varios subsistemas, cada uno de ellos de mucha importancia pero a la vez muy específicos como son el seguro de salud, seguro de vejez, seguro de desempleo, seguro de maternidad, seguro contra accidentes de trabajo, seguro de invalidez y otros que en función del grado de desarrollo de un país se amplía o reduce su campo de acción. En la medida que la población cuenta con estos seguros está expuesta a menos riesgos, por lo tanto en disposición de participar directamente en los planes de desarrollo del país.

La seguridad social, como se muestra desde principios del siglo XX y en la actualidad, es el resultado de una lucha constante de los trabajadores, en busca de cubrir riesgos en sus trabajos o la necesidad de proteger a sus familias en caso de invalidez, garantizar sus condiciones de vida en su vejez, etc. La actual tendencia capitalista ha vulnerado estos beneficios, dejando desprotegidos a un porcentaje elevado de la población.

Pese a los acuerdos internacionales y las reformas institucionales como la modernización del Estado, la seguridad social se ha centrado solo en los trabajadores con empleo formal, surgiendo grupos vulnerables tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Como resultado surge la exclusión a estos servicios en la fuerza laboral por cuenta propia, cuyos incrementos cada vez mayores, debido a la economía neoliberal vigente en el mundo.

En la actualidad, la exclusión presenta rostros distintos en los diversos continentes, y aún dentro de ellos, en las regiones y países, afectando a todos.

Un 80 por ciento de la población mundial carecía de acceso a protección social, afirmó el Sr. Michael Brade, miembro empleador de Suiza en la Conferencia Internacional del Trabajo.¹⁰ La OIT desde su creación promueve políticas y ofrece asistencia a los países con el objetivo de ayudar a extender la protección social a todos los miembros de la sociedad.

En los últimos cincuenta años del sistema capitalista se pueden identificar dos modelos de seguridad social claramente diferenciados en cuanto a principios, doctrina y políticas: Uno basado en los principios de la solidaridad, obligatoriedad, transferencia intergeneracional y responsabilidad y; otro sustentado en la individualidad, la libre elección, la austeridad y la descentralización. El primero corresponde a las orientaciones keynesianas que prevalecieron en el mercado laboral posterior a la segunda guerra mundial y el segundo armoniza con las visiones postindustriales y está en concordancia con las ópticas neoliberales.¹¹

La previsión social es un conjunto de normas e instituciones que se establecen a nivel nacional, para garantizar que los trabajadores puedan disponer de una jubilación o pensión que les garantice su supervivencia con una calidad de vida socialmente aceptable al término de su vida laboral ó si esta se interrumpe por razones de invalidez, las pensiones de viudez para el cónyuge o descendientes menores del asegurado. La seguridad social por otra parte, incluye además todo el amplio subconjunto de la protección a la salud y programas destinados a otorgar fondos de desempleo.

En América Latina y el Caribe, se estimó un incremento en la tasa de desempleo de 7 por ciento para el año 2008, debido a la perspectiva de un mayor deterioro de

¹⁰ Organización Internacional del Trabajo. 100ª reunión. Ginebra, Julio 2011. Informe de la Comisión para la Discusión Recurrente sobre Protección Social. p. 4.

¹¹ Barrios Leticia. *“Resistencias a la privatización de la seguridad social en América Latina: El caso de Venezuela”* Compendium, Número 19, Diciembre 2007, p. 48.

la actividad económica en el mundo, para el año 2010 las tasas de crecimiento del empleo retornaron a sus valores previos a la crisis, manteniéndose en el 2011, aunque a un ritmo más lento.¹²

Un análisis realizado sobre los países andinos y del Cono Sur referente a los regímenes pensionales por Mesa-Lago y Lothar Witte, señala que los problemas principales y con frecuencia interrelacionados, son el desequilibrio financiero, la cuestionable equidad de los sistemas estratificados y, en los países andinos, la baja cobertura.¹³

La seguridad social en Bolivia se encuentra inmerso en el Código de Seguridad Social, promulgado en diciembre de 1956, que consideraba ocho de las nueve contingencias recomendadas en el Convenio 102 de la OIT, Normas Mínimas de Seguridad Social: enfermedad, maternidad, riesgos profesionales de corto y largo plazo, invalidez, vejez, muerte, asignaciones familiares y vivienda de interés social. De forma explícita no incorpora la protección de desempleo, cuya cobertura se da a través de las regulaciones de la Ley General del Trabajo¹⁴.

La seguridad social concebida en sus inicios, como una protección que se brindaba al trabajador asalariado referente a enfermedad, accidentes de trabajo, vejez; entre los más importantes, ha sido sujeto de cambios debido principalmente a la insostenibilidad financiera del modelo vigente en la mayoría de los países latinoamericanos donde Bolivia también se vio afectada, tal es así que se separan el sistema de pensiones y que se denomina Seguridad Social de Largo Plazo del seguro de salud, que está comprendido en la Seguridad Social de Corto Plazo.

¹² Organización Internacional del Trabajo. “*Tendencias mundiales del empleo 2012 – Prevenir una crisis mayor del empleo*” Ginebra 2012, p. 61.

¹³ Ensignia Jaime, “Debate sobre seguridad social en América Latina y la posición del sindicalismo” Junio 1988. p. 6.

¹⁴ Picado Chacón Gustavo, Fabio Durán Valverde. “República de Bolivia: Análisis de la Seguridad Social” Oficina Internacional del Trabajo, Oficina Subregional de la OIT para los países andinos Bolivia-Colombia-Ecuador-Perú-Venezuela. 2009. p. 44

Con la promulgación de la Ley de Pensiones el 29 de noviembre de 1996 se establece el fondo de capitalización individual dejando de lado el sistema de reparto y el 10 de diciembre de 2010 la nueva Ley de Pensiones dispone la administración del Sistema Integral de Pensiones, así como las prestaciones y beneficios para los ciudadanos en el marco de la Constitución Política del Estado.

A continuación se realiza una explicación de las características que contienen el seguro de largo plazo que contempla una explicación de los dos sistemas: de reparto y de capitalización individual; y del seguro de corto plazo, principalmente, el seguro de salud.

1.1. LA SEGURIDAD SOCIAL DE LARGO PLAZO

El Convenio 102 de la OIT, aprobado en junio de 1952 proporciona y define en forma global los elementos de las nueve ramas de la seguridad social. Los países latinoamericanos estuvieron a la vanguardia en lo que respecta a la seguridad social basados principalmente en el sistema de reparto. Sin embargo el desarrollo de la seguridad social no ha sido uniforme y en la actualidad la región enfrenta problemas de sostenibilidad, por lo que la mayoría de los países de América Latina han llevado adelante reformas de la seguridad social, emergiendo un nuevo modelo de carácter anglosajón, el de la capitalización individual¹⁵.

1.1.1. El sistema de reparto

El sistema de reparto se basa en el modelo keynesiano, según el cual el Estado regula tanto la política social como la económica. La idea esencial es la de un “fondo común”, una gran caja donde se depositan los aportes de las personas que

¹⁵ Ensignia Jaime. *“El debate sobre seguridad social en América Latina y la posición del sindicalismo”*. Mayo – Junio 1988. Nueva Sociedad N° 155. p. 5-8

están laboralmente activas y de la cual se retiran las pensiones, jubilaciones y otros beneficios de los asegurados que tienen derecho a ello¹⁶.

En este sistema existe una transferencia intergeneracional explícita: los aportes que el trabajador realiza hoy no cubren sus necesidades futuras sino los gastos que, al presente, benefician a quienes ya se han retirado; los beneficios de este trabajador sólo podrá recibirlos si la generación siguiente continúa aportando al fondo. También existe una transferencia intergeneracional implícita: los beneficios que recibe un determinado trabajador no dependen de la cuantía de los aportes que haya realizado, sino de normas generales que determinan cuanto debe aportar, durante cuánto tiempo, su edad de retiro y la pensión que habrá de recibir. Se puede observar el principio de solidaridad en la que se basa este sistema¹⁷.

El sistema de reparto consideró la estabilidad laboral, un elevado porcentaje de población joven y una tasa de crecimiento media-alta. La realidad laboral actual es muy diferente. Se tiene una movilidad constante de trabajo, una incorporación masiva de la mujer al trabajo, la aparición de un sector informal en la economía y finalmente los cambios producidos en la pirámide poblacional, debido a un descenso de la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida.

En algunos países de América Latina las tasas de natalidad disminuyen, lo cual no solo contribuye al envejecimiento de la población, sino que implica que una proporción considerable de ésta tenga derecho a prestaciones de vejez, consiguientemente la elevación de los gastos destinados a cubrirlas.¹⁸

¹⁶ Barrios Leticia. *“Resistencias a la privatización de la seguridad social en América Latina: El caso de Venezuela”*. Ensayo. Universidad José Antonio Páez. Diciembre 2007. p. 51.

¹⁷ *Ibidem*. p. 52.

¹⁸ Picado Chacón Gustavo y Durán Velarde Fabio. *“Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social”*. Borrador para discusión. Oficina Subregional de la OIT para Países Andinos Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. OIT. Agosto 2007, p. 75

La evasión de responsabilidades a la seguridad social del empresariado, la presencia mayor de la globalización en países latinoamericanos, son elementos que muestran la insostenibilidad de este sistema en la seguridad social.

Se hace necesario puntualizar el comportamiento de la economía en cuanto a su capacidad de producción y su diversificación, capacidad de ahorro, el comportamiento del PIB en el tiempo, oferta de trabajo, entre los más importantes. Si estos indicadores no muestran un crecimiento constante este sistema se ve vulnerado, por cuanto son estos elementos los que permiten su vigencia.

1.1.1.1. BOLIVIA

El programa de Seguridad Social Integral (SSI) se aplicó a partir de la promulgación de Código de Seguridad Social (14 de diciembre de 1956), bajo los principios señalados en la Constitución Política del Estado en ese entonces vigente, cubriendo riesgos de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales de corto y largo plazo, invalidez, vejez, muerte, asignaciones familiares y vivienda popular, bajo el sistema tripartito de aportaciones de los trabajadores, de los empleadores y del Estado, según los distintos seguros. (Anexo 1). En su artículo 11 señala que “el Poder Ejecutivo incorporará posteriormente en el campo de aplicación del Código de Seguridad Social, a los **trabajadores independientes** cuando se establezcan las condiciones económico-sociales y posibilidades técnicas que permitan un eficaz otorgamiento de las prestaciones para este grupo de trabajadores” y señala a continuación en el artículo 12 “Los trabajadores que no están sujetos obligatoriamente al Seguro Social Obligatorio, como los artesanos y otros trabajadores independientes podrán solicitar a la Caja su incorporación en uno o en los demás seguros siempre que tomen a su cargo la totalidad de la cotización y se sometan a las condiciones que el Reglamento especificará”

Muchos factores influyeron para que el sistema de reparto muestre su inviabilidad en el tiempo, como Escobar y Nina (2004) luego de diversos estudios sugieren los siguientes aspectos: a) la tendencia hacia el envejecimiento de la población en

Bolivia; b) la baja cobertura del sistema que no superaba el 12% de la población económicamente activa; c) la desregulación del mercado laboral; d) la pérdida en los términos de intercambio, especialmente, en el sector minero; e) la alta evasión en el pago de las contribuciones a la seguridad social; f) la privatización de las compañías estatales a finales de la década de los ochenta que redujo el empleo en el sector público; y g) el fuerte incentivo a la sub-declaración de salarios, dado que los beneficios a la jubilación se calculaban con base en los salarios reportados en los últimos doce meses. Como se observa en los Anexos 2 y 3 el incremento de la “PEA-Bolivia y Departamentos en el área urbana entre 1990 y 2010” y; en la “Distribución de la PEA Ocupada entre 1997 – 2004 (%)” considerando el sector asalariado y el grupo de trabajadores por cuenta propia.

La insostenibilidad financiera también se vinculó con las bajas edades de jubilación y la elevada tasa de reemplazo, dada la exigencia de tan sólo 180 cotizaciones de contribución para la consolidación del beneficio de vejez, asociado con una probabilidad de vida después del retiro de entre 20 y 25 años¹⁹.

Desde la década de los años setenta, el Tesoro General de la Nación estuvo obligado a incrementar las transferencias para financiación el régimen básico, en tanto, la reducción en la relación activo/pasivo y los demás factores, continuaban agravando la sostenibilidad de éste. El Estado también tuvo que asumir parte de las obligaciones financieras de ocho fondos complementarios de pensiones, ante una declaratoria de insolvencia, años antes de la reforma.²⁰

1.1.2. El sistema de capitalización individual

¹⁹ Picado Chacón Gustavo, Durán Velarde Fabio. “*República de Bolivia: Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social*”. Oficina Internacional del Trabajo. Oficina Subregional de la OIT para los Países Andinos Bolivia – Colombia – Ecuador – Perú – Venezuela. Abril 2009. p. 84.

²⁰ Picado Chacón Gustavo y Durán Velarde Fabio. “*Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social*”. Borrador para discusión. Oficina Subregional de la OIT para Países Andinos Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. OIT. Agosto 2007, p. 82.

El sistema de pensiones basado en la capitalización individual responde a principios de la economía neoliberal. Este nuevo sistema se denomina Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo. Cada afiliado posee una cuenta individual donde deposita sus cotizaciones previsionales, las cuales se capitalizan y ganan la rentabilidad de las inversiones que las Administradoras realizan con los recursos de los Fondos. Al término de la vida activa, este capital le es devuelto al afiliado o a sus beneficiarios sobrevivientes en forma de alguna modalidad de pensión. La cuantía dependerá del monto del ahorro, existiendo por lo tanto una relación directa entre el esfuerzo personal y la pensión que se obtenga²¹.

Este sistema es inmune a cambios demográficos pero es vulnerable a las variaciones de oferta de trabajo, en la que el trabajador se vería afectado, por lo que resulta ser un desafío para el Estado de incrementar y diversificar la producción así generar fuentes de trabajo considerando el crecimiento de la población, analizar muy cuidadosamente la edad de jubilación a fin de garantizar su buen funcionamiento²².

La capitalización individual es un sistema de ahorro personal para la vejez. Como estrategia para prevenir la incapacidad laboral que produce la vejez, el sistema se distingue del régimen de reparto, en el hecho de que mientras éste está organizado a partir de un mecanismo de solidaridad, el sistema de capitalización está apoyado en un mecanismo de ahorro exclusivamente individual.

En América Latina se puede observar una combinación de ambos sistemas, excepto en casos especiales en los que se inclinan totalmente por uno u otro. El sistema fondos de pensiones fue promovido por el Banco Mundial (1994), este

²¹ Picado Chacón Gustavo, Durán Velarde Fabio. *“República de Bolivia: Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social”*. Oficina Internacional del Trabajo. Oficina Subregional de la OIT para los Países Andinos Bolivia – Colombia – Ecuador – Perú – Venezuela. Abril 2009. p. 87.

²² Cadarso María Ángeles, Febrero Eladio. *“Sistemas de reparto vs. Sistemas de capitalización, algunas reflexiones críticas”* IX Jornadas de Economía Crítica. Universidad de Castilla-La Mancha – España. Marzo 2003. p. 2

organismo recomendó abandonar paulatinamente el régimen de reparto y transitar por las formas mixtas para finalmente adoptar el privado.

La mayoría de las empresas en el mundo ha desatendido al trabajador, en su afán de liderizar los mercados en pos de alcanzar cada vez mayores utilidades han deshumanizado el trabajo, frente a esta situación el empleo en el mundo ha sufrido una modificación profunda, incluso en los países asiáticos (especialmente en el Japón) donde el trabajador gozaba de un empleo de por vida; la nueva corriente económica afectó el mercado laboral, lo que ha provocado que se incrementen las cifras de trabajadores por cuenta propia y de desempleados debido a despidos masivos o cierres de grandes empresas.

Más alarmante es la realidad en países en vías de desarrollo que presentan problemas económicos y sociales más agudos. Algunos países de Latinoamérica en los últimos años han mostrado cambios en el campo social, pero no ha ido acompañado de cambios a muestren un crecimiento económico sostenido que apoye estas modificaciones, por lo que se agudiza cada vez más su situación.

1.1.2.1. BOLIVIA

Mediante Ley N° 1732, del 29 de noviembre de 1996, se puso en vigencia la LEY DE PENSIONES, basada en principios de capitalización individual a cargo de administradoras privadas de fondos de pensiones (AFPs), sustituyendo así al régimen de pensiones de la Seguridad Social. El nuevo sistema entró en vigencia el 1° de mayo de 1997 y todas las personas que, en la fecha indicada, se encontraban trabajando en régimen de dependencia laboral, adscritas o no al sistema de Reparto, quedaron automáticamente afiliados a este nuevo sistema²³. (Anexo 4).

²³ Picado Chacón Gustavo, Durán Velarde Fabio. *“República de Bolivia: Diagnóstico del sistema de seguridad social”*. Oficina Internacional del Trabajo. Oficina subregional de la OIT para los países andinos Bolivia – Colombia – Ecuador – Perú – Venezuela. Abril 2009. p. 29

El sistema de capitalización individual es de aportes definidos, el riesgo de obtener la tasa de sustitución esperada (pensión/salario) recae en los propios trabajadores, dado que el monto de la pensión está directamente relacionado con los años de aportes efectivos, el rendimiento de la inversión de los recursos contenidos en los fondos de pensiones y con el promedio de ingresos que se considere para calcular el monto de la prestación²⁴.

En este nuevo esquema de pensiones, las contribuciones del Estado desaparecen, y tampoco éste asegura una pensión mínima o rendimiento mínimo de los fondos invertidos, en consecuencia, no asume ningún riesgo financiero.

Actualmente se encuentra vigente la LEY DE PENSIONES del 10 de diciembre de 2010 (Anexo 5), en la que en el artículo 177 se incluye a trabajadores independientes a realizar aportes al fondo de capitalización individual, con el propósito de que este grupo acceda a la prestación de vejez.

1.2. SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO

1.2.1. SEGURO DE SALUD EN BOLIVIA

La Constitución Política del Estado determina la obligación que tiene el Estado de resguardar el capital humano del país, protegiendo la salud de la población, asegurando la continuidad de los medios de subsistencia y la rehabilitación de las personas en situación de incapacidad laboral temporal o permanente²⁵. Sin embargo, Bolivia no tiene una ley general de salud y el sector salud funciona en base al Código de la Seguridad Social de 1956 y el Código de Salud de 1978.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Bolivia está integrado por los tres clásicos subsectores: subsector público, subsector seguridad social y subsector privado. Por la alta proporción de población indígena, la medicina tradicional tiene una

²⁴ Ibidem. p. 82

²⁵ Picado Chacón Gustavo y Durán Velarde Fabio. *“Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social”*. Borrador para discusión. Oficina Subregional de la OIT para Países Andinos Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. OIT. Agosto 2007, p. 26.

indudable importancia como alternativa en la atención de la salud de los bolivianos, la misma que se desarrolla mayormente en el área rural y zonas periféricas de las ciudades, aunque se tienen enormes limitaciones para conocer con precisión el volumen de servicios o recursos económicos que se canalizan a través de éste. A continuación se describe brevemente estos tres subsectores²⁶.

1.2.1.1. Subsector público

Encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD), es el encargado de la normativa e implementación de políticas nacionales en materia de salud. En el nivel departamental, las prefecturas (Servicios Departamentales de Salud – SEDES) son responsables de la administración de los recursos humanos y en el ámbito municipal (Directorio Local de Salud – DILOS), según la Ley 1551 de Participación Popular y el DS 2447, son los responsables de administrar los establecimientos de salud y la capacitación de los recursos humanos municipales, el mantenimiento y conservación de los equipos médicos, la adquisición de suministros e insumos médicos, el pago de los servicios básicos de agua, energía eléctrica, teléfono y limpieza de los establecimientos, mantenimiento de la infraestructura existente y construcción de nueva infraestructura médica.

1.2.1.2. Subsector de la seguridad social

Está conformado por las Cajas de Salud que prestan servicios en el subsector de Seguridad Social y dependen de la Dirección General de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deportes. El Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) es la instancia de coordinación, control y supervisión de las Cajas de Salud, las cuales protegen fundamentalmente a los trabajadores asalariados y organizados y cubre con prestaciones de salud por enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo.

1.2.1.3. Subsector Privado

²⁶ Picado Chacón Gustavo y Durán Velarde Fabio. “*Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social*”. Borrador para discusión. Oficina Subregional de la OIT para Países Andinos Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. OIT. Agosto 2007, p. 34.

Este subsector incluye a las Clínicas y Centros especializados, la consulta privada formal y tradicional, así como los centros de atención de la Iglesia Católica y las ONGs, que se destacan por su presencia en número y contribución en las prestaciones de servicios de salud en áreas dispersas. Las ONGs prestan fundamentalmente servicios de atención primaria en salud con financiamiento que proviene de recursos externos. La medicina tradicional se ha considerado en la Ley del SUMI, cuyas prestaciones se pueden hacer efectivas cuando corresponde, de acuerdo a los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia. Las compañías de Seguros y Medicina Prepagada, constituyen un receptor de fondos para financiar los servicios de salud del sector privado, la principal fuente de recursos para estas organizaciones son los hogares y las empresas, a través de pagos de primas por seguros de salud.

El modelo de gestión del SNS establece la existencia de tres niveles de atención que se diferencian por el alcance y complejidad de los servicios que ofrecen. El Primer Nivel se encarga de la promoción y prevención de la salud y comprende la medicina tradicional, las Brigadas Móviles de Salud (BRISAS), los puestos de salud, policlínicos y policonsultorios. El Segundo Nivel se encarga de la atención en establecimientos de salud con especialidades básicas en medicina interna (hospitales básicos en apoyo que pertenecen a este nivel). Finalmente el Tercer Nivel presta servicios de atención médica de mayor complejidad (hospitales generales, hospitales de especialidades e institutos de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología), forman parte de este nivel.²⁷

SUMI: La actual gestión gubernamental, con la aprobación de la Ley N° 2426 sustituye el Seguro Básico de Salud por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI – enero 2003) que cubre a la mujer embarazada hasta los 6 meses

²⁷ Gustavo Picado Chacón y Fabio Durán Velarde. “Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social”. Borrador para discusión. Oficina Subregional de la OIT para Países Andinos Perú-Colombia-Ecuador- Perú y Venezuela. OIT. Agosto 2007. p. 38.

después del parto y a los niños menores de 5 años. Este seguro amplía las prestaciones del SUMI (Ley 3250 - diciembre 2005) a las mujeres no embarazadas de 5 hasta 60 años, en procura de una maternidad segura a mujeres en edad fértil, la obligatoriedad en la prevención del Cáncer Cérvico-Uterino y tratamiento de lesiones pre-malignas. Lamentablemente el SUMI no tiene alcance en comunidades rurales dispersas a las que no llega el sistema de servicios de salud²⁸.

SSPAM: El Seguro de Salud para el Adulto Mayor se creó mediante Ley N° 3323 del 16 de enero de 2006 que está dirigido a personas mayores de 60 años que no cuentan con seguro de salud. Este seguro brinda atención médica integral a los asegurados, que consiste en consulta externa, servicios de emergencia, primeros auxilios, exámenes complementarios en general, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, medicamentos, rehabilitación, medicina preventiva y atenciones odontológicas²⁹.

Los proveedores de las prestaciones del SSPAM son algunas de las Cajas de Salud que integran la seguridad social de corto plazo. Este seguro se financia mediante tres fuentes: el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), ingresos propios y la asignación del Tesoro General de la Nación (TGN)³⁰.

Pese a los esfuerzos del Gobierno para el año 2010, el 65.3% de la población boliviana que no contaba con seguro de salud en relación a la población total y 75.3% en relación a la PEA. Se observa una mejora en los indicadores para el departamento de La Paz donde se tiene el 55.2% excluido del seguro de salud en relación con la población total y de 71.6% con relación a la PEA.³¹ (Anexo 7).

²⁸ Dupuy Julien Roger. *“Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia”*, Ministerio de Salud y Deportes, Área de Economía de la Salud – Dirección General de Planificación. Septiembre 2011. p. 28

²⁹ Ibidem. p. 29

³⁰ Dupuy Julien Roger. *“Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia”*, Ministerio de Salud y Deportes, Área de Economía de la Salud – Dirección General de Planificación. Septiembre 2011. p. 30

³¹ Anuario Seguros de Salud. INASES 2010

Esta investigación orientada a identificar los problemas emergentes de los consultores con relación a la seguridad social de corto plazo, pretende identificar aquellos aspectos más relevantes, que sin duda ayudaran a tomar decisiones que permitan mejorar la situación actual.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio de caso, analiza la situación por la que atraviesan los Consultores de Línea con relación a la Seguridad Social de Corto Plazo y se plantea la importancia de la investigación a través de:

2.1. Relevancia científica: La investigación revisará la teoría de la Seguridad Social relacionándola con la realidad, el resultado de este análisis podrá apoyar la teoría ó caso contrario, buscará explicaciones del por qué no se cumplen estos postulados y cuáles son los mecanismos que utiliza la población desprotegida para cuidar su salud, toda vez que dentro de los

principios de la Seguridad Social se establece la importancia de contar con una población sana.

Las bases de la teoría del Desarrollo Humano son parte importante de esta investigación, por lo que se examinarán sus principios que proponen una concepción distinta para abordar el desarrollo. Efectuado este análisis se buscare la relación o puntos de coincidencia con la teoría de la Seguridad Social, ya que a ambas les interesa el bienestar del ser humano.

La tercera teoría en que se apoya el estudio de caso, es el de la Exclusión Social que explica la vulnerabilidad de derechos y deberes de los individuos y el análisis centrado en las desigualdades económicas.

Las teorías consideradas en esta investigación están íntimamente relacionadas ya que tratan del bienestar de la población.

2.2. Relevancia humana: La Seguridad Social es un derecho fundamental de toda persona, que supone la asistencia a todas las necesidades como el seguro de salud, de vejez, de maternidad, de invalidez y desempleo, es decir, protección contra todos los riesgos que afecten el normal desenvolvimiento en el trabajo y su vida diaria; este derecho está inmerso en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El acceso al seguro de salud garantiza una mejora en los indicadores demográficos, como ser la reducción de: la tasa de mortalidad, la tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer, mejora la calidad de vida, por ende la sociedad contará con una fuerza laboral capaz de participar directamente en el desarrollo económico y social del país.

La seguridad de contar con un trabajo permanente hace posible la expansión de las libertades de los individuos, quienes podrán alcanzar una vida plena con calidad.

2.3. Relevancia contemporánea: El actual comportamiento de las sociedades modernas ha desatendido la seguridad social tradicional, enfrascados en mostrar mejores indicadores económicos, han vulnerando los derechos de las personas, dejando de lado los indicadores sociales. La presente investigación analizará el comportamiento de los consultores frente a los riesgos actuales en cuanto a seguridad se refiere. La seguridad social de corto plazo se ha convertido en un desafío para los países tanto para aquellos desarrollados como para los que se encuentran en vías de desarrollo. En Bolivia se tiene un panorama muy similar y el grupo de estudio se ve vulnerado en cuanto al acceso a la seguridad social de corto plazo.

La importancia de la seguridad social, los cambios que se observan actualmente en el ámbito económico y el compromiso que tiene el Estado, son elementos importantes, que combinados adecuadamente promoverán un desarrollo económico y social de los pueblos.

En Bolivia se observa el comportamiento de la seguridad social con problemas similares a las que sucede en otras regiones del continente, la cobertura de salud que se brinda a los trabajadores asalariados, los mismos servicios de salud con que cuenta la población boliviana (Anexo 1) resultan aspectos importantes para llevar adelante la presente investigación que efectuará una explicación actual del fenómeno de la seguridad social y los resultados alcanzados en el ámbito económico – social, analizando las causas de exclusión, dicho análisis irá ligado a los principios de desarrollo de capacidades del ser humano.

II. DESARROLLO

CAPITULO 1 MARCO TEÓRICO

1.1. TEORÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Se puede definir a la Seguridad Social como “todo programa de protección social establecido por una ley o por cualquier otro acuerdo obligatorio que ofrezca a las personas un cierto grado de seguridad de ingresos cuando afrontan las contingencias de la vejez, supervivencia, incapacidad, invalidez, desempleo o

educación de los hijos. También puede ofrecer acceso a cuidados médicos curativos o preventivos” (AISS).

El Convenio 102, llamado “Norma Mínima de Seguridad Social” de la OIT de 1952, permitió ir configurando más cabalmente el concepto de Seguridad Social y sus objetivos en la que se señala que la “Seguridad Social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales. Tiene como objetivo proteger a todos los miembros de la sociedad frente a todas las contingencias a que se exponen a lo largo de la vida, donde el Estado es responsable de su cumplimiento, asegurando el carácter redistributivo de la riqueza con justicia social”³².

Este Convenio reconoce como principios básicos de la Seguridad Social a la solidaridad, la universalidad, la integralidad, subsidiariedad, y participación de los asegurados.

La Seguridad Social se refiere principalmente a un campo del bienestar social relacionado con la protección social o la cobertura a los problemas que la sociedad reconoce como la salud (seguro social de corto plazo), la pobreza, la vejez, las discapacidades, el desempleo y otras.

La Seguridad Social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad sea temporal o permanente de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados servicios.

La Seguridad Social es un derecho universal, sin embargo en la actualidad se observa un acceso limitado ya que según datos de la OIT el 50% de la población

³² Documento elaborado por el Dr. Javier Antoni Mújica Petit por encargo del Programa Laboral de Desarrollo – PLADES, en el marco del programa de fortalecimiento del Consejo Consultivo Laboral Andino – CCLA. “*La reforma de los sistemas de seguridad social en los países andinos*”. Primera edición, Julio 2003. p. 7.

tiene acceso a algún tipo de seguridad social, aunque solo el 20% de la población mundial dispone de una cobertura adecuada de la seguridad social³³.

La necesidad de extender la cobertura es, por lo tanto, un desafío clave para las organizaciones de seguridad social en todo el mundo. No obstante, sólo se podrá afrontar este desafío si se encuentran soluciones para cuestiones políticas más generales, incluido el envejecimiento demográfico de la población, las estructuras familiares cambiantes, el impacto de la globalización económica, el crecimiento de los mercados de trabajo informales y las evoluciones epidemiológicas y medioambientales³⁴.

El Sistema de Seguridad Social Integral ³⁵ lo conforman los siguientes subsistemas que, sin perjuicio de su autonomía, actúan coordinadamente:

- a) Subsistema de Pensiones;
- b) Subsistema de Salud;
- c) Subsistema de Paro Forzoso y Capacitación Laboral;
- d) Subsistema de Vivienda

Con base a un análisis acucioso de “normas mínimas” que ha emitido la OIT, la seguridad social no es un postulado político, sino un verdadero derecho exigible al Estado.

La responsabilidad directa corresponde al Estado por tratarse la seguridad social de un servicio público, aunque entre privados participen en la prestación del mismo, el control corresponde al Estado.

La planificación, instrumentación y consolidación de la seguridad social corresponde solo al Estado, al ser un mecanismo de protección social, aunque en su financiamiento intervengan empleadores, trabajadores u otros grupos sociales.

³³ Asociación Internacional de Seguridad Social. *“Comprender la Seguridad Social”*. 2008, p. 2.

³⁴ Asociación Internacional de Seguridad Social. *“Comprender la Seguridad Social”*. 2008, p. 3.

³⁵ Asociación Internacional de Seguridad Social. *“Estrategia de la AISS para ampliar la cobertura de la seguridad social”*. Junio 2010, p. 1.

La seguridad social es un derecho humano y social que tiene tres características fundamentales: es irrenunciable, inalienable e imprescriptible (Convenio 102 – OIT).

Al hallarse plasmado el derecho de acceso a la seguridad social en una norma constitucional, le está prohibida al Estado la aplicación retroactiva, en perjuicio del ciudadano, de leyes o disposiciones reglamentarias o administrativas que vulneren ese derecho superior.

La AISS promueve el concepto de Seguridad Social Dinámica (SSD), que a su vez, fomenta la utilización innovadora de políticas de seguridad social integradas, proactivas y orientadas al futuro con el objetivo a corto plazo de crear organizaciones de seguridad social de alto rendimiento. La idea que alberga este concepto es que se necesitan organizaciones eficaces y bien gestionadas para reforzar la credibilidad de la seguridad social y, en última instancia, su sostenibilidad. Sobre la base de este primer paso, el objetivo a largo plazo de la SSD es contribuir a ofrecer un acceso universal, como mínimo, a las prestaciones básicas en aportes y a los cuidados primarios de la salud en todos los países.

Por tanto se comprende a la seguridad social como el conjunto de medidas que adopta la sociedad a través de diversas formas, ya sean institucionales, tradicionales o modernas, estatales o privadas y que respondan a distintos estados de necesidad de la población. Dichos estados pueden ser ocasionados por invalidez proveniente de riesgos o accidentes comunes, derivados de la actividad laboral, enfermedad, desempleo, vejez o muerte. En este entendido, la seguridad social responde a las demandas de trabajadores que se ven impedidos de suministrarse el sustento y requieren la ayuda de las instituciones formales o informales que la comunidad ha creado y organizado con ese propósito³⁶.

³⁶ Bedregal I. Ramiro, *"Tratado General sobre Seguridad Social"* Universidad Central del Ecuador. 1984.

Actualmente la Seguridad Social se enfrenta a dos problemas: el problema de las pensiones en caso de la jubilación, viudez, orfandad e invalidez, es decir el seguro de largo plazo y el del seguro de salud ó seguro de corto plazo.

La moderna historia de la seguridad social en Bolivia se inicia a fines del siglo XIX. Sin embargo hasta 1956 se promulga un código comprensivo para ese tiempo, que constituyó una norma moderna en cuanto a la incorporación de principios, conceptos, beneficios y técnicas actuariales.

En Bolivia se puede hablar de sistemas de cuidado y protección social tradicional heredada de las culturas ancestrales que habitaron el actual territorio boliviano. En la sociedad boliviana prevalecen formas tradicionales de producción y difundidas expresiones de solidaridad social donde el miembro desempleado, inválido o anciano es reabsorbido en la familia.

Transcurrido más de medio siglo, la Seguridad Social en Bolivia se encuentra inmerso en la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional que determina la obligación que tiene el Estado de resguardar el capital humano del país, protegiendo la salud de la población, asegurando la continuidad de los medios de subsistencia y la rehabilitación de las personas en situación de incapacidad laboral temporal o permanente, así como procurando mejorar las condiciones de vida del grupo familiar.

A lo largo de su historia, la normativa de Seguridad Social ha ido mostrando pequeños cambios y en la actualidad se cuenta con una nueva Ley de Pensiones relacionada directamente con el Seguro de Largo plazo y cuyos principios que la rigen son: (Anexo 5)

- a) Universalidad: Es la garantía de protección y acceso de las bolivianas y los bolivianos a la Seguridad Social de Largo Plazo sin que exista discriminación por la clase de trabajo que realizan, por la forma de remuneración que

perciben, por el nivel económico en que se encuentran, y sin que exista discriminación por sexo, intra genérica, ni religión.

- b) Interculturalidad: Es el reconocimiento de la igualdad de oportunidades y derechos de convivencia entre las culturas del Estado Plurinacional de Bolivia respecto a la Seguridad Social de Largo Plazo.
- c) Integralidad: Se refiere al otorgamiento de las prestaciones de la Seguridad social de Largo Plazo, acorde con los colectivos que se van a proteger
- d) Equidad: Es el otorgamiento ecuánime de prestaciones por las contribuciones efectuadas a la Seguridad Social de Largo Plazo.
- e) Solidaridad: Es la protección a los asegurados menos favorecidos con participación de todos los aportantes al Sistema Integral de Pensiones y de bolivianas y bolivianos con mayores ingresos.
- f) Unidad de gestión: Es la articulación de políticas, procedimientos y prestaciones de la Seguridad Social de Largo Plazo, a fin de cumplir el objeto de la presente Ley.
- g) Economía: Es gestión efectiva, racional y prudente de los recursos de la Seguridad Social de Largo Plazo, manteniendo el equilibrio actuarial y financiero necesarios para otorgar prestaciones y beneficios establecidos en la presente Ley.
- h) Oportunidad: Es el reconocimiento y otorgamiento de prestaciones y beneficios de la Seguridad Social de Largo Plazo en el momento que en derecho corresponda.
- i) Eficacia: Es el correcto uso de los recursos de la Seguridad Social de Largo Plazo, para garantizar el pago de las prestaciones y beneficios que esta Ley otorga.
- j) Igualdad de Género: Es proveer mecanismos necesarios y suficientes para cerrar brechas de desigualdad, en las prestaciones y beneficios de la Seguridad Social de Largo Plazo entre hombres y mujeres.

Queda sin embargo un vacío en cuanto a normas actuales sobre el seguro de corto plazo, toda vez que se continúa con el Código de Seguridad Social de 1956.

La teoría de la Seguridad Social se relaciona con el nuevo enfoque de desarrollo basado en la teoría de Amartya Sen y se vincula con la investigación toda vez que ambas buscan el bienestar del individuo.

1.2. TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO

La teoría del desarrollo humano, que surge en la década de los noventa, tiene sus raíces en la preocupación que despiertan las críticas al enfoque economicista de los estudios del desarrollo y en la búsqueda por integrar en el análisis los aspectos sociales de la población. Con ello se buscaba avanzar en la complejidad del análisis y rescatar aspectos esenciales como la equidad, la justicia y la libertad que habían quedado excluidos en dichos estudios. Este enfoque crítico tuvo como antecedentes los trabajos de la teoría de la CEPAL en América Latina desde la década de los cuarenta que coloca en el centro del análisis la condición del subdesarrollo y los fundamentos del crecimiento para las diferentes naciones, sentando las bases de la teoría económica estructuralista. Posteriormente, la teoría de la dependencia en la década de los sesenta. En la década siguiente surge en Europa la teoría de la regulación francesa, con un enfoque holístico que otorga un lugar importante al papel de las instituciones en el desarrollo³⁷.

Paralelamente otras inquietudes que muestran la preocupación por el medio ambiente, abonaron nuevas perspectivas que superaron el enfoque economicista tradicional.

En este amplio marco conceptual reorientado hacia lo social y lo ambiental, surge una nueva visión del mundo que definitivamente desplaza la atención puesta en el crecimiento y la productividad, hacia la noción del desarrollo, sus destinatarios y el medio ambiente.

³⁷ Ferrullo Hugo. *“El concepto de pobreza en Amartya Sen”*. Ensayo N° 66. Agosto 2006.

El pensamiento de Amartya Sen sentó las bases de la teoría del desarrollo humano y propuso una concepción distinta para medir y abordar el desarrollo. En la concepción teórica, se define al desarrollo **“como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutan los individuos”**, donde “la libertad real está representada por la capacidad de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas del funcionamiento”³⁸

El nuevo enfoque de desarrollo introducido por Amartya Sen, ha modificado los criterios anteriores de la economía del bienestar de Adam Smith. Sen menciona al desarrollo como un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutan las personas. Estas libertades son tanto los fines como los medios principales para el desarrollo. Entre ellos están la libertad de participar en la economía, pero también la libertad de expresión y participación política, las oportunidades sociales, incluyendo el derecho a exigir educación y servicios sanitarios; la existencia de mecanismos de protección social, garantizados por redes de seguridad como el seguro de desempleo y ayudas contra el hambre³⁹

Según Amartya Sen “el desarrollo puede concebirse (...) como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutan los individuos.”. Es decir que el desarrollo no debe medirse con otro indicador que no sea el aumento de las libertades de los individuos. El ser humano requiere un conjunto de condiciones mínimas necesarias para lograr un desarrollo integral, que contribuyen a generar un ambiente propicio para el mejoramiento de su calidad de vida, por él deseada que se valora de forma particular y específica, de acuerdo a sus expectativas⁴⁰

El desarrollo, para Sen, es un proceso de expansión de libertades reales de las que disfruta el individuo. Estas libertades dependen de otros factores como las

³⁸ Sen Amartya. *“Desarrollo y libertad”*. 1992.

³⁹ J. Francisco Álvarez. *“Capacidades, libertades y desarrollo: Amartya Sen”* 2001.

⁴⁰ Delgado Pedro y Tulia Salcedo. *“Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida”*.

Universidad de Antioquía, Facultad de ciencias sociales y humanas, Centro de estudios de opinión. Nº 17. Colombia. 2008. p. 10

instituciones sociales, económicas, derechos políticos y humanos. Este desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad como la pobreza y la escasez de oportunidades económicas y sociales. Las libertades fundamentales (políticas, educación y asistencia sanitaria) se encuentran entre los componentes constitutivos del desarrollo y son un indicador fundamental del desarrollo de un país a través de las razones de evaluación y eficacia, ya que el éxito y el desarrollo de una sociedad se dan en función de las libertades de sus miembros⁴¹.

La libertad individual se convierte así en un compromiso social mediante el cual podemos resolver los problemas que amenazan al desarrollo como son la desigualdad económica, la falta de oportunidades sociales (educación, sanidad), la libertad de expresión, la manipulación informativa y la inseguridad.

Existen cinco tipos de libertades muy importantes que debemos identificar, como son las libertades políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y de seguridad protectora. Estas cinco libertades deberían estar cubiertas para el total de la población.

Así para Amartya Sen en su dimensión integral clasifica las libertades en dos grandes grupos: constitutivas e instrumentales.

Las libertades *constitutivas* son aquellas libertades básicas individuales que conforman el fin del desarrollo humano, porque refieren a la vida humana, es decir, se refiere a las potencialidades del ser humano. Son las que permitirán al ser humano alcanzar una vida plena con calidad; entre las que se incluyen una serie de capacidades elementales como sociales y culturales básicas. Cualquier programa de desarrollo humano debe asegurar la adquisición y expansión de estas libertades.

⁴¹ Sevillano Ana y Fanny Ramírez. "Amartya Sen sobre desarrollo y libertad". On line, 30 de marzo de 2010

Por el contrario, las *libertades instrumentales* son aquellas oportunidades y derechos que contribuyen directa o indirectamente a la libertad general de las personas y se ofrecen, a través de los sistemas económicos, sociales y políticos de los cuales dependen principalmente las libertades constitutivas básicas para su realización. Entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades sociales como los servicios de salud, las libertades políticas, las garantías de transparencia y protección social y jurídica.

El desarrollo humano sitúa a las personas en el centro del desarrollo. Se trata, en este sentido, de que las personas desarrollen su potencial, aumenten sus posibilidades y disfruten de la libertad para vivir la vida que valoran.

Bajo esta concepción, el trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador condiciones dignas y equitativas laborales. El Estado deberá otorgar los beneficios de la seguridad social, de carácter obligatorio⁴².

El PNUD define el desarrollo humano como el “proceso de expandir las opciones de las personas” (PNUD 1990) y con este criterio elabora desde 1990 los conocidos *Índices de Desarrollo Humano*, Sen colaboró como asesor de la Organización de las Naciones Unidas. El IDH mide los niveles relativos al desarrollo humano fijándose en los *finés* del desarrollo, basándose en tres capacidades básicas: la capacidad de vivir una vida larga y saludable, la de estar bien informado y la de disfrutar de un nivel de vida digno. Para ello se utiliza la información sobre la esperanza de vida al nacer, el producto nacional bruto per cápita y los niveles de analfabetismo y

42 Sen Amartya. “Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI”. Documento incluido dentro de la Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. www.iadb.org/etica. 2001. On line. p.7

escolarización. De esta manera el IDH ofrece información sobre dónde las personas tienen más capacidad para elegir la clase de vida que ellos mismos juzgarían valiosa, y en general donde tienen más libertad puesto que, como Sen dice, “el desarrollo puede verse como un proceso de expansión de las libertades reales de las personas”⁴³.

La teoría planteada por Sen, en la que centra su atención en el individuo y el grado de libertad que alcanza, en el entendido de que este se traducirá en su felicidad; ofrece para la siguiente teoría, elementos en que aquellos individuos que no logran vivir la vida que desean, se encuentran excluidos.

1.3. TEORÍA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

La exclusión tiene que ver con la insatisfacción, el malestar que tiene cualquier ser humano cuando se encuentra en situaciones en las que no puede realizar aquello que desea y aspira para sí y para quienes estima⁴⁴.

“La exclusión social puede ser entendida como una acumulación de procesos confluyentes con rupturas sucesivas que, arrancando del corazón de la economía, la política y la sociedad, van alejando e *inferiorizando* a personas, grupos, comunidades y territorios con respecto a los centros de poder, los recursos y los valores dominantes”⁴⁵

Las sociedades occidentales desarrolladas se construyeron en torno al paradigma del trabajo. Eso significaba que la plena integración social de los individuos (en un primer momento, sólo los hombres) se producía a través de su participación como asalariados en el mercado laboral.

⁴³ Cejudo Córdoba Rafael. “Desarrollo humano y capacidades. Aplicaciones de la teoría de las capacidades de Amartya Sen”. Universidad de Córdoba. Revista española de pedagogía. Mayo – Agosto 2006. p. 366

⁴⁴ Stivill Jordi – Programa de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias – Servicio de Políticas y Desarrollo de la Seguridad Social. Oficina Internacional del Trabajo. Primera Edición. 2003. p. 13

⁴⁵ Stivill Jordi – Programa de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias – Servicio de Políticas y Desarrollo de la Seguridad Social. Oficina Internacional del Trabajo. Primera Edición. 2003. p. 20

“La exclusión social es un proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven”⁴⁶

En una sociedad donde la competitividad es un valor central, los mecanismos de exclusión constituyen una regla de juego elemental y necesario. La competitividad es por naturaleza excluyente⁴⁷.

La exclusión social no sólo es una situación sino también un proceso. Partiendo de la definición de exclusión social diversos autores han identificado cinco ámbitos básicos que intervienen en este proceso y que han servido para operacionalizar el concepto:

- Aspectos laborales: desde el empleo estable, al desempleo.
- Aspectos económicos: desde los ingresos regulares y la tenencia de vivienda en propiedad, hasta la ausencia de ingresos (con endeudamiento) y ausencia de vivienda.
- Aspectos culturales: desde la integración cultural con alto nivel de instrucción y cualificación, hasta la estigmatización y el analfabetismo.
- Aspectos personales: desde las personas que tienen capacidad, iniciativa, motivación, optimismo, buena salud, etc., hasta las personas dependientes, sin motivaciones.
- Aspectos sociales: desde situaciones con buenas relaciones familiares y de amistad, con sentido de pertenencia, hasta aquellas situaciones en las que hay

⁴⁶ Del Campo Gabriel *“Exclusión social y salud”* Fundación Europea 1995. On Line anierte-nic.net. 12 de junio 2011.

⁴⁷ Bel Adell Carmen. *“Exclusión social: origen y características”* Curso: Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos. Murcia. Enero 2002. p 2

una carencia de vínculos familiares fuertes, carencia de otras redes sociales, aislamiento, etc.

Para favorecer la comprensión del proceso de exclusión social, diferentes autores han identificado una serie de zonas o etapas en las que se puede encontrar el individuo.⁴⁸ Las mismas son:

Zona de Integración:

- Empleo fijo o estable
- Ingresos con estabilidad presente y futura
- Integración cultural, alto grado de formación y cualificación
- Capacidad, iniciativa, motivación, optimismo, buena salud
- Fuertes relaciones familiares y sociales

Zona de Vulnerabilidad:

- Empleo precario o inestable
- Ingresos con inestabilidad presente y futuro incierto
- Desarraigo, retraso escolar, bajo nivel de cualificación
- Desconfianza, inseguridad, poca motivación, enfermedad,
- Discapacidad
- Fragilidad relacional

Zona de Exclusión:

- Desempleo e inempleabilidad
- Sin ingresos (o éstos muy aleatorios) o con aportaciones públicas reglamentadas o benéficas
- Aislamiento cultural, fracaso escolar, analfabetismo funcional, ausencia de cualificación
- Desesperación, anomia, fatalismo, falta de perspectivas, violencia
- Carencia de relaciones sociales y familiares, aislamiento social

⁴⁸ Castells Manuel *"La metamorfosis de la cuestión social"* Una crónica del asalariado. 1997. p. 15.

Los factores de riesgo como el desempleo, la inestabilidad económica, entre los más relevantes, son causantes para que un individuo transite de la zona de integración hacia la zona de exclusión. El empleo adquiere una relevancia importante en cuanto a la obtención de ingresos (vía económica) y se convierte en un indicador principal de exclusión cuando el resto de aspectos (personales, culturales, relacionales) fallan.

En una sociedad donde la competitividad es un valor central, los mecanismos de exclusión constituyen una regla de juego. La competitividad es por naturaleza excluyente, por eso los niños, ancianos, indígenas, etc., fácilmente se convierten en excluidos.

“La exclusión hoy es un fenómeno social y una cuestión política, económicamente mala, socialmente corrosiva y políticamente explosiva”⁴⁹.

Hablar de exclusión social es expresar y dejar constancia de que el tema no es tanto la pobreza y las desigualdades en la pirámide social sino, en qué medida se tiene o no un lugar en la sociedad⁵⁰

La necesidad de los países de proteger a su población a través de los postulados de Seguridad Social, está íntimamente relacionado con el comportamiento de su economía, la capacidad de funcionamiento de los subsistemas creados para tal propósito y fundamentalmente su autofinanciamiento, son condicionantes que se debe tomar en cuenta al momento de analizar los resultados alcanzados.

La teoría de la seguridad social aportará a esta investigación elementos importantes, en el sentido de proporcionar un conjunto de acciones que todo Estado debe seguir a fin de garantizar una población sana y dispuesta a participar

⁴⁹ Bel Adell, Carmen. *“Exclusión social: origen y características”* Curso: Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos. Murcia. Enero 2002. p. 2

⁵⁰ Ibidem p..3

en el desarrollo económico y social de un país, relacionándola con la realidad en la que vive la población, haciendo énfasis en las características del mercado laboral.

Será útil considerar las bases de la teoría de desarrollo humano y el comportamiento del indicador IDH (Índice de Desarrollo Humano) en los últimos 5 años, incorporando en el análisis el grado de pobreza en Bolivia y sus causas, cuyo resultado será analizado en un grupo específico.

Las investigaciones efectuadas en cuanto a la exclusión social vs el bienestar social aportará criterios valiosos a esta investigación, ya que esta teoría analiza el comportamiento del individuo frente a la vulnerabilidad de sus derechos y deberes.

La dificultad surge en países en vías de desarrollo, como Bolivia, con un modelo de economía neoliberal, con ingresos sensibles a las variaciones de precios internacionales, bajos niveles de producción, baja participación en el comercio internacional, en donde temas como la seguridad social no son prioritarias, lo que provoca que diferentes grupos de la sociedad, especialmente los trabajadores por cuenta propia, se encuentren excluidos de los beneficios de la seguridad social.

La cobertura de la seguridad social a toda la población demanda asignación de recursos monetarios altos, especialmente al seguro de salud, tema de importante análisis en relación a los postulados teóricos de seguridad social y la realidad en la que se desenvuelve.

Como marco referencial importante para esta investigación se consideran las normativas de seguridad social con que cuenta el país y bajo las cuales la fuerza laboral del país se enmarca.

CAPÍTULO 2 ESTUDIO DE CASO

2.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

En los últimos treinta años, nuevos problemas emergieron, que impidieron el alcance de los objetivos de la seguridad social. Principalmente factores

económicos, de política económica y sociales influyeron para que se incremente el número de trabajadores por cuenta propia en Bolivia.

Los indicadores económicos mejoraron (Anexo 6), pero no fueron suficientes como para reducir los niveles de pobreza, diversificar la producción, incrementar nuevas fuentes de empleo y mejorar los ingresos de la población y; lo que se observa es un crecimiento en el número de trabajadores independientes en los que se encuentran los profesionales.

La cobertura de la seguridad social en Bolivia es baja y está muy ligada al mercado laboral, los empleos formales cada vez son más reducidos debido a la privatización de algunas empresas estatales, las políticas de las empresas y la continua contracción del mercado de producción de bienes y servicios. Las faltas a las normas vigentes en el país son infringidas con mayor frecuencia por parte de los empleadores que muestran personal contratado por tiempo definido (59 ó 360 días) y quienes no gozan del beneficio de la seguridad social de corto plazo.

Los profesionales que no obtienen una fuente de trabajo formal, optan por trabajos de consultoría que ofrecen diferentes reparticiones del Estado, ONGs, y Organismos Internacionales, las mismas contratan a estos profesionales con el propósito de alcanzar sus objetivos.

Para determinar el estudio de caso se efectuó una fase exploratoria a 8 trabajadores por cuenta propia como son los electricistas, albañiles, peluqueros (mano de obra no calificada) y particularmente a profesionales en distintas ramas (mano de obra calificada). Todos los entrevistados indicaron que no contaban con seguro de vejez ni seguro de salud. Los ingresos que percibían variaban considerablemente entre las diferentes alternativas de empleo. Aquellos trabajadores con ingresos menores a Bs. 2.000.- no estaban interesados en contar con los beneficios de la seguridad social, debido principalmente a que consideraban que los aportes eran muy altos y que con lo que “ganaban” apenas si podían subsistir. El grupo de profesionales se mostró interesado en contar con

estos beneficios, pero no encontraban los mecanismos favorables para hacerlo ya que consideraban elevado el 10% de su ingreso para poder afiliarse a una de las Cajas de Salud. Las respuestas de los profesionales por cuenta propia fueron diversas, situación que motivó a iniciar la investigación a este grupo.

La realidad mostraba una incongruencia con este grupo, que seguramente pensando en mejorar sus condiciones laborales decidieron alcanzar una profesión que garantizara sus aspiraciones, pero lamentablemente era el mercado laboral cada vez más reducido lo que les impedía contar con un empleo formal, engrosando las filas de “consultores” (trabajadores calificados por cuenta propia) que hasta antes de diciembre del 2010 no tenían acceso a ningún beneficio de la seguridad social.

El consultor, es un profesional calificado con conocimiento de temas específicos que presta sus servicios por tiempo y honorarios definidos. Asume ciertas responsabilidades en cuanto al pago de impuestos por ingreso.

Este tipo de trabajo que se realiza es por producto y el monto acordado entre el consultor y el empleador no contempla el goce de seguro de salud y con la nueva Ley N° 65 de Pensiones del 10 de Diciembre del 2010 todo Consultor de Línea, Consultor por Producto y Consultores están obligados a efectuar contribuciones al Sistema Integral de Pensiones (SIP), cuyo aporte de largo plazo, garantiza el seguro de vejez, que en porcentaje representa el 15.5% de sus ingresos. Además deben contar con NIT como consultores. Si son consultores de línea se inscriben como tal en Impuestos Nacionales y sus aportes son el 13% al régimen complementario al impuesto al valor agregado (RC IVA) cuya cancelación se realiza cada trimestre. En el caso de consultores por producto, las declaraciones juradas son mensuales y el porcentaje es el 13% por impuesto al valor agregado (IVA) más el 3% por impuesto a las transacciones (IT) y el 25% anual por impuesto a las utilidades (IUE).

La nueva normativa de Pensiones resulta favorable para este grupo de trabajadores que se encontraba fuera del beneficio de la seguridad social a largo plazo, el mismo que se interrumpe cuando se cumple su contrato; cabe por tanto puntualizar que: 1º el tiempo de la consultoría no es permanente, es variable de 60, 90, 180 días, con opción de ampliación por una sola vez, dependiendo del tipo de trabajo y de los recursos que disponga la entidad; 2º Los ingresos percibidos por lo tanto son variables lo que provoca incertidumbre en las obligaciones adquiridas para la subsistencia familiar; 3º Al no contar con ingresos permanentes ni con seguro de salud emerge un problema de exclusión en un grupo laboral importante en el país.

La presente investigación pretende contrastar la teoría de la seguridad social de corto plazo y su aplicación práctica, analizar la cobertura y condiciones bajo las cuales se brinda el seguro de salud y la calidad del servicio. Se estudiarán los alcances de la exclusión de este beneficio en función de los resultados que se obtuvieron en las encuestas. Se confrontarán dichos resultados con los postulados de Desarrollo Humano e investigará las causas de su exclusión y las bases de una normativa práctica en que podría dar solución a este problema.

Con el propósito de efectuar un análisis profundo y específico se adopta como universo de investigación a los Consultores de Línea -por ser profesionales que trabajan bajo la supervisión directa de personal de planta-, además y dadas las características elevadas del número de consultores en comparación con las demás reparticiones de Estado, se selecciona particularmente a los consultores del Ministerio de Medio Ambiente y Agua, de los tres Vice Ministerios: Vice ministerio de Agua Potable y Saneamiento Básico, Vice ministerio de Medio Ambiente, Biodiversidad, Cambios Climáticos y de Gestión y Desarrollo Forestal y Vice ministerio de Recursos Hídricos y Riego.

CAPÍTULO 3. DISEÑO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las bases de una propuesta que contenga los mecanismos y procedimientos expresados en una normativa para un seguro de salud que permita a los trabajadores independientes, particularmente consultores de línea

del Ministerio de Medio Ambiente y Agua el acceso a la seguridad social de corto plazo a partir de la gestión 2012?

3.2. HIPÓTESIS:

El seguro de salud debe beneficiar al trabajador independiente, particularmente a los consultores de línea, a partir de su incorporación a seguro social obligatorio, debe tomar en cuenta además, un monto mínimo de pago de Bs. 6000 a fin no solo de cubrir los pagos impositivos sino un estándar y calidad de vida digno.

El tema de seguridad social, un esfuerzo de los trabajadores en busca de encontrar cobertura a las contingencias sociales, ha sido manejado en los últimos 20 años como una opción de características liberales, es decir, hacerse accesible “solo” a los que puedan cubrir sus costos. En este grupo se encuentran los trabajadores que se desempeñan en “empleos formales” y donde el seguro de salud, maternidad y lactancia son cubiertos, según normas nacionales, por sus empleadores.

Se considera como uno de los elementos constitutivos de la hipótesis los ingresos mayores a Bs. 6000.-, la cual guarda relación con las remuneraciones que se asignan a trabajos de consultoría en el Ministerio de Medio Ambiente y Agua.

El tema de investigación se centra en el de consultor de línea cuyos ingresos acordados según contrato oscila entre los 4.000 a 10.000 Bs.- en el Ministerio de Medio Ambiente y Agua, montos que dependen de la importancia del trabajo asignado. En el estudio exploratorio efectuado a profesionales consultores mostró un promedio de ingresos Bs. 6.000.

3.3. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores que provocan la exclusión de los trabajadores independientes (consultores de línea) de la seguridad social de corto plazo

(seguro de salud) y las diferentes formas de solución que adopta este sector a fin de garantizar su bienestar.

3.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar cuantitativamente y la repercusión cualitativa del presupuesto asignado para consultoría en el Ministerio de Medio Ambiente y Agua.
- Determinar el número de consultores de línea que cuentan con seguro de salud (seguro de corto plazo).
- Evaluar los efectos de la exclusión del seguro de corto plazo al grupo de consultores de línea del Ministerio de Medio Ambiente y Agua y la solución que adoptan.
- Analizar la evolución del IDH en los últimos cinco años en Bolivia y el comportamiento en la ciudad de La Paz.
- Valorar la repercusión global de la cobertura y calidad del seguro de salud para los consultores del Ministerio de referencia a partir de los datos estadísticos para trabajadores en general de la ciudad de La Paz.

CAPÍTULO 4 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Según Wiersma y Jurs (2005) el estudio de caso es el examen detallado de “algo”: un evento específico, una organización, un sistema educativo, por ejemplo⁵¹.

Para Williams, Grinnell y Unarau (2005), el estudio de caso es una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto en la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes⁵².

Stake (2000)⁵³ identifica tres diferentes tipos de estudios de caso: *intrínsecos*, *instrumentales* y *colectivos*. El propósito de los primeros no es construir una teoría, sino que el caso mismo resulte de interés. Los estudios de casos instrumentales se examinan para proveer de insumos de conocimiento a algún tema o problema de investigación, refinar una teoría o aprender a trabajar con otros casos similares. Por su parte, los colectivos sirven para construir un cuerpo teórico (sumar hallazgos, encontrar elementos comunes y diferencias, así como acumular información), la presente investigación es de carácter instrumental.

Los estudios de caso también pueden subdividirse dependiendo de la clase de datos que recolecten: *cuantitativo*, *cualitativos* y *mixtos*. En los estudios de caso *cuantitativos* se utilizan herramientas estandarizadas como pruebas, cuestionarios, escalas, observación estructurada y análisis de contenido con categorías preestablecidas. A su vez, se subdividen en *experimentales cronológicos* (a través del tiempo) y *no experimentales* (transversales y longitudinales).

En los estudios de caso *cualitativos* el ambiente o contexto está constituido por el mismo caso y su entorno. Así mismo, no se utilizan herramientas estandarizadas,

⁵¹ Wiersma, W y Jurs, S. G. (2005). “*Research methods in education*” 8a. ed.. Boston. Person

⁵² Grinnell, R. M., Unrau, Y. A. y Williams, N. (2005) “*Scientific inquiry an social work*” 7a. ed. Nueva York: Oxford University Press.

⁵³ Stake R. (2000) Case Studies. *Handbook of qualitative research*. 2da. Ed.

no se establecen *a priori* categorías. Gran parte de los estudios de caso de este tipo tienen como objetivo documentar una experiencia o evento en profundidad o entender un fenómeno desde la perspectiva de quienes lo vivieron. El estudio de caso cualitativo no persigue ninguna clase de generalización.

En los estudios de caso *holísticos*, el caso es crítico y revelador; generado para confirmar, retar o extender una teoría o hipótesis. Asimismo, pueden documentar una situación o evento único.⁵⁴El caso es evaluado de manera completa y profunda, de acuerdo con el planteamiento del problema, vale decir que se evalúa en función de las teorías que están relacionadas directamente con el caso de estudio.

Cada vez son más comunes los estudios de caso *mixtos*, de hecho, la sugerencia que podemos hacer es que resulta conveniente que sean híbridos (recolecten tanto datos cuantitativos como cualitativos); lo cual fortalece su amplitud y profundidad.

La presente investigación corresponde al método de Estudio de Caso, contiene carácter descriptivo del fenómeno que se desea estudiar. En este tipo de estudio de caso, se toman en cuenta fundamentalmente instrumentos cuantitativos (encuesta). La entrevista, de naturaleza eminentemente cualitativa, se asume como complemento de las encuestas. De tal forma, siendo un estudio de caso cualitativo, no pretende un enfoque mixto, sino solamente introducir la valoración de tipo cualitativa para la interpretación de los datos y arribar a las conclusiones de la investigación. Considera también el proceso iterativo que permite una visión globalizadora y específica del problema. Se plantea el problema de investigación desde una óptica cuantitativa respaldada por los cuestionarios y entrevistas realizadas, que contiene una estructuración lógica (Anexo 7).

⁵⁴ Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado Carlos; Baptista Lucio Pilar, "Metodología de la Investigación". Capítulo cuarto del CD. Cuarta Edición.

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de caso que se plantea es no experimental ya que no se manipula deliberadamente las variables, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación. Es transeccional puesto que el estudio de campo se realiza en un período determinado, donde se recolectan datos en un solo momento.

4.2. RECOPIACION DE DATOS

Para poder determinar la situación por la que atraviesa el grupo de Consultores de Línea, que son parte de los trabajadores calificados por cuenta propia, se recurrió a las estadísticas oficiales a fin de determinar el número de trabajadores dedicados a esta actividad. La información estadística acerca de la cobertura de seguro de salud, permite efectuar un análisis de la realidad. Finalmente se efectúa una encuesta (Anexo 8) a todos los consultores de línea del Ministerio de Medio Ambiente y Agua (120 consultores) y se entrevista (Anexo 9) al 10% de ellos como elemento complementario a fin de conocer su percepción al respecto.

Los resultados de la encuesta y las entrevistas realizadas a los consultores proporcionan información valiosa para determinar la situación actual con relación al acceso o no al seguro de salud. Así también se obtuvieron los rangos de remuneración asignado a consultores de línea y se relaciona con el presupuesto asignado a este Ministerio.

Las estadísticas del Índice de Desarrollo Humano en Bolivia brindan información en cuanto a la calidad de vida y el comportamiento que han mostrado en los últimos años.

Finalmente, las estadísticas del Instituto de Seguros de Salud, la calidad de seguros de salud en nuestro medio, estadísticas de Instituto Nacional de Estadística sobre seguridad social, demográficos y económicos y los resultados de las encuestas realizadas a los consultores de línea ayuda a determinar las

condiciones de seguridad social de corto plazo en la que se encuentra el grupo de estudio.

CAPÍTULO 5 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. FUENTES PRIMARIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

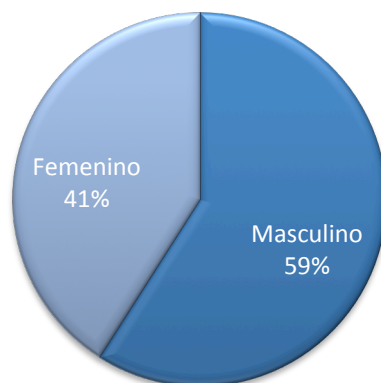
Para la presente investigación se realizó encuestas a los Consultores de Línea del Ministerio de Medio Ambiente y Aguas se pudo obtener los siguientes resultados:

5.1.1. SEXO Y ESTADO CIVIL:

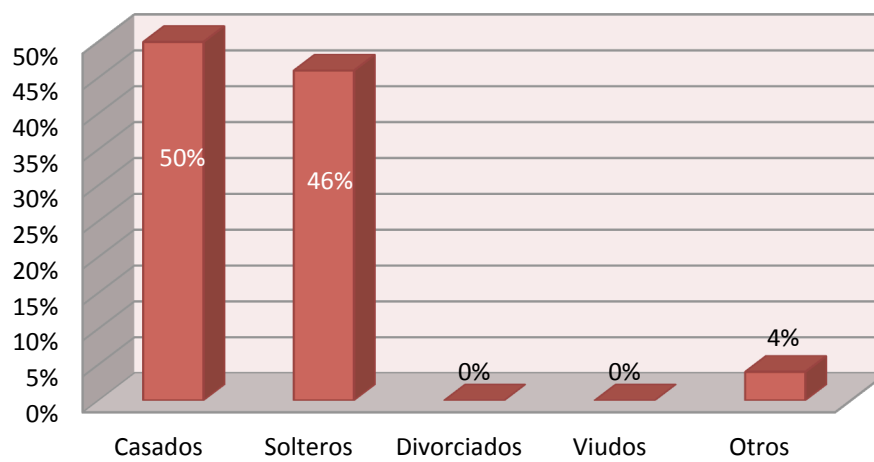
La encuesta muestra que 41% de los consultores de línea son mujeres y el 59 % varones. En el caso de consultores el género no juega un papel determinante para su contratación, siendo de mayor importancia las calificaciones y experiencia profesional. Como ocurre en diferentes sectores de la economía, la participación de la mujer en el campo laboral se ha incrementado observándose la participación de mujeres profesionales en el campo de la consultoría.

El estado civil, según refleja la encuesta, 50% de los Consultores de Línea son casados y todos ellos con hijos.

Del 46% de solteros o solteras, el 15% tienen hijos, siendo 10% mujeres y 5% varones. Y en Otros, contempla consultores que tienen una relación de convivencia y cuentan con hijos, lo que muestra que 66% de los encuestados tienen obligaciones con hijos respecto de su manutención, educación, salud y vivienda.

Gráfico 2. SEXO

Elaboración propia

Gráfico 3. ESTADO CIVIL

Elaboración propia

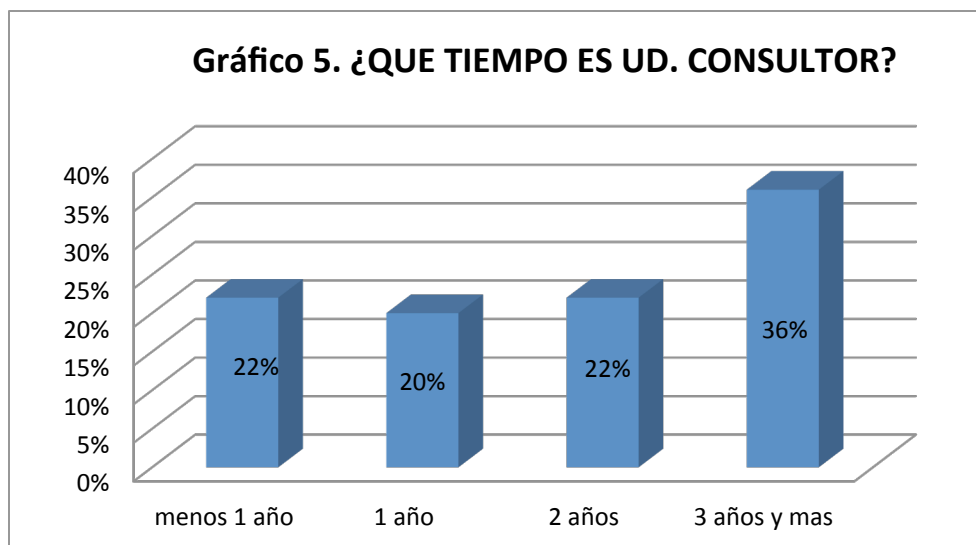


Elaboración propia

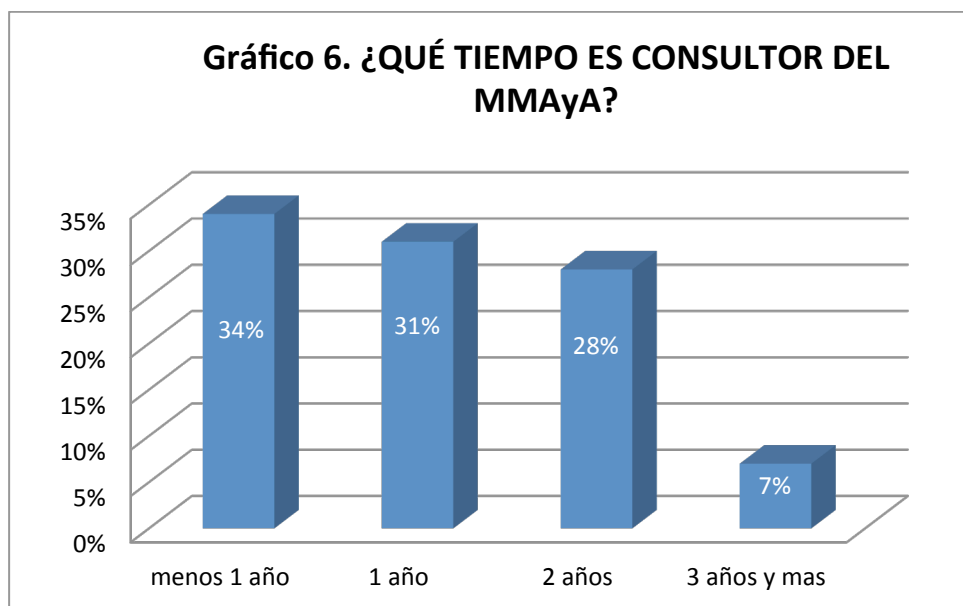
5.1.2. CONSULTOR DE LÍNEA:

Por las características de la investigación, se consideró importante conocer el tiempo que los profesionales encuestados prestan sus servicios como Consultores de Línea, el tiempo que son Consultores del MMAyA, además de conocer el ingreso que perciben y la edad que tienen.

Los datos obtenidos, dan una visión más clara de la situación del Consultor de Línea en el Ministerio de Medio Ambiente y Agua en cuanto a su permanencia como trabajador independiente.



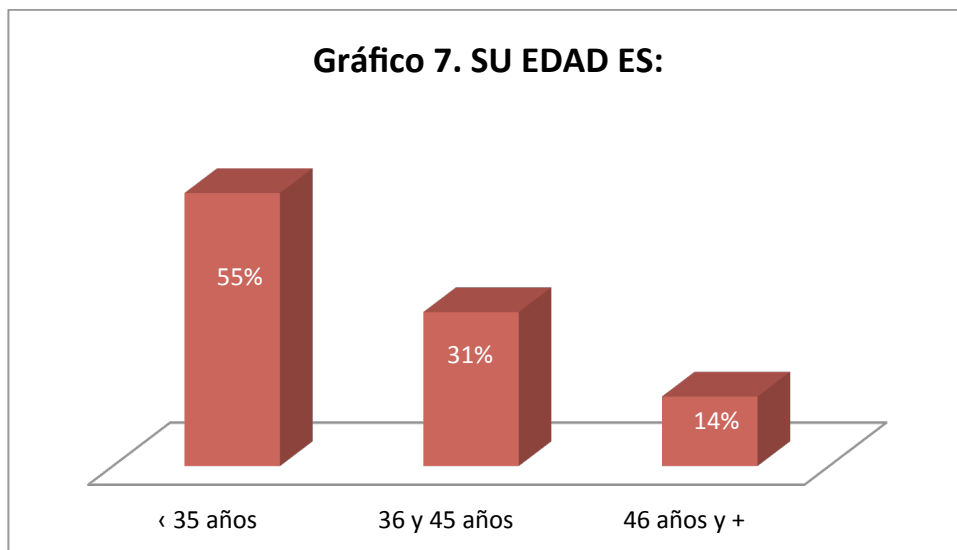
Elaboración propia



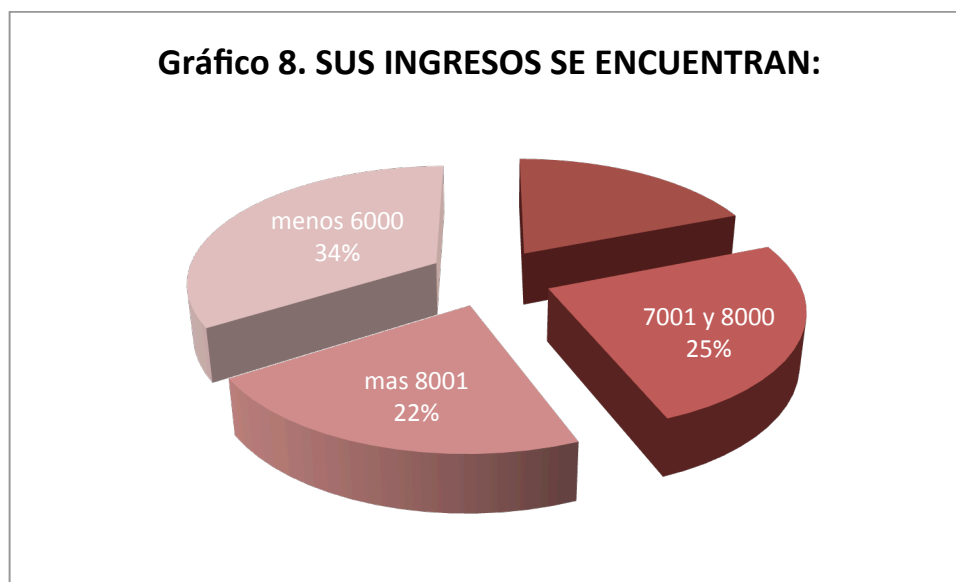
Elaboración propia

Los resultados de las encuestas muestran que el 36% son profesionales con más de 3 años de trabajo en el campo de la consultoría pero sólo el 7% de ellos, prestan servicios en el Ministerio de Medio Ambiente y Agua, lo que muestra la alta movilidad laboral. Esta afirmación se la realiza confrontando los resultados del Gráfico 6, donde se observa que el 34% son Consultores de Línea con menos de un año de permanencia del el MMAyA.

La edad de los consultores de línea es relativamente joven, el 55% son menores de 35 años y el 14% son mayores de 46 años, el 31% están entre los 36 y 45 años. Esta información muestra el comportamiento del mercado laboral de profesionales, el mismo que se ha visto incrementado por profesionales de Universidades Privadas vigentes en su mayoría desde hace mas de 20 años y Universidades Estatales en el país. La política económica de los últimos años ha reducido los empleos formales por lo que se observa un incremento en trabajadores por cuenta propia y en la investigación que nos ocupa, profesionales dedicados al campo de la consultoría.



Elaboración propia

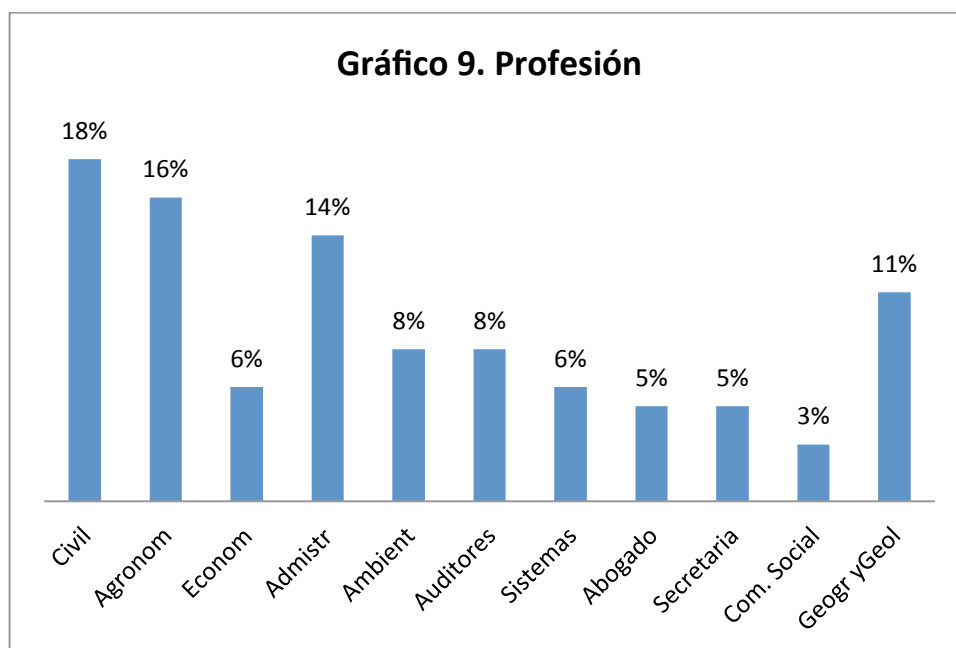


Elaboración propia

Los ingresos menores a 6000 Bs. se concentran en un 34%, mientras que los ingresos mayores a 8000 Bs. representan solo el 22% del grupo encuestado. El 19% percibe ingresos entre 6001 y 7000 Bs. y el 25% entre 7001 y 8000 Bs.

El número de consultores con ingresos menores a 6000 Bs. son muestra clara de la realidad laboral y económica de nuestro país.

Se concluye que el 66% de los consultores de línea del Ministerio de Medio Ambiente y Agua tienen ingresos mayores a Bs. 6000, que ratifica la información obtenida por parte de los personeros del Ministerio acerca de los montos de contratación por consultoría.



Elaboración propia

Para completar la información del consultor, en el gráfico 9 se observa que una mayoría son Ingenieros Civiles (18%) seguidos de los Ingenieros Agrónomos con 16%. Continúan los Administradores de Empresas e Ingenieros Comerciales con 14% que se agruparon por las características de trabajo que desempeñan además de ser carreras afines. Los Geólogos y Geógrafos con el 11% ocupan un cuarto lugar seguidos por los Ingenieros Ambientales y Auditores con un 8%.

Las otras profesiones de los consultores representan un porcentaje menor. Se puede claramente afirmar que dadas las características del trabajo que

desempeña en Ministerio de Medio Ambiente y Agua, las profesiones de mayor incidencia se relacionan estrechamente con el tipo de servicio que brinda esta entidad del Estado.

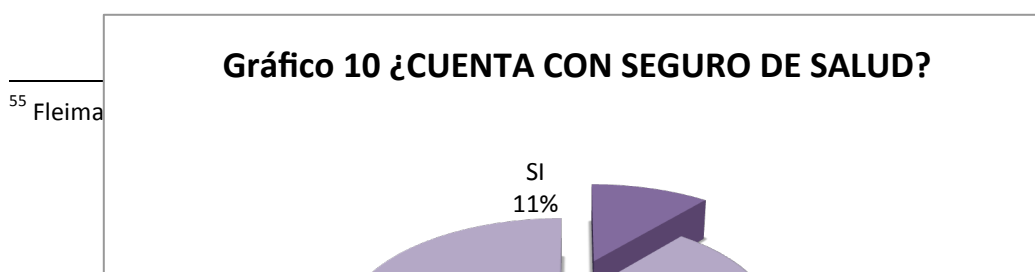
Algo que llama la atención es que existen secretarías como consultoras (5%), siendo que se concibe al “consultor” como aquel profesional que resulta ser un asesor en temas específicos, este grupo es el que percibe ingresos menores. Según información obtenida en el Ministerio de Medio Ambiente y Agua, esta situación se debe a que los proyectos que son financiados por organismos internacionales y que ejecuta esta cartera de Estado, contempla dentro el presupuesto la contratación de Secretarías y personal de apoyo.

En algunos países en desarrollo y Bolivia entre ellos, el trabajo de consultor se puede considerar relativamente nueva. El requerimiento de consultor empieza al surgir alguna situación insatisfactoria y susceptible de mejora, idealmente, termina en una situación en que se ha producido un cambio que constituye un progreso⁵⁵.

Los beneficios de contratar consultores profesionales se traduce en la recepción de ayuda intensiva en forma transitoria, utilización de expertos que tienen conocimientos y capacidades específicas, además reducen los costos al no ser personal de planta ya que su permanencia es temporal.

5.1.3. EL CONSULTOR Y EL ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL:

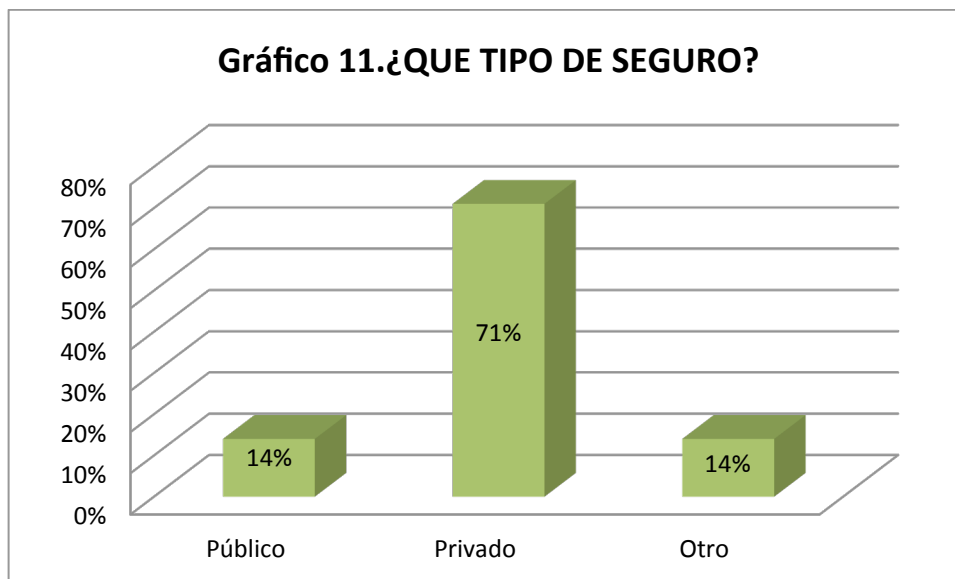
Para obtener la información de los consultores referente al tema de investigación, en las encuestas se efectuaron preguntas acerca de la cobertura con que cuentan respecto de la seguridad social de corto plazo (seguro de salud). Los resultados fueron los siguientes:



Elaboración propia

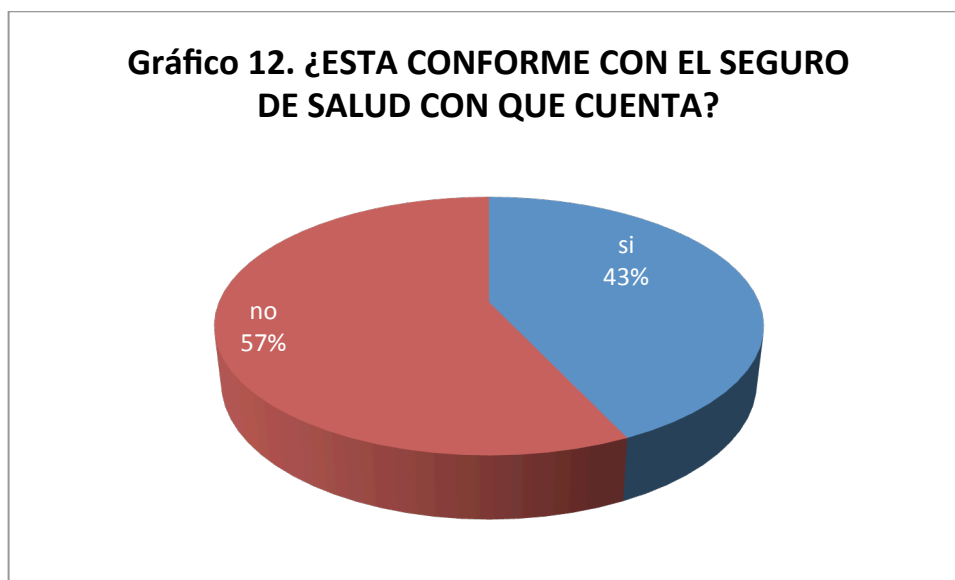
La información obtenida, en la que el 89% de los consultores de línea no cuentan con un Seguro de Salud muestra claramente la exclusión a este servicio. El 11% que cuentan con este seguro es porque: adquirieron un seguro privado en el que la cobertura solo es de primer nivel, es decir solo la consulta médica ó, porque se encuentran asegurados por el conyugue, como aseguraron los entrevistados. Considerando que una población sana es la que garantiza que se cumplan los planes de desarrollo de un país, se entrevistó a las profesionales consultoras que representan el 5% del grupo que no cuenta con seguro de salud, respecto de la forma en que solucionan sus problemas de salud sexual y/o reproductiva; las mismas indicaron que prefieren una consulta privada que garantice la solución a su problema y que resulta muy difícil acceder a los programas que brinda el Gobierno respecto de este tema.

En el Gráfico 11 se observa que de los Consultores que cuentan con seguro de salud, el 71% cuentan con un seguro privado, 14% con un seguro público, el restante Otro 14%. Este último grupo accede a un tipo de seguro de salud como es el que brindan centros hospitalarios de la Iglesia como son los hospitales: Arco Iris, San Gabriel y Metodista.



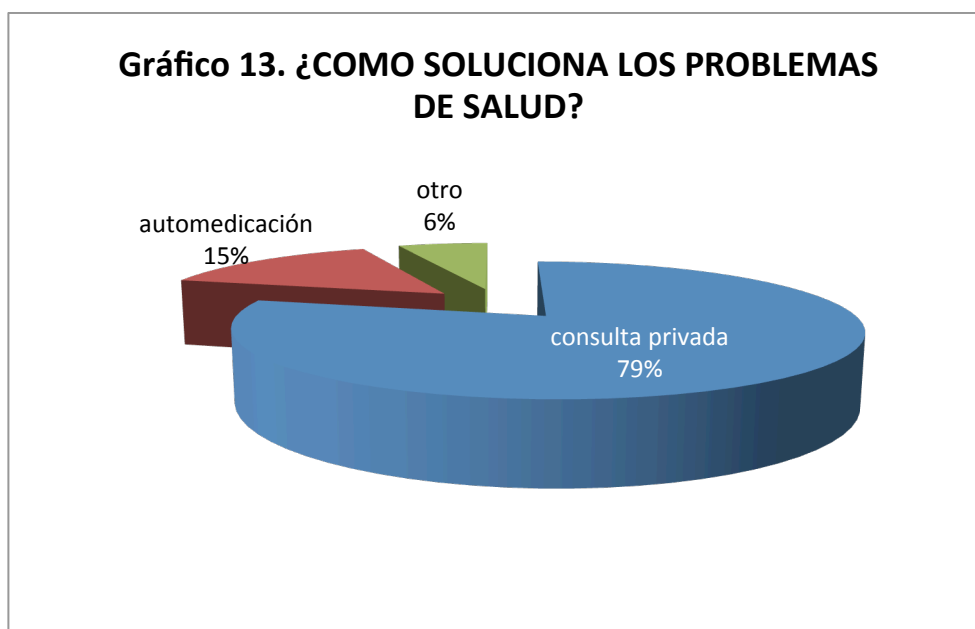
Elaboración propia

El 57% de este grupo no está conforme con el seguro con que cuenta ya que no cubre medicamentos ni hospitalización, en algunos casos la atención es deficiente, existe retraso en la entrega de resultados y no siempre cuentan con permisos en el trabajo para efectuar las largas filas en busca de una “ficha” cuando se trata de los servicios del subsector de la seguridad social (CNS, Caja Petrolera, Caja Bancaria).



Elaboración propia

Al grupo de Consultores de Línea que no cuentan con seguro de salud (89%), se les preguntó como daban solución a sus problemas de salud que se presentaban y a la de sus familias. El siguiente gráfico muestra los resultados:



Elaboración propia

Las respuestas fueron: un 79% en consulta privada, muy riesgosa fue la respuesta de automedicación (15%). El Otro (6%), indicó que recurren a la medicina tradicional, que es una opción que brinda el Ministerio de Salud y Deportes para aquellos grupos poblacionales que consideran una buena alternativa de solución a problemas de salud, toda vez que Bolivia es un país con raíces ancestrales en los que se ejerce la medicina tradicional.

Frente a esta situación y dado el porcentaje elevado de Consultores que no gozan de un seguro de salud, se preguntó con que seguro de salud les gustaría contar, a continuación se muestra gráficamente los resultados:

**Gráfico 14
CON QUE TIPO DE SEGURO DE SALUD LE
GUSTARIA CONTAR**

Elaboración propia

El 55% de los encuestados que no cuentan con seguro de salud indicaron el seguro privado, porque brindan mejor atención. El 12% prefiere un seguro del subsistema de seguridad social porque cuentan con medicamentos y mejores equipos médicos. El 29% indicaron que desearían uno diferente, con buenos médicos, buena y rápida atención, y se encuentren bien equipados. El 4% indicó que no era necesario además, cualquier seguro de salud resulta ser “muy caro”. En las entrevistas al 5% de los encuestados señalaron que la afiliación al sistema de salud es muy alta porque son considerados como empleadores, pero que consideran importante contar con una cobertura de salud y que estarían dispuestos a dar un aporte pequeño a fin de cubrir esta necesidad tal y como hacen con el aporte solidario.

5.2. FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACIÓN

5.2.1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD

Como fuentes secundarias de información se considera la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) que es el encargado

de brindar información estadística tanto en aspectos demográficos, económicos y seguridad social entre los más relevantes para esta investigación.

El Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) como órgano regulador de la seguridad de corto plazo brinda elementos importantes para el presente trabajo, especialmente por la información estadística del comportamiento del seguro de salud.

En el Cuadro 2 se muestran datos de afiliación al seguro social de corto plazo en el 2010 por departamento. La cobertura del seguro de salud en relación a la población urbana, donde se compara la población cotizante respecto de la PEA y que alcanza al 24.7% en Bolivia, para el departamento de La Paz el porcentaje es de 28.4%, esta información es el reflejo del comportamiento de los consultores respecto de su afiliación voluntaria al seguro de salud, puesto que muchos trabajadores por cuenta propia voluntariamente eluden su afiliación por el costo que representa.

Cuadro 2

**BOLIVIA: INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD
RELACION DE LA POBLACION DE BOLIVIA Y LOS SEGUROS DE CORTO PLAZO
POR DEPARTAMENTO - GESTION 2010**

DEPARTAMENTO	POBLACION TOTAL BOLIVIA 2010	POBLACION URBANA (1)	POBLACION BOLIVIA (P.E.A) (2)	POBLACION PROTEGIDA POR LOS SEG. SALUD	POBLACION COTIZANTE ACTIVA SEG. SALUD	COBERTURA SEG. SALUD EN F ELACION POB. TOTAL	COBERTURA SEG. SALUD EN F ELACION POB.URBANA	RELACION POE.COTIZ SEG. SALUD Y P.E.A.
BOLIVIA	10.426.155	6.922.087	4.186.364	3.617.293	1.033.693	34,7	52,3	24,7
CHUQUISACA	650.570	321.784	290.253	180.386	72.040	27,7	56,1	24,8
LA PAZ	2.839.946	1.949.809	1.172.710	1.273.330	332.912	44,8	65,3	28,4
COCHABAMBA	1.861.924	1.197.071	779.469	545.833	176.912	29,3	45,6	22,7
ORURO	450.814	280.833	174.657	254.233	73.854	56,4	90,5	42,3
POTOSI	788.406	281.066	349.381	313.935	84.740	39,8	111,7	24,3
TARIJA	522.339	362.720	219.579	136.388	33.428	26,1	37,6	15,2
SANTA CRUZ	2.785.762	2.171.744	978.484	788.129	231.311	28,3	36,3	23,6
BENI	445.234	315.112	189.575	107.430	23.677	24,1	34,1	12,5
PANDO	81.160	41.948	32.256	17.629	4.819	21,7	42,0	14,9

NOTA:(1) PROYECCIONES INE 2001 - 2015)

(2) (INE) PROYECCIONES DE LA P.E.A (POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA)

El Cuadro 3 muestra, con datos obtenidos en la Encuesta de Hogares 2007, 2008 y 2009 la cobertura total por seguros de salud y la población desprotegida, la misma que muestra un 66.4% de población sin seguro frente a un 33.6% de habitantes que cuentan con algún seguro de salud en el año 2009.

Cuadro 3

Cuadro 11 – Cobertura total por seguros de salud y población desprotegida según Encuestas de Hogares 2007, 2008 y 2009

Población		2007	2008	2009
Población desprotegida (sin seguro)	habitantes	6.873.082	6.861.767	6.844.776
	%	69,4%	68,4%	66,4%
Población con algún seguro de salud	habitantes	3.029.551	3.166.206	3.456.838
	%	30,6%	31,6%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2008, 2011a, 2011b)

Fuente: Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia. Msc. Julien R. Dupuy. MSD. Septiembre 2011

Una comparación de la población aportantes al sistema de seguridad social, es decir el seguro de corto plazo (cajas de salud) y largo plazo (administradores de fondos de pensiones) elaborado por el INASES para la gestión 2010, muestra claramente la diferencia que existe entre ambos seguros (Cuadro 4).

Cuadro 4

**INASES: NUMERO DE TRABAJADORES AFILIADOS APORTANTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
CAJAS DE SALUD - ADMINISTRADORES DE FONDOS DE PENSIONES
GESTION 2010**

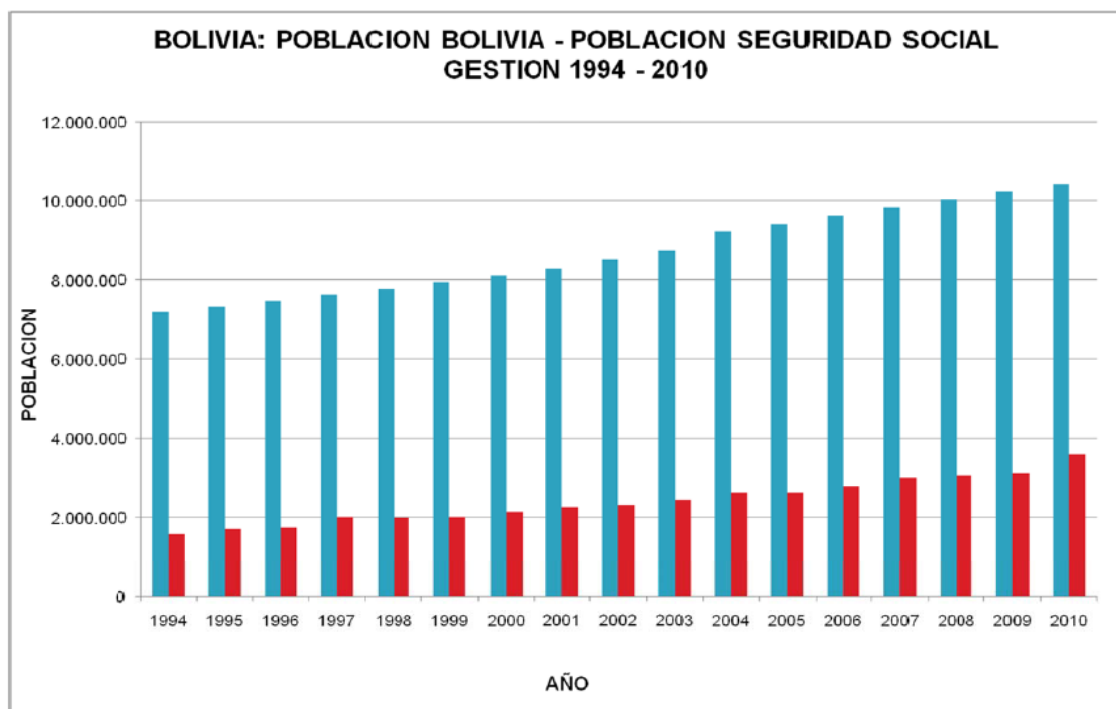
DEPARTAMENTO	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	NUMERO TRABAJADORES APORTANTES CORTO PLAZO	NUMERO TRABAJADORES APORTANTES LARGO PLAZO	DIFERENCIA		RELACION POF CENTUAL PEA POBLACION COTIZANTE	
				ABSCLUTA	RELATIVA	CORTO PLAZO	LARGO PLAZO
BOLIVIA	4.186.364	1.033.693	515.159	-258.981	-32,6	20,5	13,8
CHUQUISACA	290.253	72.040	26.189	-4.963	-15,4	12,1	10,2
LA PAZ	1.172.710	332.912	188.876	-62.918	-24,3	23,5	17,8
COCHABAMBA	779.469	176.912	73.379	-89.398	-53,9	23,2	10,7
ORURO	174.657	73.854	31.376	-18.036	-35,6	29,9	19,2
POTOSI	349.381	84.740	32.960	-46.685	-57,7	24,2	10,3
TARIJA	219.579	33.428	21.492	-7.506	-25,1	15,0	11,2
SANTA CRUZ	978.484	231.311	123.291	-12.955	-9,2	16,0	14,6
BENI	189.575	23.677	15.287	-14.528	-47,7	17,9	9,4
PANDO	32.256	4.819	2.309	-1.992	-45,3	14,8	8,1

FUENTE: INASES - BOLETIN ESTADISTICO AIOS- JUNIO 2010 SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES, VALORES Y SEGUROS BOLIVIA

Este cuadro brinda con más detalle información numérica acerca de la cobertura de la seguridad a corto plazo y largo plazo por departamentos en relación a la población económicamente activa, el departamento de La Paz muestra una población asegurada de 23.5% en el seguro de corto plazo y 17.8 en el seguro de largo plazo.

El Gráfico 15 permite apreciar el comportamiento histórico de la población boliviana (1994 – 2010) y el acceso a la seguridad social, misma que muestra una población altamente desprotegida.

Gráfico 15

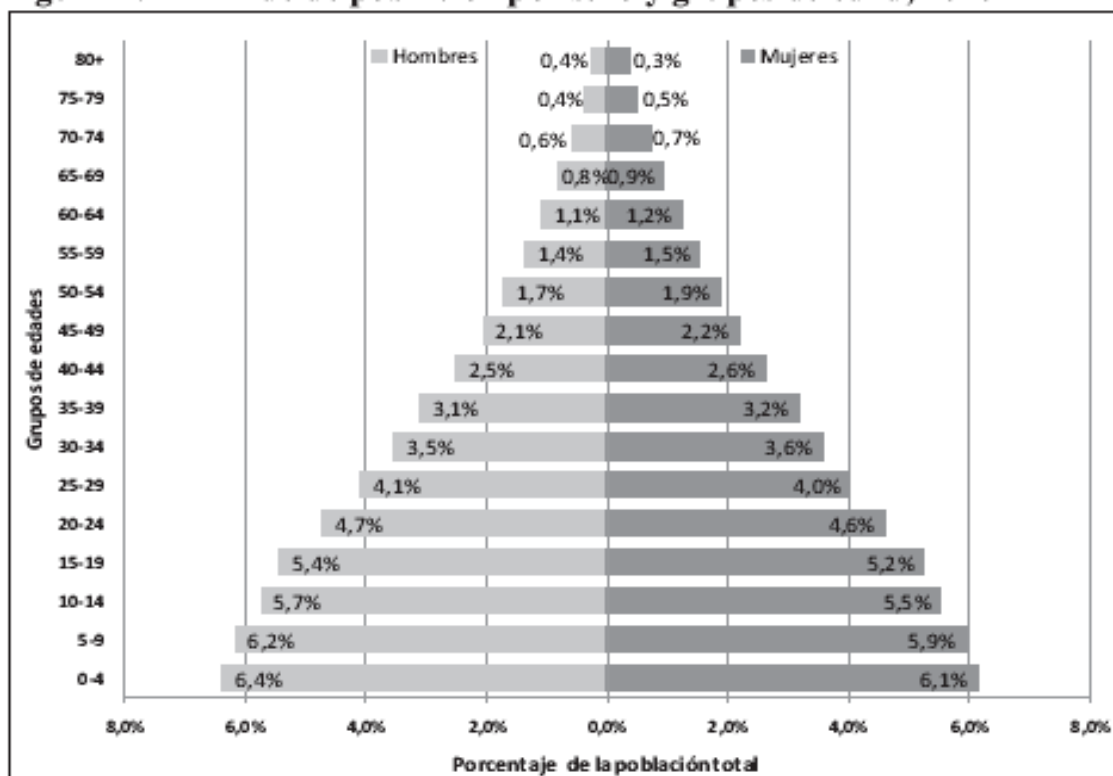
BOLIVIA: POBLACION BOLIVIA - POBLACION SEGURIDAD SOCIAL

Fuente: Análisis del Sector Salud de Bolivia – BID 2010 en base a datos del INE

Los datos observados muestran un número elevado de personas que se encuentran fuera del beneficio del seguro de salud; en este grupo se encuentran trabajadores por cuenta propia calificada y no calificada en los que se incluyen a los consultores de línea.

Otro de los factores que influyen en el comportamiento actual, es el cambio suscitado en la pirámide poblacional de nuestro país (Gráfico 16) que se ha modificado debido a las mejoras en los indicadores demográficos como el incremento en la esperanza de vida y la reducción de la tasa de mortalidad.

Gráfico 16

Figura 2: Pirámide de población por sexo y grupos de edad, 2010

Fuente: Elaboración propia con datos del INE (proyecciones poblacionales en base al Censo 2001).

Fuente: Prieto A. Lorena y Camilo Cid. "Análisis del Sector Salud de Bolivia" BID.2010

La pirámide poblacional boliviana se ha modificado, incorporándose cada año más bolivianos a la actividad laboral, esta situación debería obligar al Estado a promover incentivos al sector privado para la generación de nuevas fuentes de trabajo, diversificar el aparato productivo a fin de absorber a los nuevos profesionales y así evitar el incremento de trabajadores por cuenta propia o elevar la tasa de desempleo y las consecuencias sociales por la que actualmente se atraviesa.

Una población sana, garantiza el cumplimiento de los planes de desarrollo que tiene un país. El actual gobierno, a través de la modificación de la Ley de

Pensiones (Anexo 5), en el artículo 177 incorpora a los Consultores al Sistema Integral de Pensiones que garantiza el seguro de largo plazo.

5.2.2. INFORME DE DESARROLLO HUMANO:

El “Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010”⁵⁶ plantea construir una sociedad más incluyente, equitativa y justa donde todos gocen el derecho a una vida digna, plena y libre, y en base a ello logren una verdadera convivencia. Este Informe contiene una noticia que ha madurado en los últimos años: la ampliación del grupo de bolivianos y bolivianas que hoy logran salir de la pobreza y, en otros, ejercer los derechos a la educación y a la salud como resultado, en muchos casos, de estrategias de sobrevivencia y movilidad social al margen de las acciones del Estado.

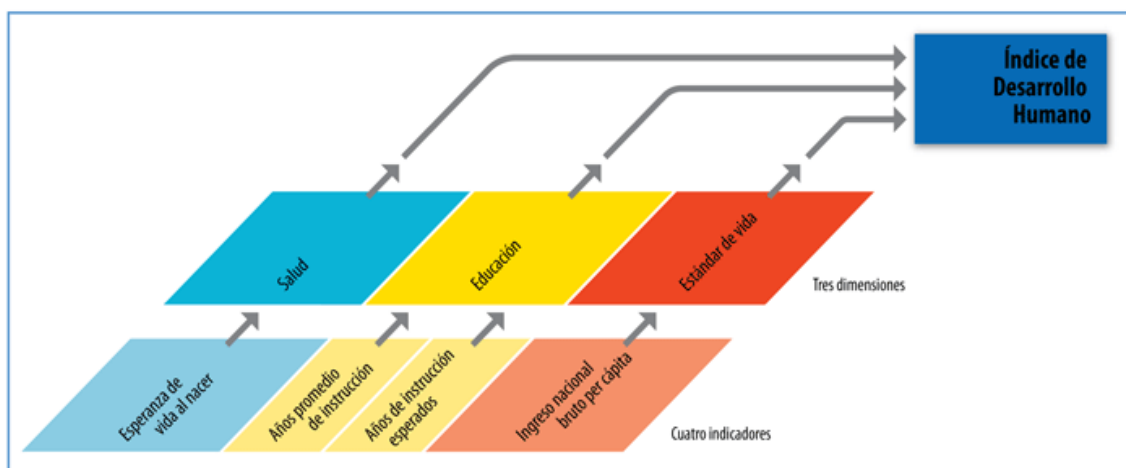
Es necesario mencionar que los componentes del índice de Desarrollo Humano contiene tres dimensiones que son: Salud, Educación y Estándar de Vida y cuatro indicadores donde se analiza la esperanza de vida al nacer para determinar la dimensión Salud. Años promedio de instrucción y años de instrucción esperados son los indicadores para hallar la dimensión de Educación. Finalmente el ingreso nacional bruto per cápita permite encontrar la tercera dimensión de Estándar de Vida.

⁵⁶ PNUD. “Informe de desarrollo humano en Bolivia 2010 – Los cambios detrás del cambio” Sinopsis. Noviembre 2010.

Gráfico 17

Componentes del Índice de Desarrollo Humano

El IDH: las tres dimensiones y los cuatro indicadores



Nota: los indicadores que aparecen en esta figura utilizan la nueva metodología, como se indica en el recuadro 1.2.

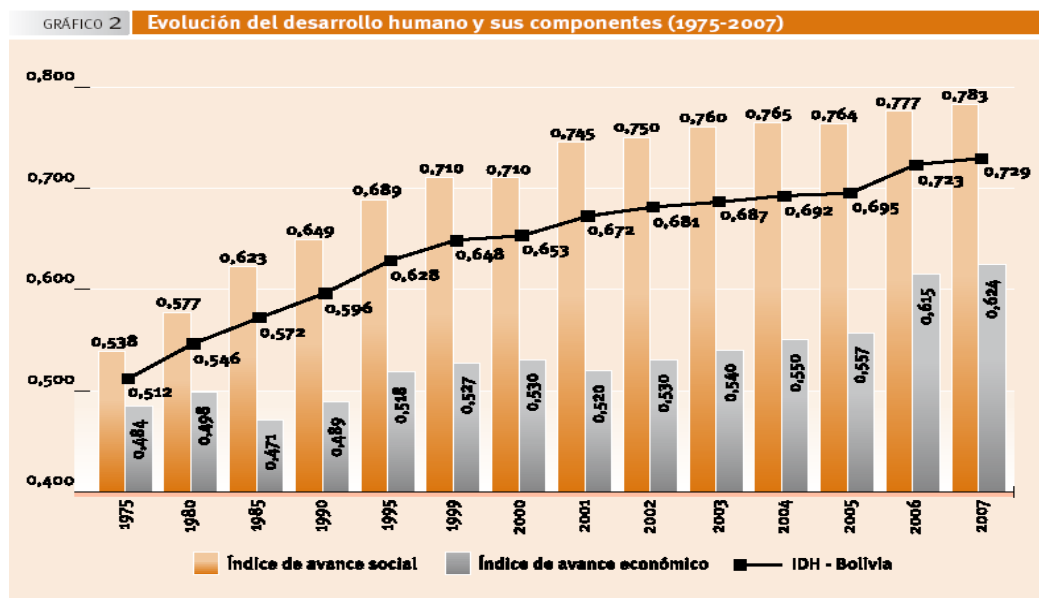
Fuente: Bolivia: Informe de Desarrollo Humano 2010.

Entre 1975 a 2007 Bolivia pasó de ocupar el puesto 57 de 82 países, al puesto 113 entre 177 países en el ranking mundial del Índice de Desarrollo Humano (IDH). En este período el IDH pasó de un nivel de desarrollo humano medio bajo (0.512) a un nivel de desarrollo humano medio alto (0.729). Al mismo tiempo, la esperanza de vida aumentó de 45 a 65 años, y mejoraron sustancialmente los indicadores de acceso y logro educativo de la población que se traducen, por ejemplo, en el aumento de la tasa de alfabetización de 63 a 91%⁵⁷.

El comportamiento del IDH por departamentos se observa en el siguiente gráfico, el mismo que muestra un comportamiento histórico desde 1976 al 2007. La relación de La Paz para el 2007 muestra un crecimiento menor al de Bolivia con 0,678, aunque se observa una tasa de crecimiento del 42%, en el período mencionado, este indicador sitúa al departamento en un nivel de desarrollo humano medio alto.

⁵⁷ PNUD. "Informe de Desarrollo humano en Bolivia 2010, Los cambios detrás del cambio". Sinopsis. Noviembre 2010. p. 24

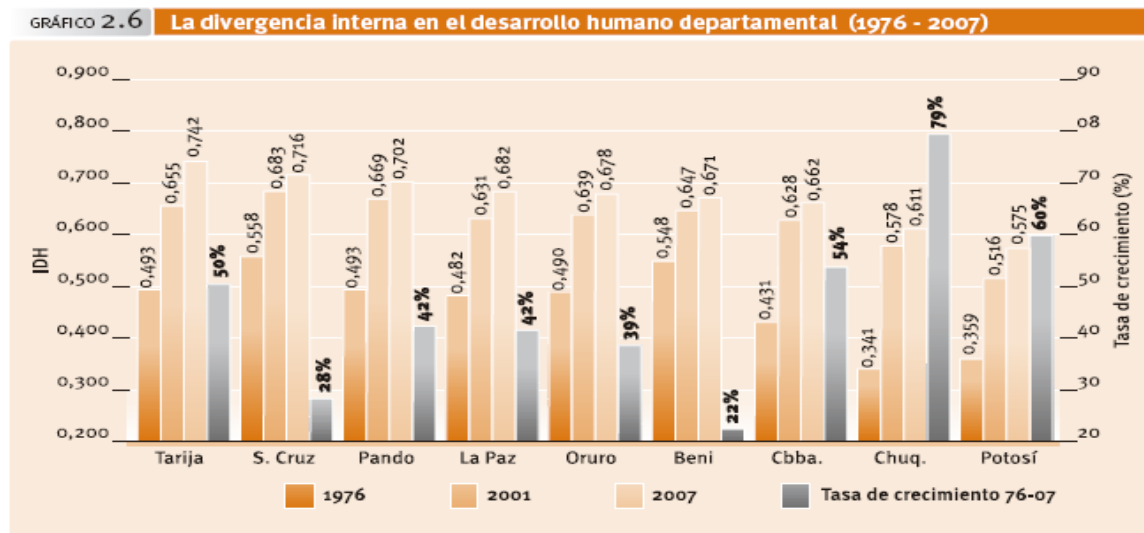
Gráfico 18



Fuente: Elaboración propia sobre la base de PNUD, 2009.

Fuente: Bolivia: Informe de Desarrollo Humano 2010. Los cambios detrás del cambio

Gráfico 19



Fuente: Elaboración propia sobre la base de PNUD, 2007.

Fuente: Bolivia: Informe de Desarrollo Humano 2010. Los cambios detrás del cambio

Si bien es cierto que Bolivia muestra mejores indicadores del IDH en el 2010, se observa también que existe un índice de avance económico mucho menor que no

acompaña a los planteamientos gubernamentales de “mejorar integralmente” las condiciones de vida de la población boliviana. Falta efectuar planteamientos en el campo económico que disminuyan los niveles de desempleo, incrementen fuentes de empleo formales y amplíen la cobertura al seguro de salud en el campo social para este grupo que al momento se encuentra excluido. Como se puede observar en el Gráfico 18, existe una brecha entre el índice de avance económico y el índice de avance social, por tanto resulta un desafío mejorar el aspecto económico que haga sostenible en el tiempo los indicadores sociales alcanzados.

El Informe de Desarrollo Humano 2010 indica que la economía boliviana tiene una de las más altas tasas de informalidad de América Latina: 67% de aporte del sector informal a la economía nacional. Si bien no existe una definición uniforme para medir al sector informal, se estima que los trabajadores bolivianos informales oscilarían entre 60 a 80% de la población ocupada⁵⁸. El sector informal agrupa prácticamente a trabajadores de todos los estratos, pero principalmente a ocho de cada diez trabajadores del estrato bajo, seguido de cinco de cada diez trabajadores del estrato bajo, seguido de cinco de cada diez trabajadores del estrato medio y solo tres de diez trabajadores provenientes del estrato alto. Casi la mitad de los nuevos trabajadores que engrosaron las filas del sector informal, pertenecen al estrato medio, lo cual demuestra que los trabajadores de este estrato son cada vez más informales.⁵⁹

Dentro el comportamiento del empleo se observa que existe un mayor número de personas que se encuentran en el campo informal, tanto en el área urbana como en el área rural.

El trabajo informal agrupa al servicio doméstico, trabajadores por cuenta propia en el cual se encuentran profesionales y técnicos independientes. Como se ha

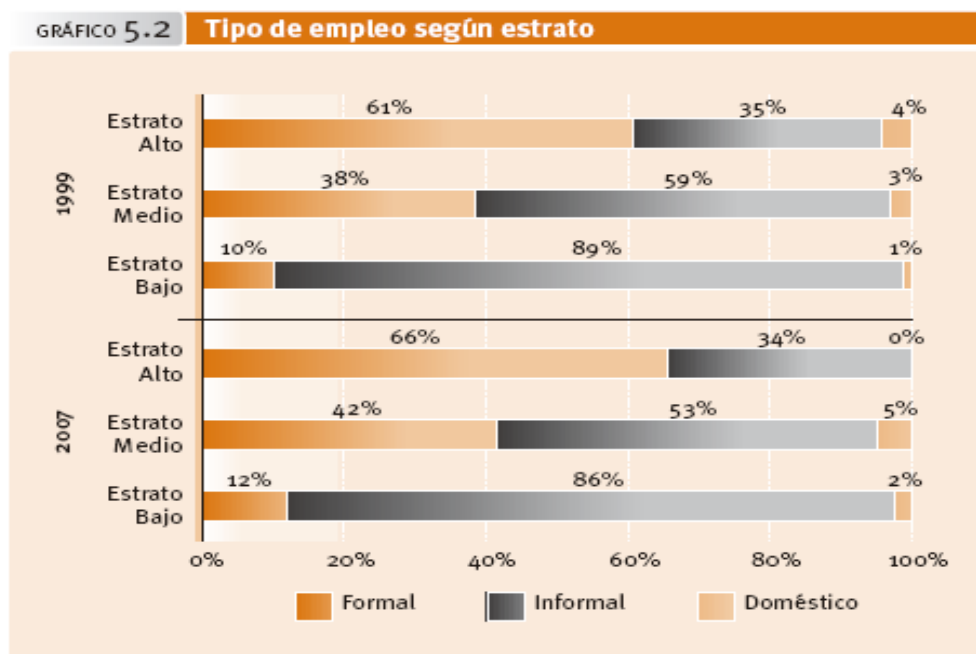
⁵⁸ Bolivia: Informe de Desarrollo Humano 2010. “Los cambios detrás del cambio” PNUD. p. 195

⁵⁹ *Ibidem*. p. 197

afirmado este grupo no cuenta con seguro de salud, situación que muestra la ausencia de este beneficio.

El gráfico que se muestra a continuación se extrajo del Informe 2010 de Desarrollo Humano de Bolivia en la que se toman datos del INE, donde se clasifica el tipo de empleo según estrato. Este cuadro muestra claramente que el empleo informal es más alto que el empleo formal, por tanto si consideramos solamente el estrato alto y medio en los dos años comparativos (1999 y 2007) se observa que más del 90% trabajan excluidos de los beneficios de la seguridad social de corto plazo.

Gráfico 20



Fuente: Elaboración propia en base a MECOVI 1999 y EH 2007. INE.

Fuente: Bolivia: Informe de Desarrollo Humano 2010. Los cambios detrás del cambio

Cuadro 5

CUADRO 5.2	Área urbana: composición de la población ocupada en el sector informal	
	1999	2007
Porcentaje total informalidad urbana	63	58
Porcentaje de la población ocupada en el sector informal		
Hombres	58	56
Mujeres	70	60
Porcentaje de la población ocupada en el sector informal por rango de edad		
Menor a 25 años	64	52
Entre 25 y 44 años	59	51
Mayor a 44 años	72	62
Porcentaje de la población ocupada en el sector informal por condición étnica		
Indígena	68	53
No indígena	57	47
Porcentaje de la población ocupada en el sector informal por ciudades principales		
La Paz	57	50
Cochabamba	61	50
Santa Cruz de la Sierra	54	47
El Alto	71	63
Porcentaje de la población ocupada en el sector informal por nivel de educación		
Primaria	78	76
Secundaria	65	61
Superior	34	29

Nota: se tomó como población ocupada la misma considerada por el INE de diez y más años.

Las categorías del cuadro se basan en las presentadas en Landa y Yáñez, 2007

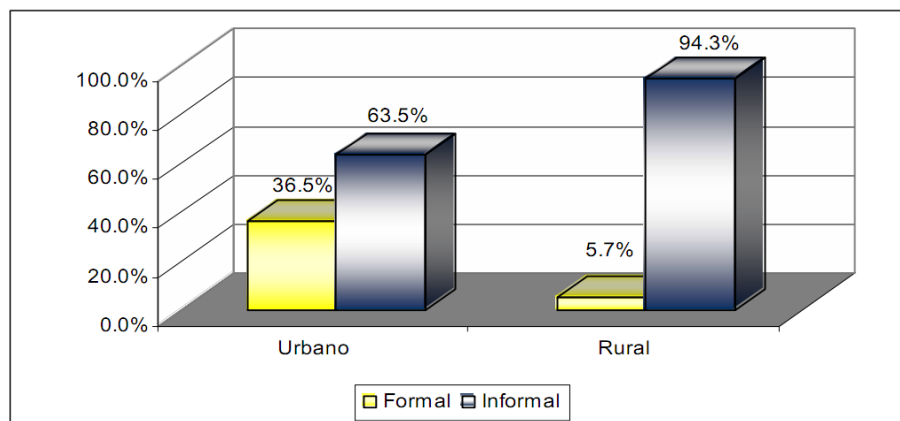
Fuente: MECOVI 1999 y EH 2007, INE.

Fuente: Bolivia: Informe de Desarrollo Humano 2010. Los cambios detrás del cambio

En el Cuadro 5 se puede observar la estructura del empleo formal e informal según área urbana y rural. En lo que se refiere a La Paz para el año 2007 se tiene el 50% de la población que trabaja en el sector informal.

Gráfico 21

Estructura del Empleo por forma de organización del trabajo



Fuente: Desarrollo económico – Carmen Ledo UMSS - FCE

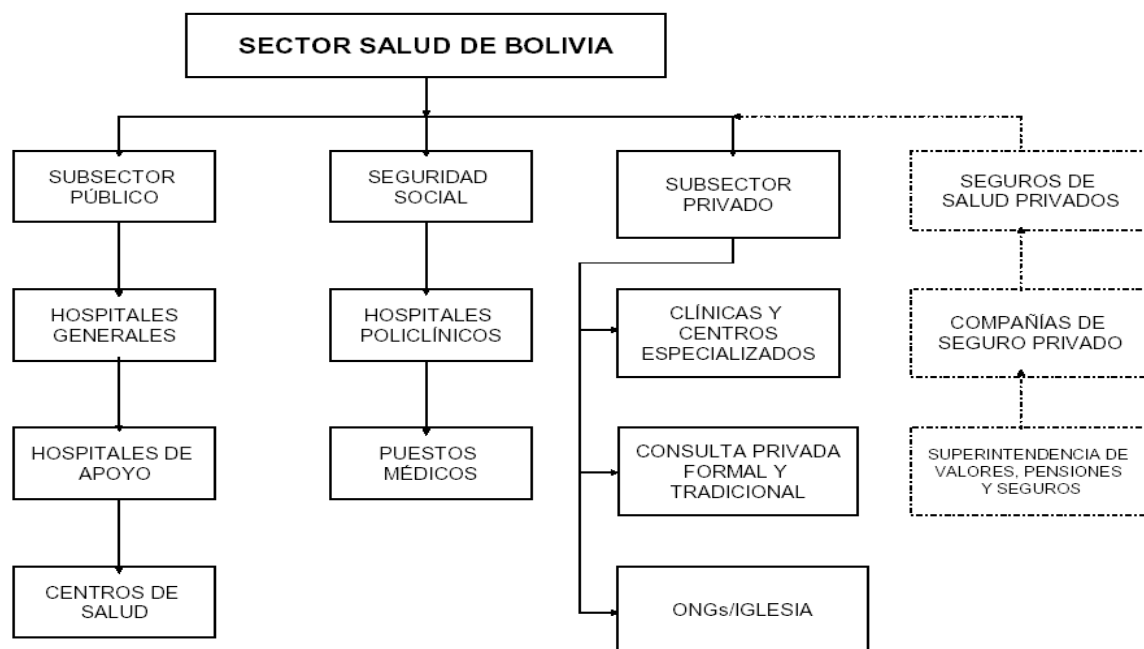
Es importante considerar que las personas que se desenvuelven como trabajadores calificados por cuenta propia, como es el caso de los consultores de línea, difícilmente podrán contar con una calidad de vida aceptable, considerando que para contar con calidad de vida deben cubrir sus necesidades básicas de sobrevivencia. Calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales. En esta investigación solo es posible analizar la dimensión material que tienen relación directa con el empleo permanente que asegure ingresos y por ende contar con un seguro de salud que proteja su vida y la de su familia y de esta manera evitar su exclusión.

5.2.3. SEGURO DE SALUD

En Estado boliviano determina como una de sus prioridades de política social la salud y la educación. La nueva Ley de Pensiones inserta al seguro de largo plazo a todos los Consultores, en su artículo 177. Pero aún existe un vacío para incorporarlos al seguro de salud.

La política de salud en Bolivia está bajo la tuición de Ministerio de Salud y Deportes, en su interior existen el subsector público, el subsector de la seguridad social donde se encuentran las cajas de salud y el subsector privado en las que se encuentran las ONGs e Iglesia (Gráfico 22). Todas estas demandan contribuciones para su atención, como es el caso del subsector público y el subsector privado donde el costo de atención, medicamentos, laboratorio y otros relacionados son cubiertos por los interesados; contribuciones de sus afiliados como es el caso del subsector de seguridad social. Al momento no existe una reglamentación que le permita al trabajador por cuenta propia acceder al seguro de salud, excepto el definido en el Código de Seguridad Social, al cual pueden incorporarse con todas las obligaciones que tiene el empleador, no existe diferenciación en aportes ni apoyo del Estado para mejorar la condición actual de este grupo de trabajadores.

Gráfico 22



Fuente: "Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social". OIT. 2007

En el cuadro 6 se muestra la cobertura del sector público de salud, la misma que muestra la población cubierta por el subsector de la seguridad social e incluyen

los nuevos programas de seguro de salud para grupos poblacionales específicos como son el SUMI y el SPAM en una comparación del año 2001 y 2009 que muestra el 57.3 % de población sin cobertura al seguro de salud en el último año de referencia.

Cuadro 6

COBERTURA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD, BOLIVIA, 2001 Y 2009

	2001		2009	
	Número	%	Número	%
Población subsector público (no asegurada)	3 309 730	40	sd	sd
Población subsector seguridad social	2 234 068	27	2 900 000	28.4
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	na	na	961 364	9.4
Seguro Público del Adulto Mayor (SPAM)	na	na	490 909	4.8
Sin cobertura	6 040 044	73	5 948 264	57.3
Población total	8 274 112	100	10 227 287	100

sd: sin datos

na: no aplica

Fuente: Referencias 8 y 9

Fuente: Análisis del Sector Salud de Bolivia – BID 2010

Se observa en el Gráfico 23 el comportamiento del flujo de los recursos financieros del sector salud de Bolivia y la forma como se utilizan los mismos en los tres grandes subsectores para brindar la atención médica en sus diferentes centros, según el informe elaborado por el BID.

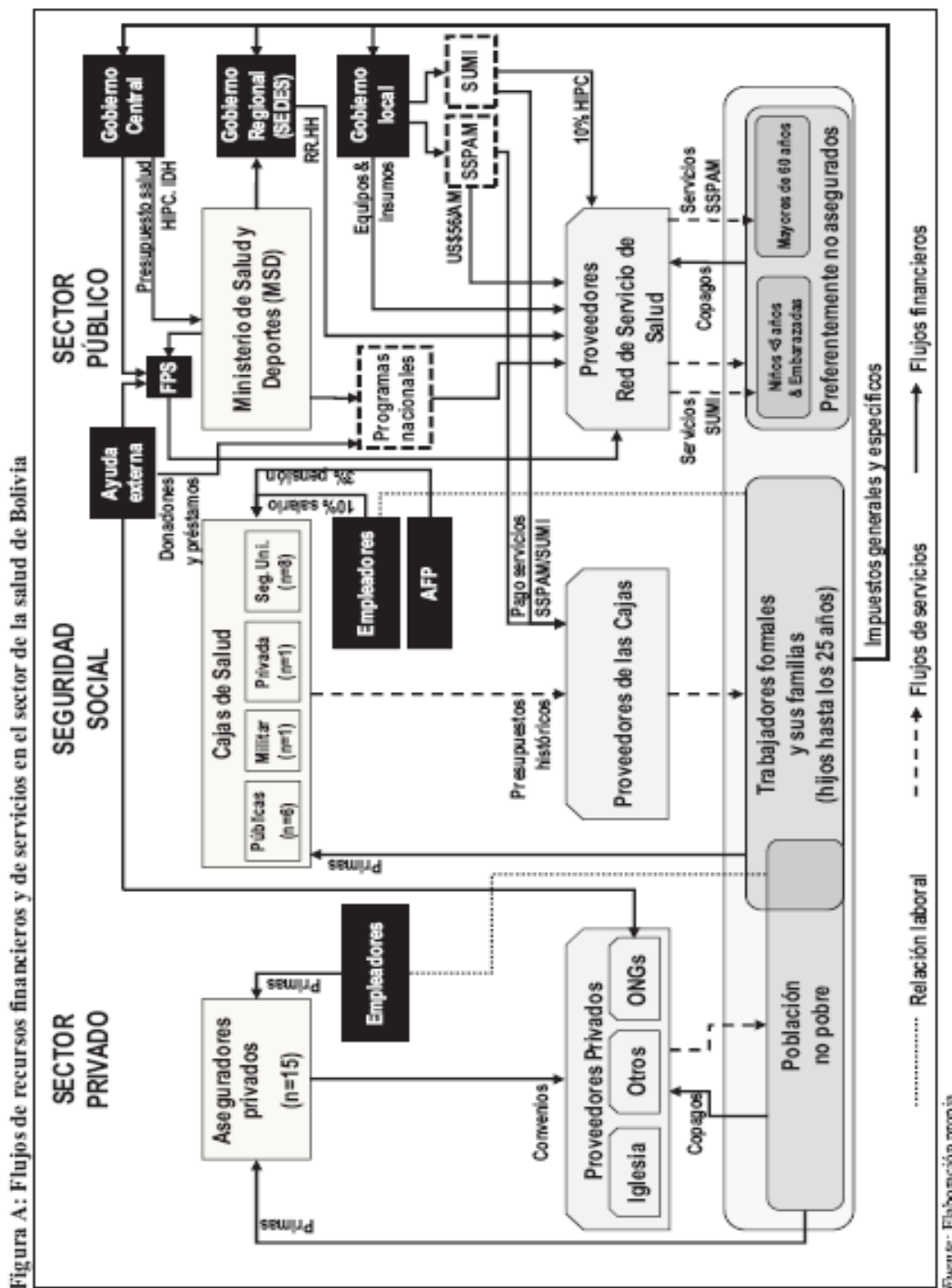
El Gráfico 24 muestra la cobertura de salud en sus diferentes grupos y la variación que existe con el SUMI y el SPAM para los años 2006-2007. En el año 2007 se observa que el 69.4% de la población no contaba con acceso al seguro de salud. Esta situación disminuye en el 2009 (Gráfico 24) debido a un incremento en el seguro del SPAM y mayor afiliación al subsector de la seguridad social. Sin

embargo aún el 69.4% no cuenta con ningún seguro de salud, según muestra el estudio realizado por el BID sobre el Análisis del Sector Salud.

El presupuesto asignado al sector salud por parte del Gobierno es reducido, los requerimientos de los diferentes hospitales, centros de salud y consultorios para su buen funcionamiento, en cuanto a dotación de equipos, material hospitalario, personal médico y paramédico son insuficientes frente a la creciente demanda de la población. Los diferentes centros médicos urbanos se ven saturados con pacientes del área rural.

Esta situación que es conocida por toda la población, requiere de una nueva propuesta por parte del Estado y que los consultores de línea del Ministerio de Medio Ambiente y Agua sugirieron en sus respuestas a la encuesta.

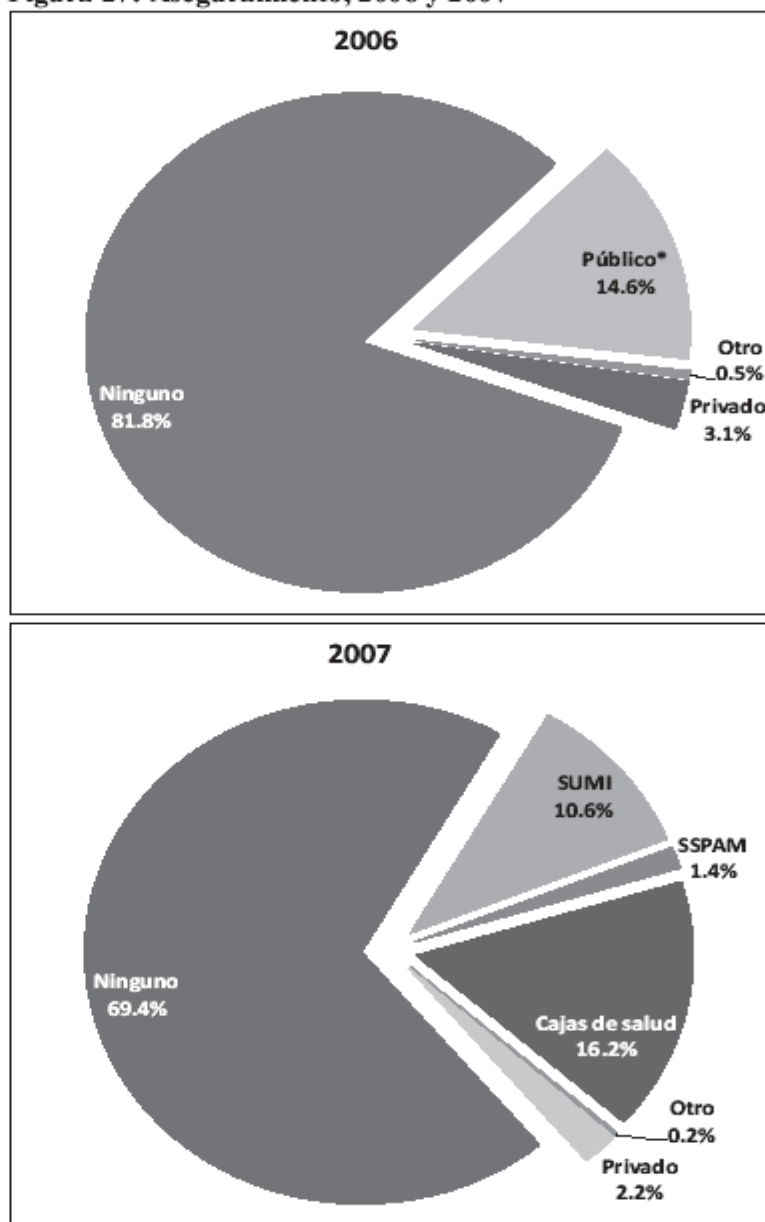
Gráfico 23



Fuente: Análisis del Sector Salud de Bolivia – BID 2010

Gráfico 24

Figura 27: Aseguramiento, 2006 y 2007



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2006 y 2007.

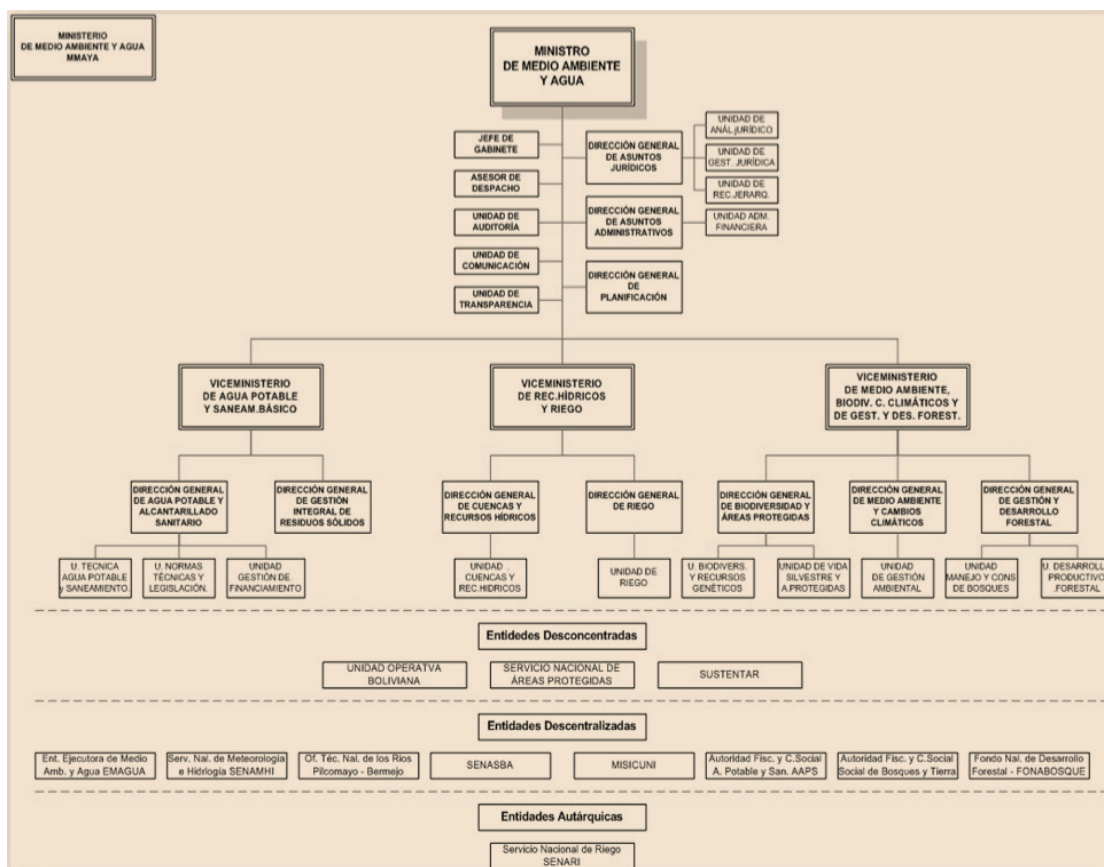
Fuente: Análisis del Sector Salud de Bolivia – BID 2010

5.2.4. MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y AGUA

Según los informes del INE uno de los principales empleadores de los profesionales y técnicos es el Estado. Las contrataciones de consultoría las efectúa a través de los diferentes proyectos que son financiados por los organismos internacionales para la ejecución eficiente en los diferentes Vice ministerios. Esto se puede observar en la información obtenida por el Ministerio de Medio Ambiente y Agua (MMAyA).

Gracias a la colaboración prestada por personeros de este Ministerio, se pudo acceder a información valiosa para esta investigación. En su conformación esta cartera de Estado tiene a su cargo tres Vice ministerios (Gráfico 25) y encara diversos proyectos cuyos financiamientos de la comunidad internacional alcanza cerca del 70% del presupuesto a su cargo.

Gráfico 25



A continuación se presenta el presupuesto ejecutado a mayo de 2011 (Cuadro 7) correspondiente al propio Ministerio, Vice ministerios, entidades Desconcentradas, entidades Descentralizadas y entidades Autárquicas cuyas tareas son específicas con relación a las asignadas al Ministerio de Medio Ambiente y Agua.

Cuadro 7



MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y AGUA

DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS ADM.
UNIDAD ADMINISTRATIVA FINANCIERA
AREA DE PRESUPUESTO

PRESUPUESTO VIGENTE GESTION 2011 POR UNIDADES EJECUTORAS

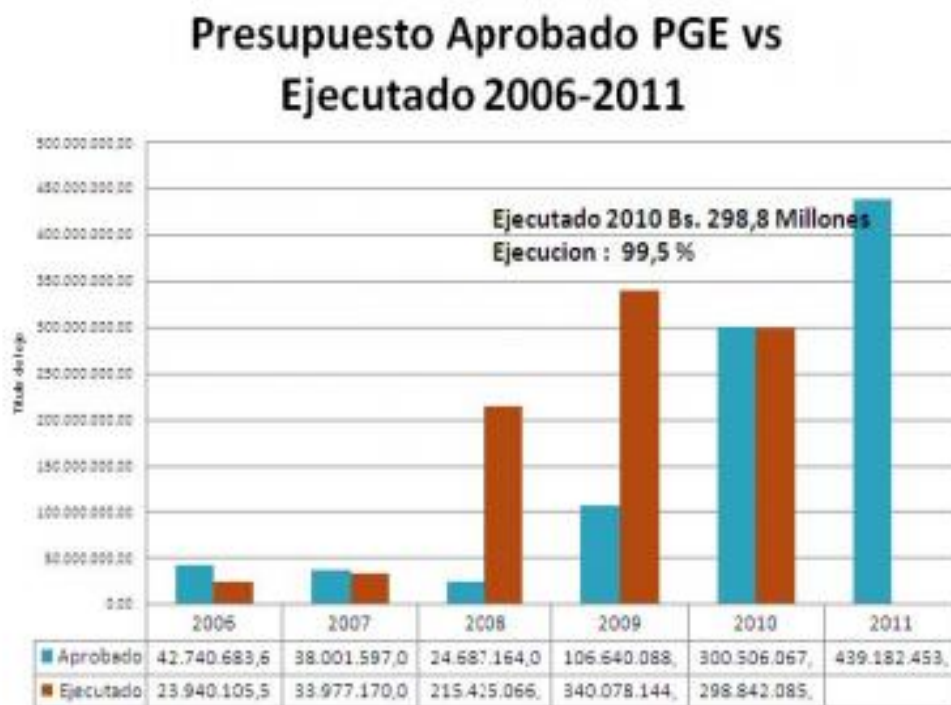
(Al 31 de mayo de 2011) (Expresado en millones de Bolivianos)

PROGR	DESCRIPCION	PRESUPUESTO VIGENTE
00	ADMINISTRACION CENTRAL	13,23
10	VICEMINISTERIO DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO	22,10
11	VICEMINISTERIO DE RECURSOS HIDRICOS Y RIEGO	95,13
12	VICEMINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE, BIODIVERSIDAD, CAMBIOS CLIMATICOS Y GESTION Y DESARR. FORESTAL	34,17
13	PROGRAMA NACIONAL DE CAMBIOS CLIMATICOS PNCC	26,06
14	COMISION GUBERNAMENTAL DEL OZONO	1,44
13	UNIDAD OPERATIVA BOLIVIANA	0,17
19	SERNAP	55,64
16	SUSTENTAR	17,03
17	PROGRAMA DE AGUA Y ALCANTARILLADO PERIURBANO	116,32
18	PRONAREC	80,63
	TOTAL	461,91

Según información proporcionada por este Ministerio cerca del 10% por proyecto, se destina al pago de Consultores.

El presupuesto aprobado vs ejecutado del 2006 a 2011 asignado a este Ministerio se observa en el Gráfico 26, donde la ejecución en el año 2010 alcanzó el 99.5%.

GRAFICO 26



En el Cuadro 8 se muestra el presupuesto quinquenal a ser ejecutado por el Ministerio de Medio Ambiente y Agua, en el que se el monto presupuestario asignado por el Tesoro General de la Nación (TGN) es de 23% para las tareas programadas por el MMAyA, completando esta programación con el aporte del 77% de la Cooperación externa para los diferentes proyectos en sus tres Vice ministerios. Los recursos para la contratación de consultores de línea son financiados por la cooperación externa.

Cuadro 8

Presupuesto Quinquenal por área de éxito (en \$us.)



Área de éxito	Factor crítico de éxito	Total Presupuesto Quinquenal	Total Presupuesto TGN	Total Presupuesto Cooperación Externa
Gestión Institucional	Desarrollo Organizacional y Organización Institucional	2.730.182	184.310	2.545.872
Área de éxito		2.730.182	184.310	2.545.872
Gestión Institucional	Relacionamiento con Instituciones Gubernamentales y Relacionamiento con la Cooperación Externa	25.000	2.500	22.500
Área de éxito		25.000	2.500	22.500
Gestión Política	Entidades Subnacionales	358.000	0	358.000
	Organizaciones Sociales	112.000	0	112.000
Área de éxito		470.000	0	470.000
Gestión de Valor Público	Biodiversidad Sustentable y Calidad Ambiental	50.686.362	8.420.392	42.265.970
	Agua para vivir bien	456.813.851	109.165.369	347.648.482
	Vivir Bien	2.800.000	2.100.000	700.000
Área de éxito		510.300.213	119.685.761	390.614.452
TOTAL PRESUPUESTO QUINQUENAL		513.525.395	119.872.571	393.652.824
		100%	23%	77%

La ejecución del presupuesto para los consultores de línea de enero a octubre del 2011(Cuadro 9) y de enero a junio 2012 (Cuadro 10). Esta información contiene datos de la ejecución del gasto en los diferentes proyectos.

Cuadro 10

Ministerio de Medio Ambiente y Agua																		
EJECUCION DEL PRESUPUESTO POR NIVEL DE ASIGNACION Y FECHA DE CORTE																		
0086 Ministerio de Medio Ambiente y Agua																		
Doces:	Ent.:	D.A.:	U.E.:	Pg.:	Act.:	Re.:	Org.:	Horas:	Ent.:	0086	D.A.:	U.E.:	Pg.:	Act.:	Re.:	Org.:	Obj.G.:	Ent.:
Dir Adm	U.E.	Programa	Proyecto	Act.	Fuente	Objeto del Gasto	E.T.	Prio.Inicial	Mod.Presup.	Ppto.Vigente	Devengado	Saldo al Presupuesto	% Ejec.	Pagado	Deuda Flotante			
111	25220	01	0000	0000	584.800,00	0,00	584.800,00	0,00	584.800,00	155.901,63	428.898,37	155.901,63	26,6590	155.901,63	0,00			
					10 Tesoro General de la Nación					584.800,00	428.898,37	155.901,63	26,6590	155.901,63	0,00			
					001 AC - ADMINISTRACION CENTRAL					584.800,00	428.898,37	155.901,63	26,6590	155.901,63	0,00			
					002 AC - DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS - URJ					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
					10 Tesoro General de la Nación					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
					0000					415.200,00	14.973,00	400.227,00	3,6062	14.973,00	0,00			
					10 Tesoro General de la Nación					415.200,00	14.973,00	400.227,00	3,6062	14.973,00	0,00			
					002 AC - DIRECCION GENERAL DE F					415.200,00	14.973,00	400.227,00	3,6062	14.973,00	0,00			
					007 AC - PROGRAMA SAS-PC BOLIVIA - ICO ESPANA					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
					80 Donación Externa					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
					0000					354.000,00	34.735,50	287.264,50	10,7874	34.735,50	0,00			
					80 Donación Externa					354.000,00	34.735,50	287.264,50	10,7874	34.735,50	0,00			
					007 AC - PROGRAMA SAS-PC BOLIV					354.000,00	34.735,50	287.264,50	10,7874	34.735,50	0,00			
					0000 AC - PROGRAMA SAS-PC BOLIV					354.000,00	34.735,50	287.264,50	10,7874	34.735,50	0,00			
					0000 AC - PROGRAMA SAS-PC BOLIV					354.000,00	34.735,50	287.264,50	10,7874	34.735,50	0,00			
					00 ADMINISTRACION CENTRAL					1.354.000,00	205.610,13	1.116.389,87	15,5530	205.610,13	0,00			
					00 POLITICAS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO					1.354.000,00	205.610,13	1.116.389,87	15,5530	205.610,13	0,00			
					0000 VA POLITICAS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO					1.354.000,00	205.610,13	1.116.389,87	15,5530	205.610,13	0,00			
					001 VA POLITICAS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO					1.354.000,00	205.610,13	1.116.389,87	15,5530	205.610,13	0,00			
					80 Donación Externa					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
					0000					701.400,00	701.400,00	701.400,00	0,0000	701.400,00	0,00			
					80 Donación Externa					701.400,00	701.400,00	701.400,00	0,0000	701.400,00	0,00			
					001 VA POLITICAS DE AGUA POTABE					701.400,00	701.400,00	701.400,00	0,0000	701.400,00	0,00			
					002 VA FORTALEC. DIR. GRAL. G. RESIDUOS SOLIDOS - ACCD					701.400,00	701.400,00	701.400,00	0,0000	701.400,00	0,00			
					80 Donación Externa					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
					0000					144.000,00	18.463,60	73.536,40	20,0891	18.463,60	0,00			
					80 Donación Externa					144.000,00	18.463,60	73.536,40	20,0891	18.463,60	0,00			
					002 VA FORTALEC. DIR. GRAL. G. RI					144.000,00	18.463,60	73.536,40	20,0891	18.463,60	0,00			
					003 VA CONVENIO SAGUAPAC					144.000,00	18.463,60	73.536,40	20,0891	18.463,60	0,00			
					11 T.G.N. Otros Ingresos					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
					0000					125.431,00	10.354,00	115.077,00	8,2547	10.354,00	0,00			
					80 Donación Externa					125.431,00	10.354,00	115.077,00	8,2547	10.354,00	0,00			

Ministerio de Medio Ambiente y Agua



Documento: Aprobados

Fecha de Corte: 28/05/2012

20/06/2012 21:24:02
 Gestión: 2012
 R_EST_DEV_FAG_APR
 Pagina 1 de 4

Ministerio de Medio Ambiente y Agua



Documento: Aprobados Fecha de Corte: 28/03/2012

EJECUCION DEL PRESUPUESTO POR NIVEL DE ASIGNACION Y FECHA DE CORTE

28/03/2012 21:24:02
Gestión: 2012
R_EST_DEV_PAG_APR
Página 4 de 4

0086 Ministerio de Medio Ambiente y Agua

Dir Adm	U.E.	Programa	Proyecto	Act.	Fuente	Org.	Objeto del Gasto	E.T.	Ppto.Inicial	Mod.Presup.	Ppto.Vigente	Devengado	Saldo al Presupuesto	% Ejec.	Pagado	Deuda Flotante
000	25220	03 SERNAP	003 SERNAP	18 SERNAP	0000 SERNAP	001 SERNAP	11 T.G.N. Otros Ingresos	0000	373.448,00	0,00	373.448,00	107.035,06	266.412,94	28,6613	107.035,06	0,00
TOTAL File																
									373.448,00	0,00	373.448,00	107.035,06	266.412,94	28,6613	107.035,06	0,00
Fuente																
Org. Objeto del Gasto																
									Ppto.Inicial	Mod.Presup.	Ppto.Vigente	Devengado	Saldo al Presupuesto	% Ejec.	Pagado	Deuda Flotante
516	25220	0000	Consultores de Línea	11	T.G.N. Otros Ingresos	80	Donación Externa	0000	500.880,00	769.428,00	1.270.308,00	552.077,27	717.330,73	43,5310	552.077,27	0,00
720	25220	0000	Consultores de Línea	18	SERNAP	0000	SERNAP	0000	4.640.132,00	0,00	4.640.132,00	1.866.389,68	2.653.742,32	42,8089	1.866.389,68	0,00
729	25220	0000	Consultores de Línea	03	SERNAP	0000	SERNAP	0000	729.590,00	0,00	729.590,00	272.132,66	457.457,34	37,2981	272.132,66	0,00
TOTAL File																
									5.870.602,00	769.428,00	6.640.030,00	2.811.499,61	3.828.530,39	42,3416	2.811.499,61	0,00
TOTAL Act.																
									6.244.056,00	769.428,00	7.013.484,00	2.918.534,67	4.094.949,33	41,6132	2.918.534,67	0,00
TOTAL Prj																
									6.244.056,00	769.428,00	7.013.484,00	2.918.534,67	4.094.949,33	41,6132	2.918.534,67	0,00
TOTAL Ue																
									6.244.056,00	769.428,00	7.013.484,00	2.918.534,67	4.094.949,33	41,6132	2.918.534,67	0,00
TOTAL DA																
									6.244.056,00	769.428,00	7.013.484,00	2.918.534,67	4.094.949,33	41,6132	2.918.534,67	0,00
TOTAL Ent																
									16.033.087,00	2.352.133,00	18.385.220,00	3.976.854,50	14.408.365,50	21,6307	3.976.854,50	0,00
TOTAL GENERAL																
									16.033.087,00	2.352.133,00	18.385.220,00	3.976.854,50	14.408.365,50	21,6307	3.976.854,50	0,00

5.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber realizado la investigación de campo a través de encuestas y entrevistas a los Consultores de Línea del Ministerio de Medio Ambiente y Agua; la información proporcionada por el INE, INASES y Ministerio de Medio Ambiente y Agua y la revisión de las teorías de la Seguridad Social, Desarrollo Humano y Exclusión, se analiza los resultados alcanzados en función de la hipótesis planteada.

En este entendido, se encuentra un vacío en las normas vigentes (Código de Seguridad Social de 1956), respecto del acceso al Seguro de Corto Plazo para los trabajadores independientes. Transcurridos más de medio siglo aún no se han encontrado los medios económicos y posibilidades técnicas que permitan el otorgamiento a estas prestaciones. Cabe mencionar que según el Informe de Desarrollo Humano 2010, la economía boliviana tiene una de las más altas tasas de informalidad (67%) de América Latina. El sector informal agrupa a trabajadores de todos los estratos y dentro de ellos están contemplados los Consultores de Línea como trabajadores por cuenta propia.

El crecimiento del sector informal ha sido constante en los últimos años, considerando que es la falta de generación de empleos formales lo que ha provocado su incremento. El planteamiento de incentivos a la diversificación de la producción, la seguridad a la inversión privada, la búsqueda de nuevos mercados en el ámbito internacional, son elementos que se encuentran ausentes en la política económica actual. El reto que tiene el Gobierno es alto, pero es necesario que se adopten soluciones y que permitan en el mediano plazo mejorar las condiciones laborales de los profesionales que ahora se encuentran en el sector informal.

Por tanto los excluidos del beneficio que le brinda el seguro de corto plazo es cada vez más alto. El 89% sin seguro de salud dentro de los Consultores de Línea del Ministerio de Medio Ambiente y Agua se hace evidente y que es un reflejo de la

situación por la que atraviesa la población boliviana, considerando que las nuevas disposiciones del Gobierno central no incidieron en el acceso al seguro de corto plazo como se observa en el comportamiento histórico (1956 – 2010) de la población protegida con el seguro de corto plazo y que se muestra en el Cuadro 11, del estudio realizado por Julien Roger Dupuy para el Ministerio de Salud y Deportes sobre “Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia”.

Cuadro 11

Cuadro 1 – Cobertura de la Seguridad Social de corto plazo en Bolivia entre 1956 y 2010

Año	Población Protegida (sin SMGV y SSPAM)	Población Total Bolivia	Cobertura Seguridad Social (sin SMGV y SSPAM)	Cobertura Seguridad Social con SMGV y SSPAM
1956	425.027	3.070.434	13,8%	13,8%
1966	514.256	3.834.333	13,4%	13,4%
1972	759.044	4.421.130	17,2%	17,2%
1976	1.029.006	4.878.792	21,1%	21,1%
1983	1.589.307	5.674.755	28,0%	28,0%
1987	1.245.593	6.145.185	20,3%	20,3%
1997*	1.900.518	7.619.081	24,9%	26,4%
2007*	2.765.271	9.827.522	28,1%	30,7%
2010*	3.397.079	10.426.154	32,6%	34,7%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2009, 2010 y 2011) e INE (2001a y 2005a)

Dupuy Julien Roger. “Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia”. MSD. 2010.

Bajo la teoría de Desarrollo Humano, podría asegurarse que la mayoría de los bolivianos no cuentan con libertades reales ya que su expansión se ve limitada con referencia a la Seguridad de Corto Plazo.

A la luz de la teoría de la Exclusión Social, todos los bolivianos que no cuentan con un seguro de salud se encuentran en la zona de Vulnerabilidad y que en el caso de los Consultores de Línea es el 89%..

La situación por la que atraviesa nuestro país, se refleja en el Informe de Desarrollo Humano en la que se señala que existe una brecha entre el Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Avance Económico.

Revisada la información proporcionada por el Ministerio de referencia, se puede afirmar que existe un uso eficiente de recursos financieros asignados para Consultoría de Línea, en los diferentes proyectos que encara esta repartición de Estado. La ejecución presupuestaria del año 2010 y 2011 permitió el cumplimiento de las tareas programadas en relación a la ejecución de proyectos alcanzó el 99.5% (Cuadros 9 y 10). Por la información brindada por los Consultores a través de las encuestas, el 47% cuentan con un ingreso mayor a Bs. 6.000, monto que les permite cubrir los pagos impositivos y garantizarles un estándar y calidad de vida digno.

La mayoría de los Consultores de Línea (79%) recurren a la consulta privada para dar solución a sus problemas de salud, es decir recurren al gasto del bolsillo. Un 15% se auto medican, actitud muy poco responsable que pone en riesgo su salud y la de sus familiares. El restante 6% recurre a la medicina tradicional porque les resulta menos costoso que la consulta privada.

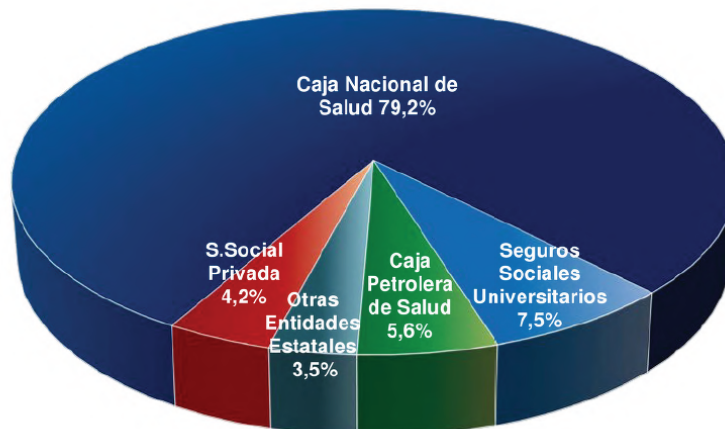
En relación a la información obtenida de los Consultores de Línea y la situación por la que atraviesan por no contar con este beneficio, al momento de efectuar la encuesta y explicarles el propósito de la misma, la mayoría manifestó que se sentían esperanzados de que “al fin” se los tome en cuenta porque se sentían excluidos.

Los resultados muestran que el 57% de los que cuentan con seguro de salud no están conformes con el servicio. Los que cuentan con un seguro de alguna Caja de Salud indicaron que muchas veces faltan medicamentos ó debe esperarse mucho tiempo antes de un estudio o laboratorio, inclusive para tener una consulta médica. Aquellos que cuentan con un seguro privado indicaron que no cubre medicamentos ni gastos de hospitalización.

Sin duda el subsector de la seguridad social, es el sector asegurador por excelencia, en el siguiente gráfico se muestra la distribución de los afiliados a las diferentes cajas.

Gráfico 27

Ilustración 5 – Repartición de los afiliados según Institución aseguradora, 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2011)

Dupuy Julien Roger. "Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia". MSD. 2010.

El gráfico anterior muestra que la CNS tiene el 79.2% de la población asegurada, las demás cajas de salud cuentan con porcentajes mucho menores. Esta situación muestra la saturación del servicio en la CNS, las demás se ven limitadas por su infraestructura, su capacidad y/o sus recursos humanos.

El panorama de este subsector es percibido por los Consultores de Línea cuando afirman que existen largas filas para la atención médica y largos tiempos de espera para dar solución a sus problemas de salud. (Anexo 10)

Cuadro 12

Cuadro 15 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según Departamento, 2009

Departamento	Distri-bución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacio-nales	Subna-cionales	Total Seg. públicos	
Beni	4,3%	13,6%	4,2%	11,1%	29,9%	41,0%	58,8%
Chuquisaca	6,3%	15,8%	2,4%	15,9%	0,1%	16,0%	34,1%
Cochabamba	17,8%	13,5%	3,1%	10,7%	1,4%	12,1%	28,7%
La Paz	27,3%	16,0%	2,6%	8,7%	2,6%	11,3%	29,8%
Oruro	4,4%	17,9%	4,0%	7,5%	0,8%	8,3%	30,2%
Pando	0,8%	21,3%	6,7%	19,6%	0,8%	20,4%	48,4%
Potosí	7,6%	19,0%	1,6%	13,4%	0,4%	13,9%	34,5%
Santa Cruz	26,6%	13,2%	3,1%	10,1%	1,4%	11,5%	27,8%
Tarija	5,0%	9,7%	1,1%	11,6%	56,2%	67,8%	78,6%
BOLIVIA	-	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Dupuy Julien Roger. “Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia”. MSD. 2010.

Es a raíz de esta situación que la mayoría de los Consultores de Línea (55%) se inclinan por contar con un seguro privado, donde perciben que la atención es de calidad y sugieren que tengan ciertas características específicas como ser: contar con diferentes especialidades, laboratorios y equipos, infraestructura acorde a estos requerimientos. La mayoría sugirió considerar a los centros hospitalarios de la Iglesia, indicaron que podrían efectuar un aporte pequeño con tal de garantizar su salud.

III. CONCLUSIONES

Luego de haber efectuado un análisis minucioso del comportamiento de los Consultores de Línea del Ministerio de Medio Ambiente y Agua, y la relación existente con la seguridad social de corto plazo, los principios de la seguridad social, los postulados de desarrollo humano y las bases que hacen de la teoría de la exclusión social, el marco normativo que rige en Bolivia en cuanto a la seguridad social y las condiciones laborales en el país, se llega a las siguientes conclusiones:

1. Se considera a los Consultores de Línea parte del grupo de trabajadores por cuenta propia que tienen calificaciones suficientes que les permiten brindar sus conocimientos en la cristalización proyectos importantes que encara este Ministerio.

Los Consultores de Línea, desarrollan un trabajo que es por producto, con tareas concretas y tiempo definido, por tanto su permanencia en el Ministerio está en relación directa con la duración del contrato de trabajo y los honorarios profesionales que perciben está en función a los términos de contrato.

El MMAyA destina cerca del 10% de los recursos de cada proyecto que ejecuta, a la contratación de consultores.

A partir del 2011, con la promulgación de la nueva Ley de Pensiones, todo Consultor está obligado a aportar al Fondo de Pensiones para acceder al Seguro de Largo Plazo (seguro de vejez). Bajo esta nueva norma también está obligado a realizar el Aporte Solidario que representa en total el 15.5% de su ingreso.

Como Consultor de Línea debe estar inscrito en Impuestos Nacionales, contar con el NIT de Consultor y efectuar pagos al RC-IVA del 13% en forma trimestral. Estas nuevas obligaciones reducen sus ingresos en 28.5%.

Al estar sujetos a un contrato temporal de trabajo, estas nuevas obligaciones reducen significativamente sus ingresos. La hipótesis planteada sugiere contar con ingresos mayores a Bs. 6.000, si se efectúa la reducción de 28.5%. Este monto, se vería afectado con un 10% adicional si se consideran las normativas vigentes en cuanto a la seguridad social de corto plazo.

Los postulados de la Seguridad Social, la Constitución Política del Estado y el Código Seguridad Social que protegen al trabajador frente a cualquier contingencia de salud, no se cumple para los Consultores de Línea del MMAyA. Bolivia es uno de los países que es parte de la OIT, que pese a haber mejorado sus indicadores sociales con políticas de salud que protegen a niños hasta los 5 años, madres gestantes y personas de la tercera edad, ha descuidado a un grupo importante que es la fuerza laboral, trabajadores por cuenta propia.

2. Los Consultores de Línea que no gozan del beneficio del seguro a corto plazo ó seguro de salud (89%), dada la situación económica actual en la que se observa un incremento en el costo de vida y frente a la ausencia de creación de nuevos empleos formales por parte del Estado, viven en una situación de incertidumbre.

Cuando no se cuenta con la generación de empleos acorde con el comportamiento poblacional económicamente activa, fácilmente se engrosan las filas del desempleo y de los trabajadores por cuenta propia.

Los programas de seguros de salud como el SUMI y el SPAM, impulsados por el actual Gobierno, han mejorado la condición sanitaria de los niños y personas de la tercera edad pero ha dejado a un grupo poblacional, Consultores de Línea sin el beneficio del seguro de corto plazo.

Por tanto si se analiza el empleo y la protección social se puede observar en Bolivia la siguiente tipología: Personas que tienen trabajo y protección social,

Personas que no tienen trabajo pero sí protección, Personas que tienen trabajo pero no protección (trabajadores por cuenta propia) y Personas que no tienen ni uno ni lo otro.

Después de analizar la proporción de la población que cuenta con algún seguro de salud, un instrumento que analiza la distribución y dispersión, en este caso, la cobertura por seguros de salud es la curva de Lorenz (Gráfico 28).

A partir de la curva de Lorenz, se puede calcular el coeficiente de Gini, como indicador sintético la desigualdad en la cobertura por seguros de salud. El coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, donde 0 corresponde a una igualdad perfecta (todos tienen seguro) y 1 corresponde a una desigualdad perfecta. En el caso de la cobertura por seguros de salud, reportada en la encuesta de hogares 2009, el coeficiente de Gini es de 0.641, significando una alta desigualdad en la cobertura de los seguros de salud.⁶⁰

Si bien es cierto que el SUMI, que fue ampliado para el grupo de mujeres en edad fértil ayuda a cubrir en forma limitada sus necesidades de salud. Dentro el grupo de Consultores de Línea el 41% son mujeres, de las cuales el 5% cuentan con seguro de salud y podrían beneficiarse de este seguro, pero en las entrevistas realizadas, ellas prefieren la consulta privada.

3. El Estado boliviano está estudiando diferentes alternativas a fin de proporcionar a la población el Seguro Único de Salud, de manera que se elimine la actual exclusión a los trabajadores por cuenta propia y a otros sectores de la población. Varios estudios han sido propuestos, pero existen limitaciones, especialmente de carácter económico para que se haga posible la cristalización de tan ansiado proyecto.

⁶⁰ Dupuy, Julien "Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia" Ministerio de Salud y Deportes. Septiembre 2011, pag. 51

4. Las condiciones en las que se desenvuelven los diferentes seguros de salud en nuestra ciudad, son precarias, existen muchas observaciones y reclamos a su funcionamiento (Anexo 12). La cobertura en muchos de ellos ha sobrepasado su capacidad instalada (infraestructura). El descontento al servicio que brindan los diferentes seguros de salud es general. La falta de personal, de equipos, de infraestructura provoca en los consultorios, clínicas y hospitales largas filas.

Con las nuevas disposiciones emanadas por el Estado, la cantidad de personas que acuden a los diferentes centros del subsector de la seguridad social, se ha incrementado considerablemente, la capacidad de atención se ha visto rebasada por la demanda. La dotación de medicamentos es limitada y los medios (número de camas, equipos médicos, cantidad de personal médico y paramédico) son insuficientes, y los usuarios se sienten insatisfechos. Si bien el propósito de ampliar el servicio de salud a grupos que estuvieron excluidos, lo que muestra la voluntad del Estado de mejorar su política social, se hace evidente buscar nuevas alternativas que mejoren las condiciones actuales.

5. Tanto en las encuestas como en las entrevistas realizadas a los Consultores de Línea se pudo percibir la necesidad que tienen de contar con un seguro de salud, del cual se sienten excluidos por no contar con ingresos suficientes que les permita afiliarse al seguro de salud en las condiciones que indica el Código de Seguridad Social. Es por tanto tarea primordial del Estado proponer nuevas alternativas de afiliación para los trabajadores independientes, diferentes a la existente.

El 66% de los encuestados tienen hijos y la necesidad contar con este beneficio resulta imperiosa, sin embargo al verse desprotegidos por las leyes, aquellos Consultores cuyos ingresos son de 6000 Bs. y más, estarían dispuestos a aportar un porcentaje razonable de su ingreso (menos de 10%,

ahora vigente) a la seguridad social de corto plazo, con el propósito de estar cubiertos ante cualquier eventualidad.

La condición que expusieron fue que el seguro tenga todos los servicios de especialidades médicas, que la atención sea buena, que se encuentre muy bien equipada y que les proporcione los medicamentos. Los Consultores conocen las condiciones en las que se desenvuelven los actuales seguros de salud (sector público y seguridad social), se inclinan por obtener un seguro privado que cuente con las características señaladas y que los aportes no sean elevados.

6. El viejo paradigma del desarrollo medido en términos de riqueza a mediados de los '90 es replanteado por nuevos exponentes como Amartya Sen y John Rawls quienes indican que el desarrollo debe ser medido en términos de oportunidades, libertades y necesidades fundamentales. No se busca solo maximizar el bienestar de la sociedad, sino permitir el acceso a un mínimo de bienestar a los sectores más desfavorecidos, de tal manera que puedan ellos elegir la vida que quieren vivir.

Sen afirma, que el ser humano requiere de un conjunto de condiciones mínimas necesarias para lograr un desarrollo integral, que van a contribuir a mejorar su calidad de vida. Bajo ese concepto el Consultor de Línea no alcanza un desarrollo integral porque se ve privado de contar con un seguro de salud.

IV. RECOMENDACIONES

Las conclusiones de esta investigación, que contrasta la teoría con la situación por la que atraviesa el Consultor de Línea respecto de la Seguridad Social de Corto Plazo y en conocimiento de la carga económica que supone insertar a “todos” los trabajadores por cuenta propia a la seguridad social de corto plazo por parte del Estado bajo las normas vigentes en el país, se plantean algunas recomendaciones que pueden ser parte de nuevas investigaciones y que permitan alcanzar los objetivos de la seguro de salud:

- a)** Efectuar un estudio acerca de la pertinencia o no de modificar las normas de la seguridad social de corto plazo, especialmente en los montos de afiliación, en el sentido de que estas permitan que los trabajadores por cuenta propia, Consultores de Línea puedan acceder al seguro de salud en el subsector privado que a la fecha no se encuentra saturado por la demanda como ocurre en los otros (seguro público, seguridad social).
- b)** Revisar la posición del Estado respecto de los incentivos a nuevas inversiones nacionales, para la generación de nuevas fuentes de trabajo que haga posible la contratación de profesionales en trabajos formales.
- c)** Efectuar una reingeniería de los diferentes centros de salud, estatales, de seguridad social y privados a fin de mejorar las condiciones actuales de funcionamiento, proponiendo el uso eficiente de los recursos escasos, donde el único beneficiado sea el paciente.
- d)** Promover inversiones para la construcción de centros hospitalarios rurales de segundo y tercer nivel, siendo esta una oportunidad para la creación de nuevas fuentes de trabajo formal.

V. BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Francisco J. "Capacidades, libertades y desarrollo: Amartya Sen". Colombia. 2001
2. Anuario Instituto de los Seguros de Salud 2010.
3. Asociación Internacional de Seguridad Social. "*Comprender la seguridad social*" 2008
4. Asociación Internacional de Seguridad Social. "*Estrategia de la AISS para ampliar la cobertura de la seguridad social*". Junio 2010
5. Banco Mundial. "*Informalidad, escape y exclusión*". *Resumen Ejecutivo*. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. 2007
6. Barrios Leticia, "*Resistencia a la privatización de la seguridad social en América Latina: El caso de Venezuela*". Universidad José Antonio Páez. Ensayo Número 19. Diciembre 2007.
7. Bedregal Ramiro. "*Tratado General sobre Seguridad Social*" Universidad Central del Ecuador. 1984.
8. Bell Adell Carmen. "*Exclusión social: origen y características*" Curso: Formación específica en comprensión educativa e intercultural para agentes educativos. Murcia. Enero 2002.
9. Boletín del Instituto Nacional de Estadística. "*Estadísticas de población*". Encuesta continua de hogares 2003 – 2004.
10. Cadarso María de los Ángeles, Febrero Eladio. "*Sistemas de reparto vs. Sistemas de capitalización, algunas reflexiones críticas*". IX Jornadas de Economía Crítica. Universidad de Castilla – La Mancha. España. Marzo 2003.
11. Castells Manuel. "*La metamorfosis del al cuestión social*" *Una crónica del asalariado*. 1997.
12. Cejudo, Córdoba Rafael. *Capacidades y Libertad: Una aproximación a la teoría de Amartya Sen*. Revista Internacional de Sociología. Mayo-Agosto 2007.

13. Cejudo Córdova Rafael. *“Desarrollo humano y capacidades. Aplicaciones de la teoría de las capacidades de Amartya Sen”*. Universidad de Córdova. Revista española de Pedagogía. Mayo – Agosto 2006.
14. Del Campo Gabriel. *“Exclusión social y salud”*. Fundación Europea 1995. On line anierte-nic.net. 12 de junio 2011.
15. Delgado Pedro, Tulia Salcedo. *“Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida”*. Universidad de Antioquía, Facultad de ciencias sociales y humanas. Centro de estudios de opinión N^a 17. Colombia 2008.
16. Dipuy, Julien Roger. *“Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia”*. Ministerio de Salud y Deportes. Área de Economía de la Salud – Dirección General de Planificación. Septiembre 2011.
17. Ensignia, Jaime. *“El debate sobre seguridad social en América Latina y la posición del sindicalismo”*. Nueva sociedad N^o 155. Santiago de Chile. Mayo – Junio 1988.
18. Fariñas, Dulce María José. *Diversidad étnica e inclusión social en Bolivia*. Fundación Carolina. Noviembre 2008.
19. Ferrullo Hugo. *“El concepto de pobreza en Amartya Sen”*. Ensayo N^o 66. Agosto 2006.
20. Fleiman, Jack. *“Consultoría profesional”*. On line.
21. Grinnell, R, Unrau Y y Williams N. *“Scientific inquiry and social work”*. Séptima edición. Oxford University Press. 2005
22. Hernández Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar. *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. Mc.Graw Hill. 2007.
23. Informe de Desarrollo Humano en Bolivia 2010. *“Los cambios detrás del cambio”*. Mayo 2011.
24. Instituto del Gobierno de Políticas Públicas. *“La dimensión nacional de la exclusión social y las políticas de protección social”*. Universidad Autónoma de Barcelona. Noviembre 2006.
25. Instituto Nacional de Estadística. *Cobertura de la Seguridad Social a corto plazo*.
26. Katz, Jorge, Contreras, Carmen. *Desarrollo local, convergencia con exclusión y teoría económica*. Centro latinoamericano para el desarrollo rural. Documento de trabajo N^o 34.
27. Ledo, Carmen, Soria, René. *“Sistema de Salud en Bolivia” Universidad Mayo de San Simón*. Marzo 2011

28. Lora, Eduardo. *“Calidad de vida: Más allá de los hechos”*. Resumen Ejecutivo. Banco Interamericano de Desarrollo. 2009.
29. Martínez, Carazo Piedad Cristina. *El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de investigación científica*. Pensamiento y Gestión N° 20. Marzo 2006.
30. Mújica P. Javier A.. *“La reforma de los sistemas de seguridad social en los países andinos”*. PLADES. Primera Edición. Julio 2003.
31. OIT, AISS. *“Administración de la Seguridad Social”* 1991.
32. OIT. *Convenio 102*. 1991.
33. Organización Internacional del Trabajo. *“La seguridad social en la perspectiva del año 2000”*. Ginebra 1984.
34. Organización Internacional del Trabajo. *“Seguridad Social: temas, retos y perspectivas”*. Primera edición. Ginebra 2001.
35. Organización Internacional del Trabajo. *“Diagnóstico del sistema de seguridad social”*. 2007.
36. Organización Internacional del Trabajo. *“Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa”*. Primera edición. Ginebra 2011.
37. Organización Internacional del Trabajo. *“100° Reunión. Informe de la Comisión para la discusión recurrente sobre protección social”*. Ginebra. Julio 2011.
38. Organización Internacional del Trabajo. *“Tendencias mundiales del empleo 2012 – Prevenir una crisis mayor del empleo”*. Ginebra 2012.
39. Organización Panamericana de Salud. *“Estudios de caso: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras”*. Serie Técnica: Extensión de la Protección Social en Salud. Serie N° 2. Washington DC. Octubre 2009.
40. OPS. *“Perfil del sistema de Servicios de Salud de Bolivia”*. Noviembre 2001. 2° Ed.
41. Picado Chacón Gustavo, Durán Velarde Fabio. *“Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social”*. Borrador para discusión. Oficina Subregional de la OIT para países andinos: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. OIT. Primera Edición. Agosto 2007.
42. Picado Chacón Gustavo, Durán Velarde Fabio. *“Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social”*. Borrador para discusión. Oficina Subregional de la OIT para países andinos: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. OIT. Segunda Edición. Abril 2009.
43. PNUD. *“Informe de desarrollo humano”*. 2009.

44. PNUD. *"Informe de desarrollo humano en Bolivia 2010 - Los cambios detrás del cambio"*. Sinopsis. Noviembre 2010.
45. Prieto A. Lorena, Cid Camilo. *"Análisis del Sector Salud en Bolivia"*. División de la Protección Social y Salud. Banco Interamericano de Desarrollo. Agosto 2010.
46. Sabino Carlos. *"Los sistemas de previsión social: Un ejercicio de simulación"*. Honduras 1998.
47. Sen, Amartya. *"Desarrollo y Libertad"*. Septiembre 1992.
48. Sen, Amartya. *"Desarrollo y Libertad"*. Editorial Planeta. Mayo 2000.
49. Sen Amartya. *"Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI"*. Documento incluido dentro la Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo- www.iadb.org/ética. 2001
50. Servicio Técnico: Situación de la protección social en salud. *"Exclusión Social: Estudio de Caso: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras"*. Serie Nº 2. Washington DC. Octubre 2009.
51. Sevillano Ana, Ramírez Fanny. *"Amartya Sen sobre desarrollo y libertad"* On line, 30 de marzo de 2010.
52. Stake, R. Case Studies *"Handbook of qualitative research"*. Segunda edición. 2000.
53. Stake, R. E. *"Investigación con estudio de casos"*. Segunda Edición. 1999.
54. Stivill, Jordi. *"Panorama de lucha contra la exclusión social. Conceptos y Estrategias"* Programa Global de Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza de la OIT. Primera Edición. 2003.
55. Stivill Jordi. *"Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza"*. Oficina Internacional del Trabajo. Primera Edición. 2003.
56. Wiersma, W y Jurs S. G. *"Research methods in education"*. Octava edición Boston. 2005.

ANEXOS**ANEXO 1****Código de Seguridad Social, 14 de
diciembre de 1956****SISTEMA BOLIVIANO DE SEGURIDAD SOCIAL****Título I
De la seguridad social****Capítulo I
Naturaleza y fines**

Artículo 1º.- El Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Artículo 2º.- La aplicación de las normas de seguridad social, se efectuará mediante este Código constituido por el Seguro Social Obligatorio, las Asignaciones Familiares y sus disposiciones especiales que tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones comprendidas en el campo de aplicación del presente Código.

Artículo 3º.- El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familiares en los casos siguientes:

- a) enfermedad;
- b) maternidad;
- c) riesgos profesionales;
- d) invalidez;
- e) vejez; y
- f) muerte.

Capítulo II

Campo de aplicación

Artículo 6°.- El Código de Seguridad Social es obligatorio para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en el territorio de la República y prestan servicio remunerado para otra persona natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o contrato de aprendizaje, sean éstos de carácter privado o público, expresos o presuntos.

Artículo 7°.- Para los fines de este Código, los miembros de la Seguridad Nacional, pertenecientes al Cuerpo Nacional de Carabineros y de Tránsito y demás agentes de la Fuerza Pública, se considerarán como empleados públicos.

Artículo 8°.- Están obligatoriamente sujetos a los seguros de invalidez, vejez y muerte los nacionales que trabajan en el extranjero por cuenta del Estado o de empleadores bolivianos, siempre que sean remunerados por estos.

Artículo 9°.- Los trabajadores mencionados en el artículo 6° que pasen a la situación pasiva percibiendo rentas de invalidez, vejez o de incapacidad permanente total continuarán percibiendo las prestaciones de los seguros de enfermedad y maternidad. Los trabajadores mencionados en el artículo 6° que pasen a la situación pasiva percibiendo rentas de invalidez, vejez o incapacidad permanente total, seguirán percibiendo las Asignaciones Familiares.

Artículo 10°.- No están sujetas al Código de Seguridad Social las siguientes personas:

- a) las que ejecuten trabajos ocasionales extraños a la actividad ordinaria del empleador, siempre que su duración no exceda de quince días;
- b) Las personas afiliadas a una institución oficial extranjera para fines de los seguros de invalidez, vejez y muerte;
- c) las personas extranjeras empleadas por las agencias diplomáticas, consulares o internacionales que tienen su sede en Bolivia y que gocen de inmunidades y privilegios diplomáticos; y
- d) las que ejecuten trabajos remunerados en moneda extranjera hasta la cuantía que señale el Reglamento.

Artículo 11°.- El Poder Ejecutivo incorporará posteriormente en el campo de aplicación del Código de Seguridad Social, a los trabajadores independientes cuando se establezcan las condiciones económico-sociales y las posibilidades técnicas que permitan un eficaz otorgamiento de las prestaciones a este grupo de trabajadores.

ANEXO 2

BOLIVIA: PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA
URBANA, SEGÚN DEPARTAMENTOS, 1990 – 2010

DEPARTAMENTO	1990	1995	2000	2005	2010
URBANA	1.183.374	1.519.393	1.922.022	2.386.602	2.916.353
CHUQUISACA	41.256	54.654	72.078	93.984	120.509
LA PAZ	409.704	506.795	620.213	748.744	893.412
COCHABAMBA	189.513	245.336	315.883	400.269	501.094
ORURO	63.820	77.052	92.901	110.332	128.250
POTOSÍ	58.607	70.548	86.768	107.792	132.586
TARIJA	52.767	71.328	94.459	121.687	152.901
SANTA CRUZ	311.209	416.992	538.811	674.657	826.471
BENI	53.195	71.783	93.992	119.821	149.168
PANDO	3.304	4.903	6.917	9.318	11.961

FUENTE: INE - Proyecciones de la Población Económicamente Activa. 1990 – 2010.

ANEXO 3

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

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

Fuente: CEPAL, Panorama Social de América Latina 2006.

ANEXO 4

Ley de Pensiones, 29 de noviembre de 1996

GONZALO SANCHEZ DE LOZADA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

Por cuanto, el Honorable Congreso Nacional, ha sancionado la siguiente Ley:
EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL,
DECRETA:
LEY DE PENSIONES

Capítulo I Disposiciones generales

Artículo 1°.- (Ámbito de aplicación) La presente Ley tiene el objetivo de asegurar la continuidad de los medios de subsistencia del capital humano, mediante el seguro social obligatorio de largo plazo en cumplimiento del artículo 158 de la [Constitución Política del Estado](#) y disponer el destino y administración de los recursos que benefician a los ciudadanos bolivianos de conformidad a la [Ley N° 1544](#) de 21 de marzo de 1994 (Ley de Capitalización).

Artículo 2°.- (Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo) El seguro social obligatorio de largo plazo comprende las prestaciones de jubilación, invalidez, muerte y riesgos profesionales, en favor de sus Afiliados.

Artículo 3°.- (Destino de los recursos de la Capitalización) Los recursos provenientes de las acciones de propiedad del Estado en las empresas capitalizadas, transferidos en beneficio de los ciudadanos bolivianos especificados en el artículo 6 de la Ley de Capitalización, serán destinados al pago de una anualidad vitalicia denominada Bono Solidario (Bonosol) y al pago de gastos funerarios, de conformidad a la presente ley.

Artículo 4°.- (Fondos de Pensiones y Administración) Los recursos del seguro social obligatorio de largo plazo para la prestación de jubilación y los recursos de la capitalización especificados en el artículo anterior, conforman fondos de pensiones, administrados por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Artículo 5°.- (Definiciones) Para los efectos de la presente ley, se establece las siguientes definiciones:

Administradora de Fondos de Pensiones (AFP): Es la sociedad anónima de objeto social único, encargada de la administración y representación de los fondos de pensiones, constituida de conformidad a la presente ley y al Código de Comercio.

Afiliado: Es la persona incorporada al seguro social obligatorio de largo plazo.

Base de Datos del Fondo de Capitalización Colectiva: Es el listado de los Beneficiarios de la

Capitalización, provisto por la Superintendencia de Pensiones.

Beneficiario de la Capitalización: De conformidad a la Ley de Capitalización, son los ciudadanos bolivianos residentes en el país, que al 31 de diciembre de 1995 hubiesen alcanzado la mayoría.

Capítulo III Financiamiento

Artículo 14°.- (Cotizaciones) El Afiliado al seguro social obligatorio de largo plazo con relación de dependencia laboral, debe cotizar mensualmente el diez por ciento (10%) de su Total Ganado con destino a una Cuenta Individual.

El Afiliado, sin relación de dependencia laboral podrá cotizar, con la periodicidad que determine la Superintendencia de Pensiones, el monto equivalente al diez por ciento (10%) de su Ingreso Cotizable, con destino a una Cuenta Individual.

Todos los Afiliados podrán incrementar libremente el monto de su Cuenta Individual, mediante cotizaciones adicionales, o destinando voluntariamente la totalidad o parte de sus beneficios sociales, hasta los montos máximos establecidos de conformidad con la presente ley.

Las cotizaciones al seguro social obligatorio de largo plazo efectuadas de conformidad a la presente ley, no constituyen tributos.

Artículo 21°.- (Obligaciones y derechos del empleador) El empleador tiene la obligación de actuar como agente de retención y de pagar las cotizaciones', primas y comisiones deducidas del Total Ganado de los Afiliados bajo su dependencia laboral. El empleador se encuentra obligado a realizar los pagos de primas de riesgo profesional establecidos en la presente ley y a cubrir los costos del servicio de calificación de riesgo profesional.

Estos pagos se realizarán dentro del plazo determinado por la Superintendencia de Pensiones, que no podrá exceder de treinta (30) días calendario a partir del día en que devengan los sueldos o salarios de sus trabajadores o empleados. Vencido el plazo y en caso de incumplimiento en el pago, el empleador de constituirá en mora y deberá pagar los intereses y recargos establecidos por la presente ley.

Las cotizaciones, primas, comisiones, intereses y recargos adeudados por el empleador, provenientes de obligaciones del Afiliado o del empleador, gozan del privilegio establecido en el inciso 2) del artículo 1345 del Código Civil y en el artículo 1493 del Código de Comercio.

Las cotizaciones, primas comisiones, intereses y recargos no pagados por el empleador, en ningún caso podrán ser posteriormente cobrados a los Afiliados.

El empleador tiene el derecho de reclamar la calificación de invalidez y muerte de los Afiliados bajo su dependencia laboral efectuada por la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) para la prestación por riesgo profesional.

El empleador tiene el derecho de reclamar la clasificación del riesgo profesional, establecido por la entidad clasificadora de riesgo profesional.

Los reclamos especificados se sustanciarán ante la Superintendencia de Pensiones, de acuerdo a reglamento.

ANEXO 5

Ley de Pensiones, 10 de diciembre de 2010

LEY DE 10 DE DICIEMBRE DE 2010
EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente
Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
DECRETA:
LEY DE PENSIONES

Título I

Disposiciones generales

Capítulo I

Objeto, principios y definiciones

Artículo 1º.- (Objeto de la Ley) La presente Ley tiene por objeto establecer la administración del Sistema Integral de Pensiones, así como las prestaciones y beneficios que otorga a los bolivianos y las bolivianas, en sujeción a lo dispuesto en la [Constitución Política del Estado](#).

Artículo 2º.- (Sistema Integral de Pensiones) El Sistema Integral de Pensiones, está compuesto por:

- a) El Régimen Contributivo que contempla la Prestación de Vejez, Prestación de Invalidez, las Pensiones por Muerte derivadas de éstas y Gastos Funerarios.
- b) El Régimen Semicontributivo, que contempla la Prestación Solidaria de Vejez, Pensión por Muerte derivada de éstas y Gastos Funerarios.
- c) El Régimen No Contributivo, que contempla la Renta Dignidad y Gastos Funerales.

Título III

Financiamiento y recaudación

Capítulo I

Financiamiento

Artículo 83°.- (Financiamiento de los riesgos) Para financiar las prestaciones originadas por Riesgo Profesional, Riesgo Común y Riesgo Laboral, los Empleadores, Asegurados Dependientes y Asegurados Independientes según corresponda, deberán pagar las siguientes primas:

- a) Prima por Riesgo Profesional, a cargo del Empleador, calculada sobre el Total Ganado de sus Asegurados Dependientes.
- b) Prima por Riesgo Común, a cargo del Asegurado Dependiente y Asegurado Independiente, deducida del Total Ganado o Ingreso Cotizable, respectivamente.
- c) Prima por Riesgo Laboral, a cargo del Asegurado Independiente, deducida del Ingreso Cotizable.

Las primas serán pagadas hasta que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, salvo las excepciones a ser determinadas en reglamento.

Artículo 84°.- (Financiamiento de la Pensión de Vejez) La Pensión de Vejez se financia con la Fracción de Saldo Acumulado y la Compensación de Cotizaciones cuando corresponda.

Artículo 85°.- (Financiamiento de la Pensión Solidaria de Vejez) La Pensión Solidaria de Vejez se financia con la Fracción de Saldo Acumulado, la Compensación de Cotizaciones cuando corresponda y la Fracción Solidaria.

Artículo 86°.- (Financiamiento de las pensiones por muerte)

I. Las Pensiones por Muerte de Asegurados que no hayan accedido a una Prestación o pago serán financiadas de conformidad a lo siguiente:

- a) Las Pensiones por Muerte derivadas de Pensión de Vejez y Solidaria de Vejez se financiarán con recursos provenientes del Saldo Acumulado en la Cuenta Personal Previsional, la Compensación de Cotizaciones y la Fracción Solidaria según corresponda.

ANEXO 6

Tabla 2. Bolivia: Principales Variables Socio-económicas

INDICADORES	UNIDAD	1997	1998	1999	2000	2001	2002
PIB NOMINAL	Mill. de \$US	7.857	8.513	8.246	8.328	8.056	7.956
CRECIMIENTO DEL PIB	%	4,95	5,03	0,43	2,28	1,51	2,75
PIB PER CAPITA	En \$US	1.003.9	1.070.8	1.030.6	1.025.0	976.7	937.3
TIPO DE CAMBIO	Bs / \$US	5,35	5,64	5,99	6,38	6,83	7,47
TASA DE DEPRECIACION	%	3,26	5,45	6,28	6,49	7,01	9,47
TASA DE INFLACION	%	6,73	4,39	3,13	3,41	0,92	2,45
POBLACION	Miles de hab.	7.848	8.039	8.233	8.428	8.624	8.824
Urbano	%	60,3	60,8	61,3	61,9	61,4	63,0
Rural	%	39,7	39,2	38,7	38,1	37,6	37,0
Hombres	%	49,7	49,7	49,8	49,8	49,8	49,8
Mujeres	%	50,3	50,3	50,2	50,7	50,2	50,2
TASA DE DESEMPLEO ABIERTA	%	4,4	n.d.	6,1	7,7	9,4	8,8
Hombres	%	4,5	n.d.	5,5	6,6	8,4	7,7
Mujeres	%	4,4	n.d.	6,9	9,1	10,6	10,1
GASTO SOCIAL TOTAL % PIB	% PIB	15,26	15,63	16,51	16,99	19,15	18,99
Salud	% PIB	3,36	3,27	3,32	3,52	3,74	3,75
Educación	% PIB	6,02	5,71	6,21	6,12	7,26	7,34
GASTO PER CAPITA EN SALUD	En \$us	34	36	35	37	35	35

FUENTE: MIN. Hacienda, INE y UDAPE.

Nota: Las estimaciones de Población de 1997 a 2002 corresponden a datos oficiales de CELADE "Boletín Demográfico, América Latina: Población por años calendario y edades simples 1995-2005, Santiago de Chile", Enero 2003.

Fuente: "Exclusión en Salud" Estudios de Caso: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Serie Técnica: Extensión de la Protección Social en Salud. Serie N° 2. OPS- AECID-ASDI . Washinton DC. Octubre 2009.

ANEXO 7

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DIMENSIONES	TAREAS DE MEDICION
Trabajador del sector informal	<p>Persona que trabaja por cuenta propia</p> <p>La informalidad como una manifestación de las relaciones entre los agentes económicos y el Estado que, según la literatura económica, desempeña una función importante en cuanto a mitigar las fallas del mercado, asegurar el suministro de bienes públicos, y mantener condiciones para la igualdad de oportunidades.</p>	<p>Persona que cuenta con trabajo temporal y está sujeto a las fluctuaciones del mercado laboral (consultoría).</p>	<p>Comportamiento del mercado de trabajo informal de consultoría en los últimos 5 años.</p>	<p>Estadísticas de empleo de trabajadores por cuenta propia (consultoría)</p> <p>Estadísticas de cobertura en el sistema de seguro de salud.</p> <p>Resultados de encuestas y entrevistas a consultores.</p>	<p>¿Cuántas personas se encuentran con trabajo de consultoría en el MMAyA?</p> <p>a) Más del 50% de los trabajadores por cuenta propia</p> <p>a) Menos del 50% de trabajadores por cuenta propia</p>

Ingresos	Retribución del factor productivo de trabajo (salario). Está determinado por la oferta y la demanda existente. La demanda de trabajo depende de la demanda de bienes y servicios en los que interviene para su producción y la productividad que tenga en un momento determinado con la tecnología existente.	Monto percibido por el trabajo desempeñado y los beneficios adicionales que el trabajador recibe	Montos de dinero que perciben los consultores por la labor desempeñada en función a los términos de contrato. (Presupuesto de ministerios para consultoría)	Resultado de encuestas y entrevistas a consultores. Estadísticas del INE.	¿Cuáles son los montos promedio (ingresos) que percibe un consultor 1. Menos de 6000 Bs./mes 2. Igual a 6000 Bs./mes 3. Más de 6000 Bs/mes
Seguridad Social	Todo programa de protección social establecido por una ley o por cualquier otro acuerdo obligatorio que ofrezca a las personas un cierto grado de seguridad de ingresos cuando afrontan las contingencias	Persona en edad de trabajar que él y su familia cuenta con la seguridad de corto plazo-seguro de salud	Cantidad de asegurados en seguros públicos y privados de la ciudad de La Paz.	Estadísticas del INE. Instituto Nacional de Seguros de Salud	Número de trabajadores – consultores - con y sin seguridad social de corto plazo – seguro de salud en MMAyA

	de la vejez, supervivencia, incapacidad, invalidez, desempleo o educación de los hijos. También puede ofrecer acceso a cuidados médicos curativos o preventivos” (AISS).				
--	--	--	--	--	--

Elaboración propia

ANEXO 9

UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLÍVAR
MAESTRIA: GERENCIA DE PROYECTOS DE DESARROLLO
ESTUDIO DE CASO: SEGURIDAD SOCIAL: ¿UNA OPCIÓN DE ELECCIÓN? CASO: CONSULTORES DE LINEA
EVGUENI RODRIGUEZ PEREDO

GUIA DE ENTREVISTA:

1. ¿Cuenta Ud. con un seguro de salud?, ¿Cree que es importante contar con uno?
2. ¿Tiene la posibilidad de aportar a algún seguro de salud?
3. Se afiliaría a uno de los seguros públicos. ¿Por qué?
4. Se afiliaría a uno de los seguros privados. ¿Por qué?
5. No considera necesario. ¿Por qué?
6. Le gustaría contar con un seguro de salud diferente. ¿Por qué?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 10

Cuadro 32 – Tasa de cobertura reportada por seguros según calidad de atención, 2009

Calidad de atención institucional	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Buena	57,6%	17,3%	3,6%	16,9%	6,3%	23,2%	44,1%
Regular	36,3%	24,4%	1,3%	21,8%	6,9%	28,7%	54,3%
Mala	6,2%	38,8%	0,0%	21,2%	10,9%	32,0%	70,8%
TOTAL (atendidos institucionalmente que reportaron calidad)	-	21,2%	2,6%	18,9%	6,8%	25,7%	49,4%

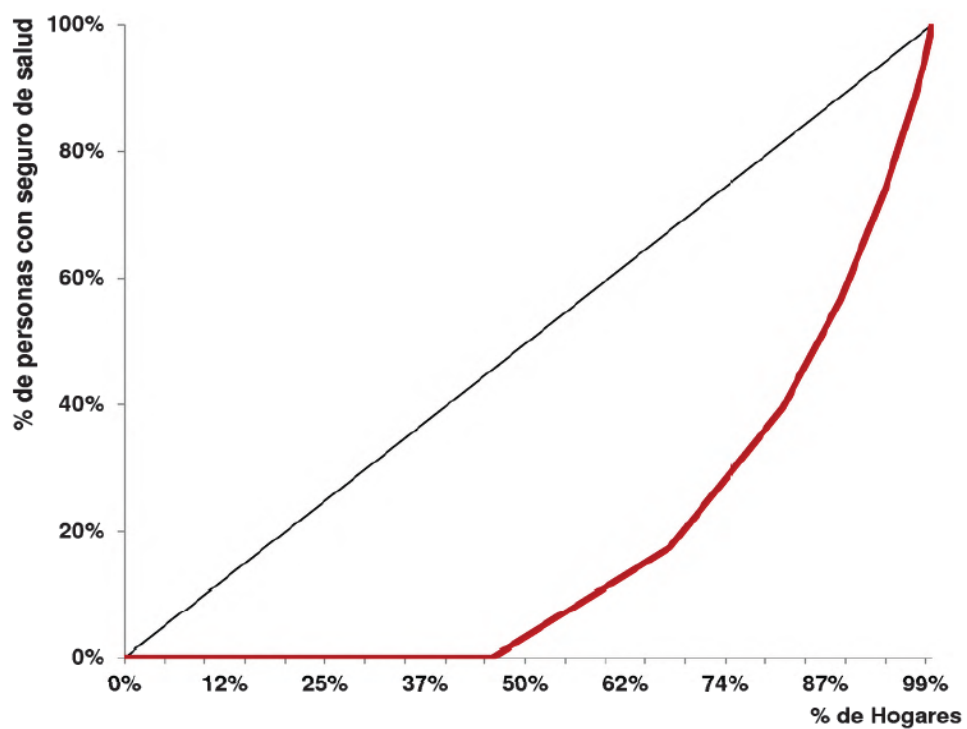
Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Dupuy Julien Roger. "Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia". MSD. 2010.

GRÁFICOS

Gráfico 28

Ilustración 18 – Curva de Lorenz para la repartición de la cobertura por seguros, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Dupuy Julien Roger. "Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia". MSD. 2010.