

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO
P.E.T.A.E.N.G.



TRABAJO DIRIGIDO

(Para optar al Título Académico de Licenciatura en Derecho)

**“LA ACTUALIZACIÓN DEL REGLAMENTO DE LA COMISIÓN DE
PRESTACIONES DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD PARA EVITAR
LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA POBLACIÓN
ASEGURADA EN BOLIVIA”**

POSTULANTE: AGGIE GLENDA SUÁREZ CANDIA

TUTOR: DR. RUDY CHAVEZ SALAZAR

LA PAZ – BOLIVIA
2023

DEDICATORIA

Este Trabajo está dedicado a mis padres por haber forjado en mí virtudes como la justicia, responsabilidad y perseverancia. Dedico también este trabajo al apoyo incondicional y paciencia de mi esposo y de mi amada hijita. No hubiese sido posible sin ustedes.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme permitido llegar hasta el final de este objetivo tan anhelado, por la fe y la fortaleza. Agradezco también la colaboración de todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a la elaboración del presente trabajo, a los profesionales que me orientaron y no dudaron en brindarme su colaboración y a mi Tutor, Dr. Rudy Chávez Salazar por la colaboración y confianza.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1. Enunciado del Tema	4
2. Identificación del Problema	4
3. Planteamiento del Problema	6
4. Delimitación del Tema de Trabajo Dirigido.....	6
4.1 Delimitación Temática.....	6
4.2 Delimitación Espacial	6
4.3 Delimitación Temporal	7
5. Fundamentación e Importancia del Tema	7
6. Objetivos del Tema.....	8
6.1 Objetivo General.....	8
6.2 Objetivos Específicos.....	9
7. Métodos y Técnicas a Utilizarse en el Trabajo Dirigido.....	9
7.1 El Método.....	9
7.2 Métodos Generales.....	9
7.2.1 Método Inductivo.....	9
7.2.2 Métodos Específicos	10
7.3 Técnicas de Investigación.....	10
7.3.1 Investigación Documental	10
7.3.2 La Entrevista	11
CAPÍTULO II	12
MARCO HISTÓRICO	12
1. Otto Von Bismarck.....	14
2. William Henry Beveridg.....	15
3. Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina.....	18

3.1 Los Países con Sistemas Relativamente Unificados.....	19
4. Desarrollo de la Seguridad Social en Bolivia	19
5. Creación de la Caja Nacional de Salud.....	22
5.1 Misión y Visión de la Caja Nacional de Salud.....	23
5.1.1 Misión	23
5.1.2 Visión	23
CAPÍTULO III	24
MARCO CONCEPTUAL	24
1. Beneficiario	24
2. Caja Nacional de Salud	24
3. Comisión de Prestaciones.....	24
4. Convenio 102	24
5. Cotización	24
6. Emergencia.....	24
7. Ente Gestor.....	25
8. Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo	25
9. Organización Internacional del Trabajo.....	25
10. Prestaciones.....	25
11. Previsión Social	26
12. Seguridad Social.....	26
13. Trabajador Asegurado	26
CAPÍTULO IV.....	27
MARCO TEÓRICO	27
1. Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.).....	27
2. Convenio 102 de la O.I.T. de 1952	28
3. Principios y Valores del Estado Plurinacional de Bolivia.....	33
4. Derechos Fundamentales en el Estado Plurinacional de Bolivia.....	33
5. Principios de la Seguridad Social.....	34
5.1 Principio de Universalidad.....	34
5.2 Principio de Solidaridad	35
5.3 Principio de Integralidad	35
5.4 Principio de Subsidiariedad	35
5.5 Principio de Inmediatez u Oportunidad	35

5.6 Principio de Unidad	35
5.7 Principio de Economía.....	35
6. Declaración Universal de los Derechos Humanos	36
7. Financiamiento de la Seguridad Social.....	38
7.1 Sistema Contributivo de la Seguridad Social.....	39
7.2 Sistema No Contributivo de la Seguridad Social.....	41
7.3 Sistema Semi Contributivo de la Seguridad Social.....	41
8. Sistema Único de Salud en Bolivia	41
CAPÍTULO V.....	44
MARCO NORMATIVO	44
1. Sentencia Constitucional Plurinacional 1564/2014 de 01 de agosto de 2014.....	44
1.1 Con Relación a los Grupos Vulnerables.....	44
2. Sentencia Constitucional Plurinacional 0016/2015-S2 de 16 de Enero de 2015.....	45
2.2 Del Derecho a la Seguridad Social.....	45
2.3 Con Relación a los Grupos Vulnerables.....	47
3. Constitución Política del Estado.....	48
4. Código de Seguridad Social.....	50
4.1 Capítulo I De Las Prestaciones en Especie.....	51
4.1.1 Sección “A” Enfermedad	51
4.1.2 Sección “B” Maternidad.....	52
4.1.3 Sección “C” Riesgos Profesionales	52
4.2 Capítulo II De las Prestaciones en Dinero.....	53
4.2.1 Subsidio de Enfermedad.....	53
4.2.2 Subsidio de Maternidad.....	53
4.2.3 Susidio por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional.....	53
4.2.4 Renta por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional	54
4.2.5 Renta de Invalidez	54
5. Reglamento del Código de Seguridad Social.....	54
5.1 Capítulo II De los Órganos de Dirección.....	54
6. Decreto Ley N° 13214.....	55
7. Decreto Ley N° 14346.....	55
8. Decreto Supremo N° 25798 de 02-06-2000.....	56
8.1 Atribuciones del INASES.....	57

9. Decreto Supremo N° 3561 de 16 de Mayo de 2018	58
9.1 Atribuciones del INASES.....	58
10. Decreto Supremo N° 4393 de 13 de Noviembre de 2020	62
11. Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo	63
11.1 Prestaciones en Especie – Seguro de Enfermedad	64
11.2 Prestaciones en Especie – Seguro de Maternidad	65
11.3 Prestaciones en especie – Seguro de Riesgos Profesionales.....	66
11.4 Prestaciones en Especie en Accidentes de Trabajo.....	66
11.5 Prestaciones en Especie – Enfermedad Profesional	67
11.6 Prestaciones en Dinero	67
11.6.1 Seguro de Enfermedad - Subsidio de Incapacidad Temporal.....	67
11.6.2 Riesgos Profesionales – Subsidio Accidente de Trabajo.....	68
12. Reglamento de la Comisión de Prestaciones - Caja Nacional de Salud.....	68
13. Legislación Comparada.....	70
13.1 Seguridad Social en México.....	70
13.1.1 Ley del Seguro Social	73
13.1.2 Consejo Técnico	74
13.1.3 Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	75
13.2 Seguridad Social Argentina.....	75
13.2.1 Ley N° 24557 Ley Sobre Riesgos de Trabajo.....	76
13.2.2 Comisiones Médicas	77
CAPÍTULO VI.....	79
ANÁLISIS DE LOS HECHOS.....	79
1. Propuesta de Modificación de los Artículos 2, 3, 4 y 14 del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud.....	81
1.1 Conformación de la Comisión Nacional y Regionales de Prestaciones.....	81
1.2 Modificación de las Comisiones de Prestaciones	82
1.3 Modificación Artículo 14	82
CAPÍTULO VII.....	83
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
1. Conclusiones	83
2. Recomendaciones.....	84
BIBLIOGRAFÍA.....	86

RESUMEN

Se planteó el Trabajo Dirigido con el tema “La actualización del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud para evitar la vulneración de los derechos de la población asegurada en Bolivia”, por la necesidad que existe de enmarcarse en los principios y valores de la Constitución Política del Estado promulgada el año 2009, sin embargo el Reglamento del Ente Gestor data de 1995, por lo que las solicitudes de reembolso que realizan los asegurados que acuden a servicios de salud por emergencias, sin la autorización de dicha Comisión, se declaran improcedentes.

En el presente Trabajo se considera el alcance de la normativa vigente en la que se enmarca el Reglamento de la Comisión de prestaciones de la Caja Nacional de Salud, se determinan las prestaciones de salud a las que tienen derecho los asegurados que son en especie y en dinero, además de los tipos de reembolsos de gastos médicos que autoriza la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud. También se identifica normativa vigente respecto a la Seguridad Social y relacionada a la Comisión de Prestaciones en la legislación comparada.

El Marco Histórico contiene las acciones más importantes de los pioneros en la historia de la Seguridad Social como Otto Von Bismarck, William Henry Beveridge, el desarrollo de la seguridad social en América Latina, que permiten comprender el desarrollo de la Seguridad Social en Bolivia y la creación de la Caja Nacional de Salud.

El Marco Teórico presenta los criterios en los que se enmarca el presente trabajo como son los de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) que promueve el trabajo decente y productivo para mujeres y hombres, en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana. También el Convenio N° 102 de la O.I.T. que ampara la conformación de la protección social que surge tras la Segunda Guerra Mundial, que consagra el derecho a la Seguridad Social de todos los ciudadanos y establece una serie de principios generales que son los que van a servir para definir la política de Seguridad Social de la O.I.T.

En el Marco Normativo se establecen los límites en los que se enmarca la propuesta de modificación de los Artículos 2, 3, 4 y 14 del Reglamento de la Comisión Nacional de Prestaciones, con normativa actualizada, incluyendo el bloque de constitucionalidad, la Constitución Política del Estado y otras.

En la última parte se establece la modificación propuesta luego de conocer la problemática por la que pasan los asegurados intentando el reembolso de los gastos erogados en atención médica recibida en establecimientos de salud ajenos al Ente Gestor, que por razones de emergencia no pudieron acudir a su centro de adscripción, pero que en todos los casos dichas solicitudes son declaradas improcedentes al no haber sido autorizadas por la Comisión de Prestaciones, que se enmarca en un Reglamento que data del año 1995, cuando la nueva Constitución Política del Estado se promulgó el año 2009.

INTRODUCCIÓN

El presente tema “La actualización del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud para evitar la vulneración de los derechos de la población asegurada en Bolivia”, se distingue por corresponder a la normativa del Ente Gestor más grande del país por tener la mayor cantidad de asegurados, haciendo la cifra de alrededor de 2.500.000 a nivel nacional, entre titulares y beneficiarios. Dicha Entidad debe otorgar las prestaciones en dinero y en especie, dependiendo del caso, en los regímenes de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales, que corresponde a la Seguridad Social de corto plazo.

Los asegurados ante un problema de salud deben dirigirse a la Caja Nacional de Salud para recibir la correspondiente atención médica, específicamente a sus centros de adscripción, sin embargo, en muchos casos al acudir a dichos centros, no reciben la atención por diversos factores, entre ellos la saturación de pacientes, la falta de especialista, etc., asistiendo a establecimientos de salud ajenos al Ente Gestor para posteriormente solicitar el reembolso de gastos. Conforme al Código de Seguridad Social, su Decreto Reglamentario y demás normas conexas, entre ellas el Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la entidad, no se otorgan reembolsos por atenciones médicas que no hayan sido autorizadas por la mencionada Comisión, por lo que en la mayoría de los casos se declara la improcedencia de las solicitudes. El interés de realizar el presente Trabajo Dirigido consiste en resaltar la necesidad de actualización del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud, tomando en cuenta que data de 1995 y se cuenta con una nueva Constitución Política del Estado a partir del año 2009, con nuevos principios y valores, donde resalta la protección de los derechos de la población, entre ellos el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social, donde se toma en cuenta para la protección de dichos derechos, al bloque de constitucionalidad, que para este caso, protegen a grupos poblacionales vulnerables, como los niños y adultos mayores.

Para realizar este trabajo se aplicó el Método Inductivo, se partió de hechos específicos, de casos concretos que cursan en la Comisión Nacional de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud para llegar a una conclusión general, recolectando datos relevantes, para desarrollar explicaciones, describir elementos y factores que intervienen en el problema. También se aplicó el Método Explicativo describiendo diferentes hechos históricos a nivel mundial, latinoamericano y boliviano que ayudan a entender el tema, además de conocer la normativa existente en esta área de la Seguridad Social de Corto Plazo. Con el Método Comparativo se contrasta nuestra realidad con la realidad en Seguridad Social de México y Argentina. Entre las técnicas se emplearon la revisión documental y la entrevista.

El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de determinar la necesidad de modificar el Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud, específicamente en sus Artículos 2, 3, 4 y 14, a fin de posibilitar la modificación de la composición de las Comisiones, tanto de las Regionales como de la Oficina Nacional, que coadyuven al análisis de los casos que presentan los asegurados con la finalidad de evitar la vulneración de sus derechos. Otro objetivo propuesto es el de analizar el alcance de la normativa vigente en la que se enmarca el Reglamento de la Comisión de prestaciones de la Caja Nacional de Salud, que demuestren el carácter extemporáneo del marco legal en el que se basa el mencionado Reglamento, esto coadyuva con el conocimiento de las prestaciones de salud y tipos de reembolsos de gastos médicos que autoriza la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud, identificando también la normativa vigente respecto a la Comisión de Prestaciones en la legislación comparada, donde se observa que las prestaciones en materia de Seguridad Social de Corto Plazo son las mismas, sin embargo, los casos que entran en controversia en dichas legislaciones no tienen relación con reembolsos por atenciones médicas extra institucionales.

Este trabajo está dividido en las siguientes partes:

Capítulo I Diseño de la investigación, donde se desarrolla el enunciado del tema, identificación del problema, el planteamiento del problema, la delimitación temática, espacial y temporal del tema, la fundamentación e importancia, el objetivo general y objetivos específicos, además de los métodos y técnicas de investigación.

Capítulo II Marco histórico, que contiene las acciones más importantes de los pioneros en la historia de la Seguridad Social como Otto Von Bismarck, William Henry Beveridge, el desarrollo de la seguridad social en América Latina, desarrollo de la seguridad social en Bolivia y creación de la Caja Nacional de Salud.

Capítulo III Marco conceptual, donde se desarrollan conceptos de palabras clave que ayudan a comprender mejor el presente Trabajo.

Capítulo IV Marco teórico, presenta la teoría en la que se sustenta el Trabajo Dirigido como con criterios de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), el Convenio 102 de la O.I.T. de 1952, principios y valores del Estado Plurinacional de Bolivia, derechos fundamentales en el Estado Plurinacional de Bolivia, principios de la seguridad social, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Financiamiento de la Seguridad Social, Sistema Único de Salud en Bolivia.

Capítulo V Marco normativo, desarrolla las normas en las que se enmarca el Trabajo Dirigido, entre ellas Sentencias Constitucionales, la Constitución Política del Estado, el Código de Seguridad Social, su Decreto Reglamentario, Decretos Leyes, Decretos Supremos, Reglamentos, además de Legislación Comparada.

Capítulo VI Análisis de los hechos, donde se describe el parecer de los asegurados respecto a la tramitación de las solicitudes de reembolso de gastos por atención médica extra institucional y se presenta la propuesta de modificación de los Artículos 2, 3, 4, y 14 del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud.

Capítulo VII, se dan a conocer las Conclusiones y Recomendaciones del Trabajo Dirigido.

CAPÍTULO I

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Enunciado del Tema

La actualización del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud para evitar la vulneración de los derechos de la población asegurada en Bolivia.

2. Identificación del Problema

La población asegurada de la Caja Nacional de Salud, como Ente Gestor de la Seguridad Social de corto plazo, tiene derecho al reconocimiento de prestaciones en casos de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales, con la autorización de hospitalización en clínicas particulares y otras prestaciones en dinero o en especie en el marco del Código de Seguridad Social y su Reglamento. En muchos casos los asegurados a la Caja Nacional de Salud solicitan reembolsos por los servicios médicos recibidos en centros de salud particulares, que por lo general se declaran improcedentes, debido a que la Comisión de Prestaciones enmarca sus decisiones y resoluciones en su Reglamento que data de 1995 y a la fecha no fue actualizado, aún cuando se tiene una nueva Constitución Política del Estado a partir del año 2009, quedando totalmente descontextualizado, lo que hace que los asegurados vean que se vulneran sus derechos, peregrinando en trámites administrativos extensos y posteriormente en procesos jurisdiccionales intentando hacer valer sus peticiones.

Generalmente no se conceden las solicitudes de reembolsos por atenciones médicas de emergencia realizadas en establecimientos de salud ajenos a la entidad, por no haber sido previamente autorizados mediante la Comisión de Prestaciones, ya que ese es un requisito indispensable determinado en su Reglamento, pero no se toma en cuenta el bien mayor ni el derecho a la Seguridad Social. Se tienen muchos ejemplos, en un caso de solicitud de reembolso por atención médica extra institucional, no se tomó en cuenta el hecho de que se trataba de una fractura expuesta de un menor de edad que puede derivar en complicaciones más graves en cuestión de horas y que pertenece al grupo de la población vulnerable, el

asegurado acudió al Hospital Materno Infantil, pero por la hora del accidente (horas de la noche), no contaba con el especialista Traumatólogo Pediatra y fue derivado al Hospital Obrero, donde le indicaron que por ser el paciente un menor de edad, debía retornar al primer centro de salud ya que en ese nosocomio no lo atenderían, por la emergencia, el asegurado acudió a un centro particular para la atención del beneficiario, sin la autorización de la Comisión de Prestaciones y en consecuencia le negaron la solicitud de reembolso. Es este tipo de casos que demuestran la necesidad de actualización del Reglamento, que permita el cumplimiento de los derechos fundamentales y sociales, ya que por regirse ciegamente al derecho positivo desactualizado, no se toma en cuenta la realidad y necesidades de los pacientes.

La Comisión de Prestaciones tiene establecida su conformación en el Capítulo II, Artículos 2 y 3, tanto para la Comisión Nacional de Prestaciones, como para las Regionales, en el Artículo 4 se establecen las ocasiones en las que puede variar su conformación, pero dicha variación sólo es válida en casos de ausencia temporal de cualquiera de sus Miembros, cuando debería poder variar de acuerdo a la situación de emergencia médica que se presente, de acuerdo a la especialidad requerida para el análisis del caso, siguiendo el ejemplo mencionado en el párrafo anterior, debería conformar la Comisión de Prestaciones, para analizar el caso, un profesional Médico con especialidad en Traumatología.

Otro problema que presentan los asegurados, es que las solicitudes de reembolso de gastos por atenciones médicas en establecimientos de salud ajenos a la Caja Nacional de Salud, que pueden ser consideradas por las Regionales, tienen el monto límite de Bs. 3.000 (Tres Mil 00/100 Bolivianos) en cada caso, esto en el marco del Artículo 14 del Reglamento de Prestaciones. Si el monto sobrepasa la precitada cantidad, deben derivarse todos los antecedentes para la revisión de la Comisión Nacional de Prestaciones en la Oficina Nacional que queda en la ciudad de La Paz, generando excesiva demora en la tramitación de la solicitud, ya que esta Comisión debe analizar casos de las nueve Administraciones Regionales.

El monto ya ha sido observado por los asegurados y por entes superiores, ya que requieren que los casos puedan ser considerados y resueltos por las Regionales otorgando celeridad, además tomando en cuenta el costo de vida actual, el costo de las atenciones médicas y otros, dicho monto debería elevarse o simplemente no limitarse.

3. Planteamiento del Problema

¿La modificación de los Artículos 2, 3, 4 y 14 del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud evitará la vulneración de los derechos de la población asegurada en Bolivia?

4. Delimitación del Tema de Trabajo Dirigido

4.1 Delimitación Temática

El presente Trabajo Dirigido está enmarcado en el área de la Seguridad Social, que la Organización Internacional del Trabajo la define como la protección que una sociedad proporciona a las personas y sus familias, para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, accidentes de trabajo, enfermedad, invalidez, maternidad o pérdida del sostén de la familia.

El Reglamento del Código de Seguridad Social determina la existencia de la Comisión de Prestaciones, relacionada con las prestaciones de salud de corto plazo establecidas en los regímenes de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales.

4.2 Delimitación Espacial

El estudio se desarrollará tomando en cuenta la realidad de lo que sucede en la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, por ser la entidad que tiene desactualizado el Reglamento de la Comisión de Prestaciones, y por encontrarse en esta ciudad la Oficina Nacional del Ente Gestor, que se encarga de revisar la aplicación de la normativa legal en todas las Administraciones Regionales, además de ser el lugar donde se elaboran las normas de dicha entidad, una vez actualizado el Reglamento, será de aplicación nacional en todas las Administraciones Regionales de la mencionada Institución.

4.3 Delimitación Temporal

Se tomará en cuenta el estudio de investigación de la gestión 2023, revisando las resoluciones emitidas por la Comisión Nacional de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud y determinar si las mismas vulneran derechos de la población asegurada.

5. Fundamentación e Importancia del Tema

El Código de Seguridad Social fue promulgado en fecha 14 de diciembre de 1956 y su Reglamento data del 30 de septiembre de 1959, con el correr del tiempo, ambos Cuerpos Legales se fueron modificando, emanándose diferentes normas, como el Decreto Ley N° 13214 de 24 de diciembre de 1975, el Decreto Ley N° 14643 de 03 de junio de 1977 y otras oportunamente promulgadas, que se encuentran vigentes en la actualidad.

El Reglamento del Código de Seguridad Social establece la conformación de diferentes Comisiones para la solución racional de ciertos problemas específicos de la gestión de la Seguridad Social, es así que el Artículo 349 hace referencia a la Comisión de Prestaciones, que se encarga de las resoluciones sobre calificación y reconocimiento de prestaciones en casos de invalidez, incapacidad permanente, total o parcial, vejez y muerte, autorización de hospitalización en clínicas particulares y demás determinaciones en materia de prestaciones. Resuelve también el otorgamiento de las prestaciones en dinero o en especie de los casos en discrepancia o en los no previstos en la norma vigente.

La nueva Constitución Política del Estado promulgada el 07 de febrero de 2009 hace énfasis en los derechos de las personas, el Artículo 18 establece entre los Derechos Fundamentales, el Derecho a la Salud sin exclusión ni discriminación alguna, basado en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad, que deben cumplirse mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. En la Sección II, Artículo 45, se establece que la Seguridad Social debe cumplirse obligatoriamente, y para ello debe considerarse que prevalece el bloque de constitucionalidad que se encuentra por sobre el derecho positivo en materia de derechos, pregonando el respeto e igualdad entre todos, con

principios como la solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social, donde predominan los valores del vivir bien, en convivencia colectiva con acceso al agua, trabajo, educación, salud y vivienda para todos. Por lo que deben actualizarse y adecuarse los cuerpos legales a la Carta Magna, como es el caso del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud, que permita el cumplimiento de los derechos de los asegurados del Ente Gestor, tomando en cuenta inclusive las diferentes Sentencias Constitucionales que se van emitiendo.

El Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud fue aprobado mediante Resolución de Directorio N° 117/95 de 13 de noviembre de 1995, quedando descontextualizado luego de la promulgación de la nueva Constitución Política del Estado, lo que genera la vulneración de derechos de los asegurados. Son varias normas del Ente Gestor que quedaron desactualizadas, incluso la Contraloría General del Estado ha emitido recomendaciones para la actualización de sus normas, especialmente de este Cuerpo Legal, ya que debe proteger a la población asegurada.

Las Comisiones de Prestaciones en las nueve Administraciones Regionales del Ente Gestor, deberían tener la facultad de resolver los casos de solicitudes de reembolso por atención médica extra institucional, modificando su conformación de acuerdo a la necesidad de los asegurados sin un límite de monto, de esta manera otorgar celeridad en la tramitación de las solicitudes que realizan los asegurados.

6. Objetivos del Tema

6.1 Objetivo General

- Determinar la necesidad de modificar el Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud en sus Artículos 2, 3, 4 y 14 para evitar la vulneración de los derechos de la población asegurada en Bolivia.

6.2 Objetivos Específicos

- Analizar el alcance de la normativa vigente en la que se enmarca el Reglamento de la Comisión de prestaciones de la Caja Nacional de Salud.
- Determinar las prestaciones de salud y tipos de reembolsos de gastos médicos que autoriza la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud.
- Identificar normativa vigente respecto a la Seguridad Social y la Comisión de Prestaciones en la legislación comparada.

7. Métodos y Técnicas a Utilizarse en el Trabajo Dirigido

7.1 El Método

Se refiere a los procedimientos que se van a seguir, en el caso del presente Trabajo Dirigido para cumplir con los objetivos o dar una respuesta al problema identificado, se comienza por definir el punto de partida, es decir, el objeto de estudio. Se parte de situaciones concretas y se espera encontrar información de las mismas para analizarlas con un marco teórico general, va a referirse a la inducción.¹

7.2 Métodos Generales

7.2.1 Método Inductivo

En el proceso de investigación del presente trabajo dirigido, como método general se empleará el Método Inductivo, que va de hechos específicos para llegar a una conclusión general, donde se recolectan datos relevantes, para desarrollar teorías que ofrezcan explicaciones, describir los elementos y factores que intervienen en el problema, sus causas y efectos. En este caso como hechos específicos, se analizarán los datos obtenidos en la Oficina Nacional de la Caja Nacional, donde se desenvuelve la Comisión Nacional de Prestaciones, para generalizar lo que sucede en las Administraciones Regionales a nivel general.

¹ Vásquez Hidalgo, Isabel. 2005. Tipos de Estudio y Métodos de Investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

7.2.2 Métodos Específicos

7.2.2.1 Método Explicativo

Está dirigido a responder a las causas de los eventos sociales, desarrollando el por qué ocurre el problema y sus condiciones, para describirlas.²

Se trata de una enumeración en la que se hace una especie de inventario, es una forma de constituir una forma de estímulo para las reflexiones teórico - explicativas.³

7.2.2.2 Método Comparativo

Permite llevar a cabo en forma crítica un contraste entre los factores del objeto de estudio de la realidad estudiada que puede compararse con otras realidades. Este método consiste en establecer analogías y disimilitudes con enfoques de búsqueda diferenciadora y búsqueda antagónica. El método comparativo ayuda a establecer distinciones entre sucesos o variables que son repetitivos en realidades estudiadas, esto conlleva en algunos casos a una característica de generalidad y en otros casos a la particularidad.⁴

Está dirigido a contrastar dos o más fenómenos o hechos distintos entre sí, que busca establecer puntos de encuentro y diferencias entre ellos. En este caso se utilizará para establecer diferencias y semejanzas de la Seguridad Social, comparando específicamente la Seguridad Social de nuestro país con la de México y Argentina.

7.3 Técnicas de Investigación

7.3.1 Investigación Documental

Está orientada a proveerse de información bibliográfica, recopilar información, normas y aspectos teórico conceptuales necesarios para conocer el alcance del problema. En este caso se recopilará información, normas y otros, referidos a la Seguridad Social, la Comisión de

² Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos. 2010. Metodología de la Investigación. Quinta Edición. México. Editorial McGraw Hill.

³ Ander-Egg Ezequiel. 1995. Técnicas de Investigación Social. 24° Edición. Buenos Aires. Editorial Lumen.

⁴ Abreu José Luis. 2015. Análisis al Método de la Investigación. México. Editorial Daena.

Prestaciones de la Caja Nacional de Salud, Autoridad de la Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS, como ente fiscalizador de la Caja Nacional de Salud y demás jurisprudencia.

7.3.2 La Entrevista

La información documental se complementará con criterios y opiniones de asegurados a la Caja Nacional de Salud, específicamente de quienes realizan el seguimiento de sus trámites de reembolso en oficinas de la Comisión de Prestaciones.

CAPÍTULO II

MARCO HISTÓRICO

La Seguridad Social nace como una necesidad del liberalismo de reconocer los derechos individuales de las personas. Dentro de la multitud de derechos que comenzaban a establecerse para los ciudadanos a finales del siglo XIX, los más destacados fueron los de Libertad e Igualdad ante la ley. Derivado de esto nace la institución similar a lo que hoy se conoce como Seguridad Social.

Se puede encontrar un concepto previo al de Seguridad Social en los Colegios Romanos, donde Numa Pompilio, segundo Rey de Roma (716-674 a.C.), dividió la población romana por artes y oficios, que tuvieron la esencia del mutualismo. Los vínculos comunitarios se proyectaban hacia la profesión y los fines religiosos, tenían el carácter de protección de los artesanos.

En el año 6 d.C. se decidió velar por la asistencia económica de los soldados veteranos, que tras cumplir su servicio en el ejército, se licenciaban con la perspectiva de acceder a algún medio de vida. Se constituye una Caja de previsión económica, cuyos fondos se entregaban en razón de sus años de servicio y méritos bélicos.

También existió entre los pueblos germanos y bárbaros una asociación de defensa y asistencia mutua, donde había una fraternidad de armas y banquetes que se denominó Guilda. En España, derivadas de las Guildas, se tiene las Cofradías, que tenían tres formas: Las religiosas, religiosas – benéficas y las gremiales, que tuvieron un régimen administrativo y económico propio, estableciendo cotizaciones semanales, mensuales o anuales entre sus miembros.

En el siglo XII ocurre una transformación del trabajo, que se denominó Revolución Municipal, donde la artesanía familiar cede su lugar a la artesanía de taller, mediante la explotación de extraños a la familia, surgiendo el régimen corporativo, caracterizado por el régimen subordinado, tuvieron fines de seguridad, pero sólo en el círculo cerrado de algunas

profesiones. Las Corporaciones estaban divididas en tres clases: aprendices, criados y maestros. Después de terminar su aprendizaje, algunos adquirirían la categoría de obreros o criados, con esa categoría podían ya discutir sus condiciones laborales con el maestro. Las obligaciones del maestro con el aprendiz eran la de darle vestido, alimento y posada; los gastos de enfermedad corrían por cuenta y riesgo de los aprendices y su familia.

Con el paso de los siglos estas Corporaciones fueron perdiendo el significado original, hasta constituirse en elementos regresivos de la sociedad y en limitantes de la industria capitalista.

Ante las difíciles condiciones a las que fue sometida la población trabajadora europea en la primera revolución industrial, entre finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, se alzaron las voces de protesta reclamando un salario justo para los obreros y mejores condiciones de vida para sus familias.

A la corporación le sucede el régimen laboral del maquinismo, cuya aparición origina la Revolución Industrial y el nacimiento de la concentración industrial y del proletariado, donde se tiene mano de obra de hombres, mujeres y niños, pero con retribuciones económicas muy bajas y jornadas laborales extensas. Siguiendo los principios del liberalismo político, económico y social, no existían instituciones de protección hacia los trabajadores y el Estado no intervenía en las relaciones laborales. Frente a esta situación aparecieron signos de rebelión de los asalariados contra los patronos.

Entre las primeras leyes sobre Seguridad Social aparecen en Alemania, entre 1880 y 1890, los seguros sociales por enfermedad y accidente, vejez e invalidez, que Francia implementa en 1898. Es así como aparecen en el mundo las primeras leyes sobre trabajos de mujeres y niños, sobre jornada de trabajo, accidentes de trabajo, seguros sobre vejez, enfermedad y muerte.⁵

⁵ Tomasi Susana Noemí Diciembre/2016. Historia de la Seguridad Social. Revista Economía. Buenos Aires – Argentina.

Como resultado de la Revolución Industrial grupos de trabajadores crearon a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, fondos voluntarios para Seguros de Enfermedad, dichos fondos servían para recuperar los salarios perdidos a causa de alguna enfermedad y para pagar los costos de la misma, hecho que contribuyó al crecimiento de los sindicatos y a la formación de partidos políticos de corte laboralista.

1. Otto Von Bismarck

El origen moderno de la Seguridad Social viene de Alemania en la segunda mitad del siglo XIX, auspiciada por la doctrina del Estado Social de Derecho. Fue el canciller Otto Von Bismarck, Primer Ministro del Rey Guillermo I de Prusia, quien lideró las primeras medidas permanentes y generales para la institucionalización de los seguros sociales. El movimiento obrero amenazaba la paz política en el país germánico y como una medida para detener los conflictos existentes, se dictó en 1876 una ley antisocialista que prohibía la asociación bajo las banderas democráticas, socialistas o comunistas. En 1880 Bismarck propuso al parlamento alemán un proyecto de ley para hacer obligatorio el seguro médico a los trabajadores con salarios bajos, a partir de un fondo nacional único. La Ley entró en vigencia el año 1883, donde se establecía que todos los trabajadores con salarios por debajo de cierto nivel, estaban obligados a pertenecer a un fondo de Seguro de Enfermedad. Con el paso del tiempo, el nivel del salario requerido aumentó gradualmente, ampliando los grupos protegidos, además los beneficios del seguro se ampliaron a tratamiento hospitalario, cuidado odontológico y otros. El 15 de junio de 1883 se plasmó en derecho positivo la ley de enfermedad y maternidad; en 1884 la ley de accidentes de trabajo y enfermedad profesional; y en 1889 la ley de vejez e invalidez. Paulatinamente estas leyes se extendieron a Austria y Gran Bretaña.⁶

Como se ha visto, Alemania es la promotora de la Seguridad Social con la institucionalización de los seguros sociales amparados en la doctrina del Estado Social de Derecho, sin embargo,

⁶ Acevedo Tarazona Álvaro. 2010. Anuario de Historia Regional y de las Fronteras. Historia, Marco Normativo, Principios y Vislumbres de un Estado de Derecho en Colombia. Recuperado a partir de <http://revistas.uis.edu.co/index.php/anuariohistoria/article/view/5555>

el origen del Subsidio Familiar y de las Cajas de Compensación se los atribuyen a Francia. El empresario León Harmel estableció en el año de 1891 los Subsidios Familiares en su fábrica de Val de Bois, donde los patronos daban un suplemento de 0.80 francos por cada hijo que tuviera el obrero, además del salario normal. Las Cajas de Compensación fueron ideadas a partir de 1916 por el industrial católico Emilio Romanet y M. Marcesche. El sistema de Subsidio Familiar promovido por los patronos franceses consistía en dar una cifra fija a las Cajas por cada uno de los obreros que trabajaban en sus fábricas. Estas Cajas a su vez entregaban a cada obrero casado determinada cantidad, a título de Subsidio, en proporción al número de hijos que tuviese.

Uno de los efectos de la Primera Guerra Mundial que se desarrolló entre 1914 y 1918, fue el florecimiento de la Revolución Rusa. El recién creado Gobierno Revolucionario Soviético amplió la cobertura del hasta entonces limitado seguro para trabajadores industriales a todas las personas empleadas en las ciudades y a sus familiares, las contribuciones corrían por cuenta de las empresas. A medida que el primer país socialista del mundo se iba industrializando, cada vez más trabajadores eran cubiertos por el seguro. La población rural, sin embargo, no era beneficiaria de los programas de seguro médico, sino, una red de centros de salud pagados por el tesoro público, se encargaba de satisfacer sus necesidades de salud. Posteriormente, en los primeros cincuenta años del siglo XX, Inglaterra transita el camino que pone fin a su hegemonía mundial, existiendo el compromiso nacional por superar los difíciles días en que ese país combatió contra el nazifacismo. Este compromiso se tradujo en un gobierno de coalición entre el laboralismo y el conservadurismo, con la esperanza de contar con una sociedad menos desigual y más solidaria.

2. William Henry Beveridge

Nació en la India bajo dominios británicos en el año 1879, llegó a Inglaterra a temprana edad, al pasar los años destacó en las matemáticas. A partir de 1908 comenzó a trabajar en la función pública, en 1916 delegó a funcionarios en la Cámara de Comercio para que estudien

los problemas industriales que surgirían cuando terminara la guerra. El primer fruto de ese estudio fue la presentación de un proyecto de ley para extender el Plan de Seguro de Desocupados establecido en 1911 para mecánicos, obreros de construcciones y edificaciones, navales y algunos otros oficios, entre ellos a los de las fábricas de municiones. Gracias a Beveridge fue posible pasar del aseguramiento hacia la solidaridad, en su lógica, las contribuciones no favorecen solamente al conjunto de las personas que aportan, sino también a quienes no lo hacen, todos los titulares de ingresos primarios renuncian obligatoriamente a una parte de sus ingresos para constituir un fondo que suministrará a todos los miembros de la sociedad un nivel mínimo de recursos, incluida la prima de seguro de salud, ya sea porque no son capaces de atender ese mínimo por sus propios medios o por la imposibilidad de encontrar un empleo cuya remuneración le resulte insuficiente.

El pensamiento liberal de Beveridge presentó elementos de radicalidad identificados con una activa e importante acción del Estado dentro de la economía, con el fin de construir un sistema de seguridad social sostenido en una política económica capaz de asegurar niveles elevados de empleo, buscaba mediante ciertos niveles de intervención económica directa del Estado, reducir las tensiones sociales generadas por el capitalismo.⁷

En noviembre de 1942, mientras Europa era sacudida por la guerra de Hitler, se presentaba ante el Parlamento británico el Social Insurance and Allied Services, conocido como Beveridge Report. La sociedad británica en guerra, con un imperio debilitado, cuestionado y agónico, comenzó a tomar nota de una determinante discusión en torno al rol del Estado en la mantención del bienestar social, mediante la instauración de un sistema centralizado de seguridad social. Este trabajo nació del establecimiento del Comité Interdepartamental sobre Seguridad Social y Servicios Asociados.

⁷ Rafart, Carlos Gabriel. 2014. Recordando los Muertos. La Seguridad Social, el Empleo y las Instituciones Democráticas de Lord William Beveridge. Revista de Historia. Recuperado a partir de <http://revele.uncoma.edu.ar/index.php/historia/article/view/689>.

El documento Beveridge Report señalaba que un objetivo histórico y central que debía asumir el Estado era la abolición de la necesidad, mediante la creación de un sistema de Seguridad Social que resguardara el bienestar, esa necesidad se relacionaba con la carencia entre las familias e individuos de los medios para una sana subsistencia. Beveridge efectuó una crítica a las formas previas de políticas sociales, al considerar que no partían de un criterio científico para definir los niveles de necesidad y pobreza, por lo cual los problemas económicos, algunos vinculados al desempleo, la enfermedad y la viudez, no recibían soluciones apropiadas. La propuesta de liberar a la sociedad de la necesidad establecía la importancia de desarrollar un sistema estatal nacional y central de Seguridad Social.⁸

Para resolver el problema de la necesidad, la Seguridad Social tenía un rol central para resolver los efectos de la crisis económica, esto involucraba el desarrollo de un Estado que debía ir más allá de garantizar los derechos políticos, reconociendo a los individuos un marco de derechos sociales y de protección general. Este reconocimiento no significaba desconocer las particularidades de cada grupo dentro de la sociedad y sus necesidades, sino, significa la seguridad de un ingreso mínimo, la provisión de un ingreso asociado con un tratamiento para terminar lo más pronto posible con la interrupción de ingresos.

La universalidad del derecho a la seguridad social se vinculaba a una política tributaria capaz de mantener la provisión de la asistencia al desempleo, a los enfermos y pensionados, entre otros. La provisión de pensiones garantizaba un mínimo de cobertura, que si bien aseguraba la asignación de ingresos en momentos de interrupción de los mismos, no era capaz de romper las diferencias de estatus socioeconómico que se complementarían con seguros privados.

El Estado debía asumir la protección de los individuos en los momentos de la vida en que se experimentara una interrupción temporal o definitiva de la actividad productiva, el

⁸ Llanos Reyes, Carlos. 2013. Seguridad Social, Empleo y Propiedad Privada en William Beveridge. Historia Crítica. Bogotá – Colombia. Universidad de Los Andes.

sistema no solamente aseguraba la mantención de un ingreso mínimo; también incluía medidas de alivio contra el desempleo, accidentes, tratamientos médicos para restaurar la salud y los ingresos; proveía para los gastos excepcionales, como el nacimiento, matrimonio y muerte, debido a que éstos son “riesgos” a los que el individuo está expuesto en toda sociedad.

En el plano global, la política económica debía perseguir la mejora de las condiciones de vida de la población, asegurando la demanda de empleo, aun a condición de cuestionar como derecho esencial la propiedad privada sobre los medios de producción. La política económica estatal debía tener en cuenta el desarrollo de un tipo de capitalismo de Estado, donde se consideraba la propiedad estatal de sectores industriales y el control sobre la localización de la industria, en convivencia con la propiedad y la inversión privada.

3. Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina

En un grupo pequeño de países pioneros, que eran los más desarrollados en ciertas áreas en su momento, como Chile, Uruguay, Argentina y Brasil, el sistema de Seguridad Social surgió en la década de 1920, pero de manera gradual y fragmentada, dando lugar a una multiplicidad de instituciones gestoras que protegían a diferentes grupos ocupacionales a través de subsistemas independientes con su propia legislación, administración, financiamiento y prestaciones. El Estado contribuyó al financiamiento de estos subsistemas mediante la creación de impuestos específicos o el apoyo directo del presupuesto. Los subsistemas fueron incorporando a sectores laborales más amplios, así como a sus dependientes pero generalmente, no con todas las prestaciones y con condiciones de adquisición de derecho más exigentes. El proceso de aparición de los subsistemas fue aproximadamente el siguiente: Fuerzas Armadas, empleados públicos y maestros; después empleados y obreros del transporte, energía, banca, comunicaciones y otros servicios públicos y, por último, trabajadores agrícolas y por cuenta propia (independientes), pequeños granjeros, empresarios y trabajadores domésticos. Este tipo de evolución resultó en una seguridad social estratificada ya que ésta asumió una estructura piramidal con grupos relativamente pequeños de

asegurados protegidos por subsistemas privilegiados y la mayoría de la población con subsistemas más pobres de protección en la base.

3.1 Los Países con Sistemas Relativamente Unificados

La segunda forma de evolución de la Seguridad Social se da en países cuyos sistemas principales se establecen a partir de la década de 1940, influenciados por las nuevas tendencias en la materia que emanaban de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y del Informe Beveridge. Algunos de estos países eran entonces relativamente desarrollados, como es el caso de México, pero la mayoría tenía un escaso desarrollo industrial y el sector rural predominaba sobre el urbano. En estos países se creó un Instituto Gestor General encargado eventualmente de cubrir a toda la población, aunque el sistema inicialmente se circunscribió a la capital y principales ciudades. En los países más desarrollados de este segundo grupo, existía antes de la creación del mencionado Instituto, una serie de instituciones de seguridad social que protegían a los grupos de presión más poderosos, en algunos países, después de la creación del Instituto Gestor General se hicieron excepciones con el objeto de establecer subsistemas separados para ciertos grupos, casi siempre en el sector público, pero estos grupos separados representan un porcentaje pequeño en relación con la proporción cubierta por el Instituto. Debido a la aparición más tardía de la seguridad social en este segundo grupo, así como a su unidad, uniformidad relativas y a su cobertura más baja de riesgos y población, estos sistemas generalmente no confrontan los problemas administrativos y financieros del primer grupo.⁹

4. Desarrollo de la Seguridad Social en Bolivia

Se inicia con la fundación de la República hasta 1920, la Seguridad Social se hallaba estructurada en el campo laboral por ser un país de artesanos y campesinos, en cuanto a la economía, la fuente más importante de la renta nacional fue la agricultura. No existían muchas

⁹ Mesa Lago, Carmelo. 1985. El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.

relaciones empleador - trabajador, por lo tanto, la seguridad social era escasa. Para proteger a los trabajadores se aplicaba la legislación civil, ante cualquier contingencia que tenía el trabajador emergente del trabajo, se otorgaban indemnizaciones en función al daño causado, normada por dos principios que estructuraban la teoría de los daños y perjuicios, el daño emergente y el lucro cesante. Por lo que su calificación y determinación en cuanto a la reparación, estaban atribuidas a la jurisdicción ordinaria.

Posteriormente surge un cambio trascendental en la economía, de país agrícola Bolivia se convierte en un país minero, lo que implica la existencia de relaciones laborales. El riesgo de los trabajadores se debía a los trabajos en lugares inadecuados e insalubres, las instalaciones deficientes, la ausencia de normas sobre la jornada laboral, además de las condiciones materiales. Los infortunios laborales que existían en la minería, ocasionaban pérdidas económicas, tanto para la empresa como para el trabajador, por lo que era necesario constituir una fuerza que pudiera equilibrar las relaciones obrero-patronales. Es así que el Estado, en consideración a que la minería se había convertido en una de las fuentes exclusivas de los ingresos nacionales, inicia su labor legislativa, obligando a las empresas a cuidar de la salud de sus trabajadores, imponiendo la reparación económica por los accidentes de trabajo y enfermedades, contemplados por un sistema de ahorro obrero.

El Estado comienza a dictar normas protectoras para el trabajador, es así que se dictan las siguientes leyes:

- Ley de 20 de febrero de 1920, sobre dotación de médico y farmacia en los centros mineros.
- Ley de 18 de enero de 1924, sobre Enfermedades Profesionales.
- Ley de 19 de enero de 1924, sobre Accidentes de Trabajo.
- Ley de 25 de enero de 1924, sobre Ahorro Obrero Obligatorio.
- Ley de 1926, sobre Pensiones, Jubilaciones y Montepíos.

- Ley de 16 de mayo de 1936, sobre la creación de la Caja de Seguro Ahorro Obrero.¹⁰

En 1924, Bolivia adopta la Ley de Accidentes del Trabajo, dando comienzo de esta manera a la toma de conciencia de parte de los gobernantes para desarrollar sistemas que protejan a la sociedad. En 1942, se instaura el retiro obrero obligatorio para empresas con más de 50 trabajadores. El 07 de enero de 1949 Bolivia se incorporó en la línea de vanguardia de la seguridad social con un Decreto Ley de Seguro Social, creando el Instituto Boliviano de Seguro Social y cubriendo los riesgos de disminución o pérdida de la capacidad de trabajo y de ganancia del trabajador por enfermedad, invalidez, muerte imputable o no al trabajo, maternidad y vejez. La preocupación de los trabajadores por la previsión social se plasma en el ordenamiento jurídico nacional, a través de comisiones técnicas conformadas por organismos internacionales, logrando formar anteproyectos que sirvieron para la creación de la Ley del Seguro Social Obligatorio de 1949 que normaba los riesgos profesionales y comunes, recogiendo los Principios de Unidad e Integridad de la seguridad social. Sin embargo, la regulación de modo distinto de los Riesgos Profesionales y la ausencia de prestaciones familiares obligaron a la revisión de dicho cuerpo legal, que luego de una exhaustiva revisión y con la orientación de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, se entregó al Poder Ejecutivo el proyecto de Seguro Social Obligatorio (SSO). Dicho proyecto, fue aprobado mediante Decreto Supremo de 1 de octubre de 1951, el cual sirvió para la creación del Código de Seguridad Social de 14 de diciembre de 1956 que reconoce los principios elaborados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y positiviza las recomendaciones de la Organización Interamericana de la Seguridad Social.

El sistema de Cajas actualmente cuenta con varias instituciones, y sus estructuras de financiamiento y gerencia están hoy separadas de los programas de jubilaciones y pensiones, a

¹⁰ Bocangel Peñaranda, Alfredo. 2004. Derecho de la Seguridad Social. Segunda Edición. La Paz – Bolivia. Fondo Editorial del I.C.A.L.P.

partir de la reforma en la seguridad social ocurrida en 1997 con la promulgación del Reglamento de la Ley de Pensiones. De estas instituciones, la Caja Nacional de Salud es la más importante, ya que cubre el 85% de los asegurados del sistema. El sistema de aseguramiento social se completa con la Caja Petrolera, las Cajas Bancarias Privada y Estatal, la Caja de Caminos, la Caja de Corporaciones, el Seguro Universitario y la Corporación del Seguro Social Militar. Cada una de estas Cajas cuenta con una población cautiva, a partir del Código que desde 1956 norma su creación, aunque recientemente se crearon mecanismos que permitieron traspasos limitados de afiliados entre instituciones. Las Cajas se encuentran sujetas a la normativa del Ministerio de Salud y Deportes y a la fiscalización de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS.

A partir del 30 de septiembre de 1959, el Decreto Supremo N° 5315 reglamenta el Código de Seguridad Social que establece que la gestión, aplicación de medios terapéuticos, provisión, reparación y renovación de aparatos de prótesis y ortopedia; y tratamiento adecuado para su recuperación y readaptación profesional, además de la ejecución de los regímenes de Seguridad Social estarán a cargo de cinco Cajas: Ferroviaria, Seguro Social Militar, Bancaria, Petrolera y Caja Nacional de Salud (CNS). Los trabajadores comprendidos dentro del campo de aplicación del Código serán asegurados a la respectiva Caja, de acuerdo a la rama de actividad económica preponderante a la que pertenezca su empresa. La C.N.S. estaría a cargo de la cobertura de los empleados de la administración pública y de todos los demás grupos no incluidos explícitamente en las otras Cajas.

5. Creación de la Caja Nacional de Salud

La Caja Nacional de Salud se creó el año 1956 con el nombre de Caja Nacional de Seguridad Social C.N.S.S., cuyo objetivo era brindar un seguro a los trabajadores que tienen una relación obrero-patronal, cambiando de nombre en 1987 a Caja Nacional de Salud, que se rige bajo el Código de Seguridad Social y los dictámenes emanados por las autoridades en el transcurso de los años. Es una institución, de derecho público, sin fines de lucro, con

autonomía de gestión administrativa y técnica de salud, con personería jurídica, patrimonio propio y plena capacidad de acción para el cumplimiento de sus funciones. Puede realizar las gestiones legislativas, judiciales y administrativas que considere necesarias para desarrollar los objetivos establecidos en su Estatuto.

En 1996 se produce el quiebre de la Caja Ferroviaria, en el gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada, mediante Decreto Presidencial N° 24520 de 10 de marzo de 1997, se dispuso la disolución técnica de la Caja Ferroviaria de Salud, una de las entidades más grandes dentro del sistema de seguridad social nacional, que recibía aportes de dos redes ferroviarias: la Occidental y la Oriental. El mencionado Decreto Presidencial estableció que los trabajadores activos, pasivos y sus grupos familiares afiliados a la Caja Ferroviaria de Salud Red Oriental se afilien obligatoriamente a la Caja Petrolera de Salud, a objeto de recibir las prestaciones del régimen a corto plazo contempladas en el Código de Seguridad Social; por otro lado, los trabajadores activos, pasivos y sus grupos familiares, afiliados a la Caja Ferroviaria de Salud Red Occidental, obligatoriamente fueron afiliados a la Caja Nacional de Salud.¹¹

5.1 Misión y Visión de la Caja Nacional de Salud

5.1.1 Misión

La Caja Nacional de Salud brinda protección integral de salud en enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a la población protegida, con oportunidad, calidad y calidez.

5.1.2 Visión

Ser líder nacional en la provisión de servicios integrales de salud, con oportunidad, calidad y calidez. Aumentar la cantidad de infraestructura de salud en todo el país, al igual que equipos médicos y recursos humanos para cumplir con la demanda de los asegurados.

¹¹ Maceira, Daniel. 2002. Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia. Banco Interamericano de Desarrollo. Buenos Aires – Argentina.

CAPÍTULO III

MARCO CONCEPTUAL

1. Beneficiario

Miembros de la familia del asegurado que son protegidos por el Código de Seguridad Social y normas conexas.

2. Caja Nacional de Salud

Institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión, aplicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a corto plazo (Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales). Se rige por los principios de Universalidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad y Eficacia en el otorgamiento de las prestaciones de salud, optimizando el uso de recursos y buscando ampliar el nivel de cobertura

3. Comisión de Prestaciones

Grupo de profesionales que en los entes gestores en el encargado de la consideración y análisis de las solicitudes para el otorgamiento del derecho a percibir beneficios.

4. Convenio 102

Convenio sobre la Seguridad Social considerado como norma mínima, adoptado en 1952, siendo el faro de la Organización Internacional del Trabajo sobre este tema, puesto que es el único instrumento internacional, basado en principios fundamentales de Seguridad Social, que establece normas mínimas aceptadas a nivel mundial.

5. Cotización

Aporte a los regímenes del Seguro Social para la cobertura de las cargas financieras y que asigne tanto al empleador, como al asegurado y al Estado.

6. Emergencia

Situación crítica de peligro para la vida del paciente que requiere una atención médica inmediata.

7. Ente Gestor

Caja de Salud que se encarga de la gestión, aplicación y ejecución del Seguro Social Obligatorio y del Régimen de Asignaciones Familiares para sus trabajadores afiliados.

8. Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo

Derechos de los que gozan los asegurados a los entes gestores con relación de dependencia laboral, que cubren: Enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. Se otorgan en especie, que consisten en servicios, insumos y medicamentos para la asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica y hospitalaria. Se conceden también en dinero, cuando se determina incapacidad para el trabajo y se paga el subsidio de enfermedad, también de maternidad y por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.¹²

9. Organización Internacional del Trabajo

Agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que se encarga de las cuestiones relacionadas con el trabajo en el mundo. Entre sus objetivos principales se encuentra fomentar los derechos laborales, estimular oportunidades dignas de empleo, mejorar la protección social, y reforzar el diálogo en cuestiones relacionadas con el trabajo. Se encarga de desarrollar y supervisar el uso de las normas internacionales de trabajo que se convierten en convenciones y recomendaciones. Estas normas cubren todos los aspectos del mundo del trabajo, y establecen principios básicos y derechos con el fin de garantizar un trabajo digno para todos los ciudadanos.

10. Prestaciones

Instrumento idóneo que la disposición legal establece para reparar o remediar contingencias de carácter social que pueden manifestarse en un conjunto de necesidades que va desde la pérdida de la salud por riesgos comunes, los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y pérdida de la seguridad económica por diferentes causas. Es decir, se

¹² Bolivia. Código de Seguridad Social. 1956.

constituyen en una respuesta a los infortunios, contingencias o necesidades, que pueden ser en especie o económicas.

11. Previsión Social

Conjunto de medios y acciones dirigidas a atender las necesidades de los integrantes de una sociedad. Su objetivo es lograr que se mejoren las condiciones sociales, económicas y humanas de la población mediante la protección de los individuos ante la pobreza, la enfermedad, el desempleo, la discapacidad o los problemas derivados de la vejez.

12. Seguridad Social

Protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.¹³

13. Trabajador Asegurado

Persona, sea obrero, empleado o aprendiz, sujeto al campo de aplicación del Código de Seguridad Social y normas conexas.

¹³ Organización Internacional del Trabajo. 2001. Hechos Concretos Sobre la Seguridad Social. <http://ilo.org/wcmsp5/groups/public>.

CAPÍTULO IV

MARCO TEÓRICO

1. Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.)

La Organización Internacional del Trabajo es la agencia especializada de las Naciones Unidas que promueve el trabajo decente y productivo para mujeres y hombres, en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana.

Fue creada por el Tratado de Versalles en 1919, después de la I Guerra Mundial, al mismo tiempo que la Sociedad de Naciones, la O.I.T. consiguió no sólo atravesar el período de la II Guerra Mundial manteniendo sus principios, métodos y objetivos intactos, sino que además los mismos se vieron reafirmados y reforzados. Tiene como objetivos contribuir a alcanzar la paz mundial, fomentando la solución de problemas del sector laboral, crear leyes y convenios internacionales que rijan sus normas. Además, se ha distinguido por emitir recomendaciones y establecer políticas que garanticen la igualdad y la plena justicia social.

Su constitución fue elaborada por una Comisión del Trabajo establecida por la Conferencia de Paz, teniendo como resultado una Organización tripartita, con representantes de gobiernos, empleadores y trabajadores en sus órganos ejecutivos. La primera Conferencia Internacional del Trabajo en Washington en octubre de 1919, adoptó seis Convenios Internacionales del Trabajo, que se referían a las horas de trabajo en la industria, desempleo, protección de la maternidad, trabajo nocturno de las mujeres, edad mínima y trabajo nocturno de los menores.

Lleva adelante sus tareas a través de tres órganos fundamentales de composición tripartita, se trata de la Conferencia Internacional del Trabajo, el Consejo de Administración y la Oficina Internacional del Trabajo.

Desarrolla sus actividades sobre la base de cuatro principios:

- a) Generación de empleo decente. Mediante el fomento de economías que generen oportunidades de inversión.

- b) Defensa de los derechos de los trabajadores.
- c) Protección social, en situaciones de pérdida o reducción de ingresos.
- d) Diálogo social, entre trabajadores, empleadores y Estados.

2. Convenio 102 de la O.I.T. de 1952

Los Convenios son un conjunto de normas internacionales de trabajo que imponen obligaciones a los Estados y cuya finalidad es mejorar las condiciones de empleo en todo el mundo. Los Convenios deben ser ratificados por los Miembros de la O.I.T.

El Convenio N° 102 de la O.I.T. ampara la conformación de la protección social que surge tras la Segunda Guerra Mundial, consagra el derecho a la Seguridad Social de todos los ciudadanos y establece una serie de principios generales que son los que van a servir para definir la política de Seguridad Social de la O.I.T. de los años posteriores y es una de las fuentes de mayor influencia en la formación y desarrollo de la Seguridad Social en muchos países del mundo.

Este Convenio fue adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra en el año 1952. También llamado “Norma Mínima en Seguridad Social”. Normativa que incorpora las bases y principios básicos de la Seguridad Social como la solidaridad, la universalidad, la integralidad y subsidiariedad. Agrupa las prestaciones con arreglo a sus funciones, imponiendo condiciones mínimas que todos los países, industrializados o en desarrollo, deben cumplir. Está compuesto por 87 artículos divididos en 15 partes. En la Parte I se disponen los requisitos que los Estados deben cumplir para su ratificación, incorporando una serie de condiciones de flexibilidad; en la Parte XI se prevén normas respecto al cálculo de los pagos periódicos; la Parte XII se ocupa de la igualdad de trato a los residentes no nacionales; la Parte XIII incorpora normas relativas a la suspensión de las prestaciones, al derecho de apelación, financiación y administración de las prestaciones; la Parte XIV contiene disposiciones diversas sobre determinados efectos del Convenio; y la Parte XV contiene disposiciones finales, relativas a las ratificaciones y a la entrada en vigor.

Las prestaciones que contempla el Convenio N° 102 están divididas en nueve partes que son:

- a)** Parte I. Asistencia Médica.
- b)** Parte II. Enfermedad
- c)** Parte III. Desempleo.
- d)** Parte IV. Vejez.
- e)** Parte V. Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales.
- f)** Parte VI. Familiares a Cargo.
- g)** Parte VII. Maternidad.
- h)** Parte VIII. Invalidez.
- i)** Parte IX. Sobrevivientes.

Una de las características de las normas internacionales del trabajo es su vocación universal, es decir que deben aplicarse por todos los Estados Miembros de la O.I.T. Sin embargo, esto no siempre es posible, ya que pueden existir factores que aconsejen introducir ciertas condiciones de flexibilidad para facilitar la ratificación de los instrumentos normativos aprobados. Entre estos factores se encuentran las diferentes condiciones económicas, sociales y políticas de cada uno de los Estados Miembros, así como sus distintos sistemas constitucionales y legales. Ello da lugar a que los Convenios ofrezcan la posibilidad de optar por distintos grados de compromiso, a través de las denominadas Cláusulas de Flexibilidad, para permitir alcanzar de forma progresiva la cobertura universal según el ritmo de desarrollo económico de los Estados Miembros.

Además de las disposiciones comunes, el Estado que ratifica el Convenio N° 102 debe aceptar al menos tres de las nueve partes, entre las cuales debe figurar al menos una de las cinco siguientes: desempleo, vejez, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, invalidez y sobrevivientes. Al disponer en el Convenio N° 102 que los países debían garantizar

al menos tres de los nueve tipos de prestaciones de seguridad social, la O.I.T. trataba de garantizar un mínimo nivel de protección y al mismo tiempo respetar las condiciones de partida de determinados países, los cuales no estaban preparados para realizar un esfuerzo presupuestario en materia de protección social.

La alusión a las contingencias cubiertas ha permitido que con posterioridad cada uno de los Convenios que se han ido aprobando, se dediquen en concreto a alguna de las ramas de la Seguridad Social, es el caso de los Convenios: 183 sobre Protección de la Maternidad; 168 sobre el Fomento del Empleo y la Protección Contra el Desempleo; 130 sobre Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad; 128 sobre las Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes; y 121 sobre las Prestaciones en caso de Accidentes de Trabajos y Enfermedades Profesionales.

La contingencia cubierta establece una delimitación de lo que debe comprender la misma, en el caso de:

1. **Asistencia médica.-** Se circunscribe al estado mórbido, cualquiera sea su causa, también el embarazo, parto y sus consecuencias. Incluye atención de especialistas, medicamentos y hospitalización en casos necesarios.
2. **Prestaciones monetarias de enfermedad.-** Se alude a la incapacidad para trabajar, resultante de un estado mórbido, que incluya la suspensión de ganancias.
3. **El desempleo.-** Exige igualmente una suspensión de ganancias, pero en este caso motivada por la imposibilidad de obtener un empleo.
4. **La vejez.-** se define como la supervivencia más allá de una edad prescrita, que no debe exceder los 65 años. Pese a ello, se permite igualmente la fijación de una edad más elevada teniendo en cuenta la capacidad de trabajo de las personas de edad avanzada en el país de que se trate.
5. **Prestaciones monetarias por accidente de trabajo y enfermedad profesional.-** Las contingencias cubiertas deben comprender:

a) Estado mórbido.

b) Incapacidad para trabajar que resulte de un estado mórbido y entrañe la suspensión de ganancias, según la defina la legislación nacional.

c) Pérdida total de la capacidad para ganar o pérdida parcial que exceda de un grado prescrito, cuando sea probable que dicha pérdida total o parcial sea permanente, o disminución correspondiente de las facultades físicas.

d) Pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia.

6. Prestaciones familiares.- La contingencia cubierta se relaciona con el hecho de tener hijos a cargo en las condiciones que se prescriban.

7. Prestaciones de maternidad.- Se otorga cobertura al embarazo, al parto y sus consecuencias. Las prestaciones médicas de maternidad deben comprender la asistencia médica prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada y la hospitalización, cuando fuere necesaria. La asistencia médica tiene por objeto conservar, restablecer y mejorar la salud de la mujer protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

8. Prestaciones de invalidez.- Es determinante la incapacidad para ejercer una actividad profesional, en un grado prescrito, cuando sea probable que la misma sea permanente o cuando subsista después de cesar las prestaciones monetarias de enfermedad.

9. Prestaciones de sobrevivientes.- La contingencia cubierta comprende la pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de la familia.

En cuanto a las condiciones para la concesión de prestaciones, la norma autoriza a los Estados a que el derecho a la prestación se subordine al cumplimiento de un período de

calificación, el cual puede consistir en la exigencia de un período de cotización, un período de empleo, un período de residencia o cualquier combinación de estos. Corresponde a las legislaciones nacionales establecer algún tipo de requisito previo para el acceso a las prestaciones.

Uno de los principios básicos que caracterizan la producción normativa de la O.I.T. en materia de Seguridad Social es la flexibilidad que se da a los Estados Miembros con objeto de que puedan organizar e implementar las medidas necesarias respecto de la protección social de sus ciudadanos. Sin embargo, el Convenio N° 102, como el resto de los Convenios aprobados con posterioridad, también contienen principios comunes respecto a la organización y el funcionamiento de los sistemas de seguridad social, que deben ser respetados cualquiera que sea el régimen establecido, los cuales son:

- a)** La responsabilidad del Estado en lo que respecta al buen funcionamiento del sistema, velando por la correcta administración de las instituciones y servicios de seguridad social, así como por el suministro adecuado de sus prestaciones.
- b)** La financiación de las prestaciones a través de cotizaciones, impuestos, o ambos.
- c)** La participación de los beneficiarios, es decir que deben tener la posibilidad de participar en la administración o estar asociados a ella.

Otro principio reconocido en el Convenio N° 102 es el derecho a apelar de todo solicitante, en caso de que se le niegue la prestación o en caso de queja sobre su calidad o cantidad, supone que la solución de un litigio se debe dar por una autoridad independiente del organismo administrativo que examinó la reclamación inicial.¹⁴

¹⁴ Monereo Pérez, José. Fernández Bernart, Juan. 2019. Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo. Vol. 7. Granada – España.

3. Principios y Valores del Estado Plurinacional de Bolivia

Los principios que sustentan a la Constitución Política del Estado están establecidos en el Artículo 8, que señala que “el Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble)¹⁵.

En el Artículo 9 determina que el Estado se sustenta en los valores de unidad, igualdad, inclusión, dignidad, libertad, solidaridad, reciprocidad, respeto, complementariedad, armonía, transparencia, equilibrio, igualdad de oportunidades, equidad social y de género en la participación, bienestar común, responsabilidad, justicia social, distribución y redistribución de los productos y bienes sociales, para vivir bien¹⁶.

4. Derechos Fundamentales en el Estado Plurinacional de Bolivia

La Constitución Política del Estado enumera varios derechos fundamentales de la población boliviana, los relacionados al tema en específico se establecen en:

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.

El Capítulo Quinto, Sección II de la Carta Magna establece el derecho a la salud y a la Seguridad Social.

¹⁵ Gaceta Oficial de Bolivia, Constitución Política del Estado, 2009.

¹⁶ Gaceta Oficial de Bolivia, Constitución Política del Estado, 2009.

Artículo 45

- I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.
- II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.
- III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras provisiones sociales.
- IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.
- V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y postnatal.
- VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados”.

5. Principios de la Seguridad Social

Los Principios rectores de la Seguridad Social son:

5.1 Principio de Universalidad

Se identifica la Universalidad Subjetiva, referida a todas las personas y la Universalidad Objetiva, concerniente a todas las prestaciones y la garantía de igualdad y no discriminación, son el resultado de la titularidad del derecho. Todo ser humano, por el sólo hecho de integrar la sociedad tiene derecho a la seguridad social, que se efectiviza en el momento en que sobrevenga la contingencia.

5.2 Principio de Solidaridad

Garantía que se deriva de la naturaleza social del derecho, se refiere a la redistribución de los recursos entre quienes los tienen en un período determinado y quienes no los tienen en ese mismo período.

5.3 Principio de Integralidad

Garantía derivada del bien jurídico del derecho y de la dignidad humana. La sociedad debe brindar seguridad a las personas, cubriendo necesidades como por ejemplo, servicios hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, etc.

5.4 Principio de Subsidiariedad

Consecuencia de que el derecho reposa tanto sobre la responsabilidad individual como social. Este principio genera el equilibrio entre equidad y solidaridad en la financiación y goce de las prestaciones.

El Estado debe garantizar la asignación de recursos económicos a los programas de Seguridad Social y dar cumplimiento a derechos fundamentales como es el Derecho a la Salud.

5.5 Principio de Inmediatez u Oportunidad

Se refiere a la naturaleza de la contingencia. Si la protección, cobertura o prestación no se brindan oportunamente, se está lesionando el bien jurídico que el derecho contiene, en este caso la Seguridad Social.

5.6 Principio de Unidad

El sistema compuesto por regímenes, seguros y prestaciones, se encuentran interrelacionados e interconectados, por lo que deben funcionar como un todo, con normativa, prestaciones y criterios similares.

5.7 Principio de Economía

Se refiere al mantenimiento del equilibrio actuarial y financiero de la Seguridad Social, que asegure su sostenibilidad para la otorgación de las prestaciones. Se relaciona con la

eficacia y eficiencia, es decir el uso adecuado de los recursos que se destinan a la Seguridad Social y su mejor utilización y oportunidad en la otorgación de las prestaciones.¹⁷

6. Declaración Universal de los Derechos Humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue adoptada por unanimidad en diciembre de 1948 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), compuesta por treinta artículos, su objetivo principal es promover y potenciar el respeto por los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, proclamando los Derechos Personales, Civiles, Políticos, Económicos, Sociales y Culturales.

Entre los derechos enunciados por la Declaración, en el Artículo 22 se encuentra el derecho a la Seguridad Social, señala que “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.¹⁸

Con este instrumento normativo internacional, el derecho a la Seguridad Social adquiere reconocimiento universal y se instituye como referencia para su consagración como Derecho Humano Fundamental en la legislación nacional y en distintos países del mundo. Consagrada como ideal, porque todos los pueblos y naciones deben promover mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos Derechos y asegurar mediante medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación entre los Estados Miembros, a través de políticas públicas adecuadas. Esta normativa se constituye en un instrumento importante, debido a que el año 1968 y en su vigésimo año, se proclamó a la Declaración Universal de Derechos Humanos como el instrumento internacional de carácter Vinculante, pasan a formar

¹⁷ Navarro Fallas, Román. 2002. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Costa Rica.

¹⁸ Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948 Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.

parte del derecho interno de cada país, al cumplirse con el requisito de la ratificación, además que integran el Bloque de Constitucionalidad de la Constitución Política del Estado.

De lo anterior se desprenden las siguientes características:

- a)** Se trata de un derecho inherente a todo ser humano, a su dignidad, la norma reconoce que toda persona es titular de este derecho fundamental, no se trata de un derecho exclusivo de los trabajadores, que ni la sociedad ni el Estado pueden arrebatárselo, al contrario, están obligados a respetarlo, promoverlo, garantizarlo y satisfacerlo.
- b)** Es un derecho universal, porque pertenece a todas las personas, en condiciones de igualdad y no discriminación, independientemente de si es niño o adulto, hombre o mujer, nacional o extranjero; la universalidad de su titularidad obliga al Estado y a la sociedad, a la universalidad de su cobertura.
- c)** Es un derecho fundamental, la naturaleza fundamental del derecho se desprende del carácter indispensable de su contenido para el desarrollo pleno del ser humano.
- d)** Es un derecho y no una norma programática, no se trata de un principio rector de la política social cuya única eficacia consiste en que el legislador lo considere para su desarrollo. Es un derecho jurídicamente exigible desde la Constitución Política del Estado, por los medios y los mecanismos previstos por el Derecho.
- e)** Se trata de un derecho a la seguridad de que si se tratan ciertas contingencias se encontrará la protección necesaria para enfrentarlas. Se le denomina seguridad social por dos motivos: 1) Porque esa seguridad debe ofrecer la sociedad en su conjunto a sus integrantes; 2) Se trata de una seguridad individual, pero de ella gozan todos, como miembros de la sociedad, donde la seguridad reposa en la solidaridad.
- f)** Se trata de un derecho individual de carácter social, que se logra con el concurso de todos. El bien jurídico se satisface mediante una responsabilidad compartida, entre la persona y la sociedad, que sin la solidaridad social no es posible satisfacer el bien jurídico de este derecho fundamental. Por otro lado, las contingencias, siempre estarán presentes, por óptima que sea

la situación del conjunto de la sociedad, por lo que se deben generar políticas para remediar sus consecuencias.

g) Es un derecho de naturaleza prestacional, la seguridad social no supone atender la contingencia en sí misma, aunque lo hace mediante las prestaciones de salud, sino la necesidad económica que ella produce, mediante las prestaciones en dinero o en especie, en todo caso acciones positivas del Estado. La prestación se encuentra formada por criterios como la necesidad, la dignidad, la equidad y la solidaridad.

h) Las prestaciones pretenden satisfacer una serie de necesidades que se consideran ineludibles para el desarrollo de una vida digna. El contenido de la prestación debe responder a la dimensión de la necesidad que la contingencia ocasiona. La relación prestación-necesidad, está conformada por los principios de: integralidad y dignidad. La necesidad que la contingencia genera, de no ser satisfecha adecuadamente, repercute directamente en la calidad de la vida humana de quien la sufre, la no satisfacción impide a las personas realizar su plan de vida.

i) Es un derecho exigible frente al Estado y es éste a quien le corresponde actuar con objetividad para satisfacerlo, indistintamente de que algunos de esos derechos concretos puedan exigirse a otros sujetos del ordenamiento jurídico (públicos o privados).

7. Financiamiento de la Seguridad Social

Es inevitable tratar el tema de la obtención de recursos económicos que hagan viable la otorgación de las prestaciones frente a las contingencias que se presenten.

Una de las fuentes más importantes que tiene la seguridad social, es aquella que se encuentra ligada con el mercado laboral, conocida como la Tesis Laboralista, se trata de la cotización o aporte que realizan los trabajadores, empleadores y eventualmente el Estado, en función del salario del trabajador (Modelo aplicado en Alemania por Otto Von Bismark en 1889). La otra fuente es la que proviene de los impuestos, modelo aplicado en Inglaterra por Beveridge. Una tercera fuente es la mixta, cuyo financiamiento proviene de los aportes y los impuestos.

Los fondos destinados a financiar la seguridad social están siendo afectados debido al envejecimiento de la población, a la reducción de los presupuestos públicos y a la propagación de formas atípicas de empleo que generan menos cotizaciones. Los países en los que la financiación de la seguridad social depende en su mayor parte de las cotizaciones de la población activa van teniendo dificultades importantes para mantener los niveles presupuestarios adecuados.

7.1 Sistema Contributivo de la Seguridad Social

A partir del siglo XX, con los postulados de Beveridge, se proclama la idea de un sistema de protección universal, el modelo contributivo que se basa en las cotizaciones de la clase trabajadora, deja de ser el eje principal de la previsión, dando paso al modelo no contributivo, donde el Estado asume la función de velar por las contingencias de la población en general, independiente de la dependencia laboral.

En los países capitalistas, incluido Bolivia, la seguridad social se encuentra fuertemente enraizada a la dependencia laboral, brindando protección al grupo asalariado, manteniendo el modelo contributivo, donde los ingresos se obtienen esencialmente del pago de cotizaciones o aportes, otorgando subsidios e indemnizaciones establecidas en la Seguridad Social, de acuerdo al número de cotizaciones aportadas. Sin embargo, se debe reforzar el modelo, a fin de que exista relación concordante entre los aportes realizados y las prestaciones a otorgar.

En la actualidad el modelo contributivo estaría ingresando en una etapa de crisis ante la escasez de medios económicos y el aumento del número de trabajadores independientes que no se encuentran asegurados, así como al aumento del mercado laboral informal, donde no dejan de ser importantes los principios de Universalidad y Solidaridad. En nuestro medio las cotizaciones están a cargo del empleador y el porcentaje establecido es del 10% del salario cotizable y en el caso de los jubilados o rentistas significa el 3% del total de los recursos que

reciben como renta. Con esto se tiene derecho a la cobertura de las prestaciones enfermedad, maternidad y riesgos profesionales.¹⁹

Las prestaciones en dinero incluyen el pago de un subsidio monetario a los trabajadores activos asegurados que enfrenten una incapacidad temporal causada por una enfermedad común, equivalente al 75% del sueldo cotizante, a partir del cuarto día de la incapacidad, los tres primeros días paga el empleador en el 100%. Las prestaciones de maternidad están destinadas a la asegurada directa (titular del derecho), la esposa o conviviente del asegurado y comprenden la necesaria asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y el suministro de medicamentos que requiera el estado de la paciente, además del pago del subsidio de incapacidad temporal en los períodos de gestación, parto y puerperio en beneficio de la trabajadora cotizante, 45 días antes y 45 días después del parto, en el 90% del sueldo (total ganado) cotizante. En caso de enfermedad o accidente laboral, tiene derecho a un subsidio por incapacidad temporal, de un subsidio del 90% del sueldo cotizante.

La renta de riesgos profesionales según el grado de incapacidad se divide en: a) Incapacidad permanente total, que es equivalente al 100% de incapacidad para el trabajo, con el grado de disfunción del 60% al 100%; b) Incapacidad permanente parcial, que es calificada como tal, cuando los servicios médicos determinan una incapacidad para el trabajo superior del 25% e inferior a 60%. Cuando la renta es calificada entre el 60% y el 100% de incapacidad para el trabajo es requisito indispensable la presentación de la papeleta de retiro del trabajador. Si la valoración definitiva alcanza hasta el 10% no se concederá prestación alguna, si es mayor del 10% y llega al 25% se pagará en sustitución de la renta, una indemnización global equivalente al grado de disfunción por cuatro anualidades de la renta que le hubiese correspondido al asegurado.

¹⁹ Almeida Cáceres, Verónica. 2019. Los Principios de Solidaridad y Universalidad Como Pilares del Mantenimiento y Subsistencia del Modelo Contributivo de la Seguridad Social en lo Referente a la Pensión de Jubilación. Tesis.

7.2 Sistema No Contributivo de la Seguridad Social

Se refieren a programas y subsidios públicos que generalmente se financian con los impuestos recaudados y se enmarcan dentro del principio de Solidaridad. Son dirigidos a personas que no tienen acceso a la relación laboral de dependencia y no son aportantes a un ente gestor, en nuestro medio desde el pasado se tuvo este modelo con el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) y actualmente el Sistema Único de Salud (SUS).

7.3 Sistema Semi Contributivo de la Seguridad Social

Por el momento solo se establece en la Seguridad Social de largo plazo, donde una de sus funciones es la Redistribución, que surge debido a que existen personas que durante su vida laboral, no pudieron generar los suficientes ingresos como para contar con un ahorro que les permita cubrir los riesgos asociados a la vejez, por lo que el gobierno debe establecer mecanismos que permitan dotar de recursos suficientes para poder vivir, de acuerdo a lo que la sociedad juzgue como suficiente.²⁰

8. Sistema Único de Salud en Bolivia

Dentro del sistema no contributivo de la seguridad social se tiene el Sistema Único de Salud, mediante el cual el Estado garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud, que beneficia a la población sin seguro de salud, como gremiales, panaderos, albañiles, trabajadores por cuenta propia, etc. Su respaldo es la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, que modifica 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 protegida por la seguridad social de corto plazo.

²⁰ Escobar Loza Federico y otros. 2013. El Impacto de la Renta Dignidad: Políticas de Redistribución del Ingreso, Consumo y Reducción de la Pobreza en Hogares con Personas Adultas Mayores. UDAPE. La Paz – Bolivia.

La Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, en el Artículo 1 establece que el objeto es 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. La atención es brindada en establecimientos de salud públicos, cubriendo atenciones desde el Primer Nivel hasta el Tercer Nivel, incluyendo un Cuarto Nivel.

El Tesoro General de la Nación financia las diferentes prestaciones que se otorgan, los recursos humanos y los diferentes Programas Nacionales de Salud, dentro del Tercer y Cuarto Nivel de Atención. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos financian la atención en el Primer y Segundo Nivel de Atención, con recursos provenientes del 15.5% de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente del IDH o pueden destinar un porcentaje mayor cuando el mismo sea insuficiente, con esos recursos deben priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a los beneficiarios.

El D.S. N° 3813 de fecha de febrero de 2019 reglamenta la Ley N° 1152, establece que las prestaciones en salud se otorgarán a partir de primer día hábil del mes de marzo de 2019, indicando además que será el Ministerio de Salud quien se encargue de evaluar la implementación del Seguro Universal de Salud.

Son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud:

- a)** Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social 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 mencionada Ley.

c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:

- a.** Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto.
- b.** Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
- c.** Niñas y niños menores de cinco años de edad.
- d.** Mujeres y hombres a partir de los sesenta años de edad.
- e.** Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.

Aún así, hace falta asegurar los recursos económicos necesarios mediante políticas públicas para mantener y ampliar la cobertura al mayor número de habitantes de nuestro territorio.

CAPÍTULO V

MARCO NORMATIVO

Bajo esta base, se garantiza a las personas el derecho a gozar de las prestaciones en salud, siendo irrenunciable, donde el Estado debe generar las políticas correspondientes para el ejercicio de ese derecho, para promoverlo y garantizarlo. En nuestro contexto, son los entes gestores los encargados de esa protección en el marco de la dependencia laboral. Sin embargo, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, no se refiere a que sea un derecho de los trabajadores, sino de todas las personas, por lo que el Estado debe también determinar otras políticas para preservar el derecho a la seguridad social de la población que quedaría desprotegida, cumpliendo de esta manera su carácter universal y cumplimiento como derecho fundamental, por lo que es exigible desde la Constitución Política del Estado por mecanismos previstos por el Derecho, bajo diferentes principios, entre ellos la solidaridad, que se refiere a la redistribución de los recursos económicos de los que tienen más o se encuentran entre la población económicamente activa, hacia quienes son menos favorecidos o se encuentra entre la población pasiva.²¹

1. Sentencia Constitucional Plurinacional 1564/2014 de 01 de agosto de 2014

En la parte de Fundamentos Jurídicos del Fallo se tiene:

1.1 Con Relación a los Grupos Vulnerables

La amplia jurisprudencia constitucional, ha establecido excepciones, en consideración a la vulneración de derechos fundamentales, vinculados a personas que requieren de una protección inmediata, abstrayendo exigencias procesales, por formar parte de lo que la doctrina, los instrumentos internacionales y la jurisprudencia constitucional, ha denominado como grupos vulnerables, que comprende a los niños, niñas y adolescentes, personas con capacidades diferentes, mujeres embarazadas, minorías étnicas o raciales y personas adultas

²¹ Navarro Fallas, Román. 2002. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Costa Rica.

de la tercera edad, personas que se encuentran en situaciones de debilidad manifiesta, que requieren de una protección inmediata, por ello en estos casos inclusive se hace abstracción del principio de subsidiariedad en las acciones de defensa, las que pueden ser presentadas de manera directa, no obstante de existir los medios en la vía ordinaria o administrativa. En ese entendido, se abre su ámbito de protección, al tratarse de personas altamente vulnerables, que por su condición indefensa, requieren de una atención y protección inmediata, motivo por el que, gozan de la protección del Estado. En el presente caso las personas adultas mayores tienen una protección específica establecida en los arts. 67, 68 y 69 de la CPE, en la obligación que tiene de velar por este sector de la población, que demanda una especial atención, debido a su situación de desventaja frente al común de la población, debido a que, por circunstancias de la vida en algunos casos padecen de limitaciones y deficiencias en sus funciones físicas, psíquicas, intelectuales, lo que les imposibilita estar en igualdad de condiciones frente a los demás, aspecto que obliga a todos los niveles del Estado, a tomar medidas, para su protección y brindarles la seguridad necesaria para una vida digna, permitiéndoles una plena inclusión a la sociedad.

2. Sentencia Constitucional Plurinacional 0016/2015-S2 de 16 de Enero de 2015

En la parte de Fundamentos Jurídicos del Fallo se tiene:

2.2 Del Derecho a la Seguridad Social

El derecho a la Seguridad Social, se encuentra reconocido en la Constitución Política del Estado, en su artículo 45.I; el cual, se basa en los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.

La SCP 1246/2014 de 16 de junio, que reitera la SCP 0776/2012 de 13 de agosto, confirmando el entendimiento asumido por la SC 0200/2011-R de 12 de marzo, precisó que: "...es la potestad o capacidad de toda persona para acceder a los sistemas de protección y resguardo de la vida y salud física y mental; la seguridad económica, vivienda, descanso y la protección del núcleo familiar; cobertura a contingencias inmediatas y mediatas; vale decir, las coberturas

de salud preventiva y curativa, coberturas de riesgos profesionales y accidentes de trabajo; rentas de invalidez, de vejez, de derechohabientes, y las demás asignaciones familiares. En ese marco, el derecho a la Seguridad Social está directamente relacionado a la satisfacción de los derechos humanos”.

La SC 1825/2011-R de 7 de noviembre indicó que: “En el mismo orden normativo constitucional, tiene su fundamento en el derecho a la vida y a la salud, que han sido precedentemente expuestos, y se halla desarrollado también en la Sección II La Salud y a la Seguridad Social del Capítulo Quinto sobre los Derechos Sociales y Económicos, Título Segundo 'Derechos Fundamentales y Garantías, de la Primera Parte de la 'Bases Fundamentales del Estado, Derechos, Deberes y Garantías de la Constitución Política del Estado, concretamente en el art. 45, cuyo párrafo I, establece que: “Todas las bolivianas y bolivianos tienen derecho a acceder a la Seguridad Social; cuyos principios, alcances, ámbito y limitaciones están descritos en los párrafos II, III, V y VI de dicha norma constitucional. Al respecto el Tribunal también ya se ha pronunciado, así en la SC 0062/2005-R de 19 de septiembre, se señaló que el derecho a la Seguridad Social es la potestad o capacidad de toda persona para acceder a los sistemas de protección y resguardo de su vida y salud física y mental; su seguridad económica, vivienda, descanso y la protección de su núcleo familiar; cobertura a contingencias inmediatas y mediatas; vale decir, las coberturas de salud preventiva y curativa, coberturas de riesgos profesionales y accidentes de trabajo; rentas de invalidez, de vejez, de derechohabientes, y las demás asignaciones familiares”.

A lo que se añade que al ser el derecho a la Seguridad Social, derivado del derecho a la vida y a la salud, se convierte en un instrumento estatal que materializa uno de los fines del Estado que es el acceso a la salud, protegiendo la vida del ser humano como derecho fundamental primigenio, logrando así el complemento al valor máspreciado que es el vivir bien. Por tanto, la Seguridad Social debe desplegar su ámbito de protección de acuerdo a los principios universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía,

oportunidad, interculturalidad y eficacia; correspondiendo su ejecución al Estado quien sostiene, dirige y administra, por tanto, también es responsable de su cumplimiento; no obstante, la sociedad en general no puede estar exenta de la realidad, sino debe tener una conducta activa, solidaria y responsable, puesto que el art. 45.II de la CPE, establece el control y participación social. En el marco de lo expresado, este derecho se encuentra dentro de los llamados derechos de segunda generación o derechos sociales, los cuales tienen contenidos económicos sociales y culturales, a partir de la promulgación de la Constitución Política del Estado y bajo el paraguas del actual Estado Social y democrático de derecho, estos gozan de atención preferente ya que el derecho a la Seguridad Social se encuentra dirigido a la concreción del principio del vivir bien, pues con su protección estatal, conducirá a la posibilidad de llevar una vida digna y con calidad, en ese entendido el Estado se encuentra en la obligación de actuar de forma eficaz a fin de compensar los desequilibrios existentes.

2.3 Con Relación a los Grupos Vulnerables

Sobre los grupos vulnerables, la SCP 1564/2014 de 1 de agosto, desarrollo el siguiente entendimiento: “La amplia jurisprudencia constitucional, ha establecido excepciones, en consideración a la vulneración de derechos fundamentales, vinculados a personas que requieren de una protección inmediata, abstrayendo exigencias procesales, por formar parte de lo que la doctrina, los instrumentos internacionales y la jurisprudencia constitucional, ha denominado como grupos vulnerables, que comprende a los niños, niñas y adolescentes, personas con capacidades diferentes, mujeres embarazadas, minorías étnicas o raciales y personas adultas de la tercera edad, personas que se encuentran en situaciones de debilidad manifiesta, que requieren de una protección inmediata, por ello en estos casos inclusive se hace abstracción del principio de subsidiariedad en las acciones de defensa, las que pueden ser presentadas de manera directa, no obstante de existir los medios en la vía ordinaria o administrativa.

En ese entendido, se abre su ámbito de protección, al tratarse de personas altamente vulnerables, que por su condición indefensa, requieren de una atención y protección inmediata, motivo por el que gozan de la protección del Estado. Las personas adultas mayores tienen una protección específica establecida en los Arts. 67, 68 y 69 de la CPE, en la obligación que tiene de velar por este sector de la población, que demanda una especial atención, debido a su situación de desventaja frente al común de la población, debido a que, por circunstancias de la vida en algunos casos padecen de limitaciones y deficiencias en sus funciones físicas, psíquicas, intelectuales, lo que les imposibilita estar en igualdad de condiciones frente a los demás, aspecto que obliga a todos los niveles del Estado, a tomar medidas, para su protección y brindarles la seguridad necesaria para una vida digna, permitiéndoles una plena inclusión a la sociedad.

3. Constitución Política del Estado

La Constitución Política del Estado promulgada el 07 de febrero de 2009, establece un Estado basado en el respeto e igualdad entre todos, con principios de soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social, donde predomine la búsqueda del vivir bien, con respecto a la pluralidad económica, social, jurídica, política y cultural de los habitantes del país; en convivencia colectiva con acceso al agua, trabajo, educación, salud y vivienda para todos.

Protege a toda la población sin discriminación, el Estado debe plantear políticas públicas adecuadas que permitan gozar de la seguridad social, bajo el principio de integralidad, lo que significa que abarca la atención médica, desde la general hasta la especializada, incluyendo servicios de diagnóstico, internación, cirugías y medicamentos. Donde la solidaridad es el fundamento para el equilibrio entre los que más aportan, como es la población laboral activa, en relación con los jubilados y rentistas, velando por la atención oportuna, aspecto que viene siendo una debilidad en nuestro medio, lo que corresponde analizar a profundidad las causales de ello.

La Constitución Política del Estado garantiza la protección de la población por medio de la seguridad social de corto plazo con la atención de las prestaciones de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales; asegurando también la que corresponde a largo plazo con la atención de invalidez, vejez y muerte, con los mismos principios, de solidaridad, universalidad y equidad.

El Nuevo texto Constitucional es considerado como Socialista por la evolución de los derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la Seguridad Social, mismo que halla su fundamento en: **Artículo 45.**

- I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la Seguridad Social.
- II. La Seguridad Social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado.
- III. El régimen de Seguridad Social cubre atención por enfermedad, epidemias, y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras provisiones sociales.
- IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal.
- V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural, gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en el período prenatal y postnatal.
- VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.²²

²² Gaceta Oficial de Bolivia. Constitución Política del Estado. 2009.

Se establece que todas las bolivianas y bolivianos tienen derecho a la Seguridad Social, basándose en el principio de Universalidad, principio que garantiza su acceso a todas/os los bolivianos, esta característica lo convierte en un derecho fundamental aplicable y con las garantías jurisdiccionales establecidas en los artículos 13 y 109 del texto Constitucional, que a la letra señalan:

Artículo 13.

- I. Los Derechos reconocidos por esta Constitución son Inviolables y Universales, Interdependientes Indivisibles y Progresivos. El Estado tiene el deber de promoverlos, protegerlos y respetarlos.
- II. Los Derechos que proclama esta Constitución no serán entendidos como negación a otros derechos no enunciados.

Artículo 109.

I. Todos los derechos reconocidos en la Constitución son aplicables y gozan de iguales garantías para su protección.²³

La gestión de la seguridad social es función y atribución del Estado, a través del Ministerio de Salud y Deportes. Se incorpora el control social y la participación social, es decir la vigilancia y control para un adecuado funcionamiento del sistema.²⁴

4. Código de Seguridad Social

Ley de 14 de diciembre de 1956, se inspira en la Norma mínima de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tiende a la protección del capital humano del país, la continuidad de los medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar. Describe las diferentes

²³ Gaceta Oficial de Bolivia. Constitución Política del Estado. 2009.

²⁴ Aruquipa Ticona Humberto. 2011. Tesis. La Exigibilidad de la Seguridad Social Como Derecho Humano en el Marco de la Nueva Constitución Política del Estado y Convenios Internacionales.

Prestaciones que se otorgan a los asegurados y beneficiarios. En su Título II De Las Prestaciones del Seguro Social Obligatorio se tiene:

4.1 Capítulo I De Las Prestaciones en Especie.

4.1.1 Sección “A” Enfermedad

Determina en sus Artículos 14 al 22, que cuando la enfermedad es reconocida por los servicios médicos de la Caja, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie (asistencia médica general y especializada, atención odontológica, hospitalización, cirugía y medicamentos que requiera el asegurado), además de identificar a los beneficiarios según el caso: La esposa o conviviente, los hijos sin distinción, los padres, siempre que no dispongan de rentas personales para su subsistencia y los hermanos que queden huérfanos. Señala también que el otorgamiento de las prestaciones comienza a partir de la constatación de la enfermedad por los servicios médicos de la Caja, suministrando atención médica y los medicamentos correspondientes.

Entre los requisitos para recibir las prestaciones en especie, están que el asegurado debe acreditar no menos de una cotización mensual en los dos meses inmediatamente anteriores al comienzo de la enfermedad.

En los lugares donde la Caja no disponga de servicios sanitarios propios o contratados, se analiza caso por caso para la autorización de la compra de servicios particulares, reembolsando los gastos al asegurado.

Para evitar la pérdida de la salud de los asegurados, los Entes Gestores debe contar con programas de medicina preventiva que incluya vacunaciones, exámenes periódicos de salud, como los que se realizan en el área de las minas por el Departamento de Medicina del Trabajo, efectuando catastros pulmonares. También controles prenatales a las mujeres embarazadas y cuidados del recién nacido.

4.1.2 Sección “B” Maternidad

En los Artículos 23 al 26, hace referencia a que la asegurada, esposa o conviviente del asegurado, tienen derecho en los períodos de gestación, parto y puerperio, asistencia médica, quirúrgica hospitalaria y suministros de medicamentos que necesite, todo esto a partir de la fecha de constatación del embarazo por parte del ente gestor, hasta un máximo de seis semanas después del parto.

Entre los requisitos para gozar de las prestaciones es contar con no menos de seis cotizaciones mensuales en los 12 meses inmediatamente anteriores al mes en que se presuma la realización del parto. En caso de cesantía, la trabajadora o beneficiaria tiene derecho a recibir las prestaciones hasta seis semanas después del parto.

4.1.3 Sección “C” Riesgos Profesionales

A partir del Artículo 27 al 33 define a Accidente de Trabajo, como toda lesión orgánica o trastorno funcional producido por la acción súbita y violenta de una causa externa, como consecuencia del trabajo y que determine disminución o pérdida de la capacidad de trabajo o muerte del asegurado. También determina lo que se entiende por enfermedad profesional, señalando que se refiere a todo estado patológico producido por consecuencia del trabajo que sobrevenga por evolución lenta y progresiva, que determine la disminución o pérdida de capacidad o muerte del asegurado y que sea provocada por la acción de agentes nocivos. En ambos casos los asegurados tienen derecho a la atención integral acorde a su estado, también a la provisión, reparación y renovación de prótesis, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión, además del tratamiento adecuado para su recuperación.

El derecho a las prestaciones comienza desde el acaecimiento del accidente de trabajo o el reconocimiento de la enfermedad profesional por los servicios médicos de la Caja, actualmente sin límite de tiempo, sin embargo, las prestaciones cesarán en cualquier momento si el trabajador accidentado o enfermo, es declarado con incapacidad permanente total o parcial por los servicios médicos de la Caja.

Entre los requisitos para recibir dichas prestaciones en ambos casos, están la de comunicar el hecho al empleador, quien debe comunicar a la Caja en el plazo de 24 horas mediante el llenado de los formularios correspondientes.

El asegurado que sufra accidente de trabajo o enfermedad profesional está obligado a someterse a los tratamientos médicos que los servicios médicos de la Caja reconozcan necesarios, hasta que recupere su capacidad de trabajo habitual o readaptarlo para otra ocupación.

4.2 Capítulo II De las Prestaciones en Dinero

El presente cuerpo legal no sólo reconoce las prestaciones en especie, sino también en dinero y se refiere a los subsidios y rentas, en este caso, los que se refieren a la seguridad social de corto plazo son:

4.2.1 Subsidio de Enfermedad

Cuando la enfermedad determine un estado de incapacidad para el trabajo, el asegurado a partir del cuarto día de su reconocimiento por la Caja Nacional de Salud, tiene derecho a este subsidio que se paga mientras dure la asistencia sanitaria. El requisito que debe cumplir el asegurado, es el de acreditar por lo menos una cotización mensual en los dos meses inmediatamente anteriores al comienzo de la enfermedad.

4.2.2 Subsidio de Maternidad

La asegurada que se sujete a las prescripciones sanitarias de los servicios médicos de la Caja Nacional de Salud y cese del trabajo remunerado, tiene derecho a este subsidio que se paga por un período de 45 días antes del parto y 45 días después.

4.2.3 Subsidio por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

En caso de incapacidad temporal por cualquiera de los dos casos, el asegurado tiene derecho, a partir del cuarto día subsiguiente al del accidente o del reconocimiento de la enfermedad profesional, a un subsidio diario que se paga mientras dure la asistencia sanitaria o se declare la incapacidad permanente.

4.2.4 Renta por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

Cuando el asegurado es declarado con incapacidad permanente total o parcial, se le concede una renta en proporción al grado de incapacidad para el trabajo, que se determina según la Lista Valorativa de las Lesiones, que forma parte del Código de Seguridad Social.

4.2.5 Renta de Invalidez

Se considera inválido al asegurado que después del tratamiento otorgado por el ente gestor, se encuentre definitivamente incapacitado para el trabajo, en un grado superior al 60%, cuya determinación se realiza en base a la Lista Valorativa anteriormente mencionada.

5. Reglamento del Código de Seguridad Social

La aplicación de la norma de Seguridad Social se efectúa de acuerdo al Código y su Reglamento, que señala que el Código de Seguridad Social, siguiendo el principio de universalidad, es de cumplimiento obligatorio para todas las personas nacionales o extranjeras que trabajen en el país, además que el Reglamento permite su aplicación. En el Título II De la Caja Nacional de Seguridad Social se tiene:

5.1 Capítulo II De los Órganos de Dirección

Artículo 344

Para dar solución a problemas específicos de la gestión de la Seguridad Social y una mejor coordinación del trabajo, se constituyen diferentes Comisiones, entre ellas, la Comisión de Prestaciones.

Artículo 349

La Comisión de Prestaciones es la encargada de todas las resoluciones sobre calificación y reconocimiento de prestaciones en los casos de invalidez, incapacidad permanente, total o parcial, vejez y muerte, autorización de hospitalización en clínicas particulares y otras determinaciones en materia de prestaciones. Resuelve también el otorgamiento de las prestaciones en dinero o en especie de los casos en discrepancia, o en los no previstos en el presente cuerpo legal.

6. Decreto Ley N° 13214

El Decreto Ley N° 13214 de 03 de junio de 1975 establece reformas al Sistema de Seguridad Social boliviano en las áreas de:

- a) Afiliación del empleador y trabajador.
- b) Vigencia de Derechos, para control del otorgamiento de las prestaciones médicas a partir de la afiliación del trabajador en el Ente Gestor.
- c) Sistema Médico Familiar, para la implementación del médico familiar, y el Sistema de adscripción fija y cita previa; asimismo las atribuciones del médico familiar.
- d) Prestaciones en dinero, señala los porcentajes de los subsidios de incapacidad, por enfermedad del 75%, maternidad y riesgos profesionales del 90%.
- e) Asignaciones Familiares, con diferentes subsidios.
- f) Organización de la Caja Nacional de Salud.

También establece que cuando el trabajador fuera dado de baja en el empleo, conservará junto con sus beneficiarios el derecho a las prestaciones en especie, durante los dos meses siguientes a la fecha de la baja, en el período de cesantía.

Protege además dentro de las prestaciones de maternidad a la asegurada en baja, y la esposa o la conviviente del asegurado en baja, cuyo embarazo se inició antes de la baja o en el transcurso del período de cesantía, tendrán derecho a la atención obstétrica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

7. Decreto Ley N° 14346

De 03 de junio de 1977, establece modificaciones al sistema de Seguridad Social y al D.L. N° 13214, que determina la Tuición Supervisión y Coordinación de la Seguridad Social, a la cabeza del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública la organización y dirección de las instituciones del seguro social, con Directorios que conformarán el sector laboral patronal y estatal, vigente a la fecha, con la única variación de la cantidad de miembros que los conforman en la actualidad. Establece:

- a) Ampliación de las prestaciones para los hijos hasta los 19 años de edad, sin el requisito de la presentación de certificados de estudio.
- b) Prevé prestaciones por Riegos no Profesionales, independientemente de las circunstancias y causas que hubiesen motivado la enfermedad o accidente, sin perjuicio de que el ente gestor cobre al responsable el costo, en caso de culpa o dolo.
- c) También Prestaciones de Prótesis por Enfermedad Común, donde se determina que la prótesis vital, previamente calificada por una Comisión de especialistas, el seguro de enfermedad reconocerá su otorgamiento, con excepción de anteojos, audífonos, dentaduras y otros, además que debe ser aprobado por la Comisión de Prestaciones del ente gestor.
- d) En largo plazo, regula las rentas de viudedad, de orfandad y el promedio salarial.

8. Decreto Supremo N° 25798 de 02-06-2000

Tiene como objeto agrupar en una sola norma jurídica todas las disposiciones relativas a la creación y funcionamiento del Instituto Nacional de Seguros de Salud - INASES, por lo que ratifica su creación efectuada el 15 de enero de 1994; además de adecuar su marco institucional a la estructura organizacional del Poder Ejecutivo

Determina que el INASES es una entidad pública desconcentrada que asumió funciones operativas especializadas delegadas por el Ministerio de Salud, teniendo la competencia de fiscalizar el Sistema Nacional de Seguros de Salud, con la atribución general de la evaluación y supervisión de los Entes Gestores, Seguros Delegados, el entonces Seguro Médico Gratuito de Vejez y Seguro Básico de Salud, para que otorguen prestaciones de salud en los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, de manera oportuna, eficiente y económica, todo esto, en el marco del Código de Seguridad Social, su Decreto Reglamentario y demás normas conexas.

Fiscaliza:

- a) Caja Nacional de Salud
- b) Caja Petrolera de Salud

- c) Caja Bancaria Estatal de Salud
- d) Caja de Salud de la Banca Privada
- e) Caja de Salud de Caminos
- f) Seguros Sociales Universitarios
- g) Caja de Salud Cordes
- h) Seguros Delegados
- i) Además, fiscaliza el tipo de atención en salud de:
- j) Seguro Médico Gratuito de Vejez
- k) Seguro Básico de Salud
- l) Corporación del Seguro Social Militar²⁵

8.1 Atribuciones del INASES

Las atribuciones del INASES inherentes al tema son:

- a) Proponer al Ministro de Salud y Previsión Social de entonces, normas relativas al Sistema de Seguros de Salud.
- b) Aprobar los estatutos orgánicos y reglamentos de funcionamiento de los Entes Gestores y Seguros Delegados.
- c) Fiscalizar el cumplimiento del Código de Seguridad Social, su Reglamento y disposiciones conexas en los Entes Gestores del Sistema de Seguros de Salud.
- d) Fiscalizar la aplicación de políticas y normas sobre Seguros de Corto Plazo en los Entes Gestores.
- e) Fiscalizar la atención que reciben los usuarios del Seguro Básico de Salud y del Seguro Médico Gratuito de Vejez en los establecimientos de salud del Sistema de Seguros de Salud.
- f) Reglamentar y fiscalizar el otorgamiento de las prestaciones médicas, hospitalarias y de servicios complementarios de los Seguros de Salud.

²⁵ Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto Supremo N° 25798 de 02 de junio de 2000.

- g)** Resolver en materia técnica los casos de controversia que se presenten en los Entes Gestores de Seguros de Salud.

Dentro de su estructura cuenta con el Nivel Técnico Especializado conformado por equipos multidisciplinarios que coadyuvan al cumplimiento de sus atribuciones.

9. Decreto Supremo Nº 3561 de 16 de Mayo de 2018

Tiene por objeto crear la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, que tiene la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la Seguridad Social de Corto Plazo, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social, su Reglamento y normas correctas.

9.1 Atribuciones del INASES

Son las siguientes:

- a)** Cumplir y hacer cumplir la Constitución Política del Estado, las leyes y otras normas vigentes, de acuerdo a sus atribuciones, asegurando la correcta gestión, aplicación y ejecución de sus principios, políticas y objetivos de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- b)** Emitir normativa regulatoria para la Seguridad Social de Corto Plazo.
- c)** Regular, supervisar, controlar, fiscalizar, inspeccionar y sancionar administrativamente a los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, conforme Reglamento específico.
- d)** Controlar la correcta prestación de los servicios de salud institucionales, mediante procesos de seguimiento, monitoreo, supervisión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, instruyendo las medidas preventivas y correctivas necesarias.
- e)** Realizar auditorías especiales, operacionales y financieras según corresponda, de acuerdo a normativa vigente.
- f)** Realizar auditorías médicas externas, previa auditoría médica interna, salvo casos excepcionales establecidos de acuerdo a reglamentación específica.
- g)** Proponer al Órgano Ejecutivo normas de carácter técnico.
- h)** Defender los derechos de la población protegida por la Seguridad Social de Corto Plazo.

- i)** Fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de los empleadores, asegurados y beneficiarios de la Seguridad Social de Corto Plazo, de acuerdo a Reglamento.
- j)** Atender quejas y denuncias referidas a la atención institucional de las prestaciones de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- k)** Establecer medidas preventivas y correctivas en los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- l)** Requerir a los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas, la remisión obligatoria de información, datos y otros que considere necesarios para el cumplimiento de sus atribuciones y funciones.
- m)** Evaluar y coordinar la pertinencia de las propuestas de proyectos de infraestructura sanitaria, presentadas por los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- n)** Acreditar en forma periódica a Establecimientos de Salud y Hospitalarios de la Seguridad Social de Corto Plazo, conforme a Reglamento.
- o)** Atender todas las consultas técnicas y legales realizadas por los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo y Seguros Delegados, y emitir criterio técnico y/o legal en lo concerniente a la normativa vigente en materia de Seguridad Social.
- p)** Promover en coordinación con la Autoridad Competente, la implementación de un formulario único de planillas de cotizaciones entre la Seguridad Social de Corto y Largo Plazo.
- q)** Regular la inversión de los recursos de la Seguridad Social a Corto Plazo, de conformidad al Código de Seguridad Social.
- r)** Aprobar o rechazar las solicitudes de los Directorios de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo para el establecimiento o supresión de oficinas regionales de los mismos.
- s)** Emitir y promover normativa y reglamentación específica en coordinación y compatibilizada por los Órganos Rectores, para la aplicación de las normas básicas de los sistemas de administración y control para la Seguridad Social de Corto Plazo.

- t)** Homologar los Planes Estratégicos Institucionales, Programas Operativos Anuales y los Presupuestos, aprobados por los Directorios de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo y Seguros Delegados y ejercitar el seguimiento y control, coordinando la ASUSS con los Órganos Rectores, en el marco de sus atribuciones.
- u)** Agrupar los presupuestos institucionales de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, para su posterior remisión al Órgano Rector.
- v)** Homologar la normativa específica en materia de Seguridad Social de Corto Plazo, emitida por los Entes Gestores.
- w)** Mantener, publicar y actualizar la Base de Datos de empleadores afiliados en mora a la Seguridad Social de Corto Plazo.
- x)** Generar y actualizar una Base de Datos de la Seguridad Social de Corto Plazo, y publicar información estadística y otra información de acuerdo a sus atribuciones, de forma periódica.
- y)** Promover la sistematización integral de datos e información en los Entes Gestores de Seguridad Social de Corto Plazo.
- z)** Elaborar y supervisar la implementación de un Modelo de Atención de Salud Integral de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- 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.
- bb)** 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.
- cc)** Establecer programas de formación y capacitación continua para los trabajadores y profesionales de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, de acuerdo a Reglamentación.

dd) Evaluar la factibilidad técnica, legal y financiera, previo estudio estadístico, probabilístico, actuarial y poblacional, para la creación, fusión o supresión de Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, en coordinación con el Consejo Consultivo.

ee) Homologar los Estatutos y Reglamentos de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, y sus modificaciones en el marco del Código de Seguridad Social.

ff) Promover y controlar la suscripción de acuerdos, convenios y contratos que se celebren entre Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, y estos con los Afiliados (empleador y asegurado), aplicándose la transferencia temporal de cotizaciones.

gg) Regular, controlar y fiscalizar, la cobertura temporal de prestaciones entre los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, que no cuentan con presencia nacional, de acuerdo a Reglamentación Específica.

hh) Agrupar los Estados Financieros aprobados por los Directorios de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo al cierre de Gestión, para su posterior remisión al Órgano Rector.

ii) Controlar que los procesos de institucionalización de trabajadores y profesionales de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo se rijan conforme a normativa legal vigente.

jj) Proceder al registro de patrimonio propio de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo.

kk) Ejercer las funciones de instancia de conciliación entre Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo y de estos con los Seguros Delegados.

ll) Elaborar indicadores de Salud en función a los perfiles epidemiológicos de la Seguridad Social de Corto Plazo, para su remisión y coordinación con el Sistema Nacional de Información en Salud – SNIS.

mm) Promover la aplicación de programas de fortalecimiento de Medicina del Trabajo.

nn) Fiscalizar la otorgación de la prestación de asignaciones familiares a sus beneficiarios y todos sus procesos gerenciales y administrativos de las mismas.

oo) Controlar y fiscalizar los Subsidios Prenatal y de Lactancia de la Seguridad Social de Corto Plazo.

pp) Controlar y fiscalizar el Subsidio Universal Prenatal por la Vida en coordinación con el Ministerio de Salud.

qq) Certificar la afiliación de asegurados y beneficiarios en los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo.

rr) Otras atribuciones que permitan un adecuado y eficiente cumplimiento de los fines institucionales.

10. Decreto Supremo N° 4393 de 13 de Noviembre de 2020

Modifica el Art. 92 Bis (Atribuciones del Viceministerio de Seguros de Salud y Gestión del Sistema Único de Salud) del Decreto Supremo N° 29894 de 07-02-2009, establece que sus atribuciones en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son:

- a)** Dirigir la construcción y el desarrollo del Sistema Único de Salud.
- b)** Elaborar, proponer e implementar políticas y estrategias que garanticen el acceso universal y gratuito a servicios de salud.
- c)** Regular y controlar la gestión financiera de los recursos públicos para la salud.
- d)** Elaborar y ejecutar normas para la concertación de las prestaciones entre los servicios y seguros de salud.
- e)** Regular y normar los servicios de los seguros de salud en todos los niveles de atención.
- f)** Normar, organizar, fortalecer y evaluar los servicios de los seguros de salud.
- g)** Velar para que los servicios de los seguros de salud, presten todas las facilidades para la incorporación de las personas, cuando corresponda.

- h) Proponer políticas, reglamentos, instructivos para el desarrollo y fortalecimiento del seguro de salud.
- i) Proponer políticas y reglamentos para la regulación y control del régimen de riesgos profesionales y asignación familiar.
- j) Proponer el desarrollo de sistemas de gestión y prestación de seguros de salud.
- k) Requerir a los seguros de salud la remisión de información, datos y otros que considere necesarios.
- l) Reglamentar, supervisar y coordinar la ejecución de prestaciones y planes de contingencia de los seguros, relacionados con situaciones de emergencia sanitaria y riesgo a la salud pública, en el marco de las políticas y lineamientos nacionales.

11. Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo

Fue aprobado mediante Resolución Administrativa N° 006-2009 de fecha 23 de enero de 2009 por el INASES. Los diferentes Entes Gestores del Sistema de Seguridad Social hicieron conocer su preocupación sobre las diferencias en los procesos a seguir en la afiliación de los asegurados, de las empresas y de las prestaciones que otorgan, debido a las diferencias interpretativas de las normas que se establecen en los Reglamentos de los Entes Gestores, por lo que existió la necesidad de coordinar y uniformar procedimientos. Una de las atribuciones del INASES, conforme al Art. 6 del D.S. N° 25798 de 02 de junio de 2000, es el de proponer normas relativas al Sistema de Seguros de Salud a Corto Plazo entre otras, por lo que tomó la decisión de implementar el Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Régimen de Corto Plazo del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo. Dicho documento fue elaborado mediante una Consultoría Especializada para que todos los Entes Gestores apliquen de manera obligatoria y uniforme, las afiliaciones de los asegurados, además de la otorgación de prestaciones en especie y dinero, participaron representantes de los diferentes Entes Gestores y fue debidamente sociabilizado.

Entre otros temas hace referencia a las modalidades de financiamiento del Sistema de Seguridad Social, estableciéndose la Modalidad Contributiva, ya que todo empleador debe realizar los aportes o cotizaciones obligatorios en base al total de remuneraciones que presenta en su planilla. El aporte mensual es del 10% que se calcula del total ganado de los sueldos de los trabajadores de la empresa o entidad, ese monto financia las prestaciones en especie y dinero de los Seguros de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales. Para el sector pasivo corresponde el descuento del 3% para activar las prestaciones médicas en especie.

11.1 Prestaciones en Especie – Seguro de Enfermedad

Las Prestaciones en Especie son aquellas que los Entes Gestores otorgan al asegurado como a sus beneficiarios sin distinción alguna, para activarlas se debe estar afiliado al Ente Gestor.

Las atenciones en especie que se otorgan son:

- a)** Medidas para educar, prevenir, curar, combatir y resolver la enfermedad, dolencia o contingencia, las cuales son:

Programas de educación en salud.

Programas de prevención.

Asistencia médica general

Asistencia especializada y odontológica

Intervenciones quirúrgicas.

Dotación de prótesis vitales

Trasplante de órganos

Suministro de medicamentos

Exámenes de auxiliares de diagnóstico.

- b)** Prestaciones en especie acorde al avance de la ciencia y tecnología en salud, implementando procedimientos de mejora continua en cada uno de sus servicios.

En localidades donde la Caja Nacional de Salud no tenga presencia física, es decir, no cuente con establecimientos de salud, la entidad está obligada a reconocer costos de las prestaciones recibidas en el lugar de residencia o donde se haya hecho necesaria la atención, a través de la Comisión de Prestaciones. La compra de servicios en lugares donde este Ente Gestor no tiene presencia, debe hacerlo en primer lugar a otro Ente Gestor que ofrezca atención en el lugar y si no existieran recién podrá comprar servicios de municipios o particulares.

Las prestaciones comienzan a partir de la intervención del Ente Gestor con medidas preventivas, la constatación y la curación de la enfermedad, con tratamientos eficaces que resuelvan la enfermedad o contingencia. En caso de un trabajador en que la Comisión de Prestaciones determine la irreversibilidad del diagnóstico, puede iniciar el trámite para acceder al seguro de largo plazo y acceder a prestaciones en especie.

En caso de cesantía del trabajador, independiente de la forma de conclusión de la relación laboral, cuando se acredite dos cotizaciones previas a la cesantía, el asegurado y/o sus beneficiarios conservarán el derecho a recibir las prestaciones en especie durante dos meses más. En el caso de que la enfermedad o accidente del trabajador o sus beneficiarios hubiese sido comprobado por el Ente Gestor durante el período de cesantía, el tratamiento no se interrumpe, siempre que la Junta Médica determine la necesidad de ampliar las prestaciones, por lo que la Comisión de Prestaciones autorizará o rechazará la ampliación, dependiendo del informe emitido por la Junta Médica.

11.2 Prestaciones en Especie – Seguro de Maternidad

La asegurada titular y la beneficiaria esposa o conviviente, una vez reconocido el embarazo por el Ente Gestor, tendrá asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, suministro de medicamentos y exámenes complementarios. Asimismo, el Ente Gestor otorga la autorización para el subsidio pre natal conforme a normas legales vigentes. En caso de cesantía, siempre que el embarazo se hubiera iniciado antes o dentro del período de los 60 días posteriores a la

conclusión de la relación laboral, tienen el derecho a las prestaciones en especie por el período de la gestación, parto y puerperio.

11.3 Prestaciones en especie – Seguro de Riesgos Profesionales

Las prestaciones en especie serán otorgadas desde la constatación del accidente de trabajo o el reconocimiento de la enfermedad profesional. Se tiene derecho a: Asistencia médica, asistencia quirúrgica hospitalaria, suministro de medicamentos, exámenes complementarios, recetas médicas, medios terapéuticos, provisión, reparación y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión, además de tratamiento médico especializado para su recuperación y readaptación al trabajo.

11.4 Prestaciones en Especie en Accidentes de Trabajo

Un accidente de trabajo es una lesión orgánica producida por una causa externa o como consecuencia del trabajo que determine la disminución o pérdida de la actividad laboral en las siguientes circunstancias:

- a) En el lugar de trabajo durante la jornada laboral.
- b) En el lugar de trabajo fuera de las horas de trabajo, si el asegurado se encuentra realizando funciones encomendadas por el empleador.
- c) En lugar diferente al lugar cotidiano de trabajo, si el asegurado se encuentra realizando actividades encomendadas por el empleador.
- d) Durante el horario de trabajo, independientemente del lugar donde se produzca el accidente, siempre que el asegurado se encuentre realizando una diligencia relacionada con su actividad laboral encomendada por su inmediato superior.
- e) En circunstancias producidas en tránsito, en un recorrido y horario compatible, desde su domicilio a su fuente de trabajo o viceversa.

En todos los casos, el empleador debe comunicar al Ente Gestor mediante el “Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo”, en el plazo máximo del primer día hábil de ocurrido el accidente. En el caso de que no presente el Formulario mencionado, los gastos de atención

médica otorgada al trabajador, correrán por cuenta del empleador, hasta que presente el Formulario.

11.5 Prestaciones en Especie – Enfermedad Profesional

La enfermedad profesional es el estado patológico producido como consecuencia del trabajo, que sobrevenga por evolución lenta y progresiva que determine la disminución de la capacidad del trabajo o la muerte del trabajador.

En este caso el empleador debe comunicar al Ente Gestor la presunta enfermedad profesional del trabajador mediante el “Formulario de Declaración de Enfermedad Profesional” para que sea evaluado por el Médico del Trabajo. En caso de que no presente el mencionado Formulario, los gastos de atención médica otorgada al asegurado correrán por cuenta del empleador.

11.6 Prestaciones en Dinero

Se otorgan en el caso de la incapacidad temporal del trabajador, ya que los Entes Gestores garantizan la continuidad de los medios de subsistencia, reconociendo a los titulares del derecho las prestaciones en dinero cuando debido a enfermedad, maternidad o riesgos profesionales se determine un estado de incapacidad para el trabajo y reconoce el pago de un subsidio, de conformidad con el Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica), otorgada por el médico tratante o el Certificado Médico que acredite haber recibido tratamiento y diagnóstico de emergencia en un establecimiento de salud extra institucional conforme a la norma.

11.6.1 Seguro de Enfermedad - Subsidio de Incapacidad Temporal

El subsidio de incapacidad temporal en este caso, es equivalente al 75% del salario cotizable del asegurado, es reconocido por el Ente Gestor a partir del cuarto día de la incapacidad. Los tres primeros días son pagados por el empleador. El Certificado de Incapacidad Temporal tiene la finalidad de certificar los días de incapacidad y para justificar la

ausencia del trabajador a su fuente laboral, el requisito es que se cuente con al menos dos cotizaciones mensuales.

11.6.1 Seguro de Maternidad – Subsidio de Maternidad

En este caso el subsidio equivale al 90% del salario cotizante, el Ente Gestor reconoce el subsidio a partir del primer día de la incapacidad temporal. Para que le sea reconocida esta prestación, la asegurada debe acreditar por lo menos cuatro cotizaciones previas a la fecha de emisión del Certificado de Incapacidad Temporal pre y post natal. En caso de no cumplir con el requisito, se extiende el mencionado Certificado sólo para justificar su ausencia a su fuente laboral.

11.6.2 Riesgos Profesionales – Subsidio Accidente de Trabajo

En este caso las prestaciones en dinero se reconocen sin la necesidad de acreditar cotizaciones previas a partir del primer día de la incapacidad temporal acreditado por el respectivo Certificado, para esto, el empleador debe cumplir con la presentación del Formulario de denuncia.

En el caso de ocurrir un accidente de trabajo el Ente Gestor reconoce el equivalente al 90% del salario cotizante del asegurado a partir del primer día de la incapacidad. En el caso de enfermedad profesional se otorga el equivalente al 75% del salario cotizante.

12. Reglamento de la Comisión de Prestaciones - Caja Nacional de Salud

Fue aprobado por Resolución emitida por el Directorio de la Caja Nacional de Salud con N° 117/95 de fecha 13 de noviembre de 1995, en sus ocho Capítulos, 25 Artículos y dos Anexos.

Artículo 2

Establece la conformación de la Comisión Nacional de Prestaciones, conformada por:

Gerente de Servicios de Salud, como Presidente.

Jefe Médico Regional La Paz.

Jefe del Departamento de Medicina del Trabajo.

Jefe del Departamento de Administración Sanitaria.

Jefe de la División Jurídico Social, que funge como Secretario de la Comisión.

Artículo 3

Establece la conformación de la Comisión Regional de Prestaciones compuesta por:

El Administrador Regional, como Presidente

Jefe Médico Regional

Jefe de Servicios Generales

Médico Regional del Trabajo

Asesor Legal Regional, que funge como Secretario.

Artículo 4

Menciona que sólo podrán variar la conformación de las Comisiones en caso de ausencia temporal y justificada de cualquiera de sus Miembros titulares.

Artículo 14

Determina que las Comisiones Regionales sólo podrán autorizar reembolsos de hasta Bs. 3.000 (Tres Mil 00/100 Bolivianos) y cuando se trate de montos superiores obligatoriamente deben enviarse a la Comisión Nacional de Prestaciones para su consideración.

Cada Comisión tiene Jurisdicción en el ámbito que le corresponde, siendo la Comisión Nacional de Prestaciones la instancia de Revisión, es decir que las Regionales actúan como tribunales de primera instancia, sus Resoluciones son recurridas en grado de revisión en el plazo de cinco días a partir de su notificación. Las Resoluciones de la Comisión Nacional de Prestaciones pueden ser recurridas en grado de Reclamación ante el Directorio, en el plazo de cinco días.

Las Comisiones de Prestaciones conocen los siguientes casos:

- a) Reembolso por compra de medicamentos que figuren en la Lista Nacional de Medicamentos – LINAME, al cual debe ajustarse la Caja Nacional de Salud con el respectivo Vademécum. Procede al reembolso de medicamentos que se encuentra

fuera del vademécum, cuando es justificado por el médico tratante y autorizado por el Presidente de la Comisión.

- b) Declaratorias de invalidez para beneficiarios hijos.
- c) Provisión de Prótesis (vital/funcional).
- d) Autorización de transferencia a centros de salud ajenos a la Caja Nacional de Salud.
- e) Solicitud de compra de servicios especializados.
- f) Autorización de atenciones médicas en centros sanitarios ajenos a la Caja Nacional de Salud.

Los reembolsos por atención en centros sanitarios ajenos a la Caja Nacional de Salud proceden cuando se compruebe la urgencia y el riesgo que corría la vida del asegurado o beneficiario, hechos a corroborar mediante informes del área de Trabajo Social.

En relación a la atención de servicios auxiliares en centros ajenos a la Caja Nacional de Salud, se autorizan, siempre que el ente gestor no cuente con los mismos, previo requerimiento del médico tratante y con el visto bueno del Director del Centro de Salud. Se atiende también casos de riesgo extraordinario, donde el costo es cobrado al responsable de las lesiones, si hubiere lugar a ello.

13. Legislación Comparada

13.1 Seguridad Social en México

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, además de las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social como la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de

servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

En México hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- a)** Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias.
- b)** Los trabajadores independientes, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias.
- c)** La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos, jubilados y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDEÑA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armada con médicos y enfermeras propios.

El segundo grupo de usuarios incluye a los auto-empleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es sólo una parte de aquel universo. Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial. En la primavera de 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el SPS. Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 para cubrir en un lapso de siete años a los mexicanos que quedaron excluidos de la seguridad social convencional.

El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS a fin de obtener parte de los beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad.

Los afiliados al ISSSTE, que son todos empleados del gobierno y sus familias, los pensionados y jubilados, cuentan con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS. Su seguro de salud garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.

Los asegurados de PEMEX, SEDENA y SEMAR cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

El SPS garantiza el acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los SESA. También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/Sida y cataratas.

La población no asegurada recibe en las unidades de los SESA beneficios muy heterogéneos: servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades.

El IMSS-O ofrece servicios sobre todo en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se concentra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles.

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno. La SSA y los SESA se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos.²⁶

13.1.1 Ley del Seguro Social

Publicada el 21 de febrero de 1995, que establece que el Seguro Social cubre las contingencias y proporciona servicios en los regímenes obligatorio y voluntario, mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por la Ley y sus reglamentos.

El régimen obligatorio comprende los seguros de:

- a) Riesgos de trabajo.
- b) Enfermedades y maternidad.
- c) Invalidez y vida.
- d) Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
- e) Guarderías y prestaciones sociales.

Para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios, en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los patrones, los trabajadores y el Estado

²⁶ Gómez Dantes Octavio. Enero 2011. Sistema de Salud en México. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>.

aportan una cuota de uno punto cinco por ciento sobre el salario base de cotización. De dicha cuota corresponderá al empleador pagar el uno punto cero cinco por ciento, a los trabajadores el cero punto trescientos setenta y cinco por ciento y al Estado el cero punto cero setenta y cinco por ciento. Reciben prestaciones tanto en dinero como en especie de acuerdo al caso en:

- a) Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
- b) Servicio de hospitalización.
- c) Aparatos de prótesis y ortopedia.
- d) Rehabilitación.

En la legislación mexicana sólo se permite celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria y rehabilitación de cualquier nivel con otras instituciones de seguridad social o de salud de los sectores públicos federal, estatal o municipal o del sector social.

13.1.2 Consejo Técnico

Artículo 263

El Consejo Técnico es el órgano de gobierno, representante legal y el administrador del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y estará integrado hasta por doce miembros, correspondiendo designar cuatro de ellos a los representantes patronales en la Asamblea General, cuatro a los representantes de los trabajadores y cuatro a los representantes del Estado, con sus respectivos suplentes y el Ejecutivo Federal cuando lo estime conveniente, podrá disminuir a la mitad la representación estatal.

Artículo 264

Entre sus atribuciones en el Numeral XIII establece:

Conceder a derechohabientes del régimen, en casos excepcionales y previo el estudio socioeconómico respectivo, el disfrute de prestaciones médicas y económicas previstas por esta Ley, cuando no esté plenamente cumplido algún requisito legal y el otorgamiento del beneficio sea evidentemente justo o equitativo.

13.1.3 Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social

Fue publicado en fecha 30 de noviembre de 2006, que determina que las prestaciones médicas se otorgarán a:

- a) Seguro de riesgo de trabajo.
- b) Seguro de invalidez y vida
- c) Seguro de enfermedades y maternidad.

Se Proporciona servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalario a los asegurados y beneficiarios, tanto del Seguro de Enfermedades y Maternidad, como a los asegurados que sufran un riesgo de trabajo, para ello, deben someterse a los reconocimientos o exámenes médicos que ordene el Instituto y a los tratamientos que se le prescriban. También se otorgan prestaciones tanto en dinero como es especie.

Artículo 87

Cuando un asegurado por propia decisión y bajo su responsabilidad, sea internado en una unidad hospitalaria que no pertenezca al Instituto, éste quedará relevado de toda responsabilidad, salvo la relacionada con la expedición del certificado de incapacidad temporal para el trabajo.

Artículo 94

Si para la atención de un asegurado no se dispone de unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente.

13.2 Seguridad Social Argentina

El sistema de salud de Argentina, que está compuesto por tres sectores: público, de seguridad social y privado. El sector público está integrado por los ministerios nacional y

provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago.

El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las llamadas Obras Sociales nacionales y provinciales, que aseguran y prestan servicios a los trabajadores activos, jubilados y sus familias. No tienen fines de lucro y se organizan a partir de diversas ramas de actividad económica. Estas entidades subcontratan los servicios del sector privado para la atención de sus beneficiarios y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales.

El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las Obras Sociales y de los seguros privados.

El financiamiento de las Obras Sociales nacionales proviene del pago de 8% del salario de los trabajadores activos; el trabajador aporta el 3% y el empleador el 5%. Las Obras Sociales provinciales se financian de la misma manera, con contribuciones de los empleados gubernamentales y con contribuciones de los gobiernos provinciales en su calidad de empleadores.²⁷ El Programa Médico Obligatorio comprende las obligaciones que toda obra Social debe cubrir, como en el Plan Materno Infantil que cubre todo el embarazo hasta el primer mes luego del nacimiento, atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, estudios complementarios, vacunas, etc. Además de los servicios de Odontología, Internación, medicamentos, rehabilitación, etc.

13.2.1 Ley N° 24557 Ley Sobre Riesgos de Trabajo

Regula la prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo, repara los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales,

²⁷ Belló Mariana, Becerril-Montekio. 2011. Sistema de salud de Argentina. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>

incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado. Otorga prestaciones tanto en dinero como en especie.

Los empleadores están obligados a contratar un seguro privado con una entidad privada con fines de lucro, denominada Administradora de Riesgos del trabajo (ART), que tiene por objeto la prevención y la cobertura médica y monetaria de los accidentes y enfermedades del trabajo.²⁸

Las prestaciones en especie que brindan son:

- a) Asistencia médica y farmacéutica
- b) Prótesis y ortopedia
- c) Rehabilitación
- d) Recalificación profesional
- e) Traslados hacia y desde los centros de atención

13.2.2 Comisiones Médicas

Son entidades encargadas de resolver las diferencias que puedan existir entre las ART y los trabajadores sobre el accidente laboral o enfermedad profesional, tanto en el porcentaje de incapacidad como en el tratamiento otorgado. Intervienen en los siguientes casos:

- a) Divergencia en el Alta
- b) Divergencia en las Prestaciones: Cuando no se está de acuerdo con el tratamiento médico otorgado.
- c) Reingreso al tratamiento.
- d) Rechazo de la Contingencia Ley N° 27.348: Cuando existe rechazo en el siniestro denunciado.
- e) Rechazo de Enfermedad Profesional No Listada en la Norma.
- f) Divergencia en la Determinación de la Incapacidad.

²⁸ Cippolletta, Graciela E. 2009. La Seguridad Social en la República Argentina. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México. www.juridicas.unam.mx

- g)** Empleador sin Administradora de Riesgos de Trabajo:
- h)** Divergencia en la Determinación de la Incapacidad sin Administradora de Riesgos de Trabajo.
- i)** Solicitud de reconocimiento de enfermedad profesional Coronavirus.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE LOS HECHOS

En las oficinas de la Comisión Nacional de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud, desde el inicio de la presente gestión a la fecha, se han revisado Resoluciones emitidas por las Comisiones de Prestaciones de las diferentes Administraciones Regionales, referidas a solicitudes de reembolso por la compra de medicamentos, exámenes complementarios realizados de manera extrainstitucional, compra de prótesis y material de osteosíntesis y atención médica extrainstitucional. En esta gestión ingresaron 216 trámites, sin embargo se tienen pendientes trámites desde la gestión 2020 que no están contabilizados y son tratados por orden de llegada.

Los asegurados iniciaron el trámite de solicitud de reembolso de medicamentos en la gestión 2022, los de compra de exámenes complementarios y de atención médica extrainstitucionales comenzaron en la gestión 2020. Se tienen trámites por compra de prótesis y material de osteosíntesis desde la gestión 2022.

Los asegurados consideran que los trámites de reembolso no deberían durar más de tres meses, tomando en cuenta que de acuerdo al monto, deben derivarse desde las diferentes Regionales a la Oficina Nacional. Indican además que ese es el tiempo suficiente ya que deben realizar pagos a entidades financieras o a terceras personas por préstamos a los que tuvieron que recurrir para las atenciones médicas que consideraron que eran de emergencia.

A la fecha, se tienen trámites de solicitud de reembolsos de las nueve Administraciones Regionales.

Los montos de las solicitudes de reembolso varían conforme al caso, los de compra de medicamentos que llegaron a la Comisión Nacional de Prestaciones oscilan entre Bs. 3.500 a Bs.8.000, los de compra de exámenes complementarios van desde Bs. 3.200 a Bs. 12.000, compra de Prótesis desde Bs. 14.000 a Bs.25.000, compra de material de Osteosíntesis desde Bs. 5.000, atenciones médicas extrainstitucionales a partir de Bs. 10.000.

Los asegurados al Ente Gestor consideran que no debería existir un monto de dinero que limite el tratamiento de las solicitudes en las Administraciones Regionales, esto con el objeto de otorgar celeridad a los trámites, tomando en cuenta que las Administraciones Regionales con unidades desconcentradas que pueden tomar decisiones en el marco de la normativa legal vigente que rige a la Caja Nacional de Salud y más bien deben realizarse actividades de control interna para verificar que las resoluciones emitidas por las Regionales se adecúen a la norma.

Los asegurados a la Caja Nacional de Salud consideran que deben actualizarse todas las normas que rigen al Ente Gestor, especialmente el Reglamento de las Comisiones de Prestaciones, en sujeción a la Constitución Política del Estado y demás normas que protejan su derecho a la Seguridad Social y a la salud.

Consideran que se vulnera el derecho a la Seguridad Social cuando se emiten resoluciones de improcedencia a los trámites de reembolso, porque no se están otorgando las prestaciones en dinero, considerando los aportes que realizan al Ente Gestor.

También consideran que debería modificarse la composición de la Comisión de Prestaciones incorporando a profesionales médicos especialistas conforme el caso a tratar, ya que ellos podrán determinar la gravedad del caso que dio lugar a la búsqueda de atención médica en establecimientos ajenos al Ente Gestor.

De la normativa analizada se observa que el Código de Seguridad Social, su Decreto Reglamentario y demás normas conexas, junto al Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud se encuentran descontextualizados, por no haberse actualizado luego de que se promulgó la nueva Constitución Política del Estado el año 2009, por lo que no se están tomando en cuenta los nuevos principios constitucionales, ni el bloque de constitucionalidad. Las Comisiones de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud continúan tomando decisiones en apego al derecho positivo, no se toma en cuenta que la nueva Constitución Política del Estado resalta principios como el suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), entre otros, que se sustentan en valores como la dignidad, responsabilidad,

distribución y redistribución de los productos y bienes sociales, para vivir bien. Sobre esta base el Tribunal Constitucional Plurinacional ha emitido Sentencias Constitucionales la N° 1564/2014 de 01 de agosto de 2014, en la que hace referencia a grupos vulnerables de la población que comprende a los niños, niñas y adolescentes, personas con capacidades diferentes, mujeres embarazadas, minorías étnicas o raciales y personas adultas de la tercera edad, que requieren de una protección inmediata, por lo que en estos casos inclusive se hace abstracción del principio de subsidiariedad en las acciones de defensa, las que pueden ser presentadas de manera directa, no obstante de existir los medios en la vía ordinaria o administrativa. La Sentencia Constitucional Plurinacional 0016/2015-S2 de 16 de Enero de 2015, establece que la Seguridad Social se encuentra dirigido a la concreción del principio del vivir bien que debe conducir a la posibilidad de llevar una vida digna y con calidad, por lo que el Estado se encuentra en la obligación de actuar de forma eficaz a fin de compensar los desequilibrios existentes, haciendo referencia también a la protección de los grupos vulnerables en la sociedad.

De lo expuesto, resulta la siguiente modificación al Reglamento de la Comisión de Prestaciones, a fin de que se evite la vulneración a los derechos de los asegurados.

1. Propuesta de Modificación de los Artículos 2, 3, 4 y 14 del Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud

Tomando en cuenta las necesidades de los asegurados a la Caja Nacional de Salud y conforme a la normativa legal vigente se proponen las siguientes modificaciones en el Reglamento:

1.1 Conformación de la Comisión Nacional y Regionales de Prestaciones

Artículo 2 Conformación de la Comisión Nacional de Prestaciones.

Gerente de Servicios de Salud, como Presidente.

Jefe Médico Regional La Paz.

Jefe del Departamento de Medicina del Trabajo.

Médico Especialista relacionado con la contingencia de salud a tratar en la Comisión.

Jefe de la División Jurídico Social, que funge como Secretario de la Comisión.

1.2 Artículo 3 Conformación de la Comisión Regional de Prestaciones.

El Administrador Regional, como Presidente

Jefe Médico Regional

Jefe de Servicios Generales

Médico Regional del Trabajo

Médico Especialista relacionado con la contingencia de salud a tratar en la Comisión.

Asesor Legal Regional, que funge como Secretario.

1.2 Modificación de las Comisiones de Prestaciones**Artículo 4**

Podrán variar la conformación de las Comisiones según la contingencia de salud a tratar, pudiendo requerirse que conformen dichas Comisiones Médicos Especialistas o Sub Especialistas, de acuerdo al caso de solicitud de reembolso de gastos médicos extra institucionales a analizar.

1.3 Modificación Artículo 14**Artículo 14**

Las Comisiones Regionales de Prestaciones por pertenecer a Administraciones Regionales desconcentradas, no tendrán montos económicos límite para la tramitación de las solicitudes de reembolso. Solo se enviarán a la Comisión Nacional de Prestaciones los procesos de solicitudes de reembolso por atención médica extra institucional que se encuentren en grado de Revisión.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

El presente trabajo dirigido se ha enfocado en la necesidad de actualizar el Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional, en sus Artículos 2, 3, 4, y 14, a objeto de evitar la vulneración de los derechos de los asegurados, este tema se encuentra dentro del área de la Seguridad Social de corto plazo, derecho protegido constitucionalmente que a la fecha se enmarca en normas que no fueron actualizadas luego de la promulgación de la Constitución Política del Estado el año 2009. Uno de estos ejemplos es el Reglamento de la Comisión de Prestaciones del mencionado Ente Gestor que fue aprobado por el Directorio de la Caja Nacional de Salud en el año de 1995, en el marco del Código de Seguridad Social y su Decreto Reglamentario, además de normas del siglo pasado que aún se encuentran vigentes, como son el Decreto Ley N° 13214, Decreto Ley N° 14346 y otras. A partir del año 2009 el estado de derecho está basado en en principios de dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad, donde predomina el precepto del vivir bien, se toma en cuenta el bloque de constitucionalidad en los temas referidos a los derechos de las personas.

La Constitución Política del Estado reconoce el derecho a la Seguridad Social bajo los principios de Universalidad, Integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Los asegurados y beneficiarios de la Caja Nacional de Salud acuden a dicha entidad en busca de atención médica, sin embargo, por diversos factores, especialmente la emergencia en la atención médica y conociendo que el sistema de atención hace que dicha atención no sea oportuna, acuden a centros particulares, sin el cumplimiento de requisitos que se establecen en el Código de Seguridad Social, su Reglamento y el Reglamento de la Comisión de Prestaciones, luego de la atención médica recibida o compra de servicios en otros centros de salud, además de medicamentos, buscan el reembolso de los gastos, solicitándolo a la Comisión de Prestaciones, Comisión que rechaza

dichas peticiones si no fueron autorizadas. No se aplican los principios y valores de la nueva Constitución Política del Estado, ni Sentencias Constitucionales que protegen a grupos de la población, como son la Sentencia Constitucional Plurinacional 1564/2014 de 01 de agosto de 2014 y la Sentencia Constitucional Plurinacional 0016/2015-S2 de 16 de Enero de 2015, tampoco se analiza la emergencia del caso, si el asegurado pertenece al grupo vulnerable de la población o si es necesario convocar a un profesional especialista que integre la Comisión a fin de emitir criterios conforme a la situación, que conlleva a la devolución de los gastos realizados, garantizando la otorgación de las prestaciones en dinero y en especie, conforme lo requieran, dentro de las atenciones en enfermedad, maternidad y riesgos profesionales.

Revisando la legislación comparada que en este caso fue la de México y Argentina, en ambas se distingue que la Seguridad Social cubre los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, ambas legislaciones cuentan con la conformación de Comisiones para el tratamiento de controversias, sin embargo, en ninguna de las dos se encuentra el tema de los reembolsos por atenciones médicas extra institucionales y menos que existe un monto económico límite para su tratamiento, sino, reglamentan las prestaciones a otorgar, ordenan el traslado de pacientes en caso de incapacidad de atención, etc., debido a que se enmarcan en normas vigentes que velan por los derechos de los asegurados.

2. Recomendaciones

- Actualizar el Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud en su totalidad, en el marco de la Constitución Política del Estado promulgada el año 2009, tomando en cuenta sus principio y valores, además del bloque de constitucionalidad, a fin de evitar la vulneración de los derechos de la población asegurada.
- Incorporar a la Comisión Nacional de Prestaciones a profesionales especialistas conforme el caso a tratar, a efectos de que se analice la emergencia, coadyuvando de

esta manera a evitar la vulneración de los derechos de los asegurados, gozando de las prestaciones en dinero y en especie que otorga la Seguridad Social.

- Eliminar el monto económico límite en la actualización del Reglamento de la Comisión de Prestaciones, a objeto de dar celeridad a la tramitación de las solicitudes y se resuelvan en las Regionales, debido a que son unidades desconcentradas con poder de decisión.

BIBLIOGRAFÍA

- Abreu**, José Luis. 2015. Análisis al Método de la Investigación. México. Editorial Daena.
- Acevedo** Tarazona Álvaro. 2010. Anuario de Historia Regional y de las Fronteras. Historia, Marco Normativo, Principios y Vislumbres de un Estado de Derecho en Colombia. Recuperado a partir de <http://revistas.uis.edu.co/index.php/anuariohistoria/article/view/5555>
- Ander-Egg** Ezequiel. 1995. Técnicas de Investigación Social. 24° Edición. Buenos Aires. Editorial Lumen.
- Almeida** Cáceres, Verónica. 2019. Los Principios de Solidaridad y Universalidad Como Pilares del Mantenimiento y Subsistencia del Modelo Contributivo de la Seguridad Social en lo Referente a la Pensión de Jubilación. Tesis. Escuela de Posgrado. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima – Perú.
- Argentina**. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. <https://www.argentina.gob.ar/srt>
- Aruquipa** Ticona, Humberto. 2011. La Exigibilidad de la Seguridad Social Como Derecho Humano En el Marco de la Nueva Constitución Política del Estado y Convenios Internacionales. Tesis. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz – Bolivia.
- Belló** Mariana, Becerril-Montekio. 2011. Sistema de salud de Argentina. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>.
- Bocangel** Peñaranda, Alfredo. 2004. Derecho de la Seguridad Social. Segunda Edición. La Paz – Bolivia. Fondo Editorial del I.C.A.L.P.
- Caja** Nacional de Salud. Reglamento de la Comisión de Prestaciones. 1995.
- Castillo** Cadena, Fernando. 2006. Los Principios de Progresividad en la Cobertura y de Sostenibilidad Financiera de la Seguridad Social en el Derecho Constitucional: Una Perspectiva desde el Análisis Económico. Bogotá - Colombia. Editorial Vniversitas.
- Cipolleta**, Graciela. 2009. La Seguridad Social en la República Argentina. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México. www.juridicas.unam.mx

Convenio N° 102 de la Organización Internacional de Trabajo (O.I.T.) 1952. Relativo a la Norma Mínima de la Seguridad Social. Carácter Normativo.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948. Naciones Unidas.
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.

Escobar Loza, Federico. Martínez Wilde, Sebastián. Mendizábal Córdoba, Joel. 2013. El Impacto de la Renta Dignidad: Política de Redistribución del Ingreso, Consumo y Reducción de la Pobreza en Hogares con Personas Adultas Mayores. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Estado Plurinacional de Bolivia. Primera Edición. La Paz – Bolivia.

Gaceta Oficial de Bolivia. Constitución Política del Estado, 07 de febrero de 2009.

Gaceta Oficial de Bolivia. Código de Seguridad Social, 14 de diciembre de 1956.

Gaceta Oficial de Bolivia. Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019.

Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto Ley N° 13214 de 24 de diciembre de 1975.

Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto Ley N° 14643 de 03 de junio de 1977.

Gómez Dantes Octavio. Enero 2011. Sistema de Salud en México.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos. 2010. Metodología de la Investigación. Quinta Edición. México. Editorial McGraw Hill.

Llanos Reyes, Carlos. 2013. Seguridad Social, Empleo y Propiedad Privada en William Beveridge. Historia Crítica. Bogotá – Colombia. Universidad de Los Andes.

Ley del Seguro Social. Estados Unidos Mexicanos. 1997.

Maceira, Daniel. 2002. Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia. Banco Interamericano de Desarrollo. Buenos Aires – Argentina.

Mayer Pérez, Margaret. 2010. Tesis La Seguridad Social en Bolivia: Análisis entre la Administración Pública y Privada. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz – Bolivia.

Mesa Lago, Carmelo. 1985. El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.

Monereo Pérez, José. Fernández Bernart, Juan. 2019. Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo. Vol. 7. Granada – España.

Navarro Fallas, Román. 2002. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Costa Rica.

Ostau de Lafont, Rafael. Niño–Chavarro, Leidy. Vallejo Almeida Germán. 2018. Trabajo, Desarrollo y Justicia Social. 100 Años de la OIT, Ed. Universidad Católica de Colombia. Primera Edición. Bogotá – Colombia.

Organización Internacional del Trabajo. 2001. Hechos Concretos Sobre la Seguridad Social. <http://ilo.org/wcmsp5/groups/public>.

Picado Chacón, Gustavo. Durán Valverde, Fabio. 2019. República de Bolivia: Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social. Primera Edición. Organización Internacional de Trabajo. La Paz – Bolivia.

Rafart, Carlos Gabriel. 2014. Recordando los Muertos. La Seguridad Social, el Empleo y las Instituciones Democráticas de Lord William Beveridge. Revista de Historia. Recuperado a partir de <http://revela.uncoma.edu.ar/index.php/historia/article/view/689>.

Reglamento de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006.

Tomasi, Susana Noemí. Diciembre/2016. Historia de la Seguridad Social. Revista Economía. Buenos Aires – Argentina.

Tufiño Rivera. Nancy. 2016. Seguridad Social: Un Derecho Humano. Editorial Alquimia. Segunda Edición. La Paz – Bolivia.

Vásquez Hidalgo, Isabel. 2005. Tipos de Estudio y Métodos de Investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

ANEXOS

**PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA REALIZADA A ASEGURADOS DE LA CAJA NACIONAL
DE SALUD**

1. ¿Qué trámite está realizando en la Comisión Nacional de Prestaciones?
 - a) Reembolso por atención médica extra institucional.
 - b) Reembolso por compra de servicios.
 - c) Reembolso por compra de medicamentos.
 - d) Reembolso por compra de prótesis y material de osteosíntesis.

2. ¿En qué gestión inició el trámite?
 - a) 2020
 - b) 2021
 - c) 2022
 - d) Otras _____

3. ¿Cuánto tiempo deberían durar los trámites de reembolso de gastos?
 - a) 30 días
 - b) 60 días
 - c) 90 días
 - d) Otro _____

4. ¿A qué Comisión Regional de Prestaciones pertenece?
R. _____

5. ¿Cuál es el monto de su solicitud de reembolso?
 - a) Menor a Bs. 3.000
 - b) Mayor a Bs. 3.000

6. ¿Cuál cree que es el monto de dinero aceptable que debe tratarse en las Comisiones Regionales de Prestaciones para evitar que sean derivados hasta la Comisión Nacional de Prestaciones?
 - a) Bs. 25.000

- b) Bs. 35.000
- c) Sin monto Límite
- d) Otro _____

7. ¿Cree que debe actualizarse el Reglamento Nacional de Prestaciones para evitar la vulneración de los derechos de los asegurados?

- a) Si, porque _____
- b) No, porque _____
- c) Otro _____

8. ¿Qué derecho constitucional considera que se vulnera cuando la Comisión Nacional de Prestaciones declara improcedente una solicitud de reembolso de gastos?

R. _____

9. ¿Considera que debería modificarse la composición de las Comisiones de Prestaciones, conforme a los casos de salud que tratan?

- a) Si, porque _____
- b) No, porque _____
- c) Otro _____

10. ¿Cree usted que el Reglamento de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud vigente está enmarcado en normativa actualizada?

- a) Si, porque _____
- b) No, porque _____
- c) Otro _____