

**CONFEDERACIÓN DE EMPRESARIOS PRIVADOS DE BOLIVIA  
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LEGALES Y JURÍDICOS**

**INFORME JURÍDICO CEPB/DAJ/04-2010**





**FECHA:** 26 de febrero de 2010

**ANTEPROYECTO DE LEY “EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL  
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO**

*En atención a la solicitud de realizar un análisis jurídico respecto al Anteproyecto de ley “Expansión de Cobertura del Sistema de Seguridad Social a Corto Plazo” tengo a bien informar lo siguiente:*

**I. MARCO LEGAL.-**

*Se constituye en el marco legal que guía la presente opinión jurídica:*

-  *Ley S/N “Constitución Política del Estado” – Arts. 9º núm. 5; 18º núms. II y III de Arts. del 35º al 45º.*
-  *Ley de 14 de diciembre de 1956 “Código de Seguridad Social” – Arts. 11º y 12º.*
-  *Decreto Supremo Nº 5315 de 30 de septiembre de 1959*
-  *Reglamento al Código de Seguridad Social – Art. 19º.*

**II. ANTECEDENTES.-**

*El Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social (MTEPS) y el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) en representación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) firmaron un convenio de cooperación, en abril del año 2009, contando con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), con el propósito de formular una propuesta de Plan Nacional de Extensión de la Cobertura de la Seguridad Social en Salud.*

*El desarrollo del “Plan Nacional de Extensión de la Cobertura de la Seguridad Social”, en los países de la Subregión Andina: Bolivia, Perú y Ecuador, auspiciado por la Organización Internacional del Trabajo – OIT, fue instruido mediante orden del despacho del MTEPS, número 239/09 el 3 de junio de 2009.*

*En este sentido, el trabajo realizado por el MTEPS respecto a esta norma se inició en julio de la gestión de 2009. Inicialmente la Organización Internacional del Trabajo OIT, emitió una reunión con el MTEPS, dirigido por el experto en materia de Seguridad Social Sr. Fabio Duran, quien presentó el proyecto denominado “Plan Nacional de Extensión de la Cobertura en Seguridad Social”, proyecto que es financiado en su totalidad por la OIT y que debe entregar como resultado final un documento, cuyo estudio viabilizara la extensión de la seguridad social a sectores*

actualmente desprotegidos, para la fiscalización del proyecto se conformo una comisión conformada por el Ministerio de Salud, OIT y Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social.

El documento resultado de los trabajos que ha venido realizando el MTEPS en conjunto con la OIT, denominado “Plan Nacional de Extensión de la Cobertura en Seguridad Social”, ha sido elaborado por la Dra. Nancy Tufiño y el Lic. Werner Valdez, que a su vez fueron evaluados entre el INASES, OIT, Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, quienes incorporaron al Ministerio de Salud en calidad de observador.

El 10 de noviembre de la gestión 2009 el MTEPS mediante nota cite: MTEPS – VTPS – DGPPS E – 69/09, invitó a la Confederación a la presentación del proyecto “Plan Nacional de Extensión de Cobertura del Sistema de Seguridad Social Boliviano” a llevarse a cabo en el Hotel Europa el 12 de noviembre de esa gestión. A dicha reunión asistieron personeros de ASOBAN y de la Cámara Nacional de Comercio, en conjunto con personeros de la Confederación.

El 19 de noviembre del año 2009, se envía una circular a todos los afiliados, poniendo en su conocimiento y consideración el “Plan Nacional de Extensión de Cobertura del Sistema de Seguridad Social Boliviano” exponiéndoles que se basaba en los siguientes preceptos:

**Plan Nacional de Desarrollo:** Puesto que introduce políticas que reivindican la pertinencia cultural y valor de los servicios sociales, particularmente salud y educación, para que respondan a los objetivos y estrategias del Vivir Bien a cumplirse hasta el 2015.

**Plan De Desarrollo Sectorial De Salud:** Ya que dicho Plan busca que al 2010 el 100% de la población boliviana acceda al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, eliminar la desnutrición de niños menores de cinco años y alcanzar la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades.

**Plan De Desarrollo Sectorial De Salud:** Pues el Plan busca que al 2010 el 100% de la población boliviana acceda al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, eliminar la desnutrición de niños menores de cinco años

Alcanzar la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades.

**Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos:**

El Plan de Acción de Derechos Humanos “Bolivia Para Vivir Bien”, establece las políticas públicas a realizarse entre los años 2009-2013.

En el derecho a la salud, el Plan propone el pleno acceso de toda la población a este servicio mediante la elaboración e implementación de la Ley de Seguridad Social Universal

## **Plan Sectorial De Desarrollo Productivo Con Empleo Digno**

El Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural, y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, han establecido preceptos para el desarrollo productivo con empleo digno que garantiza la protección social del trabajador y por consiguiente su derecho a la salud.

### **Los Componentes Estratégicos de la Propuesta:**

El plan comprende los siguientes componentes de acciones estratégicas:

- De acuerdo a la propuesta presentada por el MTEPS es necesario reforzar la normativa y **establecer sanciones más drásticas a los evasores.**
- El simple cumplimiento de las normas de seguro social obligatorio llevaría a una importante extensión de la cobertura actual del sistema.
- La segmentación del Sistema de Seguridad Social en Cajas de Salud ha hecho que se incumpla el principio de unidad de gestión.
- La cobertura universal de salud requiere integrarse con los otros subsistemas de salud (Subsistemas público, privado y tradicional.)

La extensión de la cobertura hasta alcanzar la protección universal de la seguridad social en salud, deberá ser progresiva hasta llegar al 100% de la población actualmente excluida.

---

### **III. OBJETO Y ALCANCES DEL ANTEPROYECTO DE LEY.-**

**I.1. OBJETO.-** Tiene por finalidad ampliar la afiliación al Sistema de Seguridad Social a corto plazo, debiendo en consecuencia, los gestores sociales accionar las medidas administrativas, técnicas y legales, en ellas establecidas.

**I.2. ALCANCE.-** El ámbito de aplicación señalado en el anteproyecto alcanza a las instituciones públicas y privadas, naturales o jurídicas que cuentan con trabajadores dentro del campo de aplicación del Seguro Social a corto plazo en concordancia con el Código de Seguridad Social.

---

### **IV. PUNTOS MÁS RELEVANTES DEL ANTEPROYECTO.-**

- ✘ **La norma no es preventiva sino sancionadora,** como casi todos los Anteproyectos que está tratando de dictar el MTEPS.
- ✘ **La penalización, con privación de libertad para aquellos personeros que incumplan las normas de seguridad social, no responde a la realidad socio- económica de nuestro país y vulnera principios constitucionales.** Si bien existe actualmente esta disposición, no ha sido

*ejecutada pues es inviable en el contexto de Bolivia, tomando en cuenta que el mayor deudor es el propio Estado.*

- ✘ **Se deben solucionar los problemas actuales de corrupción y calidad de servicio para poder disponer una extensión de la cobertura.***
- ✘ **Existe desabastecimiento e incapacidad logística de atender a los afiliados actuales al sistema de salud de corto plazo, el ampliar el alcance, hará que el sistema colapse.***
- ✘ **Los médicos tienen una carga horaria de 6 horas de las cuales el 50% pueden ser destinadas a la docencia, dando como resultado, que muchos de los médicos atienden únicamente tres horas diarias, **nunca se abastece con tiempo los centros de atención, dejando para mañana las enfermedades de los bolivianos.*****
- ✘ **Los puestos son rotatorios cada tres años, incentivando la corrupción, **se debe disponer la estabilidad de los cargos.*****
- ✘ **Impulsar y reinstalar la institucionalización de los puestos,** que responden a un proceso de contratación,*
- ✘ **Recuperar el Tripartismo,** pilar fundamental de nuestra Caja Nacional de Salud ha sido desvirtuada con la publicación del Decreto Supremo N°041, el 18 de marzo de 2009.*
- ✘ **Se debe aplicar el SIGMA a la CNS,** transparentando de esta manera los procesos de compras y adquisiciones de bienes,*
- ✘ **La realización de auditorías externas** que no dependan, ni estén subordinadas de manera alguna a la MAE.*

---

## **V. ANÁLISIS JURÍDICO.-**

*A pesar de que el MTEPS a través de la nota que hicimos conocer a los afiliados, puso en nuestro conocimiento que se encontraban los 5 Anteproyectos que su Cartera de Estado estaba impulsando, colgados de manera oficial, para el análisis de público, en la página web del Ministerio en cuestión. Lamentablemente no se encuentra colgado de manera oficial el Anteproyecto de Ley de Extensión de Cobertura del Sistema a Corto Plazo. Al Abrir la página web en el link del supuesto Anteproyecto en cuestión, únicamente podemos acceder al Plan de Extensión de Cobertura del Sistema de Seguridad Social Boliviano a Corto Plazo” como a la normativa sugerida para su implementación – Decretos Supremos. Sin embargo, a través de las gestiones correspondientes hemos tomado conocimiento de un Anteproyecto de Ley denominado Extensión de Cobertura del Sistema a Corto Plazo. Además se ha procedido al análisis del Plan Nacional de Cobertura cuyo anexo 2 responde a la misma redacción del Anteproyecto que extra oficialmente pudimos obtener. Cabe decir que se redujo de jerarquía jurídica, pues inicialmente estaba dispuesta y expresada como un Anteproyecto de **Ley**, pero de los documentos*

*colgados en la página web, confirmamos que se ha expresado en Decreto Supremos la misma redacción propuesta par al Ley, infringiendo así nuestro marco normativo, pues, solamente una Ley tiene la facultad de otorgar derechos o modificar los ya existentes, una norma inferior – Decreto Supremo – es meramente reglamentaria. Por lo cual, el cambio de norma jurídica para implementar el Plan Nacional Cobertura del Sistema de Seguridad Social Boliviano a corto plazo”, le quita legalidad y fuerza a la pretensión.*

## **ANTEPROYECTO DE LEY DE EXTENSIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO**

### **CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1° (Objeto).**- *Si bien se define como finalidad la afiliación de las personas al sistema de seguridad social a corto plazo, en el desarrollo de la norma se dispone a su vez facultades sancionatorias, derechos, obligaciones, entre otros. Por lo cual la afiliación no es su objeto exclusivo.*

**Artículo 2° (Ámbito de Aplicación).**- *A diferencia del artículo 6° del Código de Seguridad Social, vigente en este momento, el Anteproyecto introduce dentro del marco del Anteproyecto, a los trabajadores independientes y a los no comprendidos dentro del seguro social obligatorio. Pero además dispone la obligación de todo empleador de registrarse, aún si no tuvieran ninguna relación de dependencia, hace alusión a los independientes o personas que otorgan servicios por cuenta propia. A su vez la norma se olvida del sector rural-campesino dentro del ámbito de aplicación y se limita a mencionar un campo de acción urbano, por lo que la redacción resulta incompleta.*

**Artículo 3° (Definiciones).**- *Si el espíritu de la norma, no es reformar el Código de Seguridad Social, entonces no se comprende la necesidad de establecer un capítulo de definiciones, puesto que estas ya se encuentran descritas en el Código madre y además el establecer una dualidad de conceptos ocasionará problemas de interpretación al momento de su aplicación.*

**Sanciones:** *El primer punto que se debe mencionar, es la errónea conceptualización que se realiza de las sanciones, pues no puede entenderse, desde ningún punto de vista, como “cualquier tipo de coacción” pues la coacción podría constituirse en un mecanismo de cumplimiento de la sanción, pero jamás en ella misma.*

*Por otro lado, el anteproyecto dispone que las sanciones serán de índole administrativo, civil y penal de manera expresa, el Código de Seguridad a través del artículo 208° establece que las sanciones administrativas impuestas de acuerdo a Reglamento, no eximirán de otras responsabilidades de orden legal por las faltas en las que se incurra, por lo cual ambos artículo son concordantes.*

**Artículo 4° (Principios).**- *Estos principios son los plasmados en el Plan de Extensión de la Cobertura de la Seguridad Social a Corto Plazo, que constituyen*

los pilares de la seguridad social, mismo que han sido extraídos de la doctrina internacional vigente al caso, salvo el tema de la interculturalidad que resulta un añadido de la previsión constitucional de considerar a nuestro Estado como plurinacional. Por otro lado, el mencionado Plan dispone como principio la “concordancia con la realidad económica” (donde la seguridad social debe responder al desarrollo económico de la sociedad) que no ha sido considerado y que se halla previsto en el Art. 11° del Código de Seguridad Social al mencionar que el campo de aplicación del Código a los independientes se efectuaría “...cuando se establezcan condiciones económico-sociales y las posibilidades técnicas que permitan un eficaz otorgamiento de las prestaciones a este grupo...”. Finalmente en este punto el tema de la “Corresponsabilidad” se confunde con la “Participación”, en todo caso debe reflejar en primer término la obligatoria concurrencia del Estado y la colectividad como corresponsables del mantenimiento de la seguridad social.

**d) Integralidad:** Este literal dispone que las prestaciones del Sistema de Seguridad Social deberán estar acordes con las necesidades de los titulares y derecho habientes, independientemente de su relación de dependencia; abarcando a las diferentes áreas de la salud.

Al respecto, los aportes no deben responder a las necesidades de cada uno de los titulares o derecho habientes, pues los mismos están acordes a lo ya dispuesto por el mismo anteproyecto y en el caso actual por el Código de Seguridad Social. No se puede someter a la integralidad de aportes por necesidades, sino más bien, se sugiere la integralidad en la atención a las necesidades de los titulares y derecho habientes, pero no inmiscuyendo los aportes pues ello convertirá en insostenible el sistema y generará un pozo más profundo de corrupción en los entes gestores de salud.

**e) Interculturalidad:** Dispone el respeto de los usos y costumbres de los Pueblos Indígena Originario Campesinos.

Consideramos que es importante que se pueda respetar los usos y costumbres de los Pueblos y Naciones Indígena Originario Campesino, en el marco de las normas de salud aceptadas en Bolivia y el mundo, pues lo contrario sería entrar en un sistema promiscuo que no brindaría eficientemente los protocolos de salud, requeridos para el bien estar de nuestra población.

Por otro lado este punto, requerirá la formación y capacitación de nuestro escaso personal médico, en cuanto a los usos y costumbres de los 36 Pueblos Indígena Originario Campesinos reconocidos por la CPE. **Implicando una erogación importante de dinero.**

**f) Inmediatez:** Para que este principio no sea un saludo a la bandera, requerirá una inversión importante en infraestructura, capacitación, atención permanente de personal administrativo y de salud, inversión en la logística del sistema, sin mencionar los insumos y la necesidad de aplicar sistemas de control y seguimiento a las compras de los entes gestores.

**i) Evolución Progresiva de los Beneficios.-** Se establece que es la creación continua y constante de los beneficios del Sistema de Seguridad a Corto Plazo.

En cuanto a este tema, el sector empresarial privado está de acuerdo con disponer mayores beneficios, sin embargo preocupa la capacidad para generar de manera constante más beneficios, cuando en realidad los existentes bastarían si se mejorara las condiciones y se traduciría en eficiencia el sistema vigente en la actualidad.

### **CAPÍTULO III INSCRIPCIÓN Y REGISTRO**

**Artículo 5° (Inscripción y Registro de Personas Jurídicas, Propietarios sin Dependientes).-** Es un error conceptual que se aleja de la pretensión del Anteproyecto, el suponer que todos los encargados de registrarse en el Registro Obligatorio de Empleadores – ROE, necesariamente responderán a una calidad justamente de empleador, por ejemplo, todos los independientes, sin relación laboral bajo su dependencia, no pueden considerarse empleadores, pues es la relación contractual con las connotaciones de trabajo por cuenta ajena, subordinación y dependencia, que constituyen a una persona en tal. Disponer que la obligación es para los empleadores únicamente y que solamente por este medio se podrán realizar las afiliaciones correspondientes, implica abrir, nuevamente un vacío jurídico de desprotección a los independientes.

Por otro lado, mediante este artículo se pretende otorgar competencias de afiliación al Ministerio de Trabajo, pudiendo ocasionar una dualidad de funciones, erogaciones innecesarias al Estado – responsabilidad administrativa – y por último confusión y divergencia en los criterios a ser aplicado por una u otra institución, además de no considerar lo establecido en el plan, que dispone la creación de una entidad independiente a los entes gestores que se encargue de éstos temas. **Finalmente tampoco se habla de la situación rural-campesina, en cuanto no se establece para éste sector económico-productivo esta obligación de inscripción.**

**Artículo 6° (Afiliación Por el Empleador o de Oficio).-** Este artículo indaga en la ambigüedad que resulta de la lectura de este artículo. Primero, no guarda relación con el artículo precedente, pues no define si la obligación de registro será tomada en cuenta en las afiliaciones de oficio de los empleadores. Por otro lado para la afiliación y registro se requieren la entrega de ciertos documentos inherentes al empleador, necesarios para su individualización e identificación. Sin embargo, no se establece como el MTEPS dispondrá la subsanación de la ausencia de estos documentos en las afiliaciones de oficio. Finalmente un tema que preocupa de sobre manera al sector empresarial privado, es la aplicación de multas, que en muchos casos pueden ser exorbitantes, a raíz de las afiliaciones de oficio, sin haber indagado la razón y fundamentación para no haber realizado la inscripción y afiliaciones correspondientes.

## **CAPÍTULO IV SANCIONES Y MULTAS**

**Artículo 7° (Sanciones Por Incumplimiento en la Inscripción o Registro).**- En el transcurso del análisis de las 5 normas propuesta e impulsadas por el MTEPS, se ha evidenciado el mismo error en todas ellas. Al respecto, nuevamente mencionamos que fundamentados en el núm. II de artículo 116° de la CPE, que dispone que toda sanción debe fundarse en una Ley anterior al hecho punible. Por lo cual establecer que las sanciones, intereses y recargos, serán establecidas mediante Decreto Reglamentario al Anteproyecto, violenta el principio constitucional de legalidad, que permite tener seguridad jurídica en las actuaciones de las partes.

**Artículo 8° (Aportes al Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo Sanciones).**- Comprendemos que la intención de disponer que para los trabajadores independientes, como dependientes, el aporte para la seguridad social a corto plazo, será de 10%, busca a su vez brindarle sostenibilidad al proyecto que se pretende emprender, mediante el Anteproyecto. Pues el sistema actual es sustentado únicamente con el aporte patronal del 10%, que por supuesto no tendría la capacidad de sustentar un sistema, en cuya radio de aplicación se amplían modalidades: contributivas, semi contributiva y por último la no contributiva.

**Artículo 9° (Conclusión de la Relación Laboral por Parte del Empleador y Retiro Voluntario).**-

Es una aberración jurídica que se pretenda casar un tema con el otro. Un empleador puede tener una deuda vigente con una persona que fue su trabajador pero que al momento ya no lo es. Cabe decir, que la relación laboral puede concluir, sin que ello tenga que atar a las partes por la existencia de una deuda frente a los entes gestores de salud. Sería un gran desacierto y despropósito, el definir este tipo de mecanismos que, supuestamente tienden a fortalecer el cumplimiento de las normas sociales, pero que a la inversa en la práctica alejaran a los sectores, que podrían estar interesados a entrar dentro del marco de la Ley, pero que serán ahuyentados por este tipo de medidas, sin sustentos reales, dispararán el gatillo de disgregación laboral inmersos en la informalidad.

**Artículo 10° (Suspensión de Servicios de Corto Plazo, por Causa del Empleador).**- Esta disposición implica la aplicación de una doble sanción, pues al incumplir con las obligaciones del seguro social a corto plazo, si bien se atenderá a los afiliados, hecho que no suceded actualmente para el sector privado pero sí a favor del sector público, es decir, si actualmente se incumple con las prestaciones por parte del sector privado los afiliados no son asistidos en el sistema, en cambio los servidores públicos, nunca dejan de ser atendidos por los entes gestores de salud y eso que el Estado es el principal y mayor deudor del sistema. Es inaceptable que se pretenda imponer el pago del monto de aportes adeudados sobre el cual se aplicarán multas y recargos, al que deberá adicionarse el pagar el doble del costo de la prestación sanitaria, siendo esta disposición un exceso.

**Artículo 11° (Destino de las Multas).**- Es imprescindible establecer que el espíritu de la norma debe ser preventivo y no sancionador, hecho que se evidencia en este Anteproyecto. Por otro lado, es inconcebible que se pretenda delegar, a las multas y sanciones del sistema, el acceso a la supuesta extensión del sistema de cobertura de la seguridad a corto plazo, más aún si se trata de un sector vulnerable de nuestra sociedad. Al respecto no debemos olvidar que el núm. III del artículo 18° de la CPE, establece el derecho de toda persona a acceder de manera gratuita al sistema de salud, que además debe ser universal, pero no a costa del sector empleador que siempre es cargado con obligaciones que derivan en imposiciones pecuniarias. El artículo 35° de nuestra Carta Magna, establece que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a la salud a toda la población.

**Artículo 12° (Derechos de los Empleadores).**-

Cabe mencionar que uno de los derechos fundamentales de los trabajadores es que los médicos guarden estricta reserva y confidencialidad de los resultados de los exámenes médicos que se realicen. Los empleadores únicamente tienen acceso a esta información, si el trabajador de manera expresa otorga su consentimiento al respecto, por lo cual el numeral 3 del artículo no es pertinente, a no ser que se refiera en los casos en lo que el empleador accede a los resultados, donde, evidentemente deberá guardar la confidencialidad del caso.

Por otro lado se dispone una imprecisión al definir que el empleador tiene el derecho de exigir la atención sanitaria al sistema de seguridad social, porque este último es algo abstracto, correspondiendo ejercer ese derecho frente a los entes gestores de salud.

**Artículo 13° (Obligaciones de los Empleadores).**- Establece el pago de una prima, que deberá ser cancelada por el empleador.

**Artículos 14° a 16°.**- Sin observaciones.

**Artículo 17° (Clausula Obligatoria en Contratación de Bienes y Servicios).**- Llama la atención la incorporación de un requisito mas dentro de las compras estatales. Sin embargo, a ello debe sumarse el hecho de que, a consecuencia de iliquidez, el empleador podría haber dejado de pagar y solamente a través de contratos, ventas y movimientos del flujo de caja del mismo, se podrá hacer frente a la deuda con el sistema de seguridad social a corto plazo. Impedir, a raíz de la deuda, que pueda tener relación comercial con el Estado, es una limitación al derecho al trabajo, pero por otro lado es una especie de muerte civil a los empleadores, quienes entraran en un círculo vicioso de deudas a consecuencia de no tener abiertas las puertas del mercado para reponer su posición económica.

**Artículo 18° (Requerimiento y Cruce de Información).**- Es inaceptable que se pretenda, a través de informes de los privados, conocer la veracidad de los aportes, cuando en realidad quien tiene la obligación de tener y conservar dicha información son justamente los entes gestores de salud. Pretender un cruce de información vulnera el principio de privacidad e intimidad de las personas, pero

a su vez es un premio a la ineficiencia administrativa con la que se está proyectando esta propuesta.

**Artículo 20° (Registro de la Contraloría General del Estado y Central de Riesgos).**- Esta última especie de sanción en el fondo importará una inhabilitación de quien incumpla la obligación de pagar los aportes a la seguridad social en cuanto no podrá obtener crédito alguno de entidad financiera o bancaria al ingresar a la central de riesgos, como quedar excluido de participar en procesos de compra por el Estado al no contar con solvencia fiscal.

## **VI. PLAN DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO.-**

El plan analizado contempla en sus anexos tres proyectos de decreto supremo para la implementación y puesta en marcha del plan, surgiendo una primera observación al Decreto sobre la aprobación del Plan Nacional de extensión, en el entendido que la normativa a ser aplicada en el entendido que el plan no puede ser implementado a través de un Decreto Supremo sino mediante una Ley surgida de la actividad de la Asamblea Legislativa Plurinacional en el entendido que se está reformando la Ley que aprueba y establece el Código de Seguridad Social (Ley de 14 de diciembre de 1956).

Con relación al segundo decreto propuesto para el cumplimiento del seguro social obligatorio tenemos las observaciones siguientes:

**ARTÍCULO 1° (OBJETO).**- El presente Decreto Supremo tiene por objeto concretar la afiliación obligatoria al Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo; del empleador, trabajador por cuenta ajena, con relación de dependencia y sus beneficiarios, facilitando su registro y estableciendo sanciones por incumplimiento de deberes y obligaciones, para este efecto corresponde a los entes gestores de salud accionar efectivas medidas administrativas, técnicas y legales. También viabilizar la afiliación de empresas e instituciones no comprendidas dentro el Seguro Social Obligatorio.

La normativa habla tan solo se empresas o instituciones, dejando de lado que la propia política prevista en el plan de extensión de cobertura pretende involucrar a todas las personas en sistema de un seguro social universal, tanto como obligados o beneficiarios, de modo tal que la normativa debe prever la afiliación de todas las personas sean naturales o jurídicas dentro de este seguro. Tampoco se especifican cuáles serán las medidas que adopten los actuales entes gestores para cumplir con este objetivo.

**ARTÍCULO 2° (DE LOS SUJETOS COMPRENDIDOS).**- Quedan sujetos a las disposiciones del presente Decreto Supremo, todas las entidades e instituciones públicas y privadas, naturales o jurídicas, que en su condición de empleadores, cuentan con trabajadores dependientes comprendidos dentro el campo de aplicación del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, definido por el Artículo 6 de la Ley de 14 de diciembre de 1959, Código de Seguridad Social. Para fines de obtener la matrícula asignada por el ente gestor de corto

plazo, también deben afiliarse obligatoriamente las empresas e instituciones que no cuenten con trabajadores dependientes y que no estén comprendidos dentro el Seguro Social Obligatorio.

Si bien el plan de extensión de la cobertura habla de extender la seguridad social tanto al área urbana como rural, la norma se olvida del sector rural-campesino dentro de los sujetos comprendidos, y se limita a mencionar a los obligados y en específico a los que tengan condición de empleadores. Deja de lado además a los otros obligados como el propio Estado y a quienes no tienen relación de dependencia alguna, por lo que la redacción resulta incompleta.

**ARTÍCULO 3° (OBLIGACIÓN DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE LA GENERALIDAD DE LAS PERSONAS JURÍDICAS, INCLUIDO LOS PROPIETARIOS SIN DEPENDIENTES Y/O DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS DESARROLLADAS EN FAMILIA).-**

Todos los empleadores en general, sea cual fuere la modalidad de organización de la empresa (empresas, industrias, comercio, banca, servicios, transporte, consultoras, entidades e instituciones del sector público central y descentralizado, universidades, entidades autónomas, autárquicas, organizaciones internacionales, diplomáticas, misiones, exceptuando a las personas que gocen de inmunidades y privilegios diplomáticos, instituciones religiosas, organizaciones no gubernamentales, entre otros) tienen la obligación de inscribirse previo al inicio de sus actividades y obtener su registro (número de matrícula) en el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. Toda persona natural o jurídica propietaria de negocio, explotación, empresa u otra actividad, sin trabajadores dependientes, tiene la obligación de inscribirse y obtener su número de matrícula de acuerdo a la actividad económica que desarrolle conforme establece el Código de Seguridad Social en su Artículo 192, sin perjuicio de efectuar sus propios aportes, para acceder a las prestaciones del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo y/o del Sistema de Seguridad Social.

Toda actividad laboral así sea realizada en domicilio, habitación o recinto de familia u otro similar, por persona sola o, en forma conjunta, por dos o más personas con relación o no de parentesco o afinidad entre sí, con fines de lucro o generando recurso o ganancia económica y por cuenta de un titular, sea éste uno de los parientes o no, presente o ausente, exceptuando las orientadas a satisfacer necesidades básicas que permitan la sobre vivencia individual y familiar; quedan sujetas dentro de las previsiones del Sistema de Seguridad Social, estando el titular obligado a inscribirse y obtener su número de matrícula (registro de empleador), además de afiliar a sus trabajadores dependientes.

El artículo propuesto establece la obligación de registrarse al sistema de la seguridad social incluso previo el inicio de sus actividades, con fines supuestamente preventivos, y aún sin tener dependientes, a objeto de contar con una "Matrícula" que no solo establezca el cumplimiento de esta obligación sino le habilite a participar incluso de procesos de adquisición de bienes y servicios por el Estado. Esta obligación de matriculación no guarda relación

con otros registros como FUNDEMPREA, Ministerio de Trabajo o AFP. Tampoco se habla de la situación rural-campesina, en cuanto no se establece para éste sector económico-productivo esta obligación de inscripción.

**ARTÍCULO 4° (AFILIACIÓN POR EL EMPLEADOR, DE OFICIO, POR EL TRABAJADOR Y/O A DENUNCIA).**- En cuanto respecta al Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, los empleadores, dentro del plazo establecido por la disposición transitoria del presente Decreto Supremo, deberán cumplir con la afiliación de todos sus trabajadores, entendiéndose como tales, toda persona natural que preste servicios con relación de dependencia y subordinación, por cuenta ajena, percibiendo remuneración, en cualquiera de sus formas, sea cual fuere el rubro o actividad que realice, así como la forma del contrato escrito o verbal, sea este civil o comercial y que bajo el principio de la primacía de la realidad, se evidencie que tiende a encubrir la relación laboral, en cuyo caso dicho principio tendrá primacía frente a la relación aparente, conforme dispone el Artículo 5 del Decreto Supremo 28699 de 1° de mayo de 2006.

Vencido este plazo, de oficio el ente gestor de salud respectivo, previa inspección procederá a incorporar a los trabajadores dependientes. Se interrumpirá el plazo de excepción establecido en la disposición transitoria del presente Decreto Supremo y la afiliación se ejecutara de inmediato, cuando el trabajador al imperio del Código de Seguridad Social, Artículo 193 o terceras personas denuncien con las reservas correspondientes y activen la afiliación.

En cuanto a este articulado mostramos nuestra total oposición a su mantenimiento en cuanto obligan al empleador a que en el lapso de 90 días a contar desde la publicación del decreto proceda a la afiliación de todos sus trabajadores, con independencia del rubro en el que se desempeñe y la forma del contrato que se adopte sea civil o comercial, ello por vigencia del denominado principio de primacía de la realidad, principio por demás subjetivo en su apreciación ya que prácticamente todas las relaciones de servicios ingresarían en el campo laboral.

Por otro lado, la afiliación de oficio por el ente gestor no procede tan simplemente como lo indica la norma, ya que surgen multas exorbitantes por este incumplimiento de una obligación formal. Adicionalmente tenemos que la afiliación por el ente gestor puede surgir a denuncia del trabajador o de cualquier tercera persona quien actúe anónimamente, quien quizá sin conocer los pormenores de la relación involucre a la empresa en temas que escapan a su obligación. En todo caso ante denuncia de parte o tercero no interesado, debe procederse a la investigación de los hechos.

**ARTÍCULO 5° (SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO EN LA INSCRIPCIÓN Y REGISTRO).**- Todo responsable de una actividad económica con trabajadores dependientes, así como los que no cuenten con trabajadores dependientes o sea ejecutada en los términos del párrafo tercero del Artículo 3 del presente Decreto Supremo, tienen la obligación de cumplir con la afiliación y obtener el número de matrícula o Carnet del Empleador con el cual deben identificarse en todas sus relaciones con el Estado, los entes gestores del Sistema y las entidades del sector público y privado.

*Una vez cumplido el periodo de excepción, el incumplimiento a esta disposición será sancionado según corresponda:*

- *Será pasible a la multa establecida en el Artículo 452 del Reglamento del Código de Seguridad Social Decreto Supremo No. 05315, igual al 3% del capital declarado y de no tener capital declarado, el 10 % del monto total de sueldos y salarios de la última planilla entregada.*
- *Tratándose del responsable de una actividad económica que no cuente con dependientes y/o no esté comprendido dentro el campo de aplicación del Seguro Social Obligatorio, con una multa equivalente a 3.000 Unidades de Fomento a la Vivienda (UFV) vigentes a la fecha de la infracción.*

*En todos los casos y dentro del marco del carácter irrenunciable de los derechos sociales, para fines de contraprestación, los empleadores responsables con trabajadores dependientes, están obligados de efectuar aportes.*

*Antes de ingresar al análisis de las sanciones, partamos del Art. 116 parágrafo II de la Constitución Política del Estado, que dispone: "Cualquier sanción debe fundarse en una ley anterior al hecho punible" por lo que un decreto supremo no puede disponer sanciones o multas por motivo alguno, debiendo dejar este tema a una Ley.*

*Asimismo la imposición de multas solo puede proceder si una persona ha sido sometida a un debido proceso en el cual se ha comprobado el incumplimiento doloso o culposo de la obligación de afiliación y que en todo caso no hubiese mediado un hecho ajeno a la voluntad del obligado que hubiese impedido el cumplimiento, ya que una situación diversa desconoce los derechos a la defensa y al debido proceso.*

*En cuanto a la cuantía elevada de las multas no se ha justificado en el plan el porqué de la misma, en cuanto al parecer solo se pretenden imponer sanciones ejemplificadoras para promover el cumplimiento de la norma, dejando de lado el principio preventivo que rige a la seguridad social.*

**ARTÍCULO 6° (APORTES AL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO DE CORTO PLAZO; CONCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR PARTE DEL EMPLEADOR Y RETIRO VOLUNTARIO DEL TRABAJADOR).**- *Se amplía los alcances del artículo 3° del Decreto Supremo N° 29537 de 1° de mayo de 2008 para el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, por lo que el empleador que decida la ruptura de la relación laboral de acuerdo a legislación vigente, deberá encontrarse al día en el pago de los aportes del dependiente, que acreditará ante el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, con la certificación correspondiente emitida por el Ente Gestor de Corto Plazo, caso contrario la relación laboral se mantendrá vigente con todos sus efectos, hasta que el Empleador cumpla con este requisito, tomando en cuenta que el Artículo 48, parágrafo IV de la Constitución Política del Estado, dispone que los aportes son inembargables e imprescriptibles.*

*Tratándose de retiro voluntario del trabajador en el marco de la ley y el empleador público o privado no se encuentre al día en el pago de sus aportes para el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, el empleador queda obligado al pago de las cotizaciones en mora de este trabajador, dentro del plazo establecido para el pago de los beneficios sociales de acuerdo a normativa vigente, caso contrario, además, de las sanciones que rigen la materia, se aplicará la multa equivalente a 6.000 Unidades de Fomento a la Vivienda (UFV) vigentes a la fecha de la infracción.*

*Se dispone que en situaciones de ruptura por el empleador de la relación laboral se deberá estar al día en cuanto al pago de aportes a la seguridad social, caso contrario la ruptura por el empleador no tendrá efecto alguno, lo que implica estar en dos situaciones, un despido justificado y uno injustificado, pero la normativa propuesta no considera que ante un despido injustificado el trabajador puede elegir entre el cobro de sus beneficios sociales y su reincorporación, donde el tema de los aportes a la seguridad social no es tomado en cuenta en primera instancia. Asimismo en ciertas causales de despido justificado como daño a los instrumentos de trabajo o hurto, robo el mantener a un trabajador por un tema relacionado a la seguridad social no se justifica de modo alguno.*

*Finalmente la imposición de una multa de 6.000 UFV's ante la falta de pago en una renuncia voluntaria del trabajador no se justifica ya que la pena en la mayor parte de los casos superará a la obligación misma, rompiendo con toda lógica y proporcionalidad que rige en materia de sanciones.*

**ARTÍCULO 7° (SUSPENSIÓN DE SERVICIOS DE CORTO PLAZO, POR CAUS DEL EMPLEADOR).**- *De corresponder la suspensión o no prestación de los servicios de salud respecto de un trabajador o sus beneficiarios por causa del incumplimiento de obligaciones o deberes por parte del empleador, este deberá sufragar por la atención en salud del afiliado titular y sus beneficiarios, así como el pago de la incapacidad temporal que correspondiere. En este caso los entes gestores de corto plazo prestarán obligatoriamente los servicios sanitarios al titular del derecho y a sus beneficiarios, facturando el doble del costo de las prestaciones con cargo al empleador responsable de la suspensión de servicios, de conformidad con el Código de Seguridad Social, Artículo 196.*

*Quedando además sujeto el empleador a las sanciones previstas por ley, sin perjuicio de la recuperación de los aportes además de los recargos legales.*

*La suspensión o no prestación del servicio de salud por incumplimiento en el pago de aportes por el empleador importa que el ente gestor se obligue a otorgar el servicio pero facture el doble al empleador, ello sin perjuicio de las sanciones aplicables al caso. La normativa no indica si esta misma situación se aplicará cuando sea el Estado quien no cumpla con sus aportes.*

**ARTÍCULO 8° (PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS Y; APROBACIÓN DE PRESUPUESTOS).**- *Dentro de los procesos de contratación de bienes y servicios realizados por entidades públicas, éstas entidades deberán incorporar como requisito, la obligación de presentar los*

*certificados de afiliación y pago de aportes al día emitidos por las entidades respectivas del Sistema de Seguridad Social de Corto y Largo Plazo.*

*Emergente del proceso de contratación, y durante todo el periodo de ejecución del contrato de servicios, el responsable del control de cumplimiento por parte del sector público, deberá exigir a la empresa contratada que, previo a cada pago, acredite a través de certificaciones, la vigencia del seguro de corto y largo plazo, de aquellos trabajadores que desarrollen en las dependencias de la entidad pública contratante la actividad o servicio contratado. Asimismo, para identificar con claridad al empleador y no presumir la existencia de relación de dependencia laboral como establece el Decreto Supremo No. 0107 de 1° de mayo de 2009, las contrataciones, subcontrataciones, subsubcontrataciones, que se realizan entre privados, deben exigir la vigencia de los seguros descritos, de los trabajadores a través de los cuales se cumple la actividad o servicio contratado.*

*El sector público para la aprobación de sus presupuestos, deberá presentar los certificados de afiliación y pago de aportes al día, emitidos por las entidades respectivas del Sistema.*

*El primer punto que nos lleva al análisis es la incorporación de un requisito adicional en los procesos de compra por el Estado, en cuanto se deberá presentar como proponente los certificados de afiliación y pago de aportes al día para ser calificado en estos procesos, incluso los entes contratantes ejercerán control del cumplimiento de los aportes por el adjudicado durante la duración del proceso y previo al pago de sus obligaciones. Lo cual es una exageración de los niveles de control de la seguridad social, en cuanto se estaría restando importancia al propio ente que se pretende crear y que será único competente en temas de afiliación y cobro de aportes. También importará dotar a los entes contratantes de una excusa para el no pago de sus obligaciones cuando se excusen de pagar pese al cumplimiento del privado contratado.*

**ARTÍCULO 9° (REQUERIMIENTO Y CRUCE DE INFORMACIÓN).**- *Sin más restricciones que las previstas por ley, todas las entidades públicas y privadas del país están obligadas a facilitar informes lícitos, de forma oportuna y bajo responsabilidad, la información requerida por los entes gestores de corto plazo, para la realización del proceso de control y fiscalización que les corresponde, conforme dispone el Artículo 206 de la Ley de 14 de diciembre de 1956, Código de Seguridad Social.*

*Los entes gestores de salud del Sistema (cajas de salud), podrán también solicitar tanto a los afiliados titulares y beneficiarios, como a los empleadores, la documentación que requieran para verificar la veracidad de sus aportes o la acreditación de la calidad de beneficiarios, sin perjuicio de la reserva asignada por ley a ciertos y determinados documentos, bajo pena, en caso de incumplimiento, de aplicar las sanciones impuestas por el Reglamento del Código de Seguridad Social sin perjuicio del cumplimiento obligatorio de la solicitud. Para el efectivo cumplimiento de las tareas de fiscalización y control asignadas a los entes gestores, estos tienen la obligación de efectuar el cruce*

de información entre sí, con el Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo y sin que sea limitativo, con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, Impuestos Nacionales, Cámaras de Comercio e Industrias, FUNDEMPRESA, Colegios de Profesionales, Organizaciones Sindicales y toda otra entidad u organización pública o privada que fuere necesaria así como con las que lleven diferentes registros de inscripciones.

Con relación a los cruces de información debemos considerar que la imprescriptibilidad de los aportes a la seguridad social llevará a las empresas a no desechar ningún tipo de información relacionada al tema en cuanto la misma puede ser exigible en cualquier momento. Por otro lado el ente gestor podrá solicitar información tanto a obligados como beneficiarios, gestores de la seguridad a largo plazo, FUNDEMPRESA, Cámaras de Comercio e Industria, Colegios profesionales, organizaciones sindicales y semejantes, sin considerar que salvo los gestores de la seguridad social y el Ministerio de Trabajo, el resto de entidades no guardan información alguna relacionada a los aportes a la seguridad social a corto o largo plazo. Por lo que este cruce de información resulta una exageración de las facultades de fiscalización.

**ARTÍCULO 10° (DESTINO DE LAS MULTAS).**- Cada ente gestor de salud, deberá acreditar en una cuenta especial, las sumas que recauden por concepto de multas emergentes de la presente disposición, las que estarán destinadas a apoyar prestaciones de la modalidad no contributiva.

Dentro de la normativa correspondiente al Sistema de Seguridad Social, y sin perjuicio de los intereses, recargos, responsabilidad civil o costas judiciales que puedan emerger, no procederá el cobro de más de una multa por un mismo hecho. De darse esta figura, será aplicable la más alta de ellas.

Si el empleador no cancela las multas en la vía administrativa, el ente gestor de salud deberá girar la correspondiente nota de cargo para su cumplimiento en la vía judicial, iniciado el proceso de cobro en la vía judicial, el juzgador deberá dar fiel y estricto cumplimiento con las medidas precautorias contenidas en el inc. a) a los efectos de los dispuesto por el inc. f) ambos del Artículo 32 del D.L. 10173 de 28 de marzo de 1973, así como reconocer su carácter de crédito imprescriptible, privilegiado y preferente sobre cualquier otra acreencia.

De especial análisis el tema de las multas, ya que como se observo en el Art. 5 las mismas están dirigidas al sector empresarial o empleador, en cuanto este artículo 10 nos da a conocer el fondo del plan de extensión de la cobertura, el mantener el sistema a través del aporte patronal o del pago de multas por este sector, ya que las multas obtenidas se destinarán a sustentar la modalidad no contributiva y aunque no se cobrará más de una multa por un mismo hecho, nada obstaculiza que cada falta de afiliación se considere un hecho nuevo y se imponga una nueva multa o que sean varios los trabajadores despedidos y por cada uno de ellos se pague una multa por falta de pago.

**ARTÍCULO 11° (CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES, GERENTES Y FUNCIONARIOS EN GENERAL DE LOS ENTES GESTORES).**- Los representantes legales,

*gerentes y funcionarios en general de los entes gestores de corto plazo que no den estricto cumplimiento de las normas que rigen la materia, o no ejerzan eficientes controles, inspecciones o fiscalizaciones, o no procedan conforme a la normativa legal para sancionar a los empleadores que incumplan con la afiliación de sus trabajadores con relación de dependencia y con el cobro de los aportes y cotizaciones, serán pasibles a los procesos y sanciones respectivas sin perjuicio de incurrir en la comisión de delito de acuerdo a la tipificación penal de la conducta.*

*Importante considerar cuál el tipo penal a introducirse y la sanción correspondiente ya que el empleador responde por dolo o culpa en temas de aportes a la seguridad social.*

**ARTÍCULO 12° (DE LAS CONDUCTAS PUNIBLES POR PARTE DEL EMPLEADOR).**- *Sin que sean limitativas, el empleador que declare montos falsos sobre totales ganados, realice descuentos o aportes en montos no correctos o no las remita al ente gestor de la Seguridad Social, será responsable conforme las disposiciones penales. Siendo obligación de las entidades encargadas del Sistema Seguridad Social y de las autoridades que conozcan de estas conductas, acudir a la jurisdicción competente.*

*Esta norma solo habla del empleador pero no refiere a las situaciones de afiliación por el Estado o los independientes o sectores de escasos recursos.*

**ARTÍCULO 13° (DE LA RESPONSABILIDAD DE FISCALIZACIÓN DE LOS ENTES GESTORES DE SALUD Y LA CREACIÓN DEL CENTRO DE PROCESAMIENTO DE DATOS DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO DE CORTO PLAZO).**-

**I.** *Se dispone que el Ministerio de Salud y Deportes, emita los instructivos respectivos y efectúe control, fiscalización y supervisión técnico operativo periódico de los entes gestores de salud, para constatar las afiliaciones nuevas efectuadas a empresas, empleadores y trabajadores.*

**II.** *El Ministerio de Salud y Deportes creará un centro único de procesamiento de datos del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, alimentado por los entes gestores de salud, quienes transferirán información útil, necesaria, lícita y de aplicación efectiva para la centralización de datos primordialmente de las afiliaciones (empresas, empleadores, trabajadores, asegurados, beneficiarios), los aportes y todo tipo de contribuciones, así como la mora, para que el Ministerio de Salud y Deportes lo administre, actualice en forma permanente, cruce la información, revise casos y dé a éstos el tratamiento que corresponda.*

*El Ministerio de Salud aparece duplicando funciones de los entes gestores en cuanto debe inspeccionar las afiliaciones nuevas y además contar con una base de datos permanente para cruce de información.*

**ARTÍCULO 14° (DE LA RESPONSABILIDAD PENAL).**-

**I.** *Toda conducta considerada delictiva, estará sujeta a sanción penal y sus emergencias, independientemente de las sanciones previstas por el Código de Seguridad Social, su Reglamento y normativa vigente.*

**II.** La responsabilidad penal se atribuye a la persona que en el momento de la comisión del delito tenía como deber u obligación el cumplimiento de las disposiciones que rigen la materia, sujetas a sanción penal, responsabilidad que recae sobre la persona, siendo indelegable por cambio del empleador, ejecutivo, representante, administrador o funcionario encargado.

**III.** El fraude o alteración de los documentos, queda sujeto a las disposiciones contenidas por Capítulo III del Título IV de la Ley No. 1768, Código Penal Boliviano.

**IV.** Son sujetos de sanción de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 154 de la Ley No. 1768, Código Penal Boliviano. Los representantes legales, gerentes y funcionarios en general de los entes gestores de salud que ilegalmente omitieren, rehusaren hacer o retardasen el estricto cumplimiento de las normas que rigen la materia, o no ejerzan eficientes controles, inspecciones o fiscalizaciones y no procedan conforme a normativa legal en perjuicio del Sistema, los servicios que este brinda, del titular y/o beneficiarios que afectaron.

Tema importante ésta en la responsabilidad de anteriores gerentes o administradores, quienes pese a no tener relación con la empresa por ejemplo por un cambio de funciones o retiro de la misma puede verse involucrado en temas penales por ésta responsabilidad personal.

**ARTÍCULO 15° (REGISTRO EN LA CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO Y CENTRAL DE RIESGOS).**- Las unidades legales de los entes gestores de salud, cuando mediante proceso judicial hayan concluido con una sentencia ejecutoriada que condene al pago de sumas de dinero a su favor, deberán solicitar al juez que conoce la causa, oficie a la Contraloría General del Estado, la información relativa al deudor (razón social, nombres de los representantes legales, cédulas de identidad, importe, y otros), para su respectivo registro. La Contraloría General del Estado, deberá registrar a la empresa, representante legal, entidades o instituciones deudoras al Sistema de Seguridad Social y en particular al Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo y tomar en cuenta esta información para efectos de solicitudes de certificado de Solvencia Fiscal.

La persona natural o jurídica, que no cuente con solvencia fiscal debido a la falta de pago de los aportes y colaterales adeudados al Sistema, quedará inhabilitada de participar en licitaciones u otros con el Estado mientras persista la deuda; salvo se acredite mediante certificación que corresponda, el pago total o la existencia de acuerdo de pago dentro el marco de la norma vigente.

Los entes gestores de salud que cuenten con procesos judiciales ejecutoriados condenatorios a su favor, deberán solicitar se oficie al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas para que envíe nota a la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero a fin de que se proceda al registro del deudor en la Central de Riesgos.

El levantamiento de las medidas de registro en las entidades señaladas, será realizada a instancias de la parte interesada a través del ente gestor de salud

y/o en la vía judicial correspondiente, una vez cancelado el monto total de la deuda.

Esta última especie de sanción en el fondo importará una inhabilitación de quien incumpla la obligación de pagar los aportes a la seguridad social en cuanto no podrá obtener crédito alguno de entidad financiera o bancaria al ingresar a la central de riesgos como quedar excluido de participar en procesos de compra por el Estado al no contar con solvencia fiscal.

Con relación al tercer decreto supremo que dispone las formas de contribución hacemos extensivo el análisis relacionado al pago de multas como forma de financiamiento del sistema no contributivo.

---

## **VII. CONCLUSIONES.-**

---

**PLAN DE EXTENSION DE COBERTURA.-** El Plan de cobertura mediante el cual se pretende implementar la ampliación a la cobertura del sistema de seguridad social a corto plazo se fundamenta en tres puntos centrales, en los cuales fundamenta su estrategia:

- ▶ Reforzamiento de los mecanismos de cumplimiento de las normas de seguridad social destinados a combatir la evasión de sus disposiciones;
- ▶ La extensión progresiva de la cobertura de la seguridad social en salud a los grupos excluidos con y sin capacidad de pago y;
- ▶ El fortalecimiento institucional del sistema de seguridad social para afrontar la extensión de la cobertura y garantizar la unidad, eficiencia y calidad de los servicios

### **1.- REFORZAMIENTO DE LA NORMATIVA.-**

Con relación al reforzamiento se tiene que el mismo pretende un endurecimiento de la norma para, según el plan “facilitar el cumplimiento de la norma y establecer sanciones más drásticas a los evasores”, sin embargo no avoca a ningún estudio que sustente la decisión de endurecer las normas y que dicha acción conllevará a un mayor cumplimiento.

Consideramos que es importante que la autoridades competentes puedan ampliar el radio de aplicación de este tipo de normas, pues el sector formal privado de nuestro país, viene cargando sobre sus espaldas financieras al sistema de seguridad social de corto plazo. Pensamos que es un avance el establecer el aporte de bipartita, dando mayor liquidez a los entes gestores de salud. Sin embargo, ni con toda la abundancia que podría ese hecho traer a nuestro sistema de salud, será ineficiente cualquier intento que no busque como paso inicial el subsanar las deficiencias existentes, en la actualidad en nuestro sistema de salud.

*Se debe trabajar sobre la institucionalidad de los trabajadores de los entes gestores de salud, deben ser profesionales idóneas, sometidos a un concurso de méritos que los poseione en los cargos. Se deberá solucionar el poco abastecimiento del personal médico y la falta de capacitación de los mismos. Se debe reponer el Tripartismo de la Caja Nacional de Salud, donde a quienes aportamos, se nos ha reducido la participación en el Directorio, limitando las facultades de fiscalización y control. Por otro lado se deberá mejorar la capacidad logística e imponer sistema de transparencia administrativa y financiera – SIMA. Disponer metodologías para mejorar los departamentos de activos fijos y compras, disponiendo un cronograma de insumos necesarios por año, que deberá cumplirse para evitar el desabastecimiento de los centros de asistencia médica y entre ellos podríamos enumerar un sinfín de dolencias que aquejan a nuestro actual sistema de salud y que impide el servicio de calidad que todos quisiéramos poder recibir.*

## **2. EXTENSION PROGRESIVA DE LA COBERTURA.-**

*Con relación a la “Extensión Progresiva De La Cobertura”, misma que pretende alcanzar a al 100% de la población nacional de manera progresiva, tenemos que se pretende establecer un sistema universal, sin afectar al actual sistema tradicional ni mucho menos sustituirlo, se debería buscar, establecer una ampliación de la cobertura a una población desprotegida, creando modalidades como la contributiva (a favor de trabajadores y dependientes), semi contributiva (independientes) y la no contributiva (necesitados, incapacitados, sin capacidad de pago), pero como lo observaremos más adelante la intención primigenia del Estado está en que se vaya más allá del esquema trabajador-empleador y remuneración-cotización para la sostenibilidad del sistema, donde los subsidios del Estado sean el último recurso a ser tenido en cuenta. A ello habrá que añadir que parte de la población que se está considerando como no contributiva, como por ejemplo los discapacitados, deberán ser contratado como mínima el 4% del 100% de los trabajadores de una empresa, por tanto esa capacidad será mejorada y revertida. Esto en contrastación con la propuesta de Anteproyecto de Código del Trabajo.*

*Este plan si bien pretende hallar fundamento constitucional para su viabilidad, deja de lado que el Art. 35 de la carta fundamental establece la obligación del Estado de promover el acceso “gratuito” de la población a los servicios de salud, lo que implicará que el sistema universal de seguridad social que se pretende implementar, debería hallar primer sustento en recursos del propio Estado a través de subsidios o figuras semejantes, en especial para los sectores excluidos y sin capacidad de pago.*

*Asimismo el plan resulta contradictorio con relación a los entes gestores del actual sistema y la naturaleza misma de los seguros fraccionados que se tienen (SUMI, Seguro de Vejez, etc.) en cuanto pretende reconocer al sistema tradicional, pero a su vez subsumirlo en un ente macro que reúna a su interior posiblemente a las actuales Cajas de Salud como a la totalidad de los seguros, en el marco de una política que desconozca a municipios o*

*prefecturas en la gestión de la seguridad social cayendo quizá en un excesivo centralismo.*

### **3.- FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.-**

*El Plan de extensión de la cobertura de la seguridad social considera que la segmentación del Sistema de Seguridad Social en Cajas de Salud ha hecho que se incumpla el principio de unidad de gestión, impidiendo además que se pueda responder a los cambios que surgen en políticas de salud y en el mundo del trabajo, por lo que se pretende la implementación de políticas integradoras de los entes gestores de salud de la seguridad social, y de los propios sub-sistemas tanto público, privado y tradicional, en un solo sistema. Así en el fondo se pretende la creación de una sola institución como gestora de la seguridad social, que opere tanto a nivel urbano como rural.*

*Esta situación pone en peligro la existencia misma de las Cajas de Salud, donde especial preocupación se encontrará en la Caja Nacional de Salud y su patrimonio, mismo que en una tercera parte pertenece al sector privado. Se dispone también la creación de una institución responsable de la afiliación, la recaudación, el manejo de las cuentas y las inversiones, separada del ente gestor de salud quien perderá estas atribuciones que actualmente ostentan las cajas de salud.*

*En estas acciones para implementar el plan de extensión de la cobertura de la seguridad social no encontramos que se haya considerado al característica especial del sistema de seguridad social a corto plazo que radica en ser "individual" en el entendido que el beneficiario, tiene la opción de elegir cual sistema será el gestor de su salud, ello en función a su aporte, de ahí que si bien la seguridad social como tal, es obligatoria, pero el beneficiario tiene la posibilidad de decisión sobre el ente gestor y no como en el plan analizado pretende, que el mismo sea obligatorio por no contar con más opciones de elección.*

*Es cuanto informamos, para fines pertinentes.*