

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 el Título Académico de Licenciatura en Derecho)

**LA FALTA DE CONTROL EN EL TRATAMIENTO Y
AUXILIO DEL PERSONAL MEDICO EN HEMODIÁLISIS
DEL PACIENTE ADULTO MAYOR. (S.U.S)**

POSTULANTE: JUANA LIZBEHT ALBARRACIN OROZCO

TUTORA: DRA. AYDEE VASQUEZ

LA PAZ – BOLIVIA
2022

Índice

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Fundamento de la Investigación	3
1.2. Delimitación del Tema	5
1.2.1. Delimitación Temática	5
1.2.2. Delimitación Temporal	5
1.2.3. Delimitación Espacial	5
1.3. Planteamiento del Problema	5
1.3.1. Justificación del Tema	6
1.4. Objetivos de la Investigación	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5. Metodología	7
1.5.1. Métodos a Utilizarse en la Investigación	7
1.5.1.1. Método Descriptivo	7
1.5.2. Técnicas a Utilizarse en la Investigación	8
1.5.2.1. Método Cualitativo	8
1.5.3. Fuentes de la investigación	9
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	10
2. Marco Conceptual	10
2.1. Dignidad Humana	10
2.2. Derechos Humanos	11
2.3. Vejez	11
2.4. Envejecimiento	12
2.5. Derecho de la Vejez	14
2.6. Derecho a la Vida	14
2.7. Derecho a la Salud	15
2.8. Derecho de Autonomía	16
2.9. Derechos de Inclusión	17
2.10. Seguridad Social	17

2.11. Trato Preferente	18
2.12. Nefrología	18
2.13. Insuficiencia Renal	19
2.14. Tratamiento de Hemodiálisis	20
3. Marco Jurídico	23
3.1. Normativa Internacional	23
3.1.1. Declaración Universal de Derechos Humanos	23
3.1.2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	24
3.1.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	24
3.1.4. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	25
3.1.5. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	26
3.1.6. Convención Americana de Derechos Humanos	27
3.2. Normativa Nacional	28
3.2.1. Constitución Política del Estado del 7 de febrero de 2009	28
3.2.2. Código de Salud del 18 de julio de 1978	33
3.2.3. Reglamento de Establecimientos de Salud Públicos y Privados del 15 de marzo de 1982	36
3.2.4. Código de Seguridad Social	39
3.2.5. Decreto Supremo 5315 - Reglamento del Código de Seguridad Social del 30 de septiembre de 1959	40
3.2.6. Ley Nro. 3323 - Ley del Seguro de Salud para el Adulto Mayor del 16 de enero de 2006. Derogada por la Ley Nro. 475 del 30 de diciembre de 2013	43
3.2.7. Ley Nro. 369 - Ley General de las Personas Adultas Mayores del 1ro de mayo de 2013	44
3.2.8. Decreto Supremo Nro. 1807 del 28 de noviembre de 2013. Reglamento de la Ley Nro. 369	48
3.2.9. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia- Ley Nro. 475 del 30 de diciembre de 2013	50
3.2.10. Ley Modificatoria a la Ley Nro. 475, Hacia el Sistema Único de	53

Salud, Universal y Gratuito – Ley 1152 del 20 de febrero de 2019.

3.2.11. Ley 329 del 26 de diciembre de 2012 – Lucha Contra las Enfermedades Renales en Bolivia	53
4. Desarrollo Temático	54
4.1. Contexto Jurídico, social y económico	54
4.1.1. Contexto Jurídico	54
4.1.2. El contexto Social	56
4.1.3. Contexto Económico	58
CAPÍTULO II SECCIÓN PROPOSITIVA	59
5. Encuesta de Atención a Personal Médico especializado en la atención de Pacientes de la Tercera Edad en la Especialidad de Nefrología	59
5.1. Resultados Obtenidos de las Entrevistas Llevadas a Cabo en el Hospital de Clínicas	59
5.2. Resultados Obtenidos de las Entrevistas Llevadas a Cabo en el Hospital de Achumani	60
6. Protección de Derechos Individuales	61
6.1. Jurisdicción Constitucional - Acción de Amparo Constitucional	61
7. Protección de Derechos Colectivos	63
7.1. Acción Popular Frente al Derecho a la Salud	63
CAPÍTULO III SECCIÓN CONCLUSIVA	67
8. Conclusiones	67
9. Recomendaciones	70
10. Bibliografía	72

1. INTRODUCCIÓN

En Bolivia, así como en el resto del mundo, el ritmo de envejecimiento de la población se va incrementando con el pasar de los años, al punto de forjar una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con repercusiones para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios, así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales. (James, 2018)

A escala mundial, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, cada segundo dos personas cumplen 60 años, es decir, el total anual es de casi 58 millones de personas. Actualmente, una de cada nueve personas tiene 60 o más años de edad, y de acuerdo a las proyecciones hacia 2050 la proporción será una de cada cinco personas. (James, 2018)

Con el crecimiento de este sector de la población boliviana se ve lógico el incremento de políticas sociales que protejan y aseguren la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Sin embargo, si bien el Estado Plurinacional de Bolivia incorpora en su ámbito jurídico mayores normas que garantizan el resguardo de los derechos de la vejez, estas no se encuentran acompañadas por políticas sociales efectivas que las pongan en práctica en la vida social, de manera que quedan en simples palabras que son pasadas por alto, poniendo a los mayores de edad en un estado de vulnerabilidad.

Tal es el caso de los enfermos renales de la tercera edad, cabe aclarar que las enfermedades no son atribuibles al avance de la edad, sin embargo, estas son un proceso natural que acompaña al transcurso de tiempo de toda persona, una de las enfermedades más comunes en nuestro país es la insuficiencia renal, cuyo tratamiento se realiza mediante sesiones de hemodiálisis.

En Bolivia día, cada día se incrementa el número de casos de enfermos renales, empero, poco o nada se hace por este sector que va en aumento, más alarmante es la situación de las personas de la tercera edad que padecen esta afección, ya que se presentan diversos panoramas que los hacen más vulnerables a la situación, como ser: la falta de recursos económicos para la continuación del tratamiento, poco apoyo familiar, no contar con la cédula de identidad, poca

información acerca del tema, etc. Ante estas circunstancias el gobierno a través de sus instituciones realizó diversas mejoras legislativas, sin embargo, dejó de lado la asignación de mayores recursos económicos para la atención de los pacientes y la mejora de los ambientes, indumentaria y personal de los servicios de salud.

En el presente trabajo se busca llegar a una aproximación en el cálculo del porcentaje de pacientes de la tercera edad con enfermedades renales que requieren el tratamiento de hemodiálisis, su entorno familiar y el acceso a la información sobre el procedimiento que se sigue con el enfermo, además de analizar el cumplimiento o no de la atención prioritaria del adulto mayor, y finalmente analizar las posibles soluciones a los problemas planteados.

1.1. Fundamento de la Investigación

Para observar la gravedad del problema al tratamiento del paciente renal, actualmente a nivel mundial según datos de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de Salud, y la Sociedad Internacional de Nefrología y la Federación Internacional de Fundaciones del Riñón, crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión, de la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento.

Para la Organización Panamericana de Salud (OPS), indica que, Latinoamérica, no es ajeno a los episodios trágicos, este asunto parece golpear también por estos países y para tener conocimiento de todos los casos para tal situación se realizaron cursos y talleres de manera tal de contar con un único registro de pacientes enfermedad renal crónica en terapia de remplazo renal.

En dicho acto participa Bolivia el 2017 en Panamá para el entrenamiento y certificación para responsables nacionales de Diálisis y trasplante, fueron invitados nefrólogos de cada país.

En el caso de Bolivia, de acuerdo con datos del Ministerio de Salud en el año 2015, de los 2.231 pacientes con insuficiencia renal en el país, que asisten a las sesiones de hemodiálisis, el 70% es de la tercera edad, es decir que 1.562 personas tienen más de 60 años.

En la ciudad de La Paz nos quedamos con el último estudio del Ministerio de Salud y el programa de salud renal encargado por Silvia Paz el año 2018, del total de pacientes con enfermedad renal crónica de la población en general solo el 3,66 % de habitantes se encuentran con el problema.

El procedimiento que lleva a cabo en el hospital de clínicas (tercer nivel), con el paciente adulto mayor es el siguiente:

El paciente adulto mayor es atendido en consulta por el nefrólogo asignado en el hospital de clínicas y en caso de recibir tratamiento de hemodiálisis, por orden médica del especialista es trasladado a un centro de hemodiálisis para su atención, como afiliado por la Ley °475 de 30 de Diciembre de 2013 ley de

prestaciones de servicio de salud integral del estado plurinacional de Bolivia posterior a este hecho por orden ingresan al centro de hemodiálisis del hospital de clínicas, en caso que este no llegue a abastecer, se lo deriva a un centro de convenio que tenga el Servicio Departamental de Salud (SEDES), con el mismo servicio de hemodiálisis.

El problema observado es el control de cada sesión de hemodiálisis por un médico general y no así del médico especialista desde la verificación del estado e higiene de las agujas o fistulas que ingresan al cuerpo para cada sesión, al mismo tiempo las recetas emitidas al final de las sesiones, sin control de la cantidad de dosis de los medicamentos que son lesivos y tóxicos para el riñón, en desconocimiento del paciente y su entorno familiar.

Como consecuencias comienza la descomposición del cuerpo del enfermo renal y el auxilio se lleva a cabo al ingreso del hospital de clínicas (EMERGENCIAS), lugar en el cual sea la hora imprevista, tiene que aguardar espacio y matar el tiempo hasta que se encuentre camilla para que se reciba atención, en el peor de los casos, espera en una silla sin ningún auxilio del especialista, las enfermeras de turno reciben sus datos y el médico de guardia o de turno hace una revisión por turno a cada paciente y manda a realizar exámenes, haciendo tiempo para el traslado o consulta si existe espacio para el ingreso a la Unidad Correspondiente, omitiendo el derecho al trato preferente en el acceso a servicios, N°369 Ley General de las Personas Adulto Mayores.

Reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe estar con cuidados paliativos que significa la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores inevitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días.

Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor, porque estas prestaciones implican al paciente, su entorno y su familia, tomando en cuenta que es un ser humano y el mismo cuenta con derechos, como así lo establece la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las

personas mayores, adoptada el 15 de junio de 2015 por la organización de estados americanos (OEA).

1.2. Delimitación del Tema

1.2.1. Delimitación Temática

El presente trabajo se delimita al estudio de la normativa legal referida al adulto mayor que requiere tratamiento de hemodiálisis en Bolivia, y el análisis de los protocolos de atención en hospitales a través de encuestas y opiniones de pacientes y familiares.

1.2.2. Delimitación Temporal

Comprende el análisis de la atención actual, vale decir, los 30 días del mes de octubre de la gestión 2019.

1.2.3. Delimitación Espacial

Se realizará el estudio a los pacientes enfermos renales de diferentes centros de salud como en el Centro de Hemodiálisis de Achumani y Centro de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas, teniendo especial atención el área de emergencias de este último.

1.3. Planteamiento del Problema

- a) ¿Cuál es el protocolo y el control de la atención en el tratamiento y auxilio del paciente adulto mayor que requiere tratamiento de hemodiálisis?
- b) ¿Existirá personal adecuado en los centros de salud, que informe al paciente adulto mayor, sobre el proceso de la atención o servicio de su tratamiento en hemodiálisis?
- c) ¿El paciente y su entorno familiar cuenta con información sobre los cultivos, entrega y colocado de catéteres, auxilio en caso de infecciones, atención prioritaria?
- d) ¿Quién controla al personal médico y al estado de las máquinas de hemodiálisis?

1.3.1. Justificación del Tema

Ante los episodios que pasaron los pacientes adultos mayores en sus sesiones diarias de hemodiálisis es una experiencia psicológica en el paciente y su entorno familiar para tratar de mantener la vida casi normal, resulta de especial interés conocer cuáles son los protocolos que deben realizar en cuanto al tratamiento, la información que debe tener el paciente en casos extremos de auxilio, en los centros de hemodiálisis, y a partir de ahí tomar conciencia en verificar si existen controles en cuanto a los médicos y las instalaciones y los aparatos y el servicio para auxiliar o socorrer al paciente cuando lo necesite.

La presente investigación surge de la necesidad de demostrar que el paciente y su entorno familiar se encuentran vulnerados, no tienen acceso a la información y atención preferente en todo el camino a seguir para salvaguarda la vida del enfermo renal y la falta de control de autoridades correspondientes en los centros de salud para verificar y examinar las máquinas de diálisis utilizadas a diario y el tratamiento de los catéteres como de los fármacos recetados y deberían ser estrictamente verificados y por último la falta de atención prioritaria en casos de emergencias en el hospital de clínicas cuando recaen por lo más usual en infecciones y la atención inmediata del nefrólogo.

La investigación, busca proporcionar datos que será útil mediante encuestas, relatos de los familiares y los pacientes en cuanto a las deficiencias de lo explicado anteriormente y poder dar a conocer sus derechos a los pacientes como sus obligaciones a los centros de salud y sobre todo a las autoridades competentes y tomar conocimiento sobre el alcance del problema.

Debido a que no se cuenta con suficientes estudios sobre el procedimiento y alcance de los enfermos renales adulto mayor, el presente trabajo es conveniente para los pacientes y a la sociedad en general por el bien común que todo paciente debe conocer sobre la ocurrencia de cada tipo de casos que existen, sus características y las necesidades de intervención.

Por otra parte, la investigación contribuye a obtener datos de los pacientes adulto mayores a su ingreso a centros de convenio y analizar variantes según su género, grado, curso, nivel socioeconómico y la gestión del centro.

Las personas de la tercera edad no son tomadas en cuenta en Bolivia, pocas veces se plantean políticas sociales y de desarrollo que tengan como punto de enfoque a esta población que es considerada como no productiva y dependiente. (Zerda, Derechos Humanos y Envejecimiento en Bolivia, 2000)

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Calcular el porcentaje de pacientes y su entorno familiar en cuanto a la información sobre los cultivos, entrega y colocado de catéteres, auxilio en caso de infecciones, atención prioritaria.

1.4.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar el control al personal médico de turno en cuanto a la atención prioritaria y el estado de las máquinas de hemodiálisis.
- b) Determinar si el Servicio Departamental de Salud (SEDES) cuenta con auditorias de control en cuanto al servicio en los centros de convenio de hemodiálisis.

1.5. Metodología

1.5.1. Métodos a Utilizarse en la Investigación

Balestrini (2000) señala que en el marco metodológico “es el conjunto de procedimientos a seguir con la finalidad de lograr los objetivos de la información de forma valida y con una alta precisión” (pag.44). Es decir que es la estructura sistemática para la recolección, ordenamiento y análisis de la información, que permite la interpretación de los resultados en función del problema que se investiga.

1.5.1.1. Método Descriptivo

Dando a conocer que el objetivo del estudio será el control y auxilio del personal médico y su incidencia en su calidad y prioridad de su atención al adulto mayor

en su tratamiento de hemodiálisis, se recurrirá a un diseño descriptivo de manera correlacional porque hay una relación entre el paciente y el médico.

Señalando a Hernández, Fernández y Baptista (2003) la investigación no experimental “es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables; lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en un contexto natural, para después analizarlos” (pág.270). Estos autores señalan que los diseños de investigación transversales “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (pág.289).

1.5.2. Técnicas a Utilizarse en la Investigación

1.5.2.1. Método Cualitativo

El trabajo será diseñado bajo el planteamiento metodológico del enfoque cualitativo, puesto que es el que mejor se adecúa las características y necesidades de la investigación.

Utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación planteadas y desarrolladas por medio de entrevistas y contestar a las preguntas de la investigación planteada previamente.

La investigación cualitativa, está reservada a la construcción o generación de teorías, a partir de una serie de observaciones de la realidad objeto de estudio, haciendo uso del método inductivo, según el cual se debe partir de un estado nulo de teoría. (Aponte, 2015)

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó un análisis lógico sobre la documentación que se posee y posteriormente se utilizará la técnica de interpretación de textos, a fin de encontrar las coordenadas comunes y sustanciales de cada normativa relacionada al tema de investigación. Recibidos los instrumentos y procesada la información, se realizaron las conclusiones sobre la temática planteada.

Se utilizara el muestreo probabilístico como método, es un proceso que brinda a todos los individuos a toda la población de nuestro estudio de tener la misma oportunidad de ser seleccionados para ser nuestro objeto de estudio, que se

realizara con la técnica de la encuesta, es un conjunto de preguntas que se van a realizar a muchas personas con el propósito de obtener información para detectar la opinión de un asunto determinado y utilizar como instrumento el cuestionario el cual consiste de una serie de preguntas de manera cerrada para que estas puedan ser cuantificadas.

1.5.3. Fuentes de la investigación

Las fuentes de información son parte de los procesos de investigación, es así que son los “diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento.” Entre las mencionadas fuentes se tienen a las fuentes primarias y secundarias (Universidad de Alcalá, s.f.):

- Las fuentes primarias “contienen información nueva y original, resultado de un trabajo intelectual.”
- Las fuentes secundarias “contienen información organizada, elaborada, producto de análisis, extracción o reorganización que refiere a documentos primarios originales.”

Entre las fuentes utilizadas en la investigación, se pueden citar a las fuentes primarias y secundarias, sin embargo, en el presente estudio se emplearon en su mayoría las fuentes secundarias.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

2. Marco Conceptual

2.1. Dignidad Humana

Desde un punto de vista etimológico, el término dignidad procede del latín dignitas, cuya raíz es dignus, que significa “excelencia”, “grandeza”. (García, 2007)

Así mismo, la dignidad se define como un “valor inalterable que posee toda persona por el hecho de contar con capacidad para razonar y decidir.” (...) “es decir, todo ser humano posee dignidad sin importar la condición en que se encuentre.” (García, 2007)

Por otro lado, la dignidad humana se presenta como fundamento de los derechos del hombre dado que es el principio esencial de los valores de autonomía, seguridad, igualdad y libertad; valores que fundamentan y que se constituyen como el punto de partida e interpretación de los distintos tipos de derechos humanos. En consecuencia, exige el respeto de la condición de ser humano, impidiendo que su vida o su integridad sea sustituida por otro valor social, vale decir, un valor económico. (García, 2007)

La dignidad se funda como un fin en sí mismo para los seres racionales, y nunca como un medio que permita satisfacer bienes ajenos; de manera que el fin último del hombre será la búsqueda de la realización material de este valor. (García, 2007)

En cuanto al Estado, con el fin de hacerla efectiva, incluye su protección dentro de su normativa teniendo en cuenta dos principios: “por un lado, el individuo queda libre de ofensas y humillaciones (negativa); mientras que, por el otro, le permite llevar a cabo el libre desarrollo de su propia personalidad y actuación (positiva).” (García, 2007)

2.2. Derechos Humanos

La oficina del alto comisionado de Naciones Unidas (2019) señala lo siguiente:

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Como consecuencia de la inherencia de los derechos humanos se configura el Estado de Derecho, puesto que el poder se sujeta a reglas de protección y garantía de los derechos humanos. Además, infiere las características de universalidad, todas las personas son titulares de derecho; transnacionalidad, no dependen de la nacionalidad o el territorio en el que se encuentre; irreversibilidad, una vez que se ha reconocido el derecho, este es definitivo e irrevocable; progresividad; su existencia no depende del reconocimiento de un Estado, vale decir, su manifestación normativa no debe entenderse como la negación de otros derechos. (Nikken, 1994, págs. 21-27)

2.3. Vejez

La vejez es considerada una etapa o periodo de la vida “comprendido entre los 60-65 años y la muerte”, sin embargo, Dabove señala que la ancianidad no es un concepto meramente cronológico, “no se es viejo únicamente por alcanzar una determinada edad”. (2006, pág. 11)

Por otro lado, para algunas áreas del conocimiento como son la biología, medicina, filosofía y psicología, esta etapa de la vida se debe analizar más a fondo dado que se trata de periodos clínicos. Los profesores Bize y Vallier explican que hay una diferencia entre la tercera edad y la vejez; Por un lado, la tercera edad comenzaría a los 56 años y llega a su plenitud a los 63 años; Por otro lado, la vejez se inicia a los 84 años (1973, págs. 59-60)

Para la sociología la vejez tiene que ver con la disminución de la fuerza física para trabajar y generar sus propios ingresos económicos, en Bolivia la mayor parte de

la población son personas que durante su vida realizaron trabajos agropecuarios que exigen actividad física. Por otro lado, también se lo relaciona con la dificultad que se tiene para la satisfacción de las necesidades básicas, como es principalmente el de la alimentación. Además, se refiere a la dependencia física que muestran y el deterioro de la salud de los mismos. (Zerda, 2004, págs. 41-43)

La profesora Dabove señala que, para el ámbito jurídico, la vejez hace referencia al “último estadio de la vida”, de donde sobresalen cambios fisiológicos y psicológicos producto del paso del tiempo, resultando un fenómeno complejo constituido por elementos materiales, normativos y valorativos (2018, págs. 6-12)

Por su parte, la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) en su artículo: define a la vejez como:

La última etapa del curso de la vida del ser humano. Ubica su inicio alrededor de los 60 años y su fin en la muerte, pero además la conceptualiza como una “construcción social”. Por esta razón, (...) se puede observar que el dato de la edad funciona como indicador biopsicológico de su existencia, constitutivo de la dimensión material. Asimismo, su calificación de última etapa vital revela su dimensión histórico-social. Por su parte, la consideración constructivista recoge las distintas significaciones y valoraciones que se le atribuyen y que se han naturalizado, abarcando su dimensión cultural. (Dabove, 2018, pág. 7)

Para nuestra legislación, la Ley 369 (Ley General de las Personas Adultas Mayores del 1ro de mayo de 2013) establece en su artículo 2 que “son titulares de los derechos, las personas adultas mayores de sesenta (60) o más años de edad, en el territorio boliviano.” Por lo que para los fines del presente trabajo los términos vejez, ancianidad, tercera edad, y senilidad serán asimilados como el periodo de vida que comprende desde los 60 años en adelante.

2.4. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social que se produce con la edad, comienza con el nacimiento y finaliza con la muerte. (Dabove, 2018, pág. 5) No siempre se le atribuye la aparición de enfermedades, sin embargo, es

una consecuencia natural. El creciente proceso de envejecimiento acarrea costos de asistencia social y médica. (Dabove Caramuto & Prunotto Laborde, 2006, págs. 14-16)

En esta etapa de la vida se producen entonces cambios físicos y psicológicos que tienen consecuencias en el mundo jurídico, al respecto la profesora Dabove (2018) expone la siguiente división:

- a. Cambios Físicos: Entre los cambios biológicos del organismo se aprecia la mayor dificultad al momento de recuperarse de accidentes, así también, existe una mayor tendencia hacia las enfermedades e incremento de la tasa de mortalidad. Cabe aclarar, que el envejecimiento no es un proceso patológico, es decir, no es una enfermedad en sí misma, sin embargo, denota una creciente fragilidad en la persona. (pág. 15)

Así también se tiene la pérdida de masa muscular y pérdida progresiva de la estatura, disminución de la elasticidad, aumenta el riesgo de deshidratación tornándose dificultosa la oxigenación del cuerpo, inclusive pueden aparecer alteraciones en el comportamiento o en la función mental debido a la afectación de la población neuronal. (pág. 15)

También tienen lugar cambios de relevancia en los diferentes sistemas, de los cuales se destacan los cambios producidos en los sistemas inmunológico y urinario; El sistema inmunológico, limitando las defensas e incrementando la tasa de anticuerpos, en consecuencia, hay mayor predisposición a contraer enfermedades. En cuanto al sistema urinario, el flujo renal se reduce debido a la pérdida progresiva de glomérulos, que ocasionan limitación en la función depuradora del riñón y en la de retención. (pág. 16)

- b. Variables Psicológicas: Se refiere a las modificaciones en la conducta del sujeto que podrán ser positivas o negativas; Las que más se denotan se encuentran en el bajo o casi nulo rendimiento intelectual y proceso de la información. (pág. 19)

2.5. Derecho de la Vejez

Subsistema jurídico cuyo objeto comprende “el estudio de los casos y soluciones vinculados a la condición jurídica de las personas mayores, contenidos en normas que cuentan con métodos propios y responden (...) a una especial exigencia de justicia.” (Dabove, 2018, pág. 154)

El derecho de la vejez es definido por Dabove (2018) como:

Aquella agrupación de adjudicaciones de potencia e impotencia (oportunidades u obstáculos) constitutivos de casos gerontológicos, que están contenidos en fuentes y métodos normativos especiales, y son legitimados (casos y normas) por el reconocimiento del envejecimiento y la vejez como un dato axiológicamente relevante. (pág. 154)

2.6. Derecho a la Vida

“El derecho a la vida es el derecho fundamental que tiene todo ser humano a que se respete su existencia, que solo debería poder perderse por causas naturales o accidentales”. (...) Es un derecho natural que debe ser reconocido por el derecho positivo y del cual dependen los demás derechos. (Hilda, 2011)

El derecho a la vida no solamente se encuentra reconocido en la Constitución Política del Estado, sino también en los tratados y convenios sobre derechos humanos, los cuales forman parte del bloque de constitucionalidad, tal es así que la Declaración Universal de Derechos Humanos, instrumento que también componen al referido bloque, en su art. 3 determina que todo individuo tiene el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona; mientras que en su art. 30 prohíbe a los Estados a adoptar medidas que atenten contra el derecho a la vida; en el mismo sentido de protección a este derecho se manifiesta dentro del su preámbulo de la Declaración Americana de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, en el que se establece que todo ser humano tiene derecho a la vida. (SCP 0206/2014, pág. 8)

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, más conocido como el Pacto de San José de Costa Rica, ratificada por la Ley 1430 de 11 de marzo de 1993, en su art. 4 establece que toda persona tiene derecho a la vida y que este derecho estará

protegido por la Ley y en general, a partir del momento de la concepción, por lo que nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente; criterio que es compartido por nuestra legislación, concretamente dentro del Código Civil, en su art. 1 que establece que al que está por nacer se lo considera nacido para todo lo que pudiera favorecerle, y para ser tenido como persona basta nacer con vida; en el mismo sentido se encuentra el Código Niño, Niña y Adolescente en su art. 2 en el que se declara como sujeto de protección al niño o niña, o todo ser humano considerado como tal a partir de su concepción. (SCP 0206/2014, pág. 9)

2.7. Derecho a la Salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006), define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, además resalta su importancia para “lograr la paz y la seguridad”. (pág. 1)

A partir de las normas internacionales se distinguen cuatro componentes normativos básicos para la materialización del derecho a la salud.

- Disponibilidad: Consiste en la existencia de oferta suficiente de servicios e infraestructura asociados al goce del derecho a la salud, es decir, contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población. (Maya, Gómez, Linares, & Uprimny, 2008, pág. 37)
- Accesibilidad: Se fundamenta en la facilidad y ausencia de obstáculos que tienen las personas para acceder al derecho, lo que se manifiesta en el acceso efectivo a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, en condiciones que permitan el acceso físico, el económico y que puedan acceder a la información. (Maya, Gómez, Linares, & Uprimny, 2008, pág. 37)
- Aceptabilidad: Se encuentra vinculada, por un lado, a la calidad que deben tener las prestaciones suministradas y por otro, a la conformidad de las condiciones de realización del derecho con el contexto y a su relación con otros derechos. En otras palabras, los establecimientos, bienes y servicios

de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y ciclo de vida y deben estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que se trate. (Maya, Gómez, Linares, & Uprimny, 2008, pág. 37)

De este componente se derivan derechos como son el de la confidencialidad de los datos personales relativos a la salud, el derecho a una muerte digna, la autodeterminación reproductiva, la prevención de los problemas de salud mental y la protección del cuerpo contra injerencias ajenas. (Maya, Gómez, Linares, & Uprimny, 2008, pág. 38)

- **Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde un punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. En otras palabras, requiere un personal médico competente, medicamentos y equipo hospitalario científicamente y legalmente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (Maya, Gómez, Linares, & Uprimny, 2008, pág. 38)

2.8. Derecho de Autonomía

La autonomía es el espacio individual dentro del cual cada persona ejerce por sí misma el poder sobre su vida y su patrimonio, establece reglas, disposiciones o planes válidos para sí, se proyecta y desarrolla, en igualdad de condiciones con todos los demás. Es el campo de la independencia, dentro del cual, cada sujeto despliega sus derechos y obligaciones fundamentales, en áreas claramente marcadas por la subjetividad, tales como la identidad, la vida y la salud, la integridad física y moral, el honor y la propia imagen, las intimidad, las libertades individuales (...), la propiedad y su vinculación con los bienes y cosas, el domicilio, la vivienda y su hábitat, el trabajo, la ocupación y la recreación, su relación con otros sujetos de derecho. (...) Es el territorio o porción de vida que a cada uno le es posible sostener para sí, coexistiendo con el de los demás, en paridad de condiciones. (Dabove, 2018, pág. 254)

Los derechos humanos de autonomía son todas aquellas instituciones jurídicas que anteponen a la persona como fin en sí misma, de manera que tienen como eje de protección la vida, la dignidad e integridad, las libertades, la propiedad y el hábitat de las personas mayores. Así mismo, abarcan tanto los derechos de contenido extrapatrimonial o personalísimos, como los patrimoniales. (Dabove, 2018, pág. 255)

2.9. Derechos de Inclusión

Los derechos de inclusión buscan la promoción y protección de los vínculos intersubjetivos de las personas mayores, de manera que, abordan los derechos que sostienen la pertenencia al grupo y la empatía con los demás, en todas las extensiones posibles. (Dabove, 2018, pág. 262)

Los derechos de inclusión están legitimados por el principio de participación, que en relación al tema se refiere al esfuerzo que se debe hacer para integrar la población adulta mayor a la sociedad mediante la promoción, formulación y aplicación de políticas gerontológicas. (Dabove, 2018, pág. 264)

2.10. Seguridad Social

Nancy Tufiño (2018, pág. 25-27) señala que “la Seguridad Social protege de manera integral las contingencias, riesgos y prestaciones a favor de la población. (...) No solo debe elevar el nivel de vida, sino mejorar la calidad de vida, para vivir bien y alcanzar una vida digna, con justicia social”.

Asimismo, la mencionada autora cita la VI Conferencia Interamericana de la Seguridad Social, en la cual se resalta la nueva función de la seguridad social que consiste en:

“Garantizar que cada ser humano contará con los medios suficientes para satisfacer sus necesidades en un nivel adecuado a su dignidad; en permitir el disfrute de los bienes materiales, morales, culturales y sociales que la civilización ha creado para beneficio del hombre; en promover el constante ascenso de los niveles de vida de la población; en dar facilidades para que las grandes mayorías disfruten de una sana alimentación, de una habitación digna, de una indumentaria apropiada”. “Para

lograr estos objetivos la Seguridad Social debe ser integral, y con tal propósito ampliar la protección comprendida en el marco tradicional de los seguros sociales clásicos.” (...) Esto significa, en la práctica, “una distribución del ingreso nacional más equitativa, según la capacidad de las personas, su responsabilidad individual y social y su aportación al bienestar colectivo”.

2.11. Trato Preferente

El Artículo 3 del Decreto Supremo Nro. 1807 del 27 de noviembre de 2013, que reglamenta la Ley 369, establece que, para efectos de interpretación y aplicación de la mencionada norma, se entenderá el trato preferente como el “conjunto de caracteres que buscan un trato prioritario, digno en la atención prestada a las personas adultas mayores en las instituciones públicas o privadas.”

2.12. Nefrología

Es la especialidad médica que estudia la anatomía de los riñones y sus funciones. Tiene como campo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del riñón y sus consecuencias que pueden ser:

- *HTA y daño vascular*
- *Hematuria (sangre en la orina), proteinuria (proteínas en la orina)*
- *Infecciones de orina*
- *Enfermedades que producen cálculos en el riñón*
- *Enfermedades que producen inflamación en el riñón (Nefritis)*
- *Enfermedades en otros órganos, en la inmunidad y tratamientos que afectan a los riñones*
- *Tratamiento de las consecuencias de la función renal alterada: anemia, falta de bicarbonato, aumento del fósforo*
- *Seguimiento de la Insuficiencia Renal Crónica en consulta (ERCA)*
- *Tratamiento de diálisis: Hemodiálisis y Diálisis peritoneal*
- *Atención previa, inmediata y posterior del Trasplante renal*
- *Nutrición de la Insuficiencia renal en todas sus fases*
- *Biopsia Renal para el diagnóstico de las enfermedades renales*

- *Realización de accesos en venas para realizar hemodiálisis (catéteres)*
- *Técnicas especiales de depuración de la sangre: plasmaféresis, granuloféresis, leucocitaféresis, LDL aféresis etc.*

La Nefrología es una especialidad perfectamente diferenciada de la Urología, que es una especialidad quirúrgica y que abarca todos los aspectos quirúrgicos del riñón y aparato genital masculino. Podemos decir, que sólo hay dos enfermedades en las que puede haber solapamiento como son las infecciones de orina, en las que la Urología le correspondería más actuar cuando la solución es quirúrgica y el campo de la litiasis, en el que a la Urología le correspondería todo el tratamiento con litotricia y quirúrgico, quedando el estudio de las causas en el ámbito de la Nefrología. (Rioja Salud, 2012)

2.13. Insuficiencia Renal

Afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo. La insuficiencia renal aguda o grave se presenta repentinamente (por ejemplo, después de una lesión), y puede tratarse y curarse. La insuficiencia renal crónica evoluciona en el curso de muchos años, puede ser provocada por afecciones como la presión arterial alta o la diabetes, y no se puede curar. La insuficiencia renal crónica puede llevar a una insuficiencia renal total y duradera que se llama enfermedad renal en estadio terminal (ERET). El individuo que padece de ERET necesita diálisis (...) o un trasplante de riñón. También se llama insuficiencia del riñón. (NIH, s.f.)

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que impida la pérdida gradual de la función de los riñones, esta es progresiva y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad real se reduce a un 10%. La IRC está asociada con factores infecciones o fisiológicos tales como glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas diabetes mellitus, hipertensión arterial, y lupus eritematoso sistemático y puede a su vez, ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos, y anemia entre otros. (Pérez, Lamas & Legido, 2005; Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

2.14. Tratamiento de Hemodiálisis

Ante la falla renal se plantean diferentes tratamientos, entre los que se encuentra el trasplante de riñón, o el tratamiento de hemodiálisis. El procedimiento consiste en la limpieza de la sangre por medio de una máquina; este proceso de purificación lo realizan de manera natural los riñones, sin embargo, con el tiempo, es probable que estos dejen de funcionar correctamente por lo que requieran de esta alternativa. (KidneyFund, s.f.)

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico.

Entre los tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón y la diálisis (peritoneal y hemodiálisis), los cuales deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos (Barrios et al.,2004). En el primer caso existe la posibilidad de que el órgano trasplantado sea rechazado, por lo que el paciente debe tomar fármacos inmunosupresores. La diálisis peritoneal, es un tratamiento ambulatorio que se lleva a cabo mediante el intercambio de solutos y agua que fluye por los capilares y el líquido de diálisis que se encuentra en la cavidad peritoneal (Ruiz & Castelo, 2003), y la hemodiálisis que se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos de la insuficiencia renal crónica terminal (Borrero, Vea & Rubio, 2003; González & Lobo, 2001), en este último caso, el paciente debe asistir al menos tres veces por semana a la unidad renal, donde debe permanecer de tres a cuatro horas por sesión.

Durante el tratamiento de hemodiálisis, la sangre del paciente viaja a través de tubos desde su cuerpo hacia la máquina de diálisis. Mientras la sangre está en la máquina, pasa a través de un filtro llamado dializador, que elimina los desechos y el líquido extra. Una vez que se ha limpiado, la sangre viaja a través de los tubos de la máquina de diálisis retornando hacia el cuerpo. (KidneyFund, s.f.)

El tratamiento debe acompañarse de una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio, restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamento.

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos.

Se ha observado que estos síntomas suelen agudizarse después de ocho años de tratamiento.

Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en tema de órganos y por ende con la vida del paciente, porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida.

Sostienen que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, esta debe evaluarse a través de distintas áreas. Recomienda abordar el dominio físico psicológico y social. En el primero, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en el tercer dominio se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros.

Esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo.

Desde esta perspectiva, el concepto enfatiza en el bienestar y satisfacción del paciente en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en los pacientes con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente. Y deben aprender a convivir con las limitaciones que ocasionan la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida. Por otra parte, evaluar la calidad de vida en salud permite también conocer como los individuos y grupos enfrentan los factores que amenazan su salud como responden a los tratamientos para restablecerla e implica expectativas de éxito en las acciones emprendidas, las cuales difieren entre individuos así se encuentren bajo las mismas circunstancias. En este sentido la calidad de vida que percibe el individuo está en función de diversos factores, lo que supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento y de lo que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adhesión y la respuesta al tratamiento de sustitución renal. No obstante, de acuerdo con las evidencias, se puede afirmar en términos generales que la IRC y las características del tratamiento alteran de manera notable la calidad de vida del paciente a nivel físico, psicológico y social.

En estos pacientes, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral, situación económica, estado de salud y aspectos sociales.

Se ha demostrado que la dimensión física es una de las más afectadas, por cuanto es la que genera mayor insatisfacción en los pacientes hemodializados. Entre las variables físicas más relevantes están el síndrome urémico, que se caracteriza por una sensación general de debilidad, náuseas, vomito, falta de apetito y percepción de mal sabor en la boca. La diabetes, que afecta negativamente la dimensión global y física de calidad de vida, el acceso vascular debido a las

infecciones y el taponamiento, la inactividad física que contribuye a la morbimortalidad en estos pacientes y la anemia, producida frecuentemente por los bajos niveles de hemoglobina ocasionados por falta de producción de eritropoyetina.

3. Marco Jurídico

3.1. Normativa Internacional

3.1.1. Declaración Universal de Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París; en esta se recogen en sus 30 artículos los derechos humanos considerados básicos y fundamentales. (Naciones Unidas, 1948)

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDDH) establece en su artículo primero que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. De manera que establece la protección a los derechos a la libertad, igualdad y dignidad.

El artículo 2 de este documento señala que:

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se *trata* de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

El artículo 3 establece que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

Por su parte el artículo 7 se refiere a la igualdad ante la ley que tienen todos, sin distinción alguna.

El artículo 8 del escrito apunta al derecho que toda persona tiene “a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley”.

A su vez, el artículo 22, establece 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.

Por su parte el artículo 25, en su párrafo primero determina que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

3.1.2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Este pacto fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 23 de marzo de 1976.

En cuanto a los artículos relacionados al objeto de estudio del presente trabajo, el artículo 6, en su párrafo primero, establece que “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

A su vez, el artículo 7 señala que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.”

3.1.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El Pacto fue aprobado mediante la resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966, por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, de

manera conjunta con la aprobación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).

En cuanto a su contenido, el segundo párrafo del artículo 2 establece:

Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

A su vez, el artículo 3 del mencionado documento señala el compromiso de los Estados partes a asegurar a los hombres y mujeres la igualdad de goce de los derechos económicos, sociales y culturales del pacto.

El artículo 12 del PIDESC determina el reconocimiento de los Estados partes al “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, es así que en el párrafo segundo del mencionado artículo señala las “medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:”

- a. *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*
- b. *El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*
- c. *La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*
- d. *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*

3.1.4. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial

Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 21 de diciembre de 1965, y entró en vigor el 4 de enero de 1969.

La mencionada Convención en su artículo 1, párrafo primero, señala que:

La expresión "discriminación racial" denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento,

goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.

Por otro lado, el artículo 5 establece que

Los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de: (...) IV) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

3.1.5. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

Fue aprobada por la IX Conferencia internacional americana llevada a cabo en Bogotá en 1948.

El mencionado texto, en su artículo primero establece el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad e integridad de la persona.

El artículo 11 establece el derecho a la preservación de la salud y su bienestar bajo el siguiente texto: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Bajo esta misma línea, el artículo 16 destaca el derecho a la seguridad social bajo la premisa:

Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia.

Sobre la protección de derechos, esta Declaración en su artículo 18 estipula que

Toda persona puede ocurrir a los tribunales para hacer valer sus derechos. Asimismo debe disponer de un procedimiento sencillo y breve por el cual la justicia lo ampare contra actos de la autoridad que violen, en perjuicio suyo, alguno de los derechos fundamentales consagrados constitucionalmente.

En lo referente al derecho de petición, el artículo 24 establece la facultad de presentar mencionado derecho de manera respetuosa a cualquier autoridad

competente, ya sea por motivo de interés general o particular, y además el derecho a obtener pronta resolución.

3.1.6. Convención Americana de Derechos Humanos

Llamada también Pacto de San José de Costa Rica, fue suscrita, tras la Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos, el 22 de noviembre de 1969 en la ciudad de San José en Costa Rica y entró en vigencia el 18 de julio de 1978.

El primer artículo de la Convención señala el compromiso de los Estados Respetar los Derechos y libertades reconocidos en el texto, además de garantizar su ejercicio libre y pleno, sin discriminación. Por otro lado, en el mismo artículo define como persona a todo ser humano

Acerca de derecho a la vida, el párrafo primero del artículo 4 de este documento establece que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”

Por otro lado, es texto también instauro el derecho a la Integridad Personal en su artículo 5 bajo la premisa de que “1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”.

En cuanto a los medios de protección, el artículo 33 reconoce la competencia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, llamada en adelante la Corte. para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados Partes en la Convención.

Son funciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, de acuerdo al artículo 41, principalmente:

Promover la observancia y la defensa de los derechos humanos, y en el ejercicio de su mandato tiene las siguientes funciones y atribuciones:

- a. Estimular la conciencia de los derechos humanos en los pueblos de América;*

- b. *Formular recomendaciones, cuando lo estime conveniente, a los gobiernos de los Estados miembros para que adopten medidas progresivas en favor de los derechos humanos dentro del marco de sus leyes internas y sus preceptos constitucionales, al igual que disposiciones apropiadas para fomentar el debido respeto a esos derechos;*
- c. *Preparar los estudios e informes que considere convenientes para el desempeño de sus funciones;*
- d. *Solicitar de los gobiernos de los Estados miembros que le proporcionen informes sobre las medidas que adopten en materia de derechos humanos;*
- e. *Atender las consultas que, por medio de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, le formulen los Estados miembros en cuestiones relacionadas con los derechos humanos y, dentro de sus posibilidades, les prestará el asesoramiento que éstos le soliciten;*
- f. *Actuar respecto de las peticiones y otras comunicaciones en ejercicio de su autoridad de conformidad con lo dispuesto en los artículos 44 al 51 de esta Convención, y*
- g. *Rendir un informe anual a la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.*

3.2. Normativa Nacional

3.2.1. Constitución Política del Estado del 7 de febrero de 2009

El 7 de febrero de 2009, se aprobó por Referéndum Nacional la nueva Constitución Política del Estado. En su contenido se constitucionaliza por primera vez los derechos de las personas adultas mayores.

La Constitución Política del Estado en su capítulo segundo habla de los principios, valores y fines del Estado, dentro de los cuales el párrafo segundo del artículo 8 señala 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 bien.

Además, el artículo 9 establece que son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley: (...)

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

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

El texto constitucional (2009, Art. 13) reconoce el carácter universal, interdependiente, indivisible y progresivo de los derechos, además del deber estatal de promoverlos, protegerlos y respetarlos.

II. Los derechos que proclama esta Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos no enunciados.

III. La clasificación de los derechos establecida en esta Constitución no determina jerarquía alguna ni superioridad de unos derechos sobre otros.

IV. Los tratados y convenios internacionales ratificados por la Asamblea Legislativa Plurinacional, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los Estados de Excepción prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Constitución se interpretarán de conformidad con los Tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Bolivia.

Así mismo, en su artículo 14 establece:

I. Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta Constitución, sin distinción alguna.

II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.

III. El Estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio de los derechos establecidos en esta Constitución, las leyes y los tratados internacionales de derechos humanos.

IV. En el ejercicio de los derechos, nadie será obligado a hacer lo que la Constitución y las leyes no manden, ni a privarse de lo que éstas no prohíban.

De manera que los adultos mayores no serán discriminados por su edad, capacidad económica o cualquier otra condición en el acceso a los derechos humanos, haciendo especial mención al de la salud.

El capítulo segundo de la Constitución trata de los Derechos Fundamentales; dentro del mencionado apartado se reconoce el derecho a la vida y a la integridad física, así como la prohibición a los tratos degradantes o humillantes (Art. 15). Así también, el artículo 18 contempla el derecho a la salud y garantiza la inclusión y el acceso a la misma sin exclusión ni discriminación alguna; asimismo, el párrafo tercero de dicho artículo insta el sistema único de salud, el cual será “universal, gratuito, equitativo, (...) con calidad, calidez y control social (...)”.

El artículo 30, en su párrafo segundo, numeral 13, establece que entre los derechos que gozan las naciones y pueblos indígena originario campesinos se encuentra el acceso “al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales”.

La Constitución Política del Estado en su capítulo quinto trata de los derechos sociales y económicos, en la sección segunda del mencionado apartado desarrolla el derecho a la salud y a la seguridad social, comprendiendo desde el artículo 35 al 45.

El artículo 35 asegura la protección del derecho a la salud por parte del Estado en todos sus niveles a través de la promoción de políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

En artículo 36 el Estado garantiza el acceso al seguro universal de salud y se compromete a controlar el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y a regularlos mediante la ley.

En cuanto al artículo 37, el Estado se atribuye la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud, por lo que se prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El artículo 38 establece la propiedad del Estado sobre los bienes y servicios públicos de salud, de manera que no pueden ser privatizados ni concesionados. Además, este artículo en su párrafo segundo asegura la prestación ininterrumpida de los servicios de salud.

En el artículo 39 el Estado garantiza el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regula y vigila la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. Las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica serán sancionadas por ley.

En el artículo 40 el Estado garantiza “la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud”.

En el artículo 41 el Estado se compromete a garantizar el acceso de la población a los medicamentos.

En el artículo 44 se establece la prohibición a ser sometido a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin el consentimiento propio o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida. Así también, el párrafo segundo prohíbe el sometimiento a experimentos científicos sin el consentimiento propio de la persona.

El artículo 45 establece el derecho de todos los bolivianos a acceder a la seguridad social, misma que 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.

La sección VII trata de los derechos de las personas adultas mayores, y comprende desde el artículo 67 al 69.

Por su parte el artículo 67 señala que además de los derechos reconocidos, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana. Así mismo, el Estado proveerá una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley.

En el párrafo segundo del artículo 68 se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

La tercera parte de la CPE trata de la Estructura y Organización Territorial del Estado; misma que en su capítulo octavo se realiza la distribución de competencias y en su artículo 298, numeral 17, establece como competencias exclusivas del nivel central del Estado: las políticas del sistema de educación y salud

El artículo 299, que se encuentra en el apartado mencionado determina en el párrafo segundo, numeral 2, la competencia concurrente del nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas de la gestión del sistema de salud y educación.

En el título I, sobre la organización económica del Estado; capítulo primero, disposiciones generales; artículo 306, párrafos I y IV, desarrolla el modelo económico boliviano, mismo que se encuentra orientado a mejorar la calidad de vida y el vivir bien de todas las bolivianas y los bolivianos, asegurando el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud, educación, cultura, y en la reinversión en desarrollo económico productivo.

El artículo 321, que se encuentra dentro la sección primera que trata de la política fiscal, en su párrafo segundo establece que la determinación del gasto y de la inversión pública tendrá lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal; teniendo especial atención la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo.

3.2.2. Código de Salud del 18 de julio de 1978

La finalidad del Código de Salud (Art. 1)

Es la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de la República de Bolivia.

El artículo 2 insta la salud como un bien de interés público, por lo que le corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.

El artículo 3 determina lo siguiente:

Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

El artículo 4 "establece el derecho a la salud de todo ser humano que habite el territorio nacional, sin distinción de raza, credo político, religión, y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado".

El artículo 5 desarrolla el derecho a la salud del habitante boliviano, el cual consiste en:

- a. Gozar de las prestaciones integrales de salud de la misma calidad, en eficacia y oportunidad.*
- b. A ser informado por la Autoridad de Salud en materias relacionadas con la conservación, restauración y mejoramiento de la salud.*
- c. A no ser sometido a exámenes, tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios.*
- d. A no ser sometido a experimentación clínica y científica sin el previo consentimiento de la persona, con la debida información en cuanto al riesgo.*
- e. A ser atendido por cualquier servicio médico público o privado en caso de emergencia, al margen de cualquier consideración económica o del sistema de atención médica a que pertenece el paciente.*

- f. A proporcionar al niño, al incapacitado, al inválido y al anciano prestaciones especiales de salud.*
- g. A proporcionar a la mujer control médico pre y post natal.*
- h. A recibir servicios de salud adecuados a las personas mentalmente afectadas respetando su condición de persona humana.*

En cuanto al deber de velar por el mejoramiento, la conservación y recuperación de la salud, el artículo 6 le confiere tales responsabilidades a la propia persona y a su vez a esta por cuidar la de sus familiares dependientes, “evitando acciones u omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que la Autoridad de Salud disponga”.

El título II del código trata de los establecimientos que prestan servicios de salud; dentro del mencionado apartado, en su capítulo único, el artículo 134 establece:

La Autoridad de Salud, en coordinación con el organismo nacional competente dictará las normas técnicas y administrativas sobre la organización, instalación, autorización, funcionamiento, tipo de personal necesario mínimo, planta física y diseño de planes del edificio, ubicación, instalaciones, equipos, sistemas sanitarios y otras especiales conforme a la naturaleza y magnitud de los establecimientos que presten servicios de salud, sean estos públicos o privados, incluyendo los consultorios privados.

Es así que el artículo 135 determina que

Para la instalación y funcionamiento de un establecimiento que presta servicios de salud a las personas (...) deberá previamente obtener su autorización, aprobación de planes y registro ante la Autoridad de Salud, acreditando haber cumplido los requisitos establecidos por normas técnicas y administrativas. Las Autorizaciones y registro serán concedidos por tiempo limitado prorrogable.

En cuanto a la atribución de vigilar y controlar la prestación de servicios de salud en establecimientos particulares, el artículo 136 le confiere dicha responsabilidad a la Autoridad de Salud.

El artículo 138 establece la obligación de los establecimientos de salud a atender casos de emergencia sin consideraciones de ninguna naturaleza.

El libro sexto desarrolla las disposiciones finales del Código. El Capítulo quinto, que se encuentra dentro del título primero de este apartado, trata de la coordinación de actividades que debe darse entre los organismos del Gobierno Central, las Instituciones Públicas Descentralizadas, Empresas Públicas, Mixtas y Privadas y los gobiernos locales, departamentales y regionales; cuyas actividades en todo lo que se refiere a salud en torno a la Autoridad de Salud, según el artículo 149, deben tener la finalidad de una racional y óptima utilización de los recursos disponibles, de manera que se amplíe la cobertura de servicios de salud y elevar la calidad de la atención dentro del sistema nacional de salud.

El artículo 150 señala que con la finalidad de que se ejercite la coordinación desarrollada por el artículo precedente, la Autoridad de Salud podrá suscribir convenios con mencionados organismos, correspondiéndole la dirección técnica de cualquier servicio de salud pública que se estableciera.

El artículo 151, que se encuentra inserto en del capítulo primero que trata de la inspección, que a su vez se encuentra dentro del título segundo de libro sexto, establece que la Autoridad de Salud tendrá a su cargo la inspección o vigilancia permanente, a través de personal autorizado en horas hábiles o de cualquier tiempo según el caso, para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Código, leyes en materia de salud pública y normas reglamentarias.

Los funcionarios encargados de la inspección, tendrá libre acceso a los edificios, fábricas, establecimientos industriales, locales de alimentos, bebidas, cines y en general a todos los lugares a que se refiere este Código y sus reglamentos, de acuerdo al artículo 152.

En caso de resistencia a la inspección, el artículo 153 determina que se solicitará la intervención de las autoridades del orden público.

El capítulo II, del apartado mencionado con anterioridad, desarrolla las sanciones administrativas. En este sentido, el artículo 154 esclarece que la violación de los preceptos de este Código, sus reglamentos, y demás disposiciones que emanen de él, constituyen infracción, mismas que serán sancionadas administrativamente por la Autoridad de Salud sin perjuicio de las sanciones previstas por el Código Penal.

El artículo 155 desarrolla las sanciones administrativas, que son: multa pecuniaria cancelación de autorización, cancelación de registro, decomiso del producto, y clausura temporal o definitiva. Para aplicación de cualquiera de estas sanciones se realizará un análisis en base a la gravedad de la infracción debidamente fundamentada.

3.2.3. Reglamento de Establecimientos de Salud Públicos y Privados del 15 de marzo de 1982

El artículo primero de esta norma establece que:

La Autoridad de Salud, a través de su coordinación con el organismo (nacional) competente dictará las normas técnicas y administrativas sobre la organización, instalación autorización, funcionamiento, tipo de personal necesario mínimo, planta física y diseño de planes del edificio, ubicación, instalación, equipos, sistemas sanitarios y otras especialidades conforme a la naturaleza y magnitud de los establecimientos que presten servicios de salud, sean éstos públicos o privados, incluyendo los consultorios privados.

El artículo segundo señala que:

Para la instalación y funcionamiento de un establecimiento que presta servicios de salud a las personas, trátase de hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, gabinetes de diagnóstico y tratamiento y cualquier otro establecimiento similar, deberá previamente obtener su autorización, aprobación de planes y registro ante la Autoridad de Salud, acreditando haber cumplido los requisitos establecidos por normas técnicas y administrativas. Las autorizaciones y registros serán concedidos por el tiempo de un año calendario.

El artículo 3 señala la atribución de la Autoridad de Salud de vigilar y controlar la prestación de servicios de salud en establecimientos particulares.

El artículo 4 establece que la construcción de establecimientos hospitalarios de las Instituciones Públicas Descentralizadas, de las Empresas Públicas y Mixtas ú otras de carácter público, solo procederá con la autorización de la Autoridad de Salud cuando el proyecto este encuadrado a las necesidades del Plan Nacional de Salud, y toda vez que hayan cumplido con lo establecido en el artículo 2°.

Por su parte el artículo 5 obliga a los establecimientos de salud a atender casos de emergencia sin consideraciones de ninguna naturaleza.

El artículo 6 del reglamento señala que la finalidad de esta norma es la de regular la construcción, organización y funcionamiento de estos servicios de salud para el cumplimiento de sus funciones bajo el control de la Autoridad de Salud.

El artículo 10 aclara que se debe entender por Establecimientos de Salud a los hospitales cualquiera sea su tamaño o especialidad públicos o privados, policlínicos, Centros de Salud Hospital, Puestos Médicos, Puestos Sanitarios, clínicas y consultorios privados y todo aquel en el que se realizan actividades concernientes a la salud de las personas.

De acuerdo al artículo 11:

La finalidad de los establecimientos de salud, es la de proveer a las personas servicios integrales que tiendan a prevenir las enfermedades, promover, de salud, reparar las enfermedades y rehabilitar a los impedidos, así como servir de centros de investigación y de enseñanza para la formación de los recursos humanos que requiere el país.

En lo referente a las funciones que deben cumplir los establecimientos de salud según su tamaño y naturaleza, el artículo 12 establece lo siguiente:

- *Servicios de Medicina Preventiva*
- *Servicios de Promoción o fomento de la salud*
- *Medicina curativa*
- *Educación para la salud*
- *Servicios de rehabilitación*
- *Servicios de control del medio ambiente*
- *Enseñanza e investigación*

Los hospitales se clasifican en (Art. 13):

- a. *Según la propiedad: Estatal, mixto y particular*
- b. *Según la naturaleza clínica de los pacientes: agudos o crónicos*
- c. *Según el tamaño y funciones*
- d. *Según la naturaleza de las enfermedades: generales o especializados*
- e. *Según la organización administrativa: abiertos, cerrados o mixtos en caso de establecimientos de salud públicos que tengan pensionado, son abiertos.*

f. Según el grado de integración: Hospitales y centros de salud hospitalares

De acuerdo al artículo 16:

Los organismos de administración superior del hospital son los siguientes:

- a. El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, a través del Sistema Nacional de Salud, que será la autoridad máxima para todas las instituciones asistenciales del país.*
- b. En el caso de hospitales descentralizados, las directivas de las entidades respectivas, de acuerdo con sus disposiciones propias basadas en la presente norma.*
- c. El Departamento de Hospitales, del Sistema Nacional de Salud, con sus funciones específicas.*
- d. Los consejos técnico-administrativos de la Dirección Regional de Salud como máxima autoridad deliberativa y asesora de sus respectivas áreas. A ellos están sujetos los hospitales de la jurisdicción correspondiente.*
- e. Los hospitales universitarios deben tener una Comisión directiva, encargada de establecer la política general del hospital. Esta junta estará integrada por: un representante del Sistema Nacional de Salud, designado por su director, el Jefe de la Dirección Regional de Salud, el Decano de la Facultad de Medicina, un profesor de la Facultad de Medicina, elegido por el Consejo Directivo de la misma y el Director del Hospital, se reunirá cada tres meses.*
- f. Los hospitales universitarios y los de tipo "C", deben disponer de un Consejo Técnico y otro administrativo con funciones ambos de asesoría a la dirección del hospital.*

El consejo técnico debe estar formado por un presidente, representado por el director como jefe nato del cuerpo médico, los jefes de los departamentos médicos y la jefe del departamento de enfermería, se reunirán cada semana.

El consejo administrativo debe estar integrado por: el director del hospital, como presidente, el administrador o asistente administrativo del director; y los jefes de departamentos técnicos y administrativos. Se reunirán cada semana.

El director como presidente de estos consejos podrá invitar a otros jefes de servicios cuando lo crea conveniente.

- g. *Los hospitales de tipo A y B, deben disponer de un consejo técnico-administrativo, con funciones asesoras a la dirección del hospital.
Debe estar integrado por el Director del hospital como presidente y los jefes de los servicios médicos, técnicos y administrativos.*
- h. *Los directores de hospitales son la máxima autoridad ejecutiva de sus respectivos establecimientos, recayendo en los directores de hospitales de distrito y área la responsabilidad de su nivel inmediato inferior.*

El artículo 19 señala que los hospitales deben organizar sus servicios en tres Departamentos:

- a. Departamento de servicios médicos
- b. Departamento de servicios técnicos
- c. Departamento de servicios administrativos

Según el artículo 21 del reglamento, solo la división de cirugía del departamento médico de los hospitales generales de tipo C pueden tener el área de urología.

3.2.4. Código de Seguridad Social

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

El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familiares en los casos siguientes (Art. 3):

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

El artículo 45 establece:

Tiene derecho a la renta de vejez el asegurado que hubiere acreditado no menos, de 180 cotizaciones mensuales y hubiere cumplido las edades que para el hombre y la mujer determine el estudio técnico actuarial a que se refiere el artículo 295°.

Provisionalmente se señala las edades de 55 años para el hombre y 50 para la mujer, edades que serán susceptibles de variaciones de acuerdo a los resultados del estudio técnico-actuarial de referencia. Además, el citado estudio técnico-actuarial, establecerá las condiciones relativas al pago de la renta de vejez a edades inferiores o superiores a las que establezca el mismo estudio.

El artículo 46 señala una excepción en cuanto a la edad de vejez debido al carácter insalubre y peligroso del trabajo en el interior de las minas, de manera que se la reduce a un mínimo de 180 cotizaciones mensuales. El estudio técnico-actuarial a que se hace referencia en el artículo 295° definirá la edad mínima necesaria para gozar de este derecho e incluirá otras actividades insalubres para los mismos fines.

El artículo 47 establece que

El asegurado que llegara a las edades señaladas en el artículo 45° sin haber cumplido el mínimo de 180 cotizaciones mensuales y que no continuará en los seguros de invalidez, vejez y muerte, pero que tuviere acreditadas cuando menos 24 cotizaciones mensuales 6 de las cuales estén comprendidas en los últimos 12 meses de calendario anteriores al comienzo de la vejez, se le concederá en sustitución de la renta, una indemnización pagadera en una sola vez.

3.2.5. Decreto Supremo 5315 - Reglamento del Código de Seguridad Social del 30 de septiembre de 1959

La Seguridad Social tiene por objeto proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar incluida la vivienda de interés social. (Art. 1)

El Seguro Social Obligatorio tiene por objeto proteger a los asegurados en las contingencias que se indican y mediante las prestaciones siguientes (Art. 3):

- a) *Prestaciones en especie a los trabajadores y sus familiares en casos de enfermedad, maternidad o accidentes no profesionales;*
- b) *Prestaciones en especie solamente a los trabajadores en casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional;*
- c) *Prestaciones en dinero solamente a los trabajadores en casos de enfermedad, maternidad, accidentes no profesionales, riesgos profesionales, invalidez y vejez;*
- d) *Prestaciones en dinero a los derecho - habientes de los trabajadores fallecidos por cualquier causa;*
- e) *Prestaciones para funerales en caso de muerte por cualquier causa de un trabajador y de su cónyuge o conviviente.*

En cuanto los nacionales que trabajan en el extranjero por cuenta del Estado o de empleadores bolivianos, están obligatoriamente sujetos a los seguros de invalidez, vejez y muerte, siempre que sean remunerados por éstos. (Art. 13)

Los trabajadores pasivos en goce de una renta de riesgos profesionales, de invalidez, o vejez, así como los derecho - habientes en goce de una renta de sobrevivientes tendrán derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad, siempre que aporten con la contribución determinada en el Art. 235 y que presenten su Carnet de Rentista. Además del Carnet de Rentista, el beneficiario de un trabajador pasivo deberá presentar su Carnet de Beneficiario o su Cédula de Identidad personal para identificarlo como al beneficiario inscrito en el Carnet del trabajador rentista. (Art. 36)

El título V del reglamento desarrolla las prestaciones del seguro de vejez, el artículo 87 establece que

El asegurado que hubiere cumplido las edades de 55 años si es hombre o de 50 años si es mujer y que hubiera acreditado no menos de 180 cotizaciones mensuales, tiene derecho a una renta de vejez pagadera a fin de cada mes, a partir del mes siguiente al del reconocimiento del derecho por la Caja, siempre que el interesado haya cesado en todo trabajo asegurado y haya cumplido con todos los requisitos legales establecidos.

En caso de que el asegurado llegase a las edades señaladas en el artículo 87 sin haber cumplido el mínimo de 180 cotizaciones mensuales y que no continuare en los seguros de invalidez, vejez y muerte, pero que tuviere acreditados cuando menos 24 cotizaciones mensuales - seis de las cuales estén comprendidas en los últimos 12 meses de calendario anteriores a su retiro del trabajo, de acuerdo al artículo 88, se le concederá una indemnización pagadera en una sola vez.

El monto de la renta de vejez a que se refiere el artículo 87, según el artículo 89, es equivalente al 50 por ciento del salario de base más un incremento del uno por ciento del salario de base por cada 12 meses de cotizaciones que excedan de 180 cotizaciones mensuales. El salario de base será determinado de conformidad con el artículo 85.

El monto de la indemnización pagadera en una sola vez, conforme al artículo 88, es equivalente por cada seis meses o fracción de cotizaciones a una mensualidad de la renta de vejez que es igual al 50 por ciento del salario de base calculado según el artículo 85. (Art. 90)

El artículo 91 reconoce una reducción en la edad de vejez prevista por el artículo 87 para aquellos que trabajan en las minas, dicha reducción es igual al tiempo de servicios prestados en tales labores, manteniéndose la condición de un mínimo de 180 cotizaciones mensuales. La reducción de la edad de vejez no podrá exceder de la edad mínima absoluta de 50 años para el hombre y de 45 para mujeres.

El artículo 93 señala lo siguiente:

En caso de cesantía prolongada e involuntaria de un trabajador que tenga edad inferior a las señaladas en el artículo 87 podrá acogerse a una renta de vejez, siempre que las demás condiciones del artículo 87 sean llenadas y que tenga por lo menos las edades mínimas absolutas de 50 años cumplidos si es hombre o de 45 años cumplidos si es mujer.

El monto de la renta calculada según los artículos 87 y 88 será reducido en un ocho por ciento por cada año de disminución de la edad hasta llegar a las edades mínimas absolutas indicadas en el párrafo anterior.

El artículo 94 establece para el trabajador que habiendo cumplido con las condiciones del artículo 87 aplaza su derecho al goce de una renta de vejez al

continuar trabajando, tendrá derecho a una renta de vejez cuyo monto se determina considerando un porcentaje del salario de base - incrementado:

- a) *En dos por ciento por cada 12 meses de cotizaciones que se efectúen después de haber cumplido las condiciones del artículo 87, para el hombre y la mujer;*
- b) *En tres por ciento por cada 12 meses de cotizaciones que se efectúen después de haber cumplido las edades de 60 años para el hombre o para la mujer;*
- c) *En cuatro por ciento por cada 12 meses de cotizaciones que se efectúen después de haber cumplido las edades de 65 años para el hombre o para la mujer.*

Los incrementos a que se refieren los incisos a), b) y c), se aplicarán solamente una vez cumplida la condición de 180 cotizaciones mensuales. En ningún caso el monto de la renta de vejez o jubilación podrá ser superior al 90 por ciento del salario base. Esta disposición no se aplicará a los trabajadores en goce de rentas de vejez o jubilación a la fecha de la promulgación del presente Reglamento.

3.2.6. Ley Nro. 3323 - Ley del Seguro de Salud para el Adulto Mayor del 16 de enero de 2006. Derogada por la Ley Nro. 475 del 30 de diciembre de 2013

El Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) es en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito. Su objeto es otorgar prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud. (Art. 1)
El Ministerio de Salud y Deportes, tiene la responsabilidad de reglamentar, regular, coordinar, supervisar y controlar la aplicación del SSPAM, en todos los niveles establecidos. (Art. 2)

En cuanto al financiamiento del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, de acuerdo al artículo 3, será cubierto con recursos municipales y los provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos. Es así que los Gobiernos Municipales tienen la responsabilidad de implementar el SSPAM.

El Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), será implementado bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad e integralidad a favor de los beneficiarios. (Art. 4)

Los Gobiernos Municipales, por disposición del artículo 5, están prohibidos de destinar los recursos establecidos a otro fin que no sea el de proporcionar servicios de salud. Los funcionarios que contravengan esta disposición serán sometidos al régimen de responsabilidad por la Función Pública, establecido por la Ley N° 1178.

3.2.7. Ley Nro. 369 - Ley General de las Personas Adultas Mayores del 1ro de mayo de 2013

El artículo primero establece que el objeto de La Ley es el de regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección.

Son titulares de los derechos las personas adultas mayores de sesenta (60) o más años de edad, en el territorio boliviano. (Art. 2)

Los principios en los que se funda la norma (Art. 3) son:

1. *No Discriminación. Busca prevenir y erradicar toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos fundamentales y libertades de las personas adultas mayores.*
2. *No Violencia. Busca prevenir y erradicar toda conducta que cause lesión interna o externa, o cualquier otro tipo de maltrato que afecte la integridad física, psicológica, sexual y moral de las personas adultas mayores.*
3. *Descolonización. Busca desmontar estructuras de desigualdad, discriminación, sistemas de dominación, jerarquías sociales y de clase.*
4. *Solidaridad Intergeneracional. Busca la interdependencia, colaboración y ayuda mutua intergeneracional que genere comportamientos y prácticas culturales favorables a la vejez y el envejecimiento.*
5. *Protección. Busca prevenir y erradicar la marginalidad socioeconómica y geográfica, la intolerancia intercultural, y la violencia institucional y familiar, para garantizar el desarrollo e incorporación de las personas adultas mayores a la sociedad con dignidad e integridad.*
6. *Interculturalidad. Es el respeto a la expresión, diálogo y convivencia de la diversidad cultural, institucional, normativa y lingüística de las personas adultas*

mayores, para Vivir Bien, promoviendo la relación intra e intergeneracional en el Estado Plurinacional.

7. *Participación. Es la relación por la que las personas adultas mayores ejercen una efectiva y legítima participación a través de sus formas de representación y organización, para asegurar su integración en los ámbitos social, económico, político y cultural.*
8. *Accesibilidad. Por el que los servicios que goza la sociedad puedan también acomodarse para ser accedidos por las personas adultas mayores.*
9. *Autonomía y Auto-realización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores, están orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario.*

El capítulo segundo de la ley desarrolla los derechos y garantías de las personas adultas mayores. El artículo 4 ilustra acerca del carácter de inviolabilidad, interdependencia, intransferibles, indivisibles y progresivos que tienen los derechos de las personas adultas mayores.

El derecho a una vejez digna es garantizado a través de (Art. 5):

- a. *La Renta Universal de Vejez en el marco del Régimen No Contributivo del Sistema Integral de Pensiones - SIP.*
- b. *Un desarrollo integral, sin discriminación y sin violencia.*
- c. *La promoción de la libertad personal en todas sus formas.*
- d. *El acceso a vivienda de interés social.*
- e. *La provisión de alimentación suficiente que garantice condiciones de salud, priorizando a las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad.*
- f. *La práctica de actividades recreativas y de ocupación social, otorgando para ello la infraestructura, equipamiento y los recursos necesarios para su sostenibilidad.*
- g. *El desarrollo de condiciones de accesibilidad que les permitan utilizar la infraestructura y los servicios de las instituciones públicas, privadas, espacios públicos, medios y sistemas de comunicación, tecnología y transporte.*
- h. *La incorporación al desarrollo económico productivo, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades.*

- i. El reconocimiento de la autoridad, saberes, conocimientos, experiencias y experticia, adquiridos en su proceso de vida.*
- j. La implementación de programas especiales de información sobre los derechos de las personas adultas mayores.*
- k. Promoción de la formación técnica, alternativa y superior.*

Acerca del trato preferente, el artículo 7 establece el deber de las instituciones públicas y privadas de brindar trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1. Uso eficiente de los tiempos de atención.*
- 2. Capacidad de respuesta institucional.*
- 3. Capacitación y sensibilización del personal.*
- 4. Atención personalizada y especializada.*
- 5. Trato con calidad y calidez.*
- 6. Erradicación de toda forma de maltrato.*
- 7. Uso del idioma materno.*

Así también, el mismo artículo en su párrafo segundo señala que todo trámite administrativo se resolverá de manera oportuna, promoviendo un carácter flexible en su solución, de acuerdo a Ley.

El sistema de seguridad social integral garantizará a las personas adultas mayores (Art. 8):

- a. El acceso oportuno a las prestaciones del Sistema Integral de Pensiones, conforme a Ley.*
- b. El acceso a la salud con calidad y calidez.*
- c. La información sobre el tratamiento, intervención médica o internación, con el fin de promover y respetar su consentimiento.*

El Ministerio de Justicia tiene el deber, de acuerdo al artículo 10, de proporcionar asistencia jurídica preferencial a las personas adultas mayores, garantizando los siguientes beneficios:

- 1. Información y orientación legal.*
- 2. Representación y patrocinio judicial.*

3. *Mediación para la resolución de conflictos.*
4. *Promoción de los derechos y garantías constitucionales establecidos a favor de la persona adulta mayor.*

El artículo 12 advierte de los deberes que tienen las personas adultas mayores, las familias y la sociedad, que consisten en:

- a. *Toda persona, familia, autoridad, dirigente de comunidades, institución u organización que tengan conocimiento de algún acto de maltrato o violencia, tiene la obligación de denunciarlo ante la autoridad de su jurisdicción, o en su caso ante la más cercana.*
- b. *Las familias deberán promover entornos afectivos que contribuyan a erradicar la violencia, promover la integración intergeneracional y fortalecer las redes de solidaridad y apoyo social.*
- c. *La sociedad deberá promover la incorporación laboral tomando en cuenta las capacidades y posibilidades de las personas adultas mayores.*

La instancia consultiva, de proposición y concertación entre el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas es el Consejo de Coordinación Sectorial, mismo que estará presidido por el Ministerio de Justicia, quien será el responsable de su convocatoria y la efectiva coordinación sectorial. (Art. 14)

El mencionado Consejo de Coordinación Sectorial tendrá las siguientes responsabilidades (Art. 15):

1. *Podrá elaborar e implementar de manera coordinada, entre todos los niveles de gobierno, planes, programas y proyectos en beneficio de las personas adultas mayores.*
2. *Promoverá el desarrollo y fortalecimiento de la institucionalidad necesaria para la defensa de los derechos de las personas adultas mayores.*
3. *Promoverá la realización de investigaciones multidisciplinarias en todos los ámbitos que permita el conocimiento de las condiciones de vida de este grupo etario.*
4. *Promoverá la apertura y funcionamiento de centros de acogida, transitorios y permanentes, para adultos mayores en situación de vulnerabilidad.*

5. *Establecerá mecanismos de protección de los derechos de las personas adultas mayores.*
6. *Otras a ser determinadas por el Consejo de Coordinación Sectorial.*

El artículo 16 señala que, para la implementación conjunta de programas y proyectos en favor de las personas adultas mayores, los diferentes niveles de gobierno podrán suscribir acuerdos o convenios intergubernativos en el marco de la norma legal vigente.

3.2.8. Decreto Supremo Nro. 1807 del 28 de noviembre de 2013. Reglamento de la Ley Nro. 369

La norma señala en su artículo primero que tiene por objeto reglamentar la Ley General de las Personas Adultas Mayores, estableciendo mecanismos y procedimientos para su implementación.

Esta norma, en su artículo 3 define el trato preferente como el conjunto de caracteres que buscan un trato prioritario, digno en la atención prestada a las personas adultas mayores en las instituciones públicas o privadas.

En lo referente a la vejez digna, el artículo 4 señala lo siguiente:

- I. *El Órgano Ejecutivo a través de sus Ministerios de Estado, gradualmente suprimirán todas las barreras arquitectónicas existentes y aquellas por diseñar o construir de todas las instituciones públicas para el acceso a espacios de atención y otros para las personas adultas mayores.*
- II. *El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, a través de las instancias competentes es responsable de:*
 - a. *Implementar la Renta Universal de Vejez en el marco del Régimen No Contributivo, como parte del Sistema Integral de Pensiones;*
 - b. *Elaborar mecanismos de control y fiscalización, para la detección de cobros indebidos con el objetivo de reducir las sanciones interpuestas a las personas adultas mayores.*
- III. *El Ministerio de Gobierno a través del Servicio General de Identificación Personal – SEGIP, es responsable de la cedulação en sus oficinas permanentes, semipermanentes y brigadas móviles de acuerdo a programación, a partir de la*

contrastación de la base de datos del Servicio de Registro Cívico – SERECI y el certificado de nacimiento, otorgando trato preferente.

IV. *El Ministerio de Obras Públicas, Servicios y Vivienda a través de la Agencia Estatal de Vivienda – AEVIVIENDA, diseñará mecanismos de acceso a vivienda de interés social a personas adultas mayores en condición de vulnerabilidad.*

V. *El Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural, a través de las instancias competentes:*

a. Fomentará emprendimientos productivos compuestos por personas adultas mayores de acuerdo a sus posibilidades y capacidades;

b. Diseñará mecanismos para la implementación de la responsabilidad social empresarial en favor de las personas adultas mayores.

VI. *El Ministerio de Comunicación, diseñará e implementará una estrategia comunicacional intercultural e intergeneracional en todo el territorio boliviano, con el fin de informar, sensibilizar y concientizar sobre los derechos de las personas adultas mayores.*

VII. *El Órgano Electoral a través del SERECI, implementará de manera progresiva campañas o brigadas móviles con el fin de expedir certificados de nacimiento, matrimonio, rectificar, cambiar o complementar los datos asentados en el Registro Civil, mediante trámite administrativo gratuito, para las personas adultas mayores otorgando trato preferente.*

El artículo 6 establece que el Ministerio de Justicia a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades diseñará e implementará un sistema de registro y seguimiento de las instituciones públicas y privadas que brinden trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los criterios establecidos en el Artículo 7 de la Ley N° 369, con la finalidad de velar su cumplimiento. Se constituirán como parte del trato preferente, la habilitación de ventanillas especiales y prioridad en las filas, para la atención de las personas adultas mayores. (Art. 6)

El Ministerio de Justicia, implementará progresivamente los Servicios Integrados de Justicia Plurinacionales en todo el país a fin de brindar asistencia jurídica

preferencial y gratuita, en su idioma materno a las personas adultas mayores.
(Art. 9)

Acerca de la asistencia jurídica, el artículo 10 determina lo siguiente:

- I. *Los Servicios Integrados de Justicia Plurinacional otorgarán representación y patrocinio legal:*
 - a. *En materias Civil, Familiar, Laboral y Agraria, conforme a Resolución expresa emitida por el Ministerio de Justicia;*
 - b. *En materia Penal, en los delitos contra la vida y la integridad corporal, contra el honor, contra la libertad, contra la libertad sexual y contra la propiedad.*
- II. *Los Servicios Integrados de Justicia Plurinacional brindarán orientación jurídica necesaria a las personas adultas mayores sobre trámites administrativos y procesos judiciales.*
- III. *La resolución de conflictos se realizará a través de la conciliación, entendida como un medio alternativo de resolver conflictos sin necesidad de instaurar un proceso judicial.*

De acuerdo al artículo 12, el Consejo de Coordinación Sectorial por una Vejez Digna, es la instancia consultiva de coordinación, concertación, proposición, cooperación, comunicación e información, constituido por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, presidido por el Ministro de Justicia quien es responsable de su convocatoria.

3.2.9. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia- Ley Nro. 475 del 30 de diciembre de 2013

La Ley 475 tiene por objeto, por un lado, establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. Y por otro, establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud. (Art. 1)

Entre los principios que rigen la mencionada ley, de acuerdo al artículo 2, se encuentran los siguientes:

1. *Integralidad. Articula los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a la persona, familia y comunidad.*
4. *Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad. Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutive adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios.*
5. *Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, obteniendo el máximo beneficio sin postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños.*

El artículo 3 se refiere a:

1. *Protección Financiera en Salud. Es la garantía que otorga el Estado Plurinacional de Bolivia a las y los beneficiarios establecidos en la presente Ley que accedan a los servicios de salud de primer nivel, que sean referidos al segundo y tercer nivel, y a aquellos considerados como casos de urgencia y emergencia para que reciban gratuitamente las prestaciones de salud definidas por el Ministerio de Salud y Deportes, reduciendo el gasto de bolsillo de las familias y la posibilidad de que las mismas sufran un gasto catastrófico en salud.*
2. *Gasto de Bolsillo en Salud. Son todos los tipos de gastos sanitarios realizados por las familias en el momento en que uno de sus miembros se beneficia de un servicio de salud como ser honorarios médicos, compra de medicamentos, pago de servicios hospitalarios y otros.*
4. *Atención Integral de Salud. Son las acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades con tecnología sanitaria existente en el país y de acuerdo a capacidad resolutive de los establecimientos de salud.*
5. *Tecnología Sanitaria. Es el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte, dentro de los cuales se proporciona dicha atención.*

El capítulo II de la presente norma trata de los beneficiarios, prestaciones y acceso a la atención integral de salud. En este apartado el artículo 5 identifica como beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud a todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos, entre otros grupos poblacionales, en mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.

La atención integral de salud comprende las acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales. De manera que el Ministerio de Salud y Deportes, deberá reglamentar las prestaciones a ser otorgadas, los costos, las exclusiones, la modalidad de pago y la ampliación de las prestaciones, beneficiarias y beneficiarios en el marco de la atención integral y protección financiera de salud. (Art. 6)

El capítulo III de la Ley trata del financiamiento de la atención integral de salud. Por su parte el artículo 8 establece que las fuentes de inancieamiento serán provenientes de las siguientes fuentes:

1. Fondos del Tesoro General del Estado.
2. Recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000.
3. Recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal.
4. Recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.

El Tesoro General del Estado financiará los recursos humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud. (Art. 9)

El capítulo IV de la Ley 475 desarrolla las bases para la universalización de la atención integral en salud.

El artículo 13, que se encuentra en el mencionado apartado, determina que los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales, podrán destinar recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos que les sean

asignados, a la creación de ítems adicionales para personal de salud de los establecimientos de salud de su ámbito territorial, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, de acuerdo a normativa vigente.

3.2.10. Ley Modificatoria a la Ley Nro. 475, Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito - Ley 1152 del 20 de febrero de 2019.

El presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, Evo Morales, promulgó el 20 de febrero de 2019 la Ley 1152 “Hacia el Sistema Único de Salud” que garantiza atención en salud gratuita en Bolivia.

La Ley 1152 tiene por objeto:

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

Entre las modificaciones que realiza la mencionada Ley (Art. 2) se encuentran las siguientes:

- a) Se modifica el numeral 2 del Artículo 1 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

“2. Establecer las bases de la atención gratuita, integral y universal en los establecimientos de salud públicos a la población beneficiada.”

II. Se modifica el Artículo 2 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

3.2.11. Ley 329 del 26 de diciembre de 2012 - Lucha Contra las Enfermedades Renales en Bolivia

La Ley 329 del 26 de diciembre de 2012 cuenta con dos artículos en los que se establece “el mes de marzo de cada año, como el mes de lucha contra las enfermedades renales en Bolivia.” (Art. 1)

Durante el mes de marzo de cada año, el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional, en coordinación con los Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales y entidades privadas voluntarias, organizarán jornadas médicas y actividades de sensibilización y concientización, sobre la importancia de la salud renal y las causas de esta enfermedad, para crear hábitos preventivos al interior de las familias. (Art. 2)

4. Desarrollo Temático

4.1. Contexto Jurídico, social y económico

4.1.1. Contexto Jurídico

Los datos presentados en la siguiente tabla fueron extraídos del estudio realizado por el Licenciado Jaime Araúz Sosa. (1996, págs. 3-4)

Ley del 11 de diciembre de 1911	se estableció el Régimen de Retiro para los Trabajadores de la Enseñanza. En la misma gestión se crea la Caja de Jubilaciones, Pensiones y Montepíos para los trabajadores del Poder Judicial, que sirvió de fundamento para que otros sectores consiguieran igual protección, como son los casos de los trabajadores de comunicaciones, ferroviarios, gráficos y otros.
Ley del 25 de enero de 1924	Crea el Ahorro Obrero Obligatorio que significó un instrumento fundamental para prevenir las contingencias de la tercera edad mediante el ahorro sistemático de los trabajadores del sector industrial.
Decreto Supremo del 22 de Mayo de 1935	Crea la Caja de Seguro y Ahorro Obrero.
Ley de Jubilaciones Bancarias del 7 de diciembre de 1926	En su artículo 1º dispone: "Los Bancos nacionales o extranjeros que funcionan actualmente en Bolivia o que se establecieran en lo sucesivo, se hallan en la obligación de crear un fondo para jubilaciones, pensiones y montepió de sus

	empleados, con arreglo a las prescripciones de la presente Ley”.
Decreto Supremo N° 09543 del 13 de enero de 1971	Complementa la Ley anterior.
Ley del 2 de diciembre de 1942 (Ley General del Trabajo)	Establece en Seguro Social Obligatorio contra los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuyo funcionamiento corre por cuenta del empleador.
Decreto Ley N° 02787 de 11 del octubre de 1951	Crea el Seguro de Riesgos Profesionales.
Decreto Supremo N° 4184 del 22 de septiembre de 1955	Establece el régimen de rentas para los trabajadores mineros.
Ley del 14 de diciembre de 1956	Código de Seguridad Social.
Decreto Supremo N° 15315 del 30 de septiembre de 1959	Reglamento del Código de Seguridad Social.

Por otro lado, Mercedes Zerda, en su texto sobre Derechos Humanos y Envejecimiento en Bolivia (2000, págs. 24-25), complementa la tabla que antecede proporcionando la siguiente información sobre las disposiciones legales que protegen a la población adulta mayor.

D.S. 24355 de agosto de 1996	Instituye en “Programa Nacional de Apoyo y Protección a las Personas de la Tercera Edad en Áreas de Salud, Educación, Asistencia Legal y Servicio Social”, mediante el que se establece la prestación de asistencia técnica, legal gratuita a través de la defensa pública. Por otro lado, la
------------------------------	---

	creación por parte de la policía de la Unidad de Protección a las Personas de la Tercera Edad.
Ley de Derechos y Privilegios de los Mayores, puesta en vigencia en octubre de 1998	Establece un régimen de descuentos a los mayores de 60 años, quienes podrán obtener deducciones en las tarifas de servicios públicos.
Seguro Médico Gratuito de Vejez	Establece la atención de salud de forma universal y gratuita a todos los mayores de 60 años.
Ley del Bonosol y Gastos Funerarios	Establece la normativa sobre los fondos de la capitalización, destinados al pago de un bono anual y vitalicio, ajustable cada cinco años, que beneficia a todos los bolivianos nacidos hasta el 31 de diciembre de 1995 al cumplir los 65 años de edad.

4.1.2. El contexto Social

Según la encuesta de hogares 2016, en Bolivia, el 56,1% de las personas de la tercera edad es casado/a; 26,4%, viudo/a, 6,3%, conviviente o vive en concubinato; 5,3%, soltero/a; 3,5%, separado/a y 2,4%, divorciado/a. (INE, 2017)

En cuanto a la relación de parentesco, la mencionada encuesta reveló que “el 63,7% es Jefe o Jefa de hogar; 25,5%, esposo/a o conviviente y 6,6% es padre.” (INE, 2017)

Acerca del nivel de instrucción, “41 de cada 100 adultos mayores tienen educación primaria completa, 28 de cada 100 no tienen ninguna formación, 17 de cada 100 alcanzaron la secundaria y 14 de cada 100 llegaron a la educación superior.” (INE, 2017)

Referente a la cobertura de salud, los adultos mayores que tienen seguro de salud público llegan a 60,9%, los que tienen seguro de salud privado, a 1,0% y los que no tienen seguro, a 38,0%. (INE, 2017)

En cuanto al aspecto demográfico, de acuerdo a estimaciones y proyecciones la población mayor de 60 años alcanzaría en el año 2050 un crecimiento de cinco veces más que el año 2000, mientras que la población total para el mismo periodo de tiempo solo alcanzaría el doble de su tamaño. En cuanto a género, la población octogenaria continúa estando compuesta en su mayoría por mujeres. (Zerda, 2000, pág. 20)

Según datos del INE (2017), a junio de 2017, la población de 60 años alcanza aproximadamente a 996.415 habitantes. En el área urbana existen 288.690 hombres y 336.938 mujeres, en tanto que en el área rural se encuentran 182.573 hombres y 188.214 mujeres. Los estudios indican que los adultos mayores bolivianos pasarán de representar el 8,1% del total de la población el 2012, a 9,5% para el 2020 y a 11,5% el 2030, tendencia que refleja el inicio del proceso de envejecimiento de la población en el Estado Plurinacional de Bolivia. (INE, 2017)

Actualmente (2017) la edad media en el país se encuentra alrededor de los 27 años, sin embargo, la pirámide poblacional sigue la tendencia de reducir su base, (...) la esperanza de vida promedio actual que llega a 72,5 años: 69,1 años para hombres y 75,9 años para mujeres. Para el 2020 la esperanza de vida para los hombres subirá a 70,5 años y 77,5 años para las mujeres. (INE, 2017)

La causa principal del envejecimiento demográfico de la población es el descenso de la fecundidad, entendiéndola como el número de hijos que tiene una mujer en su etapa reproductiva, cuyo efecto es la disminución de la población infantil. (Pereira & López, 2016, pág. 86)

Entre los puntos que se deben considerar como producto del crecimiento demográfico se encuentra el incremento de los riesgos de salud y elevados costos de sostenibilidad, el aumento de la migración de las áreas rurales a las urbanas, esto último a su vez acarreará la disminución económica en el campo y la disminución del monolingüismo nativo. (Zerda, 2000, pág. 21)

4.1.3. Contexto Económico

Como resultado de la encuesta a hogares con personas adultas mayores y cercanas a la edad de 60 años (EPAM 2011), se dio a conocer que “a nivel nacional el 68.1% de personas mayores de entre 60 y 64 años, forma parte de la población económicamente activa. Este porcentaje se incrementa en un 78.3% en el área rural.” (Larico, 2013)

Respecto al Sistema Contributivo de Pensiones, sólo el 10.7% de la población entre 60 a 64 años goza de una pensión. Esta cifra se eleva a 16% cuando se trata de personas mayores de 65 y más años. En todos los casos, la cobertura se concentra en el área urbana y beneficia más a la población de varones. (Larico, 2013)

La EPAM 2011 sostiene que el acceso de las personas mayores a un seguro médico alcanza a 56,9% en el área urbana y a 53,9% en el área rural. En el caso del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) más del 67% de personas mayores del área rural accede a este seguro, lo que revela un incremento importante en la cobertura y acceso a la salud. (Larico, 2013)

Entre las desventajas económicas que deben enfrentar los adultos mayores en Bolivia se encuentran los bajos ingresos, rentas de jubilación de baja calidad, escasa cobertura de la seguridad social de largo plazo, necesidad de trabajar pese a su avanzada edad y hogares pobres. (Mendoza, 2017)

De acuerdo con datos de este estudio basados en la Encuesta de Hogares del INE de 2014, un elevado porcentaje de los adultos mayores (41,5%) no cuenta con ingresos propios, mientras que 43,8% cuenta con ingresos que provienen exclusivamente de su trabajo, principalmente en el sector informal. Asimismo, el 11% de los adultos mayores subsisten únicamente con los ingresos derivados de la seguridad social de largo plazo, mientras que los que combinan ambos ingresos (rentas y trabajo) representan un 3,7%. (...) Para 2014 el ingreso promedio del adulto mayor con una fuente laboral alcanzaba a 1.821 bolivianos; sin embargo, siete de cada diez ganaba un monto inferior, evidenciando la desigualdad de los ingresos. (Mendoza, 2017)

CAPÍTULO II

SECCIÓN PROPOSITIVA

5. Encuesta de Atención a Personal Médico especializado en la atención de Pacientes de la Tercera Edad en la Especialidad de Nefrología

Para tener un panorama más amplio y que no se limite al simple análisis de lo teórico, se acudió a dos establecimientos de salud con la finalidad de obtener información acerca de la atención que reciben los pacientes adulto mayores en el área de hemodiálisis.

Mencionados establecimientos de salud fueron el Hospital de Clínicas y el Hospital de Achumani, ambas instituciones en sus áreas de atención a pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

5.1. Resultados Obtenidos de las Entrevistas Llevadas a Cabo en el Hospital de Clínicas

En el hospital de Clínicas se entrevistó al Doctor Vancour Bustillos (Nefrólogo); cabe apuntar que el proceso para acceder a tal encuentro resulta burocrático y está limitado a un margen de tiempo reducido, además de no permitir el acceso a cierta documentación que fue requerida, como ser los protocolos internos de atención.

La cuestión planteada al experto fue precisamente acerca de la existencia de un protocolo para la atención prioritaria del adulto mayor, a lo que el entrevistado respondió que en lo referente a la atención que provee el Hospital de Clínicas al ingreso de la persona, este puede ser mediante dos vías; la primera es cuando el paciente solicita una consulta para nefrología, de manera que es trasladado a consulta y con los previos requisitos entregados es traslado a un centro de salud municipal o centro de convenio cercano a su domicilio, esta reubicación tiene por finalidad la atención inmediata de la persona al proceso de diálisis.

La segunda manera de ingreso es cuando el paciente es derivado por emergencias, es trasladado al pabellón, y posteriormente al proceso de diálisis si lo necesita. Lamentablemente en la unidad de emergencias, por el espacio y la falta de capacidad de personal, no se llega a atender inmediatamente a todo paciente que ingresa a la unidad de emergencias.

El galeno resaltó la falta de infraestructura, personal y por supuesto especialistas trabajando para el boliviano. Llamó la atención al considerar que son pocos los especialistas y personas capacitadas en la atención para el área de nefrología en los diferentes centros de salud; en su caso particular relató la irrelevancia de haber tenido que viajar por diversos países de Sudamérica para realizar su especialización, ya que no puede ejercer sus conocimientos o aportar con mejoras al no contar con recursos, ni apoyo por parte del Estado, pese a que es su responsabilidad.

En la entrevista realizada también se le consultó por la autoridad responsable del control de los pacientes que se encuentran en los centros de convenio particularmente en el caso de NEFROMED, a lo que explicó que se tiene conocimiento de que en la Ley 475 la gobernación por parte de sedes se encargan del programa renal, que es parte del ministerio de salud, serán ellos los responsables de verificar el convenio que realizan con los centros para proporcionar el tratamiento de diálisis, y controlar todo el proceso que conlleva el mismo; posteriormente a ello se les da a conocer todo el proceso, desde sus medicamentos, facilitar los catéter o fistulas de forma gratuita, porque se registraron casos y muchos que ingresan por emergencias pero en un estado crítico por diferentes casos por anemia, infecciones avanzadas, se vio que llegaban de NEFROMED, pacientes que se verificaban que no tenían un control adecuado en su proceso de tratamiento en hemodiálisis, pero esta unidad renal es la que debe llevar el control de atención con la 1152 del SUS solo amplía la atención a personas con discapacidad pero no se amplían los recursos ni la infraestructura.

5.2. Resultados Obtenidos de las Entrevistas Llevadas a Cabo en el Hospital de Achumani

En lo referente a la entrevista realizada en el Hospital de Achumani al Doctor Alejandro Beltrán, la primera pregunta realizada fue acerca de los cuidados básicos que se debe tener con un paciente en hemodiálisis, a lo que el Doctor respondió que se debe tener cuidado con las jeringas y con que los tubos estén nuevos, sellados y estériles, y con el paciente, en cuanto a su medicación, tiene

que ser de acuerdo a dosis renal y son dosis reglamentadas la dieta estricta especialmente para el paciente renal.

Se deben realizar controles, cultivos permanentes de las fistulas para prevenir infecciones producidas por otras personas infectadas en las anginas.

Por otro lado, se debe observar que el acceso vascular se encuentre estéril, el equipo de diálisis, ingrese en mantenimiento por lo menos cuidado un mes para el contenido bacterial.

Dentro la atención al paciente no existe control y el cuidado, porque se debe entender que el paciente esta reprimido. No hay atención personalizada para el paciente, y a consecuencia de que no se le da la atención al médico, el incentivo, ni las normas o reglamentos para que ellos puedan ser controlados en el trato, medicación, mantenimiento del equipo, y que la dosis no llegue a la nefrotoxicidad que puedan afectar a los órganos que no funcionan en este caso el riñón.

6. Protección de Derechos Individuales

Para la protección de los derechos vulnerados, la primera vía que se plantea es a través de los medios alternativos de solución de conflicto.

La siguiente vía por la cual se ve óptima la petición del restablecimiento de los derechos es por la vía ordinaria a través de un proceso administrativo.

La siguiente instancia es por la vía constitucional, en este caso, al tratarse de un caso en el que se vulnera el derecho a un particular se considera como mejor opción el de la acción de amparo constitucional.

Finalmente, en la instancia internacional, con el propósito de precautelar los derechos vulnerados se ve conveniente acudir ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

6.1. Jurisdicción Constitucional - Acción de Amparo Constitucional

En adelante se acudió a la consulta de la Sentencia Constitucional Plurinacional 1230/2016-S3, del 8 de noviembre de 2016 del Tribunal Constitucional Plurinacional, y se buscó hacer la menor cantidad de modificaciones para no alterar su interpretación.

El art. 128 de la CPE señala que: “La Acción de Amparo Constitucional tendrá lugar contra actos u omisiones ilegales o indebidos de los servidores públicos, o de persona individual o colectiva, que restrinjan, supriman o amenacen restringir o suprimir los derechos reconocidos por la Constitución y la ley”; asimismo, el art. 51 del Código Procesal Constitucional (CPCo), establece que la referida acción de defensa, “...tiene el objeto de garantizar los derechos de toda persona natural o jurídica reconocidos por la Constitución Política del Estado y la Ley, contra los actos ilegales o las omisiones indebidas de las y los servidores públicos o particulares que los restrinjan, supriman o amenacen restringir o suprimir”. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 5)

Bajo esta premisa constitucional y legal se constituye en una acción tutelar de defensa, cuya tramitación es especial y sumarísima, teniendo carácter extraordinario, siendo su objeto la restitución o restablecimiento inmediato de los derechos fundamentales y garantías constitucionales, en los casos en los que sean amenazados, suprimidos o restringidos por actos u omisiones ilegales o indebidos de servidores públicos o particulares, cuyo ámbito de tutela y alcance de protección es más amplio, siendo requisitos para su interposición los principios de inmediatez y subsidiariedad. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 6)

Al estar consagrado como un mecanismo de defensa de derechos y garantías constitucionales, tiene por finalidad asegurar el goce y ejercicio de los derechos y garantías constitucionales de los particulares establecidos en la Norma Suprema, en las leyes y en los tratados internacionales, tendiente únicamente a la constatación de la vulneración o amenaza de lesión del derecho o garantía constitucional, a objeto de reestablecer su efectivo ejercicio, que procesalmente repercute en la tutela judicial efectiva, como garantía de toda persona a tener acceso a la justicia en forma expedita, sin dilaciones indebidas y sin formalismos, recurriendo a los tribunales de justicia, concomitante con la preexistencia de un poder-deber del Estado -iurisdictio- de resolver las demandas de protección a los derechos afectados a través de los mecanismos constitucionales y procesales reconocidos. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 6)

7. Protección de Derechos Colectivos

Para la protección de los derechos vulnerados de una colectividad, en este caso, bajo el supuesto de que esa colectividad se trate de enfermos renales de la tercera edad, la primera vía que se plantea es a través de la conciliación.

Debido a que en la vía ordinaria seguir un proceso administrativo puede extenderse por meses o incluso años debido a la retardación de justicia, no se recomienda seguir esta opción, ya que al tratarse del derecho a la salud y ser esta una enfermedad de alto riesgo, se pone en vida de la colectividad, por consiguiente, es preferible buscar las vías de solución más rápidas y eficaces.

La vía constitucional se posiciona entonces como la segunda alternativa más eficaz para la restitución de los derechos vulnerados, se recomendará acudir entonces a la Acción Popular puesto que se trata de la protección de los derechos colectivos.

En caso de no llegar a un conceso en las instancias precedentes se acudirá por la vía internacional ante la corte interamericana de justicia para el resguardo de los derechos fundamentales y/o garantizar su inviolabilidad por parte de particulares o del propio Estado.

7.1. Acción Popular Frente al Derecho a la Salud

En adelante se acudió a la consulta de la Sentencia Constitucional Plurinacional 1230/2016-S3, del 8 de noviembre de 2016 del Tribunal Constitucional Plurinacional, y se buscó hacer la menor cantidad de modificaciones para no alterar su interpretación.

La SCP 0879/2015-S3 de 8 de octubre estableció que: «De conformidad con el art. 135 de la CPE, la acción popular procede contra: ‘...todo acto u omisión de las autoridades o de personas individuales o colectivas que violen o amenacen con violar derechos e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y salubridad pública, el medio ambiente y otros de similar naturaleza reconocidos por esta Constitución’. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 6)

En ese orden, la SCP 0237/2014-S3 de 8 de diciembre, señaló que: ‘...a partir de la SC 1977/2011-R se entendió que en el ámbito de protección de la acción popular estaban incluidos los intereses y derechos colectivos y también los

intereses y derechos difusos, pese a que estos últimos no estaban incluidos expresamente en la norma constitucional. También aclaró que los intereses de grupo o derechos individualmente homogéneos no encuentran protección en la acción popular, puesto que, en esos casos, no existe un interés común -colectivo ni difuso-, sino un interés individual que, en todo caso, podrá ser tutelado a través de la acción de amparo constitucional, previa unificación de la representación. Asimismo, hizo referencia a que la Constitución Política del Estado, a través de una cláusula abierta, permitirá la integración de otros derechos similares a partir del bloque de constitucionalidad y el Derecho Internacional de Derechos Humanos. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 6)

La SCP 1560/2014 de 1 de agosto, también desarrolló la naturaleza jurídica de la acción popular, señalando que es una acción de defensa, elegida por el constituyente boliviano como el mecanismo jurisdiccional idóneo para la tutela de los derechos e intereses colectivos y difusos relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y salubridad pública, el medio ambiente y otros de similar naturaleza reconocidos por el art. 135 de la CPE. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 7)

Asimismo, estableció que su desarrollo legislativo previsto en los arts. 68 al 71 del CPCo, establece reglas procesales que marcan una tendencia hacia un proceso especial revestido de informalidad y flexibilidad; esto es, visibilizando normas procesales flexibles. Esa informalidad y flexibilidad que predica per se la acción popular tiene como fundamento, mejorar el acceso a la justicia en razón a los derechos e intereses colectivos y difusos objeto de protección relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y salubridad pública, el medio ambiente y otros de similar naturaleza reconocidos por la Constitución Política del Estado, que reconocen que el ser humano forma parte de una comunidad en la que se desarrolla y desenvuelve; y por lo mismo, necesita ser protegida en sus derechos e intereses colectivos y difusos, haciéndole sujeto de derecho. También tiene en cuenta, el goce efectivo de los derechos e intereses colectivos y difusos, que pasa primero por potenciar el acceso a la justicia con reglas flexibles que garanticen su protección ante su violación o amenaza. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 7)

Sobre la legitimación activa, recordando lo que dijo la SC 1977/2011-R, que precisó que la acción popular puede ser presentada por cualquier persona cuando se alegue lesión a derechos o intereses difusos, sostuvo que en la acción popular la legitimación activa es amplia, la que se justifica por la naturaleza de dichos derechos resguardados por la acción popular, que debe su nombre precisamente a esa característica. Sin embargo, debe aclararse que cuando a través de esta acción se pretenda la tutela de derechos o intereses colectivos, en mérito a que la titularidad de los mismos corresponde a un grupo o colectividad, la acción deberá ser presentada por cualquier persona perteneciente a dicha colectividad o por otra a su nombre, sin necesidad de mandato. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 7)

Respecto de la legitimación pasiva, también sostuvo que debe tomarse en cuenta los elementos de informalismo y flexibilidad, por cuanto, cuando la Norma Suprema reconoce legitimación pasiva a las autoridades o personas individuales o colectivas, que con sus actos u omisiones lesionen o amenacen vulnerar los derechos e intereses colectivos o difusos protegidos por dicha acción (arts. 135 de la CPE), prescinde del mismo modo de cualesquier formalidad. En este marco, debe entenderse por cumplida la legitimación pasiva en la acción popular, aceptando como suficiente los hechos expuestos, de los cuales, el juez o tribunal de garantías, deducirá quiénes son las autoridades o personas legitimadas pasivas, y los citará de oficio y en el caso de no poder citarlos, atendiendo cada caso concreto, dimensionará los efectos del fallo estableciendo la responsabilidad de la autoridad o persona particular o jurídica que lesionó o amenazó con lesionar los derechos o intereses colectivos o difusos objeto de su protección, estableciendo la existencia de indicios de responsabilidad civil o penal; aspecto, que debe analizarse en el caso concreto'. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 7-8)

Por su parte, la SCP 0176/2012 de 14 de mayo, señaló lo siguiente: "Respecto a la diferenciación entre derechos o intereses colectivos, difusos e individuales homogéneos, se tiene que: (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 8)

- i) Derechos o intereses colectivos en sentido estricto, correspondientes a un colectivo identificado o identificable como son por ejemplo las naciones y

pueblos indígena originario campesinos (art. 30.II de la CPE), cuyos componentes están organizados y mantienen relaciones orgánicas entre sí. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 8)

- ii) Derechos o intereses difusos, que corresponden a una pluralidad de personas que no pueden determinarse, lo que puede suceder por ejemplo cuando la distribución de un medicamento dañado amenaza a todo potencial usuario. Asimismo, por la naturaleza de estas circunstancias no existe la posibilidad de concebir que la pluralidad de sujetos esté organizado mediante mecanismos de coordinación de voluntades y menos que tengan una relación orgánica entre sí; (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 8)
- iii) Derechos o intereses individuales homogéneos -que en el marco de la SC 1018/2011-R de 22 de junio, se denominan intereses de grupo-, corresponden a un conjunto de personas que accidentalmente se encuentran en una misma situación cuyos componentes individualmente cuentan con derechos subjetivos por un 'origen común' siendo sus acciones procesales divisibles, pero que en virtud al principio de economía procesal se pueden tratar de forma colectiva, aspecto que sucede por ejemplo cuando un producto defectuoso provocó daños en la salud de varios individuos, en dichos casos los afectados buscarán el resarcimiento, pero para no iniciar sucesivas demandas civiles en detrimento a la administración de justicia pueden resolverse en una misma sentencia. (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 8)

En ese sentido, se puede colegir que los derechos o intereses colectivos en sentido estricto y los derechos o intereses difusos que en esencia son transindividuales e indivisibles y necesariamente requieren una solución unitaria y uniforme, son tutelables por la acción popular, mientras que los derechos o intereses individuales homogéneos al tratarse de derechos subjetivos donde se busca el resarcimiento no se tutelan a través de la acción popular, puesto que en el derecho comparado se protegen por las acciones de grupo (Colombia) donde la sentencia determinará diferentes grados de afectación y de reparación económica". (SCP 1230/2016-S3, 2016. pág. 8)

CAPÍTULO III

SECCIÓN CONCLUSIVA

8. Conclusiones

A partir de los datos recabados, de las visitas a los hospitales y las entrevistas realizadas, se pudo evidenciar la violación de diferentes derechos humanos del adulto mayor. El primer derecho vulnerado es el de la atención preferencial, dado que inclusive en el área de emergencias la atención no es inmediata, se debe pasar por un proceso de llenado de requisitos y presentar documentación que acredite la identidad y que se encuentra asegurado, dejando en completa desventaja a las personas de la tercera edad provenientes de áreas rurales y que en su mayoría no cuentan con una cédula de identidad, por lo que se les niega la atención.

Otro derecho evidentemente vulnerado es el derecho a la salud, no solo al verse negados en su acceso por no cumplir con los requisitos de ingreso, sino también por la carencia de ambientes, indumentaria y personal óptimo y capacitado. Con el crecimiento de la población adulta mayor se espera un incremento de pacientes con enfermedades renales que requerirán el tratamiento de diálisis, sin embargo, son pocos los hospitales que brindan este servicio y que cuentan con la indumentaria mínima, lastimosamente ninguno cuenta con suficiente personal capacitado por lo que no hay un seguimiento de los pacientes. En este mismo sentido, el personal médico explicó durante la entrevista que a todos los pacientes se les proporciona el mismo tratamiento debido a que desde el ministerio de salud se les instruye y proporciona la cantidad de medicamentos destinada a cada paciente, de manera que no hay una atención personalizada y con enfoque de cada caso, lo cual puede representar una agravante en la salud de aquellos que necesitan un tratamiento más o menos intenso.

De igual manera, se encontró vulnerado el derecho a la información, dado que ni los pacientes adulto mayores, ni sus familiares, son informados acerca del tratamiento que les es suministrado, vale decir, la medicación, dosis, o cuidados que deben tener durante y posteriormente de haberse iniciado el mismo. Estos hechos fueron evidenciados al preguntarle a varios pacientes de manera aleatoria

sobre si se encontraban al tanto de la evolución de sus tratamientos y diagnóstico, a lo que contestaron con una negativa. Por otro lado, al momento de solicitar el protocolo de atención para la atención con pacientes con enfermedades renales, a tal solicitud, se recibió una negativa bajo la premisa de que el mismo sufre modificaciones cada cierto tiempo y que se desconoce a ciencia cierta todos los cambios por lo que se encuentra en compilación, aclarando que cada centro de salud tiene su propio protocolo, lo cual llama la atención ya que el ente responsable de control es el Ministerio de Salud, que evidentemente no realiza el debido seguimiento de las instalaciones y atención en los diferentes centros de salud.

Acerca del derecho a un trato digno, para evitar aglomeraciones en los centros de salud de tercer nivel, al momento de diagnosticar a un paciente con enfermedad renal se le consulta acerca de su domicilio o lugar de residencia, de manera que se le asigna el centro de salud más cercano a su vivienda. Sin embargo, en el caso de los enfermos renales provenientes de áreas rurales quedan en desventaja al no contar con un centro de salud cercano, por lo que muchos de ellos abandonan el tratamiento y terminan falleciendo. Aquellos que si asisten a sus controles y sesiones de diálisis, ya sean de áreas urbanas o rurales, se encuentran con ambientes descuidados en su mayoría, un claro ejemplo sucede en el Hospital de Clínicas, donde se ve cómo debido a la gran cantidad de pacientes reciben el tratamiento en sillas comunes, teniendo que cargar ellos mismos con la medicina, otros en el piso con o sin frazadas, sin tener consideración de su edad y de que al tratarse de un procedimiento de purificación de la sangre la temperatura corporal desciende y llega a ser doloroso, además de que muchos llegan en horas de la madrugada, tienen que esperar varias horas, o permanecen hasta altas horas recibiendo la terapia. De lo observado no cabe duda que se atenta contra la dignidad humana al recibir atención en condiciones tan precarias, en condiciones insalubres y que degradan no solo a las personas de la tercera edad, sino a todos los pacientes en general.

En este mismo sentido, se observó el desgaste físico y mental del personal de salud, tanto médicos como enfermeras y auxiliares, tras cumplir con turnos de 36 y hasta 42 horas continuas de trabajo y al verse sobrepasados por la cantidad de pacientes que ingresan constantemente, es lógico que el servicio no sea provisto de manera óptima. Hay evidencia de que tantas horas de trabajo disminuyen las funciones neuronales y la capacidad física, de manera que quienes presten la atención pueden incurrir en descuidos y confusiones respecto al protocolo de atención, a la dosis proporcionada y/o la medicación del paciente; este desgaste también se denota en la atención desganada e irritable.

Siguiendo esta misma línea, a nivel nacional a penas se cuenta con un aproximado de 170 máquinas de hemodiálisis en el sector público para atender a más de 4400 enfermos renales crónicos; de manera que a la falta de personal medico se suma la falta de maquinaria e indumentaria de salud. Tras las entrevistas realizadas en ambos centros de salud, esta fue una carencia común y altamente preocupante, ya que es otro factor que repercute en la atención de los pacientes; Se evidenció no solo la falta de aparatos, indumentaria e instrumentos, sino también las malas condiciones en las que se encuentran los mismos, y que constantemente sufren desperfectos, lo cual ocasiona que los tratamientos tengan que ser reprogramados, de manera que la situación de los pacientes se agrava e incluso fallecen.

Por otro lado, se evidencia el poco o inexistente control que realiza el Ministerio de Salud en los centros hospitalarios. El Ministerio tiene la responsabilidad de no solo controlar los ambientes y la atención adecuada por parte de los centros de salud, sino también de asegurar que cuenten con los recursos necesarios y hacer las gestiones pertinentes para proveerlos de la indumentaria que requieran, sin embargo, la mala atención y condiciones precarias en los hospitales no es atribuible a los médicos, como bien decía el Doctor Vancour Bustillos, se tienen los conocimientos y la intención de implementar mejores políticas en bien de la población boliviana, sin embargo, nada pueden hacer si no se cuenta con los recursos económicos.

De esta manera, se concluye que, si no hay control por parte del Ministerio de Salud en la atención general, estructura, indumentaria y personal de los centros de salud, menos aún existe la verificación de estos ámbitos en favor del adulto mayor, a quien parece que se lo deja en el olvido y de nada sirven las leyes dispuestas para su protección si no hay políticas sociales y enfoque cuyo enfoque sea este sector de la población.

En cuanto al manejo interno, de acuerdo a las especialidades que tiene cada hospital, este cuenta con diferentes protocolos de atención, de acuerdo a la información provista por los médicos entrevistados, el Ministerio de Salud en coordinación con los representantes de las diferentes instituciones gubernamentales y municipales, así como institucionales, provee de un protocolo general, sin embargo, el mismo no se adecúa a las capacidades de todos los centros, incluso si pertenecen a la categoría de tercer nivel, de manera que se ven en la tarea de elaborar sus propios protocolos, lo cual no siempre es socializado con todo el personal, resultando ineficaz y dando lugar al cuestionamiento acerca de la calidad en la atención de los centros de salud especialmente públicos.

Acerca del acceso a la información, el proceso es burocrático y limitado, en cualquiera de las instituciones de salud resulta dificultoso obtener la autorización para una entrevista. Sin embargo, resulta más preocupante el hecho de que los familiares y los pacientes tampoco se encuentran informados.

Este punto es preocupante, puesto que, al ignorar el tipo de tratamientos, medicinas y por sobre todo los cuidados que se deben tener con los enfermos renales, poniendo énfasis en aquellos de la tercera edad ya que son automáticamente dependientes de su entorno, tienen menor probabilidad de recuperación y mayor riesgo de contraer otras enfermedades ya que las defensas bajan y es necesaria una mayor asistencia.

9. Recomendaciones

En primer lugar, se deben mejorar los diferentes espacios y mecanismos de acción para brindarle el trato preferente que por derecho le corresponde al adulto mayor. Un punto de partida en los hospitales es la incorporación de mayor

personal, mejorar las instalaciones e indumentaria, y establecer protocolos de atención prioritaria para los pacientes de la tercera edad. Por otro lado, en el sistema judicial también se debe precautelar este derecho a través de la incorporación de afiches, letreros, personal y oficinas de atención, de manera que se informe oportunamente acerca de los medios que puede emplear el adulto mayor ante la vulneración de sus derechos.

El protocolo de atención que el Ministerio de Salud establezca debe contemplar el tratamiento diferenciado de acuerdo a cada caso, vale decir, se debe tomar en cuenta el estado de la enfermedad y la evolución del paciente respecto del tratamiento proporcionado, de manera que no se agrave la condición en la que se encuentre el paciente.

Si bien es obligación de los funcionarios de salud informar acerca del tratamiento proporcionado, rara vez cumplen con este deber. Para precautelar el derecho a la información se recomienda incorporar cartillas de información acerca del tipo de tratamiento proporcionado, la frecuencia en que debe ser suministrado y si requiere medicación extra, así como los efectos secundarios que puede causar y los cuidados que se deben tener. De igual manera, se debe controlar no solo que la información sea proveída al adulto mayor, sino también que este se encuentre acompañado por un familiar o alguien de confianza que pueda asistirlo a lo largo del tratamiento, considerando que el tratamiento debilita físicamente, requiere ser consecuente, muchos ancianos tienen una memoria frágil y que requieren el auxilio de terceros.

Siguiendo con el punto anterior, se advirtió la dificultad que tienen las personas particulares al momento de acceder a la información de los hospitales, si bien los datos de los pacientes son confidenciales, los protocolos de acción y de atención, reglamentos, estatutos, deben ser puestos a disposición del público en general, de manera que se debe optimizar el acceso a la información, mantener la misma ordenada y de acceso público a través de trípticos informativos, plataformas digitales, y de fácil comprensión, de manera que el ciudadano de a pie pueda estar informado oportunamente..

Dentro de las funciones del Ministerio de salud se encuentra el control de las instituciones de salud y de la calidad del servicio que deben proporcionar los funcionarios, sin embargo, este deber no es cumplido, por lo que se aconseja incrementar el personal para correcto seguimiento de los diferentes centros de salud, realice seguimiento de las instituciones de salud y la atención proveída por las mismas.

Realizar un estudio demográfico de las áreas rurales en las que se encuentra mayor cantidad de enfermos renales, de manera que se pueda construir un proyecto de construcción de centros de salud que les provean un tratamiento oportuno, así como asignar personal de seguimiento que contribuya en el control de la asistencia de los pacientes rurales a sus tratamientos de manera oportuna.

Frente a los problemas encontrados a lo largo del presente trabajo, es el deber de todo abogado buscar la protección y restitución de los derechos vulnerados. Es así que se plantearon dos supuestos, el primero es para la protección de los derechos de una persona individual de la tercera edad, y el segundo es para la protección de un colectivo de personas de la tercera edad.

En el primer supuesto se identificó como primera vía de solución la conciliación, en caso de no llegar a un acuerdo favorable para el patrocinado se buscará una solución por la vía ordinaria a través de un proceso administrativo, sin embargo, en caso de obtener una negativa en esta vía se plantea la opción de acudir a la vía constitucional mediante la acción de amparo constitucional, buscando la protección del derecho a la salud y otros que hubiesen sido vulnerados. Por la vía internacional se consideró acudir ante la corte interamericana de derechos.

Con respecto al segundo supuesto, al tratarse de un colectivo de personas de la tercera edad que se encuentran con una enfermedad renal, si bien la primera alternativa para la solución del conflicto también es la conciliación, dado que se trata de un bien jurídico preponderante, como es el de la salud, que pone en riesgo a la vida misma de los pacientes, se plantea acudir a las vías del anterior caso, con la excepción de que en la vía constitucional se acuda a la petición de la protección de los derechos vulnerados a través de la acción popular.

Finalmente, mas no menos importante, se debe garantizar el acceso a la justicia, el trato preferencial, el principio de dignidad, asegurar la debida defensa y oportuna atención a las personas de la tercera edad, mejorando los protocolos de atención y los ambientes, así como renovando los materiales e indumentaria de los hospitales e incrementando el personal para un mejor cuidado de la población en general.

10. Bibliografía

10.1. Libros y textos consultados

- Aponte, V. (2 de Agosto de 2015). *Calidad de Vida en la Tercera Edad*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
- Araúz Sosa, J. (1996). *Planteamientos para una Reforma al Régimen de Pensiones de la Seguridad Social Boliviana*. La Paz: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales - ILDIS.
- Bize, R., & Vallier, C. (1973). *Una Vida Nueva: La 3ª Edad*. Bilbao: Mensajero.
- Dabove Caramuto, M., & Prunotto Laborde, A. (2006). *Derecho de a Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria*. Rosario: Librería Juris.
- Dabove, M. (2018). *Derecho de la Vejez*. Buenos Aires: ASTREA.
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2019). *Ley 1152*. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- García, A. (2007). *La Dignidad Humana: Núcleo Duro de los Derechos Humanos*. Obtenido de Revista Jurídica IUS: http://www.unla.mx/iusunla28/reflexion/La%20Dignidad%20Humana.htm#_ftn10
- Hilda. (10 de Mayo de 2011). *Derecho a la Vida*. Recuperado el 4 de Octubre de 2019, de DeConceptos.com: <https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/derecho-a-la-vida>
- INE. (Agosto de 2017). *Población adulta mayor boliviana tiende a incrementarse en los próximos años*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas: <https://www.ine.gob.bo/index.php/prensa/notas-de-prensa/item/1419-poblacion-adulta-mayor-boliviana-tiende-a-incrementarse-en-los-proximos-anos>

- James, D. (25 de Agosto de 2018). *Bolivia cuenta con más de un millón de adultos mayores*. Obtenido de Los Tiempos: <https://www.lostiempos.com/tendencias/interesante/20180825/bolivia-cuenta-mas-millon-adultos-mayores>
- KidneyFund. (s.f.). *Diálisis*. Recuperado el 15 de Octubre de 2019, de American Kidney Fund: <https://www.kidneyfund.org/en-espanol/enfermedad-de-los-rinones/falla-de-los-rinones/tratamientos-para-la-falla-renal/dialisis/index.html>
- Larico, L. (16 de Agosto de 2013). *Bolivia: Investigaciones Revelan Situación de las Personas Mayores y Miden Impacto de la Renta Dignidad*. Obtenido de HelpAge International: <http://www.helpagela.org/noticias/bolivia-investigaciones-revelan-situacion-de-las-personas-mayores-y-miden-impacto-de-la-renta-dignidad/>
- Maya, E., Gómez, C., Linares, P., & Uprimny, R. (2008). *El Derecho a la Salud y el Sistema de Inspección*. Bogotá: IMPREMPASTE.
- Mendoza, L. (21 de Mayo de 2017). *Estudio Devela Desventajas Económicas que Enfrentan los Adultos Mayores en Bolivia*. Obtenido de Eju CEDLA: <https://eju.tv/2017/05/estudio-devela-desventajas-economicas-que-enfrentan-los-adultos-mayores-en-bolivia/>
- Naciones Unidas. (10 de Diciembre de 1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- NIH. (s.f.). *Insuficiencia Renal*. Recuperado el 7 de Octubre de 2019, de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/insuficiencia-renal>
- Nikken, P. (28 de Diciembre de 1994). *Estudios Básicos de Derechos Humanos*. En A. Aguilar, A. Cancado, R. Cerdas, C. Chipoco, R. Goldman,

C. Grossman, . . . H. Valencia, *Estudios Básicos de Derechos Humanos* (Vol. I, págs. 15-27). San José: Prometeo S.A. Obtenido de Universidad Nacional de la Plata:
<http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/el-concepto-de-derechos-humanos.pdf>

- Oficina del Alto Comisionado. (2019). *¿Qué son los Derechos Humanos?* Recuperado el 5 de Octubre de 2019, de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas:
<https://www.ohchr.org/sp/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2006). *Constitución de la Organización Mundial de La Salud*. Obtenido de World Health Organization:
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Pereira, R., & López, D. (2016). Dimensiones demográficas del envejecimiento en Bolivia. *Temas Sociales Nro. 39*, 83-114.
- Rioja Salud. (2012). *Qué es Nefrología?* Obtenido de Gobierno de la Rioja:
<https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/nefrologia/que-es-la-nefrologia>
- Tufiño, N. (2018). *Seguridad Social: Un Derecho Humano*. La Paz: Alquimia.
- Universidad de Alcalá. (s.f.). *Fuentes de Información*. Obtenido de Biblioteca Universidad de Alcalá:
<http://www3.uah.es/bibliotecaformacion/BPOL/FUENTESDEINFORMACION/index.html>
- Zerda, M. (2000). *Derechos Humanos y Envejecimiento en Bolivia*. La Paz: National Lottery Charities Board United Kingdom.
- Zerda, M. (2004). *Vejez y Pobreza en Bolivia: La Visión de las Personas de Edad*. La Paz: HelpAge International.

9.2. Bibliografía Jurídica

- Normativa Internacional
- Declaración Universal de Derechos Humanos
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- Convención Americana de Derechos Humanos
- Constitución Política del Estado del 7 de febrero de 2009
- Código de Salud del 18 de julio de 1978
- Reglamento de Establecimientos de Salud Públicos y Privados del 15 de marzo de 1982
- Código de Seguridad Social
- Decreto Supremo 5315 - Reglamento del Código de Seguridad Social del 30 de septiembre de 1959
- Ley Nro. 3323 - Ley del Seguro de Salud para el Adulto Mayor del 16 de enero de 2006. Derogada por la Ley Nro. 475 del 30 de diciembre de 2013
- Ley Nro. 369 - Ley General de las Personas Adultas Mayores del 1ro de mayo de 2013
- Decreto Supremo Nro. 1807 del 28 de noviembre de 2013. Reglamento de la Ley Nro. 369
- Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia- Ley Nro. 475 del 30 de diciembre de 2013
- Ley Modificatoria a la Ley Nro. 475, Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito - Ley 1152 del 20 de febrero de 2019.
- Ley 329 del 26 de diciembre de 2012 - Lucha Contra las Enfermedades Renales en Bolivia