

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXX

EPOCA V

Núms. 127-128

ENERO - ABRIL

1981

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO  
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS  
DE SEGURIDAD SOCIAL

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

	<i>Pág.</i>
Toxicología industrial. <i>Dr. Carlos Pérez Lucio,</i> <i>Dra. María de Jesús Rodríguez R.</i> . . . . .	111
Ruido y trabajo. <i>Dr. Joel Velázquez González,</i> <i>Dr. Fernando Pruneda</i> . . . . .	119
Aspectos psiquiátricos de la patología laboral. <i>Dr. Miguel Angel Pérez Toledo,</i> <i>Dr. Víctor Manuel Joffre Velázquez</i> . . . . .	129
 SEGURIDAD SOCIAL BOLIVIANA. DIAGNOSTICO	
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública . . . . .	137
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL . . . . .	171
 Programas de Maestría en:	
ACTUARIA, ESTADISTICA, INFORMATICA aplicadas a la segu- ridad social . . . . .	173
I. Maestría en Actuaría . . . . .	178
II. Maestría en Estadística. . . . .	183
III. Maestría en Informática . . . . .	189

**MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA**

**SEGURIDAD SOCIAL BOLIVIANA  
DIAGNOSTICO**

La Paz-Bolivia  
Noviembre, 1980

## **SEGUROS DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD Y RIESGOS PROFESIONALES A CORTO PLAZO**

### **1. ANTECEDENTES LEGALES**

Los seguros de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales a corto plazo instituidos en el Código de Seguridad Social y su Reglamento, están orientados a proteger la salud del capital humano del país, a través del otorgamiento de prestaciones en especie, que consisten en la asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y el suministro de medicamentos.

Las personas protegidas son el asegurado y su grupo familiar: esposa o conviviente, hijos, padres y hermanos.

El seguro de maternidad protege a la asegurada y a la esposa o conviviente del asegurado en los periodos de gestación, parto y puerperio, con las mismas prestaciones del seguro de enfermedad.

La medicina preventiva forma parte del régimen y comprende las vacunaciones, servicios de higiene materno-infantil, control de la tuberculosis, enfermedades venéreas, cáncer.

El Decreto Ley N° 13214 de 24 de diciembre de 1975, introdujo en el régimen el sistema del médico familiar, de adscripción fija y cita previa.

### **2. MARCO CONCEPTUAL**

La importancia de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo es innegable, debido, fundamentalmente, a que sus prestaciones están dirigidas a la protección de la salud de los trabajadores y sus familiares, con los efectos multiplicadores que representa esta acción.

Se ha discutido mucho en los últimos años, si el denominativo del régimen expresa objetivamente el esquema de prestaciones que se otorgan a través de él; si ese título era el que condicionaba que las prestaciones estuvieran circunscritas fundamentalmente a una atención reparadora, antes que promotora y preventiva. Por eso, el grupo de trabajo encomendado de elaborar el Diagnóstico de la Seguridad Social Boliviana, consideró de su deber fijar en primer término el marco doctrinal en el cual debía ser analizado este régimen.

De acuerdo con la tesis laboral, vigente en el país, la denominación de seguro de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, se adecua a los alcances y fines de dicha tesis y está en consonancia con los principios de la misma, reconocidos y adoptados por los Organismos Internacionales especializados en la materia.

En efecto, si consideramos la salud como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no simplemente la ausencia de enfermedades e incapacidades, como la define la Organización Mundial de la Salud, comprenderemos que el cambio de denominación del régimen, implicaría la adopción de una política protectora de tal magnitud, que el Estado Boliviano, en el momento actual, no podría asumirla en su totalidad. No obstante, se considera que en cuanto se den en el país las condiciones para establecer un Servicio Nacional de Salud, y ampliar la protección del Seguro Social, mediante una tesis nacional que abarque a toda la población boliviana sin ningún tipo de discriminación, se podrá avanzar hacia

la implantación de un verdadero régimen de salud, que no se circunscriba a la protección del individuo, sino también a la del medio ecológico en el que radica, procurando el mutuo equilibrio entre ambos, individuo y ambiente, y, por lo tanto, garantizando ese completo bienestar al que aludimos líneas arriba.

Cabe destacar, que el Código de Seguridad Social y su Reglamento, comprenden dentro del régimen del seguro de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, aparte de las prestaciones de medicina reparadora, las de medicina preventiva y rehabilitadora. El hecho de que se hubiese dado mayor énfasis a las primeras, no se debe a que las otras no estuvieran contempladas en el actual esquema de la seguridad social, sino probablemente a la ausencia de programas concretos de promoción y prevención que, debe reconocerse, han tenido poca trascendencia hasta el presente.

### **3. JUICIO SOBRE EL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD**

La implantación del seguro de enfermedad-maternidad tuvo que confrontar una serie de dificultades; merece particular relieve el hecho de que al promulgarse el Código de Seguridad Social, la Caja Nacional de Seguridad no había logrado extender geográficamente las prestaciones médicas sino a La Paz, Cochabamba, y en estas ciudades contaba con muy reducida capacidad física instalada, sobre todo para la atención de pacientes hospitalizados, que debían ser internados en centros privados o públicos alquilados para tal fin. La Caja Nacional de Seguridad Social, durante los primeros 10 años de vigencia del referido Código, dedicó todos sus esfuerzos a desarrollar una infraestructura de atención médica, al mismo tiempo que paulatina, progresiva y sostenidamente extendía sus servicios, primero a todas las capitales de Departamento, y luego a algunas capitales provinciales, donde la población protegida, por su número y las posibilidades de contar con los recursos humanos indispensables, lo permitían.

Las medidas protectivas del Código de Seguridad Social, que inicialmente fueron vistas con desconfianza y a veces hasta rechazadas por importantes sectores de trabajadores, fueron logrando aceptación. En efecto en los últimos cinco años, en todo el sector, se han otorgado más de 15 millones de consultas médicas y dentales y más de 400 mil pacientes han sido atendidos en los servicios de hospitalización de las instituciones, que por derecho propio o por delegación, otorgan las prestaciones en especie del régimen que analizamos.

Este importante volumen de atenciones ha sido posible, porque a medida que se extendía geográficamente el Seguro Social a todo el territorio nacional, paralelamente, y por exigencias del mismo sistema se iba produciendo un positivo avance en la práctica médica nacional, la cual debe reconocer a la Seguridad Social el mérito de haber sido la promotora de su progreso en el desarrollo de las diferentes especialidades médicas.

Sin embargo de los positivos avances registrados desde la implantación del seguro social en el país, no puede negarse que existen ciertas limitaciones. Así, la extensión geográfica en el área provincial es aún muy reducida y de escasa significación, lo que ha motivado que importantes sectores comprendidos en el campo de aplicación del seguro social, no cuenten con la necesaria atención médica.

El insuficiente desarrollo de la infraestructura física en algunas capitales de Departamento, no permite absorber la demanda de atenciones que se registra.

Existe ausencia de una política de utilización conjunta, por parte de los diferentes entes gestores, de la capacidad instalada, que ha motivado que en muchas localidades se duplique una infraestructura costosa, mal utilizada, como lo demuestra los bajos índices de ocupación que se registran en el conjunto de las instituciones.

No puede negarse que los centros de atención médica de mayor prestigio, y particularmente aquellos que concentran la atención más especializada, presentan elevados índices de ocupación que exigen encarar, en el corto plazo, su expansión, a riesgo de tener que volver a la contratación de servicios privados.

El problema más serio que confronta el régimen de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, es el del creciente déficit que año tras año se agudiza más, como efecto de su deficiente administración y de una política errada al permitirse que importantes partes del salario queden excluidas de la cotización al seguro social; la situación es tanto más grave cuanto que para solucionar tal situación deficitaria se utilizan recursos de otros regímenes, con los consiguientes riesgos financieros para ellos.

El sistema de Adscripción Fija al Médico Familiar, de corta data en el país, requiere de importantes ajustes que permitan la aplicación de una atención médica integral, no sólo referida al asegurado o beneficiario enfermo, o cuando se encuentra en aparente estado de salud y debe ser protegido frente a enfermedades; sino también al tratar de influir en la comunidad mediante acciones de educación, y sobre el medio, promoviendo a modificar las condiciones adversas del mismo.

En el presente estudio, por carecerse de información sobre el particular, no han sido tomados en cuenta los sistemas de atención médica de los Fondos Bancarios y de los servicios delegados a las Universidades de San Simón de Cochabamba, Técnica de Oruro y Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca.

#### **4. ANALISIS DE LA APLICACION DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD**

La información estadística proporcionada por las instituciones gestoras, permite hacer un obligado análisis de la aplicación del seguro de enfermedad-maternidad, para conocer su actual estado de administración.

*Demanda de atenciones - Prestaciones Otorgadas.* En el Cuadro N° 3 se ha comparado la demanda de atenciones producida el año 1979 en los servicios de consulta externa, con la demanda potencial de esa población si se hubieran otorgado 3 consultas por persona protegida/año; tal comparación muestra que, el porcentaje de cobertura en esa gestión alcanzó al 104.26% en todo el sistema, con variaciones institucionales que fluctúan entre el 66.64% para la CNSS y el 353.24% para la CPSS.

Este hecho indica que existen instituciones que confrontan una sobre-demanda, en tanto que otras no están cumpliendo el total de actividades esperadas, tales la CNSS y la CSSCH.

En el caso de instituciones con sobredemanda, se puede suponer la falta de educación de la población por ellas protegida que solicita servicios en forma irracional, o una deficiencia en la atención médica que hace que el paciente consulte en forma reiterada para encontrar solución a sus problemas, a la que debería añadirse la ausencia de una sistematización en la atención médica.

En el segundo caso, el de las instituciones que no cumplen con el total de actividades esperadas, se puede suponer una falta de confianza por parte de la población protegida, hacia los servicios médicos de la institución que los protege, debida a deficiencias en la prestación de servicios, y también, al comportamiento sociocultural de la población protegida; pues estas instituciones incluyen en su campo de aplicación a grupos humanos que habitan en áreas provinciales o marginales que se supone demandan servicios en bajo porcentaje porque las entidades de seguridad social no tienen instalados servicios en centros accesibles a su población protegida lo que obliga a esa población a recurrir a los servicios de las áreas urbanas.

*Consultas Médicas y Dentales.* La demanda de estos servicios que se analiza en el cuadro N° 4 demuestra poca variación en la concentración de consultas de persona protegida/año, en los años extremos del quinquenio, para el conjunto de la población (2.8 el primer año y 2.7 el último); sin embargo se observan importantes diferencias en la CPSS que incrementó la concentración de consultas por persona protegida año de 9.4 a 10.5 en el período aludido, y en COMIBOL que disminuyó esa concentración de 9.7 a 6.3 en el mismo período.

Analizada la concentración de actividades en consulta médica y dental, por instituciones, en el año 1979, se observa que la CNSS y la CSSCH presentan las concentraciones más bajas del sistema, 1.8 la primera y 2.1 la segunda; mientras que la CPSS tiene una concentración de 10.5 consultas por persona protegida/año. Si se relacionan estas cifras de la concentración efectiva con las de la demanda potencial para todo el sector, se comprueba que existe correlación entre ambas.

El incremento porcentual de atenciones en el quinquenio alcanzó el 31% con una diferencia de 211,830 consultas de exceso en el último año con relación al primero. Analizado este incremento por instituciones varía desde un 37% para la CPSS hasta un 60.9% para la CFSS situación, esta última, que no guarda relación con el crecimiento de su población protegida.

*Concentración de Consultas Médicas y Dentales.* Entre los años 1975 a 1979, la concentración de consultas médicas no sufrió mayor variación, registrándose para el año 1975 una concentración de 2.1 y para 1979 una concentración de 2.2 para todo el sistema, como lo muestra el Cuadro N° 5. Igualmente, la concentración en consulta dental fue la misma (3.0) en los dos años extremos del quinquenio.

Comparativamente, la concentración de consultas médicas durante el año 1975 en las instituciones de la seguridad social que otorgan atención médica, muestra variaciones entre 1.2 para la CNSS y 8.9 y 8.1 para COMIBOL y la CPSS respectivamente; si consideramos como óptima una concentración de tres consultas por persona protegida/año, comprobamos que tres instituciones, CNSS, CSSCH y CFSS, están por debajo de esta cifra y tres la sobrepasan, SSUB, CPSS y COMIBOL, durante el año 1975.



En lo que se refiere a la concentración de consultas dentales, ésta fluctúa entre 0.2 para la CNSS y la CFSS y 1.3 para la CPSS el mismo año.

El año 1979, la concentración de consultas médicas en las instituciones presenta variaciones entre 1.3 para la CSSCH y 9.1 para la CPSS. Analizadas comparativamente, se constata que dos instituciones, la CSSCH y la CNSS, registran concentraciones inferiores al parámetro de 3 consultas por persona protegida/año, encontrándose por encima de dicho parámetro las demás instituciones.

Por último, el año 1979, la concentración de consultas dentales analizada por instituciones, tuvo una variación entre 0.2 para la CNSS y 1.4 para la CPSS.

La gran diferencia existente entre la concentración de consultas médicas y la de consultas dentales, demuestra que el mayor volumen de actividad en consulta externa corresponde a la médica.

*Cobertura de la población protegida en atención hospitalaria.* La cobertura de prestación de servicios en atención hospitalaria como se ve en el cuadro N° 6 comparada con la demanda potencial durante la gestión de 1979 alcanzó al 82.7% en todo el sistema de la Seguridad Social Boliviana. Dicha cobertura, según institución gestora varía entre el 51.6% para la CNSS y el 314.6 para COMIBOL, apreciándose que la CSSCH, la CNSS y la SSUB tuvieron coberturas bajas en relación a la demanda potencial de servicios. Por el contrario, en las restantes instituciones se observan porcentajes de cobertura por encima de los esperados, destacándose que la CPSS con 214.7% y la COMIBOL con 314.6% duplican y triplican los indicadores esperados, situación que sería explicada por una exagerada tendencia al tratamiento hospitalario, o por una irracional exigencia de parte de la población protegida.

*Egresos Hospitalarios e Indicadores Hospitalarios.* El incremento de egresos hospitalarios registrado en el quinquenio 1975-1979 para todo el sistema fue del 22.9% con variaciones institucionales que fluctúan en 10.4% para COMIBOL, y 18.8% para la CPSS como se comprueba en el cuadro N° 7. Merece destacarse que la CSSCH registró un decremento del 6.5% en relación al primer año.

El porcentaje de ocupación de camas, el año 1975, tuvo variaciones institucionales entre 52.4% para la CPSS y 59.9% para la CNSS. El promedio de días de estancia por paciente egresado, varía entre 4.5 en los servicios hospitalarios del SSCBF y 11.5 en los de la CNSS. El año 1979, el porcentaje de ocupación, analizado por institución gestora, tuvo variaciones entre 22.5% para el SSCBF y el 71% para la CNSS. El promedio de días de estancia fluctúa entre 4.2 en el SSCBF y 9.8 en los servicios de COMIBOL.

Esta información no muestra la situación real de ocupación de camas y promedios de estancia hospitalaria por unidad hospitalaria; no se dispone de información discriminada por establecimientos y servicios, suponiéndose que en algunos los índices de ocupación exceden a lo adecuado, en tanto que en otros se registra una subutilización de la capacidad instalada.

*Medios Auxiliares de Diagnóstico.* Por lo que se refiere a los servicios radiodiagnóstico, se comprueba en el cuadro N° 8 que la relación de exámenes radiográficos por consultas en los años extremos del quinquenio analizado, fue de 1/17 el primero y 1/13 el último, para todo el sistema de Seguridad Social. Analizado este índice institucionalmente, el año 1975 varía entre 1/15 para la CPSS y 1/52 para el SSCBF.

En 1979 el índice institucional registra variaciones de 1/11 para la CPSS y 1/53 para el SSCBF, estableciéndose, por lo tanto, una tendencia e incrementar la utilización de este medio auxiliar.

Si aceptamos como índice adecuado el de un examen radiológico por cada 29 consultas, observamos que el año 1975 la CFSS y la CSSCH se encontraban dentro de la aludida norma, en cambio la CPSS, COMIBOL y el SSUB sobreutilizaron este recurso.

Asimismo, durante el año 1979 el SSSNC y el SSCBF registraron índices menores de utilización de los servicios de radiodiagnóstico en relación al aceptado como racional, en tanto que en el resto de las instituciones se registró una tendencia a la sobreutilización de este recurso.

En lo referente a la utilización de los servicios de laboratorio clínico, juzgada a través de la demanda de exámenes, cabe destacar que entre los años 1975 y 1979 se produce una variación apreciable en la utilización de estos servicios, registrándose una relación de un examen por cada siete consultas, en el primer año, y en el último de  $\frac{1}{3}$ .

Efectuando un análisis comparativo, según instituciones gestoras, durante el año 1975, se aprecia que el índice de utilización de este medio auxiliar de diagnóstico, tuvo variaciones en el índice de exámenes por consultas que fluctuaron entre  $\frac{1}{6}$  para la CNSS y  $\frac{1}{20}$  para la CFSS. En el año 1979 estas variaciones fueron de  $\frac{1}{3}$  para la CNSS, SSCBF y CPSS, y de  $\frac{1}{4}$  para el SSSNC (ver cuadro N° 9).

Si es aceptado como óptimo el índice de un examen de laboratorio clínico por cada siete consultas, se comprueba que el año 1975 tres instituciones, CNSS, SSUB y CPSS, registraron índices superiores al esperado. Durante 1979 la CPSS, el SSCBF, la CNSS y la CFSS sobreutilizaron este recurso por encima de lo adecuado. En general, durante el primero y último año del quinquenio, se aprecia una exagerada tendencia en la utilización de este recurso.

*Gastos de Hospitalización y Consulta Externa.* Se ha estimado un costo promedio aproximado, como índice de comparación de \$b. 1.000. = por día de estancia, en base a las cifras dadas por el Dr. Barquin para el año 1972.

La relación del costo promedio por día estancia, en las diferentes instituciones de seguridad social que otorgan prestaciones de atención médica, refleja variaciones que van desde un costo de \$b. 716.40 (COMIBOL) a \$b. 3,639.53 (SSCBF). En el cuadro N° 10 se comprueba que el costo promedio de día de estancia hospitalaria en la CNSS, la CSSCH y COMIBOL es inferior al promedio estimado como base de comparación; en cambio, en las demás instituciones, el promedio de costo aludido, excede el indicador. Cabe destacar que los altos costos promedio registrados en el SSUB y el SSCBF estarían influidos por la compra de servicios privados a que se ven obligadas estas instituciones por no contar con servicios propios de hospitalización.

En cuanto al costo promedio de la consulta externa, que registra variaciones institucionales que fluctúan entre \$b. 119.77 para los servicios de COMIBOL y \$b. 446.27 para la CSSCH, si los comparamos, con todas las reservas del caso, con los estimados en la fase de prediagnóstico y que ascienden a \$b. 300 por consulta, revelan diferencias institucionales notorias en el sector.

La CPSS, la CSSCH, el SSSNC y la CFSS se encontrarían con costos promedio superiores al índice aludido, destacándose que el índice más alto

corresponde a la CSSCH con \$b. 446.27 y el más bajo al SSCBF con \$b. 144.92, situación que pudiera ser explicada por la baja cobertura de sus servicios que da un costo promedio per cápita más alto.

Los aludidos indicadores sólo reflejan ciertas tendencias: para un mejor y adecuado análisis de la situación de las instituciones de seguridad social boliviana que otorgan prestaciones de atención médica, es necesario contar con indicadores nacionales fundados en un esquema uniforme de recolección, elaboración y presentación de los resultados.

No debe olvidarse que los indicadores señalados están influidos por la accesibilidad de la población protegida y el grado de confianza de la misma hacia sus propios servicios de atención médica, y que, además, para reconocerles un valor más demostrativo de la realidad requieren estar respaldados por investigaciones sociológicas que determinen los condicionantes socioculturales que pueden influir en ellos; dichas investigaciones debieran, además, estar respaldadas por otras de carácter epidemiológico que revelarían las condiciones locales cuya influencia es innegable.

En todo caso, las tendencias que reflejan los índices que se analizan pueden estar además influidas por el sistema de organización institucional de la atención médica, el cual debiera implementarse de acuerdo con la legislación vigente, con el sistema de adscripción fija al médico familiar y de cita previa; pues al parecer, en algunas instituciones el exceso de demanda que se registra, estaría determinado por el hecho de que la atención que en ellas se presta cubre a grupos poblacionales no incluidos en el campo de aplicación de la seguridad social, los que, por falta de adecuados controles en la afiliación, y en la constatación de la vigencia del derecho, usan servicios a los que no deberían tener acceso.

## 5. ESTADISTICA DE PERSONAL

El total de recursos humanos con que cuentan los servicios de atención médica de la seguridad social, el año 1979 alcanzó a 7,125 personas en todas las categorías, que en relación a la cifra del año 1975 de 6,791 personas, representa un incremento de 4.9% en el quinquenio. Sin embargo, analizada la situación en cada una de las instituciones, se comprueba que en los incrementos varían según la institución considerada; así se tiene que en la CFSS el incremento registrado fue del 0.6%, en tanto que en el SSCBF llegó al 74.6%, probablemente debido a la extensión de las prestaciones a determinadas áreas geográficas.

Por su parte, la CSSCH y COMIBOL registran decrementos del orden del 8% y 3% respectivamente. El SSSNC no proporcionó información para el año 1975 (ver cuadro N° 11), lo que imposibilita efectuar el respectivo análisis comparativo en esta institución.

*Relación de Recursos Humanos por mil personas protegidas.* La relación de recursos humanos por mil personas protegidas en el sistema de seguridad social boliviana, por categorías de personal fue de 1.19 médicos por mil personas; de 1.32 por mil para el personal de servicio; 0.87 para auxiliares de enfermería; 0.78 para enfermeras graduadas, 0.25 para bioquímico-farmacéuticos, 0.19 para técnicos y 0.18 para odontólogos. La relación del personal de servicio varía entre el 0.32 por mil en el SSUB y 4 por mil en COMIBOL.

Con referencia al personal médico, las variaciones registradas son las siguientes: 0.91 médicos por mil personas protegidas en la CNSS y 3.96

por mil en la CPSS; al respecto debe tenerse presente que la recomendación del Plan decenal para las Américas, estima una relación de un médico por mil personas como la apropiada.

En el personal de enfermeras graduadas se revelan también grandes variaciones según la institución considerada, obteniéndose los siguientes resultados: 0.16 enfermeras graduadas por mil personas protegidas en el SSUB y 2.28 en la CPSS, siendo la recomendación del aludido Plan Decenal de 0.45 por mil.

En cuanto al personal de odontología, la relación oscila entre 0.16 por mil para CSSCH y 0.62 para el SSSNC, la recomendación internacional es de 0.2 por mil (ver cuadro N° 12).

*Utilización del Personal Médico.* En general, el rendimiento promedio en consulta externa de la hora médico contratada, es bajo, fluctuando esta relación entre 1.7 en el SSCB y 3.9 en COMBIDOL y el SSUB, lo cual indica que existen horas médicas no utilizadas, que bien podrían destinarse a acciones de medicina preventiva.

Sin embargo, no debe perderse de vista que por el sistema de contratación del médico, éste necesariamente debe ser contratado por un mínimo de 3 horas diarias de trabajo, a tiempo parcial; seis a tiempo completo y ocho a exclusividad, lo que determina que en algunas instituciones con pequeña población protegida se presenten fenómenos de exceso de capacidad instalada.

Los indicadores demuestran una falta de racionalización en el recurso humano con el que cuentan las instituciones que gestionan y administran las prestaciones del seguro de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales a corto plazo. Sin embargo debe advertirse que tales índices son exclusivamente cuantitativos y por lo tanto no reflejan aspectos cualitativos.

## INFRAESTRUCTURA FISICA

La infraestructura física con la que cuentan las instituciones de seguridad social que otorgan prestaciones del régimen que analizamos, se encuentran concentradas principalmente en el eje constituido por los Departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, siendo su localización preponderantemente urbana. Las regiones de Pando y Beni se encuentran desabastecidas. En Trinidad existe el único hospital integrado entre el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la Caja Nacional de Seguridad Social.

La gran mayoría de las poblaciones urbanas provinciales, carecen de estos recursos; ello se debe a que, como dijimos anteriormente, la extensión geográfica de los servicios de atención médica sólo se ha hecho efectiva en las capitales de Departamento, y en muy contadas localidades provinciales.

La población rural, propiamente dicha, no cuenta con ninguna infraestructura física de la seguridad social. Este es el resultado lógico de la no incorporación al campo de aplicación de la seguridad social del importante sector campesino.

*Distribución de la infraestructura física según tenencia de instituciones gestoras.* En general, como lo demuestra el cuadro N° 13, se observa un incremento de los establecimientos de salud en el quinquenio 1975-1979 en el sistema de la seguridad social boliviana. Dicho incremento es del

orden del 28.8% para los establecimientos hospitalarios; 34.7% para los policonsultorios y 48.8% para los puestos médicos y sanitarios. Estos incrementos tuvieron como resultado la disminución en un 23% en la utilización de clínicas privadas que en anteriores gestiones, en su mayor parte eran alquiladas.

*Distribución de la capacidad física instalada.* En cuanto al número de camas por mil personas protegidas, el promedio general del subsector de la seguridad social es de 3.07.

Algunas instituciones como COMIBOL, la CFSS y la CPSS se encuentran con índices superiores al referido indicador nacional contando con 12.0, 7.3 y 6.1 camas por mil respectivamente. En estas tres instituciones debe dejarse establecido que su infraestructura física se encuentra instalada en áreas próximas a las de trabajo donde se concentra su población protegida.

Por lo que a las instalaciones y equipamiento de las unidades de atención médica se refiere, existen diferencias abismales que impiden efectuar un análisis comparativo en cuanto a la calidad de las mismas.

La distribución geográfica de la infraestructura hospitalaria muestra que el área del altiplano cuenta con 2,939 camas para una población protegida de 947,986 habitantes, con una tasa de 3.1 por mil personas y constituyendo dicha población, el 69.13% de la población protegida total. En la zona de los valles la tasa de camas por mil personas protegidas es de 2.52, para una población total de 233,358 personas protegidas que representan el 17.02% de la población total. Finalmente, la zona de los llanos, cuenta con una capacidad de 621 camas, para una población de 189,900 personas con una tasa de 3.27 camas por mil habitantes, constituyendo dicha población el 13.84% de la población total. Esta zona es la mejor provista de recursos de infraestructura física.

Se constata que el estado actual de multiplicación a veces innecesaria y costosa de centros de atención médica en algunas localidades urbanas, en las que dos o más instituciones de seguridad social cuentan con población protegida, y que se demuestra por el exceso de capacidad instalada en relación a la demanda de servicios, la cual está mal utilizada, se debe fundamentalmente a la inexistencia de una política y programas de salud y a la falta de normas legales y reglamentarias precisas que determinen las condiciones en las que debe desarrollarse esa infraestructura.

Se constata asimismo, que la actual capacidad instalada, aparentemente excesiva para algunos sectores, no tiene en muchos casos el adecuado equipamiento, razón por la cual, el término "cama hospitalaria" no debiera ser utilizado genéricamente, pues al lado de hospitales con equipamiento moderno y de tecnología compleja, existen otros que no cuentan con los más elementales recursos para otorgar una atención adecuada a la población protegida. La situación se presenta aún más grave, por el hecho de no existir una adecuada coordinación entre los diferentes entes gestores de la seguridad social que permita, al menos, la utilización del exceso de capacidad instalada por los asegurados y beneficiarios de las otras instituciones que conforman el sector y que no cuentan con centros de atención médica propios.

Este panorama en gran parte es causado por la multiplicación de entes gestores, cuya población protegida, muy reducida, no justifica en muchos casos la instalación de servicios hospitalarios convenientemente implementados tanto en recursos humanos como en equipamiento.

## 7. PRESTACIONES EN DINERO DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD Y RIESGOS PROFESIONALES

El subsidio de incapacidad temporal, constituye la prestación en dinero de los seguros de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales a corto plazo. Es equivalente al 75% del salario cotizado percibido, al inicio de la incapacidad, por el trabajador. El beneficio es otorgado por las Cajas del Seguro Social Obligatorio.

En casos de enfermedad común y riesgos profesionales a corto plazo, el subsidio se paga por un período de 26 semanas, prorrogables por otras 26 semanas, si con ello se evita la incapacidad permanente; pero, podrá interrumpirse por el alta médica, fallecimiento o declaración de la incapacidad permanente, sea total o parcial. En casos de maternidad el subsidio se paga por el plazo máximo de 45 días anteriores al parto y 45 días posteriores a él, siempre que en estos periodos no se ejecute trabajo remunerado.

El año 1979, la Caja Nacional de Seguridad Social ha pagado subsidios de incapacidad temporal, de acuerdo al siguiente detalle:

Tipos de subsidio	Número de veces	Días subsidiados	Importe pesos
Subsidio de enfermedad	5,225	92,823	7.224,268
Subsidio de maternidad	1,369	54,154	4.088,006
Subsidio de Acc. de Trab.	806	16,334	1.234,476
Subsidio por Enf. Profes.	161	3,243	297.196
<b>TOTALES:</b>	<b>7,561</b>	<b>166,554</b>	<b>12.843,946</b>

La enfermedad común constituye el riesgo más subsidiado en la Caja Nacional de Seguridad Social. Los subsidios por accidentes de trabajo y enfermedad profesional no tienen mucha significación, debido a que en el cuadro no se registra el número de casos, los días subsidiados y su importe, de los trabajadores de la Corporación Minera de Bolivia, empresa estatal que tiene a su cargo, por delegación, la administración de los seguros a corto plazo.

No existe información de las otras instituciones que otorgan esta prestación que permita hacer un análisis comparativo. Sin embargo, sobre la base de la información de la CNSS es necesario referirse a su administración, que se caracteriza por el otorgamiento indiscriminado de la prestación que tiene su origen en los partes de baja extendidos por todos los médicos de los centros asistenciales. Su administración lo mismo que la administración de las prestaciones en especie de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales presenta muchos defectos, que desvirtúan su esencia misma.

## 8. AUDITORIA MEDICA

La ausencia de mecanismos de control y fiscalización en la administración del seguro de enfermedad-maternidad, ha conducido al dispendioso

gasto que registran todas las instituciones de seguridad social y que, como vimos anteriormente, las ha llevado a confrontar déficit de importancia.

La ausencia de sistemas de control y fiscalización no ha permitido establecer con precisión las causas que originan el aludido estado deficitario del régimen que analizamos en sus principales generadores: administrativo, acto médico, adquisición de medicamentos, infraestructura e implementación.

Las frecuentes críticas que confrontan algunas instituciones de seguridad social, en lo referente a la calidad, oportunidad y eficacia con las que se otorgan las prestaciones en los servicios de atención médica, no son evaluados adecuadamente desde el punto de vista técnico; por otra parte, no se conoce el grado de cumplimiento de las normas institucionales en lo que se refiere a aplicación del Cuadro Básico de Medicamentos, otorgamiento de bajas por incapacidad temporal.

La excesiva demanda de servicios en medios auxiliares de diagnóstico, así como la derivación de los pacientes a los servicios de hospitalización, al parecer exagerada en algunas instituciones, puede estar influida por una actitud de los médicos que trabajan en servicios de consulta ambulatoria, en procura de disminuir la presión de una numerosa clientela a la que no se le puede dar el tiempo requerido para arribar a un buen diagnóstico y otorgarle un adecuado tratamiento.

Las historias clínicas, particularmente en las unidades de atención ambulatoria, no reflejan un cuidadoso y detallado examen del paciente; se limitan a anotar alguno que otro síntoma y la prescripción de los productos recetados. En general la documentación clínica tal como se obtiene en la actualidad, impide determinar el grado de responsabilidad profesional de los que intervienen en el manejo institucional del paciente.

Finalmente, es preciso que los resultados estadísticos acumulados, sean analizados a fin de poder determinar la calidad de las prestaciones médicas que se otorgan en el sistema de la Seguridad Social Boliviana; y, en su caso, introducir los correctivos para elevar los niveles de atención médica en el sector.

Es un principio de buena administración que la fiscalización interna se efectúe a todo nivel y que los procedimientos de control de las operaciones no sólo se limiten a las actividades económicas; el médico, en último análisis, tiene encomendado a su discreción y buen juicio, el manejo de importantes recursos que mal administrados pueden poner en peligro la estabilidad y el equilibrio financiero del régimen.

Los procedimientos de evaluación y control de las actividades médicas, antes de tener un carácter punitivo, deben estar encaminados fundamentalmente a introducir los correctivos adecuados a fin de evitar desviaciones que perjudiquen el prestigio institucional.

En una primera etapa de introducción del sistema de evaluación de la actividad médica institucional, es aconsejable realizar la comparación y cuidadoso análisis de indicadores estadísticos que revelen la calidad, oportunidad y eficacia de los servicios de atención médica, particularmente en lo referido a la mortalidad hospitalaria, la infección intrahospitalaria, la cirugía innecesaria.

Para ello es necesario establecer unidades de medida adecuadas a nuestras propias realidades, condiciones y necesidades y precisarlas a fin de que sirvan para poder apreciar el impacto obtenido con las acciones de salud.

## DIAGNOSTICO

1. Encontrándose el sistema de seguridad social boliviano enmarcado dentro de los principios de la "tesis laboral", las prestaciones del régimen que se analiza en el presente capítulo son otorgadas a los sectores con dependencia obrero-patronal, aunque sin haber alcanzado a la totalidad de la población comprendida en el campo de aplicación del Código de Seguridad Social.

2. La planificación del seguro de enfermedad maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, es incipiente y aislada en cada una de las instituciones.

3. Los elevados costos de las prestaciones a corto plazo, están influenciados por la dispersión de la población protegida, en varias instituciones de seguridad social.

4. No existe una adecuada planificación, organización, supervisión, ni evaluación de programas preventivos, particularmente en lo referido a vacunaciones. No existen acciones básicas para la prevención y tratamiento de la tuberculosis, enfermedades venéreas y cáncer.

5. Un gran porcentaje de la población nacional no se halla protegida por el sistema de seguridad social, debido a deficiencias en los procedimientos de control y fiscalización que deben velar por el cumplimiento de las normas legales en vigencia por parte de los empleadores o por encontrarse diferido el aseguramiento de importantes sectores de trabajadores, y, finalmente, como en el caso de los campesinos, por no estar comprendidos aún en el campo de aplicación de la seguridad social.

6. El sistema de Medicina Familiar aplicado por la CNSS, ha sufrido desajustes que pueden ocasionar su desprestigio frente a la población protegida; factores limitantes de diversa naturaleza han impedido su desarrollo y aplicación en todas las instituciones de seguridad social.

7. La información estadística proporcionada por las instituciones de seguridad social es incompleta y no guarda la necesaria uniformidad que permita la planificación coordinada e integrada de los servicios médicos.

Las instituciones que gestionan y administran las prestaciones del seguro de enfermedad maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, cuentan con información parcial y mal elaborada sobre la morbilidad y mortalidad registrada en sus servicios de atención hospitalaria, que no permite determinar el impacto de las acciones de salud en la población protegida.

8. El costo elevado que las instituciones de seguridad social registran en sus prestaciones farmacéuticas, constituye un factor de desequilibrio económico, tanto más si se tiene en cuenta que dicho costo está influido por causas externas que no pueden ser controladas en el país. Muchas instituciones gestoras por el escaso número de su población protegida, se ven obligadas a efectuar adquisiciones en el mercado local cuyos precios unitarios son en exceso elevados en relación a los mismos productos del mercado de origen.

9. La contratación de personal en los servicios de atención médica es irracional, y frecuentemente ha estado condicionada por presiones sindicales y políticas de todo orden.



10. Existe una innecesaria multiplicación y duplicación de servicios de atención médica en algunas localidades, que aparte de ser costosa, representa una capacidad instalada ociosa por sus bajos índices de ocupación.

La capacidad instalada de algunas instituciones, en determinados distritos, excede en gran medida a las necesidades de la demanda de atenciones; sin embargo de ello, otras instituciones se ven obligadas a instalar y a veces a contratar servicios privados para atender a su población protegida.

El desarrollo de la infraestructura sanitaria se ha caracterizado hasta el presente por su anarquía y la tendencia a duplicar innecesariamente instalaciones y aún equipos de costo elevado y compleja tecnología.

En el momento actual no puede efectuarse una categorización de los centros de atención médica de acuerdo con las peculiaridades de su instalación y equipamiento lo que impide valorar sus rendimientos. El término "cama hospitalaria" se aplica indiscriminadamente.

11. El proceso de integración de servicios de atención médica dentro del sistema de seguridad social, es una necesidad comprobada, para corregir las desviaciones constatadas; sin embargo no es favorecido por una actitud positiva de la población protegida, cuya tendencia autonomista es la característica dominante. Finalmente este proceso se ve perturbado por la existencia de normas y procedimientos institucionales diferentes.

12. La actividad médica, en las instituciones gestoras, se cumple con la total ausencia de auditorías técnicas y científicas que permitan su evaluación permanente.

T A B L A N° 1-A  
POBLACION PROTEGIDA POR LA SEGURIDAD SOCIAL BOLIVIANA  
PERIODO: AÑOS 1975 - 1979

Años	A C T I V O S					P A S I V O S			LISTAS PASIVAS		TOTALES	
	Población total	Asegurados	Cónyuges	Hijos	Padres y hermanos	Titulares	Cónyuges	Hijos	Asegurados	Beneficiarios	Asegurad. Cotizant.	Beneficiarios
1975	1.075,030	245,515	158,104	489,048	30,429	42,221	11,803	30,071	26,745	41,094	314,481	760,549
1976	1.062,109	266,580	188,286	435,038	31,448	47,299	9,610	24,672	26,930	32,246	340,809	721,300
1977	1.205,322	274,544	178,114	546,503	33,034	49,520	12,704	31,713	44,206	34,984	368,270	837,052
1978	1.260,885	282,761	191,518	566,629	34,818	54,965	13,824	33,761	45,760	36,849	383,486	877,399
1979	1.332,609	301,667	205,512	604,194	37,213	59,006	14,970	36,609	44,259	29,179	404,932	927,677
Incremento 1975-1979	24%	23%	30%	24%	22%	40%	27%	22%	65%	29%		

FUENTE: Anuario Estadístico del IBSS. Año 1979.

**RELACION DE RECURSOS HUMANOS POR MIL PERSONAS PROTEGIDAS  
DE LAS CAJAS DEL SEGURO SOCIAL**

Instituciones	Población protegida	Personal total	Relación %	Personal Admin.	Relación ‰	Personal Serc. Méd.	‰
Caja Nacional	986,019	5,329	5.40	1,245	1.26	4,084	4.14
Caja Petrolera	45,184	1,020	22.57	214	4.73	806	17.83
Caja Ferroviaria	51,050	615	12.04	102	2.00	513	10.05
Caja Choferes	66,846	321	4.80	107	1.60	214	3.20
SS Corp. BF	14,096	148	10.49	31	2.19	117	8.30
SS Serv. Nal. Cam.	17,781	110	6.18	14	0.78	96	5.39
SS UMSA	9,063	34	3.75	14	1.54	20	2.21
COMIBOL	128,047	1,279	9.96	4	0.03	1,275	9.95
<b>TOTAL</b>	<b>1.318,086</b>	<b>8,856</b>	<b>6.72</b>	<b>1,731</b>	<b>1.31</b>	<b>7,125</b>	<b>5.40</b>

TABLA N° 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION PROTEGIDA POR LA SEGURIDAD SOCIAL  
POR DEPARTAMENTOS. 1979

Departamentos	Activos, beneficiarios y listas pasivas	Rentistas y beneficiarios	Población pro- tegida total	Por ciento
La Paz	483,961	43,819	527,780	39.60
Potosí	163,226	25,624	188,850	14.17
Santa Cruz	171,302	5,425	176,727	13.26
Cochabamba	155,164	17,280	172,444	12.94
Oruro	139,465	12,892	152,357	11.43
Chuquisaca	40,682	3,055	43,737	3.28
Tarija	36,119	1,839	37,958	2.85
Beni	27,920	601	28,521	2.14
Pando	4,185	50	4,235	0.32
<b>TOTAL:</b>	<b>1.222,024</b>	<b>110,585</b>	<b>1.332,585</b>	<b>99.99</b>

TABLA N° 3

DEMANDA POTENCIAL, DEMANDA EFECTIVA Y PORCENTAJE  
DE COBERTURA EN FUNCION DEL NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS,  
SEGUN INSTITUCIONES. AÑO 1979

Instituciones	Demanda potencial *	Demanda efectiva	Porcentaje de cobertura
Caja Petrolera	135,552	478,832	353.24
SS CBF	31,266	87,874	281.05
Caja de Choferes	158,499	140,176	88.43
SS SNC	32,193	74,007	229.88
SS Universitario	14,121	27,794	196.82
CNSS	2,649,015	1,765,357	66.64
Caja Ferroviaria	134,721	198,475	147.32
COMIBOL	277,134	806,746	291.10
<b>TOTAL:</b>	<b>3.432,501</b>	<b>3.579,261</b>	<b>104.26</b>

\* Tres consultas por persona protegida un año.

FUENTES: Informes Trabajos 1° y 2° Nivel.

TABLA N° 4  
 NUMERO, PORCENTAJE, CONCENTRACION E INCREMENTO  
 DE CONSULTAS EXTERNAS, SEGUN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Instituciones de Seguridad Social	AÑO 1979			AÑO 1975			Incremento Porcentual	Variación promedio anual
	Población	Nº Consul. Ext.	Concentr.	Población	Nº Consul. Ext.	Concentr.		
Caja Petrolera	37,002	349,414	9.4	45,184	478,832	10.05	37.0%	32,354
Seguro Social, CBF	10,422	8,910	0.9	14,096	87,874	6.2	86.0%	19,741
Caja SS Choferes	52,833	89,904	1.7	66,846	140,176	2.1	55.9%	12,568
Seguro Social, SNC	10,731	Sin información	Sin información	17,701	74,007	4.2	—	—
Seguro Social, UMSA	4,863	20,094	4.1	9,063	27,794	3.1	38.3%	1,925
CNSS	883,005	1.220,840	1.6	986,019	1.765,357	1.8	44.6%	136,129
Caja Ferroviaria	44,907	123,344	3.2	51,050	198,475	3.9	60.9%	18,782
COMIBOL	92,378	895,417	9.7	128,047	806,746	6.3	10.0%	22,167
<b>TOTAL:</b>	<b>1.136,141</b>	<b>2.707,923</b>	<b>2.8</b>	<b>1.318,006</b>	<b>3.579,261</b>	<b>2.7</b>	<b>31.0%</b>	<b>211,830</b>

La información de la Corporación Boliviana de Fomento sólo corresponde a La Paz y Cochabamba para el año 1975.  
 FUENTE: Informes y Trabajos del 1º y 2º Nivel.

TABLA N° 5  
 NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS Y DENTALES E INDICES  
 DE CONCENTRACION, SEGUN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL  
 EN LOS AÑOS 1975 Y 1979

Instituciones gestoras	1975				1979			
	N° consultas médicas	Concentración	N° consultas dentales	Concentración	N° consultas médicas	Concentración	N° consultas dentales	Concentración
Caja Petrolera	300,760	8.1	48,654	1.3	413,709	9.1	65,223	1.4
SS CBF <sup>1</sup>	8,395	0.8	515	0.05	77,729	5.5	10,145	0.7
Caja de Choferes	74,244	1.4	15,660	0.5	114,897	1.3	26,567	0.3
SS SNC <sup>2</sup>	—	—	—	—	74,617	4.1	12,322	0.7
SS UMSA	15,977	3.3	4,117	0.8	21,698	3.4	4,217	0.7
CNSS	1,029,375	1.2	191,465	0.2	1,479,629	1.5	232,259	0.2
Caja Ferroviaria	113,525	2.5	9,819	0.2	180,448	3.5	18,027	0.4
COMIBOL	825,229	8.9	70,188	0.8	730,853	5.9	87,410	0.7
<b>TOTAL:</b>	<b>2,367,505</b>	<b>2.1</b>	<b>340,418</b>	<b>0.3</b>	<b>3,093,580</b>	<b>2.2</b>	<b>451,170</b>	<b>0.3</b>

<sup>1</sup> Corresponde sólo a los distritos de La Paz y Cochabamba.

<sup>2</sup> No se tiene información sobre el año 1975.

FUENTE: Informes de Trabajos del 1° y 2° Nivel.

TABLA N° 6

DEMANDA POTENCIAL, DEMANDA EFECTIVA Y PORCENTAJE  
DE COBERTURA EN ATENCION HOSPITALARIA,  
SEGUN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Instituciones de Seguridad Social	Demanda potencial	Demanda efectiva	Porcentaje cobertura
Caja Petrolera de Seg. Soc.	3,700.2	7,994	214.7
Seguro Social, CBF	1,042.2	1,559	149.6
Caja Seguro Social Choferes	5,283.3	2,440	46.2
Seguro Social, SNC	1,073.1	1,365	127.2
Seguro Social, UMSA	486.3	364	74.8
Caja Nacional de Seg. Soc.	88,300.5	45,575	51.6
Caja Ferroviaria Seg. Soc.	4,490.7	5,625	125.2
COMIBOL	9,237.8	29,059	314.6
<b>TOTAL:</b>	<b>113,614.1</b>	<b>93,981</b>	<b>82.7</b>

FUENTE: Informes de Trabajos del 1° y 2° Nivel.

TABLA N° 7

NUMERO DE EGRESOS, PORCENTAJE OCUPACIONAL Y DIAS DE ESTANCIA  
HOSPITALARIA EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL  
E INCREMENTO PORCENTUAL EN EL QUINQUENIO

Instituciones de Seguridad Social	1	9	7	5	1	9	7	9	Incremento porcentual
	N° de egresos	Porcentaje ocupacional	$\bar{X}$ días de estancia		N° de egresos	Porcentaje ocupacional	$\bar{X}$ días de estancia		
Caja Petrolera	6,759	52.4 *	5.9		7,944	57.1 **	5.3		18.8
SS CBF	193 <sup>1</sup>	—	4.5		1,559	22.5	4.2		80.8
Caja Choferes	3 761 <sup>2</sup>	—	8.3		2,440	—	5.3		— 6.5
SS SNC	—	—	—		1,365	—	—		—
SS UMSA	312	—	6.3		364	—	5.9		11.7
CNSS	34,153	59.9	11.5		45,575	71.0	9.5		13.3
Caja Ferroviaria	3,477	—	8.0		5,625	—	8.4		16.2
COMIBOL	27,839	58.0	10.8		29,059	51.0	9.8		10.4
<b>TOTAL:</b>	<b>76,494</b>	<b>—</b>	<b>—</b>		<b>93,931</b>	<b>—</b>	<b>—</b>		<b>22.9</b>

\* 6.82% corresponde a la venta de servicios; 45.6% es el porcentaje de ocupación de la población protegida.

\*\* 15.1% corresponde a la venta de servicios; 42.6% es el porcentaje de ocupación de la población protegida.

<sup>1</sup> Información proporcionada, sólo se refiere a las ciudades de La Paz y Cochabamba.

<sup>2</sup> La Caja de Seguro Social de Choferes no cuenta con capacidad instalada propia.

FUENTE: Informes de Trabajos del 1º y 2º Nivel.



TABLA N° 8

NUMERO DE CONSULTAS, RADIOGRAFIAS TOMADAS Y RELACION RADIOGRAFIAS CONSULTAS  
SEGUN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Instituciones de seguridad social	Núm. de consultas	1975 Radiografias tomadas	Indice Radiog. por consultas	Núm. de consultas	1979 Radiografias tomadas	Indice Radiog. por consultas
Caja Petrolera	349,414	23,908	1/15	478,832	42,281	1/11
SS CBF *	8,910	170	1/52	87,874	1,412	1/53
Caja Choferes	89,904	2,981	1/30	140,176	4,841	1/22
SS SNC **	—	—	—	74,007	2,662	1/45
SS UMSA	20,094	959	1/21	27,794	1,812	1/15
CNSS	1.220,840	66,360	1/18	1.765,357	139,343	1/13
Caja Ferroviaria	123,344	4,119	1/30	198,475	13,454	1/14
COMIBOL	895,417	57,652	1/16	806,746	44,551	1/18
<b>TOTAL:</b>	<b>2.707,923</b>	<b>156,155</b>	<b>1/17</b>	<b>3.579,261</b>	<b>250,356</b>	<b>1/13</b>

\* Información sólo de La Paz.

\*\* No proporcionó información del año 1975.

FUENTE: Informes de trabajos del 1° y 2° nivel.

TABLA Nº 9

NUMERO DE CONSULTAS, EXAMENES DE LABORATORIO Y RELACION EXAMENES DE LABORATORIO  
POR CONSULTA SEGUN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Instituciones	Núm. de consultas	1975 Núm. examen de laboratorio	Indice Exa. laboratorio por consulta	Núm. de consultas	1979 Núm. examen de laboratorio	Indice Exa. laboratorio por consulta
Caja Petrolera	349,414	62,792	1/8	478,832	146,075	1/13
SS CBF *	8,910	851	1/10	87,874	21,572	1/3
Caja Choferes	89,904	10,089	1/9	140,176	17,290	1/6
SS SNC **	—	—	—	74,007	8,304	1/14
SS UMSA	90,094	3,063	1/6	27,794	4,450	1/6
CNSS	1,220,840	217,508	1/5	1,765,357	635,940	1/3
Caja Ferroviaria	123,344	6,086	1/20	198,475	49,788	1/4
COMIBOL	895,417	85,456	1/10	806,746	104,124	1/7
<b>TOTAL:</b>	<b>2.707,923</b>	<b>385,845</b>	<b>1/7</b>	<b>3.579,261</b>	<b>987,545</b>	<b>1/3</b>

\* Información sólo de La Paz.

\*\* No proporcionó información del año 1975.

FUENTE: Informes de trabajos del 1º y 2º nivel.

TABLA N° 10  
 GASTOS EN HOSPITALIZACION Y CONSULTA EXTERNA POR INSTITUCIONES  
 AÑO 1979

Instituciones	Costo total de hospitalización	Costo promedio día de estancia	Costo total en consulta externa	Costo promedio de la consulta
Caja Petrolera	61.952,376	1,482.89	153.123,866	352.82
SS CBF	22.226,648	3,639.53	10.198,467	144.92
Caja de Choferes	8.785,296	862.99	47.017,142	446.27
SS SNC	7.826,532	1,178.26	23.279,999	314.99
SS Universitario	3.774,682	1,745.10	4.379,084	176.94
CNSS	391.466,606	944.96	268.630,801	176.28
Caja Ferroviaria	48.475,570	1,171.04	56.147,469	307.83
COMIBOL	178.821,119	716.40	96.627,308	119.77

FUENTE: Informes de Trabajos de los Niveles 1 y 2.

TABLA

## DISTRIBUCION POR CATEGORIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS

Instituciones de Seg. Soc.	1 9 7 5								Total
	Médec.	Dent.	Farm.	Téc.	Enf. G.	Aux. E.	Admin.	Serv.	
Caja Petrolera	120	25	24	17	45	94	57	56	605
SS CBF	18	2	6	1	10	9	6	15	67
Caja Choferes	85	18	12	--	7	15	3	22	235
SS SNC *	--	--	--	--	--	--	--	--	--
SS UMSA	6	2	1	--	1	1	3	2	27
CNSS	612	113	148	122	412	426	299	680	4,027
Caja Ferroviaria	110	15	22	9	33	68	63	74	510
COMIBOL	194	35	27	23	151	183	173	534	1,320
<b>TOTAL:</b>	<b>1,145</b>	<b>210</b>	<b>240</b>	<b>172</b>	<b>659</b>	<b>796</b>	<b>604</b>	<b>1,383</b>	<b>6,791</b>

\* No se cuenta con información para 1975.

FUENTE: Informes de Trabajo del 1º y 2º Nivel.

Nº 11

## SEGUN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL AÑOS 1975 Y 1979

Médec.	Dent.	Farm.	1 9 7 9				Admin.	Serv.	Total	Incremento porcentual
			Téc.	Enf. G.	Aux. E.	Serv.				
179	28	27	44	103	166	171	88	806	+33	
37	7	7	2	12	18	10	24	117	+74	
103	16	13	1	15	24	12	30	214	- 8	
36	9	11	--	3	10	7	20	96	--	
8	2	1	--	1	2	4	2	20	+25	
893	118	212	172	680	669	437	903	4,084	+ 1	
132	19	28	8	29	57	66	174	513	+ 0	
189	37	28	21	187	195	125	495	1,275	- 3	
<b>1,577</b>	<b>236</b>	<b>327</b>	<b>248</b>	<b>1,030</b>	<b>1,141</b>	<b>832</b>	<b>1,736</b>	<b>7,125</b>	<b>+ 4</b>	

TABLA  
RELACION DE RECURSOS HUMANOS POR MIL PERSONAS PROTEGIDAS  
AÑO

Instituciones de Seguridad Social	Población protegida	Médicos		Dentistas		Bioquímicos	
		Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o
Caja Petrolera	45,184	179	3.96	28	0.62	27	0.59
SS CBF	14,096	37	2.62	7	0.50	7	0.50
Caja Choferes	66,846	103	1.25	16	0.19	13	0.16
SS SNC	17,701	36	2.02	9	0.51	11	0.62
SS UMSA	9,603	8	1.27	2	0.32	1	0.16
CNSS	986,019	893	0.91	118	0.12	212	0.22
Caja Ferroviaria	51,050	132	2.58	19	0.37	28	0.55
COMIBOL	128,047	189	1.53	37	0.30	28	0.23
<b>TOTAL:</b>	<b>1.318,006</b>	<b>1,577</b>	<b>1.19</b>	<b>236</b>	<b>0.18</b>	<b>327</b>	<b>0.25</b>

Nº 12  
SEGUN CATEGORIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL  
1979

Técnicos		Enf. Gradud.		Aux. Enferm.		Administ.		Servicios	
Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o	Nº	%o
44	0.97	103	2.28	166	3.67	171	3.78	88	1.95
2	0.14	12	0.85	18	1.27	10	0.71	24	1.70
1	0.01	15	0.18	24	0.29	12	0.15	30	0.36
—	—	3	0.17	10	0.56	7	0.39	20	1.12
—	—	1	0.16	2	0.32	4	0.63	2	0.32
172	0.17	680	0.69	669	0.68	437	0.45	903	0.92
8	0.16	29	0.57	57	1.12	66	1.29	174	3.41
21	0.17	187	1.51	195	1.58	123	0.99	495	4.00
<b>248</b>	<b>0.19</b>	<b>1,030</b>	<b>0.78</b>	<b>1,141</b>	<b>0.87</b>	<b>830</b>	<b>0.63</b>	<b>1,736</b>	<b>1.32</b>



TABLA N° 14  
RELACION COSTO MEDIO AÑO POR ASEGURADO COTIZANTE  
Y TASA PROMEDIO DE CRECIMIENTO

AÑOS 1975-1979

Instituciones de Seguridad Social	1975	1976	1977	1978	1979	T.P.C.
Caja Nacional de Seg. Soc.	1,394	1,561	1,933	2,759	4,002	30.67
Caja Petrolera de Seg. Soc.	9,839	10,327	11,742	16,704	24,776	25.97
Caja Ferroviaria de Seg. Soc.	4,811	5,664	6,647	8,108	10,016	20.11
Caja de Choferes de Seg. Soc.	1,797	2,081	2,545	2,965	3,182	15.35
Seguro Social de CBF	676	5,490	6,146	7,859	9,606	20.50
Seguro Social del SNC	—	—	3,519	5,467	6,172	32.44
Seguro Social de la UMSA	2,785	2,885	2,983	3,559	4,338	11.72
Corporación Minera de Bolivia	6,217	7,576	7,962	9,241	11,104	15.60
<b>Costo promedio anual total:</b>	<b>2,578</b>	<b>2,754</b>	<b>3,212</b>	<b>4,204</b>	<b>5,693</b>	<b>21.90</b>

T.P.C. = Tasa promedio de crecimiento.

FUENTE: Departamento de Control y Fiscalización del IBSS.