



### CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo.....*Paul Escalante Peñaranda*.....

autor/a de la tesis titulada:

### FORMALISMOS JURÍDICOS QUE AFECTAN EL ACCESO AL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD EN BOLIVIA

mediante el presente documento, declaro que la obra mencionada es de mi exclusiva autoría y producción. Esta tesis ha sido elaborada como uno de los requisitos previos para la obtención del título de: **"Magister en Derecho Constitucional y Derecho Procesal Constitucional"** en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre.

#### Cesión de Derechos:

1. **Derechos Cedidos:** A partir de la fecha de la defensa de grado, cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación de la obra. La Universidad está autorizada a utilizar esta obra por cualquier medio, actualmente conocido o que se desarrolle en el futuro, siempre y cuando dicha utilización no se realice con fines de lucro. Esta cesión incluye la reproducción total o parcial en formatos virtual, electrónico, digital, u óptico, así como su uso en red local e Internet.
2. **Responsabilidades del Autor:** Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación o demanda por parte de terceros respecto de los derechos de autor de la obra mencionada, asumiré toda la responsabilidad legal frente a dichos terceros y frente a la Universidad, incluyendo, sin limitación, la defensa de tales reclamaciones y el mantenimiento de la Universidad indemne frente a las mismas.
3. **Entrega de Ejemplares:** En esta fecha, entrego a la biblioteca de la Universidad un ejemplar de la obra y sus anexos, en formatos impreso y digital o electrónico.

Fecha. *29-01-2023*

Firma: .....





**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre – Bolivia**

**MAESTRÍA EN DERECHO CONSTITUCIONAL Y DERECHO  
PROCESAL CONSTITUCIONAL**

**FORMALISMOS JURÍDICOS QUE AFECTAN EL ACCESO AL  
DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD EN BOLIVIA**

Tesis presentada para optar al Grado  
Académico de Magíster en Derecho  
Constitucional y Derecho Procesal  
Constitucional

**MAESTRANTE: RAUL ESCALANTE PEÑARANDA**

**Sucre – Bolivia**

**2024**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre – Bolivia**

**MAESTRÍA EN DERECHO CONSTITUCIONAL Y DERECHO  
PROCESAL CONSTITUCIONAL**

**FORMALISMOS JURÍDICOS QUE AFECTAN EL ACCESO AL  
DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD EN BOLIVIA**

Tesis presentada para optar al Grado  
Académico de Magíster en Derecho  
Constitucional y Derecho Procesal  
Constitucional

**MAESTRANTE: RAUL ESCALANTE PEÑARANDA**  
**TUTOR: JORGE RÍOS VÁSQUEZ**

**Sucre – Bolivia**

**2024**

## **AGRADECIMIENTO**

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi Tutor de tesis, el Dr. Ríos. Su experiencia, comprensión y paciencia contribuyeron a mi experiencia en el complejo y gratificante camino de la investigación. A la Universidad Andina Simón Bolívar, los docentes y en particular a la coordinadora del programa que siempre estuvieron presto a colaborar siendo guías constantes me han motivado a alcanzar alturas que nunca imaginé. No tengo palabras para expresar mi gratitud por su inmenso apoyo durante este viaje.

## **DEDICATORIA**

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.

A mi familia, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante, en particular a mi padre, quien me dio el mejor consejo de mi vida y me permitió llegar hasta el lugar en el que me encuentro.

También a mi hermana Meli, por brindarme su apoyo moral en esas noches que tocaba investigar.

Y, finalmente, a los que no creyeron en mí, con su actitud lograron que tomará más impulso.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes .....	1
1.2 Estado del arte .....	2
1.3 Situación problemática .....	5
1.4 Problema científico (pregunta de investigación) .....	7
1.5 Objeto de estudio .....	7
1.6 Objetivos .....	7
1.6.1 Objetivo general .....	7
1.6.2 Objetivos específicos .....	8
1.7 Hipótesis o idea a defender .....	8
1.8 Justificación .....	9
1.9 Diseño metodológico (estrategia metodológica) .....	10
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
2.1 Marco teórico y referencial .....	14
2.1.1 Conceptos generales .....	14
2.1.2 Sistema de salud en Bolivia .....	15
2.1.3 Análisis de los niveles de categorización de los establecimientos de salud en Bolivia .....	16
2.1.4 Primer nivel de atención .....	16
2.1.5 Segundo nivel atención .....	16
2.1.6 Tercer nivel de atención .....	17
2.1.7 Articulación entre niveles y el sistema de referencias .....	17
2.2 Sub sistema público de salud .....	17
2.3 Acceso a los servicios del subsistema de salud publico .....	18
2.3.1 Estructura del subsistema público de salud .....	18

2.3.2	Acceso y beneficiarios .....	19
2.3.3	Cobertura y equidad en el acceso.....	21
2.3.4	Programas de salud y cobertura universal.....	22
2.3.5	Infraestructura y recursos humanos .....	23
2.4	Sub sistema de la seguridad social.....	23
<b>CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL.....</b>		<b>26</b>
3.1	Definición de conceptos clave .....	26
3.2	Marco contextual.....	30
3.2.1	Carácter social del derecho a la salud en los sub sistemas publico y de seguridad social en Bolivia .....	30
<b>CAPÍTULO IV. MARCO JURÍDICO .....</b>		<b>32</b>
4.1	Norma Internacional Referida Al Derecho A La Salud.....	32
4.2	Marco Constitucional Boliviano En Materia De Derecho A La Salud Y Análisis .....	33
4.3	Base Jurídica Del Sub Sistema De Salud Público O S.U.S. ....	36
4.3.1	Ley N° 475, Ley De Prestaciones De Servicios De Salud 2013.....	36
4.3.2	Ley No. 1152, Ley Del Sistema Único De Salud (Sus).....	37
4.3.3	Guía Técnica Para La Atención Integral En El Sistema Único De Salud Del Estado Plurinacional De Bolivia .....	38
4.4	Base jurídica del sub sistema de seguridad social de corto plazo .....	39
4.4.1	Código de seguridad social .....	39
4.4.2	Reglamento del código de seguridad social .....	40
4.4.3	Autoridad de supervisión de la seguridad social de corto plazo.....	41
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN (ESTADO DE LA CUESTIÓN) .....</b>		<b>43</b>
5.1	Mecanismos de acceso a la salud en el sistema vigente en el estado boliviano.....	43
5.1.1	Adscripción al SUS .....	43
5.1.2	Sistemas de referencias del SUS.....	43
5.2	Afiliación al sub sistema de seguridad social de corto plazo.....	43
5.2.1	Reglamento para la afiliación, desafiliación y reafiliación para la seguridad social de corto plazo.....	43

5.2.2	Reglamento único de prestaciones .....	44
5.3	Derecho a la salud, un derecho natural o un derecho expectatio.....	45
<b>CAPÍTULO VI. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD.....</b>		<b>48</b>
6.1	Reglamento único de prestaciones .....	48
6.1.1	Reembolso de gastos médicos .....	48
6.1.2	Conflicto entre sub sistemas .....	50
6.2	Desarrollo de entrevista.....	52
6.3	Analizar afectación por la exigencia del cumplimiento de formalismos jurídicos para el acceso a la salud o el ejercicio del derecho a la salud.....	54
6.4	Jurisprudencia.....	55
<b>CAPÍTULO VII. IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD Y SINTETIZACION DE ALTERNATIVAS PARA EJERCER DE FORMAS MÁS SENCILLAS EL DERECHO A LA SALUD .....</b>		<b>64</b>
7.1	Carencia de sistema informático .....	64
7.2	Carnet de asegurado físico con número de matrícula.....	64
7.3	Requisitos sin sentido dentro del trámite de reembolso .....	65
<b>CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>		<b>66</b>
8.1	Conclusiones.....	66
8.1.1	Conclusión N° 1 .....	66
8.1.2	Conclusión N° 2 .....	66
8.1.3	Conclusión N° 3 .....	66
8.1.4	Conclusión N° 4 .....	66
8.1.5	Conclusión N° 5.....	67
8.2	Recomendaciones .....	67
8.2.1	Actualizar la normativa en salud.....	67
8.2.2	Digitalización y centralización de la información médica.....	67
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>		<b>69</b>

## RESUMEN

El presente trabajo académico trata sobre los trámites administrativos que se tiene que cumplir para acceder a los servicios de salud en los sub sistemas público y de seguridad social que se encuentran en actual vigencia en el estado boliviano, y como estos se convierten en barreras que conculcan el acceso a ejercer el derecho a la salud.

Para lo cual se hace un análisis de los subsistemas publico y de seguridad social, desde la creación de los sistemas, antecedentes históricos, análisis de la base normativa, sentencias constitucionales que son relevantes para el tema de estudio, así como las conclusiones a las que se llega luego de la sistematización de los instrumentos por los cuales se recolecto información.

Se termina el presente trabajo con recomendaciones que se consideran, importantes para mejorar el acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, ejercer el derecho a la salud de manera pronta y oportuna rescatando la importancia de la acción que se debe tomar de las instituciones que tiene bajo su cargo determinar las formas de como se da el acceso entendiendo que los derechos deben ser ejercidos bajo ciertas reglas que permitan un acceso equitativo.

## **ABSTRACT**

This academic work deals with the administrative procedures that must be completed to access health services in the public and social security subsystems that are currently in force in the Bolivian state, and how these become barriers that violate access to exercise the right to health.

For which an analysis of the public and social security subsystems is made, from the creation of the systems, historical background, analysis of the normative base, constitutional rulings that are relevant to the topic of study, as well as the conclusions to which It is arrived after the systematization of the instruments by which information was collected.

This work ends with recommendations that are considered important to improve access to health services and, therefore, exercise the right to health in a prompt and timely manner, highlighting the importance of the action that must be taken from the institutions that are in charge of determining the ways in which access is given, understanding that rights must be exercised under certain rules that allow equitable access.

## **CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Antecedentes**

La salud se ha convertido en una de las principales preocupaciones de las personas en la actualidad, desde la formación de las primeras sociedades las necesidades han ido cambiando, desde la búsqueda de alimentos y seguridad, pasando por la adquisición de las primeras propiedades a la expansión de las mismas, hacia las ideas de libertad y derechos que emergen de la prestación de trabajo, pero en el último tiempo una de las principales preocupaciones y la de mayor crecimiento es la salud.

Los hábitos alimenticios, los trabajos riesgosos, las condiciones climáticas y factores ambientales han elevado los riesgos de cursar una enfermedad, riesgos que han sido acentuados por una pandemia que develo las debilidades de los sistemas de salud a nivel mundial y que estos requieren ser mejorados para prestar una mejor atención a la población.

Sin embargo, la creciente necesidad de acceder a atenciones médicas y de salud han crecido junto con la oferta de bienes y servicios destinados a la salud haciendo que el mercado de manufactura de medicamentos, insumos y equipos de salud junto con el costo de la formación de profesionales en salud sea cada vez más competitivo haciendo que la evolución de estos sea constante y por lo tanto también sus costos, costos que son cobrados al consumidor final o a quien se haga cargo de estos costos.

Desde finales del siglo XIX se instituyeron lo primeros servicios sociales cuya conquista fue únicamente para los sectores sociales o clase obrera ya que los seguros que lograron conseguir tenían como característica que aún se mantiene que son los principales beneficiarios los trabajadores, conquistas que se instituyeron en Bolivia con la promulgación del Código de Seguridad Social de 1956 y su Reglamento, pero que pasa con el resto de la población,

En la constitución política del estado de 1967 durante la presidencia de Rene Barrientos Ortuño es que se reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental de las personas pero que sin embargo no generaba obligación al estado de manera que este garantice de manera efectiva el acceso a este derecho, por supuesto comparándolo con la actualidad.

Pero que sin embargo ya se tenía instituido el derecho a la salud, y con el pasar del tiempo este fue evolucionando y transformándose junto con la sociedad y el andamiaje normativo llegando al sistema que se tiene hoy en día siendo el sistema de salud en Bolivia conformado por; el Sub Sistema de Medicina tradicional, el Sub Sistema de Salud Privado, el

Sub Sistema Público de Salud el Sub Sistema de la Seguridad Social, siendo estos dos últimos objeto del presente estudio.

## **1.2 Estado del arte**

En la actualidad el Estado Boliviano cuenta con una de las Constituciones Políticas más avanzadas en cuanto a la incorporación de derechos y mecanismos de protección de estos, promulgada en 2009 la Constitución Política del Estado de Bolivia, representa un hito significativo en la historia del país, marcando un cambio fundamental en su estructura legal y política. Bolivia, con una historia marcada por conflictos sociales y políticos, se embarcó en un proceso de cambio con el resultado de que la Constitución boliviana reconoce el pluralismo jurídico, reconociendo no solo el sistema legal occidental, sino también el sistema indígena originario campesino. Este enfoque innovador busca la diversidad cultural de Bolivia y equilibrar las distintas formas de justicia presentes en la sociedad.

En comparación con algunas constituciones occidentales, la de Bolivia destaca por la inclusión explícita de derechos sociales, como el derecho a la salud, la educación y la vivienda. Estos elementos reflejan un enfoque más orientado hacia el bienestar social.

Dentro del contexto de la Constitución Política del Estado de Bolivia, uno de los aspectos cruciales que merece una atención específica es su impacto en el Sistema de la salud pública. La Constitución Política boliviana reconoce la salud como un derecho fundamental de todos los ciudadanos. Este reconocimiento constitucional destaca la importancia de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para toda la población, alineándose con la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud como un derecho humano fundamental.

Una característica distintiva de la Constitución boliviana es su enfoque en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud a nivel comunitario. Este enfoque busca abordar las disparidades en la salud mediante la implementación de programas preventivos y la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Aunque muchos países reconocen la salud como un derecho fundamental en sus constituciones, la forma en que abordan este tema puede variar. Algunas constituciones pueden ofrecer garantías generales, mientras que otras pueden detallar disposiciones específicas relacionadas con el acceso a servicios médicos, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

La Constitución boliviana, al reconocer la salud como un derecho, también puede considerar los determinantes sociales de la salud, como la vivienda, la educación y el empleo.

Este enfoque integral puede diferir de constituciones que se centran exclusivamente en el acceso a servicios médicos.

De manera puntual la Constitución Política del Estado de Bolivia establece que sus artículos 1 y 2 que Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional y el Artículo 13 del texto constitucional establece que los derechos que son reconocidos son inviolables, universales, y progresivos además de que el Estado tiene el deber de promoverlos, protegerlos y respetarlos y que no se determina jerarquía alguna ni superioridad de unos derechos sobre otros.

La Constitución Política del estado en la versión de Lecoña & Quiroz (2016) establece de manera expresa en su Artículo 18:

Artículo 18°:

Todas las personas tienen derecho a la salud.

El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. (Lecoña & Quiroz, 2016, págs. 62 - 63).

Respecto al derecho a la salud son pocos los antecedentes que se tienen desde un punto de vista académico y de investigación por lo que es menester referirse al trabajo de Rodolfo Figueroa García Huidobro que nos dice:

En el lenguaje de la doctrina internacional es posible hallar tres expresiones que se refieren al derecho a la salud: derecho a la salud, derecho al cuidado de la salud (right to health care) y derecho a la protección de la salud. (Huidobro, 2013)

Es decir que la conceptualización del “derecho a la salud” a nivel internacional no es que se proteja la salud desde un punto de vista de acceso a los servicios de salud sino más bien, de acciones que los estados deben emprender cuando se vulneren de alguna manera

En contraposición de tiene el Protocolo de San Salvador mismo que establece que :

el Estado debe asegurar salud primaria de manera universal para toda la población; debe implementar una política de vacunación; debe prevenir y tratar enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; debe elaborar una política de educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y debe disponer la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos más vulnerables. Estas precisiones

del Protocolo podrían ser utilizadas por el intérprete constitucional para contribuir a precisar el sentido y alcance del derecho a la protección de la salud reconocido por la Constitución y las obligaciones que impone sobre el Estado. (Huidobro, 2013)

Por todo lo mencionado es que el estado boliviano implemente el nuevo modelo de atención en salud a través de la promulgación de la Ley 1152 “Hacia el Sistema Único de Salud” que fue promulgada en febrero de 2019 y en marzo del mismo año entró en plena vigencia el SUS en el país que básicamente consiste en la atención gratuita en los servicios de salud de los municipios, gobernaciones y el estado con central previo registro con cedula de identidad siguiendo los criterios de referencia medica en caso de que sea necesario.

Este es un gran avance ya que otorga cobertura de salud a todas aquellas personas que no cuenten con seguro de salud, aclarando que en la realidad boliviana menos del 15% de la población forma parte del sector formal que cuenta con seguro social obligatorio, generando una gran demanda de servicios que en casos puntuales por los sistemas informáticos de control es que pueden generarse problemas para acceder a los servicios de salud mediante este sistema. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud en su sitio web “Bolivia es uno de los pocos países a nivel mundial que implementa un modelo de cobertura universal de salud, centrando el derecho a la atención médica. El gobierno boliviano se propuso brindar cobertura universal y gratuita al 50% de la población” (Organización Panamericana de la Salud O.P.S., 2021)

El Sistema que tiene más problemas es el subsistema que forma parte del sistema de salud en Bolivia, La Seguridad Social y el acceso a la Seguridad Social son derechos que se encuentran consagrados en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia desde su promulgación en febrero de 2009, si bien es cierto que la Constitución Política del Estado es la norma suprema y que toda norma debe regirse por las disposiciones generales el andamiaje normativo que se tiene y se encuentra vigente aún hay disposiciones que deben ajustarse a la realidad en el marco de los derechos constitucionales.

La Seguridad Social, de momento, se encuentra regido por el Código de Seguridad Social de 14 de diciembre de 1956 y en consecuencia, también del Reglamento del Código de Seguridad Social de 30 de septiembre de 1959 y las disposiciones que estos cuerpos normativos contienen, sin embargo, ambos han sufrido bastantes modificaciones sin que estos hayan sido abrogados pese a la antigüedad que hasta la fecha tienen.

Por lo que se podría decir que el Derecho a la Seguridad Social y el acceso a la Seguridad Social para los trabajadores y en relación a el derecho a la salud como una medida de protección frente a una potencial eventualidad que requiera atención medicas con un costo por lo que en consecuencia la estabilidad económica de la persona o personas y su entorno

familiar es lo que protege el derecho a acceder a la Seguridad Social y no así la salud propiamente.

Se tiene poca información y estudios realizados y publicados referidos al tema que se aborda, pero se pueden encontrar algunos autores que han analizado el tema.

La investigación sobre el derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud en Bolivia ha sido objeto de atención por parte de diversos investigadores. En un estudio realizado por (Venegas-Martínez, 2019), se abordó el tema desde una perspectiva de género. A través de un análisis que combinó datos cuantitativos y cualitativos, los autores identificaron brechas y desigualdades en el acceso a los servicios de salud entre hombres y mujeres en el país. Concluyendo como necesaria la importancia de considerar estas disparidades de género en la formulación de políticas de salud para garantizar la equidad en el acceso a la atención médica.

Otro estudio relevante fue llevado a cabo por Mendoza y Cárdenas (2020), quienes se enfocaron en los desafíos y perspectivas del acceso a los servicios de salud en Bolivia, con un enfoque particular en el papel crucial de la atención primaria. A través de una revisión exhaustiva de la literatura y el análisis de políticas públicas, los autores resaltaron la necesidad de fortalecer la atención primaria como estrategia para mejorar la cobertura y calidad de la atención médica en el país.

Finalmente, y en una línea similar, Alarcón y Flores (2018) realizaron una revisión crítica de los obstáculos legales que afectan el ejercicio del derecho a la salud en Bolivia. A través de un análisis detallado de diversas leyes y regulaciones, identificaron problemas como la falta de claridad en la normativa, la corrupción y la inequidad en la distribución de servicios de salud. Destacaron la necesidad de reformas legales para garantizar un acceso equitativo y universal a la salud en Bolivia.

### **1.3 Situación problemática**

Por lo antes expuesto se tiene un conflicto en el sistema de salud boliviano ya que excluyendo el sub Sistema Privado de salud y el sub Sistema de medicina tradicional, que son alternativas por las que puede optar cualquier ciudadano de manera voluntaria asumiendo los costos del tratamiento. El subsistema público de salud y el subsistema de la Seguridad Social son los que acogen a casi la totalidad de la población en lo referido a atenciones en salud, pero que sin embargo, para acceder a estos sistemas se exigen requisitos o trámites, formalismos que dilatan las atenciones en salud inclusive en algunos casos las personas optan por no recibir atenciones médicas por los costos que podrían ser cobrados a las personas de manera directa.

En Bolivia, el acceso al derecho constitucional a la salud se ve gravemente comprometido por una serie de formalismos jurídicos que crean un laberinto legal para los ciudadanos que buscan atención médica. En líneas generales, la Constitución Política del Estado boliviana reconoce el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, garantizando a todos los emos el acceso a servicios de salud de calidad. Sin embargo, esta noble intención se ve sofocada por una maraña de regulaciones, trámites y procedimientos legales que dificultan enormemente el acceso equitativo a la atención médica.

En el ámbito específico, una de las principales barreras que enfrentan los ciudadanos bolivianos es la complejidad del sistema de seguros de salud. Aunque se han implementado medidas como la promulgación de la Ley N° 1159 y sus decretos modificatorios también se han creado programas de seguro de salud para garantizar la cobertura médica, el proceso para inscribirse y acceder a los servicios es a menudo engorroso y confuso principalmente en la Seguridad Social, los requisitos documentales son estrictos y la falta de información clara sobre los procedimientos puede dejar a muchos sin cobertura, especialmente en comunidades rurales y marginadas donde la alfabetización y el acceso a recursos informativos son limitados.

Otro desafío importante surge de la interpretación inconsistente de las leyes relacionadas con la salud por parte de las autoridades locales y regionales administrativas que están a cargo. Esto puede dar lugar a situaciones en las que los pacientes son rechazados o se les niega el acceso a ciertos tratamientos o medicamentos esenciales debido a interpretaciones restrictivas de las regulaciones locales. Además, la falta de actualización de las leyes y regulaciones puede generar confusión entre los proveedores de atención médica, lo que resulta en decisiones arbitrarias que afectan negativamente a los pacientes.

En muchas áreas rurales, la falta de infraestructura médica adecuada agrava aún más la situación. Los centros de salud padecen la falta de equipamiento, medicamentos e insumos médicos y carecen de personal médico calificado, lo que limita la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención en las especialidades de mayor complejidad. Esto obliga a los ciudadanos a viajar largas distancias para recibir atención médica, lo que no solo implica un gasto adicional en transporte, sino también una pérdida de tiempo que podría haberse utilizado de manera más productiva.

Para ser claros, el subsistema de la Seguridad Social otorga un seguro de salud para todos los trabajadores que tienen un vínculo obrero patronal formal y el subsistema público de Salud a todas aquellas personas que no cuenten con un seguro de salud.

Pero que pasa cuando las personas requieren algún tipo de atención en salud y pese a que los subsistemas antes descritos se presentan tal como se expone en la norma escrita

y en contrario en la práctica diaria se tienen ciertas exigencias que se deben cumplir para acceder a estos subsistemas en el caso del subsistema público exigen que no se tenga otro tipo de seguro, que aunque no se beneficien de otros seguros los registros deben ser dados de baja, en el caso del subsistema de seguridad Social que no estén registrados en otros seguros, exigen un trámite de filiación, renovación de carnet de asegurados entre otros, situaciones que en casos pueden repercutir en la salud de la población entendiéndose que un trámite administrativo puede ser saneado, sin embargo una afectación a la salud y por lo tanto a la integridad física de las personas en muchos casos no es reversible ya que se trata de seres biológicos.

Siendo todos los ejemplos citados temas de índole administrativo, pero que en la realidad se convierten en obstáculos que muchas personas deben sanear para acceder a los servicios de salud y, contrario a los trámites, las afectaciones en el cuerpo de las personas no pueden esperar plazos.

#### **1.4 Problema científico (pregunta de investigación)**

¿De qué forma la exigencia de trámites y otro tipo de formalismos, afectan el acceso pronto y oportuno con calidad y calidez al derecho constitucional a la salud en el estado boliviano, obstaculizando la aplicación de los principios de informalismo, integralidad y oportunidad?

#### **1.5 Objeto de estudio**

Análisis de los Formalismos Jurídicos que inciden en el acceso al Derecho a la Salud en el estado Boliviano, presentes en el marco legal boliviano en actual vigencia, que pueden afectar o vulnerar el derecho fundamental de acceso a la salud de la población de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política del Estado, Código de Seguridad Social, su Procedimiento y Reglamento, Ley 1152 "Hacia el Sistema Único de Salud" y sus decretos modificatorios.

#### **1.6 Objetivos**

##### **1.6.1 Objetivo general**

Explicar desde la perspectiva sociojurídica los efectos de la exigencia de trámites y otro tipo de formalismos en actual vigencia que conculcan el derecho constitucional a la salud en contradicción con los principios de integralidad y oportunidad en el estado boliviano tomando como estudio de análisis a la seguridad social.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Analizar el marco constitucional del derecho a la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia en lo referido al acceso universal a la salud.
- Interpretar a partir de la jurisprudencia del Tribunal constitucional Plurinacional la aplicación de los principios de Informalismo, Integralidad y Oportunidad, así como también los principios de atención pronta y oportuna del cuando se ejerza el derecho a la salud.
- Establecer si el derecho al acceso a la seguridad social de los trabajadores es un derecho natural o expectatio desde un punto de vista doctrinal en relación al acceso al derecho a la salud.
- Analizar la afectación que produce un trámite inconcluso o no realizado que se exige para acceder a servicios de salud con referencia a un derecho fundamental como la salud desde la perspectiva del principio de integralidad y oportunidad.
- Sintetizar medios o alternativas por los cuales se puede subsanar los pendientes administrativos que requieren los establecimientos de salud sin negar o interrumpir las atenciones en salud.

### **1.7 Hipótesis o idea a defender**

La investigación tiene como objetivo principal demostrar que los formalismos jurídicos presentes en Bolivia constituyen un obstáculo significativo para el acceso pleno y equitativo al derecho a la salud. Se defenderá la idea de que la existencia de formalismos innecesarios o excesivos en el marco jurídico relacionado con la salud contribuye a la desigualdad en el acceso a servicios médicos, afectando de manera desproporcionada a personas que requieren atención médica de urgencia o en situaciones socioeconómicas desfavorables. Se argumentará que la identificación y reducción o eliminación de estos formalismos son fundamentales para garantizar que la legislación y los procedimientos sean más accesibles, eficientes y acordes con la protección efectiva del derecho a la salud para todos los ciudadanos bolivianos.

La investigación, al ser un análisis científico y metodológico de la problemática buscará realizar la síntesis de los mecanismos que permitan a la población ejercer de manera más afecta su derecho a la salud haciendo que los entes administrativos de salud no les puedan negar el acceso a los servicios de salud y respaldar una propuesta a la problemática planteada mediante un análisis exhaustivo de las normativas pertinentes, evaluando cómo los formalismos jurídicos administrativos impactan concretamente en el acceso a la atención médica. Se propondrán recomendaciones concretas orientadas a la modificación y

optimización de la legislación y procedimientos, con el fin de superar los obstáculos identificados y promover un sistema de salud más inclusivo y equitativo en Bolivia.

## **1.8 Justificación**

La elección del tema de investigación responde a una serie de razones sustanciales que no solo confieren sentido académico, sino que también reconocen la urgencia de abordar una problemática que tiene implicancias significativas en el bienestar y los derechos fundamentales de la población boliviana. Es relevante ya que la salud es un derecho humano fundamental, y el acceso equitativo a servicios médicos de calidad es esencial para el bienestar de la sociedad. En Bolivia, la presencia de formalismos jurídicos en el ámbito de la salud ha sido una preocupación persistente y, en muchos casos, se ha señalado como una barrera para el acceso efectivo a la atención médica. Esta investigación aborda directamente la situación, buscando comprender cómo estos formalismos afectan a diferentes segmentos de la población, especialmente a aquellos en situaciones socioeconómicas desfavorables o en áreas geográficas remotas.

La investigación contribuirá al cuerpo teórico existente en derecho y salud al explorar y analizar en profundidad los formalismos jurídicos específicos que inciden en el acceso a la salud en Bolivia. Se aspira a desarrollar un marco teórico que permita comprender la intersección entre la normativa legal y los desafíos prácticos en la prestación de servicios de salud.

La metodología de investigación incluirá la recopilación y análisis de datos empíricos con el objetivo de proporcionar una visión concreta de cómo los formalismos jurídicos impactan la vida de los ciudadanos bolivianos. Se examinarán casos prácticos, se realizarán entrevistas a profesionales de la salud, pacientes y funcionarios gubernamentales, y se analizarán documentos legales y administrativos para obtener una comprensión holística de la problemática.

La tesis busca identificar las desigualdades y posibles discriminaciones en el acceso a la salud derivadas de los formalismos jurídicos. Al evidenciar estas barreras, se contribuirá a la concienciación pública y se sentarán las bases para posibles reformas legales y políticas que promuevan la equidad en el sistema de salud boliviano.

Los resultados obtenidos proporcionarán una base para la formulación de recomendaciones específicas, tanto a nivel legislativo como administrativo, con el propósito de mitigar los efectos negativos de los formalismos jurídicos. Estas recomendaciones podrían traducirse en modificaciones a los cuerpos normativos y prácticas más eficientes y equitativas en el sistema de salud boliviano, mejorando el acceso a la atención médica y contribuyendo al bienestar general de la población.

## 1.9 Diseño metodológico (estrategia metodológica)

Objetivo Específico 1: Analizar el Marco Constitucional del Derecho a la Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia en lo Referido al Acceso Universal a la Salud.

Fuentes:

Constitución Política del Estado de Bolivia.

Leyes, decretos y reglamentos relacionados con el sistema de salud.

Método:

Revisión documental.

Análisis jurídico.

Técnicas:

Análisis de contenido de la legislación.

Identificación de principios y derechos constitucionales relevantes.

Procedimientos:

Identificación de fuentes de derecho pertinentes.

Análisis comparativo de principios constitucionales con estándares internacionales.

Resultados Esperados:

Descripción detallada del marco constitucional en relación con el acceso universal a la salud en Bolivia.

Objetivo Específico 2: Interpretar a partir de la jurisprudencia del Tribunal constitucional Plurinacional la aplicación de los principios de Informalismo, Integralidad y Oportunidad, así como también los principios de atención pronta y oportuna del cuando se ejerza el derecho a la salud.

Fuentes:

Jurisprudencia del Tribunal Constitucional Plurinacional (TCP).

Método:

Análisis jurisprudencial.

Estudio de casos.

Técnicas:

Análisis de sentencias del TCP.

Identificación de principios aplicados en casos específicos.

Procedimientos:

Recopilación de jurisprudencia relevante del TCP.

Identificación de casos relacionados con el derecho a la salud.

Análisis detallado de principios aplicados en cada caso.

Resultados Esperados:

Interpretación clara de cómo el TCP aplica los principios de informalismo, integralidad y oportunidad en casos de ejercicio del derecho a la salud.

Objetivo Especifico 3: Establecer si el derecho al acceso a la seguridad social de los trabajadores es un derecho natural o expectatio desde un punto de vista doctrinal en relación al acceso al derecho a la salud.

Fuentes:

Constitución Política del Estado.

Norma de Seguridad Social

Jurisprudencia del Tribunal Constitucional Plurinacional (TCP).

Método:

Revisión documental.

Análisis jurídico.

Técnicas:

Análisis de contenido de la legislación.

Identificación de principios y derechos constitucionales relevantes.

Procedimientos:

Identificación de fuentes de derecho pertinentes

Resultados Esperados:

Interpretación clara de cómo constitucionales y la norma específica determinan si el derecho al acceso a la seguridad social de los trabajadores es un derecho natural o expectatio.

Objetivo Especifico 4: Analizar la afectación que produce un trámite inconcluso o no realizado que se exige para acceder a servicios de salud con referencia a un derecho fundamental como la salud desde la perspectiva del principio de integralidad y oportunidad.

**Fuentes:**

Leyes y reglamentos de salud.

Casos judiciales y jurisprudencia.

**Método:**

Análisis jurídico y sociológico.

Estudio de casos.

**Técnicas:**

Análisis de contenido de normativas y jurisprudencia.

Entrevistas a personas afectadas.

**Procedimientos:**

Identificación de trámites requeridos para acceder a servicios de salud.

Análisis de casos de trámites inconclusos o no realizados.

**Resultados Esperados:**

Descripción detallada de la afectación causada por trámites inconclusos o no realizados en relación con el derecho a la salud.

Objetivo Específico 5: Sintetizar medios o alternativas por los cuales se puede subsanar los pendientes administrativos que requieren los establecimientos de salud sin negar o interrumpir las atenciones en salud.

**Fuentes:**

Leyes y reglamentos de salud.

Casos judiciales y jurisprudencia.

**Método:**

Análisis jurídico y sociológico.

Estudio de casos.

**Técnicas:**

Análisis de contenido de normativas y jurisprudencia.

**Procedimientos:**

Identificación de soluciones o trámites alternativos que facilitan el acceso a servicios de salud.

Análisis de casos de trámites inconclusos o no realizados y la forma en que se subsanaron.

Resultados Esperados:

Sinterización de medios o alternativas por los cuales se puede subsanar los pendientes administrativos que requieren los establecimientos de salud sin negar o interrumpir las atenciones en salud.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Marco teórico y referencial**

#### **2.1.1 Conceptos generales**

El derecho a la salud es una parte fundamental de los derechos humanos por cuanto es importante para llegar a lo que se entiende por una vida digna. De la misma manera también se considera como el derecho a disfrutar del nivel más alto posible en salud física y mental, mismo que es relativamente nuevo.

El Derecho a la Salud es un tema de debate que cobro relevancia desde que tuvo lugar la Pandemia por el COVID-19, misma que develó las debilidades de los sistemas de salud en el mundo, desde el análisis de personal, equipamiento e insumos hasta el análisis de la norma que protege el derecho a la salud y por consiguiente el derecho al acceso a este derecho por lo que es necesario realizar el análisis de los formalismos jurídicos que inciden en el acceso al derecho a la salud en Bolivia, considerando especialmente los subsistemas de salud público y de seguridad social. Esta revisión conceptual se estructurará en torno a los siguientes elementos clave: la conceptualización del derecho a la salud, el marco legal que lo respalda en Bolivia, la estructura y funcionamiento de los subsistemas de salud público y de seguridad social, y la influencia de los formalismos jurídicos en el acceso a estos servicios.

El derecho a la salud se consolida como un derecho fundamental en la mayoría de las constituciones y tratados internacionales de derechos humanos. Este derecho comprende el acceso a servicios médicos, medicamentos, atención preventiva y curativa, así como la garantía de condiciones que aseguren un nivel de vida adecuado para el bienestar general de la población.

En Bolivia, el derecho a la salud está consagrado en la Constitución Política del Estado, que reconoce la salud como un derecho irrenunciable. Además, diversos instrumentos legales y reglamentarios delimitan la estructura y operación de los subsistemas de salud público y de seguridad social.

Bolivia, como muchos países, enfrenta el desafío constante de proporcionar servicios de salud accesibles y eficaces a su población. En este contexto, el subsistema de salud público juega un papel crucial como proveedor primario de atención médica para una gran parte de los bolivianos. Este ensayo busca explorar y analizar en profundidad el funcionamiento del sistema de salud público en Bolivia, examinando su organización, recursos, desafíos y perspectivas futuras.

El sistema de salud público en Bolivia está compuesto por una red extensa de establecimientos de salud y centros médicos, que abarcan desde hospitales especializados hasta centros de atención primaria. La responsabilidad de la administración recae principalmente en el Ministerio de Salud y Deportes. Esta estructura se ha diseñado para brindar una cobertura integral que incluye servicios preventivos, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

### **2.1.2 Sistema de salud en Bolivia**

El sistema de Salud en Bolivia está compuesto por cuatro subsistemas en el país; estos subsistemas consideran los aspectos generales respecto de la medicina a nivel mundial pero que incorporan una novedad, el subsistema de medicina tradicional, misma que según el Ministerio de Educación del Estado Plurinacional de Bolivia (2023) como:

La medicina tradicional es una práctica ancestral que forma parte de la cultura y la identidad de los pueblos indígenas originarios campesinos de Bolivia. Esta medicina se basa en el conocimiento de las plantas, los animales, los minerales y los elementos naturales que tienen propiedades curativas o preventivas para la salud humana. Además, es importante recordar o conocer la normativa vigente relacionada a medicina tradicional de nuestro Estado Plurinacional de Bolivia, como ser la CPE, Ley 459 y el Decreto Supremo 2436. Estas normas reconocen y valoran la medicina tradicional como un derecho fundamental de los bolivianos y bolivianas, y establecen mecanismos para su protección, promoción y regulación. En este artículo, vamos a explicar brevemente en qué consisten estas normas y cómo benefician a la medicina tradicional y a sus practicantes (pág. 9).

Con la anterior aclaración ya se puede precisar que el Sistema de Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia se compone de cuatro Sub Sistema es que son:

- Sub Sistema Público de Salud.
- Sub Sistema de la Seguridad Social.
- Sub Sistema Privado.
- Sub Sistema de Medicina Tradicional.

De los sistemas mencionados se tiene que entender que dos sub Sistema es que son de libre y voluntario Acceso que son el Sub Sistema Privado y Sub Sistema de Medicina Tradicional que se acuerdo a su naturaleza son de acceso voluntario y que cada persona o grupo familiar que acuda a estos deben tener en cuenta que pueden acceder a los otros sub Sistemas es de acuerdo a las condiciones que se describirán más adelante y, si en caso, optan por acudir a los Sub Sistema Privado y Sub Sistema de Medicina Tradicional deben correr con los gastos, consideración principal a la hora de acudir a los servicios de salud en

general y que en estos casos corren por cuenta de cada persona que opta por los servicios en estos sub Sistema.

Por el Contrario de los principales y por consiguiente mas grandes sub Sistema es de salud que son Sub Sistema Público de Salud y el Sub Sistema de la Seguridad Social.

### **2.1.3 Análisis de los niveles de categorización de los establecimientos de salud en Bolivia**

El sistema de salud en Bolivia se organiza en distintos niveles de atención que categorizan a los establecimientos de salud según su capacidad resolutive o nivel de complejidad para prestar servicios, depende de su capacidad tecnológica y el nivel de especialización del personal que tiene a disposicion. Esta categorización es fundamental para realizar una distribución de responsabilidades así como la asignacion de recursos oara así garantizar un acceso ordenado y equitativo a los servicios de salud, así como para la planificación y gestión del sistema de salud en su conjunto. Por lo que a fin de realizar un analisis integral sobre el derecho a la salud y el acceso a estos servicios es necesario que se haga un analisis sobre los niveles de atencion en salud en el estado Boliviano.

#### **2.1.4 Primer nivel de atención**

El nivel primario de atención es el primer punto de contacto del individuo con el sistema de salud y se enfoca en la atención integral y continua. Este nivel tiene como objetivo principal la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el tratamiento de afecciones comunes y crónicas. Los establecimientos de salud en este nivel incluyen centros de salud, puestos de salud y consultorios médicos de atención primaria, que están distribuidos en todo el país, con una mayor concentración en áreas rurales y periurbanas.

#### **2.1.5 Segundo nivel atención**

El nivel secundario de atención se caracteriza por la prestación de servicios médicos más especializados que los disponibles en el nivel primario. Este nivel se encarga del diagnóstico y tratamiento de enfermedades más complejas que no pueden ser resueltas en el primer nivel, y a menudo implica la referencia de pacientes desde el nivel primario.

Los hospitales generales y los hospitales de segundo nivel forman parte del nivel secundario. Estos establecimientos están equipados con tecnología diagnóstica y terapéutica de mediana complejidad y cuentan con especialistas en áreas como pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general. Además de consultas especializadas, los hospitales de segundo nivel pueden realizar procedimientos quirúrgicos, hospitalizaciones de mediana complejidad y atender emergencias más graves que las manejadas en el nivel primario.

### **2.1.6 Tercer nivel de atención**

El nivel terciario de atención incluye establecimientos de salud altamente especializados que proporcionan atención médica de alta complejidad. Este nivel está diseñado para tratar condiciones médicas graves y complejas que requieren tecnologías avanzadas y la intervención de equipos multidisciplinarios de especialistas.

Los hospitales de tercer nivel, que incluyen hospitales, centros de especialidades, son parte de este nivel. Estos establecimientos están equipados con tecnología avanzada, como unidades de cuidados intensivos, centros de tratamiento oncológico, neurocirugía, cardiología intervencionista y trasplantes de órganos.

El personal de los hospitales de tercer nivel es altamente especializado, incluyendo cirujanos especializados, oncólogos, cardiólogos, neurocirujanos, especialistas en medicina nuclear, intensivistas y otros. Además, estos hospitales suelen estar involucrados en la formación de nuevos profesionales de la salud y en investigaciones médicas.

### **2.1.7 Articulación entre niveles y el sistema de referencias**

El sistema de salud boliviano está diseñado para operar de manera articulada entre los distintos niveles de atención, lo que se logra a través del sistema de referencia y contrarreferencia. Este sistema es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el nivel correcto según la complejidad de su condición.

El proceso ideal es que los pacientes comiencen en el nivel primario, donde se maneja la mayoría de los problemas de salud comunes. Si el caso requiere mayor complejidad, el paciente es referido al nivel secundario, y eventualmente al terciario si es necesario. Sin embargo, en la práctica, el sistema de referencia a menudo enfrenta obstáculos, como la falta de comunicación entre los establecimientos de diferentes niveles, la burocracia excesiva y la desconfianza de los pacientes en el nivel primario, que a menudo buscan atención directamente en los hospitales de tercer nivel, contribuyendo a su saturación.

La falta de una coordinación efectiva entre los niveles de atención provoca ineficiencias significativas. Según datos del Ministerio de Salud (2021), el 40% de los pacientes que acuden a hospitales de tercer nivel podrían haber sido atendidos eficazmente en los niveles primario o secundario, lo que sobrecarga innecesariamente los recursos más especializados y costosos del sistema.

## **2.2 Sub sistema público de salud**

El Sub Sistema Público de Salud en Bolivia fue en esencia instituido en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia en su Art. 18.III, que fue desarrollado de forma progresiva en la Ley de Prestaciones Servicios de Salud Integral del Estado

Plurinacional de Bolivia de 30 de diciembre de 2013 el que se establecen sus principios, que son claramente desarrollados y definidos en la Ley N° 1152 que en su Art primero establece el objeto de la misma ley como:

La presente Ley tiene por objeto modificar la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito. (Estado Plurinacional de Bolivia, 2019, pág. 1)

Es decir se desarrolla de manera mas amplia y completa aumentando la cartera de servicios estableciendo la base de atencion gratuita e integral en los establecimientos de salud en sus diferentes caracterizaciones de acuerdo a nivel de complejidad en la atencion que requiera el usuario.

### **2.3 Acceso a los servicios del subsistema de salud publico**

Para entender a profundidad las dificultades que actualmente se tienen se debe entender cual es la forma de acceso en el Estado Boliviano en el Sub Sistema Publico.

El acceso a la salud en el subsistema público de salud en Bolivia es un tema complejo que se ha venido desarrollando de manera progresiva desde la puesta en vigencia de la Constitución Política del Estado de 2009, la implementacion tal como se realizo fue influenciado por diversos factores tales como son los económicos, geográficos, políticos incluso culturales. A continuación, se presenta una descripción detallada y extensa sobre este acceso:

#### **2.3.1 Estructura del subsistema público de salud**

El subsistema público de salud en Bolivia está compuesto por una red de hospitales, centros de salud y postas sanitarias todos llamados como establecimientos de salud que están distribuidos en todo el territorio nacional. Estas instituciones están bajo la gestión del Ministerio de Salud y Deportes, los servicios departamentales de salud (SEDES), y en menor medida, los municipios. Todo esa estructura distribuida a los diferentes niveles de gobierno del estado de acuerdo a los establecido en la Ley N° 031 Mraco de Autonomias El subsistema público es el que tiene el mayor numero de poblacion beneficiaria y por lo tanto es el mayor proveedor de servicios de salud en Bolivia, especialmente en áreas rurales y poblacion economicamente mas vulnerable.

### 2.3.2 Acceso y beneficiarios

El acceso a los servicios de salud pública en Bolivia se caracteriza por su universalidad. Los ciudadanos bolivianos tienen derecho a recibir atención médica primaria de forma gratuita, lo que ha permitido una cobertura más amplia, especialmente en comunidades rurales y áreas de bajos recursos. La estrategia de atención primaria se centra en la prevención y tratamiento de enfermedades comunes, buscando abordar las necesidades básicas de salud de la población.

A pesar de los esfuerzos significativos, el sistema de salud pública en Bolivia se enfrenta a diversos desafíos. La disponibilidad y distribución desigual de recursos, la escasez de personal médico en algunas áreas y la falta de infraestructura en zonas remotas son obstáculos que afectan la efectividad del sistema. Además, los trámites burocráticos y la complejidad administrativa pueden generar barreras para el acceso fluido a los servicios de salud.

En los últimos años, Bolivia ha implementado varias políticas destinadas a mejorar la calidad y accesibilidad de la atención médica. La creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 2019 fue un paso significativo hacia la consolidación de un sistema más equitativo y eficiente. El SUS tiene como objetivo garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad, independientemente de la capacidad económica de los pacientes.

Otro aspecto clave del sistema de salud público boliviano es la participación comunitaria y la descentralización. Se han implementado programas que buscan involucrar a la comunidad en la gestión de la salud local, fomentando la responsabilidad compartida y la toma de decisiones a nivel comunitario. Esta descentralización tiene como objetivo acercar los servicios de salud a las poblaciones más alejadas y fortalecer la atención primaria.

La pandemia del COVID-19 puso en evidencia las debilidades del subsistema público de salud en Bolivia ya que se vio rápidamente sobrepasado por la demanda, revelando la falta de infraestructura, personal, y decimiento se insumos además de su capacidad general para dar respuesta en situaciones de emergencia sanitaria.

Es por eso que se pueden detectar dos efectos a raíz de la pandemia, la población conoció más de los beneficios del sub sistema público de salud por lo que la demanda no tuvo un descenso junto con la pandemia, sino que la población de manera constante requiere servicios por lo que se vio que la demanda ha ido en aumento por lo que hubo esfuerzos para mejorar la capacidad del sistema, incluyendo la ampliación de hospitales, la contratación de personal adicional, y la implementación de programas de vacunación masiva por lo que el acceso a este sub sistema de salud es.

Por lo que es importante señalar la importancia del Derecho a la Salud y el acceso a los servicios para ejercer el mencionado derecho. Todas las Postas Sanitarias, Centros Integrales de Salud, Hospitales de Segundo y Tercer Nivel que se han ido contruyendo o puesto en funcionamiento, sumandos todos de acuerdo a informacion del Ministerio de Salud y Deportes (2023) Ministerio de Salud y Deportes hacen un total de 3.382 Establecimientos de Salud que al año 2023 realizan la cobertura a 10.169.501 (Veasé consolidado de poblacion beneficiaria) con datos poblacionales actualizados a la gestion 2023 lo cual significa que tiene mas de 79% de los establecimiento de Salud haciendo de este el sector más grande y por lo tanto más importante que notorimente cobro mas relevancia desde la pandemia por el COVID-19.

De acuerdo a lo establecido en la normativa vigente del Estado Plurinacion de Bolivia, (2019) la Ley N° 1152, se establece en su Artículo 5, quienes son lo beneficiarios de este sistema de salud que son:

“Artículo 5. (Beneficiarios).

I. Son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el SubsectorPúblico de Salud:

a) Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la SeguridadSocial de Corto Plazo.

b) Las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos, de acuerdo a la presente Ley.

c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto;

2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva;

3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad;

4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años de edad;5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.

II. Los servicios de salud ofertados por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, se otorgarán de manera coordinada y complementaria.” (Estado Plurinacional de Bolivia, 2019, págs. 4 - 5)

Por lo que se entiende que pueden acceder al SUS y todas las prestaciones en salud los ciudadanos bolivianos y se tienen los requisitos para ser beneficiarios del Seguro Universal de Salud inclusive las personas que no sean bolivianos de acuerdo a los convenios que tiene en vigencia en Estado boliviano siempre y cuando no esten bajo el amparo de la Seguridad Social y por su puesto que opten por recibir estas atencion ya que como se mencionó antes, se puede acudir a servicios privados y de medicina tradicional.

Tomando en cuenta lo vertido líneas arriba se puede decir que el Subsistema es excluyente por lo que realiza la cobertura a aquellos que no cuenta con un seguro por cuenta propia y como beneficiario y que tampoco tenga la cobertura de un seguro que realice coberturas de manera preferente como es el caso del SOAT (Seguro Obligatorio Contra Accidentes de Tránsito).

### **2.3.3 Cobertura y equidad en el acceso**

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el derecho a la salud como un derecho fundamental y universal. En teoría, esto significa que todos los ciudadanos tienen derecho a acceder a servicios de salud gratuitos en el subsistema público de salud de acuerdo a la patología que presenta. Sin embargo, en la práctica, existen trabas significativas en la cobertura y por consiguiente una restricción en el acceso a los servicios de salud.

Esto se debe a una débil infraestructura en sistemas de información ya que, de manera somera se explica, que puede acceder cualquier ciudadano del estado boliviano que no tenga cobertura el subsistema de Seguridad Social pero se presentan problemas de orden administrativo y de información por lo cual no se puede acceder de manera oportuna a los servicios.

Otra gran barrera es la marcada diferencia en el acceso a servicios de salud entre el área urbana (ciudades) y el área rural y áreas dispersas de las ciudades en las cuales hay una marcada diferencia en el acceso a servicios de salud. Las zonas rurales, que albergan a una parte considerable de la población boliviana, enfrentan mayores dificultades debido a la dispersión geográfica, la escasez de personal de salud, y la falta de infraestructura adecuada. En contraste, las áreas urbanas que se encuentran con mejores condiciones y cuenta con establecimientos de salud con más equipamiento y personal los que les permite tener mejor acceso a servicios de salud.

Otro problema respecto del acceso a los servicios de salud y el ejercicio del derecho a la salud son los que tienen los grupos como las mujeres embarazadas, los niños, personas de la tercera edad, y las personas con discapacidad enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios de salud adecuados. Aunque existen programas específicos para atender a estos sectores, la implementación efectiva con un resultado que satisfaga la necesidad de atención es variable y a menudo depende de la ubicación en la que se encuentre ya que requieren de servicios especializados que no se encuentran en todos los establecimientos de salud.

Bolivia es un país de “Derecho Plurinacional” (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009, pag. 23) multicultural con una gran diversidad étnica y cultural. Estas características influyen en el acceso a los servicios de salud, especialmente para las poblaciones indígenas que residen en áreas rurales ya que las mismas prefieren continuar con la actividad agrícola y ganadera de manera artesanal conforme sus saberes y costumbres además de las barreras lingüísticas y las diferencias en la cosmovisión sobre la salud y la enfermedad al reconocer a las 36 diferentes naciones o pueblos indígenas originarios y campesinos, por la Constitución Política del Estado en actual vigencia pueden dificultar la comunicación entre pacientes y el personal de salud. A pesar de los esfuerzos para incorporar a médicos tradicionales y programas que coadyuben en el acceso a la salud y que los mismos sean bilingües, estos servicios aún no están plenamente integrados en el sistema de salud.

#### **2.3.4 Programas de salud y cobertura universal**

El Sistema Único de Salud (SUS), implementado de manera concreta en 2019, es un esfuerzo desde el estado por lograr una cobertura universal en salud. El SUS está diseñado para proporcionar atención médica gratuita a todos los bolivianos que no cuentan con un seguro de salud. Este sistema cubre una amplia cartera de servicios, desde atención primaria hasta intervenciones más complejas junto con medicamentos e insumos que estos requieren.

Si bien es cierto que, de manera general, las personas para acceder a los servicios de salud deben acudir a los establecimientos de salud y poder ser atendidos, las personas que habitan lejos de centros poblados y peor aun que son considerados parte de los grupos vulnerables tiene mayores dificultades inclusive pensando desde el traslado ya que requieren de apoyo y casos puntuales transportes especiales por lo que implementa programas con unidades de atención móviles que intentan llegar a las personas que no se pueden trasladar por diversos motivos al centro de salud en otros municipios y comunidades que si cuenta con estos servicios o inclusive a otro departamento.

A pesar de los avances, el SUS enfrenta retos importantes, como la falta de financiamiento que sea sostenible en el tiempo ya que los servicios de salud requieren inversión

en infraestructura inadecuada, equipamiento para las infraestructuras, contratación de personal capacitado y los insumos y medicamentos que se requieran para la atención de las necesidades de la población beneficiaria y actualmente está sostenido por el estado a través del T.G.N., Impuesto Directo a los Hidrocarburos (I.D.H.) y la recaudación que puedan hacer los distintos niveles del estado que tiene que financiar los servicios de acuerdo a competencias distribuidas.

### **2.3.5 Infraestructura y recursos humanos**

El subsistema público de salud en Bolivia sufre de una infraestructura deficiente y una distribución desigual de los recursos humanos. Muchas instalaciones de salud carecen de equipos médicos básicos esto sobre todo en el área rural, medicamentos esenciales, y condiciones adecuadas para la atención de pacientes.

Actualmente los establecimientos de Primer y Segundo Nivel, se encuentran dentro de las competencias de los Gobiernos Autónomos Municipales de acuerdo a lo establecido por el Estado Plurinacional de Bolivia (2010) en el Art. 81 III. 2. inc. c) que establecen de manera textual “Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.” (Estado Plurinacional de Bolivia, 2010, pág. 32).

De la misma manera los gobiernos departamentales tienen un nivel de atención asignada como ser los establecimientos de salud categorizados como centro de tercer nivel, dicha asignación se encuentra en el Art. 81 III. 1. inc. c) que establecen de manera textual: “Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel” (Estado Plurinacional de Bolivia, 2010, pág. 30)

La falta de personal especializado y en general la escasez de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud es un problema crónico, especialmente en áreas rurales ya que no todos quieren salir de la ciudad al área dispersa para ejercer la medicina y esta situación se ve agravada por la migración de profesionales de salud hacia el sector privado o fuera del país, en busca de mejores condiciones laborales.

## **2.4 Sub sistema de la seguridad social**

El Sub Sistema de Seguridad Social en Bolivia, a cargo de entidades como la Caja Nacional de Salud (CNS) y las entidades de seguros sociales, proporciona cobertura a trabajadores y sus familias. Este subsistema opera bajo regulaciones específicas que definen los derechos y obligaciones de los asegurados contenidas en esencia en el Código de Seguridad Social y las posteriores reformas de las que objeto.

Las cajas de salud se encuentran estructuradas a nivel nacional, con una gerencia y establecimientos en cada departamento, con presencia en todos los lugares donde tengan población asegurada.

Los beneficios nacen a partir del inicio de vínculo laboral de una persona natural ingresando como trabajador bajo dependencia de un empleador legalmente constituido que tiene como obligación afiliar a la empresa y por lo tanto a los trabajadores que ingresen a trabajar en esta a un ente gestor de salud o caja de salud.

Los formalismos en la seguridad social pueden manifestarse a través de requisitos para la afiliación, procedimientos para la obtención de prestaciones y otros trámites que, aunque buscan garantizar la sostenibilidad del sistema, pero que también podrían impactar negativamente en el acceso equitativo a la atención médica.

La aplicación de principios jurídicos como el de integralidad, oportunidad, atención pronta y oportuna, así como el derecho al acceso a la seguridad social, debe considerarse en la evaluación de formalismos jurídicos. Estos principios buscan garantizar un acceso equitativo y efectivo a servicios de salud, contrarrestando posibles barreras burocráticas.

El 23 de diciembre de 1949 se promulga la Ley del Seguro Social General con una normativa del 15 de noviembre de 1950 se atiende a los riesgos profesionales. Un año después se pone en aplicación el Decreto Ley del Seguro Social Obligatorio. Sin embargo, la Seguridad Social como disciplina nueva se aplica recién a partir del 14 de diciembre de 1956, a través de la promulgación del Código de Seguridad Social.

De acuerdo con el Decreto Supremo N°3561, aprobada el 16 de mayo de 2018, se crea la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo, cuya denominación es "ASUSS", con la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la Seguridad Social de Corto Plazo, en base a sus principios, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social su Reglamento y normas conexas.

Su Naturaleza institucional la establece como una institución pública descentralizada, técnica y operativa, con personalidad jurídica y patrimonio propio, independencia administrativa, financiera, legal y técnica, bajo tuición del Ministerio de Salud. (Estado Plurinacional de Bolivia, 2018)

La principal atribución que tiene de manera general es la de regulación, fiscalización, supervisión y control de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, constituidos en el marco del Código de Seguridad Social o normas especiales en materia de seguridad social, las cuales son:

- Caja Nacional de Salud;
- Caja Petrolera de Salud;
- Caja de Salud de la Banca Privada;
- Caja Bancaria Estatal de Salud;
- Caja de Salud del Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas;
- Caja de Salud CORDES;
- Seguros Sociales Universitarios;
- Corporación del Seguro Social Militar;
- Seguro Integral de Salud.
- Seguros delegados.

A la fecha es esa institución que regula todos los entes gestores de la seguridad social corto plazo, entre ellos la caja nacional de salud. (Estado Plurinacional de Bolivia, 2018) y por consiguiente a las unidades descentralizadas que tienen las mismas a lo largo del país en las diferentes regiones en las que tiene presencia ya sea de manera directa o mediante convenios o compra de servicios.

De acuerdo a los datos que publicó la Autoridad De Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS, (2024) este Sub Sistema Cuenta con 355 Establecimientos de Salud con una población Asegurada de 1.689.484 personas aseguradas significando el 13% de la población que está cubierta por la Seguridad Social.

### **CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL**

Para abordar de manera correcta el tema se debe hacer unas precisiones respecto a particularidades que tiene el sistema de salud en general ya que si bien es cierto que el análisis que se hace es desde el punto de vista jurídico no se puede dejar de lado las definiciones que se tiene en las ciencias de la salud.

#### **3.1 Definición de conceptos clave**

Adscribir. – Cabanellas (1991) establece que es “Destinar, agregar a un apersona al servicio de un cargo o cuerpo” (pág. 17).

Se debe referir que si bien la definición es genérica sirve de guía para el término que se pretende utilizar que es el de Adscripción, que refiere a la vinculación de una persona a un centro específico o entidad dentro de una organización más amplia. En materia de salud, por ejemplo, una persona puede estar adscrita a un centro de salud específico o a un sistema de salud, lo que significa que ese será su punto de referencia para recibir atención médica. La adscripción no necesariamente implica que la persona esté afiliada a la organización en su totalidad, sino que tiene una relación específica con una parte de ella y que esta puede ser un beneficio sin generar una obligación.

Afiliación. – De Acuerdo a los Establecido por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS (2022) “Es el procedimiento administrativo de inscripción ante el Ente Gestor, para el reconocimiento de las prestaciones de la Seguridad Social de Corto Plazo.” (pág. 1).

En el caso de esta definición, si bien se expresa de manera clara, se debe adicionar además que es un procedimiento de carácter voluntario ya que si bien es un derecho corresponde para el ejercicio del mismo en el caso de la Seguridad Social ya que refiere el proceso mediante el cual una persona se inscribe formalmente en un sistema, como la seguridad social (valga la redundancia) o un sindicato, obteniendo derechos y obligaciones dentro de esa organización. Por ejemplo, al afiliarse a un seguro de salud, la persona pasa a ser miembro oficial y puede acceder a los beneficios que ofrece dicho seguro.

Asegurado. – Se tiene la siguiente definición realizada por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS (2022):

Es el trabajador Afiliado en un Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo con acceso a las prestaciones en especie y en dinero, que se encuentra sujeto al campo de aplicación del Código de Seguridad Social y normas conexas. (pág. 1)

De la misma manera es un término más comúnmente utilizado en materia de seguros y, al tenor de lo expuesto se debe hacer un análisis desde la seguridad social como la

persona que es beneficiaria del seguro o de la cobertura del mismo seguro, pero, que no necesariamente es el titular del derecho, sino que más bien expresa un vínculo entre los entes que realizan las prestaciones ya sean en dinero o especie y los que reciben el beneficio que no solo son los beneficiarios.

Beneficiario. - Se tiene varias concepciones de la palabra, esto sobre todo porque dependiendo la forma y la materia en la que se utiliza, puede tener significados similares, pero con sustanciales diferencias.

Se utiliza la palabra beneficiario y se la define (como ya se había señalado antes) de acuerdo a lo establecido por la Ley del Estado Plurinacional de Bolivia (2019) como “Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo” (pág. 4)

Se tiene también un aporte de (Cabanellas, 1991) que en su obra, Diccionario Jurídico Elemental conceptualiza este significado como:

En materia de Seguros: “Persona a quien beneficia o favorece in contrato de seguro, especialmente de los llamados de vida o supervivencia. En ocasiones el que paga las primas; y, por lo general, un tercero designado en la misma póliza”. (pág. 34)

En materia laboral: “Con relación a los accidentes de trabajo, son beneficiarios, en caso de incapacidad, el propio trabajador que haya padecido el infortunio; y en el supuesto de muerte, los causahabientes de la víctima”. (pág. 34)

En materia de Seguridad Social la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS (2022) Autoridad de Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS plasma una definición de la palabra en el Reglamento de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación para la Seguridad Social de Corto Plazo promulgada en 2022 que de manera textual dice: “Los miembros de la Familia del asegurado, protegidos por las disposiciones del Código de Seguridad Social y normas conexas”. (pág. 2).

Las anteriores definiciones nos dicen que la palabra Beneficiario, hace referencia que una persona recibe un beneficio en razón de la decisión de una persona en circunstancias que deben cumplirse, beneficio que se asigna por decisión de una persona o de una disposición legal que le da esa calidad hasta que se cumpla el objeto de la norma, así mismo su naturaleza y condición de la misma no depende de sí mismo (como es el caso de los trabajadores que son titulares de seguro), por lo que el beneficio que se obtiene o puede ser obtenido no es transferible por decisión propia.

Por lo que se puede concluir que los beneficiarios solamente los receptores de un beneficio que se les asigna sin que sean solicitados pero que pueden decidir recibirlos o no.

Prestaciones. – Definición realizada por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS (2018) que de manera textual dice:

Son otorgadas por los Entes Gestores de Corto Plazo en especie y en dinero para proteger la salud de los riesgos y contingencias que pudiere causar daño al titular del derecho y su grupo familiar: i) En especies son los servicios necesarios para proteger la salud, como ser los programas de educación, prevención, la atención médica, farmacéutica, exámenes complementarios, hospitalización y otros, ii) En dinero: Los subsidios por incapacidad temporal que se otorga a los asegurados y otros. (pág. 6)

Esta definición es la que determina cual es la obligación sustantiva de los seguro o cajas de salud en el Estado Boliviano, si bien fue implementado por al Código de Seguridad Social de 1956, el mismo subiste hasta la fecha.

Estos entes gestores de salud (como se los conoce ahora) tienen la obligación indeclinable de prestar atención en salud (atenciones médicas, medicamentos, laboratorios, etc) y subsidios de carácter monetario, este es el espíritu de la norma y de los reglamentos que regulan de manera ciertos aspectos del funcionamiento de los mismos. Pero que sin embargo a la fecha se han convertido en mecanismos para negar el acceso a las personas aseguradas.

Seguridad Social. - De acuerdo a Cabanella (1991),:

De acuerdo a la O.I.T. (Organización Internacional del Trabajo) la Seguridad Social se define como la cobertura de los infortunios sociales de la población, de la misma manera hace mención a la Declaración de Santiago de Chile de 1942 en la que proclama que el deber de la Seguridad Social como “la seguridad social debe promoverlas medidas destinadas a aumentar las posibilidades de empleo; o mantenerlo en un alto nivel, a incrementar la producción y las rentas nacionales y distribuir las equitativamente y a mejorar la salud, alimentación, vestuario, vivienda y educación general y profesional de los trabajadores y de sus familias”. (pág. 291).

Es decir que es modelo por el cual se pretender cuidar de alguna manera al capital humano, protegiendo la salud pero también la economía, entendiéndose que el trabajador forma parte de la cadena productiva generando riqueza para si mismos, el empleador y el estado.

Seguro. - De acuerdo al autor Cabanellas (1991) significa:

Por antonomasia en lo jurídico, seguro es un contrato aleatorio, por el cual una de las personas (el asegurador) se compromete a indemnizar los riesgos que otra (el asegurado) sufra, o a pagarle determinada suma a este mismo o a un tercero (el

beneficiario) en caso de ocurrir o no ocurrir el acontecimiento que trate a cambio del pago de una prima en todo caso. / Obligatorio. El establecido imperiosamente por una ley para determinada categoría de personas: los empresarios por los riesgos profesionales de sus trabajadores, el de los pasajeros de los ferrocarriles, el de maternidad para las obreras y empleadas, el de enfermedad en algunas naciones, entre otros. / Sobre la Vida. Contrato conforme al cual el asegurador se compromete a entregar al asegurado (el que paga la prima), o al beneficiario que éste designe, un capital o renta al realizarse el acontecimiento determinado o durante el plazo previsto; se toma generalmente como momento decisivo la muerte o supervivencia del asegurado, ésta a partir de cierta fecha. / Social. Cada uno de los que abarcan los riesgos a que se encuentran sometidas ciertas personas, principalmente los trabajadores, a fin de mitigar al menos, o de reparar siendo factible, los daños, perjuicios y desgracias de que puedan ser víctimas involuntarias, o sin mala fe en todo caso. Generalmente se instituye el seguro social por el Estado, ya sea él quien lo costee en parte y lo dirija, ya lo imponga a las partes patronal y trabajadora, con la mira de proteger a los expuestos a padecer en su persona o en su patrimonio los riesgos provenientes de la actividad profesional. (pág. 291).

El autor desarrolla ampliamente el concepto y estas tienen una deficiencia que es similar pero que, de acuerdo a el ámbito al que se refiere, logra otorgarle características que determinan con precisión a lo que se sefieren.

Por lo que se puede entender de que el seguro solamente aplica en materia de seguridad social dado que, el SUS (Sub Sistema Público o Sistema Universal de Salud) es un beneficio que tienen todas las personas que no se encuentren dentro del Sub Sistema de Seguridad Social, y siendo este último un seguro que tiene las características que son, grosso modo; tiene fecha de inicio y caducidad, no es universal, solo acceden aquellos por lo que se paga prima, tiene condiciones para su cobertura y pretende mitigar el impacto de los gastos por enfermedad en la economía del asegurado.

Vigencia De Derecho. – Siendo esta definición únicamente aplicada en materia de seguridad social, la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS (2018) de la siguiente manera:

El o la trabajador(a) que ha recibido el "Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador", tiene derecho a recibir las prestaciones en especie y en dinero en los seguros de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales.

I. El derecho a dichas prestaciones se activa con la afiliación y el pago de aportes, conforme a normas legales, derecho que estará vigente hasta la fecha de

conclusión de la relación laboral, comunicada por el empleador en el formulario del Ente Gestor, de "Aviso de Baja del Trabajador".

II. La vigencia del derecho del asegurado voluntario, como del asegurado perteneciente a grupos incorporados por normas especiales se activa con los aportes y afiliación, exceptuando las prestaciones en dinero. (pág. 14).

Por lo cual para nuevamente se debe hacer énfasis en que es un término, que genera derechos, deberes y obligaciones dentro del Sub Sistema de Seguridad Social, siendo este un período que inicia y que finaliza en determinadas condiciones o al cumplimiento de ciertos requisitos, mismos que en su momento quizás fueron necesarios que el cambio de normas superiores y la implementación de la tecnología han hecho que sean cada vez más obsoletos.

## **3.2 Marco contextual**

### **3.2.1 Carácter social del derecho a la salud en los sub sistemas público y de seguridad social en Bolivia**

Desde las fuentes que crean los sistemas de salud, pasando por los conceptos hasta aplicarlos y razonarlos en el contexto que nos toca vivir, las normas que protegen el acceso a la salud contenidos en la constitución hasta los cuerpos normativos específicos y los subsistemas que son objeto de estudio en el presente trabajo de investigación, son indudablemente de carácter social.

Tanto el Sub Sistema Público, como el Sub Sistema de Seguridad Social pretenden dar una cobertura de atenciones médicas a la población que se beneficia de este régimen normativo a objeto de precautelar la salud, más aun en el contexto actual, en Bolivia desempeñan un papel crucial en la protección y el bienestar social de la población. Estos sistemas son fundamentales para garantizar el acceso a servicios de salud esenciales, especialmente en un país donde las desigualdades sociales y económicas son marcadas.

El subsistema público de salud en Bolivia es el paraguas de protección más amplio y accesible del sistema de salud. Su carácter social se manifiesta en su misión de proporcionar servicios de salud gratuitos y universales a toda la población, sin importar su capacidad de pago, ya que en realidad no exige que se hagan. Esto incluye desde atención primaria, vacunación, y promoción de la salud, hasta servicios más complejos como hospitalización y cirugía.

En la práctica, este subsistema busca reducir las barreras económicas y geográficas que limitan el acceso a la salud, especialmente para los sectores económicamente más vulnerables, como las personas de bajos recursos, las comunidades campesinas del área rural y los pueblos indígenas. La implementación del Sistema Único de Salud (SUS) en 2019

reforzó este carácter social al ampliar la cobertura y eliminar el pago directo por servicios en el sector público buscando cumplir con el derecho a la salud como un derecho humano fundamental y constitucional garantizando que ninguna persona sea excluida de recibir atención médica por razones económicas.

El subsistema de seguridad social en Bolivia tiene un carácter dual, como ya se mencionó antes, es un sistema de protección para los trabajadores como un subsistema de salud que brinda cobertura médica a sus afiliados y sus familias. Este subsistema es financiado a través de los aportes mensuales de empleadores (en Bolivia), este sistema no solo protege la salud de los trabajadores que depende de empleadores formalmente establecidos, sino que también les ofrece protección frente a contingencias como la enfermedad, la maternidad, la invalidez, y la vejez. En este sentido, actúa como una red de seguridad más especializada y enfocada en un grupo específico de la población, pero con un impacto significativo en la estabilidad social y económica de los que se benefician de las bondades de este régimen normativo.

A pesar de su relativa solidez, el subsistema de seguridad social también enfrenta desafíos, uno de los más grandes como la gestión administrativa, ya que se realiza prácticas de control administrativos que seguramente era necesarios para el año en el que se creación, de manera precisa al año 1956 fecha en la cual se promulga el Código de Seguridad Social y su respectivo Reglamento, pero han pasado más de 50 años y por sobre todo, en ese tiempo la creación de una máquina que ha revolucionado por completo la vida en nivel mundial, la computadora, más aun la conexión a internet, por lo cual son tecnologías que se deberían implementar a fin de facilitar la vida, y en el particular, la atención a la población asegurada a las caja de salud que pertenecen al Sub Sistema de Seguridad Social y más bien se ha ido en sentido contrario ya que, dichos mecanismos en lugar de ser mecanismos que brinden seguridad, se han convertido en trabajos administrativas que más bien, perjudican a la persona que requiere atenciones médicas.

En el contexto actual, marcado por las secuelas de la pandemia de COVID-19 y la crisis económica que ha marcado el ultimo tiempo, ambos subsistemas enfrentan el reto de adaptarse y mejorar la capacidad de respuesta. La pandemia evidenció las debilidades estructurales del sistema de salud en su conjunto, pero también subrayó la importancia de mantener y fortalecer estos sistemas de protección social.

## **CAPÍTULO IV. MARCO JURÍDICO**

### **4.1 Norma Internacional Referida Al Derecho A La Salud**

A nivel internacional, por primera vez se tiene la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), (1946), en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". (pág. 1).

De la misma manera este derecho es mencionado por la Organización de la Naciones Unidas ONU (1948) en la Declaración Universal de Derechos Humanos se menciona al Derecho a la Salud que formaría parte del derecho a un nivel de vida adecuado (pág. 6) al igual que lo mencionado en el Art. 10 del protocolo de San Salvador.

Por lo que en el contexto internacional se considera la salud como parte de la carpeta de derechos de las personas y, al ser, el derecho a la reconocido y protegido en diversos instrumentos internacionales. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador y la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son documentos clave que a nivel internacional posicionan este derecho. Estos instrumentos subrayan no solo la importancia del acceso a la salud, sino también la responsabilidad de los Estados parte en garantizar que todos los individuos puedan ejercer este derecho de manera efectiva.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada en 1948, es uno de los primeros instrumentos internacionales que establece el derecho a la salud como un derecho fundamental al ser este un instrumento que emerge como medida para evitar otro conflicto como la Segunda Guerra Mundial. Aunque no menciona explícitamente la palabra el derecho a la salud, el Art. 25 asegura el derecho a un nivel de vida adecuado que incluye la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica (Organización de la Naciones Unidas ONU, 1948, pág. 1)

El Protocolo de San Salvador, adoptado en 1988 como parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, es un tratado más específico que aborda los derechos económicos, sociales y culturales en las Américas que tiene carácter vinculante. El Art. 10 de este protocolo reconoce explícitamente el derecho a la salud, definiéndolo como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Además, subraya la obligación de los Estados de proporcionar servicios de salud adecuados y de garantizar condiciones que promuevan la salud, como una nutrición adecuada, vivienda y saneamiento. Por lo que se podría decir que este instrumento normativo enfatiza que el derecho a la salud y que este no

solo implica la prestación de servicios médicos, sino también la creación de condiciones que permitan una vida saludable y por supuesto los mecanismos que permitan el acceso a estas condiciones.

Por su parte, la Constitución de la OMS, adoptada en 1946, es otro pilar que debe considerar en la construcción del derecho a la salud a nivel internacional. Este documento declara que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La OMS no solo define la salud como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Además, la OMS se centra en la responsabilidad de los gobiernos de garantizar que los servicios de salud sean accesibles a todos los individuos, subrayando el principio de equidad en el acceso a la atención sanitaria.

A través de la revisión y consideración de estos instrumentos, queda claro que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental que impone obligaciones específicas a los Estados, no solo garantizar que existan servicios de salud accesibles y de calidad, sino también crear las condiciones sociales y económicas que permitan a sus ciudadanos acceder a estas condiciones y así poder disfrutar de una vida sana.

Además, estos instrumentos subrayan que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos humanos, como el derecho a la vida, a la igualdad, y a la no discriminación que son los criterios básicos para que los estados garanticen el acceso a los servicios requeridos de acuerdo a los sistemas que se tengan.

#### **4.2 Marco Constitucional Boliviano En Materia De Derecho A La Salud Y Análisis**

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia consagra el Derecho a la Salud, algo que ya se encontraba establecido en la C.P.E. de 1955 en su inciso Art. 7, como primer inciso, esta estructura seguramente adopto la tendencia que se tenía en la post guerra, sin embargo a 2009 se hace un progreso en no solo catalogarla como un derecho, sino también establece los principios que tendrá el sistema de salud y los deberes que tendrá el estado que el Estado Boliviano, tal como se tiene en la obra de autoría de Lecoña & Quiroz (2016):

Artículo 9.

Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:

4. Garantizar el cumplimiento de los principios, valores, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución.

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo. (pág. 39)

Este artículo si bien no hace referencia de manera expresa a la salud, establece que los deberes y fines del estado, entre ellos garantizar el cumplimiento de los derechos reconocidos en la C.P.E., por lo que establece una guía clara para el gobierno del estado boliviano, orientando todas las políticas públicas hacia la creación de un Estado que promueva la justicia, la igualdad entre otros haciendo que las políticas públicas no pueden ser fragmentadas y estas deben orientarse al cumplimiento de la norma en vigencia, deben ser relacionadas y dirigidas para cumplir con su función de justicia social garantizando el acceso a los sistemas básicos que permitan a los ciudadanos el ejercicio de sus derecho y en el caso que se requiera, el cumplimiento de sus obligaciones.

Se tiene también el artículo 18 de la C.P.E. que de manera textual dice:

Artículo 18.

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. (Lecoña & Quiroz, 2016, págs. 62 - 63)

Este artículo establece que toda persona tiene derecho a la salud y subraya que el estado garantizará el acceso a los servicios de salud a través de políticas públicas que promuevan la inclusión social y la equidad. Establece que toda persona tiene derecho a la salud, lo cual subraya el carácter universal del derecho. Es decir, este derecho no se limita solo a los ciudadanos bolivianos, sino que se extiende a todas las personas dentro del territorio boliviano, independientemente de su situación legal o nacionalidad.

De igual manera se determina el rol del Estado como garante del acceso a la salud, obligandolo a implementar políticas públicas que aseguren que todos, sin excepción, puedan acceder a servicios de salud. Además, se prohíbe cualquier forma de exclusión o discriminación, lo que implica que la administración del Estado debe trabajar activamente para eliminar las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud a través de los mecanismos que tenga a disposición.

Se debe hacer especial énfasis a la mención de universal y equitativo refuerza que el sistema de salud debe estar disponible para todos, pero también subraya la necesidad de equidad por lo que el estado debe tomar en cuenta las diferentes necesidades y circunstancias de las personas que requieren los servicios de salud.

También se puede percibir el enfoque que se alinea con los principios internacionales de derechos humanos, donde el acceso a la salud es considerado un derecho básico y universal por lo que además se crea el sistema único de salud y que este además será gratuito, lo que implica que el Estado debe financiar el sistema de manera que no se requiera el pago directo de los usuarios al momento de recibir atención médica.

Otro artículo referido al derecho a la salud es:

Artículo 35.

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. (Lecoña & Quiroz, 2016, pág. 107)

En este artículo se establece que el estado tiene la obligación de garantizar y promover el acceso universal a los servicios de salud. Además, se menciona que la salud es un derecho fundamental y que la atención sanitaria debe ser gratuita y universal. Este artículo destaca la responsabilidad estatal de proveer servicios de salud sin discriminación alguna.

Finalmente se tiene lo establecido en el art. 39:

Artículo 39.

I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. (Lecoña & Quiroz, 2016, pág. 112)

El Artículo 39 tiene importantes directrices para las políticas de salud en Bolivia ya que la magnitud de la responsabilidad de garantizar un servicio de salud gratuito para millones de personas requiere de una gran planificación y por supuesto muchísimos recursos económicos. En primer lugar, requiere que el Estado desarrolle un sistema de salud que sea verdaderamente universal y garantice el acceso a este, esto significa que no solo debe haber servicios disponibles para todos, sino que también deben ser accesibles y adecuados para las necesidades específicas de diferentes poblaciones (niños, adultos mayores, trabajadores,

etc) que además deben integrar todos los subsistemas de salud, además, el artículo refuerza la necesidad de desarrollar un sistema de seguridad social que proteja a todos los ciudadanos, asegurando que nadie se vea privado de atención médica por falta de recursos económicos.

### **4.3 Base Jurídica Del Sub Sistema De Salud Público O S.U.S.**

#### **4.3.1 Ley N° 475, Ley De Prestaciones De Servicios De Salud 2013**

Esta ley, promulgada en 2013, establece los llamados principios rectores del sistema de salud en Bolivia, entre los cuales se tiene los principios de accesibilidad, integralidad, equidad, universalidad, participación social y solidaridad, de la misma manera establece los lineamientos para la organización, funcionamiento y financiamiento del sistema de salud. Misma que fue sujeta de una importante modificación en 2019.

La Ley N° 475 fue promulgada el 30 de diciembre de 2013, misma que responde a los artículos 18 y 35 de la C.P.E. en lo referido a un sistema único de salud, por lo que busca consolidar un sistema de salud más inclusivo y accesible para toda su población. Esta ley fue concebida para extender la cobertura de salud a los grupos más vulnerables, que no estaban cubiertos por ningún seguro social a corto plazo, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso gratuito a un conjunto de prestaciones de servicios de salud integral para mujeres embarazadas, niñas y niños menores de cinco años, personas con discapacidad y adultos mayores entre otros grupos en situación de vulnerabilidad que no estén cubiertos, como se mencionó, por un seguro social a corto plazo.

De la misma manera establece cuales serían la atenciones a las que estas personas pueden acceder, pudiendo ser; acceso a consultas médicas, vacunas, control de enfermedades comunes, y promoción de la salud, atención especializada de servicios médicos especializados, incluyendo hospitalización, cirugías, y tratamientos para enfermedades crónicas inclusive la provisión de medicamentos esenciales de manera gratuita para las patologías cubiertas.

El financiamiento de los servicios cubiertos por la Ley N° 475 proviene de recursos del Tesoro General de la Nación (TGN) que es la principal fuente de financiamiento para garantizar la gratuidad de los servicios, de igual manera y en medida de las competencias asignadas el financiamiento también corre por cuenta de las gobernaciones y municipios también contribuyen al financiamiento de los servicios de salud, en el ámbito de la atención primaria y secundaria ya que está en una competencia concurrente de todos los niveles de gobierno.

La Ley N° 475 representa un avance significativo hacia la universalización de los servicios de salud en Bolivia, especialmente para los grupos más vulnerables. Al garantizar la gratuidad de un amplio rango de servicios de salud, la ley contribuye a reducir las inequidades en salud y mejora el acceso a atención de calidad para sectores de la población previamente marginados. Sin embargo, su éxito depende de la capacidad del Estado para movilizar recursos, mejorar la infraestructura de salud y asegurar una implementación efectiva a nivel nacional.

#### **4.3.2 Ley No. 1152, Ley Del Sistema Único De Salud (SUS)**

Esta ley, aprobada en 2019, establece la creación del Sistema Único de Salud (SUS) nuevamente en cumplimiento de los artículos 18 y 35 de la C.P.E, que tiene como objetivo garantizar el acceso gratuito y universal a servicios de salud de calidad para todos los ciudadanos bolivianos. Establece la prestación de servicios de salud tanto a través de establecimientos públicos como privados, con financiamiento del Estado, otorgando diferentes competencias y responsabilidades a los distintos niveles del estado a través de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización Ley N° 031 que fue promulgada en 2010, establece los principios y mecanismos para la pero por sobre todo distribuye responsabilidades conforme la autonomía de los gobiernos departamentales, regionales en el ámbito de la salud.

La Ley N° 1152, promulgada el 20 de febrero de 2019, establece las bases para el Sistema Único de Salud (SUS) en Bolivia, marcando un hito en el sistema de salud del país con el objetivo principal de consolidar la implementación del Sistema Único de Salud (SUS), que garantiza el acceso universal y gratuito a servicios de salud para toda la población boliviana que no está cubierta por un seguro de salud a corto plazo. proporcionando atención médica integral y gratuita a toda la población boliviana y asegurar que los servicios de salud sean de calidad, accesibles y disponibles en todo el territorio nacional.

El Sistema Unico de Salud cubre una amplia gama de servicios de salud, incluyendo servicios básicos de salud, prevención, vacunación, atención en servicios de salud más complejos, como cirugías, hospitalización hasta la provisión gratuita de medicamentos esenciales necesarios para el tratamiento de las enfermedades cubiertas por el SUS.

Por lo que requiere fuentes de financiamiento, por lo que el Estado Plurinacional de Bolivia (2019) en la ley N° 1152 establece como fuentes de financiamiento a tres instancias, en el Art. 9 dice de manera textual:

Artículo 9. (FONDOS DEL TESORO GENERAL DE LA NACIÓN).

El Tesoro General de la Nación financiará los recursos humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud.

El financiamiento de los Productos en Salud correspondientes al Tercer y Cuarto Nivel de Atención, serán cubiertos con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación, conforme las políticas implementadas por el gobierno del Estado Plurinacional. (pág. 6)

Por lo que el Tesoro General de la Nación es la principal fuente de financiamiento, pero no es la única de la misma manera se en los artículos posteriores (arts. 10 y 11) también establece responsabilidad a los gobiernos departamentales, municipales e indígena originario y campesinos por lo que estos deben proveer los recursos en su presupuesto con la posibilidad de la generación de fondos propios constituyéndose este en el sistema de aportes de las entidades territoriales autónomas para apoyar la implementación y operación del SUS.

El SUS se organiza bajo una estructura coordinada y descentralizada bajo dependencia del ente rector en salud que es el Ministerio de Salud y Deportes como entidad que ejerce la rectoría en salud por lo que establece las políticas y programas que de manera general debe tener el SUS, así como la supervisión de su implementación en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) como encargados de la administración y gestión del SUS a nivel departamental, y por su puesto los gobierno municipales e indígena originario y campesinos asegurando la provisión de servicios en su respectiva jurisdicción. Todo esto a travez de las Redes de Servicios de Salud que son compuestas por establecimientos de salud de diferentes niveles (primer, segundo y tercer nivel) que operan de manera coordinada para ofrecer una atención integral y continua.

Todo esto con el fin de lograr el fortalecimiento del Sistema de Salud del Sub sistema Público de servicios de salud, mejorando la infraestructura, recursos humanos, y la provisión de insumos y medicamentos y mejorar la calidad de vida de la población boliviana.

#### **4.3.3 Guía Técnica Para La Atención Integral En El Sistema Único De Salud Del Estado Plurinacional De Bolivia**

Las anteriores normas que se encuentran catalogadas como Ley, son reforzadas con una norma nivel administrativo para el área de salud como es la Norma Nacional de Atención Integral en Salud de Bolivia constituyéndose en un conjunto de directrices técnicas y protocolos que regulan la atención de salud en el país, asegurando la calidad y el acceso adecuado a los servicios.

Se desarrolla con el objetivo principal de establecer un marco de referencia y lineamientos técnicos para la prestación de servicios de salud en Bolivia, asegurando que la atención bajo los principios de que esta sea integral, continua, y de calidad.

De acuerdo al documento elaborado por el Ministerio de Salud y Deportes (2020) en su art. 1 se establece su objetivo “La presente Guía Técnica se constituye en una norma inicial que tiene por objetivo explicar los procesos y procedimientos relacionados a la atención integral de las personas beneficiarias del Sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.” (pág. 1)

De la misma manera precisa los grupos poblacionales que son beneficiarios pero el gran aporte de este cuerpo normativo es la inclusión de una lista de servicios que el SUS debe prestar a la población beneficiaria, además de proporcionar los instrumentos con lo que el personal debe realizar sus funciones y determinar los procesos y procedimientos para la atención además del proceso de adscripción.

Sin embargo, la efectividad de esta norma depende de la capacidad del sistema de salud para superar desafíos relacionados con recursos, infraestructura, y coordinación internivel (sistema de referencias).

#### **4.4 Base jurídica del sub sistema de seguridad social de corto plazo**

##### **4.4.1 Código de seguridad social**

El código de Seguridad Social de Bolivia, fue promulgado en el año de 1956 el al norma sustantiva en materia de seguridad social que consolidó y organizó el sistema de seguridad social del país. Surgió en un contexto luego de la Revolución de 1952, donde las demandas sociales y laborales exigían mejoras sustanciales en las condiciones de vida de los trabajadores con crisis internacional que apenas superaba el fin de la segunda guerra mundial.

Luego de la Revolución de 1952, Bolivia atravesó una serie de reformas radicales, entre ellas, la nacionalización de las minas y la reforma agraria. En este ambiente de cambio, surgió la necesidad de proteger a los trabajadores, quienes eran un pilar fundamental del proceso revolucionario.

El código extendió la cobertura de la seguridad social a una gama más amplia de trabajadores, incluyendo tanto al sector público como al privado. Esto incluía seguros de salud, invalidez, vejez y muerte.

Estableció un sistema de aportes obligatorias por parte de empleadores, empleados y el Estado para financiar los beneficios de la seguridad social. Esto fue un avance significativo en la formalización de la protección social de acuerdo al modelo Bismarckiano,

la administración del sistema de seguridad social fue centralizada bajo el control estatal, con el objetivo de asegurar una gestión equitativa y eficiente de los fondos y recursos situación que a la fecha puede ser discutida.

El código no solo protegía a los trabajadores, sino también a sus familias, ofreciendo beneficios como subsidios familiares y pensiones de viudez y orfandad todo esto a fin de proteger la salud y la estabilidad económica de los que se beneficien de este régimen.

El Código de la Seguridad Social de 1956 dejó su marca en la historia social de Bolivia, creando un sistema que se pretendía más inclusivo y formalizado. Sin embargo, su aplicación fue desigual, especialmente en áreas rurales y sectores informales ya que la infraestructura fue insuficiente, situación que continua hasta la fecha. A lo largo de los años, el código ha sido objeto de reformas y actualizaciones para adaptarse a los cambios económicos y sociales del país, pero sigue siendo la norma fundamental en la protección social en Bolivia aun a pesar de que mas de la mitad del código ha sido derogado.

#### **4.4.2 Reglamento del código de seguridad social**

Es cuerpo normativo es de naturaleza adjetiva se promulgó para especificar y detallar la implementación de las disposiciones del Código de la Seguridad Social de 1956. Este reglamento tiene como objetivo operativizar el sistema de seguridad social, estableciendo procedimientos y normativas para la gestión de los beneficios y los aportes obligatorios. Se enfoca en la administración de los seguros de salud (cajas de salud) además de los regímenes de invalidez, vejez y muerte, y en la gestión de los fondos de seguridad social, y con esto se pretendió asegurar que los derechos de los trabajadores y sus familias sean efectivamente protegidos.

El reglamento proporciona los lineamientos sobre como deben implementarse las disposiciones del código. Esto incluye la forma en que se recaudan y distribuyen los aportes, y cómo se determinan y otorgan los beneficios, de igual manera determina la creación y el funcionamiento de las instituciones encargadas de administrar los fondos de la seguridad social, tanto para el corto como para el largo plazo y define mecanismos de supervisión y control para garantizar que las contribuciones se utilicen adecuadamente y que los beneficiarios reciban los servicios y prestaciones a los que tienen derecho.

De igual manera crea un procedimiento para la resolución de conflictos y la protección de los derechos de los trabajadores frente a posibles abusos o incumplimientos por parte de los empleadores o las instituciones de seguridad social.

Finalmente, al igual que la norma sustantiva, a lo largo de los años, ha sido objeto de varias reformas para actualizar, adaptándolo a las nuevas realidades económicas y sociales de Bolivia.

#### **4.4.3 Autoridad de supervisión de la seguridad social de corto plazo**

La Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo creada mediante D.S. N° 3561 de 16 de mayo de 2018 tiene establecido su finalidad en su artículo Segundo que dice:

Artículo 2°.- (Creación y finalidad) Se crea la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo, cuya denominación es "ASUSS", con la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la Seguridad Social de Corto Plazo, en base a sus principios, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social su Reglamento y normas conexas. (pág. 1)

Es decir que tiene la finalidad entre otras la de regular, la Seguridad Social de Corto Plazo y para ello tiene determinadas de manera específica las entidades a las que regulan, que son:

Artículo 4°.- (Alcance)

I. Están sujetos al ámbito de regulación, fiscalización, supervisión y control de la ASUSS, los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, constituidos en el marco del Código de Seguridad Social o normas especiales en materia de seguridad social (pág. 1)

Con lo que claramente se tiene el ámbito de aplicación del Reglamento Técnico de Habilitación de Establecimientos de Salud de La Seguridad Social de Corto Plazo, todos entes gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo.

Ahora bien, siendo que se tiene establecido que lo entes gestores de salud son encargados por el Estado de la gestión y aplicación de los Regímenes de la Seguridad Social de Corto Plazo (Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, 2022) se debe tener en cuenta que el Código de la Seguridad Social de 14 de diciembre de 1956 aun vigente que establece:

Artículo 14°.- En caso de enfermedad, reconocida por los servicios médicos de la Caja, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea a la necesaria asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y al

suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo (Republica de Bolivia, 1956).

Establecida que los entes gestores de Salud deben otorgar prestaciones es especie los mismos quedan claramente definidos como prestación en de atenciones médicas, es decir, consulta, diagnostico, tratamientos, cirugía, etc.

Ahora bien la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo tiene entre sus atribuciones el de Emitir normativa regulatoria para la Seguridad Social de Corto Plazo y en su inciso aa) Reglamentar, supervisar y coordinar la ejecución de prestaciones y planes de contingencia con los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, relacionados con situaciones de emergencia sanitaria y riesgo a la salud pública, en el marco de las políticas y lineamientos nacionales; ab) Reglamentar y aprobar la afiliación, reafiliación y desafiliación de empleadores y trabajadores afiliados a los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo previo estudio, estadístico, probabilístico, financiero, actuarial y de población a asegurarse (Estado Plurinacional de Bolivia, 2018), conforme al Reglamento por lo que se emiten Resolución Administrativa ASUSS N° 038/2022 en fecha 16 de mayo de 2022 por lo que se aprueba el Reglamento para la Afiliación, Desafiliación y Reafiliación para la Seguridad Social de Corto Plazo emitido por ASUSS y Resolución Administrativa ASUSS N° 064/2018 en fecha 20 de noviembre de 2018 que aprueba el Reglamento Único de Prestaciones.

## **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN (ESTADO DE LA CUESTIÓN)**

### **5.1 Mecanismos de acceso a la salud en el sistema vigente en el estado boliviano**

#### **5.1.1 Adscripción al SUS**

El procedimiento para la adscripción al SUS, se encuentran en la Guía Técnica para la Atención Integral en el Sistema Unico De Salud Del Estado Plurinacional De Bolivia en su art. 11 en el que se establece que la adscripción se debe hacer mediante los establecimientos de primer nivel de atención, y de la misma forma verificar la identificación de la persona, que este adscrita al SUS en la base de datos proporcionada por el Ministerio de salud, confirmar si está asegurada en la Seguridad Social de Corto Plazo (cajas de salud).

De lo que se puede extraer que este sistema cumple con la cobertura a personas que no se encuentran dentro del régimen de seguridad social sin embargo se establece una restricción de que la adscripción se debe realizar mediante los primeros niveles de atención estableciendo una restricción para las personas que aún no se encuentran registradas y la cuestión surge, sobre qué es lo que pasa en las ubicaciones en las que solo hay centro de segundo o tercer nivel, si es que por emergencia se recurre a estos.

#### **5.1.2 Sistemas de referencias del SUS**

Este sistema se encuentra regulado por el Ministerio de Salud y Deportes (2013) Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia, aprobada mediante Resolución Ministerial de 30 de enero de 2013 en el cual define a la Referencia como:

La remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional (pág. 21).

En concordancia con la definición establecida en la Ley N.º 475, modificada por la Ley N.º 1152.

### **5.2 Afiliación al sub sistema de seguridad social de corto plazo**

#### **5.2.1 Reglamento para la afiliación, desafiliación y reafiliación para la seguridad social de corto plazo**

La afiliación de trabajadores que ingresan al régimen de la Seguridad Social de Corto Plazo.

El Reglamento para la Afiliación, Desafiliación y Reafiliación para la Seguridad Social de Corto Plazo emitido por ASUSS es en la actualidad la norma que regula la afiliación de la

Población que tiene derecho al Acceso a la Seguridad Social es decir el trabajador y su entorno familiar conforme a las disposiciones que contiene que establece:

Artículo 1°.- (Objeto). El presente Reglamento tiene por objeto regular y normar los procesos y procedimientos de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación de la Seguridad Social de Corto Plazo (Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, 2022, pág. 1).

El mismo reglamento establece cuál es su objeto y tal cual dice regula los procesos y procedimientos de afiliación mas no se extra limita a querer modular o regular derechos de manera directa, por lo que está bien que regule los procesos pero que estas regulaciones no excedan las competencias que tiene la ASUSS, por lo que en el caso de los trabajadores debe limitarse a determinar cuál es la documentación que deben presentar, siendo un tratamiento diferenciado respecto a la presentación de documentación que si puede darse para empleadores y beneficiarios del trabajador.

Artículo 3°.- (Ámbito de Aplicación). El presente Reglamento es de aplicación obligatoria para la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, todos los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, empleadores, trabajadores, beneficiarios, derechohabientes, rentistas, jubilados y pensionados. (Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, 2022, p. 1)

El reglamento determina de manera específica para que solo se limita a todos aquellos que se encuentran dentro del Régimen de la Seguridad Social de Corto Plazo.

### **5.2.2 Reglamento único de prestaciones**

Este reglamento es de aplicación únicamente para la Seguridad Social, mas propiamente para la Seguridad Social de Corto Plazo y de manera extensiva para los jubilados que por el régimen de largo plazo, reciben atención en los establecimientos de seguridad social de corto plazo.

El Reglamento Único de Prestaciones fue promulgado el 20 de noviembre de 2018 mediante Resolución Administrativa N° 064 - 2018. Este reglamento organiza y estandariza las prestaciones y beneficios dentro del para la seguridad social de corto plazo en Bolivia. Incluye disposiciones sobre la atención médica, la gestión de seguros de salud, y el acceso a medicamentos y servicios médicos esenciales para los beneficiarios del SUS. Además, establece los procedimientos para la implementación de las prestaciones en todo el territorio nacional, garantizando una cobertura integral y equitativa para todos los ciudadanos.

Referido a la otorgación de prestaciones dice lo siguiente:

Artículo 6 .- El o la trabajador(a) que ha recibido el "Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador", tiene derecho a recibir las prestaciones en especie y en dinero en los seguros de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales.

I. El derecho a dichas prestaciones se activa con la afiliación y el pago de aportes, conforme a normas legales, derecho que estará vigente hasta la fecha de conclusión de la relación laboral, comunicada por el empleador en el formulario del Ente Gestor, de "Aviso de Baja del Trabajador".

II. La vigencia del derecho del asegurado voluntario, como del asegurado Perteneciente a grupos incorporados por normas especiales se activa con los aportes y afiliación, exceptuando las prestaciones en dinero. (Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, 2018, p. 14)

Ahora bien, si se hace una lectura de cuanto se aprecia en el texto citado, en el primer se habla de que el trabajador que "...recibido el Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador, tiene derecho a ..." (Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, 2018), es decir este reglamento pretende regular el acceso a las prestaciones por lo tanto a la Seguridad Social y, considerando el párrafo primero del mismo artículo que de manera textual dice: "El derecho a dichas prestaciones se activa con la afiliación y el pago de aportes" (Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, 2018), es decir delimita y condiciona que, la afiliación es una condicionante para que el trabajador tenga acceso a las prestaciones de la Seguridad Social de Corto Plazo sin considerar que el empleador puede estar pagando los aportes mensuales como corresponde.

De manera adicional se debe tomar en cuenta que este régimen no excluye a aquellos que se encuentran cubiertos o adscritos al sub sistema público de salud.

### **5.3 Derecho a la salud, un derecho natural o un derecho expectatio**

El concepto de derechos propiamente, tiene sus raíces en la filosofía del derecho natural, que sostiene que ciertos derechos son inherentes a todos los seres humanos por su mera existencia. Estos derechos son universales e inalienables, lo que significa que no dependen de la legislación o la autoridad estatal para su validez.

Según la escuela del iusnaturalismo o derecho natural, los derechos son inherentes a la naturaleza humana y preexisten a la constitución o las leyes. El derecho a la salud como un derecho natural se basa en la idea de que todos los seres humanos, por su mera condición humana, tienen el derecho intrínseco a la salud, esto significa que la salud es un aspecto fundamental de la dignidad humana y que, independientemente de las leyes o políticas

específicas, los individuos tienen un derecho inherente a recibir atención médica y a vivir en condiciones que promuevan su bienestar.

Uno de los grandes exponentes del ius naturalismo aun en nuestros días es filósofo inglés John Locke también creía en la existencia de leyes naturales. Según Locke, todos los seres humanos (solo por tener esta condición) tenemos por naturaleza un catalogo de derechos que se consideran fundamentales. Locke mencionaba que, es derecho natural de todos los seres humanos el derecho a la vida, a la libertad entre otros.

Desde esta perspectiva, el derecho a la salud se considera un derecho fundamental, inalienable y universal, que los seres humanos, simplemente por ser humanos, tienen un derecho natural que requiere que todas las personas tengan acceso a las condiciones necesarias para una vida digna, incluyendo la salud. También podría considerarse un derecho natural, ya que la salud es fundamental para la vida y la dignidad humana. Esta visión sostiene que todos los individuos, independientemente de su realidad socioeconómica o la situación política de los estados, las personas tienen el derecho inherente a vivir en un entorno que promueva su bienestar físico y mental.

Sin embargo, en la práctica, el ejercicio de este derecho enfrenta desafíos significativos. Los recursos limitados ya sea de parte de las personas que las necesitan o de las entidades que tienen que proveerlos, las desigualdades económicas, y las diferencias entre la capacidad de cada país hacen que el derecho a la salud a menudo se vea como un derecho que depende de la capacidad de provisión del Estado o de la disponibilidad de recursos. En este sentido, el derecho a la salud puede interpretarse como un derecho que debe ser alcanzado progresivamente.

Se sostiene que la salud es esencial para la vida y el bienestar, y por lo tanto, debe ser protegida como un derecho fundamental e inalienable, desde una perspectiva moral, la sociedad tiene la obligación de garantizar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud adecuados.

Por otro lado, como un derecho expectatio, el derecho a la salud no es visto como algo inherente, sino como una expectativa que depende del andamiaje jurídico, políticas que implementa cada gobierno y la situación en la que se encuentra cada persona, en este caso, la salud es un derecho que se garantiza en función al cuando y a quien se otorguen.

Se podría considerar más realista ya que reconocería las limitaciones prácticas de los estados en la provisión de servicios de salud en principio por su alto costo, la cantidad de personas, en especial en países con recursos limitados.

Este enfoque permite que el derecho a la salud sea visto como una meta a alcanzar progresivamente de forma estructurada más que como una obligación inmediata pero que conlleva el alto costo de dejar en indefensión o estado de abandono a personas que no tengan los recursos o que cumplan ciertas condiciones para acceder a estos servicios.

Por lo que se puede decir que el derecho a la salud tiene elementos para considerarlo un derecho natural como de un derecho expectativo. Mientras que, desde un punto de vista moral y ético, se argumenta que todos deberían tener acceso a la salud como un derecho natural, las realidades prácticas y las limitaciones económicas hacen que, en muchos contextos, se vea como un derecho expectativo, sujeto a las capacidades del Estado. La clave está en buscar un equilibrio donde se reconozca la salud como un derecho fundamental natural, mientras se trabaja en la progresiva realización de este derecho en la práctica.

La distinción entre derecho natural y expectativo tiene profundas implicaciones en la formulación de políticas y en la asignación de recursos, sin embargo es deber de los estados y de las personas que se encuentran en el hacer un análisis desde el punto de vista humano y en el marco de las normas vigentes y, siendo que Bolivia es un Estado constitucional de Derecho y los mismos son progresivos y el estado tiene el deber de respetarlo, promoverlos y protegerlos. Dentro de este marco, los derechos son progresivos, es decir, su reconocimiento y aplicación deben avanzar constantemente para garantizar el mayor bienestar posible para la población, el estado boliviano tiene el deber de respetar, promover y proteger estos derechos, lo que incluye el Derecho a la salud. Este derecho, por su naturaleza, debe ser reconocido no solo como un derecho constitucional, sino también como un derecho natural, inherente a la dignidad humana y reconocer la salud como un derecho natural implica que es fundamental para el desarrollo de la población boliviana.

## **CAPÍTULO VI. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD**

### **6.1 Reglamento único de prestaciones**

Ese reglamento, tal como dice en su primer artículo tiene el objeto de regular y normar la otorgación de prestaciones en el Sistema de la Seguridad Social de Corto Plazo.

El Reglamento Único de Prestaciones de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS, promulgado en 2018 en Bolivia, es un marco normativo que se creó con la idea de estandarizar los servicios de salud de la seguridad social de corto plazo, lo que incluye prestaciones en especie.

De manera complementaria se hace un listado del catálogo de servicios a los que se puede acceder ya sea en caso de enfermedad común, profesional y riesgo extraordinario como ser programas de prevención de enfermedades, asistencia médica general y/o especializada, servicios de diagnóstico y tratamiento, etc. Además de la regulación de la otorgación de prestaciones en dinero.

Pero que sin embargo, conforme lo establecido en el Reglamento del Código de Seguridad Social se regula el funcionamiento del comité prestaciones, al respecto la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS (2018) en el mencionado reglamento dice:

Artículo 67. (Definición).

De conformidad al artículo 349 del Reglamento del Código de Seguridad Social define a la Comisión Regional de Prestaciones, como el ente encargado de:

Resolver los casos no previstos en el presente reglamento y las disposiciones legales vigentes, que requieren solución a problemas específicos de gestión del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. (pág. 35).

Esta instancia que en principio debía colaborar en las situaciones no reguladas de manera expresa se ha convertido en una traba para el acceso ya que varias solicitudes no son aprobadas sin un justificativo que a la luz de la nueva constitución, serian una clara violacion al derecho a la salud.

#### **6.1.1 Reembolso de gastos médicos**

Este es un procedimiento extraordinario que se debe utilizar en caso que no se cuente que algún medicamento o insumo, entendiéndose que es deber de los entes gestores de salud el tener a disposición medicamentos e insumos.

Pero a la fecha se ha vuelto una costumbre el utilizar este procedimiento obligando a los pacientes asegurados y a sus familias el gastar montos altos, a veces recurriendo a préstamos y aunque se cumplan con los requisitos.

De acuerdo a lo establecido por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS (2018) se tiene el art. 38 que dice:

Artículo 38. (Reembolso por gastos en medicamentos).

Para que proceda la solicitud de devolución de gastos, los entes gestores deberán:

a) Toda solicitud de reembolso se atenderá, previa verificación de la vigencia del derecho del asegurado o beneficiario, cuando el medicamento sea prescrito por el médico tratante en consulta externa u hospitalización del Ente Gestor, y cuando el medicamento no exista en farmacia institucional y/o farmacia particular contratada en los lugares donde no cuente con este servicio el Ente Gestor, la responsable de farmacia de turno sellará las recetas con el "sello de no existencia", habilitando al paciente o asegurado o familiar a la compra del medicamento para su posterior reposición por el Ente Gestor.

b) Todo medicamento prescrito que no pueda ser otorgado en el momento de la prestación (consulta externa, emergencia U hospitalización) deberá inmediatamente contar con el "sello de no existencia" para su compra por el asegurado y posterior reposición.

c) El paciente para solicitar la reposición por la compra de medicamentos de no existencia, deberá presentar una nota dirigida al Director del Establecimiento de Salud adjuntando:

- La factura original con el nombre y NIT del Ente Gestor correspondiente.
- Receta médica original expedida por el médico tratante, que cuente con el "sello de no existencia".
- Para medicamentos sicotrópicos o controlados presentará copia de la receta valorada.

La documentación precedente deberá ser presentada en un plazo no mayor a 72 horas al Director del Establecimiento de Salud y el Ente Gestor, quien deberá reembolsar en un plazo no mayor de 15 días calendario.

d) Ante el incumplimiento por parte del Ente Gestor, el solicitante, presentará la queja correspondiente ante la oficina regional de la ASUSS, esta instancia

procederá a conminar al pago bajo sanción administrativa, en un plazo no mayor de 72hrs.

e) Cuando él o la asegurada(a) titular y/o sus beneficiarios adquieran medicamentos por cuenta propia y sin la correspondiente receta médica prescrita por los profesionales médicos y especialistas del Ente Gestor, el importe de los mismos, no será reconocido por el Ente Gestor. (págs. 22 - 23)

Este artículo no solo establece requisitos que, por ejemplo, la exigencia de facturas con el NIT del ente gestor que en teoría cubrirá el gasto ya que las entidades públicas no pagan impuestos y por lo tanto no son sujetos de crédito fiscal, sino que también establece un plazo para a la presentación entendiéndose que vencido este plazo se bloquearía el acceso al pago por medicamentos vulnerando el acceso al derecho a la salud

### **6.1.2 Conflicto entre sub sistemas**

El sistema de salud en Bolivia está estructurado en cuatro subsistemas, dos de ellos son los más grandes, importantes y de interés social; la Seguridad Social de Corto Plazo y el Sistema de Salud Público. Aunque ambos tienen como objetivo garantizar el acceso a servicios de salud a la población, la interacción entre estos subsistemas puede generar complicaciones y dificultades, especialmente en lo que respecta al proceso de transición entre uno y otro.

Un tema que ha generado conflicto es el requisito de realizar un trámite burocrático de baja de afiliación del subsistema de Seguridad Social para poder acceder al Sistema de Salud Público. Este proceso, que debería ser sencillo, se convierte en un obstáculo significativo para los ciudadanos que necesitan atención médica inmediata por el contrario que no es necesario dar la baja del sub sistema publico para pasar a la seguridad social.

Para que un asegurado en el subsistema de Seguridad Social de Corto Plazo pueda acceder al Sistema de Salud Público, primero debe solicitar la baja de su afiliación en su caja de salud. Este trámite es de carácter obligatorio y de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Afiliación emitido por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS (2022) en concordancia con el Código de Seguridad Social y su Reglamento que dice:

Artículo 25° (Del Examen Pre Ocupacional y Post Ocupacional).

a) De conformidad a los Arts. 17 y 124 del Reglamento del Código de Seguridad Social, el Empleador está en la obligación de constatar el estado de salud de sus trabajadores al ingreso y retiro;

b) El monto del examen pre ocupacional y post ocupacional, será cubierto íntegramente por el empleador;

C) El examen pre ocupacional deberá ser realizado o programado hasta en un máximo de treinta (30) días calendario; pasado dicho término, si el trabajador no acude a la realización de los exámenes, pagará un monto similar por los mismos.

d) El examen post ocupacional deberá ser realizado o programado hasta en un máximo de sesenta (60) días calendario posteriores a la desvinculación laboral, pasado el término, el trabajador desvinculado pagará un monto similar para realizar dicho examen. (pág. 12)

Este trámite no debería ser exigible para los trabajadores o beneficiarios, debería ser un proceso automático a la conclusión de la relación laboral y en el caso de los beneficiarios a solicitud justificada sin embargo sigue los criterios administrativos que se consideraban en 1956.

El proceso de baja de afiliación implica presentar documentos y cumplir con ciertos procedimientos que varían entre las diferentes cajas de salud. En algunos casos, la tramitación puede tomar horas o incluso días, tiempo durante el cual el individuo no puede acceder a los servicios del Sistema de Salud Público, dejándolo en una especie de limbo donde carece de cobertura efectiva.

En el caso de trabajadores que no reciben capacitación en sus derechos básicos inclusive ni siquiera tiene idea de que están asegurados o bajo la cobertura de la seguridad social, y menos no saben que tiene que hacer el trámite de baja se seguro por lo que cuando requieren atención medica se ven en problemas y atrapados entre dos sistemas que, en teoría, deberían complementarse. Las personas que pierden su empleo, por ejemplo, y ya no pueden estar afiliadas a una caja de salud, necesitan acceder a los servicios del sistema público. Sin embargo, sin la baja oficial de la seguridad social, se les niega este acceso, lo que pone en riesgo su salud.

Por su puesto, como en la mayoría de las situaciones de conflicto con la estructuración de los sistemas, esta situación afecta principalmente a los sectores más vulnerables de la población, quienes se enfrentan con la incertidumbre sobre su acceso a la atención médica. Para resolver este conflicto, es fundamental simplificar el proceso de transición entre los subsistemas de salud y además que esta debe ser complementaria y con el uso de la tecnología casi automatizada.

## 6.2 Desarrollo de entrevista

Como método para la recolección de testimonio de la realidad sobre el acceso a la salud en Bolivia, se optó por realizar entrevistas a personas que están relacionadas con los servicios de salud cuyos resultados son los siguientes:

De la entrevista realizada a la autoridad llamada por ley para dirimir conflictos por baja de seguro; es decir la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo así como especialistas en materia social, personal de trabajo social y usuarios/beneficiarios que representa personas en su diario vivir enfrentan problemas referidos a acceder a los servicios de salud se realizaron las siguientes preguntas.

La sistematización de los resultados de la entrevista son los siguientes:

Funcionaria de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS

1.- ¿En su experiencia, considera que la baja de seguro luego de mucho de realizada la desvinculación laboral genera un perjuicio a las personas afectadas? ¿Si es así díganos qué tipo de daño?

Si, hay una gran cantidad de personas que no siguieron el procedimiento correcto para desvincular a un trabajador de su fuente laboral.

Si bien es cierto que tenían motivos fundados o tal vez simplemente porque no podían hacer frente a la carga social que la ley recarga sobre los empleados esto no los libera de ciertas responsabilidades y por una mala asesoría o por una mala aplicación de la ley es que se en estado de indefensión a las personas que en teoría el sistema protege, pero que se ven atrapadas en tramites mientras requieren con urgencia atención medica.

De igual manera las personas solamente se interesan cuando tienen emergencias médicas ya que no hay una cultura de educación sobre atención sanitarias o cuando una persona debe asistir a controles médicos o tratamientos de prevención.

2.- ¿Haciendo una valoración cuantitativa, considera que los conflictos por tramites han aumentado o disminuido?

Hubo un aumento si se toma en cuenta el número de solicitudes de intervención que se reciben, ya que esta oficina poco a poco cobra relevancia y es más conocida se atiende a mas personas como ser los procesos por baja de seguros que en gran número superan ampliamente a las quejas por incumplimiento de devolución de gastos médicos.

3.- ¿Cuál cree que sea el motivo de que se generen las solicitudes de intervención por que no les dan cobertura en las cajas de salud?

Principalmente la falta de información y de orientación entre personas que requieren a los servicios y el personal de las cajas

4.- ¿Cómo cree que se podría frenar este tipo de problemas?

Principalmente y en los hechos, con la implementación de un sistema integrado que consolide la información de las personas que se encuentran en la seguridad social y las que se van al sistema público o viceversa para que las personas puedan hacer valer sus derechos de manera oportuna además de que pasado mucho tiempo habría un registro electrónico de fácil acceso.

Trabajador social de hospital del Sub Sistema de Salud Público.

1.- ¿En su experiencia, considera que la adscripción de personas luego de mucho de realizada la desvinculación laboral es más difícil que hacerla dentro de los primeros 30 días? ¿Si es así díganos qué tipo de daño?

Si, ya que las personas que buscan recibir atenciones sin realizar la baja y que ya no trabajan hace mucho son personas que requieren atenciones médicas de algún tipo y en varios casos son emergencias por enfermedad o accidentes, por el contrario de las personas que hacen su baja desde los primeros días de dejar el trabajo, son personas que cumplen con un trámite administrativo, que pueden tener todos los respaldos y que no están sufriendo alguna emergencia por lo que es lo mas recomendable.

2.- ¿Considera que las personas perjudicadas por los tramites han aumentado o disminuido?

Hubo un aumento principalmente desde la época del COVID-19 ya que en varias oportunidades no pudieron completar los tramites por que requerían atenciones por emergencias y tuvieron que pagar fuertes sumas de dinero por atenciones médicas.

3.- ¿Cuál cree que sea el motivo de que se generen estos conflictos por afiliación o adscripción en los sub sistemas de salud?

Principalmente por el desconocimiento de las obligaciones que tiene los trabajadores, sobre todo en el rubro de la construcción habían muchas personas que no sabían que tenían seguro de corto plazo y terminada la obra se iban sin hacer su respectiva baja.

4.- ¿Cómo cree que se podría enfrentar esta problemática?

Se podría hacer estrategia comunicacional para los trabajadores y ex trabajadores para que consulten sobre el estado de su seguro de salud y si aún tienen cobertura.

Persona que recibe cobertura de la seguridad social de corto plazo

1.- ¿En su experiencia, considera que la caja de alguna manera no le da acceso a las prestaciones?

En realidad, así es, hay dos medicamentos que me recetan mensualmente y la caja no los tiene en farmacia así que tengo que comprar para que me devuelvan, son un poco caros así que a veces tengo que comprar por partes y no siempre me devuelven, la última vez fue por que presente la solicitud cinco días después de comprar.

2.- ¿Sabe que en caso de terminar la relación laboral con su empleador, debe realizar la baja para ser atendida por el SUS?

No, no tengo conocimiento de que es lo que se debe hacer con el seguro, pensé que la caja me dejaría de dar atenciones y nada más

3.- ¿Sabe cuál es el trámite para el reembolso de gastos médicos?

Sí, pero solo el que maneja medicamentos. No sabía que también aplica para estudios porque necesitaba una tomografía y no funciona el tomógrafo de la caja así que me hice el estudio particularmente.

4.- ¿Sabe si el seguro le cubrirá todo tratamiento en caso de alguna enfermedad?

En realidad no ya que no enferme de gravedad hasta el momento, pero se de una compañera que recibió cirugías y que algunos medicamentos ella compra ya que no está en la lista de la caja

### **6.3 Analizar afectación por la exigencia del cumplimiento de formalismos jurídicos para el acceso a la salud o el ejercicio del derecho a la salud**

El acceso al derecho a la salud en Bolivia se ve considerablemente afectado por la exigencia de cumplir con formalismos jurídicos, lo que genera barreras significativas, especialmente para personas que requieren atenciones con cierta urgencia. El derecho a la salud es reconocido en la Constitución Política del Estado, pero en la práctica, el cumplimiento de requisitos burocráticos puede obstaculizar su ejercicio efectivo.

El cumplimiento de formalismos, como la presentación de documentación específica ya sea esta afiliación a la seguridad social, buscar un centro de primer nivel en el sub sistema publico, o la obtención de referencias médicas, puede ser complejo y costoso más aun considerando que en nuestra realidad aun hay personas que son analfabetas, por lo que se aumentan los costos tanto en tiempo como de recursos económicos más aun en áreas rurales o en situación de pobreza, reunir la documentación necesaria o entender los procedimientos puede resultar muy difícil y desesperante derivando en tramites inconclusos o que a fin de cuenta no se realiza.

La aplicación estricta de cierto reglamentos (instrumentos normativo de índole administrativa) formalismos puede acrecentar las desigualdades existentes en el acceso a la salud ya que no todas las personas tienen conocimientos sobre el funcionamiento o acceso a la información son más propensas a ser excluidas de la cobertura de estos sistemas especialmente en la seguridad social debido a su incapacidad para cumplir con los requisitos legales y administrativos exigidos todo bajo la presión de requerir atención médica.

La exigencia de formalismos puede hacer que el sistema de salud sea menos eficiente y que se aleje del objetivo por el cual el constituyente incluyó el derecho a la salud en la C.P.E. de 2009 y por lo tanto el acceso a este, esto puede llevar a retrasos o inclusive que no se proceda con la prestación de servicios.

Cuando los procedimientos son percibidos como excesivamente complicados o inaccesibles, es más probable que las personas opten por no utilizar los servicios de salud, lo que puede llevar a una complicación de salud que podrían haberse tratado de manera más efectiva si se hubieran abordado a tiempo.

En algunos casos, la exigencia de formalismos jurídicos puede llevar a conflictos legales, donde las personas deben recurrir a procesos judiciales para hacer valer su derecho a la salud, estos procesos pueden ser largos, costosos y complicados, y no están al alcance de todos, lo que agravan las dificultades de quienes ya enfrentan dificultades para acceder a la atención de salud.

En Bolivia, ejemplos específicos incluyen la exigencia de documentación, especialmente en seguridad social, que muchas personas en comunidades rurales no poseen, como carnets de asegurado, de identidad actualizados.

La exigencia de formalismos jurídicos para el acceso al ejercicio del derecho a la salud en Bolivia presenta un obstáculo significativo que puede restringir el ejercicio efectivo de este derecho fundamental, la eliminación o flexibilización de estos obstáculos burocráticos es esencial para asegurar que todos los ciudadanos, puedan ejercer plenamente su derecho a la salud, haciendo que sean necesarias algunas mejoras en el ordenamiento jurídico y el incumplimiento de estos ya sea que no los inicien siquiera o que los dejen inconclusos por diversos factores causa que no sea beneficiado por cualquiera de los sistemas que deben protegerlo en el sentido de atenciones médicas haciendo que la atención sea incompleta y en la mayoría de los casos no sea oportuna.

#### **6.4 Jurisprudencia**

Considerada como una de las fuentes del derecho, en caso de estudio la jurisprudencia es relevante por lo que se hace análisis de las sentencias:

SENTENCIA CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL N° 0058/2019-S3 de 12 de marzo de 2019

Acción de amparo constitucional

Expediente: 25081-2018-51-AAC

Esta sentencia fue pronunciada en revisión de la Resolución 06/2018 de 3 de agosto, de la acción de amparo constitucional presentada por Marcia Isabel Suarez Gandarillas y Adhemar Gonzalo Medina Navia en representación de su hijo menor AA contra David Laura Calliconde, Jefe Médico de la Caja de Salud de la Banca Privada CSBP Regional Tarija.

Dentro del relato factico que presentó la parte accionante se tiene que en representación de su hijo menor señala que se detecto la falta de su crecimiento de corazón del menor; razón por la que en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, le hicieron realizar distintos análisis que dieron como resultado que padecía de la enfermedad común de talla baja idiopática.

Que el menor se apersonó junto a sus padres al área de pediatría de la CSBP Regional Tarija donde se le diagnosticó la misma enfermedad, que luego fue ratificada por otros profesionales pediátricos en fechas posteriores.

Como tratamiento, se le dio un jarabe que contenía hormona de crecimiento; sin embargo, los médicos de la CSBP, señalaron que no se estaba obteniendo el resultado esperado, por lo que recomendaron la intervención de una profesional Endocrinóloga de la ciudad de La Paz; relatan también que fueron increpados y sometidos a un maltrato institucional por parte de la especialista que luego de una breve auscultación, dio como diagnóstico de su hijo Talla Baja Constitucional, que dio lugar a que se emita una receta consistente medicamento que era costoso por lo cual la caja no lo cubriría.

Que a través de sus padres presentó denuncia contra dicha Endocrinóloga ante el Jefe Médico demandado por la desmedida conducta y radical postura profesional, quien no efectuó ninguna acción para a dar solución al hecho ocurrido y menos dar continuidad al tratamiento que estaba tomando emitiendo la especialista un informe completamente contrario al primer diagnóstico, puesto que señaló que su hijo no tenía la enfermedad de talla baja constitucional y recomendó la interrupción de su tratamiento, lo cual constituye una conducta premeditada para entorpecer el mismo.

Alegó la lesión de los derechos a la vida, a la salud y al interés superior del niño, niña y adolescente, citando al efecto los arts. 15 y 35 de la Constitución Política del Estado (CPE). Además solicitó se conceda la tutela, disponiendo: a) La inmediata continuidad y suministro

de la medicación del tratamiento a favor de su hijo AA, por parte de la CSBP Regional Tarija; y, b) Dejar sin efecto el informe emitido por la especialista.

Por lo que la Sala Social y Administrativa del Tribunal Departamental de Justicia de Tarija, constituida en Tribunal de garantías, mediante Resolución 06/2018 de 3 de agosto, cursante de fs. 151 a 155 vta., concedió en parte la tutela solicitada, disponiendo que la CSBP, en el plazo de diez días hábiles haga una nueva valoración, pero por profesionales que no dependan de dicha institución, sino por un profesional idóneo que elijan los padres del niño entre otros recaudos clínicos necesarios.

Finalmente, el Tribunal Constitucional Plurinacional (2019) Tribunal Constitucional Plurinacional en revisión se pronuncia de la siguiente manera:

El Tribunal Constitucional Plurinacional, en su Sala Tercera; en virtud de la autoridad que le confiere la Constitución Política del Estado y el art. 12.7 de la Ley del Tribunal Constitucional Plurinacional; en revisión, resuelve: CONFIRMAR la Resolución 06/2018 de 3 de agosto, cursante de fs. 151 a 155 vta., pronunciada por la Sala Social y Administrativa del Tribunal Departamental de Justicia de Tarija; y en consecuencia, CONCEDER en parte la tutela solicitada, en los términos establecidos por el Tribunal de garantías, con la única diferencia que si en virtud al diagnóstico a emitirse, se dispusiera el suministro del medicamento señalado a favor de AA, éste se lo tendrá que efectivizar luego de cumplirse con los procedimientos médicos y administrativos de la seguridad social establecidos para el efecto, que deberán ser realizados de manera inmediata y oportuna; todo ello en base a los fundamentos jurídicos precedentemente desarrollados. (pág. 16)

Se pueden identificar los siguientes elementos:

#### RATIO DECIDENDI

La decisión principal se basa en la necesidad de garantizar un diagnóstico adecuado y consensuado entre los profesionales que le prestaron atención al menor, previo al suministro de medicamentos, siendo que el diagnóstico inicial fue refutado. El Tribunal sostiene que es crucial seguir los procedimientos médicos y administrativos correctos para evitar que los derechos del menor sean vulnerados al administrar un tratamiento basado en un diagnóstico no concluyente.

#### OBITER DICTUM

El Tribunal realiza observaciones adicionales sobre la conducta que deben seguir los profesionales de la salud, subrayando la importancia de tratar a los pacientes con dignidad y

respeto, y sugiriendo que las denuncias sobre malos tratos deben ser investigadas por las autoridades competentes (siendo un caso de seguridad social con apoyo de la ASUSS).

Esta sentencia desarrolla en su fundamento que las y los profesionales de salud deben tomar en cuenta el estado de salud de los pacientes, y que por el solo hecho de estar mal de salud, ya se encuentran sufriendo un malestar físico y emocional, situación que no puede ser agravada por las y los médicos o personal administrativo de los Establecimientos de Salud.

SENTENCIA CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL 0216/2022-S2 de 3 de mayo de 2022

Acción de amparo constitucional

Expediente: 39419-2021-79-AAC

En revisión la Resolución 62/2021 de 30 de abril, de la acción de amparo constitucional por Clever Cruz Moscoso en representación de su hija menor NN contra Edgar Eduardo Flores, Director General Ejecutivo; Miguel Ángel Rubín de Celis, Director de Salud; Mauricio Torrico Gamarra, Jefe de la Unidad de Servicios de Salud Regional; Inga Yhoanna Lía Rojas, Médica Delegada Regional Sucre, todos de la Caja Bancaria Estatal de Salud; y, Juan Nacer Villagómez Ledezma, Responsable de la Oficina Departamental de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo (ASUSS) de Chuquisaca.

En el recurso presentado arguyen que a causa de las deficiencias tanto médicas como administrativas en el diagnóstico oportuno y tratamiento de la enfermedad que padece, fue llevada a un Hospital de pediatría en la ciudad de Buenos Aires en la República Argentina, en el que luego de varios estudios le diagnosticaron una enfermedad metabólica incurable, de por vida denominada citrulinemia, aunque tratable con medicación y una dieta especial.

Por lo que, su padre solicitó el reembolso de gastos por concepto de adquisición de medicamentos y por su traslado al vecino país, que inicialmente fueron cubiertos con sus recursos económicos propios; y que se solicita en la acción ya que la devolución debió efectuarse en un plazo no mayor a quince días cosa que no sucedió.

Que, debido al mal manejo de su enfermedad, su salud tuvo consecuencias graves y secuelas neurológicas irreversibles, lo cual puede ser corroborado a través del historial clínico, y que a la fecha de presentación de la acción a sus cinco años de edad, presenta alteraciones en el desarrollo psicomotor; por lo que, su padre debe dedicarse completamente a su atención referente a su alimentación, movilización, tratamientos, etc. Porque demanda cuidados especializados las veinticuatro horas del día, que además solicitó la entrega de ciertos medicamentos de costos elevados, que, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento

Único de Prestaciones, debía cubrir el seguro. A partir de ese entonces, presentó solicitudes de medicamentos, atención multidisciplinaria, estudios, rehabilitación; entre otros; lamentablemente a la fecha solo se dieron soluciones parciales y que existe la necesidad de controles rutinarios de su enfermedad, con especialistas, difícil de realizarlo en Bolivia, al amparo de lo establecido en el art. 12 del Reglamento Único de Prestaciones, solicitó que se cubran los costos de transporte y traslado al mencionado país, y un acompañante, dado que la atención exclusiva que demanda, limita totalmente sus recursos económicos.

Finalmente, existe una solicitud a la Caja Bancaria Estatal de Salud, de auditoría médica externa de su historial clínico, que no mereció respuesta y que esto fue puesto a conocimiento de la ASUSS de Chuquisaca, a quien se solicitó auditoría y peritaje médico externo en la Caja Bancaria Estatal de Salud.

Señaló como lesionados sus derechos a la vida, a la salud, entre otros por lo que solicitó se conceda la tutela y se ordene la devolución de los gastos médicos, la provisión de medicamentos y la cobertura de gastos de traslado al exterior.

La Sala Constitucional Primera del Tribunal Departamental de Justicia de Chuquisaca, mediante Resolución 62/2021 de 30 de abril concedió la tutela solicitada, y el Tribunal Constitucional Plurinacional, confirma la Resolución 62/2021 disponiendo la atención y resolución de las solicitudes efectuadas por el padre de la accionante, incluida la petición de traslado al exterior, garantizando el acceso efectivo y ejercicio pleno de su derecho a la seguridad social y respuesta inmediata sobre la viabilidad de los reembolsos económicos por concepto de compra de medicamentos y que ASUSS Chuquisaca, otorgue respuesta inmediata a la solicitud de pericia médica externa del historial clínico de la menor y finalmente al Ministerio de Salud la puesta en vigencia de un Protocolo médico de emergencias para diagnosticar, tratar y rehabilitar la enfermedad de la menor y otras enfermedades poco frecuentes, a través de procedimientos rápidos, oportunos y sencillos.

#### RATIO DECIDENDI

La ratio decidendi en la SCP 0216/2021 de este caso radica en que se vulneraron los derechos fundamentales de la menor, específicamente los derechos a la salud, seguridad social y petición. El Tribunal determinó que el incumplimiento por parte de la Caja Bancaria Estatal de Salud (CBES) y la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo (ASUSS) de proporcionar una respuesta adecuada y oportuna a las solicitudes del progenitor, así como la falta de diligencia en la atención de la enfermedad de la menor, resultaron en una vulneración de sus derechos fundamentales.

## OBITER DICTUM

En cuanto al obiter dictum, el Tribunal realiza observaciones sobre la importancia de la protección integral de la salud y la vida del beneficiario, así como de su núcleo familiar, subrayando la obligación del estado de apoyar a los padres o responsables para garantizar un nivel de vida adecuado para la menor.

Por lo que en este caso, el TCP va un poco más allá de la línea que se estableció en la anterior sentencia haciendo que el ente rector de salud realice una labor de control en el caso que se resuelve y que se genere un protocolo para casos análogos en el entendido de la progresión del derecho a la salud.

SENTENCIA CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL 0242/2023-S2 de 25 de abril de 2023

Acción de libertad

Expediente: 44822-2022-90-AL

En revisión la Resolución 43/2021 de 18 de diciembre de la acción de libertad interpuesta por Beatriz Genara Villegas Huallpa en representación sin mandato de la menor NN contra Cristian Fuente Gutiérrez, entonces Director interino y Asdrid Rivero, Oncóloga Pediatra, ambos del Hospital del Niño de La Paz.

De acuerdo con lo argumentado en la acción presentada, la menor fue internada en el Hospital del Niño de La Paz, a causa de un tumor de cerebro en fosa posterior, ingresó a cirugía; luego, fue remitida a la Unidad de Terapia Intensiva le realizaron tratamientos de quimioterapia; después la sometieron a otra intervención quirúrgica por la "válvula VDP"; le hicieron traqueotomía ante su requerimiento de respiración artificial; empero, en la primera semana de diciembre del aludido año, la desahucieron, sacándola de la cama que ocupaba en la sala tercera del señalado Hospital, sin que le dieran de alta de la UTI y pese a que se reunió con las trabajadoras sociales del citado centro hospitalario, solo le indicaron que por su situación de salud y ante las nulas posibilidades de sobrevivir, era mejor llevarla a su casa; atentando directamente contra su vida, al no haberse agotado todas las posibilidades que tenía.

Denunció como lesionados sus derechos a la salud y a la vida, por lo que solicitó se conceda la tutela y se le remita inmediatamente una copia de toda su historia clínica, se mantenga la atención médica necesaria que garantice las mejores condiciones de vida dentro del Hospital del Niño de La Paz, hasta que se defina otro centro de salud por parte de la familia y el cambio del personal que la atendió.

El Juez de Sentencia Penal Decimotercero de la Capital del departamento de La Paz, constituido en Juez de garantías, mediante Resolución 43/2021 de 18 de diciembre, denegó la tutela impetrada, y en revisión Tribunal Constitucional Plurinacional, en su sala segunda en revisión, revoca en parte la Resolución 43/2021 de 18 de diciembre, cy concede que se de las copias de la historia clínica y que se brinde atención integral a la salud de la accionante, de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad, garantizando el acceso a todos los servicios que el médico tratante valore como necesarios y denegar la tutela en lo referido al cambio de personal.

#### RATIO DECIDENCI

La ratio decidendi en la Sentencia Constitucional Plurinacional 0242 reside en la determinación de que la acción de libertad, conforme a la Constitución Política del Estado, no solo protege el derecho a la libertad física, sino también el derecho a la vida. Se resuelve que la acción de libertad debe activarse en situaciones donde la vida de una persona está en peligro, incluso si no hay una conexión directa con la libertad física.

#### OBITER DICTUM

El obiter dictum se encuentra en las observaciones que el Tribunal hace respecto a la elección de la acción de libertad o de amparo constitucional para la defensa del derecho a la vida. Aunque establece que es la parte accionante quien debe decidir cuál acción utilizar, el Tribunal recalca que la justicia constitucional tiene el deber de analizar si realmente existe un peligro directo al derecho a la vida que justifique la tutela mediante la acción de libertad. Estas consideraciones adicionales, aunque relevantes, no forman parte esencial de la resolución del caso.

Por lo que en el presente caso que se da en el Sub Sistema de Salud Publico, protege a la menor de ser abandonada independientemente de su estado por la entidad, en este caso el Hospital del niño de La Paz.

SENTENCIA CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL 1000/2023-S4 de 5 de diciembre de 2023

Acción de amparo constitucional

Expediente: 58311-2023-117-AAC

En la acción de amparo constitucional, interpuesta por Luis Ramiro Rolque Lastra contra Delegados Estudiantiles y miembros de la Comisión Permanente de Apelaciones, Vocales Estudiantiles ex y actuales miembros de la Comisión de Procesos Sala Primera de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA).

El accionante expuso que mediante Resolución 1233/208 de 28 de junio se inicio un proceso interno mal llevado y que de acuerdo al informe Anatomopatológico del Seguro Social Universitario (SSU) de la Paz que acredita que fue diagnosticado con cáncer, interpuso recurso de reconsideración pero que aun así fue alejado de su fuente laboral como docente universitario; por lo que, al haberse demostrado que el proceso seguido en su contra es ilegal, solicita un trato diferente y protección reforzada, entre otras consideraciones por su enfermedad, en respeto a su dignidad, hace propio el derecho a la estabilidad laboral a favor de los trabajadores que padecen enfermedades terminales; con mayor razón cuando no existe motivo suficiente ni razonable para la imposición de la sanción de suspensión de un año que conlleva la suspensión de asistencia médica, lo que agravaría su salud, atentando contra su vida y la seguridad económica de sus hijos menores de edad y su esposa, que dependen económicamente de él.

Alega la lesión del debido proceso así como su derecho a la salud en conexitud con la seguridad social, trabajo y vida por lo que solicita se deje sin efecto de forma inmediata las resoluciones que lo desvinculan de su fuente laboral disponga su efectiva e inmediata reincorporación, así como el pago de haberes devengados y derechos conexos, desde su desvinculación hasta su efectiva reincorporación.

La Sala Constitucional Tercera de El Alto del Tribunal Departamental de Justicia de La Paz, mediante Resolución 163/2023 de 24 de agosto, cursante de fs. 114 a 119, denegó la tutela solicitada y el Tribunal Constitucional Plurinacional, en revisión confirma en parte la Resolución 163/2023 de 24 de agosto, por lo que niega la tutela impetrada respecto a la lesión del debido proceso así como el derecho al trabajo y concede sobre los derechos a la salud en conexitud con la seguridad social y la vida, disponiendo la continuidad ininterrumpida del régimen de seguridad social y seguro médico que asiste al accionante, así como el pago del 50% del líquido pagable que regularmente percibe, durante el tiempo que dure la sanción impuesta.

#### RATIO DECIDENDI

La ratio decidendi de esta sentencia parece esta en la determinación de si hubo o no vulneración de derechos constitucionales del demandante, especialmente en relación con el debido proceso, la motivación y fundamentación de las resoluciones administrativas, y su derecho a la salud, en conexitud con la seguridad social y el trabajo. El Tribunal concluye que no hubo tales vulneraciones y, por lo tanto, niega la tutela solicitada, sin dejar de lado su derecho a la salud por lo que debe continuar con la protección de la seguridad social.

## OBITER DICTUM

En la sentencia, el obiter dictum se encuentra sobre el entendimiento que hace el TCP sobre el proceso y si en una instancia aun fuere probado cierto extremo denunciado aun no se puede accionar o aplicar sanciones que perjudicarían su estado de manera irreparable hasta la resolución de la última instancia.

Esta sentencia, re dimensiona el derecho a la salud y separa el origen del derecho a la seguridad social que es por la relación obrero patronal y a causa de una enfermedad que pone en riesgo su vida, el TCP ordena que se presten las atenciones de manera ininterrumpida y completa independientemente de las sanciones que le imponen dentro del régimen laboral ya que este es un derecho natural inherente a la condición humana que deja de depender de su situación.

## **CAPÍTULO VII. IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD Y SINTETIZACIÓN DE ALTERNATIVAS PARA EJERCER DE FORMAS MÁS SENCILLAS EL DERECHO A LA SALUD**

Para ejercer el derecho a la salud de forma directa y accesible en Bolivia, es fundamental identificar las barreras que impiden o restricción el acceso a los sistemas de salud, y en base a la identificación de estos factores proponer e implementar alternativas que simplifiquen los procesos actuales en el sistema de salud. A continuación, se presentan tres propuestas clave para lograr este objetivo:

### **7.1 Carencia de sistema informático**

En la actualidad los registros aun se manejan en base a papel y tinta, es decir de manera manual y las pocas mejoras en base a tecnología se limitan a registros internos limitando el acceso del personal que debe brindar la información a solo reportar lo contenido en registros parciales o incompletos debiendo realizarse una mejora sustancial en la falta tecnología en el manejo de la salud.

La implementación de un sistema informático unificado para el subsistema público de salud y la seguridad social permitiría una gestión de administración de información más eficiente y coordinada entre los subsistemas de los servicios de salud.

Este sistema centralizado facilitaría el intercambio de información entre diferentes instituciones y niveles de atención, asegurando que los pacientes reciban un tratamiento continuo y adecuado sin importar dónde se atiendan con la debida información y que esta sea de fácil acceso y caso de que se requiera algún trámite de índole administrativo este sea realizado con la información necesaria provista a través de este sistema como el historial de filiaciones, los aportes mensuales, si es titular o beneficiario de seguro, si está adscrito al SUS.

De la misma manera al ser un registro electrónico y por la administración que se tiene en los sub sistemas de seguridad social y público, y que ninguno depende del financiamiento de los asegurados y adscritos, estos podrían ser dados de baja de manera automática del subsistema de seguridad social una vez terminada la relación laboral del trabajador, previa notificación electrónica.

### **7.2 Carnet de asegurado físico con número de matrícula**

Eliminar el carnet de asegurado ya que la idea de este documento era evitar la suplantación de identidad a falta de mecanismos ágiles de verificación, sin embargo desde la implantación de la computadora como herramienta de trabajo en oficinas administrativas y la conexión a internet, es una realidad la verificación de identidad por internet tal como hacen

los bancos, el SEGIP, la policía, etc solamente con el número de cédula de identidad, esto simplificaría enormemente el acceso a los servicios de salud. Al utilizar un único número de identificación, se eliminarían barreras burocráticas y se reducirían los tramites a realizar complementado con un sistema electrónico y así no haya necesidad de portar el carnet de asegurado. Esta medida también facilitaría la identificación de los usuarios en el sistema de salud, haciendo más eficiente el proceso de registro y acceso a servicios médicos así como la codificación de los documentos que forman parte de los registros médicos.

### **7.3 Requisitos sin sentido dentro del trámite de reembolso**

Actualmente, el proceso de reembolso de gastos médicos puede ser complicado y desalentador para muchos asegurados debido a los requisitos de presentación de facturas y plazos estrictos. De Acuerdo a Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS (2018) en el inciso c) del Art. 38 del Reglamento Único de Prestaciones, los requisitos son:

- La factura original con el nombre y NIT del Ente Gestor correspondiente.
- Receta médica original expedida por el médico tratante, que cuente con el "sello de no existencia".
- Para medicamentos sicotrópicos o controlados presentara copia de la receta valorada.

La documentación precedente deberá ser presentada en un plazo no mayor a 72 horas al Director del Establecimiento de Salud y el Ente Gestor, quien deberá reembolsar en un plazo no mayor de 15 días calendario. (pág. 23)

Por lo cual mínimamente deberían eliminarse la exigencia de factura con el NIT, ya que las entidades públicas no se benefician de crédito fiscal, además del plazo de presentación ya que esto estaría poniendo un límite para ejercer el derecho a la cobertura de gastos médicos por salud por parte de la seguridad social y por lo tanto limitaría el acceso a la salud de manera sistemática.

La eliminación de estos requisitos tales como el mandato de presentar facturas y la rigidez en los plazos de presentación, simplificaría el proceso de reembolso. En su lugar, se podrían implementar mecanismos más flexibles y automatizados que verifiquen los gastos de manera electrónica, reduciendo la carga administrativa tanto para los usuarios como para las instituciones.

Estas propuestas no solo simplificarían el acceso al derecho a la salud, sino que también fortalecerían la eficiencia del sistema de salud en Bolivia, garantizando una atención más rápida, equitativa y sin complicaciones para todos los ciudadanos.

## **CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **8.1 Conclusiones**

#### **8.1.1 Conclusión N° 1**

El derecho a la salud es uno de los fundamentos del bienestar humano y una condición indispensable para el ejercicio pleno de otros derechos fundamentales. Reconocer la salud como un derecho inherente a la condición de ser humano implica entender que todas las personas, independientemente de su condición social, económica, origen o lugar de residencia, deben tener acceso a servicios de salud de calidad. Este derecho no se limita únicamente al acceso a tratamientos médicos, sino que también abarca la promoción de condiciones de vida que permitan a cada persona alcanzar el más alto nivel de salud posible.

#### **8.1.2 Conclusión N° 2**

El Estado y las autoridades competentes tienen la responsabilidad ineludible de garantizar que este derecho se materialice en la práctica. Esto significa que deben adoptar medidas proactivas para asegurar que los servicios de salud sean accesibles, asequibles y disponibles para toda la población. Entre estas medidas se incluyen la implementación de sistemas de salud integrados y eficientes con intercambio de información, la eliminación de trámites burocráticos que dificulten el acceso a la atención médica, y la creación de programas que atiendan de manera especial a los grupos más vulnerables, como mujeres, niños, adultos mayores, personas con discapacidad y comunidades rurales o indígenas.

#### **8.1.3 Conclusión N° 3**

De la misma manera, es fundamental que el estado garantice no solo la disponibilidad de servicios, sino también la calidad de los mismos. Los servicios de salud deben ser proporcionados por profesionales capacitados y en instalaciones adecuadas ya que no solo se trata de un acceso físico, sino también de un servicio de calidad que permite alcanzar la salud mediante un diagnóstico y tratamiento adecuado, que respeten la dignidad de los pacientes y estén equipadas con los recursos necesarios para atender las diversas necesidades de la población. La equidad en la atención es igual de importante, asegurando que nadie quede excluido del sistema de salud debido a las limitaciones que las personas puedan sufrir.

#### **8.1.4 Conclusión N° 4**

La salud, además, debe ser vista desde una perspectiva integral, que incluya no solo la atención curativa, sino también la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos de vida saludables. En este sentido, el Estado tiene la obligación de diseñar e implementar

políticas públicas que fomenten un entorno que favorezca la salud, desde la regulación de los determinantes sociales y ambientales hasta la educación en salud de la población.

### **8.1.5 Conclusión N° 5**

El derecho a la salud es una manifestación concreta que materializa el principio de dignidad humana y un requisito indispensable para la realización plena de cada individuo. Por ello, el estado y las autoridades competentes deben comprometerse de manera a garantizar que todos los ciudadanos puedan acceder a servicios de salud de calidad, sin discriminación ni exclusiones. Esto incluye, por supuesto, la seguridad social, entendidas como el conjunto de medidas adoptadas por la sociedad para garantizar la salud y los medios de subsistencia del trabajador y de su entorno familiar, es un pilar fundamental en cualquier estado. Dentro de este marco, el derecho al acceso a la salud emerge como un componente esencial, especialmente en el ámbito laboral, donde los trabajadores desempeñan un papel crucial por lo que el acceso a la seguridad social es un derecho natural de los trabajadores y sus familias.

## **8.2 Recomendaciones**

### **8.2.1 Actualizar la normativa en salud**

Es necesario realizar una actualización de la norma en materia de seguridad social ya que el actual Código de Seguridad Social es del año 1956, por supuesto que ha sido modificado con el tiempo pero aun así persiste una norma que fue construida con en un contexto de hace más de 50 años que no contaba con la visión de que el manejo sea tecnológico y que por sobre todo garantice el acceso a la salud sin olvidar cual es la naturaleza de este régimen.

De am misma manera se debe complementar con la norma que rige el sub sistema público, esta norma está actualizada pero una gran debilidad es que no pretende interactuar con la seguridad social sino más bien de aísla de la misma.

Por lo que recomienda actualizar la norma que rige los grandes sub sistemas de salud en Bolivia.

### **8.2.2 Digitalización y centralización de la información médica**

Se debe implementar un sistema nacional de historia clínica electrónica unificada y accesible en todos los niveles del sistema de salud a fin de facilitar la atención médica continua y mejorar la eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes.

Así como fortalecer la infraestructura tecnológica en establecimientos de salud, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso y mejorar el acceso a servicios de salud, permitiendo la implementación de telemedicina y reduciendo las barreras geográficas

promoviendo el uso de la telemedicina como una alternativa viable para la atención primaria y especializada para poder ampliar el acceso a servicios médicos de calidad en zonas rurales y remotas, reduciendo la carga sobre los centros de salud y por su puesto con un marco regulatorio que fomente la innovación tecnológica en salud.

Por lo que se recomienda la creación de un sistema que consolide la información referida a salud en Bolivia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Autoridad de Supervision de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS. (2018). Reglamento Unico de Prestaciones.*
- Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS. (2022). Reglamento de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación para la Seguridad Social de Corto Plazo.*
- Autoridad De Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS. (20 de Febrero de 2024). Autoridad De Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS. Recuperado el 15 de Agosto de 2024, de <https://www.asuss.gob.bo/>*
- Autoridad de Supervisión de Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS. (2019). Reglamento Técnico de Habilitación de Establecimientos De Salud de la Seguridad Social de Corto Plazo .*
- Autoridad de Supervisión de Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS. (2019). Resolución Administrativa ASUSS N° 89/2019.*
- Cabanellas, G. (1991). Diccionario Jurídico Elemental.*
- Comision de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión - Comision Europea. (2012). La Seguridad Social en Alemania.*
- Española, Real Academia. (2001). Diccionario de la Lengua Española. Obtenido de <https://www.rae.es/drae2001>*
- Estado Plurinacion de Bolivia. (2019). Ley N° 1152. La Paz.*
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2010). Ley N° 031 Ley Marco de Autonomias y Descentralización. La Paz: Gaceta del Estado Plurinacional de Bolivia.*
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2018). Decreto Supremo N° 3561.*
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2019). Ley N° 1152. La Paz: Gaceta del Estado Plurinacional de Bolivia.*
- Gobierno de Chile. (2023). Gobierno de Chile. Obtenido de <https://previsionsocial.gob.cl/seguridad-social/>*
- Huidobro, R. F. (2013). Scielo. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-52002013000200008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-52002013000200008&script=sci_arttext&tlng=pt)*
- INASES. (2008). Reglamento Especifico del Comité de Acreditación.*
- Jimenez. (2014). Aspectos Generales de la Seguridad Social.*

- Lecoña, C., & Quiroz, J. (2016). *Constitución Política del Estado de 2009*. La Paz: Quiroz & Lecoña.
- Ministerio de Educación del Estado Plurinacional de Bolivia. (2023). *Guía de Trabajo de Medicina Tradicional*. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2013). *Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia*. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2020). *Guía Técnica para la Atención Integral en el sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia*. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes. (15 de Junio de 2023). *Ministerio de Salud y Deportes. Recuperado el 15 de Agosto de 2024, de <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/2-documentos-tecnicos>*
- Organización de la Naciones Unidas ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. New York.
- Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. (2023). *Organización Iberoamericana de la Seguridad Social*. Obtenido de <https://oiss.org/sobre-mejora-de-la-gobernanza-y-gestion-de-los-sistemas-de-seguridad-social/constitucionalizacion-de-la-seguridad-social/>
- Organización Internacional del trabajo. (2022). *Hechos Concretos Sobre la Seguridad Social*. Obtenido de [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_067592.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. New York.
- Organización Panamericana de la Salud O.P.S. (01 de septiembre de 2021). Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/1-9-2021-estado-plurinacional-bolivia-acceso-cobertura-universal-salud-referencia-para>
- República de Bolivia. (1956). *Código de la Seguridad Social*.
- República de Bolivia. (1959). *Reglamento del Código de la Seguridad Social*.
- República de Bolivia. (1994). *Decreto Supremo N° 23716*.
- Tribunal Constitucional Plurinacional. (2019). *SENTENCIA CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL 0058/2019-S3*. Sucre.
- Universidad de Chile. (9 de Agosto de 2016). *Página Web de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. Recuperado el 14 de Agosto de 2024, de

[https://comunicacionacademica.uc.cl/images/recursos/espanol/escritura/recurso\\_en\\_pdf\\_extenso/15\\_Como\\_elaborar\\_un\\_marco\\_conceptual.pdf](https://comunicacionacademica.uc.cl/images/recursos/espanol/escritura/recurso_en_pdf_extenso/15_Como_elaborar_un_marco_conceptual.pdf)

Venegas-Martínez, F.-G. y. (2019).