UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y SEMINARIOS

ACREDITADA POR RESOLUCIÓN CEUB 1126/2002

TESIS DE GRADO

(Para optar al grado académico de Licenciatura en Derecho)

"ADECUACIÓN DE LOS DERECHOS DE PACIENTES A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL EN LAS CAJAS DE SALUD"

POSTULANTE : ALBERTA AYALA CHUNGARA

TUTOR : Dr. JORGE OCAMPO CASTELÚ

LA PAZ – BOLIVIA
2014

Dedicatoria…

A la memoria de mis padres, que me dieron lo mejor de su vida, en mi educación, e impulsó mis años de estudio en la Universidad…

A mi querida hija Mariana, por ser el impulso de vivir…

Agradecimientos…

Mi gratitud y reconocimiento a Dios que me dio la vida, a la FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS que me cobijo y me brindo la posibilidad de desarrollar una Carrera Universitaria, a los Docentes que contribuyeron con su alto espíritu de enseñanza y dedicación en mi formación profesional, en especial al Dr. Jorge Ocampo Castelú, que con su paciencia y amabilidad alentó y guio mi trabajo de investigación hasta posibilitar la conclusión de la misma.

Gracias

…

RESUMEN

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios, el intenso desarrollo de la ciencia y la tecnología médico sanitario, la burocratización, el trabajo en equipo y la masificación, han condicionado que la práctica médica se haya vuelto más arriesgada y más impersonal y deshumanizada. Todo esto ha traído la necesidad de una reformulación de los derechos de los pacientes, no desde la visión de los proveedores de la asistencia sanitaria o de las instituciones, sino desde el punto de vista individual, como beneficiarios y parte fundamental de la asistencia sanitaria.

Cuando hablamos de derechos de los pacientes, hay que distinguir entre derechos sociales y derechos individuales, esto añadido a los derechos de acceso a la salud, donde esta se encuentra administrada por los servicios de salud públicos, y las cajas de seguro social, para con sus asegurados dentro de las implicancias sociales laborales.

Ahora bien desde la promulgación de la actual Constitución Política del Estado Plurinacional, por ley del 07 de febrero de 2009, se refunda el Estado, pasando de un Estado Republicano a un Estado Plurinacional, la misma que dentro de sus garantías constitucionales vela por el vivir bien, la misma que adscribe los derechos al acceso a la salud, la seguridad social, y de forma individual los derechos humanos de las personas, donde ningún derecho será entendido como negación de un derecho no enunciado. A tal efecto la presente investigación fundamenta y analiza el derecho a la salud, dentro del derecho de la seguridad social, para analizar y fundar lo inherente a los derechos de los pacientes, en este caso los derechos de pacientes en las cajas de salud del sistema de salud Boliviano, la misma que plantea proponer una solución, mediante un mecanismo legal para garantizar el cumplimiento de estos derechos mediante una ley, que será de aplicación al sistema de salud público y las cajas de seguridad social.

De tal forma que el paciente del sistema de salud pública, tenga por resguardado sus derechos en instancias de salubridad, mientras es tratado, atendido u auscultado, con calidez, autonomía y calidad.

“ADECUACIÓN DE LOS DERECHOS DE PACIENTES A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL EN LAS CAJAS DE SALUD”

ÍNDICE GENERAL

Pág.

Dedicatoria ii
Agradecimientos iii
RESUMEN iv
ÍNDICE GENERAL v

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN _____ 1

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 1
2. PROBLEMATIZACIÓN 2
3. DELIMITACIÓN DEL TEMA 2
3.1. Delimitación temática 2
3.2. Límite temporal 2
3.3. Límite espacial 3
4. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA 3
5. OBJETIVOS DEL TEMA 4
5.1. Objetivo General 4
5.2. Objetivos Específicos 4
6. MARCO DE REFERENCIA 4
6.1. Marco Histórico 4
6.2. Marco Teórico 6
7. HIPÓTESIS DE TRABAJO 7
7.1. Variables 7
7.1.1. Variable independiente 7
7.1.2. Variable dependiente 8
7.1.3. Nexo Lógico 8

8. MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR EN LA TESIS 8
8.1. Tipo de Estudio 9
8.2. Diseño de investigación 9
8.3. Métodos 9
8.3.1. Generales 9
8.3.1.1. Método Dialectico 9
8.3.1.2. Método inductivo 10
8.3.1.3. Método jurídico 10
8.3.1.4. Método Histórico 10
8.3.2. Específicos 10
8.3.2.1. Método Teórico 10
8.3.2.2. Método de Análisis 10
8.3.2.3. Método Sociológico 11
8.3.2.4. Método Jurídico 11
8.3.2.5. Método Exegético 11
8.4. Técnicas a utilizarse en la tesis 11
8.4.1. Revisión bibliográfica 11
8.4.2. Observación 11
8.4.3. Trabajo de campo 12
8.4.3.1. La encuesta 12
8.4.3.2. El Cuestionario 12

DESARROLLO DEL DISEÑO DE PRUEBA 14

INTRODUCCIÓN 14

CAPÍTULO I
1. SÍNTESIS DEL DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS CAJAS DE SALUD A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL 16
1.1. PROCESO HISTÓRICO 16
1.1.1. Las Mutualidades 16
1.1.2. Collegia Romanos 17

1.1.3. La Gilda 17
1.1.4. Cofradias 17
1.1.5. Hermandades y Montepíos 18
1.2. ÉPOCA PRECOLONIAL 19
1.3. ÉPOCA COLONIAL 20
1.4. ÉPOCA REPUBLICANA 22
1.4.1. La guerra del Chaco (1932-1935) 24
1.4.2. La Revolución de 1952 26
1.5. LAS REFORMAS DEL 94 29
1.6. EL GOBIERNO DE EVO MORALES 30
1.7. ANTECEDENTES DEL DERECHO DE LOS PACIENTES 30

CAPITULO II
2. DIAGNOSTICO DEL DERECHO A LA SALUD, A LA SEGURIDAD SOCIAL Y DERECHOS DE LOS PACIENTES _____ 33
2.1. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD 33
2.1.1. Concepto del derecho a la protección de la salud 33
2.2. EL FUNDAMENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: TEORÍAS DE LA JUSTICIA Y DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD 37
2.2.1. Las negaciones de un derecho a la salud: la propuesta "libertaria" 38
2.2.1.1. La salud como lotería natural: la propuesta de T. Engelhardt. 39
2.2.1.2. El deber de beneficencia: la propuesta de A. Buchanan 39
2.2.2. Utilitarismo y derecho a la protección de la salud 40
2.2.2.1. El cálculo de AVAC. 41
2.2.2.2. La "presunción en favor del mercado" 41
2.2.3. ¿Un mercado sanitario? 42
2.2.4. El derecho a la protección de la salud en el liberalismo igualitario 42
2.2.4.1. Consideraciones generales 42
2.2.4.2. La propuesta de Dworkin: el principio del "prudent insurance" 43
2.2.4.3. Las objeciones al "prudent insurance". 45

2.2.5. La importancia de la salud 46
2.2.5.1. Necesidades básicas y autonomía 47
2.2.5.2. Necesidades básicas y derechos 48
2.2.5.3. Derecho a la protección de la salud como derecho a la igualdad de oportunidades 49
2.2.5.4. Libertad, Igualdad y capacidades básicas 51
2.3. DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL 54
2.3.1. Definición 54
2.4. LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA 56
2.4.1. Constitución Política del Estado Abrogada 56
2.4.2. Constitución Política Estado vigente 57
2.4.3. La Seguridad Social en Bolivia 58
2.4.3.1. Código de Seguridad Social 58
2.4.3.2. Seguro de Enfermedad 58
2.4.3.3. Seguro de Maternidad 59
2.4.3.4. Seguro Riesgos Profesionales 59
2.4.3.5. Seguro Social de Corto Plazo 59
2.4.4. Importancia de la Seguridad Social en Bolivia 60
2.5. DERECHOS DE LOS PACIENTES 63
2.5.1. El derecho a elegir 64
2.5.1.1. En la práctica 64
2.5.2. El derecho a la información 65
2.5.2.1. En la práctica 65
2.5.3. El secreto profesional 66
2.5.3.1. En la práctica 66
2.5.4. El consentimiento aceptado libremente y con conocimiento de causa . 68
2.5.4.1. En la práctica 68
2.5.5. Las medidas de coerción 69
2.5.5.1. En la práctica 69
2.5.6. El derecho a estar acompañado 70
2.5.6.1. En la práctica 70
2.5.7. Directivas anticipadas y representante terapéutico 71
2.5.7.1. En la práctica 71

2.5.8. La donación de órganos y tejidos 72
2.5.8.1. En la práctica 73
2.5.9. Otros fundamentos 73

CAPITULO III

3. IMPORTANCIA Y SU TRASCENDENCIA DE LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL, EN LAS CAJAS DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL _____ 80
3.1. LA FILOSOFÍA OCCIDENTAL Y LA COSMOVISIÓN ANDINA 80
3.2. FILOSOFÍA ANDINA 82
3.3. EL HOMBRE BOLIVIANO 84
3.4. FILOSOFÍA OCCIDENTAL 84
3.5. EL ESTADO 85
3.5.1. Las 36 Nacionalidades de Bolivia 85
3.5.2. Definición del Estado Plurinacional 86
3.5.3. Los principios del Estado Plurinacional 87
3.5.4. Los fines del Estado Plurinacional 87
3.5.5. Los valores éticos y morales 88
3.6. DESCOLONIZACIÓN DE LAS ENTIDADES DE SALUD 89
3.7. MODELOS DE CAJAS DE SALUD 90
3.7.1. Caja Nacional de Salud 90
3.7.1.1. Perfil Institucional 91
3.7.1.2. Marco legal, para su funcionalidad 92
3.7.1.3. Desafiliación de Empresas 92
3.7.1.4. Impacto económico 93
3.7.1.5. Análisis Institucional 93
3.7.1.6. Valores 94
3.7.1.7. Principios 94
3.7.1.8. Objetivos Principales 95
3.7.1.9. Objetivo específicos 96
3.7.2. Caja Petrolera de Salud 97
3.7.2.1. Reseña Histórica 97
3.7.3. De la naturaleza y fines 98

3.7.3.1. De la naturaleza legal 99
3.7.4. La Caja de Salud de la Banca Privada 99

CAPITULO IV

4. CONSIDERACIONES JURÍDICO DOCTRINALES EN RELACIÓN A LA ADECUACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL _____ 102
4.1. FUNDAMENTO JURÍDICO DEL ESTADO PLURINACIONAL 102
4.2. EL ESTADO PLURINACIONAL COMO ENTE PROTECTOR DE LOS PACIENTES 103
4.3. LA SEGURIDAD SOCIAL, COMO INSTRUMENTO DE PROTECCIÓN 105
4.3.1. Perspectiva política 106
4.3.2. Perspectiva Jurídica 108
4.4. EL DERECHO COMO REGLA 108
4.5. EL DERECHO CONSUETUDINARIO 109
4.5.1. Derecho consuetudinario y derecho constitucional 110
4.6. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO 111
4.6.1. Derecho a la salud 112
4.6.2. Constitución de la OMS 112
4.6.3. Decreto Ley Nº 15629 de 18 de julio de 1978 Código de Salud 116
4.6.4. Decreto Supremo Nº 18886 de 15 de marzo de 1982 117
4.6.5. Ley Nº 1687 de 26 de marzo de 1996 Ley de la medicina transfusional y bancos de sangre 118
4.6.6. Ley Nº 1716 de 5 de noviembre de 1996. Ley de donación y trasplante de órganos, células y tejidos 119
4.6.7. Ley Nº 1737 de 17 de diciembre de 1996. Política Nacional del Medicamento 119
4.6.8. Decreto Supremo Nº 19673 de 15 de julio de 1983 120

CAPITULO V

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE TRABAJO DE CAMPO A PACIENTES BENEFICIARIOS DE LAS CAJAS DE SALUD _____ 121

5.1. UNIVERSO DE ESTUDIO 121

5.1.1. Encuestas realizadas a pacientes beneficiarios de centros de salud dependientes de las cajas de seguridad social..... 122

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____ 130

Conclusiones 130

Recomendaciones..... 131

PROPUESTA DE MECANISMO LEGAL

PROYECTO DE LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA _____ 132

Bibliografía 148

Informes Consultados 150

Normativa legal consultada 150

Páginas Web consultadas 150

ANEXOS _____

ADECUACIÓN DE LOS DERECHOS DE PACIENTES A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL EN LAS CAJAS DE SALUD

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El Seguro Social en Bolivia desde su promulgación como ley de 14 de diciembre de 1956 confronta muchos problemas como el, económicos, sociales, culturales, gremiales y de infraestructura. Las Cajas de Salud dentro del Seguro Social Boliviano fue elitista y clasista que no llega a toda la población boliviana menos a los sectores rurales y populares.

El presente trabajo consistirá en investigar y demostrar que tipo de políticas de tratamiento se dan a los pacientes en las Cajas de Salud. y si es que los derechos del paciente son tomados en cuenta o no.

En los últimos tiempos se hizo más patente la deficiente atención en las Cajas de Salud del Estado boliviano, asimismo cuando un paciente busca atención inmediata los personeros de la Caja les programan para después de uno a dos meses hasta tres meses para su posterior atención, ello repercute en la salud del asegurado y en el conjunto de la sociedad boliviana.

En tal sentido queda claro identificar y plantearse la siguiente problemática:

"Es necesario un mecanismo jurídico de protección de los derechos de los pacientes que garanticen que sean tratados con calidez y calidad en las cajas del seguro social".

2. PROBLEMATIZACIÓN

a) ¿De qué manera se visualiza si existe o no criterios Legales y Médicos para uniformizar el tratamiento de los pacientes en la distintas Cajas de Salud dentro la Seguridad Social?
b) ¿Será que el tratamiento de los pacientes en las distintas Cajas de Salud de la Seguridad social tiene un criterio legal y medico acorde con la realidad y el avance de la ciencia?
c) ¿De qué manera podemos diferenciar si existen políticas en la promoción de principios y fines del estado plurinacional en las Cajas de Salud de la ciudad de La Paz?

3. DELIMITACIÓN DEL TEMA

3.1.Delimitación temática

El tema de estudio está elaborado desde el punto de vista histórico, social, médico y jurídico. El estudio se centrará en la investigación, análisis y comparación de criterios legales y médicos para uniformizar el tratamiento de los pacientes en las Cajas de Salud, del Estado Plurinacional de Bolivia.

La misma que se encuentra enfocada en el derecho a la salud circunscrita a los derechos de los pacientes.

3.2.Límite temporal

La presente investigación se la realizara con datos comprendidos en los periodos de la gestión 2009 al primer trimestre de la gestión 2012. Ya que se requiere compilar datos de última generación para dar respuestas a la problemática y su viabilidad.

Asimismo se tomara referencia de antecedentes históricos inmersos en la materia, es decir a partir de la creación del Seguro Social boliviano desde el año 1956, hasta nuestra actualidad.

3.3.Límite espacial

La investigación se focaliza y realiza dentro los límites de la ciudad de La Paz, tomando en cuenta el espacio geográfico dentro de sus tres macro distritos de La Paz.

4. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA

El principal motivo de investigación de esta tesis es para que el Estado Plurinacional, la sociedad boliviana y en especial de los pacientes se tome en cuenta sus derechos con los que cuenta en la actualidad en la Constitución Política del Estado, bajo los principios y fines del vivir bien. Las cajas de Salud de la seguridad social tengan criterios Legales y médicos para uniformizar el tratamiento de los pacientes.

Es por ello que revisado la documentación relacionado con el tema nos señalan que a partir de "1956 con las nuevas políticas del gobierno de corte Nacionalista los desafíos son nuevos y desde esos años se toma en cuenta a las grandes mayorías en especial de la urbes y de la masa trabajadora, como son los fabriles, mineros, ferroviarios, petroleros y otros y para ello se van a crear las cajas de salud.

Estas formas de aplicación de políticas públicas, también pueden contribuir a fortalecer la democracia o al detrimento de la misma dentro de los pueblos andinos y amazónicos en las relaciones entre ellas y el resto de la sociedad. El Estado plurinacional como un estado que fomenta y respeta también otras muchas formas de pluralismo que conforman los valores morales, éticos y jurídicos, entre todos, el tejido de la convivencia social.

5. OBJETIVOS DEL TEMA

5.1. Objetivo General

- Proponer el desarrollo y diseño de un instrumento Jurídico Médico Legal, para la implementación de políticas en la uniformización del tratamiento de los pacientes en las Cajas de Salud. Bajo los principios y fines del Estado Plurinacional.

5.2. Objetivos Específicos

- Analizar y cuantificar si existe políticas en la implementación y promoción de criterios legales y médicos en el tratamiento de los pacientes en las cajas de Seguridad Social.
- Demostrar que en las distintas Cajas de Salud, dentro del seguro Social sean del sector estatal o privado que el tratamiento a los pacientes es a su libre criterio Legal y Medico.
- Exploración de la Legislación Nacional relativa a los criterios Legales y Médicos en el tratamiento de los pacientes en las Cajas de Salud de la Seguridad Social.
- Identificación de los problemas socio jurídicos que enfrenta las distintas Cajas de Salud en el tratamiento de los pacientes.
- Percepción de los pacientes en el tratamiento médico en las distintas cajas de Seguridad Social.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1. Marco Histórico

Entre los antecedentes más remotos de los derechos de los pacientes se encuentran los plasmados en el Código de Hammurabi (1750 a. C.), descubierto en 1902 en Irán; entre otras muchas acciones médicas, en dicho código se sancionaba al médico cuando

ocasionaba daño a su paciente. Otro trascendente documento aplicable en nuestros días es el de Hipócrates, que como norma prescriptiva de la moral sustenta el respeto por el ser humano enfermo. Aparecida en Roma durante la época del Imperio, la Ley Aquilea por primera vez menciona la *culpa gravis*, que ha sido fundamental para muchas legislaciones. En la Edad Media, los médicos judíos, afamados por su técnica médica fundamentada en la antigua tradición, rigieron su conducta siguiendo al pie de la letra el Juramento de Asaf (Asaf Harofe), que tiene muchos puntos en común con el Juramento de Hipócrates y que por supuesto es posterior.

En el transcurso de la historia, los textos hipocráticos fueron mezclados con nociones estoicas de deber y virtud. Sin embargo, los componentes filosóficos fundamentales de la ética médica permanecieron intactos hasta mediados del siglo XX, cuando empezaron a ser cuestionados como parte del trastoque general de los valores originado en los países desarrollados por una serie de acontecimientos sociales como la Segunda Guerra Mundial.

En 1946 se proclamó el Código de Nüremberg, que estableció un decálogo de principios que deberían ser respetados cuando se afectara la dignidad humana, como en los casos de la experimentación médica sobre seres humanos o cuando se pretendiera efectuar investigación en humanos, para lo cual se estableció como requisito obligatorio la documentación del consentimiento informado de manera libre y voluntaria. En el mismo año, la Organización Mundial de la Salud hizo universal el concepto del derecho a la salud. A finales de 1948 se promulgó la Declaración de los Derechos Humanos, que señala el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud. En este proceso de legislación ética de la práctica médica surge el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, octubre de 1949).

Este conjunto de normas encaminadas a la obligación moral y no jurídica recomienda su observancia en los países firmantes, y fundamenta el reconocimiento moderno del derecho que posee el ser humano a gozar de salud en forma libre e igual en dignidad y

prerrogativas, otorgándole el respeto y trato fraterno de sus congéneres. No obstante en la actualidad existen múltiples factores que matizan la interpretación de la condición del paciente, sus necesidades y sus derechos. Por ello, es menester entender que los cambios vertiginosos acontecidos en todos los ámbitos de la sociedad e intensificados por el acceso a la información y catalizados por los avances técnicos y científicos desde finales del siglo XX, han propiciado conflictos entre los derechos y necesidades del paciente y algunos otros valores sociales, no siempre percibidos en su justa dimensión, advirtiéndose falta de conciencia entre el personal de salud acerca de la opinión del paciente en torno a la atención médica que se le brinda.

Aun cuando los derechos de los pacientes se encuentran legislados en diferentes instrumentos de la normatividad jurídica del país, para el ciudadano es difícil integrar la información disponible en torno a sus derechos. Con el propósito de compilar en forma sucinta y clara la información disponible respecto al tema, se emprendió un proyecto dirigido a elaborar un documento único para el beneficiario de los servicios de salud, como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos buscan mejorar la calidad de los servicios de salud.

6.2.Marco Teórico

En el trabajo de investigación se emplea la teoría del **Realismo Jurídico**[1] dentro el campo jurídico y una interpretación dialéctica del pasado y del presente, ya que toda teoría puede ser considerada desde el punto de vista de su significado ideológico o desde el punto de vista de su valor científico. “Como ideología una teoría tiende a afirmar ciertos valores ideales y a promover ciertas acciones. Como doctrina científica, su fin no es otro que el de comprender una cierta realidad y explicarla”.[2]

[1] Ha habido teóricos del derecho que en diversas ocasiones han tratado de descubrir el momento constitutivo de la experiencia jurídica, no ya en los ideales de justicia en que se inspiran los hombres o en que estos dicen inspirarse, ni ya en los ordenamientos jurídicos positivistas, sino en la realidad social en que el derecho se forma y se transforma, y en el comportamiento de los hombres que con su actuación hacen o deshacen las reglas de conducta que los gobierna. Norberto Bobbio , Pág. 33

[2] BOBBIO Norberto, Teoría General del Derecho, Editorial Temis, Bogotá Colombia, 2005, Pág. 11

En la adecuación de los derechos del paciente en la nueva visión de país y Nueva Constitución Política del Estado aprobada el 7 de febrero de 2009, está orientada a partir de los principios básicos que hacen al estado democrático de Derecho, haciendo énfasis en los temas que son sensibles a la población y al resguardo de sus derechos.

Se trata de identificar aquellos conceptos que se utilizan, contextualizarlos teórica e ideológicamente en el marco de los paradigmas y referencias que han desarrollado los principales pensadores del modelo Plurinacional comunitario.

El pueblo boliviano, de composición plural, desde la profundidad de la historia, inspirada en las luchas del pasado, en la sublevación indígena anticolonial, en la independencia, en las luchas populares de liberación, en las marchas indígenas, sociales y sindicales, en las guerras del agua, del gas y de octubre negro, en la lucha por tierra territorio.

En Bolivia estamos frente a una ruptura con la tradición histórica de Bolivia, a partir de una visión que nos niega la posibilidad de ser nación, y concibe a la sociedad boliviana a partir de una reivindicación de lo étnico cultural como cimiento de la sociedad boliviana.

7. HIPÓTESIS DE TRABAJO

"Con la promoción y adecuación de los derechos del paciente a los principios y fines del Estado plurinacional mediante un mecanismo jurídico, se garantiza la atención del paciente en las Cajas de Salud como una medida fundamental en condiciones digna de forma eficiente con calidez y calidad.".

7.1. Variables

7.1.1. Variable independiente

La variable independiente está constituido por:

Con la promoción y adecuación de los derechos del paciente a los principios y fines del Estado plurinacional mediante un mecanismo jurídico

7.1.2. Variable dependiente

La variable dependiente está constituido por:

La atención del paciente en las Cajas de Salud como una medida fundamental en condiciones digna de forma eficiente con calidez y calidad.

7.1.3. Nexo Lógico

El nexo lógico está constituido por:

Se garantiza

8. MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR EN LA TESIS

En el proceso de investigación del presente trabajo emplearemos distintos métodos, ya que el método es el modo de hacer o manera de decir según un orden conveniente para la exposición y comprensión de lo que se exponga o para la eficacia y sencillez de lo que se realice.

Desde el punto de vista de las formas de cognición, los métodos de la investigación científica puede clasificarse en métodos que poseen , fundamentalmente, un carácter teórico, lógico y conceptual, métodos cuyo centro de gravedad recae en la operación real con objetos materiales. Esta separación de ambos tipos de métodos nos conduce hacia los métodos teóricos y empíricos del conocimiento.

8.1. Tipo de Estudio

Analítico - Descriptivo: Se emplea este método por la modalidad que se hará en el análisis sobre el tema y en la descripción de los datos recopilados.

8.2. Diseño de investigación

No experimental: Ya que no se realizara pruebas de análisis de tipo experimental, o de laboratorio sociológico, basándonos en aspectos bibliográficos históricos, y en el análisis de las fuentes a recopilar en las encuestas.

8.3. Métodos

Los métodos empleados en la presente investigación estarán circunscritos a la demostración de los objetivos, como de la problemática, en función de la hipótesis, para lo cual se tomaran los siguientes métodos:

8.3.1. Generales

8.3.1.1. Método Dialectico

Se recurrirá a este método ya que constituye el método científico de conocimiento del mundo. Proporciona al hombre la posibilidad de comprender los más diversos fenómenos de la realidad. El método dialéctico al analizar los fenómenos de la naturaleza, de la sociedad y del pensamiento permite descubrir sus verdaderas leyes y las fuerzas motrices del desarrollo de la realidad de lo que implica las nuevas funciones sociales que encaran la problemática inherente a la falsedad de documentos.

Ya que tiene su propiedad determinada por las fuentes teóricas y científicas y por las categorías fundamentales del movimiento, del espacio y del tiempo para considerarse.

8.3.1.2. Método inductivo

El que, partiendo de las observaciones de los fenómenos o hechos jurídicos, elabora los principios que rigen o deben regir una institución.

8.3.1.3. Método jurídico

La suma de procedimientos lógicos para la investigación de las causas y de los fines del derecho, para el conocimiento e interpretación de sus fuentes, para la estructura de sus textos positivos y técnicos para la enseñanza y difusión del mismo principio rector y obligatorio de la convivencia social en sus categorías fundamentales.

8.3.1.4. Método Histórico

Presupone, el estudio, detallado de todos los antecedentes, causas y condiciones históricas en que surgió y se desarrolla un objeto o proceso determinado.[3]

8.3.2. Específicos

8.3.2.1. Método Teórico

Se utilizará este método, que permitirá revelar las causas y relaciones de características de la problemática en base a fundamentos teóricos y estudios realizados por eruditos de la materia que tratan sobre la falsedad de documentos notariados, y las medidas de seguridad que se emplean para su comprobación.

8.3.2.2. Método de Análisis

Se empleara este método, ya que determinara la separación mental o material del objeto de investigación en sus partes integrantes para descubrir los elementos esenciales que la conforman.

---

[3] HERNANDEZ Roberto y otros, Metodología de la Investigación, Colombia. Me Graw Hill 1994
Ibid. Pág. 38

8.3.2.3. Método Sociológico

Estableceremos la relación directa que concurre entre el nacimiento de las nuevas normas del Derecho, con las insuficiencias jurídicas que existen en la sociedad.

8.3.2.4. Método Jurídico

Método con lo cual se establecerá, los principios jurídicos generales, que determinaran las consecuencias que derivan de tales principios y su concordancia con las instituciones en vigor con las normas positivas. Lo cual permitirá interpretar, construir, sistematizar y comunicar el conocimiento jurídico.

8.3.2.5. Método Exegético

Será utilizado para estudiar o interpretar las normas legales y no otras fuentes o partes del derecho es el método de interpretación por el cual se estudia artículo por artículo las normas jurídicas.

8.4. técnicas a utilizarse en la tesis

Las técnicas son los procedimientos que se utilizaran en el proceso de investigación para colectar información, procesar cotejar entre ellas emplearemos las siguientes técnicas.
La técnica a utilizar en la presente investigación son:

8.4.1. Revisión bibliográfica

Se emplea en el campo de recolección de datos doctrinarios y fundamentos jurídicos, en base a libros y publicaciones.

8.4.2. Observación

La observación es una actividad cotidiana del investigador y fundamentalmente se define como el uso sistemático de los sentidos en el proceso de investigación. “La observación es la técnica de investigación por excelencia, es el principio y la validación

de toda teoría científica. La ciencia nace y culmina con la observación. Esta técnica es la más primitiva y la más actual en el proceso de conocimiento, añadiéndose que es de carácter transversal. La observación incluye desde los procedimientos informales como la observación casual, hasta los más sistematizados, como son los experimentos de laboratorio". En su acepción más general, observar equivale a mirar con detenimiento, es la forma más usual con la que se obtiene información acerca del mundo circundante.

8.4.3. Trabajo de campo

Empleado en la formulación, aplicación y realización de encuestas, para establecer la fundamentación de la tesis.

8.4.3.1. La encuesta

La encuesta es una técnica que consiste en obtener información acerca de una parte de la población o muestra, mediante el uso de cuestionarios o de la entrevista. La recolección de la información se la realiza mediante preguntas que guían los diversos indicadores que se han determinado en la operacionalización de los términos del problema o de las variables de la hipótesis.

"El diseño adecuado de los instrumentos de recolección de datos dependerá la fidedignidad y confiabilidad de la información adquirida, que sirve para obtener inferencias acerca de la población. La encuesta es una técnica de investigación de campo cuyo objeto puede variar desde recopilar información para definir el problema (estudios exploratorios), hasta obtener información para probar una hipótesis (estudios confirmativos)"

8.4.3.2. El Cuestionario

También se empleará el cuestionario en el proceso de investigación, y según Roberto Hernández Sampieri y otros dicen de la misma, "Tal vez el instrumento más utilizado

para recolectar los datos es el cuestionario. Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir”.

INTRODUCCIÓN

La seguridad social, a veces también llamado seguro social o previsión social, se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, principalmente la salud, en este ámbito existen una serie de leyes que regulan las relaciones entre los pacientes y el mundo de los servicios de salud. Al respecto ordinariamente la población asegurada en las Cajas de Salud no conoce bien los derechos de los pacientes. Lo cual dentro de las cajas de Seguridad Social conllevan una relación con los pacientes, son una realidad que se torna distinta a lo que las leyes ordenan y otras se encuentran con un vacío legal o sin regulación previa tal como los derechos de los pacientes.

En este contexto el objeto de la presente investigación es determinar y analizar los aspectos primarios del derecho a la salud, el derecho a la Seguridad Social y los derechos del paciente, en base a los principios constitucionales del Nuevo Estado Plurinacional, para proteger los derechos y deberes de los pacientes en instancias de salubridad.

Tales extremos se encuentran expuestos en el siguiente orden de capitulados:

- CAPÍTULO I: SÍNTESIS DEL DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS CAJAS DE SALUD A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL, cuyo contenido expone la evolución del servicio de salud desde sus antecedentes históricos, hasta llegar a las implicancias actuales de las nuevas reformas del Estado Plurinacional.
- CAPITULO II: DIAGNOSTICO DEL DERECHO A LA SALUD, A LA SEGURIDAD SOCIAL Y DERECHOS DE LOS PACIENTES, en este capítulo se fundamenta teóricamente, los derechos y las concepciones del derecho al acceso a la salud, derecho a la Seguridad Social y los derechos de los pacientes, en instancias de salubridad.

- CAPITULO III: IMPORTANCIA Y SU TRASCENDENCIA DE LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL, EN LAS CAJAS DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL, Capitulo que expone los principios fundamentales de las garantías constitucionales en materia de pluralidad, y homogeneidad de derechos con igualdad de concurrencia, tal cual lo expone los nuevos principios constitucionales, enmarcado al funcionamiento y servicio de las cajas de seguridad social en nuestro país.
- CAPITULO IV: CONSIDERACIONES JURÍDICO DOCTRINALES EN RELACIÓN A LA ADECUACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL , donde se analiza los fundamentos jurídico legales en aplicación del derecho a la salud, que conlleva el acceso a la Seguridad Social, la cual individualiza el derecho del paciente dentro de un centro de salud, para con sus deberes como paciente y derechos a exigir un trato acorde a su necesidad y estado de salud.
- CAPITULO V: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE TRABAJO DE CAMPO A PACIENTES BENEFICIARIOS DE LAS CAJAS DE SALUD, Lo cual permite demostrar la necesidad de protección, restauración de las políticas adecuadas en el servicio de salud y garantizar los derechos a nivel de pacientes y equipo de salud.

Finalmente se exponen las conclusiones y recomendaciones a los cuales se arribaron como resultantes de la presente investigación, para proponer un proyecto de ley dentro de la propuesta legal, como solución jurídica a la problemática expuesta.

CAPÍTULO I
1. SÍNTESIS DEL DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS CAJAS DE SALUD A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL

1.1. PROCESO HISTÓRICO

Que la investigación en el desarrollo histórico, solo se puede asimilar después de haber indagado lo que paso en el ayer para poder comprender nuestra realidad actual.

A propósito de la reseña histórica de la Seguridad Social, se ha planteado la imperiosa necesidad de su división a través del tiempo, algunos tratadistas toman en cuenta los periodos tradicionales, la historia del seguro social se ha dividido en dos grandes periodos, como lo señala el Autor Dr. Alfredo Bocangel Peñaranda. "Época pre técnica, caracterizada por la ausencia de principios y de bases actuariales y matemáticas y la época técnica, donde surgen las sociedades anónimas, con bases científicas y se fundan los institutos y cajas de seguros sociales". Esta división no tiene carácter excluyente, sino de influencia de cada una de estas instituciones en el desarrollo de la historia del seguro social, que se cita de la siguiente manera:

1.1.1. Las Mutualidades

En su sentido más amplio la mutualidad es una forma especial y perfeccionada de asociación, que se basa en la reciprocidad, y lo señala como la "Asociación de seguros que pretende eliminar el lucro de las empresas mercantiles siendo a la vez, sus miembros, asegurados y aseguradores, es decir distribuyendo las indemnizaciones en formas iguales o proporcionales, según las normas o estatutos, mediante una módica cuota que incluye los riesgos y los estrictos gastos de administración".[4]

[4] CABANELLAS Guillermo, Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual, Editorial Heliasta, Argentina, 2003, Pág. 498.

1.1.2. Collegia romanos

Por prelación de aparición histórica y sin carácter de exclusión, tomamos en cuenta a los "Collegia romanos", que era una asociación de socorro, en algunas ocasiones es para reparar todos los riesgos de la vida, financiadas con recursos propios mediante las aportaciones, y de ellas existían de carácter público y privado, este tipo de asociaciones fue trasplantada a todos los dominios del imperio romano.

1.1.3. La Gilda

Empero podemos fisonomizar, con el auxilio de la historia de esta institución que tiene un carácter religioso y asistencial, como lo señala el autor Francisco Villena como una "Institución germana de la Gilda, si bien la idea asociativa que ella representa se desdibuja entre factores tales como la asistencia, mutua defensa, protección". Probablemente, no existe una norma que sea una demostración objetiva del hecho de constituir un fondo común para afrontar una dificultad individual y colectiva como se menciona en el pasaje del Talmud.[5]

1.1.4. Cofradias

Esta institución, tiene una dirección e intenciones con fines religiosos y de caridad. Las cofradías gremiales son asociaciones de personas de un mismo oficio, bajo la egida de un santo, su desarrollo es enorme y con una fuerza impresionante; factores todos que en un momento dado conducen a prohibir su establecimiento con fuertes sanciones pecuniarias y corporales, tanto para los cofradales como para las autoridades de la institución. Podemos mencionar las cofradías gremiales de los "Tenderos de San Miguel de Soria" y la de "San Eloy de la Valencia", que lo caracteriza en el texto del Dr. Alfredo Bocangel Peñaranda, "En los estatutos de esta última se habla ya de los infortunios de enfermedad, muerte y cautividad, cuyas contingencias eran objeto de prestaciones económicas y asistencia espiritual, operando siempre a título de gracia y no

[5] "Los marinos pueden hacer entre ellos un convenio por el cual si uno de ellos había Perdido su embarcación por su culpa, no había obligación de darle otra. Si la perdió sin culpa, se le construirá otra. Si la perdió mientras iba a una distancia donde las embarcaciones no van ordinariamente, no habrá obligación de construirle Otra".

de un derecho del cofrade”.[6] Podemos advertir que en estos tiempos ya la sociedad civil como la iglesia se preocupaba por la gente y de lo que le pasaba en su andar, buscando la seguridad de su vida y en esta etapa la iglesia juega un rol muy importante.

1.1.5. Hermandades y Montepíos

Estas instituciones se establecen como socorros mutuos con caracteres muy amplios, tanto en lo que se refiere al grupo humano que protege, como al de las prestaciones, pues existían hermandades de toda clase de trabajadores y los beneficios que otorgaba eran muy simples.

A las hermandades siguen los montepíos, como una emergencia de la persecución y resistencia al reconocimiento de su funcionamiento legal, las hermandades habría sido causado por la multiplicación de cofradías y hermandades populares, como lo conceptualiza, Guillermo Cabanellas, “Nombre de ciertas cofradías, asociaciones y privilegio concedido por una comunidad religiosa a una o más personas para que participen así de determinados privilegios o gracias ; antiguamente, sociedad o compañía en materia de bienes, también , alianza , liga, unión o confederación”,[7] Y también los Montepíos resulta ser de naturaleza más formal que real, pero movidos por factores políticos que perseguían fines laicos, su estructura consta de asociaciones con carácter estrictamente mutualista, donde los asociados forman un patrimonio, para financiar la asistencia económica a favor de los que sufren infortunios como la vejez, muerte e invalidez, atribuyendo su administración a un grupo de personas de la misma asociación.

[6] BOCANGEL Peñaranda, Alfredo, Derecho de la seguridad Social, Fondo Editorial, I.C.A.L.P. La Paz Bolivia, 2004, Pág. 7
[7] CABANELLAS Guillermo, Diccionario Enciclopédico de derecho Usual, Editorial Heliasta, Argentina, 2003, Pág. 265.

1.2. ÉPOCA PRECOLONIAL

Bolivia como actual Estado Plurinacional, paso por diversas etapas en su desarrollo histórico, tiene y tuvo influencia de los periodos del pre incaico como lo dice el historiador Roberto Santos E. "El Tawantinsuyu es la última expresión política desarrollada en Los Andes. Hasta antes de la conquista española, los incas habían alcanzado a controlar una vasta extensión territorial, por el norte llegaba hasta el nudo montañoso de Pasto; por el sur, su influencia cubría Tucumán y el centro de la actual República de Chile; por el este, alcanzo los principios de las llanuras orientales; y por el oeste el limite era el propio Océano Pacifico".[8]

Según otro comentarista de la época como Guamán Poma de Ayala, menciona que en este periodo de los incas ya hubo una preocupación de las personas con ciertas discapacidades, abandonadas y de edad como dice, "En esta dicha calle se becitaua las mujeres y enfermas, cojas y ciegas, viudas, corcovadas, enanas, los quales tenían tierras y sementeras y casas y pastos da donde se sustentaua y comia y anci no tenía necesidad de limosna. Y las que podían trauajauan y las quew podían tenían marido y parian, multiplicauan. Y estas enfermas eran muy queridas e tenidas en mucho y anci no auian menester limosna ellas y las mejores trauajauan".[9] Con relación a este hecho podemos apreciar (ver anexo 1). Otro autor, el Inca Garcilaso de la Vega dice en el capítulo XI Leyes y Ordenanzas de los Incas para el Beneficio de los Vasallos, "La ley a favor de los que llamaban pobres, la cual mandaba que los ciegos, mudos y cojos, los tullidos, los viejos y viejas decrépitos, los enfermos de larga enfermedad y otros impedidos que no podían labrar sus tierras, para vestir y comer por sus manos y trabajo, los alimentasen de los depósitos públicos".[10] De estas concepciones podemos advertir que en ese tiempo en el imperio ya hubo una incipiente manera de seguridad social para con sus habitantes y estantes.

---

[8] CRESPO Alberto y otros, Los Bolivianos en el tiempo, La Paz Bolivia, Editorial Comunicaciones el País S:R:L:, 1995, Pág. 60
[9] POMA de Ayala Felipe Guaman, El primer Nueva Coronica y Buen Gabierno, Editorial Siglo Veintiuno, Mexico, 1988, Pag. 197.
[10] GARCILASO de la vega Inca, Comentarios Reales de los Incas, tomo II , Editorial Universo , Lima Peru, Pag, 70.

1.3. ÉPOCA COLONIAL

La llegada de los españoles a estos territorios marca un nuevo periodo, con una desestructuración de la organización estatal que se traduce en una drástica reducción demográfica, explotación del suelo, que beneficiaba a los encomenderos españoles, prestación de servicio doméstico en la casa del español, las mujeres fueron obligadas a trabajar sin paga en casa de los colonizadores, se mercantilizó los minerales que antes eran utilizados como objeto de culto al Inca y al Sol, y otros aspectos más.

El proceso colonial no fue uniforme, ni mucho menos, desde Juan Gines de Sepulveda, Bartolomé de las Casas, Francisco de Vittoria, las Ordenanzas preparadas por el Virrey Francisco de Toledo 1573, rematando finalmente con las ya conocidas Recopilaciones de las Leyes de indias 1680. Todo ello nos muestra un panorama sumamente enriquecedor sobre los avances y retrocesos del imaginario colonial y la condición general del indígena en un tiempo de tregua pactada, rupturas, quiebres e irrupciones violentas en la condición colonial.

Este trascendental debate estimuló el triunfo de los principios antiesclavistas de los indios, según el texto del Instituto de Investigación de Ciencias Políticas de la UMSA en el texto Historia Jurídica y Política de Bolivia, señala que tiene su fiel expresión en:

> *"1º La famosa carta de Isabel la Católica al gobernador de la Española, declarando a los Indios Vasallos libres de la Corona de Castilla.*
> *2° La cláusula del testamento de la misma soberana en que declara que no se consiente ni se dé lugar a que: los Indios y moradores de las dichas islas y tierra firme ganadas y por ganar reciban agravio alguno en sus personas y bienes debiendo ser justamente tratados y los agravios remediados los agravios recibidos.*
> *3° La Bula Veritas ipsa expedida por el Pontífice Paulo III (1537) que declaro a los indios seres racionales en los términos siguientes: Algunos ministros deseosos de satisfacer codicias y deseos afirman continuamente que los indios de las partes occidentales y los del mediodía, y las demás gentes que en nuestros*

tiempos han llegado a nuestra noticia, han de ser tratados y reducidos a nuestro servició como animales brutos, a Nulo de que son inhábiles para la fe católica.
4º Las Leyes de Indias que se dictaron reconociendo la capacidad jurídica de los Indios y otorgándolas la libertad como Vasallos de la Corona de España. Las Leyes de Indias contienen piezas de derecho que vale la pena ser tomada en cuenta. Sólo como ejemplo del marcado acento que se hacía en los usos y costumbres de los indios y su aceptación".
En la colonia la minería de la plata ocupó el lugar principal en la producción de minerales y fue intensamente explotada, el minera! exportado a Europa, contribuyendo al desarrollo de! capitalismo insipiente de ese continente. Así mismo, la agricultura se desarrolló bajo un régimen de explotación feudal obligando a los indios a pagar tributo por el uso de la tierra.

Los españoles describían a los indígenas bajo dos posturas opuestas, en una exaltaban a los indígenas como seres desdichados que necesitaban su ayuda civilizada para hacer de ellos gente de provecho, y la otra exageraban la bravura y salvajismo de los indígenas para resaltar su heroísmo. Las leyes de la administración española partían de que era necesario proteger al indígena por su inferioridad mental y moral, sin embargo el indio fue víctima de la codicia, de los instintos de dominio, de la explotación de los encomenderos, de los curas y autoridades españolas.

Durante la colonia se impuso el nombre de comunidad al Ayllu,[11] o la Marka y otras unidades originarias empadronándolas para efectos tributarios. Pero este cambio de nombre no modificó las relaciones sociales al interior del mismo. El trabajo gratuito fue el primer tributo exigido a los vencidos, se instituyó la mita minera que constituía un tributo en trabajo temporal impuesto a los ayllus.

En 1573 el Virrey Francisco de Toledo suscribió una capitulación con el Cacique o Kuraca Juan Colque Guarachi por la cual 16 comunidades, comprendiendo 139 ayllus se comprometieron a enviar por turnos a los hombres entre 18 y 50 años a las minas de

[11] El Ayllu es un modelo de organización social y su vigencia abarca a casi todos los pueblos indígenas de la región Andina se constituye en modelo por que es Jhata, la semilla de donde germino la civilización y las estructuras políticas andinas como el Tawantinsuyu. El Ayllu que equivale a una familia (Ali) es hasta hoy la unidad con la que se conforma nuestros tejidos de organización social y política.
TICONA Alejo Esteban, Los Andes Desde lo Andes, La Paz Bolivia , 2000, Edit. YACHAYWASI, Pág. 152.

Potosí por un periodo de un año, cada seis años de su vida, para trabajar en tres puntas semanales, recibiendo a cambio protección, doctrina, salud, y justos jornales. La gran rebelión de Tupak Amaru en 1780-1782 fue masiva por su participación y extensión, fue una actividad bien coordinada desde tierras altas de Perú de la zona del Cusco hasta tierras altas de norte Argentina siendo una revuelta policlasista y policastiza bien dirigida que proponía el establecimiento de una zona autónoma bajo control de las clases locales . Los pueblos indígenas como los aymarás tuvieron que pagar tributos a los españoles para conservar sus usos, costumbres, en los Ayllus y markas, la salud se lo mantenían a través de la medicina tradicional, que era cultivado por el sabio o el *yatiris*,[12] asimismo por los *kolliris*,[13] los *Kallawayas*,[14] estos últimos eran médicos originarios que recorrían los distintos pueblos de la parte andina.

En suma, podemos advertir que los movimientos indígenas originario campesinos en este periodo lucharon constantemente por hacer prevalecer sus usos y costumbres su cultura y sus manifestaciones sociales médicos y de salud comunitaria; pero todo ello fue avasallado por la normativa española. Todos los usos y costumbres de los aymarás y de otras nacionalidades, en esta época pasaron a la sombra esto quiere decir que todas sus manifestaciones culturales lo hacían en la clandestinidad para conservarlos, de esa manera sobrevivieron hasta nuestros días.

1.4. ÉPOCA REPUBLICANA

El nacimiento de la República de Bolívar en 1825, tuvo que aparejar consigo una serie de cambios institucionales. Estado, sociedad y economía debían reordenarse bajo la lógica del liberalismo clásico de la época, todo esto combinado con la continuidad del

---

[12] Una capacidad extraordinaria de relación con los seres superiores y los principios del bien, mientras que el Laika es que esta involucrado con el mal; los yatiris son un componente esencial para el bienestar de la comunidad y tiene un pleno reconocimiento público y social.
PODER JUDICIAL Justicia Comunitaria, Sucre Bolivia, 2003 , Edit. Tupak Katari, Pág. 104

[13] Curandero Aymara, El Medico kolliri no puede ser cualquiera sino un predestinado, debe ser también sacerdote, pues toda curación resultaría ineficaz, si no interviniese en ella la divinidad invocada por sus ministros.
MONTAÑO Aragon Mario, Diccionario de la Mitología Aymara, Edit. CIMA La Paz Bolivia, 2006, Pág. 498

[14] En Paris el 7 de noviembre de 2003, la UNESCO proclamo la ciencia y cosmovisión del pueblo Kallawaya como Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad. Fue un momento de verdadera mutación: considerado una figura oscura, el hechicero perseguido por los extirpadores de las idolatrías del siglo XVI y hostigado por las autoridades bolivianas hasta fines del siglo XX, se convierte repentinamente en un arquetipo. Esta metamorfosis de los religiosos médicos y herbolarios, asentados en los valles próximos a la cordillera de Apolobamba, en la provincia Bautista Saavedra al norte del departamento de La Paz, es el fruto de un triple proceso que simboliza claramente los avances logrados por los pueblos indígenas de Los Andes. LOZA Carmen Beatriz, Kallawaya, Editorial Taller Sagitario, La Paz Bolivia, 2004, Pág. 11

colonialismo. El dominio de saber relativo al control social y penal se establece bajo una nueva dimensión política.
La elaboración de una Constitución Política del Estado y la posterior codificación fueron el resultado necesario pero no inevitable de un proceso donde las ideas de la Ilustración y la Enciclopedia dieron la matriz ideológico jurídica a los revolucionarios ilustrados de los siglos XVIII y XIX.

El proceso codificador iniciado por Bolívar encontró su mayor resonancia en el gobierno del Mariscal Andrés de Santa Cruz. Mirando Europa, se trató de hacer códigos ladinos, y aun así se lo hacía contra la realidad, sin los indios contra los indios.

El largo siglo XIX nos muestra algunos datos relevantes: la Ley de Ex vinculación, la guerra del Pacífico, el surgimiento del Partido Liberal, el cambio de eje Político-económico de Londres a Estados Unidos y la rebelión indígena encabezada por Zarate Willca. Estos hechos clarifican el síntoma social de la época.

El Partido Liberal tenía una presencia política representativa en Oruro. Precisamente en esta ciudad plaza fuerte del liberalismo en esa época, la corriente teórica dominante en las aulas universitarias era liberal, Adolfo Mier era catedrático de la Universidad de San Agustín fundada en 1892, así que gran parte de los juristas que fungen como abogados de defensa, de acusación, de jueces o como procuradores tienen una militancia definida y con ello se abren simpatías y antipatías con respecto a los indígenas.

Procedimiento semi formal. Un ejercicio de autonomía judicial frente a un Estado inexistente o con fuerte vacío de poder al momento del conflicto, o más bien la expresión de una violencia racionalizada desde la memoria histórica y el ejercicio continuo de formas judiciales indígenas no desaparecidas hasta ese momento. Con este hecho se comprobó que pese a múltiples intentos por destruir los usos y costumbres de los indígenas estos aún estaban en funcionamiento con sus propias características que

surgían en momentos de sublevación al margen de la justicia ordinaria. Si bien marcó una fecha importante para Bolivia; no así para el indio:[15]

> *"Bolívar, desde el Perú ya comenzó a legislar, sobre todo en materia económica, pretendiendo entregar a la raza indígena las tierras de las cuales estaba en posesión pero no en propiedad, y suprimiendo la contribución indigenal que por su origen significaba un oprobio sobre esa raza vencida. Los proyectos de Bolívar así generosos como fueron, se quedaron escritos, pues eran de imposible aplicación en un Estado como era el recién constituido de Bolivia en el cual la revolución no fue otra cosa que un cambio de títulos y etiquetas quedando intacta la constitución socio económica de tipo feudo-colonial que casi persistió hasta nuestros días".*

Además se refrendó los decretos de Bolívar suscritos en Trujillo y el Cuzco en 1824 los cuales no se llevaron a la práctica. El Acta de la Independencia no significo, en los hechos, la liberación del indio, aunque si implicó una modificación de la estructura y organización del Estado. Se rompió la dependencia a la Corona española en la administración del Estado. Sin embargo pese a los importantes cambios jurídicos que implicó la independencia, fue durante el gobierno del Mcal. Andrés de Santa Cruz que se implemento la primera codificación de las leyes. Las cuales fueron en desmedro de la clase indígena.

1.4.1. La guerra del Chaco (1932-1935)

En las arenas candentes del Chaco, los que entraron en batalla y brindaron su vida fueron los indígenas que en su gran mayoría se dirigieron de los distintos puntos del país, del altiplano los aymarás, de los valles los quechuas del oriente o de los llanos los guarayos, los matacos y otros; para defender un territorio que desconocían. Así mismo los otros grupos citadinos, su participación en la contienda bélica era de intereses de clase de grupo.

[15] VASQUEZ , Machicado, Humberto y otros, Manual de Historia de Bolivia, Edit. GISBERT Y CIA S.A. 1994, Pág. 337.

"La sociedad boliviana de 1930 seguía siendo en muchos aspectos la misma que la que había sido en 1825. A pesar del dramático crecimiento de la urbanización, la minería y el movimiento laboral desde 1900, la mayoría de la nación aún seguía perteneciendo al sistema agrario latifundista de la Colonia. Antes de 1932 esta clase media había sido servicial a los intereses de la oligarquía que la ecuaciónaba a sus propios intereses, y daba a la oligarquía su esencial obediencia y apoyo político.

Pero bajo el impacto de la Guerra del Chaco la clase media descubrió una divergencia de intereses entre ella y esa histórica dirección. También vendría a re-evaluar su allegamiento a las 300.000 personas que formaban la fuerza laboral de Bolivia que había establecido la base de la parte industrializada y urbana de la nación".[16]

Alcides Arguedas, el historiador del melgarejismo, también hacendado feudal, se complacía en hacer esta definición del pongo, en su libro Historia Genera! de Bolivia. "Un pongo es el ser más parecido a un hombre; es casi una persona, pero pocas veces hace el oficio de tal; generalmente es cosa, es algo menos de lo que los romanos llamaban res. El pongo camina sobre dos pies porque no le han mandado que lo haga de cuatro; habla, ríe, come y más que todo obedece; no estoy seguro si piensa; pongo es sinónimo de obediencia; es el más activo, más humilde, más sucio y glotón de todos los animales de la creación".

Efectivamente, a esa calidad humana había degradado a los comunarios el melgarejismo, mediante el sistema de haciendas. Y en esa forma, Bolivia fue convertida en un país de pongos. Y los hacendados también se degradaron a ese sistema, ya que vivían como los pongos.

Pero, además, el Gobierno de Salamanca precipitó la Guerra del Chaco, para calmar el ascendente movimiento social. Es decir que la guerra fue utilizada para sofocar al

[16] KLEIN, Herbert, Orígenes de la Revolución Nacional Boliviana, La Paz Bolivia 1987, Edit. Juventud, Pág. 189.

movimiento campesino y sacar del campo a todos los dirigentes indígenas y en particular a la juventud del medio rural: para llevarlos a primera fila del campo de batalla, para que allí fuesen diezmados, como lo fueron efectivamente; una vez más utilizaron a los indígenas para sus intereses egoístas.

Eran, llevados a la contienda sin el menor entrenamiento y con el único objetivo de que dejasen blanqueando con sus huesos un territorio que jamás había conocido. "En esa guerra murieron alrededor de 45.000 campesinos jóvenes y los considerados cabecillas fueron fusilados antes de entrar a la campaña o en ella, como se puede advertir la masa campesina o indígena es la que brindara su vida en las grandes transformaciones de la vida institucional de Bolivia".[17] La guerra con Paraguay recayó básicamente sobre la población indígena del país, que era llevada a la contienda sin entrenamiento y la masa indígena es la que brinda su vida.

1.4.2. La Revolución de 1952

La revolución del 9 de abril de 1952 marca un hito trascendental para Bolivia y para develar los movimientos indígenas y otros es así que algunos autores como Herbert Klein señala que la clase dominante se encontraba atravesando momentos difíciles.

> *"Las fuerzas de la élite económica se encontraban relativamente de capa caída en el momento de la revolución, de la misma forma que se había debilitado buena parte de su poder político.*
>
> *Los nuevos dirigentes movimientistas se encontraron con control político absoluto del país en un momento en que la élite era económicamente débil y no podía oponerse a las reformas sociales y económicas fundamentales. La larga y recia oposición: de la oligarquía a su llegada al poder durante el Sexenio había; terminado eliminando toda oposición política de consideración al MNR incluso había puesto al ejército en una situación tal que éste prefirió autodestruirse que ver la victoria del MNR. Los tres días de lucha armada entre los civiles y mineros por un lado y el ejército por otro habían desembocado en el derrumbe*

[17] ANTEZANA Luis, Proceso y sentencia a la Reforma Agraria en Bolivia, Editorial Puerta del Sol, La Paz Bolivia, 1979, Pág, 50

de los militares. Este fue el acontecimiento realmente conmovedor de abril de 1952 en ese momento quedó derrotado todo el aparato represivo del estado. La distribución generalizada de armamento a las masas populares, la creación de las milicias urbanas y campesinas, la neutralización de la policía,, todo ello contribuyó a transformar la realidad política, económica y social boliviana mucho más allá de las esperanzas más optimistas de la dirección del MNR.

Pues Bolivia, típico estado racista en el que el campesinado indio de. habla no castellana estaba controlado por una pequeña élite blanca de había castellana, se basaba en último término en la violencia más que en el consenso o el pacto. Entre el tercio de la población que formaba parte de la cultura nacional hispánica y que intervenía en la política existía un consentimiento relativamente -elaborado; pero sólo la violencia podía fraguar la unión entre aquel tercio y las masas indias. Una vez neutralizada esa violencia institucional y los campesinos consiguieron armas, todo el sistema quedaría patente. Además, una vez que los obreros con conciencia de clase también obtuvieron armas, fue una tarea difícil mantener los sistemas tradicionales incluso en las zonas urbanas.

Así pues, por más limitados que fueron los objetivos de los jefes más moderados todavía en abril de 1952, la realidad del derrumbe del estado y el armamento de las masas populares y de sus dirigentes significó que el producto final sería una revolución social masiva. Los revolucionarios a regañadientes como algunos los han llamado, se vieron así lenta e inexorablemente forzados a formular una reorganización total de la sociedad boliviana".

Donde se plantean cuatro grandes reformas Nacionales esto se dio con la participación de las grandes mayorías de Bolivia que fueron los campesinos , obreros y otros, que constantemente lucharon a lo largo de la historia por sus reivindicaciones de tierra, justicia e igualdad; estas reformas son:

a) El voto universal, donde se busca que todos los bolivianos hombres y mujeres tengan derecho al voto, “El voto universal fue una consecuencia lógica en el marco de una Revolución de corte policlasista e integradora. Se concedió el

derecho al voto (decreto del 21 de julio de 1952) a todos los bolivianos mayores de 21 años (de 18 años siendo casado) cualquiera sea su sexo, instrucción, ocupación o renta".[18]

b) Nacionalización de las minas, con esta medida se pretendió eliminar al superestado que estaba compuesto por el poder económico de los barones del estaño: Patiño, Hoschild, y Aramayo y crear una corporación minera de Bolivia. La nacionalización revertía al Estado todos los bienes yacimientos, e instalaciones de las tres grandes empresas: Patiño, Hoschild y Aramayo.

   "Para la administración de las minas del Estado creó la Corporación Minera de Bolivia COMIBOL que comenzó su gestión con graves desventajas, escaso capital de operación y sobre todo maquinaria ya obsoleta y muchas vetas en franco descenso de producción o simplemente agotadas. Los precios del estaño bajaron considerablemente entre 1951 y 1955 lo que determinó una sensible disminución de la producción, que descendió de 26,000 toneladas anuales en 1952 a 22,400 toneladas en 1956, nuestra producción representaba el 18.7% de la producción mundial, en 1964 producíamos el 16.5% de la producción mundial".[19]

c) Reforma Agraria, La revolución del 52 tuvo un gran avance para los indígenas en la forma de liberación de los patrones hacendados, logrando obtener un poco de tierra y los que legalizaron sus grandes extensiones de tierra fueron los terrateniente como lo afirma el analista, Luis Antezana, y dice asimismo de "La revolución agraria de 1953, los campesinos habían destruido toda la estructura de la propiedad feudal del suelo ; la tierra de hacienda y la tierra del pegujal y la sayaña, y habían tomado tierras, formando granjas campesinas y estableciendo así una nueva estructura de propiedad agraria ; la capitalista campesina".[20]

d) Reforma Educativa, Con la Revolución del 9 de abril, se logra otro hito importante relacionado con la educación boliviana ya que hasta entonces, solo la minoría tenía acceso a la educación y no así las grandes mayorías de este país como son los indígenas y los pueblos originario campesinos, "En 1953 se creó la

[18] DE MESA Gisbert José y otros, Historia de Bolivia, Editorial Gisbert, La Paz Bolivia 2007, Pág. 500
[19] DE MESA Gisbert y otros, Historia de Bolivia, Editorial Gisbert, La paz Bolivia, 2007, Pág. 499
[20] ANTEZANA Luis, proceso y sentencia a la Reforma Agraria en Bolivia, Editorial Puerta del Sol, La Paz Bolivia 1979, Pág. 93

Comisión Nacional de Reforma Educacional y en 1955 se dictó el Código de Educación que determinó modificaciones sustanciales en la estructura educativa boliviana, básicamente se concebía cuatro niveles educativos. La educación regular a través del ciclo pre-escolar, primario, secundario, vocacional, técnico y universitario, la educación de adultos, la educación de rehabilitación y finalmente la educación extra escolar y de extensión cultural".[21] Como podemos advertir estas reformas o hitos importantes para nuestra nación fueron muy importantes, porque sus habitantes y estantes van logrando grandes conquistas ya en su organización, en lo social, cultural y otros.

1.5. LAS REFORMAS DEL 94

Bolivia el año 1994, con el gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada entra en una etapa trascendental de transformación económica de corte neoliberal, en la que regula la vida social, cultural y político y de salud es el mercado, la libre oferta y demanda, donde el sector privado es el que desarrolla la mayor parte de las actividades, y podemos indicar que la Constitución Política del Estado en las disposiciones generales, en el Art. 1º ya se toma en cuenta que Bolivia es multiétnica y pluricultural , adopta para su gobierno la forma de modelo neoliberal, del libre mercado, y el Estado boliviano, el primer cambio es del artículo 1º que menciona ; "Bolivia libre, independiente, soberana multiétnica y pluricultural, constituida en República unitaria, adopta para su gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unión y en la solidaridad de todo los bolivianos",[22] se redujo la edad de ciudadanía de 21 a 18 años, se introdujo las diputaciones uninominales y plurinominales, el mando de presidente ,paso de cuatro a cinco años, y hay una sola reelección de mandato, se crea el tribunal constitucional, el consejo de la judicatura y el defensor del pueblo. Se aprueban otras leyes como la forestal, código de minería ley de banco central, la ley de medicamentos, ley de discapacitados, se reforma la ley tributaria, y otras leyes.

[21] DE MESA, Gisbert José y otros, Historia de Bolivia, Editorial Gisbert, La Paz Bolivia 2007, Pág. 500

[22] LAZARO Barcaya Heriberto y otro, Constitucionalismo Boliviano, fondo Editorial de los diputados, La Paz Bolivia, 2006, Pág. 343.

1.6. EL GOBIERNO DE EVO MORALES

Antes de que asuma el poder Evo Morales Ayma el año 2005, tuvo que pasar, muchas actividades político sociales, como las manifestaciones de febrero y octubre del 2003, donde las clases sociales de la ciudad del Alto, los cocaleros del chapare, van ha desafiar al sistema político y al gobierno de entonces de corte neoliberal, y es en ese sentido que se presentan a las elecciones del 2005, donde sale victorioso el partido del MAS "El proceso electoral de diciembre fue distinto a los anteriores. Los viejos partidos llegaban deslegitimados, ya habían sido derrotados en las municipales de 2004. La candidatura de Evo morales del MAS, acompañado por Álvaro García Linera intelectual ex miembro del EGTK, representaba la insurgencia indígena, la recomposición de la izquierda y la acumulación del sindicalismo cocalero y gremial".[23]

Podemos indicar que el actual gobierno asume otra vez el poder, en elección de referéndum el 2 de julio del 2006.

1.7. ANTECEDENTES DEL DERECHO DE LOS PACIENTES

En la antigüedad clásica cuando primaba una ética marcada por el respeto de la "physis", de la naturaleza, el médico aplicaba una ética de la filantropía cuyo supremo objetivo es el bien del paciente, que éste profesaba en el sentido sacerdotal del término.

Principios clásicos como el de no maleficiencia (primun non nocere) han sido guías permanentes desde la medicina hipocrática en la actitud manifestada de los médicos para la defensa de los Derechos de los Pacientes.

Al respecto cita el Juramento Hipocrático: Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que se dirigían a la administración de

[23] MESA Gisbert Carlos, Historia de Bolivia, Editorial Gisbert y Cia, La Paz Bolivia, 2007, Pág. 616

venenos, ni induciré a nadie sugestiones de tal especie, que me abstendré igualmente de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla. Guardaré secreto acerca de los que oigan o vea en la sociedad y no sea preciso que se divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber en semejante caso.

Durante veinticinco siglos este modelo marcaba la relación médico paciente, aquí el médico aplicando el principio de "No maleficiencia", indicaba a su paciente que es lo que debía seguir o no hacer, de la misma forma que el padre aconseja a su hijo el buen camino a seguir. Este tipo de relación marcó el modelo "Paternalista" donde el enfermo no tenía ningún tipo de participación en el tratamiento seguido para curar su enfermedad. Luego de muchos siglos de aplicación empezó a insinuarse poco a poco pero con evolución muy firme un cambio de este modelo. Se comenzó a reconocer al hombre sus Derechos Civiles, y luego con el correr de más años, su Derecho como Paciente. Esta evolución que inicia su comienzo con la Revolución Francesa, cuando la Asamblea Nacional Francesa reconoce los Derechos del Hombre y del Ciudadano, marca el comienzo del cambio hacia lo que hoy conocemos y aplicamos como principio de Autonomía, o de Libertad del paciente que le permite tomar decisiones junto con su médico en el proceso terapéutico empleado para tratar su dolencia.

A partir de los años 60 y como consecuencia de los cambios sociales de post guerra, la defensa de los Derechos Humanos, y las consecuencias del Juicio de Nuremberg, con la aparición de los movimientos reivindicativos de usuarios y de abogados, se instala un nuevo modelo de contrato en la Relación Médico Paciente, que reemplazara la relación clásica arriba descrita. Comienza en los países anglosajones, inspirados en la filosofía de Locke, de Mill, y también con el agregado de algunos aspectos de la de Kant. Aparecen también una gran cantidad de trabajos bioéticos, basados en el principio de " Autonomía de las Personas".

Aquí es bueno recordar las palabras del Español Gracia Guillén cuando dice" La no maleficiencia es una versión del clásico principio de justicia y las cuestiones de no maleficiencia y justicia son previas a la autonomía de las personas".

Este segundo nivel es un principio doble, que es autonomía- beneficencia, porque no se puede hacer el bien a nadie en contra de su voluntad, y por esa razón habría, que decir que no hay beneficencia sin autonomía.

Hay un tercer modelo, que plantea la relación como una asociación, convierte al médico en un consultor, con la función de ayudar al paciente a ayudarse a si mismo.

Pellegrino propone así el principio de la integridad debe sustituir al de autonomía porque la integridad es un asunto de existencia, atributo de todos los seres humanos, que no admite grados ni se puede perder.

Gragnolini plantea que la praxis médica tiene que ser el ejercicio de la reciprocidad, acción recíproca en la que son dos individuos implicados y no meramente uno, un sujeto conocedor y sapiente (el médico) frente a un objeto conocido e instrumentado (el paciente).

CAPITULO II

2. DIAGNOSTICO DEL DERECHO A LA SALUD, A LA SEGURIDAD SOCIAL Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

2.1. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

2.1.1. Concepto del derecho a la protección de la salud

La afirmación de un derecho a la protección de la salud en las constituciones y los instrumentos internacionales de derechos humanos se produce en fechas relativamente tardías. En el modelo de protección de la salud del Estado liberal europeo decimonónico, el Estado se desentendía de la protección de la salud de los individuos y únicamente se ocupaba globalmente de la salud pública (saneamiento, epidemias, etc.). Las personas accedían a las atenciones médicas según su capacidad para pagarlas, lo que suponía la virtual exclusión de la mayoría de la población de los cuidados médicos o de una atención mínima. Las únicas medidas de protección general pasaban por medidas de "beneficencia", bien por parte del Estado o bien privadas.

Por contraste, uno de los aspectos destacados de las políticas del "Welfare State" ha sido la participación del Estado en la promoción y protección de la salud de la población, mediante la extensión de sistemas públicos de salud y mediante el progresivo reconocimiento y positivación de un derecho a la protección de la salud. El derecho a la protección de la salud –así como otra serie de derechos conexos- será recogido tanto en las constituciones como en distintas declaraciones de derechos. Del mismo modo, un sensible incremento el gasto público permitió una considerable expansión tanto de los beneficiados como de las prestaciones. Estos fenómenos expansivos sin duda tuvieron una traducción en una importante mejora de la salud de la población, si nos atenemos a los indicadores con los que habitualmente son realizadas las comparaciones. Pero además han supuesto un efecto redistributivo y equilibrador con respecto a la renta.

Se habla en general de “derecho a la protección de la salud”, pero la propia denominación de este derecho y, por consiguiente, su concepto, su significado, su alcance normativo, las técnicas jurídicas para su protección, distan de estar claros y de suscitar un mínimo consenso. Así, se ha podido hablar, como mínimo, de un “derecho a la salud”, de un “derecho a la asistencia sanitaria”, de un “derecho a la protección de la salud”, “derecho a gozar de un nivel adecuado de salud”, “alto nivel de protección de la salud humana” o incluso, paradójicamente de expresiones en apariencia tan contradictorias entre sí como el “derecho al máximo nivel posible de salud” o el “derecho a un mínimo decente de asistencia sanitaria”. Tomadas en su formulación estricta, cada una de ellas tendría un significado y un alcance muy diferente. Pero también es cierto que en las distintas declaraciones se podrían encontrar algunos elementos relevantes para su análisis: a) derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar; b) derecho a la asistencia médica y servicios sociales necesarios; y c) derecho a seguro de enfermedad (para afrontar la enfermedad en la medida en que supone una pérdida de los medios de subsistencia –trabajo- por circunstancias independientes de la voluntad).

Quizá en lo primero que hay que reparar es si cabe hablar de “derecho a la protección de la salud” –o cualquiera de las otras alternativas- o de “derecho a la salud”. Aunque es habitual hablar de “derecho a la salud”, se ha criticado que, entendido estrictamente, no tendría sentido al venir a significar como mínimo un “derecho a no estar enfermo”, lo que está fuera de las posibilidades jurídicas. Es decir, este derecho no puede garantizar un resultado que está fuera del alcance humano, sino la utilización de ciertos medios para la protección de la salud.

En cualquier caso, la hipótesis que mantendremos sobre el concepto del derecho a la salud se expresa en los siguientes cuatro puntos. Todo ello tendrá consecuencias en –y se desarrollará en el tratamiento del fundamento, la estructura jurídica y la garantía de este derecho:

1º. Frente a las teorías negadoras de este derecho, es posible hablar de un derecho a la protección de la salud, con lo que se quiere decir que este derecho:
    a. tiene sentido conceptualmente y
    b. está justificado.
2º. El derecho a la protección de la salud es un derecho complejo en cuanto expresa una serie de elementos diferentes y conectados, entre los cuales están al menos:
    a. el derecho a no ser dañados en nuestra salud por terceros, sean públicos o privados,
    b. el derecho a que el Estado promueva una serie de medidas y políticas de protección y promoción de la salubridad pública, medio ambiente y seguridad que crean las condiciones para que la salud de los individuos no se vea amenazada y
    c. el derecho a la asistencia sanitaria
3º. El derecho a la protección de la salud no se identifica meramente con un "derecho negativo" a que no sea dañada nuestra salud. Así pues, sería posible distinguir entre una vertiente negativa y una vertiente positiva del derecho a la protección de la salud.
4º. El derecho a la protección de la salud no se identifica con un derecho a la asistencia sanitaria, aunque éste sea una parte fundamental del mismo.

Las ventajas de identificar el derecho a la protección de la salud con el derecho a la asistencia sanitaria son de dos tipos, puesto que:

— permite:
    - definir claramente el alcance del derecho y
    - hasta cierto punto, definir las medidas para su protección y
— permite postular este derecho sin necesidad de optar por un concepto de "salud" que sería de difícil definición.

Estas aparentes ventajas quedan difuminadas, puesto que:

— si es cierto que mediante esta configuración se puede acotar el problema, no está claro que esto permita determinar el "mínimo protegido" por el derecho (al menos sin acudir a una definición de "salud", que es otra de sus presuntas ventajas) al tiempo que, limitar el "derecho a la protección de la salud" a un "derecho a la asistencia sanitaria" no ofrece mejores posibilidades de garantía del derecho ya no en caso de incumplimiento individual, sino de abstención general de los poderes públicos, o lo que es lo mismo, queda en pie el problema de las garantías
— es cierto que no tener que optar por establecer una definición de "salud" podría ser ventajoso habida cuenta de las dificultades que esto ofrece, sin embargo, no parece fácil –como se ha sugerido- que se pueda determinar un mínimo protegido sin apelar a algún concepto mínimo de salud, pues siendo cierto que algunas teorías de la justicia propuestas desde el liberalismo igualitario (J. Rawls) han optado por no elaborar una teoría de las "necesidades básicas" que señalen un nivel mínimo, para centrar la cuestión en los deseos y preferencias del agente con la intención de proteger su autonomía incluso en versiones de defensa de un derecho a la salud que se inspiran en Rawls, como la de N. Daniels, parece difícil prescindir de este concepto, al tiempo que
— desde otras propuestas provenientes del liberalismo igualitario, se ha impugnado esta vía (C. Nino, A. Sen), defendiendo la necesidad de utilizar ese concepto (o el de capacidades básicas en caso de Sen) como requisito precisamente para garantizar la autonomía.

Además, la propuesta de limitar el derecho a la protección de la salud a un derecho a la asistencia sanitaria tiene inconvenientes, puesto que hablar de "derecho a la asistencia sanitaria" como un derecho que agota el "derecho a la protección de la salud" propone implícitamente un concepto de salud (lo que nuevamente relativiza la presunta ventaja expresada en, un concepto de salud que además, sin más matices, podría ser:

a) restrictivo, en la medida en que aproxima “salud” a “ausencia de enfermedad”, pues desconoce la conexión de la asistencia sanitaria con otro tipo de prestaciones (referidas, por ejemplo a enfermos crónicos),
b) descontextualizado, porque identifica protección de la salud con asistencia sanitaria y con ello desconoce otros elementos fundamentales de las estrategias sanitarias, como es la salud preventiva o incluso la salud pública, y
c) desconocedor de la conexión directa de la protección de la salud con otras instituciones y bienes que no se reducen al ámbito del sistema de asistencia sanitaria, como es el medio ambiente no (excesivamente) contaminado, calidad de la vivienda, etc.

2.2. EL FUNDAMENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: TEORÍAS DE LA JUSTICIA Y DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Defender que es posible hablar –frente a teorías negadoras- de un derecho a la protección de la salud, quiere decir dos cosas: que tendría conceptualmente sentido hacerlo desde un punto de vista jurídico y en segundo lugar que estaría justificado hacerlo, atendiendo a consideraciones metajurídicas. De alguna forma, estos dos planos representan dos formas de responder a la pregunta de si existe un derecho a la protección de la salud. La pregunta, así formulada, parece un poco imprecisa y quizá poco relevante. Sin embargo, sí que tiene relevancia cuestionarse si tiene conceptualmente sentido hablar de un auténtico derecho a la protección de la salud (más allá del hecho de que distintas constituciones y declaraciones internacionales de derechos hablen del mismo) o, en otro plano, si hay una pretensión justificada que pueda dar lugar al establecimiento de un derecho.[24]

[24] LEMA AÑÓN, C., Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social, Madrid, Dykinson, 2009.

2.2.1. Las negaciones de un derecho a la salud: la propuesta "libertaria"

Una respuesta radical a estas cuestiones consiste en negar que el derecho a la protección de la salud esté justificado. Las posturas de este tipo suelen sostener bien alternativa, bien cumulativamente, dos tesis:

a) que no es conveniente o no está justificado hablar de la salud en términos de derechos; y
b) que en todo caso el derecho a la protección de la salud no se trataría de un derecho autónomo, sino que formaría parte de otros derechos pues consistiría únicamente en un derecho a que nuestra salud no sea dañada por terceros (empezando por el Estado), por lo que no sería en ningún caso un derecho autónomo sino que formaría parte de o sería otra forma de hablar del derecho a la vida y a la integridad o en un derecho a adquirir libremente asistencia sanitaria de terceros dentro de las leyes del mercado.

Sin duda, las propuestas más extremas en cuanto a la negación de un derecho a la protección de la salud han venido inspiradas en las propuestas "libertarias" de autores como Robert Nozick. Ésta es desde luego la perspectiva de un influyente autor como es T. Engelhardt y que, como veremos, niega que se pueda hablar de un derecho a la protección de la salud.

Desde este punto de vista, pues, el derecho a la protección de la salud sólo podría entenderse en el sentido anteriormente visto en el punto b) en sus dos versiones: como un derecho a no ser dañado o como un derecho a adquirir servicios sanitarios. O, lo que es lo mismo, que no existe un derecho a la protección de la salud, sino los derechos de libertad y propiedad (incluyendo la propiedad sobre el propio cuerpo). Si el individuo es propietario soberano de su cuerpo, puede decidir cómo lo trata, qué parte de su renta está dispuesto a dedicar a su cuidado y, en otro sentido, qué servicios médicos está dispuesto a proporcionar a otros y a qué precio. Pero en cualquier caso, el Estado nada tiene que

decir aquí, puesto que el ámbito de la justicia viene definido por los procesos de apropiación de las cosas y por la no violación de los derechos de libertad y propiedad y el hecho de que una persona caiga enferma es una incidencia ajena a esta cuestión que, por supuesto, no otorga ningún derecho de asistencia y mucho menos si ello implica la apropiación coactiva de recursos ajenos.

2.2.1.1. La salud como lotería natural: la propuesta de T. Engelhardt.

T. Engelhardt ofrece una versión más sofisticada de este argumento. Para Engelhardt la propia idea de los derechos como reclamos frente a terceros se sitúa en el plano de la justicia. Suponer que existe un derecho a la protección de la salud, significa suponer que existe un imperativo de justicia relativo a la salud. Pero entonces, eso vendría a ser equivalente a suponer que la enfermedad es una injusticia, lo que niega tajantemente. Por el contrario, la salud o la enfermedad es una cuestión de azar o de suerte: será una cuestión de mala suerte, pero no de injusticia. Habría una lotería natural (así como una lotería social) pero no se puede decir que sus resultados sean un problema de justicia.

La crítica a la tesis de Engelhardt puede hacerse desde dos puntos de vista: a) cuestionando que la salud (o su ausencia) se pueda atribuir en realidad (siempre) a una lotería natural y b) cuestionando la relevancia de su delimitación del campo de la justicia, es decir, que incluso circunstancias debidas al azar no puedan tener relevancia en el discurso moral. Y es que con respecto a lo segundo, bien podría afirmarse que injusticia no es padecer una determinada enfermedad, sino padecer una enfermedad que con un reparto más igualitario de los recursos se habría podido evitar.

2.2.1.2. El deber de beneficencia: la propuesta de A. Buchanan

El deber de beneficencia es la alternativa que Allen Buchanan ofrece a una negación tan rotunda del derecho a la asistencia sanitaria. Buchanan también rechaza la existencia de un derecho a la asistencia sanitaria. Lo hace además con la idea de que si existiese o se reconociese un derecho a la asistencia sanitaria, éste sería virtualmente ilimitado. Ésta

parece ser en el fondo la preocupación que late en su propuesta. Su propuesta no es estrictamente libertaria: aun compartiendo muchos de sus puntos de vista, su principal argumento estriba en las dificultades de las aproximaciones basadas en derechos. Sí coincide con Engelhardt, en cambio, en situar las pretensiones en materia de cuidado de la salud fuera del ámbito de la justicia (y fuera del ámbito de los derechos) y reconducirlas al ámbito no de un derecho a la protección de la salud, sino de un cierto deber de beneficencia que justificaría un mínimo grado de asistencia sanitaria, pero en ningún caso una pretensión moral o jurídica virtualmente ilimitada respecto a la asistencia sanitaria. El carácter voraz del derecho a la protección de la salud se trata de un argumento muy a tener en cuenta y sobre el que volveremos.

2.2.2. Utilitarismo y derecho a la protección de la salud

En el ámbito que nos ocupa el utilitarismo ha sido una concepción sobre la equidad en la sanidad muy extendida entre los teóricos de la salud comprometidos con el Estado del bienestar. No obstante, aun siendo una teoría de la justicia en el ámbito social, es discutible que el utilitarismo pueda proporcionar una base para la fundamentación de los derechos y en nuestro caso del derecho a la protección de la salud. Pero, en cualquier caso, no sería tan importante aquí valorar la capacidad del utilitarismo para fundar derechos –que ni siquiera parece ser su pretensión- como evaluar sus méritos como teoría adecuada para proporcionar criterios de equidad en las políticas públicas de protección de la salud.

Para el utilitarismo, las políticas sanitarias más adecuadas serían las que lograsen maximizar la suma de los estados de salud de los individuos (que en este caso sería equivalente al bienestar o la utilidad). Comparar dos políticas sanitarias alternativas podría hacerse a partir de la comparación de sus respectivas consecuencias en cuanto al bienestar o utilidad (el nivel de salud) agregado, entendido como la suma de los estados de salud de los individuos relevantes. De este modo, un sistema sanitario justo sería aquel que consiguiese aumentar al máximo la salud agregada de todos los ciudadanos. Determinadas versiones del utilitarismo, utilizan una medida más subjetiva, basada en

las preferencias de los individuos, para así escapar de los problemas que tendría la definición de una medida objetiva (en este caso "salud").

En el primer caso, un criterio objetivista es el de la utilidad-salud, es del de los "Años de Vida Ajustados por la Calidad" (AVAC). Las versiones más subjetivistas optarían por mecanismos de mercado y de seguro para medir la satisfacción de las preferencias.

2.2.2.1. El cálculo de AVAC.

El criterio llamado "Año de Vida Ajustado por la Calidad de vida" (AVAC o QALY: Quality-Adjusted Life Year) consiste en asumir que la expectativa de un año de vida saludable tiene un valor 1, y que la expectativa de un año de salud deficiente vale menos de 1. Si el criterio utilitarista en materia de salud sería maximizar la suma de los estados de salud de los individuos, y si la salud se puede medir mediante los AVAC, entonces, el criterio utilitarista recomendaría la maximización de AVAC. Por consiguiente, una política justa sería la que maximizase los AVAC para el conjunto de la población relevante.

Aunque el AVAC tiene importantes ventajas de medición, ha sido objeto de importantes críticas, la mayoría de las cuales destacan que estos criterios generan resultados poco igualitarios y discriminadores con respecto ciertos grupos como los pacientes más graves, los pacientes pobres, los pacientes más viejos, etc.

2.2.2.2. La "presunción en favor del mercado"

El punto de vista utilitarista, sobre todo en su versión más subjetivista, puede considerarse que tiene una presunción a favor del mercado, justificando en todo caso la imposición de un seguro obligatorio por parte del Estado en sólo ciertos supuestos: para establecer un seguro mínimo por criterios paternalistas justificables, y en la medida en que ello podría producir externalidades positivas.

2.2.3. ¿Un mercado sanitario?

Las posturas examinadas coinciden en otorgarle al mercado un enorme peso en la distribución de los recursos sanitarios. No obstante el cuestionamiento de que el simple y puro mercado pueda hacer una distribución de los recursos sanitarios eficiente y justa ha sido argumentado por parte de diferentes autores según razones de dos tipos: a) los que se centran en resaltar la ineficiencia del mercado sanitario (cuyas características intrínsecas lo alejarían del modelo de mercado competitivo) y b) los que se centran en resaltar las consecuencias desigualitarias del mismo. Aunque se trata de argumentos de diferente tipo, en este caso no son contradictorios. Según R. Dworkin habría al menos tres razones de este segundo tipo por las cuales estas políticas resultan inaceptables: a) La riqueza está tan injustamente distribuida que la mayoría de la gente seria incapaz de comprar un seguro de salud sustancial a precios de mercado; b) la mayoría de la gente tiene una información inadecuada con respecto a riesgos a la salud o sobre la tecnología médica; c) en un mercado sin regulación las compañías de seguros cargarían a algunas personas con tarifas elevadas debido los mayores riesgos en cuanto a su salud, por lo que las personas con un historial médico "inadecuado", los miembros de grupos étnicos particularmente susceptibles de determinadas enfermedades, o los que viviesen en áreas expuestas a mayores riesgos de padecer accidentes, tendrían que pagar tarifas prohibitivas.

2.2.4. El derecho a la protección de la salud en el liberalismo igualitario

2.2.4.1. Consideraciones generales

Se puede considerar que la concepción liberal-igualitarista de la justicia tuvo su moderna sistematización en la obra A Theory of Justice de John Rawls, publicada en 1971. No obstante, a efectos expositivos, tomaremos como referencia en primer lugar la propuesta de R. Dworkin, también situada en el marco del liberalismo igualitario y con importantes similitudes respecto a Rawls. La razón de ello es que Dworkin, al contrario que Rawls se

ocupa específicamente de la cuestión de la protección de la salud y por eso nos permite plantearnos de forma más directa los problemas de la propuesta liberal igualitaria.

2.2.4.2. La propuesta de Dworkin: el principio del "prudent insurance"

La propuesta de Dworkin es interesante en la medida en que parece permitir dar respuesta a alguna de las objeciones planteadas por las propuestas utilitaristas y libertarias, pero sin ser vulnerable a algunas de las críticas a las que éstas son acreedoras. Con respecto a la propuesta utilitarista, Dworkin parece dar con la fórmula que permita un cálculo mínimamente objetivo, que tenga al mismo tiempo en cuenta las preferencias de los agentes, pero que en cambio no suponga un riesgo de desconocimiento grave de los derechos fundamentales. Por otra parte, la propuesta de Dworkin es menos la búsqueda de un fundamento para el derecho a la protección de la salud que la búsqueda de criterios de justicia que permitan distribuir equitativamente el gasto en salud y, sobre todo, establecer criterios para una racionalización del mismo que, a la vez, no supongan la vulneración de equidad pero que permitan ponerle límites.

Este es un punto importante, puesto que de tener éxito, permitiría salvar el conocido argumento manejado por los libertarios de que un supuesto derecho a la protección de la salud no conocería límites y sería un saco sin fondo, por lo que su reconocimiento resultaría problemático.

Dworkin parte en su argumentación por rechazar el ideal de justicia sanitaria que, a su modo de ver, ha venido operando durante milenios: el principio del rescate. El principio del rescate tendría dos partes conectadas: a) la vida y la salud son los principales bienes y todo lo demás es de menor importancia y debe ser sacrificado por ellos y b) el cuidado de la salud debe ser distribuido sobre la base de la igualdad, de modo que incluso en una sociedad en la que la riqueza esté desigualmente repartida, no se debería negar el cuidado a la salud que alguien necesite sólo por el hecho de ser tan pobre como para no poder permitírselo. Este principio, sostiene, aunque es intuitivamente atractivo (y

ampliamente utilizado retóricamente), no deja de ser, en el mejor de los casos, un noble ideal imposible de llevar a la práctica e inútil para solucionar cuestiones prácticas.

Como alternativa a esta situación, propone el ideal del "prudent insurance": aunque rechaza una solución basada en profundizar el mercado de la salud por considerarla que generaría consecuencias injustas, propone la utilización de un mercado hipotético de seguros médicos como instrumento de determinación de los principios de la justicia en este ámbito, un mercado en el que se podrían corregir las deficiencias de los mercados reales. Pero se trata de correcciones con respecto a las consecuencias de un mercado real que tienen un carácter moral: es decir, de lo que se trata aquí no es de corregir –aunque sea imaginariamente- los "fallos del mercado" con respecto al modelo de "competencia perfecta" descrito por los economistas, sino de corregir los motivos por los cuales el libre mercado, incluso si pudiese acercarse al modelo de competencia perfecta, tendría consecuencias injustas.

En realidad, lo que sugiere es un mecanismo de manifestación de preferencias que garantice que las mismas estén guiadas por criterios de imparcialidad y no por criterios estratégicos relativos a las circunstancias personales contingentes o a las posiciones de ventaja o desventaja que cada uno ocupe en ese mercado. De ahí, se trataría de imaginar qué clase de instituciones de cuidado de la salud se desarrollarían en una comunidad dadas tales condiciones. Estas instituciones serían justas en el sentido de que cualquier cantidad que esa comunidad gastase en total en el cuidado de la salud sería moralmente adecuada; y la distribución del cuidado de la salud en esa comunidad sería justa para esa sociedad. Ambas suposiciones estarían justificadas en la medida en que la distribución justa sería la resultante de la que gentes bien informadas se diesen a sí mismas a través de elecciones individuales, suponiendo que el sistema económico y la distribución de la riqueza fuera justa, lo que permitiría hacer esas elecciones. Así, Dworkin sugiere que en un principio las personas que tuviesen que "comprar" seguros tenderían a proveerse de la máxima protección posible y de todas las formas de tratamiento concebible en cualquier circunstancia, pero que después se darían cuenta de que el coste de un seguro

tan ambicioso sería prohibitivo (y no les dejaría nada para otros fines), por lo que optarían por un seguro más prudente.

2.2.4.3. Las objeciones al "prudent insurance".

La propuesta de Dworkin ha suscitado algunas críticas que merecen ser examinadas. Así, A. Puyol ha cuestionado si el asociar la idea de derechos con la de responsabilidades individuales y con la de asunción de los costes de las elecciones propias –lo que en principio sería acertado- no lleva en ocasiones la idea de responsabilidad individual demasiado lejos. Y esto al menos en dos líneas de argumentación: a) porque ignora el problema de la formación de las convicciones y b) porque el principio de "prudent insurance" tiene ciertas consecuencias discriminatorias.
Por lo que se refiere al primer punto, Puyol advierte que en la teoría de Dworkin se da la paradoja de que prescribe la igualdad en las circunstancias que la persona no controla y responsabiliza a los individuos de sus convicciones, pero ignora la desigualdad en las circunstancias que contribuyen a la formación de las convicciones. Respecto a los segundo, si en general se asume –es un punto de partida de las propuestas liberales- que resulta justo responsabilizar a los individuos por acciones y decisiones de las que son responsables y es en general injusto hacerlo por circunstancias de las que no son responsables, no elegidas voluntariamente, entonces podría resultar discriminatorio con los más viejos o con las personas que padecen enfermedades minoritarias.

Una crítica más radical, sugerida por L. Jacobs, niega que el punto de vista de Dworkin sea capaz de proporcionar una justificación del acceso universal al cuidado de la salud. Esencialmente, el argumento de Jacobs consiste en lo siguiente: el igualitarismo de Dworkin al ser –según la propia expresión de Dworkin- "sensible a la ambición", es decir, sensible a las diferentes ambiciones, objetivos y elecciones de los individuos, resulta incompatible con una política de acceso universal a la protección de la salud, en la medida en que obliga a optar por un sistema de protección de la salud basado en transferencias monetarias, y no a la provisión en especie que, siempre según Jacobs,

sería el único mecanismo compatible con el acceso universal, dado que es la única forma de tratar a las personas como no competidoras entre sí con respecto al bien salud.

Pero, al margen de esta crítica radical, aún se puede hacer una tercera crítica al modelo de Dworkin que afecta a sus presupuestos. Por lo aquí visto, la propuesta del "seguro prudente" tiene numerosas virtudes, pues es capaz de ofrecer una justificación de un sistema de salud amplio pero a la vez dando respuesta a las objeciones libertarias sobre la voracidad del gasto sanitario y sobre la responsabilidad individual. Y aún se puede considerar otra virtud del modelo: permitiría también establecer criterios de justicia social en la protección de la salud incluso en un contexto de injusticia social en la distribución de la riqueza. Pero si es capaz de ello, cabe preguntarse ¿por qué la protección de la salud? ¿Qué tiene de especial la cuestión de la salud que merezca este tratamiento diferente? ¿Acaso es un resto del "principio de rescate" que Dworkin había sugerido abandonar por completo? Creo que la propuesta de Dworkin no acierta a responder a estas preguntas, a por qué la protección de la salud es tan singular que puede merecer una consideración separada, pues intenta evitar por todos los medios la definición de "necesidades sanitarias".

2.2.5. La importancia de la salud

Por lo que se ha visto, Dworkin parece desconfiar de la idea de "necesidades" al menos por dos motivos: a) la idea de necesidad viene exigida por el impulso igualitario del "principio del rescate" (el impulso igualitario debería distribuirse según las necesidades), pero precisamente este principio resulta inadecuado; b) en la definición de necesidad intervienen elementos subjetivos que la hacen poco manejable incluyendo valoraciones morales diferentes, por lo que una sociedad liberal no se debería comprometer con ninguna de estas valoraciones dando una respuesta de tipo perfeccionista.

En lo que respecta al primer punto, las reflexiones de Dworkin en torno a la inadecuación del "principio del rescate" parecen adecuadas, en la medida en que este

principio no parece un medio razonable para dar solución a las preguntas que ha de afrontar. Pero, a mi juicio, la consecuencia de ello con respecto a la idea de las "necesidades" no es tanto que se deba abandonar esta vía, como que cualquier teoría de las "necesidades sanitarias" que se proponga deberá dar una solución razonable a esta cuestión.

Con respecto a la segunda cuestión, quizá esta objeción pueda valer por ejempo para el problema del aborto, pero en la curación de determinadas enfermedades graves no parece que lo que estén en juego sean convicciones éticas inconmensurables. Sin embargo, sí que puede ser conveniente examinar con mayor detalle esta objeción y precisar si la definición de una teoría de las necesidades sanitarias exige comprometerse con una respuesta perfeccionista que ponga en peligro la autonomía moral de los sujetos o más bien el reconocimiento de ciertas necesidades básicas resulta un requisito de la misma. Este examen lo realizaremos en el punto siguiente.

Cabe en cambio preguntarse si es posible justificar un mínimo de protección a la salud exigible sin apelar –tal y como intenta Dworkin- a algún concepto de salud o a alguna teorización sobre "necesidades básicas en materia de salud". O más bien las aproximaciones basadas en los seguros y el mercado, lejos de prescindir de una concepción de las necesidades sanitarias, lo que hacen es asumir una concepción implícita como ha sugerido críticamente N. Daniels.

2.2.5.1. Necesidades básicas y autonomía

C. Nino ha ofrecido una visión alternativa de la lectura sobre las necesidades que subyace a la visión expuesta anteriormente considerando, por el contrario, que el reconocimiento de las necesidades básicas tiene un papel relevante en el marco de una concepción liberal de la sociedad. A nuestros efectos, en el examen de la propuesta de Nino interesa menos la discusión sobre el concepto y los presupuestos del liberalismo, que examinar la plausibilidad de la segunda objeción al concepto de necesidades, aquella que dice que cualquier concepto de "necesidades básicas" incluye valoraciones morales

diferentes y una determinada concepción de la naturaleza humana, con lo que un compromiso público con la idea de necesidades significaría una respuesta perfeccionista injustificada. Nino considera incluso que determinadas necesidades categóricas, es decir, aquellas que no dependen de los deseos o preferencias de los agentes, estarían justificadas en una concepción liberal en la medida en que sean prerrequisitos de la autonomía. La autonomía personal es el valor básico de la concepción liberal, pero hay que tener en cuenta que la autonomía tiene dos caras: su creación y su ejercicio. Y lo que defiende Nino es que la creación de tal autonomía – mediante la satisfacción de las necesidades básicas- tendría precedencia sobre las meras preferencias a la hora de la distribución de los recursos o capacidades.

Sea cual fuere el mérito y las implicaciones de la propuesta de Nino, de su argumentación se puede desprender a nuestros efectos que la idea de la satisfacción de las necesidades básicas no tiene por qué caer necesariamente en un perfeccionismo injustificado que defienda e imponga una concepción del particular del bien.

Con distintos acentos y matices, la idea de la vinculación entre la satisfacción de determinadas necesidades básicas y la creación de autonomía que expone Nino, ha sido desarrollada por otros autores al ocuparse, bien de la fundamentación y alcance del derecho a la protección de la salud, bien de la fundamentación de los derechos sociales de prestación o bien, con carácter más general, para construir una fundamentación teórica plausible de los conceptos de justicia social e igualdad. En lo que sigue, examinaremos algunas propuestas que parecen asumir esta perspectiva

2.2.5.2. Necesidades básicas y derechos

De lo anteriormente dicho se puede concluir que la acusación de que hablar de necesidades básicas y del imperativo de su satisfacción implica introducir valoraciones morales que supongan favorecer una concreta noción de bien y conducir a soluciones perfeccionistas, no es un argumento concluyente contra el uso de esta noción o contra el imperativo de su satisfacción. No obstante, la cuestión de las necesidades básicas plantea

al menos dos tipos de problemas. En primer lugar, a) qué concepto de necesidades básicas adoptar y en este sentido, cómo identificar necesidades básicas y en segundo lugar b) cómo pasar de la constancia de la existencia de determinadas necesidades básicas a la fundamentación de determinados derechos, o lo que es lo mismo, cómo conectar –si es que resulta posible sin cometer una falacia naturalista- el ser y el deber ser.

Respecto al primero de los problemas, del examen de propuestas como las de Mª J. Añón, R. Zimmerling o M. Nussbaum, parece poder desprenderse que la vía negativa, basada en considerar la carencia, parece ser la vía más promisoria para una cierta determinación del concepto de necesidades humanas. Con respecto al segundo, parece razonable afirmar que no existe ningún nexo lógico entre la existencia fáctica de una necesidad y el derecho a que esa necesidad sea satisfecha. Pero también cabría sostener que las necesidades, en cambio, sí que pueden constituir razones que expliquen o fundamenten su satisfacción y que estas razones, si bien no serían concluyentes, sí que serían cualitativamente distintas de las basadas no en necesidades sino, por ejemplo, en deseos o preferencias. En lo que se refiere a la capacidad para ofrecer una fundamentación de los derechos humanos desde las necesidades básicas, las necesidades podrían ofrecer argumentos para la fundamentación de los derechos, pero no servirían por sí solas para establecer directamente la existencia de derechos.

2.2.5.3. Derecho a la protección de la salud como derecho a la igualdad de oportunidades

Una propuesta importante que necesariamente hay que tratar al hablar de la justificación del derecho a la protección de la salud y de la ubicación del cuidado de la salud dentro de una construcción normativa sobre la justicia es la que ha desarrollado en las últimas décadas Norman Daniels, en la línea de fundamentar el derecho a la protección de la salud en el derecho a la igualdad de oportunidades dentro de un esquema ampliamente inspirado en Rawls. No obstante, Daniels aspira a que su conclusión más general en este punto, esto es, la fundamentación teórica de un derecho a la protección de la salud, no dependa de la aceptación de la teoría de Rawls o incluso de sus principales aspectos. Por

el contrario, sostiene que según su esquema, el derecho a la protección de la salud podría quedar justificado en el seno de cualquier teoría de la justicia que incluyese un principio de justa igualdad de oportunidades.

Por otra parte para justificar el derecho a la protección de la salud como un requisito de justicia que viene exigido además por los principios de justicia teorizados por Rawls, Daniels necesita separarse de éste, si no en el esquema general de la teoría, sí en aspectos importantes. Y es que en la teoría de la justicia de Rawls la cuestión de la salud es poco relevante. Ésta irrelevancia de la salud en la se manifiesta al menos en dos puntos: en primer lugar en la abstracción de las cuestiones relativas a la salud en la posición originaria, y en segundo lugar en la irrelevancia de la salud como bien social básico a considerar.

El esfuerzo de Daniels por extender la teoría de Rawls a la justificación de un derecho a la protección de la salud, se puede entender como una tentativa de salvaguardar las virtudes de generalidad y abstracción del esquema rawlsiano, haciéndolo a la vez más sensible a la protección de los más desaventajados desde el punto de vista de los bienes naturales. Así, Daniels no se limita a hacer de la protección de la salud un imperativo de justicia –lo que es la finalidad de su adaptación de la teoría rawlsiana. Daniels considera que la estrategia adecuada para fundamentar un derecho a la protección de la salud en el esquema de Rawls no puede basarse en incrementar o ampliar el índice rawlsiano de bienes primarios de forma que incluya la atención y el cuidado de la salud, sino que considera que la estrategia más prometedora para extender la teoría de Rawls a la justificación de un derecho a la protección de la salud pasa más bien por incluir las instituciones relativas al cuidado de la salud entre las instituciones sociales encargadas de proporcionar una justa igualdad de oportunidades. El principal presupuesto para sostener esta tentativa, es afirmar que tanto la enfermedad como la discapacidad restringen la gama de oportunidades que de otro modo estarían abiertas al individuo.

No obstante, la contribución del cuidado de la salud a la protección de nuestra gama de oportunidades estaría limitada en dos sentidos: a) porque existen otros condicionantes

que afectan profundamente a la igualdad de oportunidades, como son la renta, la riqueza y la educación; b) porque el cuidado de la salud, si se limita al objetivo de proteger el "funcionamiento normal" no modifica la distribución normal de talentos y habilidades, por lo que nos hace funcionar en todo caso como competidores "normales" y no como estrictamente iguales.

Además, lo que es importante a nuestros efectos, habla expresamente de necesidades en el cuidado de la salud, presupone un cierto concepto de salud y se esfuerza en fundamentar la importancia de la protección de la salud y del bien salud. Este asunto es relevante, porque en esta medida se separa no sólo de Rawls sino también de una perspectiva emparentada con ella como es la de Dworkin. El concepto de "funcionamiento normal" es el que permite considerar la protección de la salud como algo especial frente a otros condicionantes que admite que también afectan a la justa igualdad de oportunidades, tales como riqueza, renta y educación. Este parámetro de "funcionamiento normal" de los individuos "considerados como miembros de una especie natural" es lo que permite otorgar un carácter objetivo a las necesidades sanitarias y entenderlas como necesidades básicas que son objetivas (independientes de las preferencias de los sujetos).

En este punto cabe pensar que Daniels supera limpiamente las dos objeciones por las que Dworkin desconfiaba de cualquier teoría de las necesidades sanitarias: a) la posibilidad de que la idea de necesidades sanitarias se deslizase hacia un principio del rescate que se aparece como irrazonable por su incapacidad de justificar límites; y b) la posibilidad de que en la definición de las necesidades sanitarias se incluyan valoraciones morales subjetivas que presupongan una idea particular de lo bueno que generen respuestas públicas perfeccionistas.

2.2.5.4. Libertad, Igualdad y capacidades básicas

La propuesta de Daniels no es la única vía posible para intentar inspirarse en Rawls en el intento de fundamentar un derecho a la protección de la salud. Una interesante propuesta

que también tiene una cierta inspiración rawlsiana es la de G. Vidiella. En realidad, su propuesta se inspira no sólo en Rawls, sino que adopta ideas próximas a las de Sen o Nussbaum. Aunque en este punto importa más considerar las críticas que Vidiella hace a Daniels, porque llevan a aspectos muy centrales de esta discusión y ponen en cuestión lo que parecen ser las principales virtudes de la propuesta de Daniels.

Esencialmente, me interesa detenerme en dos críticas que Vidiella hace a la propuesta de Daniels: a) que al vincular el bien salud con el principio de justa igualdad de oportunidades concede al bien salud a la vez demasiada importancia y conduce a una visión reduccionista del mismo; y b) al vincular el derecho a la protección de la salud únicamente al principio de justa igualdad de oportunidades, no evita aludir a concepciones de lo bueno y la idea de "funcionamiento normal" toma partido por las concepciones de lo bueno que cada sociedad acepta como "razonables". Así tomadas, parece que las objeciones de Vidiella se dirigen precisamente a las presuntas ventajas de una propuesta como la de Daniels con respecto a –por ejemplo- la de Dworkin, es decir, justificar la especial importancia de la salud con respecto a otros bienes y además no deslizarse hacia una concepción que privilegie de forma perfeccionista determinadas opciones morales o determinados planes de vida en detrimento de otros. Quizá no sean así del todo, pero las objeciones de Vidiella ayudan a precisar estas cuestiones.

En particular –y en esto creo que Vidiella tiene razón- critica la concepción de la salud como ausencia de enfermedad, que privilegia los componentes somáticos causales de la enfermedad (sería una concepción biologicista y unicausal de la enfermedad) y con ello suele priorizar la acción terapéutica sobre la preventiva. Pero si es así, la salud no podría aislarse de factores como la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas y laborales, los hábitos de vida, la alimentación, etc., por lo que resultaría inadecuado privilegiarla frente a estos aspectos. Lo que no me parece tan claro es que Daniels desconozca en su propuesta estos elementos: Daniels asume la defensa de un concepto de salud y enfermedad que él considera "estrecho". En este sentido, las necesidades relativas al cuidado de la salud se limitarían a aquellas cosas que se

necesitan para mantener, restaurar o proporcionar equivalentes funcionales (cuando sea posible) del "funcionamiento normal de la especie".

La segunda objeción que hace Vidiella es la que dice que al vincular el derecho a la protección de la salud únicamente al principio de justa igualdad de oportunidades, no evita aludir a concepciones de lo bueno y que la idea de "funcionamiento normal" toma partido por las concepciones de lo bueno que cada sociedad acepta como "razonables". En efecto, el principio de igualdad de oportunidades para Rawls se reduce a la obtención de empleos y oficios. La "extensión" que hace Daniels se basa en parte en ampliar los conceptos de sociedad y de oportunidad: a la sociedad no la integrarían sólo los productores, y las oportunidades no se limitan a la obtención de cargos y oficios, sino de persecución de los "planes de vida". Para Vidiella, esta propuesta no se separa del espíritu de la propuesta de Rawls (en la medida en que éste también enfatiza el papel de los bienes sociales primarios en la conquista efectiva de las concepciones particulares del bien); pero lo que hace es introducir serias complicaciones en la idea de la justa igualdad de oportunidades. El motivo es que si las necesidades de la salud son definidas y jerarquizadas en función de los planes de vida, habría que determinar cuáles son los planes de vida "razonables" abiertos en una sociedad, para poder utilizar el concepto de "funcionamiento normal".

Para evitar esta dificultad, Vidiella propone hablar de desarrollo de "capacidades básicas" en lugar de la igualdad de oportunidades, con lo que se evitaría el problema de definir los planes de vida "razonables" aceptables. Así, en lugar de vincular el derecho a la salud con la justa igualdad de oportunidades, Vidiella preferiría vincularlo efectivamente en la justa igualdad de oportunidades para establecer su carácter igualitario, pero también en el principio de la diferencia (compensar las desventajas de los menos afortunados, en este caso los enfermos). Con ello se recogería una crítica que Sen ha dirigido a Rawls en el sentido de que la diversidad humana hace que las personas tengan necesidades muy distintas, que varían con el estado de salud, con la edad y longevidad, con las condiciones climáticas y geográficas, con el lugar de trabajo, el temperamento, etc. Así, los que padezcan algún tipo de incapacidad no podrán concretar

sus proyectos incluso aunque posean el mismo índice de bienes primarios que otros que no están discapacitados. Por consiguiente el problema no será tanto la igualdad en el acceso a los bienes primarios (o a los recursos), sino que habrá que considerar también el provecho que los individuos obtienen en función de sus necesidades.

En una crítica a la propuesta de Sen, Daniels por su parte, objeta que al basarse en la "igualdad de capacidades básicas" lleva a que la exigencia de igualdad de oportunidades se extienda más allá de su propio concepto de "funcionamiento normal". Con ello, según Daniels, el derecho a la protección de la salud se haría tan expansivo que haría inmanejable la administración de un sistema de protección de la salud, lo que es un argumento que ya hemos manejado.

No obstante la aparente distancia que provocan estas críticas, hay que notar que tanto Vidiella como Daniels están jugando con conceptos muy similares y moviéndose en el mismo terreno. La idea de una igual protección de las "capacidades básicas" de Vidiella (cercana en esto a A. Sen) y la protección del "funcionamiento normal" para la justa igualdad de oportunidades de Daniels en realidad no están tan separadas cuando se trata de proponer un modelo para la práctica, y muestran seguramente caminos muy fructíferos para esta discusión.

2.3. DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

2.3.1. Definición

Es un Sistema de Seguros perteneciente al Estado que proporciona recursos financieros y servicios médicos a las persona impedidas por enfermedad o por accidente.

Los sistemas sanitarios se coordinan a menudo con otros mecanismos de Seguridad Social como programas de pensiones de subsidio al desempleo y de compensaciones laborales.

El Departamento de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, en conjunto con el Centro Internacional de Formación de la OIT, con sede en Turín y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en Ginebra publicaron en 1991 un interesante documento titulado "Administración de la seguridad social". De este documento se transcribe:[25]

> *Seguridad Social: "Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos".*

De acuerdo con esta definición, se puede decir que el objetivo de la Seguridad Social es: Velar porque las personas que están en la imposibilidad - sea temporal o permanente – de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados bienes o servicios. Diversos autores e instituciones, en particular los que tienen experiencia en países en desarrollo, han abogado por una definición más amplia de la seguridad social. Algunos afirman que, en el contexto de una estrategia para el desarrollo y de lucha contra la pobreza, la seguridad social puede incluir también políticas tales como un acceso a los bienes de capital productivos, la garantía del empleo, salarios mínimos y la seguridad alimentaria.

Otros distinguen dos aspectos de la Seguridad Social, que se definen por la utilización de medios sociales para evitar la privación (promoción de los niveles de vida) y la vulnerabilidad a la privación (protección frente al deterioro de los niveles de vida). Muchas organizaciones internacionales, entre ellas la OIT, utilizan también el concepto más amplio de .protección social., que abarca no sólo la seguridad social sino también los sistemas no obligatorios; la Oficina Estadística de las Comunidades Europeas

[25] Cabanellas de las Cuevas, Guillermo: Diccionario Jurídico Elemental, pág. 361.

(EUROSTAT) incluye en sus datos relativos a la protección social determinados servicios sociales, entre ellos las guarderías y la ayuda en el hogar.[26]

2.4. LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA

La Seguridad Social Integral tiene como fin proteger a los habitantes de la República, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sean o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, nupcialidad, muerte, sobrevivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda, recreación que tiene todo ser humano.

> *"El derecho a la salud no significa solamente el derecho a estar en contra de la enfermedad sino el derecho a una existencia con calidad de vida.*
>
> *Aquel derecho por virtud del cual la persona humana y los grupos sociales- especialmente la familia como titulares del mismo, pueden exigir de los órganos del estado, en cuanto sujetos pasivos, que establezcan las condiciones adecuadas para que aquellos puedan alcanzar un estado óptimo de salud no significa solamente el derecho a estar en contra de la enfermedad sino el derecho a la existencia con calidad de vida".*[27]

2.4.1. Constitución Política del Estado Abrogada

Artículo 158 establecía: "El estado tiene la obligación de defender el capital humano del país protegiendo la salud de la población, asegurar la continuidad de sus medios de subsistencia y/o rehabilitación de las personas inutilizadas, asimismo el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

---

[26] Reporte Regional Sobre la Seguridad Social en los Países Andinos
[27] Tribunal constitucional: Sentencia Constitucional 26/2003-R, de 8 de enero

Los regímenes de Seguridad Social se inspiraran en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés".[28]

Artículo 161: "El estado mediante tribunales u organismos sociales resolverá los conflictos entre patronos y trabajadores o empleados, así como los emergentes de la seguridad social".[29] Artículo 164: "El servicio y la asistencias sociales son funciones del Estado, y sus condiciones serán determinadas por ley .Las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio".[30]

2.4.2. Constitución Política Estado vigente

El artículo 9 sostiene que: "Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la Ley: inc. 5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo",[31] el artículo 18-III que: "El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno", el artículo 36 que: "El Estado garantizara el acceso al Seguro Universal de Salud", el artículo 45 que: "Todos los bolivianos y bolivianas tienen Derecho a acceder a la Seguridad Social".

Bolivia ha suscrito la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre. Ha ratificado, asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre

[28] Anterior Constitución Política del Estado. Articulo 158
[29] CPE ABROGADA
[30] CPE ABROGADA
[31] Constitución Política del Estado Plurinacional en su Capitulo Segundo, articulo 9, inc.5

Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador».

Ha ratificado, también, un amplio número de convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que incluyen, entre otros, los Convenios N° 27 sobre la indemnización por accidentes del trabajo, (1925); el sobre la igualdad de trato (accidentes del trabajo), (1925); el sobre la seguridad social (norma mínima), (1952); el 103 sobre la protección de la maternidad (revisado), (1952); el 118 sobre la igualdad de trato (seguridad social), (1962); el 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, (1964); el 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, (1967); y el 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, (1969).

2.4.3. La Seguridad Social en Bolivia

La Seguridad Social en el país surge como una medida enmarcada en aspectos de índole económica, social y política.

2.4.3.1. Código de Seguridad Social

Se convierte en 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.

2.4.3.2. Seguro de Enfermedad

Prestaciones en Especie: el artículo 14 del Código de Seguridad Social sostiene que: *¨En caso de enfermedad, reconocida por los servicios médicos de la Caja, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea a la necesaria asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo”*.

2.4.3.3. Seguro de Maternidad

Prestaciones en Especie: el art. 23 del Código de Seguridad Social sostiene que: *¨La asegurada y la esposa o conviviente del asegurado tiene derecho, en los períodos de gestación, parto y puerperio, a la necesaria asistencia médica quirúrgica hospitalaria y al suministro de los medicamentos que requiera el estado de la paciente¨*

2.4.3.4. Seguro Riesgos Profesionales

El art. 27 del Código de Seguridad Social sostiene que: *¨Los riesgos profesionales comprenden los accidentes del trabajo y la s enfermedades profesionales¨*. Asimismo determina para su mejor entendimiento accidente de trabajo y enfermedad profesional:[32]

a) *Por accidente del trabajo, toda lesión orgánica o trastorno funcional producido por la acción súbita y violenta de una causa externa, con ocasión o como consecuencia del trabajo, y que determine disminución o pérdida de la capacidad de trabajo y de ganancia o muerte del asegurado;*
b) *Por enfermedad profesional, a todo estado patológico producido por consecuencia del trabajo, que sobrevenga por evolución lenta y progresiva, que determine la disminución o pérdida de capacidad de trabajo y de ganancia o muerte del asegurado; y que sea provocada por la acción de los agentes nocivos cuya lista figura en el anexo Nº 1 del presente Código.*

2.4.3.5. Seguro Social de Corto Plazo

El art. 38 del Código de Seguridad Social sostiene que: ¨En caso de incapacidad temporal, por accidente del trabajo o enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho, a partir del cuarto día subsiguiente al del accidente o del reconocimiento de la

[32] Gaceta Oficial de Bolivia; Estado Plurinacional de Bolivia.: Código de Seguridad Social, Ley de 14 de diciembre de 1956.

enfermedad profesional, a un subsidio diario que se pagará mientras dure la asistencia sanitaria o se declare la incapacidad permanente¨.

Lo cual comprende:

PRESTACIONES DE CORTO PLAZO

SEGUROS	SERVICIOS Y ESPECIE	DINERO
Enfermedad	Prevención antes que la curación. Atención médica general, de especialidad, hospitalización, cirugías, alimentación, exámenes complementarios, rehabilitación, prótesis vital, entre otros.	Subsidio de Incapacidad Temporal equivalente al 75% del salario cotizable, a partir del 4to. Día de la incapacidad.
Maternidad	Cubre a partir de la concepción, gestación, parto y puerperio. Atención médica pre natal, parto y puerperio, medicamentos, vacunas, entre otros.	Subsidio de Incapacidad Temporal equivalente al 90% del salario cotizable, 45 días antes y 45 días después del parto.
Riesgos Profesionales	Prevención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Atención médica general, de especialidad, hospitalización, cirugías, alimentación, exámenes complementarios, rehabilitación, prótesis en general entre otros.	Subsidio de Incapacidad Temporal por enfermedad profesional, equivale al 75% del salario cotizable. Por accidente de trabajo, equivale al 90 % del salario cotizable.

Fuente: Dra. Nancy Tufiño Rivera[33]

2.4.4. Importancia de la Seguridad Social en Bolivia

Los gobiernos alrededor del mundo reconocen esta necesidad y han diseñado y llevado a cabo estrategias que logren garantizar a las personas un mínimo para poder subsistir, es decir un mínimo de políticas que permitan a las personas contar con una mejor calidad de vida.

[33] Tufiño Rivera, Nancy: Resúmen de las Prestaciones y Requisitos de Corto Plazo, 19 de enero de 2008, extraído de: http://www.icalp.org.bo/nancytufinorivera/2008-01-19/resumen-de-las-prestaciones-y-requisitos-de-corto-plazo.htm

La calidad de la prestación de Salud en la Seguridad Social de Bolivia vienen generando problemas que determinan controversias e insatisfacciones en los pacientes, aspectos que tienen que ver con la calidad de la prestación, carecen de oportunidad, eficacia, eficiencia, los tiempos de espera son hasta de varios días y los exámenes de diagnóstico tardan hasta meses.

No obstante según lo que se determina en el Art. 35 de la C.P.E. el Estado tiene la obligación de velar por la seguridad de la sociedad en general implementado centros médicos accesibles en cuanto a la atención del público en general si necesidad de tantas formalidades.

La capacidad de respuesta institucional ante la emergencia y la enfermedad de los pacientes no es adecuada, provocando crecientes inconformidades y en muchos de los casos han sido tipificados como casos de mala práctica.

El derecho a la Seguridad Social, como derecho constitucional, adquiere su esencia de fundamental cuando atañe a las personas cuya debilidad es manifiesta, es decir que requieren de la misma para seguir con vida, tal el caso de los pacientes con enfermedades crónicas o incurables. De esta manera cuando una entidad pública o particular, tiene a su cargo la prestación de la seguridad social en salud a personas en estas situaciones, su incumplimiento acarrea un grave perjuicio. Es como consecuencia de esa protección especial que dichas personas requieren, que el derecho a la seguridad social adquiere su esencial condición de derecho fundamental, pues con su inobservancia, se colocan en peligro otros derechos fundamentales, como la vida, la dignidad humana, la integridad física. En cuanto a las fortalezas de la Seguridad Social se cuenta con:

- Cuenta con Doctrina y Principios
- Cuenta con normativa desarrollada
- Cubre el 30.6% de la población boliviana
- Brinda atención médica de tercer nivel

- RR. HH. médicos cualificados
- Infraestructura y equipamiento a nivel nacional
- Financiamiento determinado por norma
- Se garantiza la salud del asegurado y la familia
- Se ha repuesto normativa que permitirá ampliación de cobertura anual En cuanto a las debilidades del sistema se identificaron las siguientes:
- Inadecuada distribución de Recursos Humanos
- Infraestructura y equipamiento obsoleto e inadecuado
- Se han vulnerado los Principios de Solidaridad, Equidad, Unidad de Gestión, Economía y Financiamiento no controlado.
- No se garantiza una salud integral.

La idea de proteger a los individuos contra la incertidumbre económica es remota, desde hace mucho tiempo, organizaciones sociales y religiosas llevan a cabo actividades para obtener recursos dirigidos a proteger a la gente de menor ingreso contra la inseguridad económica. Desde la antigüedad hasta aproximadamente la mitad del siglo XVIII, lo común era que cuando alguna familia sufría de alguna contingencia, recibir ayuda de instituciones religiosas y asociaciones profesionales.

Entre las principales causas que ponen en riesgo su ingreso y el su familia son la muerte prematura, la vejez, la invalidez, el deterioro en salud, el desempleo, el tener un salario por debajo del nivel mínimo, inflación, los desastres naturales y los factores individuales. Este instrumento legal llamado Código de Seguridad Social, se redacta con la finalidad de corregir en la medida de lo posible las grandes deficiencias que en materia de salud presente nuestro país, sin embargo su gran complejidad lo hace poco menos que inviable.

Este Código ata el futuro del Sistema la voluntad del Poder Ejecutivo, al concentrar en sus manos la posibilidad de nombrar los presidentes de las nuevas instituciones.[34] Y presenta algunas inconsistencias como el establecimiento de topes salariales mínimos y máximos de cotización a la Ley de Política Habitacional vigente de forma transitoria, la cual no los contempla y la supresión de crear entes administradores de pensiones de carácter privado.

Es de hacer notar que en forma positiva, este Código aborda íntegramente el tema de la Seguridad Social con un apego estricto a las líneas maestras trazadas por la Constitución Política del Estado, establecimiento claro de los roles y las funciones de cada una de la instituciones que integraran el nuevo esquema.

2.5. DERECHOS DE LOS PACIENTES

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios, el intenso desarrollo de la ciencia y la tecnología médico sanitario, la burocratización, el trabajo en equipo y la masificación, han condicionado que la práctica médica se haya vuelto más arriesgada y más impersonal y deshumanizada. Todo esto ha traído la necesidad de una reformulación de los derechos de los pacientes, no desde la visión de los proveedores de la asistencia sanitaria o de las instituciones, sino desde el punto de vista individual, como usuarios y parte fundamental de la asistencia sanitaria.

Cuando hablamos de derechos de los pacientes, hay que distinguir entre derechos sociales y derechos individuales.

Los derechos sociales se disfrutan colectivamente, están relacionados con la gama de servicios disponibles, con la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y con la no discriminación por razones económicas, geográficas, culturales, sociales, etc...

[34] Daza , Jimena; Montalvo, Wendy; Villca, Susana; Maldonado, Giovanni; Vergara, Roberto: Derecho a la Seguridad Social en Bolivia, Informe del estado de la Seguridad Social de Bolivia, La Paz – Bolivia, 2010.

Dependen del grado de desarrollo de la sociedad y por lo tanto influyen en su desarrollo factores económicos, políticos, sociales y culturales.

Los derechos individuales, por el contrario, contienen cuestiones relacionadas con la integridad de la persona, con su dignidad, su intimidad o sus convicciones religiosas. Son el resultado de las sucesivas conquistas sociales de los ciudadanos, se disfrutan individualmente y son los que promueven prácticas sanitarias de calidad y humanas.

La promulgación de largas listas de derechos no serían suficientes para garantizar esta asistencia de calidad, sin la aportación por parte de las administraciones sanitarias de los medios adecuados. Por último, para que los actos médicos se desarrollen con normalidad, se requiere que los pacientes colaboren activamente y de buena fe con los profesionales de la salud.

2.5.1. El derecho a elegir

Si el tratamiento es ambulatorio, el paciente tiene derecho a elegir libremente al profesional de salud a quien quiera dirigirse.

Igualmente tiene derecho a escoger libremente el establecimiento sanitario donde quiera ser atendido.

2.5.1.1. En la práctica

El paciente puede dirigirse al profesional de salud de su elección; no obstante, el profesional puede decidir referir al paciente a otro colega cuando estime no poder darle la debida atención, o cuando no disponga de tiempo

El paciente tiene derecho a ser ingresado en el establecimiento sanitario de interés público de su elección siempre y cuando éste disponga de una cama libre y de que su equipo pueda darle las prestaciones necesarias.

En los hospitales y establecimientos sanitarios de interés público, el paciente debe aceptar de ser tratado y cuidado por los médicos atenientes al establecimiento. Si lo desea, tiene derecho a pedir una segunda opinión médica al exterior. El costo de esta consulta estará a cargo del paciente.

Salvo en caso de urgencia o de indicación médica particular (por ejemplo un tratamiento que no se haga en el cantón), el paciente será hospitalizado en el cantón donde esté domiciliado.

Cabe señalar que en algunos casos el derecho de elección del paciente puede estar limitado por la cobertura del seguro que escogió. En lo que concierne un tratamiento o un ingreso en el hospital, se aconseja, en caso de duda, que se solicite antes información exacta a su seguro.

2.5.2. El derecho a la información

El paciente tiene derecho a ser informado de manera clara y apropiada sobre su estado de salud, sobre los análisis y tratamientos, sobre sus consecuencias y los eventuales riesgos que implican, sobre el pronóstico y sobre los aspectos financieros del tratamiento.

Si lo desea, el paciente siempre puede pedir una segunda opinión médica a otro médico
En el momento de su ingreso al establecimiento sanitario, el paciente debe recibir información escrita sobre sus derechos y sus deberes y sobre las condiciones de su estancia.

2.5.2.1. En la práctica

El profesional de salud siempre debe informar al paciente. Debe comunicarle de manera objetiva y completa todas las informaciones necesarias para que pueda aceptar el tratamiento con conocimiento de causa.

Podría limitarse la información, o incluso no darla sólo en dos casos:

- Si el paciente renuncia de manera clara a estar informado, por ejemplo si prefiere ignorar si tiene o no tiene una enfermedad incurable ;
- En caso de urgencia, se postergará la información

La información debe dirigirse al paciente, y solo a él. Los profesionales de salud están sujetos al secreto (incluyendo a los colegas que no participan en el tratamiento)

Si el paciente ha designado un representante terapéutico (véase el capítulo «directivas anticipadas y representante terapéutico »), el profesional de salud deberá facilitarle las informaciones pertinentes. Así pues podría levantarse el secreto profesional de cara al representante terapéutico, en caso necesario.

Si el paciente quiere obtener una segunda opinión médica, tiene el derecho de consultar al médico de su elección. Esta consulta le será rembolsada por el seguro básico. En los hospitales puede pedir una segunda opinión a un médico externo al establecimiento. Pero el costo de esta consulta externa estará a su cargo.

2.5.3. El secreto profesional

El paciente tiene derecho a que se respete la confidencialidad para todo lo que atañe a su estado de salud.

Los profesionales de salud tienen la obligación de respetar el secreto profesional, llamado también secreto médico. Tienen que guardar todas las informaciones que el ejercicio de su profesión les ha dado a conocer. Salvo las excepciones previstas por la ley, no pueden transmitirlas sin el acuerdo del paciente.

2.5.3.1. En la práctica

El objetivo del secreto profesional es el de proteger al paciente y sus intereses. Constituye la base de la relación de confianza entre el profesional de salud y el paciente.

Si el paciente lo considera oportuno puede librar al profesional de salud de la obligación de guardar el secreto y autorizarlo a que transmita información a terceros. Por ejemplo puede exigir que su expediente sea transferido a otro profesional de salud.

No se puede utilizar el secreto profesional en contra del mismo paciente, ya que éste siempre tiene derecho a ser informado y a consultar su expediente. El profesional de salud no puede pues atrincherarse tras el secreto profesional para negarle información al paciente o para rechazarle el acceso a su expediente. Tampoco puede apegarse a él en caso de que un conflicto lo oponga a su paciente.

El secreto profesional se aplica también a los profesionales de salud. De manera que no podrá transferirse ningún elemento de su expediente a otros colegas, sin el consentimiento del paciente.

El secreto profesional no es absoluto. Además de los casos en que el paciente autoriza al profesional a comunicar las informaciones que le atañen, éste puede ser librado del secreto en ciertas situaciones previstas por la ley a saber:

- Cuando una ley obligue al profesional a informar a la autoridad; será obligatorio anunciar a las autoridades sanitarias algunas enfermedades transmisibles como la tuberculosis o la meningitis.
- Los profesionales tienen el deber de denunciar todos los casos de maltrato a menores que conozcan; también deben denunciar todos los casos de cuidados o tratamientos peligrosos, o maltrato cometido por profesionales en la persona de su paciente.
- Si el paciente no autoriza al profesional a que transmita información acerca de él, éste puede, por razones importantes, pedir que sea librado del secreto por la autoridad cantonal competente. Por ejemplo, podría darse el caso de que el médico quisiera informar al cónyuge del paciente afectado de una enfermedad grave transmisible del riesgo de infección.

2.5.4. El consentimiento aceptado libremente y con conocimiento de causa

No se podrá dar ninguna atención sanitaria sin el consentimiento aceptado libremente y con conocimiento de causa del paciente que tenga capacidad de discernir, ya sea mayor o menor de edad.

El paciente capaz de raciocinio o discernimiento tiene derecho a rechazar la atención, a interrumpir un tratamiento o a abandonar el establecimiento sanitario si lo desea.

2.5.4.1. En la práctica

El paciente capaz de raciocinio tiene derecho a rechazar sus cuidados, a interrumpir un tratamiento o a dejar el establecimiento sanitario en cualquier momento. En este caso el profesional de salud puede pedirle que confirme su decisión por escrito. Le informará sobre los riesgos que corre con esta decisión. Entonces le tocará al paciente asumir los riesgos que puede correr con su rechazo del tratamiento.

Para poderse pronunciar y dar o no su consentimiento aceptado libremente y comprendido, el paciente tiene que haber sido informado bien por el profesional de salud. Este debe darle información suficiente y adecuada. Después, el paciente capaz de discernimiento siempre tiene derecho a cambiar de opinión y a retirar el consentimiento que ha dado.

A ninguna persona con capacidad de discernir puede imponérsele un tratamiento en contra de su voluntad. Los tratamientos forzados están prohibidos.

Excepcionalmente, y en condiciones muy estrictas, un médico puede imponerle a un paciente el ingreso al hospital o unas medidas de coerción, a condición de que su comportamiento presente un peligro grave para su salud, su seguridad o para la de otros (por ejemplo, si es autor de violencia o si es portador de ciertas enfermedades

infecciosas transmisibles) y si han fracasado otras medidas (véase el capítulo « las medidas de coerción»)

2.5.5. Las medidas de coerción

En principio, cualquier medida de coerción está prohibida, a que no se le restrinja con amenazas, malos tratos, correas o reclusión como medida de disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal clínico.[35]

2.5.5.1. En la práctica

Una medida de coerción es una medida grave, aplicada en contra de la voluntad del paciente o sin su consentimiento libremente aceptado y con conocimiento de causa. Restringe la libertad individual y puede dañar su dignidad. El encierro, prohibirle moverse libremente o estar en contacto con sus parientes, aislarlo, amarrarle o contenerlo por medio de fármacos son por ejemplo medidas de coerción.

Excepcionalmente, un médico puede imponer medidas de coerción después de haber consultado al equipo de intervención y que lo atiende. Para ello, el comportamiento del paciente tiene que presentar un peligro grave para su salud, su seguridad o para la de otras personas. La medida de coerción deberá ser proporcional y se aplicará siempre y cuando hayan fracasado otros medios menos coercitivos.

En la medida de lo posible el médico habrá hablado con antelación con el paciente, con su representante terapéutico, representante legal o sus familiares.

Las medidas de coerción solo se pueden imponer durante un plazo limitado y no se pueden considerar como medidas terapéuticas. Tampoco pueden justificarse por una falta de personal.

[35] Derechos y responsabilidades del paciente, documento digital, 2009, revisado en: www.scripps.org/.../patient_rights_and_responsiblities

Una medida de coerción debe ser reevaluada para decidir si es necesario mantenerla o si puede ser levantada. Un protocolo preciso debe figurar en el expediente del paciente.

2.5.6. El derecho a estar acompañado

Un paciente que permanezca en un establecimiento sanitario tiene derecho a asistencia y consejo durante todo el tiempo que dure su estadía.

Tiene derecho a pedir el apoyo de sus familiares y a mantener contacto con sus allegados Si lo desea, puede llamar a los acompañantes del exterior que le hayan designado organizaciones independientes con fines no lucrativos.

2.5.6.1. En la práctica

A solicitud del paciente, un acompañante designado por una organización con fines no lucrativos puede asistirlo en las gestiones ligadas a su hospitalización o a su alojamiento. Este acompañante puede estar presente durante las entrevistas que tenga el paciente con los profesionales de salud o con otras instancias.

Los organismos con fines no lucrativos que ofrecen su asistencia deben estar reconocidos por el Departamento de salud y de acción social. Los establecimientos sanitarios tendrán al día y a disposición del paciente una lista con los acompañantes que las asociaciones designen.

La asistencia que brindan los diversos organismos debe tener carácter gratuito.

El derecho a decidir si se quiere o no estar acompañado pertenece al paciente y no a sus familiares o allegados ni a las asociaciones. El paciente queda libre de escoger si recibe o no la visita de un acompañante.

2.5.7. Directivas anticipadas y representante terapéutico

Cualquier persona tiene derecho a redactar directivas anticipadas para especificar el tipo de cuidados que quisiera recibir o no, en caso de que ya no estuviera en medida de poder expresar su voluntad.

También puede designar a un representante terapéutico que quedará encargado de pronunciarse en su lugar sobre los cuidados a prodigarle en aquellas situaciones en las que no pueda expresarse.

2.5.7.1. En la práctica

En aquellos casos en que una persona ya no tenga capacidad de discernir, el profesional de salud debe investigar si dejó directivas anticipadas o si designó a un representante terapéutico.

El profesional de salud tiene la obligación de respetar la voluntad del paciente, siempre que la conozca. Por ello, para dar a conocer claramente su voluntad, se aconseja a la persona que redacte las directivas anticipadas y que éstas sean de fácil acceso.

En caso de urgencia, el profesional de salud puede actuar sin esperar saber si el paciente dejó directivas anticipadas. En tal caso, actuará tomando en cuenta la voluntad presunta del paciente

Las directivas anticipadas pueden ser modificadas o anuladas en cualquier momento.

Si el paciente ha designado un representante terapéutico, el profesional de la salud debe facilitarle las informaciones pertinentes y obtener su aprobación para el tratamiento. Se levanta pues el secreto profesional de cara al representante terapéutico, en cuanto a lo que sea necesario.

El representante terapéutico debe actuar gratuitamente.

Si una decisión del representante terapéutico pone en peligro la salud del paciente, el profesional de salud puede negarla y recurrir ante autoridad jurisdiccional.

Se aconseja al paciente entregue copia de sus directivas anticipadas a su representante terapéutico. Así, en caso de que éste tenga que intervenir, lo hará sin tomar decisiones en contra de la voluntad del paciente.

2.5.8. La donación de órganos y tejidos

Una persona en vida puede decidir donar sus órganos con el fin de que sirvan para trasplantes. Si no quiere donar órganos después de su muerte, debe oponerse expresamente. Tal cual lo expresa la Ley 1716, en su artículo 10, la cual expresa:

> *ARTÍCULO 10.- Se establece que con preferencia deberán ser utilizados órganos provenientes de cadáveres, teniéndose como factores habilitantes los siguientes:*
>
> *a) Que el donante haya donado en vida sus órganos y tejidos para ser usados después de su muerte, o;*
>
> *b) Que exista la autorización expresa de los familiares legalmente habilitados.*
>
> *Si el difunto fuera menor de edad, la autorización para las ablaciones deberá ser dada por escrito por quien haya sido su tutor legal o la persona encargada de su custodia en caso de no tener familiares.*

Es posible oponerse a donar órganos de un pariente fallecido, previa autorización de éste.

En ningún caso la donación de órganos y tejidos puede ser objeto de transacciones comerciales, tal cual lo establece el artículo 17 de la Ley 1716, que expresa:

ARTICULO 17°.- Todos los actos de cesión de órganos, con fines terapéuticos, en vida o después de la muerte serán realizados de manera gratuita. La infracción a este principio acarreará responsabilidad civil, penal y administrativa, en contra de todos los transgresores.

Por otra parte igualmente es mencionada en su D.S. reglamentario (D.S. 24671), en su artículo 11, la cual establece que *"Los órganos, células y tejidos procedentes de personas fallecidas y cuando no exista consentimiento en vida, podrán ser donados por parte de sus parientes, siempre y cuando no existan fines de lucro (...)"*

2.5.8.1. En la práctica

Si la persona fallecida no se ha opuesto en vida a donar órganos con fines de trasplante, se presume su consentimiento.

Así pues, si una persona no quiere donar sus órganos o tejidos después de su muerte, tiene que oponerse explícitamente. Si su voluntad no hubiese sido expresada de manera explícita, se podría tomar algún órgano.

Los parientes no pueden oponerse a la voluntad que la persona fallecida expresara en vida.

Sin embargo, si la persona fallecida no expresó ninguna voluntad al respecto, se deberá consultar a los familiares y allegados y éstos podrán oponerse a que se donen sus órganos.

2.5.9. Otros fundamentos

Varios autores han considerado que el paciente tiene el derecho y deber de legitimar su posición ante el médico o prestador de servicios de salud.[36] En la actualidad, el paciente solicita de su médico:

[36] Asociación Médica Mundial. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial. Bol Oficina Sanit Panam 1990, p. 5-6.

— La explicación de los términos que se utilizan para referir la enfermedad.
— La información que le permita entender el porqué del empleo de cierto procedimiento o tecnología.
— El ejercicio de su propia autonomía y libertad, de tal forma que no se somete incondicionalmente a la acción médica.

Con ello se pretende una relación médico-paciente que beneficie a uno y otro, y donde se identifiquen con claridad las obligaciones y derechos de cada cual.[37]

La práctica de la medicina ha sufrido cambios debido a la especialización, fragmentación, institucionalización y despersonalización del cuidado de la salud. El número y complejidad de los problemas de ética médica crecieron a medida que la capacidad tecnológica médica iba presentando nuevos desafíos para los valores tradicionales.[38]

Dado que ahora el paciente cuenta con mayor información, debe propiciarse su participación activa dentro de la relación médico-paciente. Es imprescindible que deje atrás la conducta pasiva que conllevaba a dependencia o sometimiento, ceñida a una actitud paternalista del médico. Es un hecho que en la práctica de la medicina se quebrantan principios bioéticos o relativos a la beneficencia, autonomía o justicia; dichas infracciones corresponden a lo que en un sentido ético se conoce como desviaciones de la conducta. En nuestro país, muchas de estas desviaciones son condicionadas por las modificaciones y cambios de los factores que inciden en el campo de los servicios de salud.

En este contexto, resulta prioritario hacer explícitos los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer las demandas, la dignidad y la autonomía. Hasta el momento de realizar el presente trabajo no estaban sistematizados

[37] Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. p. 129-150.
[38] Minetti JA. Ética médica. Introducción histórica. Quirón: 1998. p. 114-129.

aquellos derechos contemplados en la Constitución, las leyes y las normas de salud de México, dificultando su identificación por parte de la sociedad.[39]

La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes representa la experiencia mexicana de realizar un trabajo en consenso con instituciones de salud, públicas y privadas, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos.

La ética médica actual está sustentada en cuatro principios de bases sólidas:

- Beneficencia
- No maleficencia
- Autonomía
- Justicia

Una ética humanista fundamentada en el principio de beneficio sería susceptible de ser objetada si se tuviera en cuenta sólo al hombre aislado, al individuo egoísta, mediando su bienestar físico como único criterio de valor ético, sin nada que lo trascienda. Pero la medicina va más allá de la persona.[40] El papel de la medicina ha sufrido cambios sustanciales en el siglo pasado e inicios de éste, en virtud de que, sin desentenderse del individuo aislado, se ha hecho evidente lo mucho que puede aportar al bienestar social comunitario. Algunas escuelas han venido propiciando, con indudable acierto, que los médicos a quienes forman estén capacitados para tratar al paciente como componente del núcleo social primario: la familia. El bien que la medicina pueda dispensarle a ésta, redundará en beneficio de la sociedad entera.[41]

---

[39] Lifshitz A, Trujillo D. Los derechos humanos del paciente hospitalizado. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1992. p. 9-10.

[40] Álvarez A. Una aproximación psicoanalítica a la ética de la relación médico-paciente. Rev Invest Clin 1997; 49, p. 491-496.

[41] Madrazo-Navarro M, Cervantes-Pérez A, Flores-Casanova Y. Desarrollo científico y tecnológico y atención a la salud. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 2000. p. 87-113.

No siendo el paciente un sujeto pasivo en el proceso enfermedad-curación, le asiste el derecho a que se le suministre con veracidad, claridad y de manera confidencial, toda la información sobre ese proceso. Cuando se trata de la práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, por simples que sean, tiene derecho a conocer el nombre y la experiencia de quien los va a ejecutar.[42]

Junto con el de beneficencia y justicia, el de autonomía es otro principio que sirve de sustentación a la ética médica. Por eso, todo acto médico debe estar precedido del consentimiento del paciente, a no ser que éste se encuentre mentalmente incompetente, entonces la autonomía es transferida de manera tácita a los familiares más cercanos. A nadie en posesión de sus plenas facultades se le puede forzar a aceptar un procedimiento diagnóstico o terapéutico, aunque el médico lo considere estrictamente necesario. Esa autonomía le permite al enfermo ceder o no sus órganos para trasplante o para estudios especiales, y señalar la persona en quien delegar la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos que el médico proponga, en caso de que no estuviese en capacidad de hacerlo por su cuenta en el momento indicado. En otras palabras, la persona posee el derecho de delegar su voluntad en terceros.[43]

Como ser humano, el enfermo posee los derechos que la ley le reconoce y le otorga; empero, sus derechos deberían ser preponderantes respecto a los del hombre sano, pues el enfermo se encuentra en desventaja. Para que la ley sea justa, debería velar por proteger a la parte más frágil sobre la que se legisla: el ser humano enfermo.

Varias publicaciones coinciden en señalar que la trayectoria del ejercicio médico occidental de la que somos herederos, ha ignorado o desconocido esos derechos con alarmante frecuencia, y ahora la sociedad civil empieza a tomar conciencia de ellos y lucha por hacerlos valer en un marco de justicia al amparo de la ley. Conocer los

[42] Minetti JA. Ética médica. Introducción histórica. Quirón: 1998. p. 114-129.
[43] Ramírez M, Espinoza PA, Viniegra L. El respeto a los intereses de los pacientes pediátricos. Rev Invest Clin 1996;48:361-367.

derechos del paciente, pugnar por su ejercicio e invitar a su perfeccionamiento en la práctica y a su tutela, es un reclamo social constante.[44]

Una de las discusiones tradicionales entre abogados y filósofos estriba en dilucidar si los derechos son exclusivamente los que están consagrados en un documento, o si existen independientemente de que se haya legislado al respecto.[45] Es por eso que consideró que era necesario y urgente elaborar un documento a favor de los pacientes, que permita a la población una participación activa e informada en la demanda de sus derechos, en la mejoría de la calidad de los servicios de salud, y en la crítica, denuncia y rechazo al profesional que no cumple con sus demandas y necesidades, promoviendo un cambio radical en la relación médico-paciente, eliminando a cierto sector de los prestadores de servicios de salud que actúan de manera impropia denigrando la imagen de la profesión médica.

Para avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, era necesario destacar las prerrogativas que las propias disposiciones sanitarias de nuestro país regulan en beneficio de los pacientes, las cuales había que definir en forma precisa y difundir entre los beneficiarios de los servicios de salud. En él se plantearon específicamente los derechos de los pacientes frente al médico que le brinda atención; los trabajos concluyeron con el diseño de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, cuyo fundamento legal y explicación están contemplados en diferentes ordenamientos jurídicos que se exponen a continuación:

1) ***Recibir atención médica adecuada:*** el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico.

---

[44] Velasco-Suárez M. Conclusiones: sanción inmediata del cirujano. Gac Med Mex 1989;125, p.14.

[45] Rodríguez RJ, compilador. Instrumentos interna-cionales sobre derechos humanos ONU-OEA. Tomo 1. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1988. p. 5-16

2) ***Recibir trato digno y respetuoso:*** el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
3) ***Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz:*** el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; a que esta información se le proporcione siempre en forma clara, comprensible con oportunidad, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
4) ***Decidir libremente sobre su atención:*** el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a rechazar o aceptar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en enfermedades terminales.
5) ***Otorgar o no consentimiento válidamente informado:*** el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuan-do acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser in-formado en forma amplia y completa en qué consisten, los beneficios que se esperan, y las complicaciones negativas que pudieran presentarse.

   Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decide participar en investigaciones, o donar órganos.
6) ***Ser tratado con confidencialidad:*** el paciente tiene derecho a que toda la información expresada a su médico sea manejada con estricta confidencialidad, y se divulgue exclusivamente con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera

voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7) ***Contar con facilidades para obtener una segunda opinión:*** el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su estado de salud.
8) ***Recibir atención médica en caso de urgencia:*** cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
9) ***Contar con un expediente clínico:*** el paciente tiene derecho a que los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa, en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable, y, cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.
10) ***Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida:*** el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

CAPITULO III

3. IMPORTANCIA Y SU TRASCENDENCIA DE LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL, EN LAS CAJAS DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL

3.1. LA FILOSOFÍA OCCIDENTAL Y LA COSMOVISIÓN ANDINA

Al adentrarnos a escudriñar la forma de pensar o de percibir las cosas, hoy en día con el avance de la tecnología y la ciencia; podemos apreciar e intentar comprender la Filosofía Occidental que se expandió en una gran parte de! mundo, pero que también existen otras como la Cosmovisión Andina.

Según Wilhelm Dilthey *"La Cosmovisión se manifiesta en la vida de las colectividades, no preeminente ni exclusivamente en su pensamiento. Más aún, toda cosmovisión puede ser comprendida, sentida, valorada, compartida subjetivamente, creída, asimilada y asumida no solo mediante procedimientos discursivos y racionales, según el autor tiene tres componentes esenciales: la imagen del mundo, las valoraciones de la vida y las orientaciones de la voluntad"*. Es así que la filosofía Andina y la percepción de la cosmovisión andina hoy en día es estudiada por intelectuales venidos del extranjero y nacionales que estudian a estos pueblos y al hombre andino en sus distintas manifestaciones culturales, usos y costumbres; es así que otro investigador encuentra un paralelo entre la filosofía occidental y la filosofía andina, conceptualizando de la siguiente manera.

La filosofía occidental es entonces, desde el punto de vista intercultural, una de las múltiples expresiones filosóficas existentes en la historia diacrónicamente y en el

espacio sincrónicamente, pero de ninguna manera la única ni la superior o canónica. Lo que es filosofía, no se puede definir monoculturalmente desde, dentro de una sola cultura, sino solo por un diálogo o polílogo intercultural.

Rescatando las ideas centrales de la Cosmovisión Andina y la Filosofía Occidental podemos señalar algunas diferencias que existen entre las dos como lo podemos advertir en el siguiente cuadro:

FILOSOFÍA OCCIDENTAL	COSMOVISIÓN ANDINA
• Concepción y actitudes antropocéntrícas que controlan el entorno ecológico y dominan la naturaleza. • Medición y conocimiento del cosmos como un conjunto ordenado, estático y continuo. • Suposición de que los objetos se encuentran siendo lo que son y estando en el mundo. • Noción discreta de las cosas y supuesto de divisibilidad cognoscitiva. • La razón y la ilustración como causas del desencantamiento del mundo. • Preeminencia del valor dogmático de la teología, la ciencia y la ontología. • Metafísica monista y pretensión excluyente de la verdad universal. • Validez incuestionable de la lógica formal y de sus principios de identidad, tercero excluido, no contradicción y razón suficiente. • Recurrencia del "modelo de la visión" con el imperativo de objetividad y neutralidad. • Representación euclidiana del espacio, medición y cálculo del mismo según el paradigma de la mathesis. • Concepción sucesiva, lineal y teleológica del tiempo, la historia y la política. • La acción política como realización consciente de programas de construcción del futuro. • Filosofía, ética y modelo de sociedad con base en el Individualismo posesivo. • Paradigma del homo faber.	• Sentimientos de carácter cosmocéntrico que someten al hombre a un orden cósmico expresado en la naturaleza y la sociedad. • Creencia en el flujo dinámico de la realidad: metáfora telúrica y seminal del río. • Asunción de la interdependencia orgánica del mundo: visión holista e hipótesis Gaía. • Certidumbre de que las cosas del mundo físico tienen vida y ánimo propio. • La vida existencia! e intensamente expresada y renovada en el misterio del rito. • Experiencia liminal de lo sagrado: embriaguez festiva, lúdica, espiritualista y animista. • Relativismo religioso: legitimidad dispersa de toda vivencia sagrada. • Lógica trivalente, tercera incluida, desvaloración gramatológica, obsecuencia, conflicto, oportunismo, traición y contradicción. • Inteligencia emocional que siente y restaura la reciprocidad, e| equilibrio, la alternancia, la inversión y la complementariedad. • Creencia en la manifestación intensa de las deidades en espacios de concentración de fuerzas de lo sagrado. • Concepción del tiempo cíclico e infinitó; la historia como inversión de dominio. La política como servicio rotativo alternado y como invariable relación de disimetría. • Valoración de la reciprocidad y la ayuda mutua en la vida social. • Silencio metafísico del hombre que calla.

Fuente: Blithz Lozada.

3.2. FILOSOFÍA ANDINA

En el presente capítulo nos introduciremos en la forma de pensamiento que tienen los pueblos originarios de los Andes para tratar de comprender su comportamiento en todos los aspectos; es así que uno de los estudiosos de la filosofía andina Josef Estermann en su libro Filosofía Andina, señala "La filosofía Andina tendría que ser definida como: cosmovisión explícita o interpretación racional de la experiencia vivencial del mundo. La filosofía, andina, en específico es la interpretación sistemática conceptual y racional de la experiencia vivencial del runa /jaqi de aquella parte del kosmos que le rodea".

Por otro lado, señala que la racionalidad andina se manifiesta en cuatro principios que son la base y que se encuentran en todos los campos de la vida: en la Cosmología, antropología, ética y teología andinas estos son:

1) Principio de relacionalidad o principio holístico es el principio básico, señala que todo está vinculado, conectado, con todo.
2) Principio de correspondencia derivado del principio de relacionalidad dice que los distintos aspectos, regiones o campos de la realidad se corresponden de manera armoniosa.
3) Principio de complementariedad, especificación de los principios correspondencia y relacionalidad; ningún ente y ninguna acción existen monádicamente sino es en co-existencia con su complemento específico. Este complemento es el elemento que recién hace pleno o completo al elemento correspondiente.
4) Principio de reciprocidad, a cada acto corresponde como contribución complementaria otro acto reciproco, este principio rige en todo tipo de interrelaciones; humano, naturales, y divinos; a través de la reciprocidad establecen una justicia cósmica como normativa a las múltiples relaciones existentes.

Otro autor señala que la filosofía del indio, está contenida en el ama Llulla - no seas mentiroso, ama sua - no seas ladrón, ama khella - no seas flojo. He ahí el humanismo inca. De este mandato trinitario salía el imperativo categórico de la ley y la obligatoriedad de la religión. “La filosofía que era la voz del pueblo y la religión que era la voz de Dios se confundía. En la sociedad nadie mentía, nadie robaba; no existía la explotación del hombre por el hombre. Todos, hombres y mujeres Hábiles trabajaban. Nadie tenía hambre; nadie tenía frío. Era delito tener hambre, delito tener frío. El falso testimonio, el latrocinio, la holganza, se castigaban con la muerte. La verdad resplandecía en el fondo de cada alma y en los actos de cada ser humano”.

En el mismo texto, Guillermo Carnero Hoke, indica “Lograron los Incas alcanzar el Estado Ético gobernados sólo por leyes morales al amparo del consejo de los ancianos. Sus habitantes se guiaban por un tríptico moral. No mentirás, no robarás, no serás ocioso y sabían que las cosas de las tierras eran de todos para todos, tal como el aire y el sol. Vivieron en un mundo feliz y sus descendientes nuestros indios de hoy son la más grande reserva moral del mundo del mañana”.

- El sujeto es el nosotros colectivo y comunitario y no el yo soberano.
- La cosmovisión Andina ve al mundo como un cuerpo o configuración total de interacciones, dinámicas y simbólicas duales y de reciprocidad.
- Empeño por conservar la simetría armonía de la naturaleza y el hombre.

Una mirada profunda al mundo Andino y a los habitantes aymarás en el futuro, presente y pasado es algo singular, poder desenmarañar y confrontar la forma de pensar, de vivir y relacionarse del aymara es algo especial y profundo; con relación a la forma de vivir del citadino occidentalizado, el primero vive en estrecha relación hombre naturaleza y sus deidades su vida es sacralizada, donde el futuro fue ayer, mientras que el hombre occidental esta sobre la tierra y su forma de pensar y vivir es individual, en cambio el hombre andino es parte de la tierra y su forma de actuar y pensar es en solidaridad o comunitaria, siempre pensando en los otros.

3.3. EL HOMBRE BOLIVIANO

En este acápite reflejamos las características del hombre boliviano, el ser humano ocupa un cierto lugar en la red universal de relaciones; es parte integral e integrada del cosmos. El ser humano boliviano no es una unidad definida sino que en el Estado plurinacional boliviano existen otras 36 nacionalidades con identidades propias como pueblos, su identidad en si es a través de relaciones; es, en sí mismo, una unidad en la diversidad, En primer lugar, el centro de gravitación no es el individuo o la persona separada, sino una identidad meta individual que no necesariamente es lo universal. El hombre en sentido occidental para la filosofía andina es un nada, un vacío total, un no ente; como nómada individual existente realmente sin ventanas, y por lo tanto no existe.

Otro autor habla con relación a los habitantes de Bolivia, indicando lo siguiente, "Sin los campesinos, indios y mestizos en su totalidad, que constituyen un grupo, lo anotó Tamayo resistente y persistente, los puntos culturales de referencia que nos permiten hablar de un modo de ser de la nación no hubieran existido o se habrían diluido en una confusión informe".[46] El mismo autor señala que no podemos hablar de un nacionalismo porque en "Bolivia sin hablar de movilización de las masas por que ciertamente, la nación no puede avanzar a la formación de su Estado moderno sino con el ascenso y la toma del, poder por las clases que contienen o que han conservado a la nación".[47]

3.4. FILOSOFÍA OCCIDENTAL

El Estado boliviano desde el periodo colonial pasando por el Periodo Republicano hasta hoy en día que nos declaramos estado plurinacional; tuvo y tiene una influencia europeizante, es decir con la llegada de los españoles a esta parte del continente americano, tuvo una gran influencia y alienación cultural, social, político e ideológico, en este último que es la forma de ver y pensar, y la filosofía occidental se caracteriza de la siguiente manera, según otro autor

[46] ZAVALETA René, La Formación de la conciencia Nacional, Editorial Los Amigos del Libro, 1990, La Paz Bolivia, Pág. 68.
[47] INIBID, Pág. 79.

3.5. EL ESTADO

Con relación a este punto hay mucho que debatir desde el punto de vista filosófico, político , social y cultural , no entraremos a escudriñar en los más finito de su concepción como Estado ; solo tomaremos en cuenta algunas definiciones de algunos destacados en el campo como Max Weber que dice con relación al Estado como una "Comunidad humana que, dentro de los límites de un territorio determinado, reivindica con éxito, por su propia cuenta, el monopolio de la violencia física legitimada", Carlos Marx entiende al Estado como una "Organización de dominación de clase, de opresión de una clase por otra; es la creación de un orden que legaliza y afirma esta presión moderada el conflicto de clase".[48] También se toma en cuenta al Estado como una persona jurídica integrada por un conjunto de organizaciones políticas, emergentes de las necesidades de la sociedad, con capacidad de imponer su autoridad, personificada en las normas jurídicas, tanto al interior como al exterior del territorio nacional.

Después de estas consideraciones podemos decir que Bolivia desde 1825 se declara como un Estado Republicano con todas sus características y complejidades 185 años de vida republicana marco luces y sombras en el avance social, cultural, político y económico, lo que nos interesa es saber cuánto se ha logrado hasta el momento en el bienestar y seguridad social del habitante del Estado Plurinacional actualmente, con las nuevas Normas a partir de la promulgación de la nueva Constitución Política del Estado, del 7 de febrero de 2009, comienza a estructurarse nuevas normativas de carácter social, político económico y cultural que van rigiendo el andar de los bolivianos.

3.5.1. Las 36 Nacionalidades de Bolivia

Bolivia a partir de la promulgación del nuevo texto constitucional del 7 de febrero del 2009, entra en una etapa de transformación social cultural, político, económico y jurídico, es en esta última donde podremos incidir, y analizar con relación a las 36

[48] GIRONDA Eusebio, Teoría del Estado, Editorial EDOBOL La Paz Bolivia, 2005, Pág. 45

nacionalidades que anteriormente no eran reconocidos o visibilizados como nación o pueblos con identidad propia, pero en el texto Constitucional boliviano, en sus bases fundamentales de Estado en el Art. 5 inc. I identifica a las 36 nacionalidades de la siguiente manera "de todo los idiomas de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos, que son el aymara, araona, baure, bésiro, canichana, cavineño, cayubaba, chacobo, chiman, ese ejja, guerani, guarasu we, guarayu, itonoma, leco, machajuyai, kallawaya, machineri, maropa, mojeño-trinitario, mojeño-ignaciano, more, moseten, movima, pacawara, puquina, quechua, siriono, tacana, tapiete, toronoma, uru-chipaya, weenhayek, yaminawa, yuki, yuracare y zamuco".[49]

Es por ello que se complejiza la atención en salud y la seguridad social de los habitantes del Estado Plurinacional, uno por el vasto territorio que tiene Bolivia, por los centros de atención y la poca cantidad de las mismas.

3.5.2. Definición del Estado Plurinacional

Bolivia a partir de la Nueva Constitución Política del Estado del 7 de febrero del 2009, se declara como un Estado Plurinacional, como lo define el vicepresidente Álvaro García Linera "El Estado tiene tres ejes transversales a partir de los cuales se puede identificar su forma; Primero Estado es una específica correlación de fuerzas, de lucha de clases. Segundo eje, que todo Estado es también un armazón institucional que convierte en norma, procedimientos, ministerios, decretos, leyes, burocracia, memoria y conocimiento, la correlación de fuerzas de una sociedad. El tercer eje, el Estado son las ideas, los discursos, los símbolos".[50] Otras instituciones del Estado como son los ministerios también están preocupados por la teorización de los nuevos paradigmas y conceptos, es por ello que el ministerio de la Presidencia en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto presentan un documento donde conceptualizan lo plurinacional como "El reconocimiento constitucional de la plurinacionalidad conlleva la afirmación de los derechos colectivos de las naciones y pueblos indígena originario campesino, la inclusión de lo simbólico y lo lingüístico en la

[49] GACETA Oficial de Bolivia, Constitución Política de Bolivia, Edición Oficial, La Paz Bolivia, 2009, Pág. 8
[50] GARCIA Linera Álvaro, La Nueva Bolivia, La Paz Bolivia, 2011, Pág. 10

dimensión política del Estado., el ejercicio de los derechos políticos en el marco de la democracia intercultural y la conformación de los Órganos del Estado".[51]

3.5.3. Los principios del Estado Plurinacional

El principio comunitarista, parte del fundamento que el orden jurídico de la justicia o del derecho, no necesariamente tiene un vínculo individualista y positivista, sino que el mismo se constituye a partir de la pluralidad de las naciones que conforman el Estado, naciones de los pueblos indígena originario campesino, donde se pierde el principio de la individualidad, lo que para el estado liberal es la persona; pero para el actual Estado Plurinacional, "La persona es y existe por voluntad de la comunidad, mientras que en la visión liberal, considera a la comunidad o sociedad como el resultado de la voluntad individual; desde el comunitarismo, la persona es, en tanto y en cuanto la voluntad de lo comunitario, lo que determina el orden es lo colectivo que actúa transversalmente en todo el sistema social; lo político, lo económico y lo cultural".[52]

Los nuevos principios que actualmente sustentan a la nueva Constitución Política del Estado son las siguientes: Art. 8, Inc. I "El Estado promueve como principio ético-moral de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble)".[53]

3.5.4. Los fines del Estado Plurinacional

El Estado plurinacional así como tiene el deber de respetar y garantizar el cumplimiento de principios y valores, por su parte tendrá que cumplir finalidades y funciones específicas constitucionales, enmarcados en nuestro ordenamiento jurídico como lo establece la Constitución Política del Estado, en el Art. 9. Son fines y funciones del Estado, además de los que establece la constitución y la Ley:

---

[51] MINISTERIO de Relaciones Exteriores y Culto, Reivindicaciones históricas, consagración de derechos constitucionales y su efectivización, La Paz Bolivia, 2011, Pág. 23.
[52] FUNDACION KONRAD ADENAUER, Editorial Presencia, La Paz Bolivia, 2009, Pág. 241
[53] GACETA Oficial de Bolivia, Constitución Política del Estado, Edición Oficial , La Paz Bolivia, 2009, Pág. 8

1) Constituir una sociedad justa y armoniosa, cimentada en la descolonización, sin discriminación ni explotación, con plena justicia social, para consolidar las identidades plurinacionales.
2) Garantizar el bienestar, el desarrollo, la seguridad y la protección e igual dignidad de las personas, las naciones, los pueblos y las comunidades, y fomentar el respeto mutuo y el dialogo intracultural, intercultural y plurilingüe.
3) Reafirmar y consolidar la unidad del país, y preservar como patrimonio histórico y humano la diversidad plurinacional.
4) Garantizar el cumplimiento de los principios, valores, derecho y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución.
5) Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

3.5.5. Los valores éticos y morales

El Estado boliviano asume un nueva forma de ver la vida y rompe con lo tradicional, tomando el avance de la actual situación del Estado plurinacional y se toma en cuenta nuevos modelos o valores, en ese sentido se toma en recuento de los valores éticos y morales. Son normas de conducta a las que aspira las instituciones en general, para desempeñarse adecuadamente en el medio en el que se desenvuelve. De esa manera las cajas de Seguridad Social del Estado plurinacional deben trabajar, en la actual Constitución Política Estado, que propone los siguientes:

Art. 8. Inc. II "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".[54] Estos valores tienen una profunda trascendencia en lo cultural y nacionalidades bolivianas, las mismas que deben ser practicadas en todas las instituciones del Estado y otras particulares y

[54] GACETA Oficial de Bolivia, Constitución Política del Estado, Edición Oficial, La Paz Bolivia, 2009, Pág. 9

privadas, en especial en los centros de nosocomios y las cajas de salud, privadas y estatales.

3.6. DESCOLONIZACIÓN DE LAS ENTIDADES DE SALUD

El proceso de descolonización es una tarea muy grande que debe partir del Estado Plurinacional con todas sus entidades, es por ello que se ha creado un ministerio del ramo, que a la misma dice, Bolivia ha iniciado un proceso de construcción de políticas publicas que parten de la *descolonización*[55] y la *despatriarcalización*[56] como eje de referencia, en ese sentido el Art. 9º de la Constitución Política del Estado es suficientemente explicita al señalar que es un , "Fin esencial del Estado Plurinacional, constituir una sociedad justa y armoniosa, garantizar el acceso de las personas a la salud, cimentada en la descolonización".[57]

Asimismo señala el Vice Ministro de descolonización, "En Bolivia se aprende de este modo, que la única forma de consolidar el Estado, Plurinacional es transgrediendo y subvirtiendo al Estado Colonial. Descolonizando el Estado desde el Estado, despatriarcalizando el Estado desde el Estado".[58] De esta manera podemos llegar a concluir que todas las entidades del Estado Plurinacional, y en todos los niveles se debe enmarcar, encarando la descolonización de las entidades, en este caso el de Salud y de todas las Cajas de la Seguridad Social.

Pero acá debemos hacer notar, que la pretensión legal y teórica del Gobierno de Evo Morales, es universalizar la atención de la salud, el Ministerio del ramo entra en

---

[55] La descolonización es la concentración de energías estatales para combatir racismo y patriarcado (el sustrato de la colonialidad), y se lo hace estableciendo de forma crítica el funcionamiento de la colonialidad del saber, del poder y del ser.

[56] El despatriarcalismo es el enfrentamiento contra toda esa herencia colonial; hoy es materia de política pública es la desestabilización de relaciones sociales de dominio y de ejercicio del poder como lo plantea la socióloga Sarela Paz Patiño. Es la transgresión de las reglas sociales, culturales, religiosas, normativas y políticas patriarcales que tiene la misión de eternizar el cautiverio de las mujeres, tal como lo afirma la antropóloga Marcela Lagarte.

[57] GACETA Oficial de Bolivia, Constitución política del estado, Ed. Oficial, La Paz Bolivia, 2009, Pág. 9

[58] Vice ministerio de Descolonización, Descolonización y Despatriarcalización en la Nueva Constitución Política, El Alto, Bolivia, 2010, Pág. 9.

contradicción, pretendiendo implementar la libre afiliación de los asegurados de la Caja Nacional de Salud, publicado en Página Siete de fecha 09-11-2011, (Ver Anexo).

3.7. MODELOS DE CAJAS DE SALUD

3.7.1. Caja Nacional de Salud

La Caja Nacional de Salud (CNS), antes Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS), tiene un proceso histórico que se lo puede dividir en dos etapas:

Que abarca de diciembre de 1956 hasta marzo de 1987 y comprende la promulgación del código de seguridad social.

Las prestaciones señaladas en el código de seguridad social, comprendían los regímenes de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte, riesgos profesionales y el régimen de asignaciones familiares.

Que comprende de abril/1987 a la fecha. La ley Financial 924 de 15-04-87, establece la separación de los seguros, administrados integralmente hasta ese entonces.

Dejándose a las Cajas la administración de los seguros a corto plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a corto plazo.

Y los fondos complementarios (FONARE, FOPEBA, SENASIR) la administración de las prestaciones a largo plazo: invalidez, vejez, muerte, riesgos profesionales a largo plazo.

Cuyo visón es una descripción de un futuro deseado que puede ser difícil, pero no imposible de lograr, basado en principios, ideales y valores. La visión sirve para guiar acciones encaminadas a una situación ideal. Se propone la siguiente:

"La caja Nacional de Salud se constituye en una organización de excelencia y alta competitividad donde los usuarios externos (asegurados) y los usuarios internos (funcionarios) se encuentran satisfechos".

Asimismo conlleva la misión de ser de la institución, es el propósito de la misma; es un enunciado breve y claro de las razones que justifican la existencia de las organizaciones sociales. Se propone lo siguiente:

"Prestar servicios de salud de alta calidad, trato personalizado y costo controlado, buscando satisfacer las necesidades de salud de la población asegurada en forma oportuna, accesible, equitativa y solidaria".

3.7.1.1. Perfil Institucional

La Caja Nacional de Salud es una Institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, con responsabilidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente. Encargada de la gestión, aplicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a corto plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales, instituidos por el Código de Seguridad Social, la Ley Financial 924 y demás disposiciones legales conexas.

La Caja Nacional de Salud tiene su domicilio legal en la ciudad de La Paz y su organización administrativa se desconcentra geográficamente en nueve administraciones regionales o departamentales.

DEPARTAMENTO	ADMINISTRACIÓN REGIONAL	AGENCIA DISTRITAL
LA PAZ	La Paz	
COCHABAMBA	Cochabamba	
SANTA CRUZ	Santa Cruz	Camiri Vallegrande Montero
ORURO	Oruro	
POTOSI	Potosí	Tupiza Uncía Uyuni Atocha
CHUQUISACA	Sucre	Camargo
TARIJA	Tarija	Yacuiba
BENI	Trinidad	Riberalta Guayaramerin
PANDO	Cobija	

Fuente Caja Nacional de Salud

3.7.1.2. Marco legal, para su funcionalidad

- LEY de 14-12-56 Código de Seguridad Social
- D.S. 5310 de 30-09-59 Reglamento del C.S.S.
- Ley 0924 de 15-04-87 Reforma estructural del sistema De Seguridad Social.
- D.S. 21637 de 25-06-87 Reglamento de la ley 1924
- D.S. 23716 de 15-01-94 Creación de INASES
- D.S. 24540 de 31-03-97 Libre afiliación, rea filiación y desafiliación
- R.A. 122-2005 de 03-11-05 Reglamenta el D.S. 24540

3.7.1.3. Desafiliación de Empresas.

El decreto Supremo 24540 de 31 de marzo de 1997 establece el sistema nacional de afiliación a los seguros de salud y la libre elección de ente gestor. La citada norma tiene un nuevo reglamento específico, aprobado mediante resolución administrativa Nº 122-2005 de 3 de noviembre de 2005 (Ver Anexo), el mismo que reglamenta la afiliación, desafiliación y rea filiación en el sistema Boliviano de Seguridad Social de corto plazo y que reemplaza al anterior reglamento aprobado mediante R.A. 047/2003 de 30 de mayo de 2003. Asimismo, se hace notar que durante la gestión 2005 las desafiliaciones

quedaron en suspenso, en cumplimiento a la resolución administrativa 057-2004 de 05/10/2004 emitida por el INASES.

En consecuencia, producto de las desafiliaciones producidas durante el periodo del 2001 al 2004, 155 empresas se desafiliaron de la institución, que corresponden a 7.048 trabajadores desafiliados.

3.7.1.4. Impacto económico.

La desafiliación de empresas producida durante el periodo del 2001 al 2004, en aplicación del D.S. 24540 de 31/03/1997, ha producido efectos negativos en los registros por aportes que decepciona la Institución. Es así, que se dejaron de percibir mensualmente la suma de Bs. 1.799.017,88 (Un millón setecientos noventa y nueve mil diecisiete 88/100 Bolivianos) y anualmente la suma de Bs. 21.588.214,56 (veintiún millones quinientos ochenta y ocho mil doscientos catorce 56/100 Bolivianos) por concepto de aportes de las 155 empresas desafiliadas durante el periodo de 2001 A 2004.

3.7.1.5. Análisis Institucional.

Por otra parte, los motivos y reclamos que presentan las empresas y asegurados son principalmente: la mala atención que reciben en los centros de consulta externa y hospitalaria, Entre las citadas más frecuentemente se encuentran las siguientes:

No existen camas disponibles en Hospitales. Retraso en la programación de cirugías No existen varios medicamentos en farmacia Coexisten reactivos de laboratorio. Prolongadas citas para acceder a médicos especialistas. Duplicidad de exámenes de laboratorio. Perdida de historias clínicas. Prolongadas esperas para recibir atención médica, debido al hacinamiento de pacientes en los centros médicos. Maltrato del personal Médico, Paramédico y Administrativo.

3.7.1.6. Valores

Son normas de conducta a las que aspira la institución en general, para desempeñarse adecuadamente en el medio en el que se desenvuelve. Se propone los siguientes:

- Reserva.- Deseo de los funcionarios de mantener la confidencialidad sobre datos personales y médicos de los pacientes.
- Responsabilidad.- Disposición de actuar conforme a lo establecido en las normas y funciones que hacen al cargo.
- Transparencia.- disposición de actuar con claridad, sin esconder lo que debe ser conocido.
- Integridad.- Constante disposición de no vulnerar por ningún motivo, los valores y principios éticos.
- Justicia.- constante voluntad de dar a cada cual lo que es debido.
- Verdad.- conformidad de lo que uno piensa o comunica, con la realidad de los hechos.
- Respeto a las personas.- Actitud de reconocimiento de la dignidad de los demás y la aceptación de los derechos.

3.7.1.7. Principios

La constitución política del estado en su artículo 158º establece: "Los regímenes de seguridad social se inspiraran en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social" . Los cuales, se describen a continuación.

- Principio de Universalidad.- Este principio tiende a la protección de la población en general, por tanto los beneficios de la seguridad social deben abarcar a la totalidad de la población, sin distinción de ninguna clase, es decir haciendo abstracción de la situación de trabajo, riqueza o nacionalidad.

- Principio de Solidaridad.- principio fundamental de la seguridad social, que se expresa a través de la solidaridad económica y la solidaridad social. La solidaridad económica, se refiere a que los que perciben mayores ingresos aporten más, para contribuir a otorgar idénticas prestaciones a los que perciben menores ingresos. En cambio la solidaridad social resulta del encuentro entre las generaciones de jóvenes (económicamente activos con aquellos que aun no lo son (niños, minusválidos, etc.) y aquellos que ya han dejado de serlo (ancianos); generaciones vivientes a favor de los fallecidos, los sanos por los enfermos.
- Principio de unidad de gestión.- Establece la necesidad de que los regímenes de la seguridad social, sean controlados y administrados por una sola institución a nivel nacional, a fin de no duplicar recursos humanos, materiales y financieros.
- Principio de economía.- Se refiere al logro de objetivos al menor costo posible, mediante el uso óptimo de recursos, de manera que una cantidad dada de recursos

  Produzca la máxima utilidad o satisfacción. Principio que se debe aplicar en los gastos administrativos, compra de insumos, construcción de centros médicos y hospitalarios e inversiones que se realicen.
- Principio de oportunidad.- Se refiere a que las prestaciones de la seguridad social deben ser oportunas, para actuar en el momento en que hace falta. Es decir, inmediatas a la necesidad que las origina.
- Principios de eficacia y eficiencia.- Eficacia referente al grado de cumplimiento de objetivos, metas y resultados, sin considerar los medios o recursos utilizados. La eficiencia referida a la relación entre los resultados obtenidos y los recursos invertidos, en referencia a un estándar de desempeño.

3.7.1.8. Objetivos Principales

- satisfacer al usuario
- mejorar la imagen institucional

3.7.1.9. Objetivo específicos

- PRESTACIONES DE SALUD.- Lograr servicios de salud accesibles, oportunos y centrados en el paciente que solucionen objetivamente sus problemas de salud, a través de la aplicación de un modelo sanitario no solamente curativo, sino reorientando hacia la medicina preventiva, familiar y comunitaria, control social.
- DESARROLLO DEL PERSONAL.- Aplicar de manera efectiva el sistema de administración de personal y el reglamento interno de personal para generar acciones orientados a la gestión del talento humano con que cuenta la institución, para lograr un cambio de actitud en nuestros funcionarios, permitiendo mejorar el trato al paciente y desarrollar el orgullo institucional.
- AMPLIACION DE INFRAESTRUCTURA.- Posibilitar la ampliación y construcción de nueva infraestructura en salud, en función de los recursos financieros disponibles, previo análisis situacional por parte de la gerencia de servicios de salud en coordinación con los departamentos de infraestructura y planificación, para brindar mayor comodidad a nuestros asegurados.
- INFORMACION A LOS ASEGURADOS.- Rediseñar y ejecutar el plan de marketing orientado a la población asegurada y en segunda instancia a la población no protegida, que sea informativa, educativa y preventiva.
- DESARROLLO INFORMATICO.- Desarrollar un sistema informático que permita obtener información oportuna y confiable en el área de salud y administrativa, cotizaciones, afiliación vigencia de derechos, farmacias, almacenes, etc. Con capacitación y mejora de la gestión.
- APROVECHAMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS.- Establecer un modelo de gestión financiera moderno y ágil, que dinamice los procesos burocráticos, priorice las necesidades y asigne eficientemente los recursos financieros disponibles en función del POA y Presupuesto aprobado.
- DESAFILIACIONES.-Evitar las desafiliaciones de empresas e instituciones privadas y públicas.
- POLÍTICAS.-Son guías de acción y pensamiento para todos los miembros de la entidad que permite definir lineamientos generales para la toma de decisiones. Es

decir son directrices que ayudan a una mejor elección de un camino a la luz de un objetivo general.

- Política de prestaciones de salud
- Política de desarrollo del personal
- Política de ampliación de infraestructura
- Política de información a los asegurados
- Política de desarrollo informático
- Política de aprovechamiento de recursos financieros
- Política de evitar las desafiliaciones

— ESTRATEGIAS.- Es un curso de acción que tienen las entidades para alcanzar los objetivos planteados. Definen el cómo se deben alcanzar los objetivos estratégicos.

3.7.2. Caja Petrolera de Salud

La Caja Petrolera de Salud fue creada según DS-5083 del 10 de Noviembre de 1958. bajo la denominación de Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros, como Institución de derecho público, con personería jurídica, autonomía de gestión y patrimonio propio, para la gestión administrativa de los regímenes de corto y largo plazo, establecidos en el Código de Seguridad Social.

En conformidad a la Ley 924 del 15 de Abril de 1987 y decreto Reglamentario 21637 del 25 de Junio de 1987 y Decreto Supremo 23716 del 15 de enero de 1994, se constituye en Caja Petrolera de Salud, como entidad gestora del régimen de maternidad, enfermedad y riesgos profesionales a corto plazo.

3.7.2.1. Reseña Histórica

Resoluciones a favor de las conquistas sociales de los trabajadores hacen que se plasme en Bolivia el Decreto Ley del nuevo Código de Seguridad Social el 14 de Diciembre de 1956, como una de las conquistas más grandes a favor de la clase trabajadora.

Grandes sectores laborales con actividades similares empiezan a crear sus propias Cajas de Salud, es así que en 1958 se crea la Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros,

con aportes hasta del 37,5% entre patronales y trabajadores. Este seguro cubre enfermedad, invalidez, vivienda, asignaciones familiares, etc. Posteriormente, con la posibilidad de que estos seguros entren en déficit, el Estado se compromete a cubrir el seguro de enfermedad. A partir del año 1972, la Caja incorpora en su seno a trabajadores de otras empresas como Lloyd Aéreo Boliviano o Empresa Nacional de Electrificación con lo que se cuadruplica la población protegida pasando los 10.000 asegurados. Para cumplir con los objetivos de entonces, se diseña una nueva estructura en base a agencias regionales, zonales y sub zonales, la cual permanece hasta la actualidad. Por Decreto Ley N°10173 de 28 de Marzo de 1972 la Caja Petrolera de Seguro Social.

3.7.3. De la naturaleza y fines

La misma se rige:[59]

Artículo 1.- La Caja Petrolera de Salud es una Institución de derecho público, con patrimonio propio y autonomía administrativa, legal y técnica; encargada de otorgar prestaciones en el régimen de corto plazo de la seguridad social.

Articulo 2.- La personería jurídica de la Caja Petrolera de Salud emerge del Decreto Supremo 05083 de 10 de Noviembre de 1958, Ley 924 de 14 de abril de 1987, Decretos Supremos 21637.de 25 de Junio de 1987, 23716 de 15 de Enero de 1994, 26973 de 27 de marzo de 2003 y Resolución Administrativa No. 03-026-93 de 06 de julio de 1993 del ex Instituto Boliviano de Seguridad Social.

Artículo 3.- "La Caja Petrolera de Salud, tiene por finalidad la gestión y aplicación de los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo instituidos por el Código de Seguridad Social, su Decreto Supremo Reglamentario 05315 de 30 de septiembre de 1959, Decretos Leyes Nos. 10173 de 28 de marzo de

[59] ESTATUTO Orgánico, Caja Petrolera de Salud, La Paz Bolivia, 2005.

1972,13214 de 24 de diciembre de 1975, 14643 de 03 de junio de 1977 y disposiciones conexas y complementarias".

Artículo 4.- "La Caja Petrolera de Salud tiene por domicilio legal la Ciudad de La Paz y cuenta con Administraciones Departamentales en el interior de la República".

3.7.3.1. De la naturaleza legal

Artículo 5.- Se encuentran comprendidas dentro del campo de aplicación de la Caja Petrolera de Salud:

- Los trabajadores que prestan servicios remunerados en empresas, entidades e instituciones comprendidas dentro del seguro social obligatorio
- Los trabajadores que soliciten su incorporación y que no están afiliados a otros entes gestores o que hubieran solicitado su desafiliación.
- Los jubilados incorporados dentro del campo de su aplicación.
- Los trabajadores por cuenta propia incorporados al seguro voluntario.
- Las personas incorporadas al SUMI y SMGV.

Artículo 6.- La Caja Petrolera de Salud se encuentra bajo Tuición del Ministerio de Salud y Deportes y la fiscalización de la Contraloría General de la República Instituto-Nacional de Seguros de salud.

3.7.4. La Caja de Salud de la Banca Privada

Con más de 16 años de experiencia (desde de 1988) y presencia en toda Bolivia (excepto Pando) se presenta como la mejor empresa de asistencia médica y profesional en el país, desarrollando inteligentemente productos y servicios que nos permiten ver con optimismo el futuro y proyectarse hacia una nueva era, logrando mantener posición de privilegio: ser la institución con el más alto nivel de excelencia en la prestación de servicios médicos en Bolivia.

Cuya Visión, es ser una institución de excelencia en la prestación de servicios integrales de salud.

Asimismo su Misión, es fundamentalmente proteger la salud de nuestra población asegurada con calidad humana, técnica y tecnológica, contribuyendo a mejorar su bienestar

Valores institucionales:

- Honestidad, por la que se actúa con rectitud y probidad en todo momento.
- Conciencia Moral, por la que nuestra conducta se ciñe a principios éticos, la misma que debe ser intachable
- Respeto, por el que se brinda y se exige un trato digno, considerado y amable a todas las personas
- Empatía, por la que nos ponemos en el lugar de la otra persona en todo momento.
- Solidaridad, por la que en la CSBP nos colaboramos mutuamente, trabajando por igual y fraternalmente.
- Lealtad, por la que se observa fidelidad al trabajo, a la organización y a los compañeros de trabajo, en el marco de la legalidad.

Principios institucionales:

- Profesionalismo, porque tenemos que generar capacidad efectiva de cumplir con las tareas al más alto nivel profesional.
- Oportunidad, porque nuestra atención debe responder en tiempo y espacio a las necesidades de los afiliados.
- Legalidad, porque trabajamos en cumplimiento de las leyes vigentes.
- Calidad del Servicio, porque brindamos servicios acordes a la necesidad de los afiliados, con profesionalidad, seguridad, racionalidad, oportunidad y calidez, ya que debemos tener presente en todo momento que tratamos con seres humanos.

- Sostenibilidad, porque aseguramos el equilibrio entre la calidad de la atención y el costo del servicio, propiciando así la estabilidad institucional en el tiempo.
- Equidad, porque otorgamos el servicio sin ningún tipo de discriminación y en igualdad de condiciones. Vocación de Servicio, porque comprendemos la principal actividad que realiza la institución, y por ello se tiene una actitud de entrega y dedicación en el trabajo,
- Transparencia, porque damos cumplimiento permanente a la aplicación de las políticas institucionales, de la normativa en vigencia y de los valores adoptados.
- Integridad, porque trabajamos en todo momento con la misma responsabilidad, rectitud y apego al deber y a los valores asumidos.

CAPITULO IV

4. CONSIDERACIONES JURÍDICO DOCTRINALES EN RELACIÓN A LA ADECUACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE A LOS PRINCIPIOS Y FINES DEL ESTADO PLURINACIONAL

4.1. FUNDAMENTO JURÍDICO DEL ESTADO PLURINACIONAL

Es difícil conciliar lo plurinacional, como el reconocimiento de la pre-existencia de 36 Naciones y pueblos indígena originario campesino, con la idea más integradora de la nación boliviana no solo como un medio adecuado para consolidar la lealtad de la población con su gobierno, sino sobre todo, para propiciar la integración cultural frente a la mera asimilación que destruye las particularidades y las visiones diversas reivindicadas y protegidas, precisamente, por la democracia como una característica de las sociedades humanas.

Qué llevó a los proyectistas de la Constitución Política vigente a plantear de esta forma el Estado, generando en los diversos niveles de organización y gestión contradicciones monumentales que, con toda seguridad, serán la fuente de problemas futuros, y mucho más en el seguro social del Estado boliviano.

Probablemente, influyeron en primera instancia las ideas y propuestas del grupo de investigadores del Vicepresidente Álvaro García y otros intelectuales de la izquierda tradicional que, afanosamente, buscaron recuperar un discurso que pudiera confrontar y refutar los contenidos de las reformas estructurales emprendidas desde el año 1985 y que determinaron, un declive del papel del Estado en áreas estratégicas dela economía por cierto, siempre mal administradas y fuentes inagotables de corrupción , pero también

tuvieron la intencionalidad de construir una ideología alternativa que utilizara los términos de moda: pueblos indígenas, multiculturalismo, movimientos sociales.

En este sentido, recurrieron a las teorizaciones de Pierre Bourdieu quien afirmó que el "neoliberalismo es la ideología de la globalización aunque no representa un hecho consumado, ni mucho menos una realidad irreversible y que, por tanto, es perfectamente posible y más aún, necesario, enfrentarlo políticamente"… visión que está fundamentalmente dirigida a los trabajadores de Europa, pues si se la hiciera extensiva a Latinoamérica, la propuesta parecería no adecuado a nuestra sociedad.

Bourdieu llama a cerrar filas en torno al Estado, que estaría siendo desmantelado por la política neoliberal, en el fondo, se refiere a la defensa del Estado de Bienestar de donde se deduce que su planteamiento tiene un contenido restauracionista que en sí mismo no es del todo negativo. Sin embargo, restablecer las relaciones que predominaban en un orden industrial muy diferente al actual en el que la economía experimenta una revolución microelectrónica supone bloquear el avance del orden post industrial, algo que desde una perspectiva de mediano plazo no parece ser posible, especialmente si se toma en cuenta que en el marco condicionado por nuevas formas de organización de la producción y del trabajo ya se han formado alianzas sociales y relaciones de poder, que son ignoradas en términos absolutos.

4.2. EL ESTADO PLURINACIONAL COMO ENTE PROTECTOR DE LOS PACIENTES

El actual Estado plurinacional boliviano, tiene muy poco en el andar como un Estado nuevo y con nuevas características en lo social, cultural y político, aun podemos revelar que tenemos una dependencia económica En América Latina, salvo Chile, Costa Rica y Uruguay, los Estados son generalmente débiles. Esa característica se manifiesta de diversas formas: imposibilidad de controlar eficientemente el territorio, incapacidad de hacer cumplir las normas, especialmente, en sitios alejados de los centros políticos y, por

supuesto una manifiesta tendencia a modificar instituciones que generalmente son inestables.

Bolivia no es la excepción a esta realidad, pero posiblemente constituye uno de los casos más severos de fragilidad estatal. Paradójicamente, está entre los países de la región que más veces ha modificado su Constitución a través de reformas, congresos y Asambleas Constituyentes. La última, aprobada en Enero de 2009, viene a ser la 19va.esta última Constitución Política del Estado, es la que es reformada en su totalidad en lo que va de su historia republicana.

En todos los casos se aparte del supuesto que es posible mejorar el sistema normativo ya que esto automáticamente podría incidir de forma positiva en el desarrollo económico del país, incrementando el nivel de vida de la población. Por supuesto, nunca ha ocurrido tal situación porque los problemas de fondo de Bolivia la pobreza y la desigualdad económica social; no tienen relación con las virtudes, vicios u omisiones que se le asignan a la norma, sino con una precaria institucionalidad democrática, una ineficiente gestión pública y una cultura política que promueve la corrupción a través de un conjunto de prácticas bastante conocidas y antiguas como el nepotismo, prevendalismo, clientelismo y el patrimonialismo.

Ahora bien el tema de la estructura y organización territorial del Estado son esenciales para otorgar viabilidad a instituciones que se diseñan y construyen, no solo para garantizar una adecuada gobernabilidad, sino también para el establecimiento de una plataforma que propicie el desarrollo social.

4.3. LA SEGURIDAD SOCIAL, COMO INSTRUMENTO DE PROTECCIÓN

La OIT en materia de seguridad social crea grupos de 0 a 5 años y 65 años adelante. Ese es el grupo en cualquier país que tiene mayor contingencia, y en consecuencia, es el grupo que necesitan más atención.

Por ejemplo algunos países latinoamericanos, el primer día de clases se vacuna a todos los alumnos.

En cambio los niños que no van a la escuela se convierten en grupo de mayor riesgo junto a los ancianos. Pasado los 65 años la contingencia de enfermedad es más alta por lo que requieren mayor atención. La OIT establece cinco contingencias mínimas:

- Enfermedades respiratorias mínimas.
- Enfermedades gastrointestinales.
- Enfermedades locomotoras (Polio).
- Enfermedades degenerativas (Paperas).
- Enfermedades sensitivas o de los sentidos.

La OMS dice se debe proteger a estos grupos de manera absoluta. En Bolivia está vigente este seguro desde hace trece años.

Lo propio para las personas mayores de 65 años que tienen enfermedades degenerativas. Se clasifica en tres clases:

1) Enfermedades degenerativas de funciones. Ej. Hipertensión Arterial que se presenta en el 99.9% de personas que viven en la altura a más de 4 mil metros, Diabetes en sus tres tipos, también la hereditaria; asma, etc.
2) Enfermedades degenerativas de orden celular. Ej. Mal de Alzheimer, es decir que se olvidan de todo. También se hablan de formas de cáncer.

3) Enfermedad degenerativa del músculo y huesos. Aquí tienen que ver la locomoción, se toma en cuenta también la embolia; artritis y otros.

En Bolivia la legislación protege a estas personas de manera integral, es decir atención médica, cama, medicamentos. Esta atención corresponde a los que no están asegurados a través del Seguro Social Obligatorio.

En caso de que el niño tenga aparentemente más de cuatro años se presume que para estos efectos tiene cinco años.

El 60% de la población está en la pobreza y extrema pobreza. Sobre esto la ley dice que abarca con este seguro a las personas que no tienen capacidad de pago.

4.3.1. Perspectiva política

Los cambios políticos generados por el Gobierno Constitucional del Presidente Evo Morales, buscan modificar el escenario nacional, tanto para los entes gestores de políticas públicas, como para todos y todas las y los habitantes del país, motivo por el cual, surge la necesidad de elaborar y ejecutar una nueva política estatal en Derechos Humanos.

El PNADH (Programa Nacional de Derechos Humanos),es un instrumento público con un nuevo enfoque integral y comunitario de los Derechos Humanos que pretende responder a las necesidades reales de la población boliviana, cumplir con los compromisos asumidos internacionalmente en materia de derechos Humanos y combatir la discriminación y la exclusión.

En este sentido, el PNADH contiene las políticas públicas a realizarse entre los años 2009 y 2013, que refuerzan los mecanismos de promoción, protección, defensa, realización y ejercicio efectivo de los derechos Humanos en el País en armonía y equilibrio con la naturaleza y el cosmos, con la finalidad de que toda la población pueda

“Vivir Bien”. Asimismo, busca implementar la visión plurinacional e intercultural a los derechos humanos en Bolivia.

El documento está estructurado en tres partes:

- LA PRIMERA parte contiene el marco general del plan y consta de tres capítulos:
    - En el primero, se expresan los antecedentes que conducen a la necesidad de elaborar este documento rescatando la importancia de los procesos de construcción y ejecución para su aplicabilidad, efectividad y legitimidad.
    - En el segundo, se describe la metodología que el PNADH adopta para poder hacer vigentes sus objetivos.
    - En el tercero, se expresa el marco normativo nacional e internacional que sustenta al plan.
- LA SEGUNDA parte desarrolla a detalle cada derecho bajo una estructura que contempla el marco normativo internacional y nacional que lo protege, recomendaciones de organismos internacionales, la justificación para el tratamiento del derecho en el plan, los objetivos centrales que se pretende alcanzar y un cuadro que expresa el problema que se quiere atender, las acciones que se deben tomar, los resultados que se quieren alcanzar, la instancia estatal responsable, el plazo y el presupuesto aproximado destinado a cada acción. Esta parte contiene seis capítulos, en donde se desarrollan los derechos en base a la organización planteada por la nueva constitución Política del Estado.
    - El primer capítulo desarrolla los denominados “derechos fundamentales” entre los cuales se encuentran el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, el derecho a la verdad, justicia y reparación el derecho a la libertad personal derecho a la seguridad pública, el derecho al agua, el derecho a la alimentación adecuada, el derecho a la salud, el derecho a la educación, el derecho a la vivienda y el derecho al acceso a los servicios básicos.

- El segundo capítulo desarrolla los derechos civiles y políticos, que incluyen a la no discriminación, el derecho a la libertad de pensamiento y religión, el derecho a la libertad de expresión, el derecho a la comunicación, el derecho al acceso a la información, las garantías del debido proceso y el acceso a la justicia, los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la participación política, el derecho al sufragio y el derecho a la fiscalización de los actos públicos.

4.3.2. Perspectiva Jurídica

La Constitución Política del Estado en la sección II en relación al Derecho a la Salud y a la seguridad social, indica en los articulados lo siguiente:

> ***Art. 35. I.*** *"El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas publicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud".*
> ***Art. 37.*** *"El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y de sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades".*

Lo cual garantiza el acceso a la salud y por ende de crear y normar no solo el derecho del acceso a la salud, si no de los pacientes que se encuentran internos en centros de salud pública y cajas de salud.

4.4. EL DERECHO COMO REGLA

Las definiciones precedentes, tomadas del enorme conjunto de precisiones sociológicas del Derecho, recatan el rasgo caracterizador de la norma jurídica que es el de ser la regla impuesta coactivamente por el grupo social, esta tipificación deja su impronta en el

hecho jurídico; además de que, al ser el Derecho un hecho creado por la sociedad, esta, por otra parte, sujetado a la ley del cambio que es el fundamento dinámico del desarrollo de la comunidad humana. El concepto sociológico del Derecho fija, por lo tanto, su carácter social y diacrónico. Se precisa pues, con carácter previo, definir el campo de la sociología, que es ciencia globalizadora, para poder determinar la esfera de la sociología del derecho, como disciplina especifica derivada de aquella.

4.5. EL DERECHO CONSUETUDINARIO

El antecedente más importante para dar jurisdicción y aplicar el derecho Consuetudinario, rompe el monopolio jurisdiccional del Estado en materia administración de justicia que reconoce para las "Comunidades Nativas del País, y la facultad jurisdiccional a los órganos del gobierno Comunal para conocer, transitar y resolver con validez de cosa juzgada los conflictos de naturaleza civil y faltas en lo penal de mínima cuantía, a la vez que dispuso que los Tribunales Civiles y Penales o Privativos" , tengan en cuenta las costumbres, tradiciones ,creencias y valores socio-culturales.

El régimen Constitucional vigente, relacionado con el tema que tratamos no ha sido objeto de un debate y análisis, pues hay muchos problemas políticos y económicos a superar.

Sin embargo los hechos producidos con la marcha de los indígenas en el gobierno de Jaime Paz Zamora, podrían llevar un estudio más serio y adecuado, porque estamos refiriéndonos al caso de los originarios del Oriente boliviano, que consideramos no ha sido enfocado estructuralmente en el campo jurídico, sino más bien político, sociológico y antropológico.

En Bolivia se planteó la aplicación de la justicia Comunitaria como Municipal señalándose el Derecho indígena como Derecho particular y Universalísimo como Derecho occidental.

4.5.1. Derecho consuetudinario y derecho constitucional

El antecedente más importante para dar jurisdicción y aplicar el derecho Consuetudinario en Bolivia antes de la actual Constitución, se remonta a los años noventa con la marcha de los pueblos indígenas que hacen conocer de sus necesidad y de sus derechos, en 1990, que rompe el monopolio jurisdiccional del Estado en materia de administración de justicia que reconoce para las, Comunidades Nativas de la Amazonía Boliviana o tierras bajas.

Y la constitución actual de 4 de abril de 2009, otorga la facultad jurisdiccional a los órganos del gobierno Comunal para conocer, transitar y resolver con validez de cosa juzgada los conflictos de naturaleza civil y faltas en lo penal de mínima cuantía, a la vez que dispuso que los Tribunales Civiles y Penales o Privativos tengan en cuenta las costumbres, tradiciones, creencias y valores socio-culturales de las Comunidades de la Selva de igual manera a los pueblos del occidente Boliviano.

El régimen Constitucional vigente, relacionado con el tema que tratamos no ha sido objeto de un debate y análisis, pues hay muchos problemas políticos y económicos a superar.

Sin embargo los hechos producidos en el 1990, podrían llevar un estudio más serio y adecuado, porque estamos refiriéndonos al caso del derecho del hombre que por escasas políticas de gobierno no fueron desarrollándose, en criterio nuestro, consideramos no ha sido enfocado estructuralmente en el campo jurídico, sino más bien político, sociológico y antropológico.

En relación a las Rondas Campesinas sólo están legalmente consideradas como, Cooperadora de las autoridades que se aplican después de la actual constitución Política del Estado.

En Bolivia se planteó la aplicación de la justicia Comunitaria como Municipal señalándose el Derecho indígena como Derecho particular y Universalísimo como Derecho occidental.

Al extender la aplicación del Derecho Consuetudinario, en caso de vacío normativo a todo el país, pues va más allá de las Comunidades Campesinas y nativas obligaría necesariamente al conocer también este Derecho Consuetudinario a todos los jueces a conocer también este Derecho y además a los abogados de todo el país en tales supuestos.

El papel de abogados y jueces, no puede ceñirse o compararse con los conocimientos que tengan los antropólogos sociólogos y otros investigadores.

Considerando el capítulo Cuarto de la Constitución, Art. 30 I.- de la Constitución vigente, dice: *es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial, española.*
"II.-En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo como esta Constitución las naciones y pueblos indígena originarios campesinos gozan de los siguientes derechos".

4.6. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Art. 1. Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural lingüístico, dentro del proceso integrado del país.

El primer artículo de la Nueva Constitución Política del Estado, caracteriza la naturaleza del nuevo Estado y define los fundamentos o principios que lo rigen. El ingrediente del pluralismo jurídico, como base conceptual para el desarrollo del nuevo

sistema jurídico tienen relación, como la calidad plurinacional, del nuevo Estado, conformado por las naciones y pueblos originario campesinos y las comunidades interculturales y con el expreso reconocimiento de la forma comunitaria, con la que estas naciones y pueblos pueden elegir o designar a su autoridades, además de ejercer otros derechos reconocidos en la NCPE. Concurren en la estructura y organización del poder público los órganos (antes denominados Poder)

4.6.1. Derecho a la salud

Tal cual lo expresa:

> *Art. 35 C.P.E. I. "El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.*
> *II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesino".*

En conformidad a lo dispuesto por la norma suprema, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social.

4.6.2. Constitución de la OMS

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. "Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano".[60]

[60] OIT "La Seguridad Social en la perspectiva del año 2000"

El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

Ejemplos de tratados de las Naciones Unidas sobre derechos humanos:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989

Ejemplos de tratados regionales de derechos humanos:

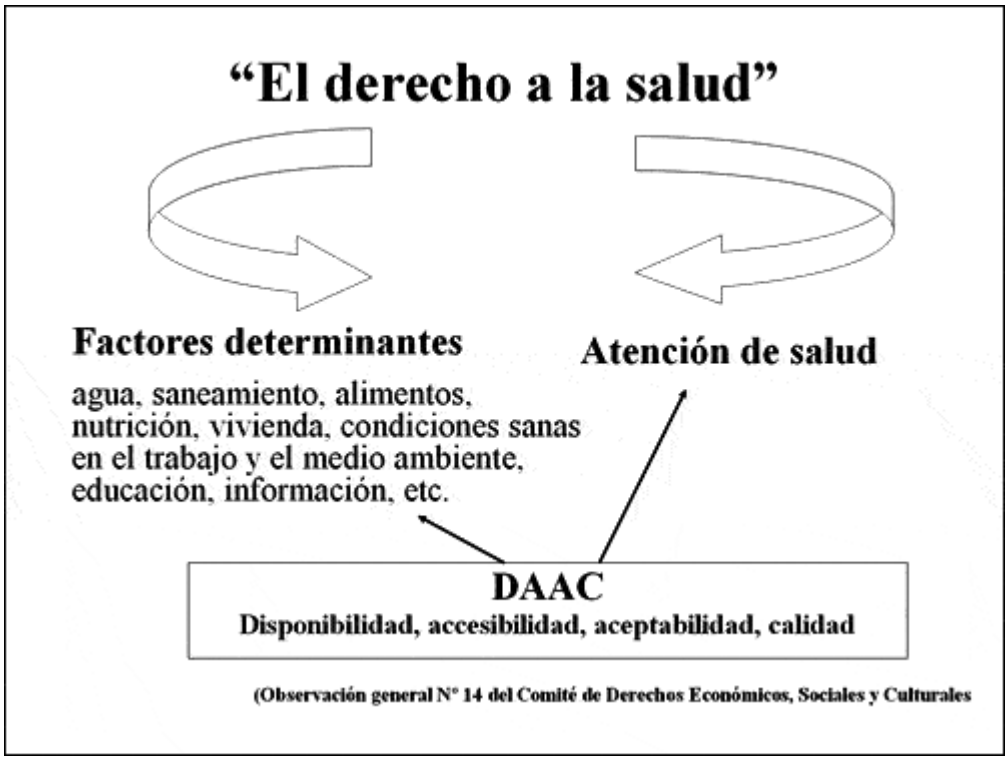
- Carta Social Europea, 1961
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador), 1988.

El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) dice que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud.

Para aclarar y hacer operacionales las medidas arriba enumeradas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en el 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

Dicha Observación general dice que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.



Fuente: Organización Mundial de la Salud

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
    - no discriminación
    - accesibilidad física
    - accesibilidad económica (asequibilidad)
    - acceso a la información
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida
- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos,[61] el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones, a saber:

- Respetar. Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.
- Proteger. Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- Cumplir. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende obligaciones básicas referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea nacional, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales: atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva;

[61] La admisión de un derecho divino, impone, por antítesis, la estructura de este otro, definido entonces como todo aquel que es obra de los hombres y regulador de sus relaciones al margen de la divinidad, sin exigir por ello un laicismo absoluto ni menos un ateísmo absoluto ni menos un ateísmo integral.

saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales. Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados Partes deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que tienen la obligación de avanzar lo más expedita y eficazmente posible, tanto por sí mismos como con la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

4.6.3. Decreto Ley Nº 15629 de 18 de julio de 1978 Código de Salud

Aprueba el Código de Salud en sus seis libros y ciento cincuenta y seis artículos y un Título Preliminar. Establece 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. Define la salud como un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.

Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes, la definición de la política nacional de salud, la regulación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas sin excepción alguna. Se 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 derecho a la salud del habitante boliviano consiste en:

a) Gozar 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.

4.6.4. Decreto Supremo Nº 18886 de 15 de marzo de 1982

Aprueba los siguientes Reglamentos al Código de Salud:

- Del ejercicio profesional del educador para la salud o educador sanitario
- De la Nutrición
- Salud Mental
- Salud es el Deporte
- Saneamiento Ambiental
- Radiaciones Ionizantes Electromagnéticas e Isótopos Radiactivos

- Higiene, Seguridad y Medicina del Trabajo
- Cadáveres, Autopsias, Necropsias y Traslados
- Enfermedades Transmisibles
- Inmunizaciones
- Zoonosis
- Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Incapacitados
- Disposiciones de Órganos y Tejidos
- Aparatos y Equipos de Salud
- Enfermedades No Transmisibles
- Farmacias y Laboratorios
- Bancos de Sangre y Otros Órganos y Tejidos
- Plaguicidas
- Sobre Uso del Tabaco
- Investigación de Salud Pública
- Establecimientos de Salud Pública y Privados
- Estadística de Salud
- Especialidad Médicas
- Ejercicio del Trabajador Social en Salud.
- Ejercicio del Laboratorio Dental
- Ejercicio de la Odontología y Servicios Auxiliares
- Servicio Social de Salud Rural Obligatorio
- Salud Familiar
- Ejercicio de Técnica Ópticos Oftálmicos, Contactólogos y Auxiliares de Oftalmología

4.6.5. Ley Nº 1687 de 26 de marzo de 1996 Ley de la medicina transfusional y bancos de sangre

Crea la Comisión Nacional Asesora de Hemoterapia y Bancos de Sangre y regula los Servicios de Transfusión de sangre humana, sus componentes y derivados a través de

donantes voluntarios y altruistas no remunerados. Toda extracción de sangre se efectuará en establecimientos habilitados legalmente, previo examen médico y de laboratorio. Se realizarán las siguientes pruebas serológicas a toda sangre extraída a ser transfundida: a) para Lúes; b) hepatitis A, B, C y D; c) VIH; d) Chagas; e) malaria; f) en caso necesario, para detectar otras enfermedades. No podrán ser donantes de sangre las mujeres embarazadas hasta después de transcurridos seis meses del parto; personas portadoras del virus de hepatitis A, B, C y D, personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y portadoras del virus VIH.

Que es reglamentada por el Decreto Supremo Nº 24671 de 21 de junio de 1997 (Reglamenta la ley de donación y trasplante de órganos, células y tejidos.)

4.6.6. Ley Nº 1716 de 5 de noviembre de 1996. Ley de donación y trasplante de órganos, células y tejidos

Regula las donaciones de órganos, tejidos y células para uso terapéutico, trasplantes e implantes teniendo como fuente de recursos biodisponibles de personas vivas y cadáveres. Las mujeres embarazadas y las personas mentalmente incapaces, no pueden ser donantes. Para precautelar la fuente de trabajo del donador, éste se encuentra facultado a justificar su ausencia laboral pre y post operatoria, sin perjuicio en sus haberes y beneficios sociales protegidos por la Ley General del Trabajo. En caso de trasplantes de cadáveres, deberá ser preservada la dignidad, evitándose en él mutilaciones innecesarias a tiempo de proceder a la obtención de las partes utilizables.

4.6.7. Ley Nº 1737 de 17 de diciembre de 1996. Política Nacional del Medicamento

Regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, así como de medicamentos especiales, como biológicos, vacunas, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos

odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos, y productos medicinales naturales y tradicionales.

4.6.8. Decreto Supremo Nº 19673 de 15 de julio de 1983

Modifica el reglamento del servicio social de salud rural obligatorio para los médicos, enfermeras y odontólogos, aprobado por D.S. 18886 de 15 de marzo de 1982.

CAPITULO V

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE TRABAJO DE CAMPO A PACIENTES BENEFICIARIOS DE LAS CAJAS DE SALUD

5.1. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio es conformado por dos grupos poblacionales objeto del estudio para determinar y poder dar una respuesta a los objetivos dados en base al presente estudio.

- El grupo poblacional de estudio, está conformado por 60 pacientes del sistema medico de salud, en las cajas de seguro social, tomando en cuenta la equidad de género.

Al realizar las encuestas se tomó a cada encuestado de forma aleatoria, para poder abarcar y recopilar criterios de forma general dentro la problemática.

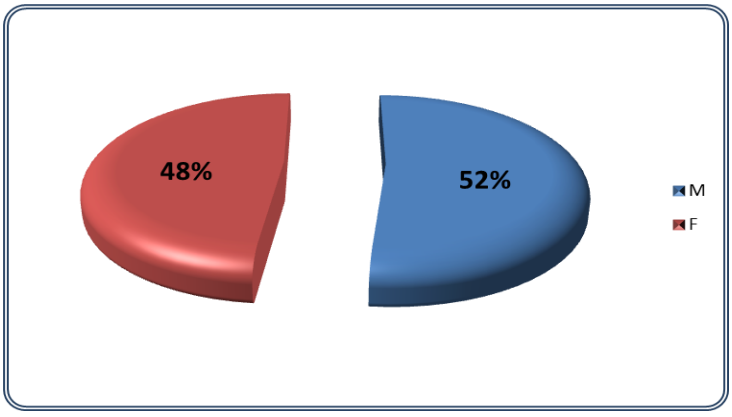
Es así que a continuación presento un análisis sobre los resultados, emergentes de las encuestas realizadas sobre la materia tratada en la presente investigación.

5.1.1. Encuestas realizadas a pacientes beneficiarios de centros de salud dependientes de las cajas de seguridad social

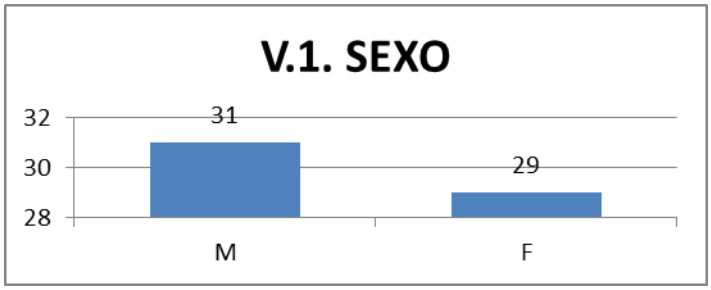
El primer grupo poblacional del universo de estudio dio como resultado a las preguntas los siguientes resultados:

1. Sexo

V.1. SEXO	
M	31
F	29



Fuente: Elaboración Propia

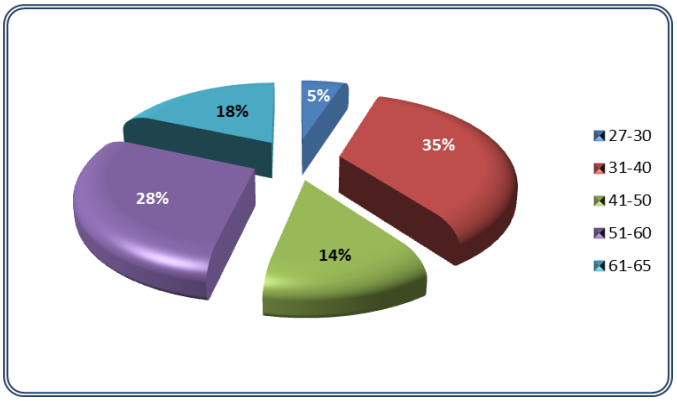


Fuente: Elaboración Propia

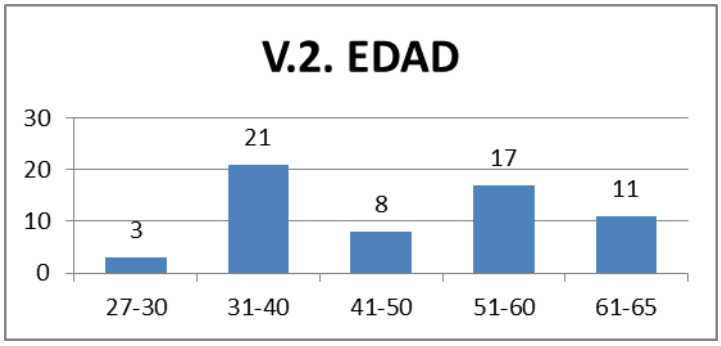
En este ítem, con relación al sexo la participación es casi igual, con un poco más la participación del sexo masculino, del 52% por ciento.

2. La Edad

V.2. EDAD	
27-30	3
31-40	21
41-50	8
51-60	17
61-65	11



Fuente: Elaboración Propia

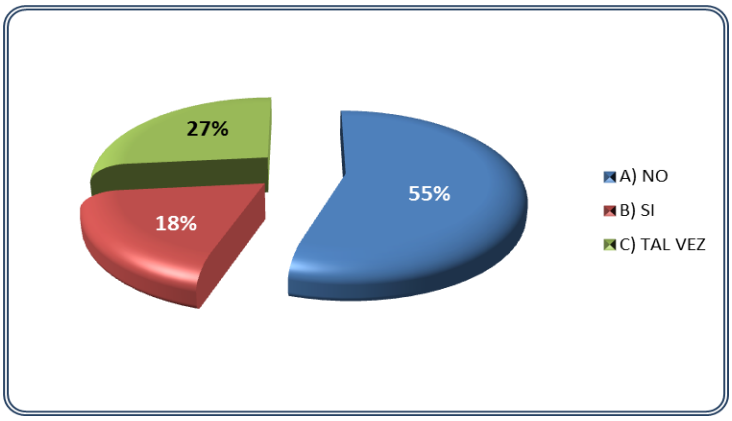


Fuente: Elaboración Propia

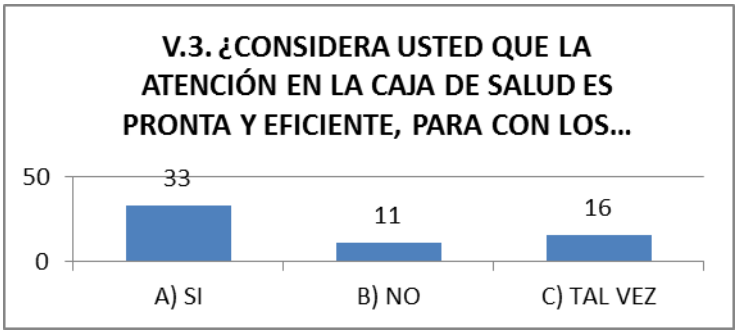
En este item la mayoria de los participantes o encuestados , con un 35% por ciento es de una edad promedio de 31 a 40 años, edad que nos indica que hay un criteriuo formado para dar una opinion con relacion a la atencion en las cajas de salud.

3. Considera usted que la atencion en la caja de salud es pronta y eficiente, para con los pacientes.

V.3. ¿CONSIDERA USTED QUE LA ATENCIÓN EN LA CAJAS DE SALUD ES PRONTA Y EFICIENTE, PARA CON LOS PACIENTES?.	
A) NO	33
B) SI	11
C) TAL VEZ	16



Fuente: Elaboración Propia

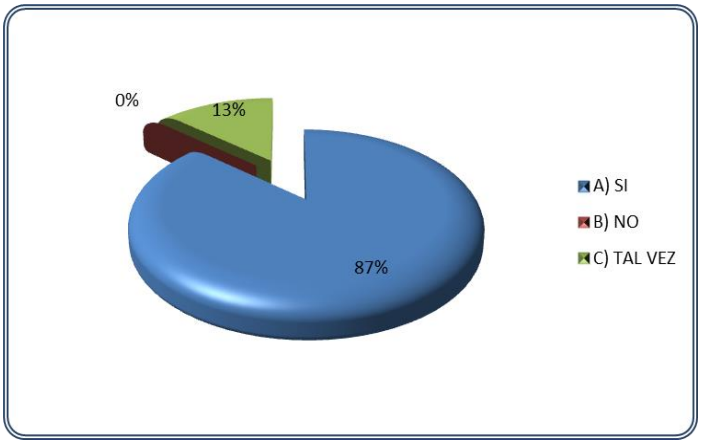


Fuente: Elaboración Propia

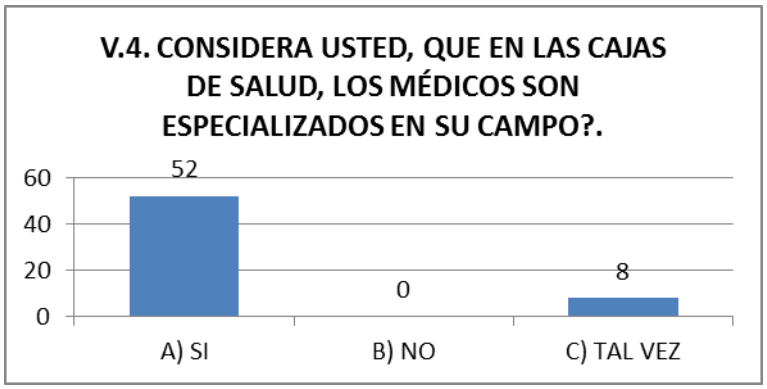
En esta variable respondieron con un 55% por ciento, que la atencion en las Cajas de salud no son pronta ni efiecientas, esto quiere decir que la poblacion asegurada en las Cajas de Salud, tienen mucho que desear, en la atencion y en el tiempo que uno debe esperar para la misma

4. Considera usted, que en las Cajas de Salud, los médicos son especializados.

V.4. CONSIDERA USTED, QUE EN LAS CAJAS DE SALUD, LOS MÉDICOS SON ESPECIALIZADOS EN SU CAMPO?.	
A) SI	52
B) NO	0
C) TAL VEZ	8



Fuente: Elaboración Propia

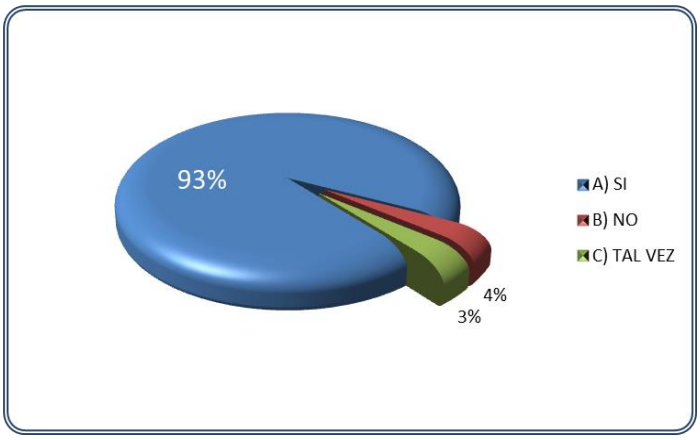


Fuente: Elaboración Propia

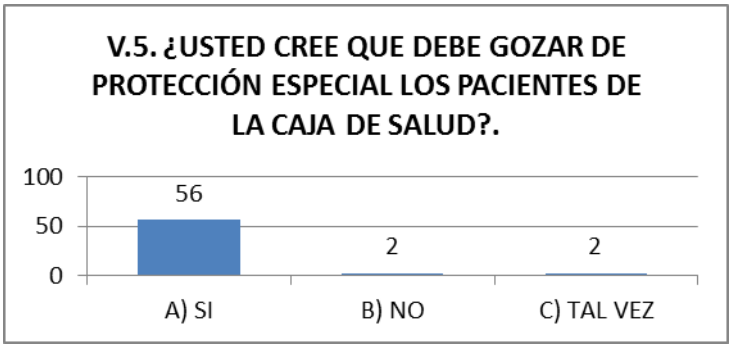
En este punto la gente respondio con absoluta claridad y certesa, que la preparacion y actualizacion de los medicos de la Caja Nacional de seguridad social son las adecuadas, por que se cree que los galenos que atienden estan actualizados y especializados.

5. Usted cree que debe gozar de protección especial los pacientes de la Caja de Salud.

V.5. ¿USTED CREE QUE DEBE GOZAR DE PROTECCIÓN ESPECIAL LOS PACIENTES DE LA CAJA DE SALUD?.	
A) SI	56
B) NO	2
C) TAL VEZ	2



Fuente: Elaboración Propia

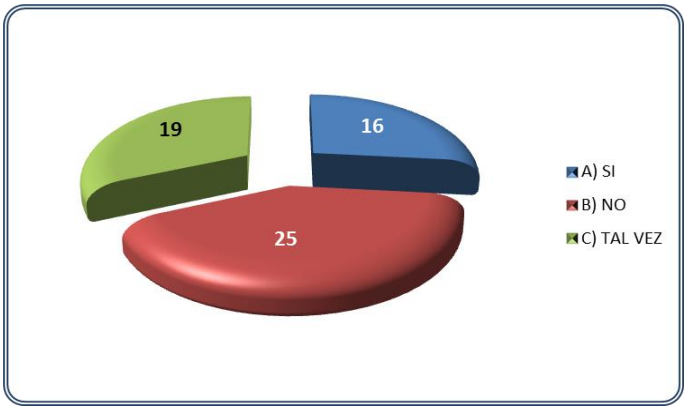


Fuente: Elaboración Propia

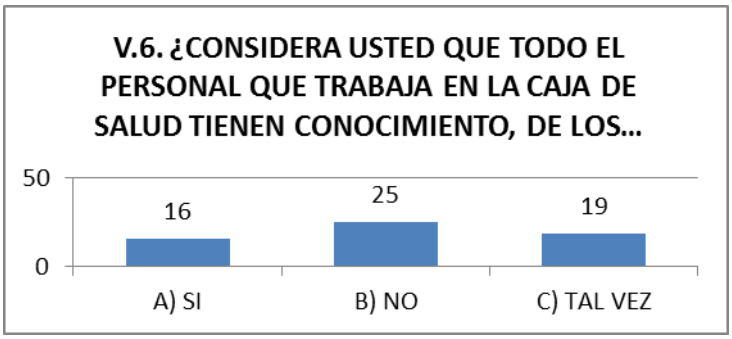
Podemos indicar que en esta variable, la participación de la gente es muy interesante por la forma de participación y de dar un criterio, con un 93% por ciento es que se pidan que haya una protección especial para con los pacientes.

6. Considera usted que todo el personal que trabaja en la Caja de salud tiene conocimiento, de los derechos que tienen los pacientes.

V.6. ¿CONSIDERA USTED QUE TODO EL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA CAJAS DE SALUD TIENEN CONOCIMIENTO, DE LOS DERECHOS QUE TIENEN LOS PACIENTES?	
A) SI	16
B) NO	25
C) TAL VEZ	19



Fuente: Elaboración Propia

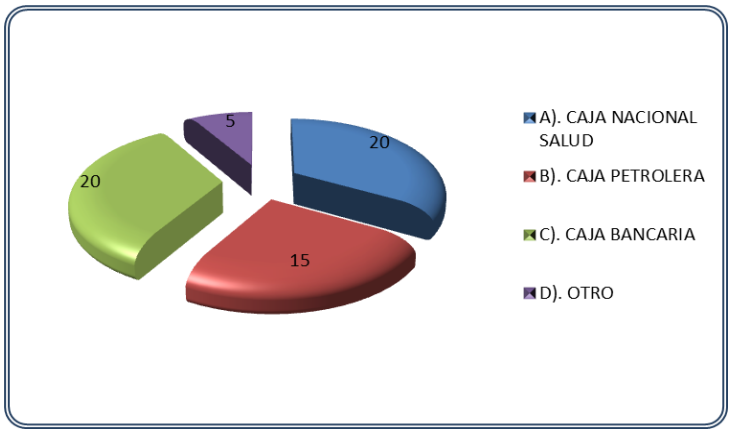


Fuente: Elaboración Propia

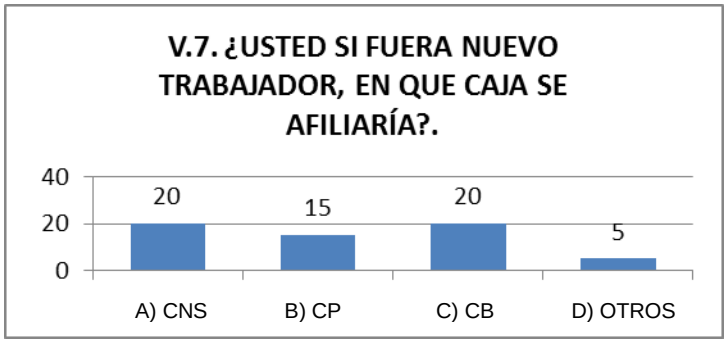
En esta pregunta podemos indicar que los asegurados indicaron que en un porcentaje de un 41% por ciento menciona que los trabajadores de la caja nacional no conocen los derechos con los que cuenta los pacientes, esto significa que se debería implementar un instrumento jurídico que oriente esta falencia.

7. Usted si fuera nuevo trabajador, en que Caja se afiliaría.

V.7. ¿USTED SI FUERA NUEVO TRABAJADOR, EN QUE CAJA SE AFILIARÍA?.	
A). CAJA NACIONAL SALUD	20
B). CAJA PETROLERA	15
C). CAJA BANCARIA	20
D). OTRO	5



Fuente: Elaboración Propia

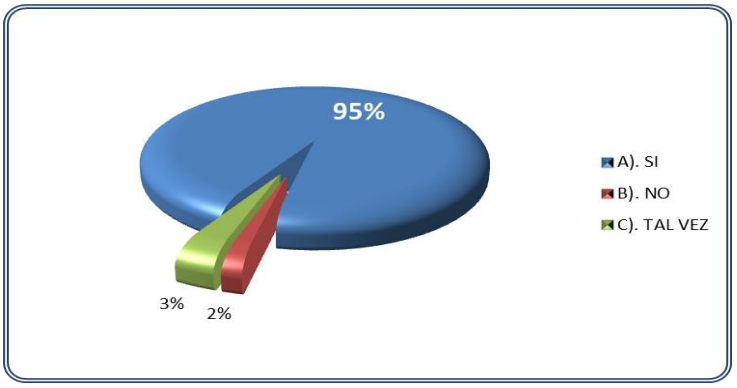


Fuente: Elaboración Propia

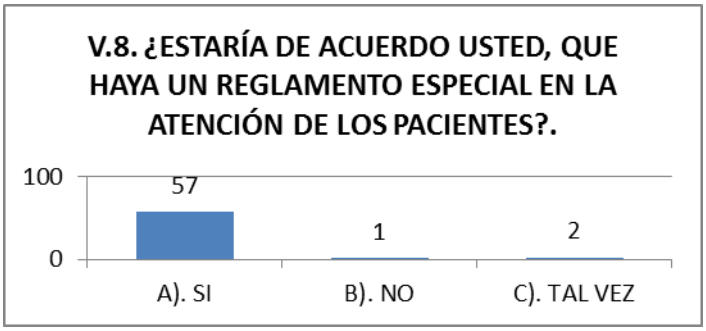
Las personas que fueron encuestados, en este item contestaron con un 34% por ciento, que se afiliarian a la caja nacional, esto quiere decir que hay un alto grado de confialbilidad para con la Caja Nacional de seguro social.

8. Estaría de acuerdo usted, que haya un reglamento especial en la atención de los pacientes.

V.8. ¿ESTARÍA DE ACUERDO USTED, QUE HAYA UN REGLAMENTO ESPECIAL EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES?.	
A). SI	57
B). NO	1
C). TAL VEZ	2



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia

En este último ítem, la respuesta de los encuestados en una gran mayoría con un 95% por ciento es que se debería crear un reglamento especial, en la atención de los pacientes de la Caja nacional de salud, ello nos confirma la hipótesis planteada en la tesis de investigación.

Conclusiones

El Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos como el de la salud, la educación y en general todo el espectro posible de seguridad social.

En este sentido, el Estado de bienestar no hace sino generar un proceso de redistribución de la riqueza, pues en principio, las clases inferiores de una sociedad son las más beneficiadas por una cobertura social que no podrían alcanzar con sus propios ingresos.
Entendemos por seguridad social al conjunto de medidas que adopta la sociedad a través de diversas formas, ya sean institucionales, tradicionales o modernas, estatales o privadas y que respondan a distintos estados de necesidad de la población.

Dichos estados pueden ser ocasionados por invalidez proveniente de riesgos o accidentes comunes, derivados de la actividad laboral, enfermedad, desempleo, vejez o muerte. En este entendido, la seguridad social responde a las demandas de trabajadores que se ven impedidos de suministrarse el sustento y requieren la ayuda de las instituciones formales o informales que la comunidad ha creado y organizado con ese propósito.

Asimismo no solo es preocupante la seguridad social, que de una forma u otra garantiza el acceso a la salud, más al contrario se deben dar las garantías primarias para el respeto de los derechos de los pacientes, tal cual expone la carta mundial de los pacientes, esto sin desmedro de merecer el respeto adecuado para el equipo de salud.

Existen antecedentes históricos por los cuales en la actualidad se pueden observar que la seguridad social, ha evolucionado notablemente, como es el caso de las cajas de salud que brindan un servicio no solo público, más al contrario con muchos conflictos, tanto a nivel logístico, infraestructura y recursos humanos, sopesar de las exigencias de los pacientes, que cada uno conlleva una serie de derechos de forma individual.

Recomendaciones

El sistema de salud, debe ser potenciado en materia de recursos y políticas adecuadas para fortalecer este sector.

Por otra parte si bien el estado garantiza el adecuado acceso a los derechos y garantías constitucionales, emergentes del Nuevo Estado Plurinacional, no solo a la colectividad, sino de forma individual, esta debe ser fortalecida con mecanismos y nuevas regulaciones para su ordenamiento, de forma que no se vulneren derechos, tal el caso de los pacientes, ni tampoco de estos contra el equipo de salud.

A este fin es que la principal recomendación es que pongo a consideración, la puesta en marcha de la propuesta de mecanismo legal, traducido en un anteproyecto de ley, que se expone y desarrolla en el siguiente punto, como una solución a la problemática expuesta y analizada durante el transcurso de la presente investigación.

PROYECTO DE LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA

Proyecto de ley Nº:……

JUAN EVO MORALES AYMA:

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Por cuanto la Honorable Asamblea legislativa Plurinacional, en uso de sus facultades, ha sancionado la siguiente Ley:

LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA

CONSIDERACIONES:

Considerando, que es deber fundamental del estado garantizar el acceso adecuado a la salud.

Considerando, que es deber fundamental del estado velar por los derechos fundamentales de la persona individual, lo cual contempla a los pacientes del sistema público de salud y las cajas de seguridad social.

Considerando, que el sistema de salud automatizado, origina la vulneración de los derechos del paciente del sistema de seguridad social.

Considerando, que el sistema de salud dentro de las Cajas de Seguridad Social acorde a las nuevas políticas del Estado Plurinacional, para el vivir bien, de igualdad y equidad, debe garantizar el acceso a la salud con la forma y calidez adecuada al estado de salud del paciente.

POR TANTO:

La Honorable Asamblea Legislativa Plurinacional del Estado Boliviano

DECRETA:

CAPÍTULO I
PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 1º.- Objeto.- La presente Ley tiene por objeto enunciar los derechos y obligaciones de los pacientes de los servicios de Salud Públicos en las Cajas de Salud.

Artículo 2º.- Ámbito de aplicación.- La aplicación de la presente Ley, correrá a todas las entidades de prestación de servicios de salud público de la Caja Nacional de Salud y cajas de salud privadas dependiente del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social.

Artículo 3º.- Principios básicos.- A los efectos de la presente Ley, se tendrán en cuenta los siguientes principios básicos:

a) Derecho a recibir atención médica de buena calidad. Toda persona tiene derecho a una atención médica apropiada a su problema de salud. Los pacientes tienen derecho a ser asistidos con todos los recursos técnicos y humanos disponibles, capaces de aliviar su dolor físico y/o sufrimiento psíquico, y a evitar procedimientos o terapias que impliquen aislamiento innecesario de su medio familiar y social. A tal fin, la habilitación de dichos servicios estará sujeta al control del Estado sobre las características de infraestructura, equipamiento, salubridad, bioseguridad, confortabilidad, recursos humanos y materiales que sean adecuados para las prestaciones ofrecidas.

b) Derecho a resguardar la dignidad de la persona sana o enferma. El respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad debe orientar toda la actividad dirigida a mantener y restablecer su salud, o bien, a hacer tolerable su dolor, sea dicha actividad de orden profesional, técnico o administrativo, incluyendo la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

c) Derecho al consentimiento. Toda actuación en el ámbito de la atención en salud requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes. El consentimiento, que debe obtenerse después que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la presente Ley:
    a. El paciente tiene derecho a decidir libremente, luego de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
    b. Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la presente Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
d) Derecho a la veracidad de la información para brindar el servicio de salud. Los pacientes tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
e) Derecho al respeto de los servidores en salud. El paciente y sus acompañantes deben al servidor de Salud un trato respetuoso y solidario, el cual ha de extenderse a todo miembro de las instituciones de servicio y a los restantes pacientes.
f) Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
g) El paciente tiene derecho a recibir de parte del servidor de Salud una hospitalidad acorde a su dignidad de persona, sin discriminación alguna. Trato que ha de expresarse en el respeto a su palabra, a su cuerpo, a la confidencialidad de su estado, a los requerimientos de su medicación, higiene, alimento y cuidados, y en un ejercicio de la Medicina y de los servicios a ella conexos científicamente probos que no dejen de lado ni la unicidad de su dolencia, ni el juicio prudencial dictado por lo mejor del saber y de la experiencia profesional y humana del servidor de Salud.

h) Todos los pacientes tienen derecho a que, en la instrumentación de su asistencia, se respeten su identidad cultural, sus creencias y costumbres. Las actitudes de desconsideración o menosprecio y todo género de violencia o coacción sobre los pacientes serán consideradas faltas gravísimas y habilitarán los procedimientos que las normas establezcan para disponer la responsabilidad de sus autores y las medidas disciplinarias que correspondan.
i) Los pacientes tienen derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos. En correspondencia con este derecho el servidor público debe indefectiblemente guardar y preservar el secreto profesional.
j) Siendo la familia para el paciente una instancia de necesario soporte para el mantenimiento de la salud y más aún un apoyo afectivo y moral en la enfermedad y el dolor, corresponde al servidor público no permanecer ajeno a tal relación e integrarla a la atención.
k) En toda circunstancia, y más aún en la situación terminal, el paciente ha de recibir alivio a su sufrimiento dentro de las posibilidades de los actuales conocimientos médicos y una atención humana, digna y solidaria procurando en ésta el menor padecimiento posible.
l) Se debe respetar el ejercicio de la autonomía de su voluntad dentro del marco ético, jurídico y convivencia de las instituciones y servicios de Salud que lo alberga y/o atienda.
m) Todos los pacientes tienen derecho a comprender y ejercer sus derechos como tales, así como a tomar conocimiento cabal del alcance de su estado. Para ello tienen derecho a ser provistos, según corresponda en cada caso, de las explicaciones que los ayuden a alcanzar las condiciones que les permitan disponer de la mayor libertad en el ejercicio de su voluntad de recobrarse. Todos los establecimientos que ofrecen servicios de atención y asistencia a las personas que sufren deben informar adecuadamente de las normas, reglamentos y condiciones de las prestaciones que ofrecen.

Artículo 4º- Definiciones legales.- A los efectos de esta Ley se entiende por:

a) **Profesional responsable:** es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor

principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

b) **Paciente:** es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.
c) **Servicio en salud:** es la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.
d) **Centro sanitario:** es el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes.
e) **Certificado médico:** es la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
f) **Consentimiento informado:** es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
g) **Documentación clínica:** es el respaldo de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.
h) **Historia clínica:** es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
i) **Información clínica:** es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.
j) **Información epidemiológica:** es todo dato referente a problemas sanitarios que afecten a una comunidad y que impliquen un mayor o menor riesgo para la salud pública o individual.
k) **Informe de alta médica o epicrisis:** es el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

l) **Intervención en el ámbito de la salud:** es toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

m) **Libre elección:** es la facultad del paciente de optar, libre y voluntariamente, entre dos (2) o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de Salud competentes, en cada caso.

n) **Capacidad:** es la aptitud que tiene una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones. Ésta puede referirse al goce de los derechos, entendiendo por tal, capacidad de derecho; o bien, al ejercicio de su derecho, siendo ésta la capacidad de hecho.

CAPÍTULO II
EL DERECHO DE INFORMACIÓN

Artículo 5º.- Derecho a la información asistencial.- Todo paciente tiene derecho a recibir información asistencial:

a) Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, en términos claros, comprensibles, adecuados y acordes a su nivel de formación. La información que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica comprende, como mínimo, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y sus alternativas, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y las consecuencias posibles de las antedichas intervenciones. Dicha información lo responsabiliza sobre su comportamiento al respecto.

b) Los pacientes tienen derecho a que se respete su explícita voluntad de no ser informado, sin que esta opción los exima de las responsabilidades de las consecuencias implicadas.

c) La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales; será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

d) El profesional responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de brindarle toda otra información que sea necesaria, en forma especial para los procedimientos que impliquen riesgos adicionales para su salud.
e) Todos los pacientes tienen derecho a conocer el nombre y apellido de los profesionales o asistentes que los tratan en cada una de las prestaciones que se les brindan.

Artículo 6º.- Titular del derecho a la información asistencial.- A los efectos de la titularidad del derecho a la información asistencial, se tendrán en cuenta:

a) El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
b) El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
c) Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
d) El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado ese caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 7º.- Derecho a la información epidemiológica.- Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta

información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la presente Ley.

CAPÍTULO III
EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD Y A LA INTIMIDAD

Artículo 8º.- El derecho a la confidencialidad y a la intimidad.- Los pacientes tendrán derecho a la confidencialidad y a la intimidad:

a) Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
b) Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter íntimo que tienen determinados datos y por lo tanto el acceso a los mismos debe restringirse al número indispensable de personas relacionadas con su atención.
c) Los centros clínicos y de salud adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

CAPÍTULO IV
EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Artículo 9º.- Consentimiento informado.- El consentimiento informado se producirá de acuerdo a las siguientes disposiciones:

a) Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 5º, haya valorado las opciones propias del caso.
b) El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica; procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

c) El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anexos y otros datos de carácter general, con información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
d) Todo paciente tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
e) El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 10º.- Límites del consentimiento informado.- El consentimiento informado tendrá las siguientes limitaciones:

a) La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
b) Los profesionales podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
    i. Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la presente Ley. En todos los casos, una vez adoptadas las medidas pertinentes, siempre que se disponga la internación obligatoria de personas.
    ii. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Artículo 11º.- Consentimiento por representación.- Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no tenga la capacidad necesaria para tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación y se deberá recurrir a un representante legal.
b) Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
c) Cuando el paciente sea incapaz de hecho, en cuanto a no tener capacidad para tomar decisiones. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 12.- Condiciones de la información y consentimiento por escrito.- El profesional proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
d) Las contraindicaciones. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más detallada deberá ser la explicación, previo consentimiento por escrito del paciente.

Artículo 13.- De las instrucciones previas.- El paciente tendrá derecho a manifestar sus instrucciones previamente, las que serán observadas por el servicio de Salud de acuerdo:

a) Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con el objeto que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos

del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que llegado el caso sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

b) Cada servicio de Salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
c) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.
d) En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
e) El paciente podrá revocar libremente y en cualquier momento las instrucciones previas dejando constancia por escrito.

CAPÍTULO V
LA HISTORIA CLÍNICA

Artículo 14.- Archivo de la historia clínica.- La historia clínica se confeccionará y archivará de acuerdo a las siguientes pautas:

a) La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro de salud y cajas de salud.
b) Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte: papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
c) Las administraciones establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

d) El Sistema Público de Salud y Cajas de Salud aprobarán explícitamente las disposiciones necesarias para que los mismos puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

Artículo 15°.- Contenido de la historia clínica.- La historia clínica del paciente contendrá:

a) La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de Salud.
b) La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia médica, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.
c) La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los profesionales de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.
d) La confección de la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

Artículo 16°.- Usos de la historia clínica. El acceso a la historia clínica se enmarcará:

a) La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.
b) Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que lo asisten.
c) El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en las leyes

vigentes de protección de datos de carácter personal, secreto estadístico, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

d) El personal de administración y gestión de los centros médicos sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
e) El personal clínico debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes o la propia administración clínica.
f) El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

Artículo 17°.- La conservación de la historia clínica.- A los efectos de la conservación de la historia clínica se observarán las siguientes disposiciones:

a) Los centros médicos públicos y cajas de salud tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y por el mínimo de años que establezcan las leyes vigentes.
b) La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la ley, y se conservará cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y se hará de tal forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

c) Los profesionales en el área de salud tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.
d) La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro médico y cajas de salud.

Artículo 18.- Derechos de acceso a la historia clínica.- Los pacientes tendrán acceso a la historia clínica en las siguientes condiciones:

a) El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros medicos son responsables de regular el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
b) El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
c) El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente.

Artículo 19°.- Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.- El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recopilación, integración, recuperación y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad.

CAPÍTULO VI
INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Artículo 20°.- Informe de alta.- Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio de salud pública y del seguro social, una

vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos detallados al efecto.

Artículo 21°.- El alta del paciente en situaciones excepcionales.- Cuando se produjeren situaciones excepcionales relacionadas con el alta del paciente se procederá de conformidad a las siguientes deposiciones:

a) En caso de no aceptar el tratamiento prescripto, se propondrá al paciente la firma de alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro de público de salud y centros de las cajas de salud, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la presente Ley.
b) El hecho de no aceptar el tratamiento prescripto no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste la institución clínica en su misma sede o a través de instituciones dependientes, y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.
c) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro de salud, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente, y si persiste en su negativa lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

Artículo 22°.- Emisión de certificados médicos.- Todo paciente tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

CAPÍTULO VII
DISPOSICIONES SANCIONATORIAS

Artículo 23.- Incumplimiento.- Todo personal médico o administrativo del sector de salud pública y de las cajas de salud, en caso de incumplimiento estar sujetas a las sanciones administrativas, civiles y penales señaladas por ley.

Para fines de su promulgación y vigencia, remítase a conocimiento del Órgano Ejecutivo.

Dada en la sala de sesiones del Órgano Legislativo Plurinacional del Estado Boliviano.

Fdo. Presidente Cámara de Senadores	**Fdo. Presidente Cámara de Diputados**
Fdo. Senador Secretario	**Fdo. Diputado Secretario**

POR TANTO, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia

Fdo. JUAN EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL
DE BOLIVIA

Bibliografía

- ÁLVAREZ A. Una aproximación psicoanalítica a la ética de la relación médico-paciente. Rev Invest Clin 1997
- ANTEZANA Luis, Proceso y sentencia a la Reforma Agraria en Bolivia, Editorial Puerta del Sol, La Paz Boliva, 1979
- BOBBIO Norberto, Teoría General del Derecho, Editorial Temis, Bogotá Colombia, 2005
- BOCANGEL Peñaranda, Alfredo, Derecho de la seguridad Social, Fondo Editorial, I.C.A.L.P. La Paz Bolivia, 2004
- CABANELLAS Guillermo, Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual, Editorial Heliasta, Argentina, 2003
- COUTURE, Eduardo J.: Vocabulario Jurídico, Editorial, DEPALMA, Colombia, 2005.
- CRESPO Alberto y otros, Los Bolivianos en el tiempo, La Paz Bolivia, Editorial Comunicaciones el País S:R:L:, 1995
- DE MESA Gisbert José y otros, Historia de Bolivia, Editorial Gisbert, La Paz Bolivia 2007
- FUNDACIÓN KONRAD ADENAUER, Editorial Presencia, La Paz Bolivia, 2009
- GARCILASO de la vega Inca, Comentarios Reales de los Incas, tomo II , Editorial Universo , Lima Peru.
- GIRONDA Eusebio, Teoría del Estado, Editorial EDOBOL La Paz Bolivia, 2005.
- HERNANDEZ Roberto y otros, Metodologia de la Investigación, Colombia. Me Graw Hill 1994
- KLEIN, Herbert, Orígenes de la Revolución Nacional Boliviana, La Paz Bolivia 1987, Edit. Juventud.
- LAZARO Barcaya Heriberto y otro, Constitucionalismo Boliviano, fondo Editorial de los diputados, La Paz Bolivia, 2006.

— LEMA AÑÓN, C., Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social, Madrid, Dykinson, 2009.
— LIFSHITZ A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000.
— LIFSHITZ A, Trujillo D. Los derechos humanos del paciente hospitalizado. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1992.
— LOZA Carmen Beatriz, Kallawaya, Editorial Taller Sagitario, La Paz Bolivia, 2004.
— MADRAZO-Navarro M, Cervantes-Pérez A, Flores-Casanova Y. Desarrollo científico y tecnológico y atención a la salud. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 2000.
— MINETTI JA. Ética médica. Introducción histórica. Quirón: 1998.
— MINISTERIO de Relaciones Exteriores y Culto, Reivindicaciones históricas, consagración de derechos constitucionales y su efectivización, La Paz Bolivia, 2011.
— MONTAÑO Aragon Mario, Diccionario de la Mitología Aymara, Edit. CIMA La Paz Bolivia, 2006.
— POMA de Ayala Felipe Guaman, El primer Nueva Coronica y Buen Gabierno, Editorial Siglo Veintiuno, Mexico, 1988.
— PODER JUDICIAL: Justicia Comunitaria, Edit. Tupak Katari. Sucre Bolivia, 2003
— RAMÍREZ M, Espinoza PA, Viniegra L. El respeto a los intereses de los pacientes pediátricos. Rev Invest Clin 1996.
— RODRÍGUEZ RJ, compilador. Instrumentos interna-cionales sobre derechos humanos ONU-OEA. Tomo 1. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1988.
— TICONA Alejo Esteban, Los Andes Desde lo Andes, La Paz Bolivia , 2000, Edit. YACHAYWASI.
— Velasco-Suárez M. Conclusiones: sanción inmediata del cirujano. Gac Med Mex 1989.

— VASQUEZ, Machicado, Humberto y otros, Manual de Historia de Bolivia, Edit. GISBERT Y CIA S.A. 1994.
— ZAVALETA René, La Formación de la conciencia Nacional, Editorial Los Amigos del Libro, 1990, La Paz Bolivia.

Informes Consultados:

— OIT "La Seguridad Social en la perspectiva del año 2000"
— Vice ministerio de Descolonización, Descolonización y Despatriarcalización en la Nueva Constitución Política, El Alto, Bolivia, 2010, Pág. 9.
— Tribunal constitucional: Sentencia Constitucional 26/2003-R, de 8 de enero
— Reporte Regional Sobre la Seguridad Social en los Países Andinos
— Asociación Médica Mundial. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial. Bol Oficina Sanit Panam 1990, p. 5-6.

Normativa legal consultada:

— Gaceta Oficial de Bolivia, Estado Plurinacional de Bolivia, Constitución Política del Estado, Ley de 07 de febrero de 2009.
— Gaceta Oficial de Bolivia, Estado Plurinacional de Bolivia, Ley de Donación y Trasplante de Órganos, Células y Tejidos, Ley N° 1716, de 05 de noviembre de1996.
— Tribunal constitucional: Sentencia Constitucional 26/2003-R, de 8 de enero
— ESTATUTO Orgánico, Caja Petrolera de Salud, La Paz Bolivia, 2005.

Páginas web Consultadas:

— Tufiño Rivera, Nancy: Resumen de las Prestaciones y Requisitos de Corto Plazo, 19 de enero de 2008, extraído de: http://www.icalp.org.bo/nancytufinorivera/2008-01-19/resumen-de-las-prestaciones-y-requisitos-de-corto-plazo.htm

ANEXO 1

DE ENCUESTAS DE TRABAJO DE CAMPO

1. Sexo

Masculino ☐
Femenino ☐

2. la Edad

27 – 30 ☐
31 – 40 ☐
41 – 50 ☐
51 – 60 ☐
61 – 65 ☐

3. Considera usted que la atencion en la caja de salud es pronta y eficiente, para con los pacientes.

NO ☐
SI ☐
TALVEZ ☐

4. Considera usted, que en las Cajas de Salud, los médicos son especializados.

NO ☐
SI ☐
TALVEZ ☐

5. Usted cree que debe gozar de protección especial los pacientes de la Caja de Salud

NO ☐
SI ☐
TALVEZ ☐

6. Considera usted que todo el personal que trabaja en la Caja de salud tiene conocimiento, de los derechos que tienen los pacientes.

NO ☐
SI ☐
TALVEZ ☐

7. Usted si fuera nuevo trabajador, en que Caja se afiliaría.

Caja Nacional de Salud ☐
Caja Petrolera ☐
Caja Bancaria ☐
Otro ☐

8. Estaría de acuerdo usted, que haya un reglamento especial en la atención de los pacientes.

NO ☐
SI ☐
TALVEZ ☐

ANEXO 2

NOTICIA PERIODÍSTICA

Publicado en El Diario (10-04-2011)

Sindicato de Trabajadores de la Caja Nacional de Salud-La Paz

Infames mentiras del gobierno tienen como objetivo destruir la seguridad social y privatizar la salud

CASEGURAL-La Paz

Los abajo firmantes, tenemos el deber histórico de realizar la defensa intransigente y férrea del último bastión de la clase trabajadora, la Seguridad Social. En tal sentido, proponemos un debate franco y abierto a las autoridades gubernamentales, que por los medios de comunicación monopolizando el discurso, con mucho desatino, se han referido a la Caja Nacional de Salud con expresiones tales como: “bodrio, caja de ataúd” y otros, lo cual muestra el profundo desprecio que se tiene a una conquista tan importante del proletariado boliviano.

La Seguridad Social cuya normativa es el Código de Seguridad Social promulgado el 14 de diciembre de 1956, bajo los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad y eficiencia; ha sufrido el proceso de racionalización, a partir del gobierno del dictador Hugo Banzer y consolidadas con el gobierno de Victor Paz Estenssoro en la década de los 80 con el advenimiento del modelo neoliberal. La principal consecuencia ha sido la fragmentación de la seguridad social: a largo plazo -convertida en una caja de ahorro individual y ratificada por la nueva ley de pensiones- y la seguridad social a corto plazo (1987), con el cambio de Caja Nacional de Seguridad Social (C.N.S.S.) en Caja Nacional de Salud (C.N.S.). Este proceso no hace más que demostrar el agotamiento del sistema capitalista y su imposibilidad de realizar reformas en bien de las mayorías oprimidas, puesto que resultaba una carga muy pesada para la burguesía el sostener un régimen de seguridad social como el boliviano. El reflejo de la decadencia del capitalismo se concretiza en lo que actualmente sucede

con la institución. Desde los años 80, la CNS ha sido utilizada por los diferentes gobiernos de turno como un botín político que sirve para el cuoteo de pegas de sus militantes. El claro ejemplo lo tenemos con la designación de la Gerencia General desde palacio de gobierno y el gerente a su vez con su equipo de ejecutivos, todos respondiendo a un determinado color político. Durante la gestión del Sr. Evo Morales, la CNS ha visto desfilar a seis gerentes, que muy poco han hecho en beneficio de la institución. Asimismo, aclaramos que las autoridades ejecutivas ocupan cargos gerenciales y en la CNS como en cualquier institución son los directos responsables de la buena o mala administración. Los trabajadores a diferencia de los gerentes solo cumplimos con instrucciones y por ello no tenemos la misma responsabilidad, y por supuesto el mismo nivel salarial. Por tanto, la corrupción, el nepotismo y otros males que aquejan a la Caja Nacional de Salud, está directamente relacionada con la designación a dedo político de quienes cumplen funciones ejecutivas y que lejos de velar por la institución se dedican a asaltar los dineros de la CNS mientras les dure el cargo.

Los gobernantes nos hablan de la mala atención. Nosotros como trabajadores y profesionales de la CNS debemos responder que somos parte de un país capitalista atrasado cuyas consecuencias son el desempleo, la inestabilidad laboral, los salarios de miseria y hambre. Se conoce que el 40% del total de los recursos humanos de la CNS son personal de contrato, cuyos salarios son bajísimos. El trabajador manual percibe alrededor de Bs. 600, las auxiliares en enfermería Bs. 1000, los médicos Bs. 2000. Señores mandatarios, ¿ustedes podrán vivir con salarios tan ínfimos? con seguridad que no. En estas condiciones laborales tan deplorables resulta una sátira exigir calidad y calidez en la atención. No se olviden que vivimos en un capitalismo barbárico y no en el socialismo que solo existe en la imaginación de los mandatarios. El otro aspecto, es el hacinamiento de los hospitales, fundamentalmente los de tercer nivel. Por ejemplo: El Hospital Obrero No. 1 data del año 1956 para una población asegurada de 268.000 en ese año, y hoy, el mismo Hospital Obrero No. 1 debe albergar a 2’536.031 asegurados y beneficiarios, sin contar con las imposiciones del Estado mediante los seguros públicos (SUMI y SPAM) que incrementa en un 50% de atenciones.

La población asegurada ha crecido exponencialmente en relación a la infraestructura. Tenemos en la ciudad de La Paz, dos hospitales de tercer nivel (H. Materno Infantil y H. Obrero No. 1) con un total de 703 camas y la población asegurada es en número de 951.109. De acuerdo a datos estadísticos el año 2009, 62.441 pacientes se hospitalizaron, ello significa que hay una cama para 88 pacientes. Con estos datos demostramos el colapso de la infraestructura hospitalaria de la CNS. A diferencia del régimen financiero establecido en el Código de Seguridad Social, donde el Estado aportaba a la seguridad social; hoy tenemos que el Estado no aporta nada, ni en el régimen a largo plazo ni a corto plazo, para colmo el Estado se ha convertido en el deudor histórico de la Caja a la cual adeuda más de 600 millones de Bs., valga la aclaración, en calidad de patrón. De cancelarse la deuda millonaria esta debe ser invertida en infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, etc. Sin embargo los gobernantes nos plantean la libre afiliación y hasta el cierre de la CNS (declaración del Sr. Evo Morales), posiblemente para liberar al Estado Burgués de esta pesada deuda.

Nos acusan de oponernos a la universalización de la salud. Rechazamos esta difamación. Como parte de los explotados, contundentemente señalamos que reivindicamos y luchamos porque la salud sea UNIVERSAL, ÚNICA y GRATUITA, pero que este derecho debe ser financiado ÍNTEGRAMENTE por el Estado y los empresarios privados. Es más, exigimos al Sr. García Linera y a su gobierno que elimine la salud privada discriminadora de los pobres. En cuanto al

anteproyecto del Sistema Único de Salud, debemos indicar que el espíritu de la ley del SUS no es la universalización de la salud, puesto que tarea tan titánica demanda bases financieras sólidas que no pongan en riesgo el derecho a la salud del pueblo boliviano. Sin embargo, el anteproyecto de ley del SUS en el Artículo 7. (Fondo Único de Salud del Estado Plurinacional) cita recursos insuficientes del TGN e incluye los aportes de la seguridad social a corto plazo. La Ley Financial No. 062 en su Art. 23 y el DS No. 772 en su Arts. 8 y 9 que disponen la apertura de las cuentas fiscales, preparan las condiciones jurídicas para la confiscación de los aportes de la clase trabajadora.

No podemos dejar de considerar la sociedad en la que vivimos, una capitalista en decadencia que emana toda su podredumbre y que producto de sus crisis cada vez más profundas para mantenerse debe descargar todo el peso de la crisis en las espaldas de los explotados. En todos los países del mundo capitalista se impone la FLEXIBILIZACIÓN LABORAL y como consecuencia levantamientos instintivos de las masas. En nuestro país, el gobierno del MAS con el argumento de readecuación al Estado Plurinacional (que sigue siendo el mismo estado opresor), está modificando la legislación social. Todas sus leyes o anteproyectos de leyes tienen como común denominador deslindar a la clase dominante y al Estado de las cargas sociales. Bajo estas consideraciones, el anteproyecto del Sistema Único de Salud, apunta a la destrucción de la Seguridad Social, y en cumplimiento a los mandatos del FMI, la posterior privatización de la salud. Después de las declaraciones del Sr. Evo Morales, no existe ninguna duda de ello, con claridad propone el cierre de la CNS, es decir la destrucción de la seguridad social.

En lo referente a las amenazas de despidos y procesos penales. Les recordamos que en la misma Constitución Política del Estado en el Art. 53 se garantiza el derecho a la huelga y en Art. 51 acápite VI se respeta el fuero sindical. Sin embargo, estamos conscientes que los gobernantes son los primeros en violar la constitución, puesto que antes del cumplimiento a la legalidad priman los intereses políticos. Tal situación descubre la tendencia fascista del gobierno del MAS que día que pasa tiende a acentuarse. Lo ratifican las órdenes que el Sr. Álvaro García Linera ha lanzado en algunas organizaciones sociales, de extirpar del seno de los movimientos sociales con las corrientes trostkistas. Exigimos: RESPETO AL DERECHO A LA HUELGA, A LA LIBERTAD DE PENSAMIENTO y AL FUERO SINDICAL.

NUESTRA POSICIÓN

Ratificamos nuestra lucha por que la salud sea un derecho en la realidad y no solo en papeles, Reivindicamos SALUD UNIVERSAL, ÚNICA Y GRATUITA. El sostenimiento económico de universalizar la salud, debe estar a cargo los empresarios privados y de su Estado, directos beneficiados de la riqueza que genera la clase obrera con su fuerza de trabajo. No permitiremos que a costa de los aportes de los trabajadores –que se entiende como un salario diferido– es decir de la seguridad social a corto plazo se financie el acceso universal a la salud, lo que llevaría al descalabro de la seguridad social y a la posterior privatización de la salud.

Planteamos que la administración debe estar a cargo de los trabajadores, bajo CONTROL COLECTIVO, con autonomía de gestión. Rechazamos el control social, que a diferencia del control colectivo es básicamente control individual, fuente de corrupción de dirigentes burócratas. El control colectivo debe efectivizarse con la elección de delegados de los diferentes sectores asegurados a la CNS y de los trabajadores de la Institución con mandato revocable, elegidos en asambleas. Para un verdadero control se debe dar apertura de los libros de

contabilidad, eliminar el secreto bancario y realizar el presupuesto en asambleas y con los informes respectivos a los delegados de los sectores asegurados.

Finalmente debemos señalar, que el “gobierno del cambio” ha demostrado su visceral odio a la clase trabajadora con una actitud inefable de amenazas, insultos y mentiras. Afirmamos que un gobierno con estas características no puede ser capaz de ejecutar tareas como la universalización de la salud, considerando además las limitaciones de los gobiernos que sostienen a costa de todo el régimen capitalista. El actual gobierno que se denomina socialista, -señores gobernantes, el socialismo es propiedad social sobre los medios de producción y en Bolivia la sacrosanta gran propiedad privada está garantizada- ha demostrado que es igual de burgués que anteriores gobiernos. Solo para dar dos ejemplos: el frustrado gasolinazo que ha traído como consecuencia el alza del costo de vida, tenía como objetivo principal incrementar las ganancias de las transnacionales; el azucarazo de igual forma ha sido lanzado para beneficiar a los grandes empresarios de los ingenios azucareros. Estas son pruebas fehacientes de que estamos frente a otro gobierno servil al imperialismo al que solo de dientes para afuera critican.

El derecho a la salud y a la seguridad social, en toda su magnitud sólo puede realizarse bajo un gobierno obrero campesino, que expropie la gran propiedad privada de las transnacionales, de los latifundios y de los empresarios para convertirla en propiedad social cuya distribución también sea social en beneficio de todos los bolivianos. Con seguridad el financiamiento destinado a la universalidad de la salud, ya no será un problema sino una necesidad.

Es dado en La Paz, a los diez días del mes de abril del año dos mil once

ANEXO 3

Publicado en Página Siete (09-11-2011)

LA MEDIDA DE LIBRE AFILIACIÓN Y DES AFILIACIÓN DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD LEJOS DE DAR SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE LA INSTITUCIÓN, APUNTA A LA PRIVATIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO

La Resolución Ministerial emitida el 3 de noviembre del presente, -reglamentación del DS 24540 de libre afiliación de fecha 31 de marzo de 1997, promulgada por el gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada- ha sido puesto en vigencia por el gobierno del Sr. Evo Morales. Bajo el argumento de "incentivar la libre y sana competencia" entre los entes gestores existentes, argumento esgrimido ya antes por el Sr. Alfonso Peña (Director del INASES) en el gobierno de Sánchez de Lozada (ver La Razón de fecha 18-01-1994 "El seguro médico privado tiene la oportunidad de competir"), es planteada como la solución a la profunda problemática que aqueja a la Caja Nacional de Salud.

Al respecto la Directiva del Sindicato CASEGURAL La Paz, se ve en el deber ineludible de presentar su posición y tomar medidas en ese sentido.

La Caja Nacional de salud, ente gestor que alberga al 83% de la población que accede al seguro social, sufre diversos problemas que van en desmedro de los asegurados. Consideramos que para resolver la problemática de la CNS debemos encontrar la .raíz del problema, y esta raíz se encuentra en la intromisión política por parte de los diferentes gobiernos de tumo, que han visto a la Institución no corno ente gestor de seguridad social sino como un botín, político. Todos los gobiernos incluido el MAS han impuesto el dedazo político en la designación de las autoridades ejecutivas, que lejos de realizar gestión en pro de la buena atención a nuestros asegurados, se han dedicado a saquear la CNS. Asimismo, los muchos casos de corrupción se han presentado principalmente en estas altas cúpulas. Como respuesta a ello, la Directiva del Sindicato CASEGURAL La Paz, ha presentado una propuesta de reestructuración, que consiste en efectivizar plenamente la AUTONOMÍA DE GESTIÓN, implementando el CONTROL COLECTIVO de trabajadores y asegurados.

La libre afiliación y desafiliación de la CNS, es el camino corto a la PRIVATIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO. Según la norma: los empleadores podrán elegir libremente entre una de las cajas aseguradoras. Sin embargo la CNS, cuenta con la mayor infraestructura (158 centros hospitalarios); los otros entes gestores objetivamente no tienen condiciones materiales (infraestructura, equipamiento, personal médico y paramédico, etc.) para albergar a gran cantidad de afiliados a la CNS; la supuesta "libre y sana competencia" queda totalmente descartada de antemano por esta razón. Lo único que queda entonces objetivamente es recurrir al seguro privado, el cual rompe plenamente con el principio de solidaridad, puesto que aquí priman las leyes del libre mercado; los seguros privados otorgan sus prestaciones de acuerdo a cuanto se paga. Este objetivo es prioritario para el gobierno de Evo Morales que al igual que Gonzalo Sánchez de Lozada cumple con los mandatos de los organismos imperialistas (FMI, BM, BID) de privatización en lo que respecta a seguridad social, educación, salud, etc. El sistema capitalista ya no tiene nada que ofrecer a sus esclavos, muy al contrario sólo puede destruir brutalmente las fuerzas productivas, en particular la fuerza de trabajo. El presidente Evo Morales y su ministra la Dra. Nila Heredia, van dispuestos con toda su furia a DESTRUIR el patrimonio de los trabajadores la CAJA NACIONAL DE SALUD y PRIVATIZAR lo que resta de la SEGURIDAD SOCIAL.

Finalmente, debemos aclarar que la dirigencia del Sindicato CASEGURAL La Paz, asume por primera vez las funciones sindicales el 17 de agosto de 2010. Bajo un programa político sindical marx-leninista-trolskista que enarbola el sindicalismo revolucionario, ha ganado las elecciones sin recurrir a la prebenda. Para nosotros el sindicato es un órgano de resistencia frente al abuso patronal y un canal de movilización por la transformación estructural del país, es decir la revolución social. Combatimos fervientemente la debacle del sistema capitalista, que se expresan en la corrupción, el uso indebido de los dineros de la seguridad social, la burocracia sindical y muchos otros males. Sólo para ilustrar nuestra acción debemos señalar que hemos acabado con los famosos estipendios que anteriores dirigentes recibían, a ningún dirigente del Sindicato CASEGURAL La Paz se le paga un centavo por cumplir con sus funciones sindicales. Reconocemos, que en la CNS se ha vivido todo un periodo de degeneración sindical, del cual no hemos, no somos ni seremos parte y de ninguna manera defenderemos a las mafias y camarillas que se han encaramado en la Institución apuntalados por los corruptos gobiernos de turno. Nuestra obligación como dirigentes revolucionarios es la defensa intransigente de la Seguridad Social, no sólo porque representan la fuente laboral de nuestros afiliados, sino fundamentalmente porque es una conquista social de la clase obrera. En ese sentido, asumiremos las medidas que sean necesarias por no permitir la privatización y destrucción de la seguridad social a corto plazo.

ANEXO 4

Bolivia: Decreto Supremo No. 24540, 31 de marzo de 1997

GONZALO SANCHEZ DE LOZADA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

I. SISTEMA NACIONAL DE AFILIACIÓN A LOS SEGUROS DE SALUD

CONSIDERANDO:

- *Que son atribuciones del Ministerio de Desarrollo Humano la planificación, control, coordinación y tuición de las instituciones que administran el régimen de corto plazo de la seguridad social en el país, así como la formulación y aplicación total de políticas en esa materia, según determina el artículo 19 inciso I de la Ley 1493 de 17 de septiembre de 1993;*
- *Que el artículo 14 del Decreto Supremo 23716 de 15 de enero de 1994 ha creado el "Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), en reemplazo del Instituto Boliviano de Seguridad Social, referente al régimen de corto plazo:*
- *Que el INASES desempeña la función de superintendencia de los seguros de salud sobre los entes gestores del régimen de corto plazo, en ejercicio de las facultades que el artículo 15 del decreto supremo 23716 de 15 de enero de 1994 le confiere:*
- *Que es necesario normar y coordinar los procedimientos de afiliación de los entes gestores de los seguros de salud, estableciendo mecanismos adecuados que permitan la ampliación de cobertura.*

EN CONSEJO DE MINISTROS
DECRETA:
1.- SISTEMA NACIONAL DE AFILIACIÓN A LOS SEGUROS DE SALUD
ARTICULO 1.- *El Instituto Nacional de Seguros de Salud*
(INASES) establecerá; por vía reglamentaria, el sistema nacional de afiliación de empresas y personas en los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales de "corto plazo".
ARTÍCULO 2.- *La afiliación y re afiliación en el régimen de corto plazo para "determinada" por el "INASES", sin sujeción a la clasificación por ramas de actividad económica.*

II.- LIBRE ELECCION DE ENTE GESTOR
ARTÍCULO 3.- *Se establece la libre elección por parte de las empresas, instituciones y personas, pudiendo estas elegir el ente gestor de su conveniencia, manteniéndose la obligatoriedad de su afiliación a los entes gestores del régimen de corto plazo.*

El Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) determinará mediante certificación expresa, en cumplimiento de sus funciones de superintendencia, la afiliación al ente gestor elegido.

ARTÍCULO 4.- *El INASES decidirá por vía reglamentaria las solicitudes de desafiliación de instituciones o empresas del ente gestor determinado, previo estudio técnico financiero y médico, tomando en cuenta la infraestructura y desarrollo institucional en los ámbitos nacional, departamental y local, así como las necesidades en salud de las personas protegidas.*

El señor Ministro de Estado en el despacho de Desarrollo Humano queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente decreto supremo. Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los treinta y un días del mes de marzo de mil novecientos noventa y siete años.

FDO. GONZALO SANCHEZ DE LOZADA
Fdo. Antonio Aranibar Quiroga
Fdo. Carlos Sánchez Berzaín
Fdo. Alfonso Edwin Kreindler Guillm
Fdo. José Guillermo Justiniano Sandoval
Fdo. René Oswaldo Blattman B.
Fdo. Fernando Candia Castillo
Fdo. Franklin Anaya Vasquez
Fdo. Moisés Jarmúnz Levy
Fdo. Hugo San Martín Arzabe
Fdo.Mauricio Antezana Villegas
MINISTRO SUPLENTE DE COMUNICACIÓN SOCIAL
Fdo. Alfonso Revollo Thenier
Fdo. Jaime Villalobos Sánjines