

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO**



ACREDITADA POR RES. CEUB 1126/02

MONOGRAFÍA

**“AMPLIACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE CORTO PLAZO
HACIA LOS SINDICATOS AGRARIOS DEL ÁREA RURAL”**

POSTULANTE:

Juan Carlos Rodríguez Giani

TUTOR:

Elizabeth Saavedra Ruiz

LA PAZ – BOLIVIA

2011

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	2
2. DELIMITACIÓN DEL TEMA	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4. OBJETIVOS	5
4.1 Objetivo General.....	5
4.2 Objetivos Específicos	5
5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
5.1 Métodos a utilizarse.....	6
5.2 Técnicas a utilizarse.....	7
5.3 Población y muestra.....	7
CAPÍTULO I	
MARCOS DE REFERENCIA.....	8
1.1 Marco Histórico de la Seguridad Social	8
1.1.1 Evolución Histórica de la Seguridad Social	8
1.1.2 Antecedentes históricos de la Seguridad Social en Bolivia.....	10
1.1.4 Evolución histórica de los sindicatos agrarios en América Latina	12
1.1.5 Orígenes de los Sindicatos agrarios en Bolivia	14
1.1.5.1 Confederación Nacional de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CNTCB).....	17
1.1.5.2 Confederación Nacional de Colonizadores de Bolivia	17
1.1.5.3 Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB).....	18
1.2 Marco Teórico	19
1.2.1 Derecho a la salud.....	19
1.2.2 Naturaleza jurídica del Derecho a la Salud.....	21
1.2.3 Responsabilidad del Estado	23
1.2.4 Obligaciones del Estado	24
1.2.5 Derecho a la Seguridad Social	28
1.2.5.1 La Seguridad Social	28

1.2.5.2	Fines de la Seguridad Social	30
1.2.5.3	Principios de la Seguridad Social	31
1.2.6	La Seguridad Social como derecho	35
1.3	Marco Conceptual.....	36
1.3.1	Sindicalismo	36
1.3.2	Sindicato.	37
1.3.3	Sindicato Agrario.....	39
1.3.4	Salud	40
1.3.5	Derecho a la Seguridad Social	40
1.3.6	El seguro a corto plazo	41
1.3.7	Exclusión de la salud	42
1.4	Marco jurídico positivo vigente aplicable	43
1.4.1	Marco normativo internacional.....	43
1.4.2	Marco normativo interno	46
1.4.3	Legislación comparada	50
1.4.3.1	Colombia.....	50
1.4.3.2	Perú	51
1.4.3.3	Venezuela.....	52

CAPÍTULO II

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	56	
2.1	Diagnostico del Sistema de Seguridad Social	56
2.1.1	La Seguridad Social de corto plazo	56
2.1.2	Cobertura	58
2.1.3	Recursos humanos y físicos.....	59
2.2	Resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz respecto a la ampliación del seguro social	62
2.2.1	El actual sistema de Seguridad Social es accesible a toda la población boliviana.....	62
2.2.2	Principalmente quienes se benefician de la Seguridad Social	63
2.2.3	Por qué los trabajadores campesinos sindicalizados son marginados del sistema de Seguridad Social	64
2.2.4	A quien acuden en caso de enfermedad de algún miembro de la familia.....	66

2.2.5	A los campesinos les gustaría ser parte de la Seguridad Social, que cubra por lo menos el servicio de salud	67
2.2.6	Según Ud., ¿Quién debería hacerse cargo de los costos del Seguro Social para los trabajadores campesinos?	68
2.2.7	Cómo la Seguridad Social podría estar al alcance de los trabajadores campesinos sindicalizados	69
2.2.8	Las leyes en actual vigencia permite que los trabajadores del campo pueden acceder al sistema de Seguridad Social	71
2.2.9	El Sistema de Seguridad Social cuenta con la infraestructura y personal necesario para atender a los trabajadores campesinos	72
2.2.10	Importancia para los trabajadores afiliados a los sindicatos agrarios contar con Seguridad Social	74
2.2.11	Beneficios de contar con Seguridad Social para los trabajadores campesinos sindicalizados	75
2.3	Proyecto de ley para la ampliación del Seguro Social de corto plazo hacia los sindicatos agrarios del área rural	76
2.3.1	Exposición de motivos.....	76
2.3.2	Texto del proyecto de Ley	77

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
3.1 Conclusiones.....	81
3.2 Recomendaciones	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	88

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación referido a la ampliación del Seguro Social de corto plazo hacia los sindicatos agrarios del área rural, está motivado por la necesidad de contribuir al cumplimiento de los preceptos constitucionales del derecho universal a la salud y a la Seguridad Social, superando la situación de exclusión y marginación de un importante sector de la población como ser el trabajador campesino sindicalizado, quien al igual que su familia no cuenta con la protección del seguro social.

Pero, para demostrar la necesidad de ampliar el Seguro Social hacia los trabajadores del agro, es necesario conocer su percepción, así como buscar el respaldo de argumentos jurídicos y doctrinales, no sólo del ámbito nacional, sino del marco normativo internacional, las garantías que brinda la declaración de los Derechos Humanos, y convenios internacionales que ha suscrito y ratificado Bolivia.

Con el fin de lograr los objetivos del presente estudio, se utilizaron los métodos: histórico, comparativo, analítico y deductivo. La técnica que permitió la recolección y análisis de la información, fue la encuesta, dirigida a una muestra de 25 dirigentes de distintos sindicatos agrarios del departamento de La Paz.

La investigación concluye con un proyecto de Ley de creación del Seguro Social campesino, para la consideración de las autoridades pertinentes.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Uno de los principales problemas a los cuales se encuentra confrontada hoy en día la Seguridad Social, es el hecho de que más de la mitad de la población mundial (trabajadores y personas dependientes de éste) está excluida de toda forma oficial de protección por la Seguridad Social. La mayoría de las familias pertenecientes a estos grupos excluidos tienen por jefe de familia a un trabajador independiente (hombre o mujer). En los países en desarrollo, como es el caso de Bolivia, estos jefes de familia trabajan en la agricultura o en el sector informal. De esta manera, los sistemas previsionales no cumplen con su carácter universal, dispuesta tanto, en normas internacionales como nacionales.

La Seguridad Social se entiende como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros para prevenir las privaciones económicas y sociales en caso de la desaparición o reducción palpable de los ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, invalidez, accidentes, desempleo, vejez o muerte de las personas¹. De este modo, la protección social se define como la garantía que otorgan los poderes públicos para satisfacer de forma oportuna y adecuada las necesidades de un individuo o grupo de individuos al presentarse las contingencias tanto económicas como de salud. Se considera un derecho humano, inherente a la condición de los hombres y consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 22) y en el Código Iberoamericano de Seguridad Social (Art. 1). Este derecho está enmarcado de manera necesaria en todo Estado social de derecho y democrático.

En concordancia con lo anterior, la Constitución Política de Bolivia establece el derecho a la Seguridad Social como uno de los derechos irrenunciables de los

¹ CONTE-GRAND, Alfredo; SPATARO, Alcides (1999). "Sugerencias y alternativas para la Reforma de la Seguridad Social". Informe para el Honorable Congreso Nacional del Paraguay. Organización Internacional del Trabajo, Buenos Aires. Pág. 4.

ciudadanos², señalando en su Art. 45.I. que “Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la Seguridad Social”, asimismo, la Ley fundamental del Estado Plurinacional, establece en el mismo artículo, parágrafo II, que: “La Seguridad Social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social”. Por tanto, los esfuerzos y recursos del Estado deberían dirigirse a la satisfacción de este derecho para todos los ciudadanos y garantizar el acceso a un estado de Seguridad Social indispensable a la dignidad y el libre desarrollo de las personas.

Sin embargo, en la práctica, este derecho es negado a muchos bolivianos, pues el actual sistema de Seguridad Social deja desprotegidos a muchos de ellos, dentro de ellos a los sindicatos agrarios, debido a que el sistema de Seguridad Social imperante en Bolivia está condicionado a la existencia de una relación asalariada, de la cual carecen los campesinos.

Un ejemplo de la desprotección en cuanto a la Seguridad Social, se observa en el ámbito del Seguro Social de corto plazo, ya que en Bolivia no se dispone de salud pública gratuita, es decir, una salud pública asumida en su totalidad por el Estado, ya que ésta cubre tan sólo el programa del SUMI (Seguro Universal Materna Infantil), algunos programas de atención primaria y, actualmente, existe el seguro de vejez (Seguro del Adulto Mayor). El resto de la población debe pagar la consulta, la internación, la sangre, la intervención quirúrgica, etc.³.

La situación es más preocupante en el área rural, donde los campesinos se ven privados del acceso a la atención de salud, por la carencia de centros de salud, y cuando se

² Art. 45 y siguientes. Constitución Política del Estado, promulgada el 07 de febrero de 2009 por Ley N° 3942 de la Asamblea Constituyente.

³ RAMÍREZ HITA Susana. (2010). “Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano”. 2da. Edición. La Paz: OPS/OMS, Pág. 194.

trasladan a la ciudad, enfrentan a la retardación en su atención, debido a los procedimientos burocráticos, agudizado por los altos costos, tanto de las prestaciones médicas como de los medicamentos y recursos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Esta situación plantea la necesidad de extender los servicios de Seguridad Social de corto plazo, hacia algunos sectores del área rural, que por la naturaleza de sus actividades requieren contar con el seguro social. Tal es el caso de los trabajadores campesinos integrantes de los sindicatos agrarios, que requieren de protección social de parte del Estado, considerando que “son los habitantes de las zonas rurales, específicamente las personas de menores ingresos, quienes sufren el mayor impacto de inactividad debido a enfermedades o accidentes”⁴.

Por ello resulta un imperativo ampliar la cobertura del seguro social, para incluir a trabajadores y trabajadoras que no prestan sus servicios bajo contrato y que no mantienen una relación laboral de dependencia, como son los que integran los sindicatos agrarios.

Es evidente que en la medida que se logre implementar la universalidad, se contribuirá a reducir la exclusión social y la postergación de importantes grupos sociales como los trabajadores campesinos. El acceso universal a los sistemas de protección social es un reto ambicioso difícil de conseguir, pero no imposible de lograr dar Seguridad Social a todos los ciudadanos del país. El esfuerzo debería orientarse hacia la inclusión de la mayor porción posible de la población en los esquemas de protección social existentes.

2. DELIMITACIÓN DEL TEMA

- a) Delimitación temática.-** La investigación está circunscrita en el área general del Derecho Social y específicamente dentro del Derecho a la Seguridad Social.

⁴ Organización Panamericana de Salud (OPS) (2002). “La Salud en las Américas”. Vol. II. Washington. Pág. 6.

- b) **Delimitación espacial.**- La investigación se desarrolló en la ciudad de La Paz, sin embargo, los efectos de la propuesta jurídica formulada en este trabajo tiene alcance en la jurisdicción del Estado Plurinacional de Bolivia.
- c) **Delimitación temporal.**- La investigación se realizó durante la gestión 2011, considerando información retrospectiva del periodo 2006 – 2010, para demostrar la cobertura de la Seguridad Social en el último quinquenio.

3. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo se puede garantizar el derecho al Seguro Social de Corto Plazo hacia los trabajadores de los sindicatos agrarios del área rural?

4. **OBJETIVOS**

4.1 **Objetivo General**

Proponer la ampliación del Seguro Social a Corto Plazo social hacia los sindicatos agrarios del área rural.

4.2 **Objetivos Específicos**

- Exponer los fundamentos teórico-doctrinales referidos al derecho a la Seguridad Social.
- Describir la cobertura de la Seguridad Social boliviana en el periodo 2006 - 2010.
- Analizar las disposiciones legales referentes a la Seguridad Social.
- Conocer la percepción de los sindicatos agrarios respecto a sus necesidades de protección social y la forma en que solucionan sus problemas de salud.

- Realizar una comparación de la legislación boliviana, con las leyes de otros países de la región, respecto al sistema de Seguro Social campesino.

5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Métodos a utilizarse

Con el fin de lograr los objetivos del presente estudio, se utilizaron los métodos: histórico, comparativo, analítico y deductivo.⁵

El método histórico permitió el estudio de los antecedentes, causas y condiciones históricas de la Seguridad Social; el método comparativo ha sido vital para establecer comparaciones entre la legislación boliviana y las legislaciones de países de la región en relación con la Seguridad Social; el método analítico, permitió analizar la doctrina en relación con Seguro Social universal, los derechos de los trabajadores del agro y su organización sindical; finalmente a través del método deductivo, se exponen los conocimientos de carácter general para aplicarlo al caso particular de los trabajadores sindicalizados del agro.

⁵ RODRIGUEZ, Francisco y OTROS. 1994. "Introducción a la Metodología de las Investigaciones Sociales". La Habana. Ed. Política. Págs. 37- 40.

5.2 Técnicas a utilizarse

La técnica principal que permitió la recolección y análisis de la información ha sido la investigación documental; ya que a través de ella se recopiló el material bibliográfico necesario para otorgar la consistencia jurídica y doctrinal del trabajo de investigación.

Además se utilizó la encuesta, dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz, con el propósito de conocer su percepción respecto a la necesidad de contar con un sistema de Seguridad Social.

5.3 Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz.

Las muestra de estudio se determinó a través de un muestro dirigido, decidiéndose tomar en cuenta a un total de 25 dirigentes de diferentes sindicatos agrarios del departamento de La Paz.

CAPÍTULO I

MARCOS DE REFERENCIA

1.1 Marco Histórico de la Seguridad Social

1.1.1 Evolución Histórica de la Seguridad Social

La evolución de la Seguridad Social, tiene como sus primogénitas instituciones a:⁶

- a) **En la antigüedad:** Aparece las COLEGIAS romanas que dividía la población por artes y oficios, cuya finalidad era la ayuda mutua.
 - Las GUINDAS o GILDAS que eran asociaciones de defensa y asistencia mutua entre los pueblos germanos.
 - Las COFRADÍAS representaban a las instituciones que fuera de tener como objetivo la ayuda mutua agregaron lo religioso, sin intervención de otros poderes; posteriormente adoptaron la forma de socorros mutuos fijando cotizaciones entre sus miembros.

- b) **En la edad media:** El sistema de previsión en las cofradías medievales consistía en la práctica del auxilio mutuo – no seguro – de enfermedad y muerte, derivándose posteriormente hacia el mutualismo.
 - Las HERMANDADES, eran entidades que surgieron por decisión de las cofradías gremiales protegidas por la iglesia, constituían agrupaciones de individuos del mismo gremio, donde efectuaban contribuciones para recibir diversas prestaciones.

⁶ CAMPERO, Iván. ESPADA, Serapio. (2003). “Introducción al estudio de la Seguridad Social”. Edit. Gráfica Illimani. 2da. Edic. La Paz – Bolivia. Pág. 45.

➤ Las CORPORACIONES surgieron y se desarrollaron persiguiendo fines de seguridad, aunque dentro del círculo cerrado de sus propias profesiones de trabajo artesanal, sin que tengan que asociarse los que no tenían necesidad de trabajar.

c) **En la edad moderna:** la forma de prestación, aparte de la caridad y beneficencia, fue fomentar el ahorro para lo que podían hacerlo. Con el tiempo desaparecieron los ahorros, para atender las necesidades más elementales de sus asociados.

La Seguridad Social no ha nacido espontáneamente, es el producto de una evolución de ideas e instituciones que la fueron postulando. En este periodo se encuentran hechos, dichos y declaraciones como el que señala: “Los socorros necesarios de la indigencia fueron considerados una deuda de los ricos hacia los pobres”, declaración que se considera como una de las bases de la Seguridad Social.⁷

La evolución de los sistemas de salud en el contexto latinoamericano se da de acuerdo a las particularidades de cada país, y principalmente por ciertas relaciones entre las instituciones encargadas del sistema, como por ejemplo las que se dan entre los Ministerios de Salud y la Seguridad Social.

Es así que a principios del presente siglo, Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, idean sus propios sistemas de Seguridad Social. Los restantes países también siguieron esta senda y crearon sus respectivos sistemas en el período registrado entre las dos últimas guerras mundiales, y en los años inmediatos a la terminación de la segunda.

No obstante aquello, los sistemas diseñados no midieron las repercusiones y las responsabilidades que en el corto, mediano y largo plazo tendrían que afrontar. Es a

⁷ CAMPERO, Iván. ESPADA, Serapio. Ob. Cit. Pág. 47.

causa de ello, que muchos países de la región vieron la necesidad de reformar radicalmente sus sistemas de Seguridad Social en años recientes. Chile fue uno de los primeros (1981), y luego de 10 años Argentina, Colombia y Perú, y poco después Uruguay y México.

1.1.2 Antecedentes históricos de la Seguridad Social en Bolivia

Las medidas previsionales en el país se originan en 1840 con la creación del Fondo de Jubilaciones, destinada a otorgar pensiones a los funcionarios del Estado que hubieran cumplido períodos mínimos de tiempo de servicios. En 1905 se promulga la Ley de Jubilaciones del ramo de Instrucción Pública, y en los subsiguientes años se van dando disposiciones previsionales relativas a otros sectores vinculados con la administración como la Ley de Jubilación Militar, la de Jubilación Judicial, la de Jubilación Administrativa, y la de Jubilación Bancaria.

En 1924 se promulga la Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que incluye medidas sobre higiene y seguridad; 11 años después se crea la Caja de Seguro y Ahorro Obrero, como entidad encargada de la administración de los recursos correspondientes a los accidentes de trabajo. Tiempo después (1938), y bajo lineamiento de los regímenes jubilatorios se establecieron la Caja de Seguro Social de Ferrovianos, de Diplomáticos y , de Gráficos. Hacia 1940, se crea la Caja de Ahorro Obrero, que ha devenido en la actual Caja Nacional de Salud.

En los años siguientes fueron muchos los intentos por constituir un régimen de Seguro Social inspirado en una protección integral de todos los trabajadores del país, organizándose comisiones de estudio que materializaron su trabajo recién en 1949 con la promulgación de la Ley del Seguro Social Obligatorio, la misma que entró en vigencia el mismo año.

En 1956 se sanciona el Código de Seguridad Social Boliviano que constituye un conjunto de normas que tiende a proteger al salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, y otros. Este instrumento consigna nuevas contingencias tales como la enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

Con el advenimiento del Código de Seguridad Social Boliviano, se crean la Caja Petrolera de Salud, las Cajas Bancarias de Salud, los Seguros Sociales de Caminos y otros.

Recién en 1987 se da el primer cambio en el sistema de seguros. Desde 1956 hasta 1987 las Cajas de Salud tenían un aporte tripartito, es decir, el Estado con el 1%, el aporte patronal que fluctuaba hasta un 12% y, el laboral que fluctuaba de 5 a 7%. Es a partir de 1987 que se estructura el seguro social, estableciéndose sólo el aporte patronal que equivale al 10% del salario de cada trabajador, asimismo, se separan los dos regímenes del seguro social, creándose un seguro de salud y un seguro de pensiones, independientes entre sí; se crean además, las Cajas de Salud y los Fondos de Pensiones.

La promulgación de la Ley de Participación Popular en 1994, el sector Salud inicia una rápida transferencia de la propiedad de la infraestructura y equipamiento de salud hacia los Gobiernos Municipales, hecho que produce la territorialización de la infraestructura sanitaria del sector Público, que hasta ese entonces dependían del gobierno central, que mostraba incapacidad para supervisar su funcionamiento, renovar sus necesidades o para planificar sus funciones con base en la población beneficiaria local. Otra de las últimas medidas que se generan en este escenario de transformaciones, es la implementación de la Reforma del Fondo de Pensiones en vigente desde 1996.

1.1.4 Evolución histórica de los sindicatos agrarios en América Latina

Los campesinos y asalariados agrícolas (estos últimos comprenden cerca del 30% de la población rural de América Latina, es decir casi 40 millones de personas)⁸, en general no han recibido estímulos para sindicalizarse. No obstante, pueden mencionarse ejemplos de sindicalización en algunos países.

En Bolivia, donde hay una gran dispersión de campesinos en todo el país, desde 1979 existe la Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB).

Un ejemplo de sindicalización en avance se da en Brasil, con la Confederación Nacional de Trabajadores de la Agricultura (CONTAG) que cuenta con más de 2000 sindicatos y cerca de 9 millones de socios incorporando a partir 1984 a los trabajadores estacionales⁹.

Los sindicatos de trabajadores agrícolas de Costa Rica están afiliados a la Federación de Sindicatos Agrarios Nacionales (FESIAN), a la Federación Nacional Campesina (FENAC) y a la Unión de Pequeños y Medianos Productores Agropecuarios (UPANACIONAL).

En Chile en 1980 la Iglesia y algunas ONG's promovieron asociaciones gremiales campesinas y sindicatos de trabajadores independientes que agremian temporeros, pequeños propietarios, arrendatarios y medieros cumpliendo gran amplitud de funciones con flexibilidad y adaptación a las metas de sus miembros. La Comisión Nacional Campesina reúne las más importantes confederaciones campesinas. Existen también asociaciones regionales y federaciones de asociaciones gremiales.

⁸ FAO. (1988). La participación campesina en el desarrollo rural. RLAC, Santiago, Chile.

⁹ FAO. (1988). Ob. Cit.

En Ecuador las Asociaciones de Trabajadores Agrarios se reúnen en las uniones de organizaciones campesinas, con participación provincial, regional e incluso nacional. Forman parte de estas uniones las comunas y cooperativas. Hay unas 20 uniones que representan aproximadamente 218 organizaciones de base¹⁰.

La Confederación Nacional Campesina (CNC) de México, que data de 1935, pudo incorporar en 1970 a los trabajadores temporeros, luego de una intensa movilización de trabajadores agrícolas del norte del país.

En Paraguay las Ligas Agrarias Cristianas han dado origen en 1980 al Movimiento Campesino Paraguayo (MCP) y en 1986 a la Organización Nacional Campesina (ONAC) que actúan en defensa de los intereses gremiales y derechos del campesinado, efectuando movilizaciones y reclamos de acceso a la tierra. En 1986 nacen la Coordinación Nacional de Productores Agrícolas (CONAPA) y la Unión Nacional Campesina Oñondivepa, integradas - como la ONAC - por comités de agricultores y comisiones vecinales. A su vez la Central Unitaria de Trabajadores (CUT) nuclea al MCP y a CONAPA. Existen además en Paraguay organizaciones regionales que abarcan unidades departamentales y coordinan las acciones de comités locales.

En Perú los gremios representativos de las empresas asociativas nacidas de la reforma agraria realizaron en 1974 el I Congreso Nacional Agrario (CNA) que agregó en su estructura como áreas económico-productivas, los comités de productores (81 en total) garantizando así una sólida participación de los agricultores, siendo disuelto en 1975 al desmontarse la reforma agraria. La participación de las organizaciones y gremios agrarios en el período 1980-85 se dirigió a la defensa de la reforma agraria realizando en 1983 el I Congreso Unitario Nacional Agrario (CUNA) con la participación de 39 organizaciones agrarias. Las sucesivas políticas de concertación del Gobierno con las organizaciones agrarias estuvieron acompañadas de inclusiones y exclusiones de las

¹⁰ Ibidem.

organizaciones y gremios de campesinos y productores agrarios. La concertación campesina viene dando pasos importantes mediante la propuesta de concertación desde las bases. Son hitos de este proceso, entre otros: la creación en 1981 del Frente Unico de Defensa de la Autogestión (FUDA), integrado por varios gremios y comunidades nativas y al año siguiente la creación del Frente Unitario de Defensa del Agro Nacional (FUDAN), que buscaron armar bloque ante la administración estatal para participar y democratizar las decisiones del Gobierno. Además, se destacan el Sindicato Unico de Trabajadores del Sector Agrario (SUTSA), la Asociación Nacional de Parceleros (ANAPA), la Federación Nacional de Campesinos del Perú (FENCAP), la Federación de Trabajadores del Azúcar y la Confederación de Campesinos del Perú (CCP). La Coordinadora Nacional Campesina y Nativa (CNCN) está llamada a ser una instancia de convocatoria alrededor de intereses y objetivos comunes que fortalezcan la capacidad de interlocución campesina nacional ante otros gremios representativos e instituciones gubernamentales (8).¹¹

La 6a. Consulta Gubernamental sobre las Actividades Complementarias de la CMRADR, efectuada en Cochabamba en 1991, destacó la importancia de los sindicatos en la defensa de los intereses vitales de los trabajadores¹² (31) (derecho a libre asociación y afiliación) y en la toma de decisiones sobre la población rural.

1.1.5 Orígenes de los Sindicatos agrarios en Bolivia

A lo largo de la historia republicana, se han dado rebeliones como: de Andrés Guayocho en los llanos mojeños en 1887, de Apiagüaiqui Tumpa y los guerreros Ava Güaranis en 1892, o de Pablo Zárate en los Andes en 1899. La era de 1900 empezó con iniciativas individuales y colectivas indígenas para mantener las tierras comunitarias.

¹¹ CONSEJO PERUANO PARA LA AUTOGESTION CAMPESINA (s/f). Planificación agraria y utogestión campesina: rol de los trabajadores rurales y organizaciones de campesinos, ONG's y cooperación técnica internacional, Lima, Perú.

¹² FAO. (1991). Conclusiones y Recomendaciones de la 6a. Consulta Gubernamental para América Latina y el Caribe en Seguimiento a la CMRADR, Cochabamba, Bolivia.

Los principales caciques entre 1912 y 1933, por territorios y el derecho a alfabetización fueron Santos Marka T'ula, Faustino Llanqui, Marcelino Llanqui, Dionisio Paxipati, Francisco Tancara, Mateo Alfaro y Rufino Willka.¹³

Al regreso de la guerra del Chaco en 1932, empieza a organizarse los primeros sindicatos agrarios, que busca recuperar sus parcelas en las que trabajaban como "colonos" poder liberarse del pongueaje, el maltrato y la miseria.

El 3 de Abril de 1936 en la comunidad de Ana Rancho en la hacienda Santa Clara se funda el primer Sindicato agrario de "Huasacalle", con Desiderio y Pedro Delgadillo a la cabeza, héroes de la guerra contra Paraguay. Sus reivindicaciones plantean:¹⁴

- Legalizar el sindicato
- Alquilar las tierras que trabajan
- Construir su propia escuela

La llamada Sociedad Rural Boliviana, no deja esperar su respuesta, mandando apresar campesinos por el delito de querer comprar las tierras que trabajan y prohibiendo a los pongos todo contacto con los revoltosos sindicalizados.

En 1939 se forma el sindicato de Ucureña y posteriormente el de Cliza que son los encargados de organizar las protestas cuando los quieren sacar de las tierras que trabajaban. En esta época surgen los partidos: POR, PIR y el MNR que hacen frente a los partidos tradicionales.

En 1940 el sindicato es ilegalizado por Peñaranda y los dirigentes condenados a trabajos forzados en el Chimore. En 1942 se organiza el I y II congreso de Indígenas,

¹³ <http://www.willka.net/index.html>

¹⁴ <http://www.willka.net/index.html>

que organiza las huelgas contra los gamonales. Los sindicatos mineros el 14 de diciembre declaran la "Huelga General", exigiendo mejoras salariales, astecimiento de las pulperías y reconocimiento del sindicato. El 21 de Diciembre, en el solsticio de verano los mineros deciden realizar una marcha de protesta la cual es violentamente reprimida, produciéndose la masacre de las pampas de Catavi (posteriormente estas papas fueron denominadas los campos de Maria Barzola, en homenaje a la mujer que encabeza la marcha portando la enseña patria).

En 1945 el gobierno de Villarroel autoriza el I Congreso Nacional Indígena que se da entre el 11 al 16 de Mayo con la participación de 2000 caciques campesinos que hacen su ingreso a La Paz , siendo inadmisibles sus resoluciones para los terratenientes, que plantea:¹⁵

- Supresión del pongueaje.
- Derecho a establecer escuelas rurales.
- Que el gobierno dicte el Código del Trabajador Agrario.

Los derechos arrancados en el I Congreso, empiezan a ser aplicados, pero también a ser reprimidos. Su epílogo llega el 21 de Julio de 1946 con el colgamiento de Villarroel y sus colaboradores.

En 1947 en Pucarani 200 caciques se reúnen en enero y retoman las resoluciones del congreso proclamando además el derecho ha poder organizarse en sindicatos campesinos y surge la insurrección en el campo para recuperar tierras. En Ayopaya, el ejército usa aviones de guerra para reprimir a lso campesinos. En 10 meses, miles son masacrados, cientos son residenciados en Ichilo o en Coati, ninguno sobrevive.

¹⁵ <http://www.willka.net/index.html>

En las elecciones de 1951, el 6 de Mayo gana el MNR y para evitar su posesión, el día 16 el gobierno se da un auto golpe tratando de evitar la caída de la rosca que era manejada por las "inversiones" de los barones del estaño Patiño – Hochschild – Aramayo, dando lugar a la Revolución del 9 de abril de 1952.

1.1.5.1 Confederación Nacional de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CNTCB).

Luego de la revolución de 1952 y desde el nuevo Ministerio de Asuntos Campesinos se impone la creación de sindicatos agrarios. Así se fundó la Confederación Nacional de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CNTCB).

El gobierno del MNR impuso el sindicato campesino sobre cualquier otra forma de organización en el campo, ya que tenía el interés de subordinar y controlar a los "indios" (desde la revolución llamados "campesinos"), a través de sindicatos manejados por el Estado que tuvieran dirigentes vinculados a los movimientistas. Con el sindicato, se querían controlar y neutralizar la movilización india, que había logrado desestabilizar por su cuenta al orden oligárquico a través de masivas rebeliones, entre las que se destacan la de 1921 (Jesús de Machaca), la de 1927 (Chayanta) y la de 1947 (Altiplano y Cochabamba). Y lo más importante, se buscaba frenar la propuesta por la autonomía y el autogobierno de los propios indios.

1.1.5.2 Confederación Nacional de Colonizadores de Bolivia

Luego del gobierno del MNR durante los gobiernos militares trataron de manejar a la población rural a través del llamado "Pacto Militar-Campesino" (1964-1978). Sin embargo, en 1968 se produjo una gran movilización campesina en todo el país contra del Impuesto Único Agrario y en repudio al "Pacto". Este primer intento de independización de los campesinos del "Pacto Militar-Campesino" sigue con la creación en febrero de 1971 de la Confederación Nacional de Colonizadores de Bolivia,

afiliada a la COB, y con el VI Congreso Nacional de la CNTCB, realizado en Potosí el 2 de agosto del mismo año, donde resulta elegido como Secretario Ejecutivo el representante del katarismo Jenaro Flores.

1.1.5.3 Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB).

En 1977, varias Sub-Centrales cantonales y centrales provinciales rompieron con la CNTCB. A comienzos de 1978, se realizó el IX Congreso de la Federación de Trabajadores Campesinos de La Paz Tupaj Katari, donde se reconoció a la COB como organización matriz de los trabajadores del país y se rechazó definitivamente el Pacto Militar-Campesino. Y finalmente el 26 de junio de 1979, bajo los auspicios de la COB, se realiza el primer Congreso de Unidad Campesina, en el cual se constituye la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB).

La CSUTCB tiene su prueba de fuego en las jornadas de noviembre de 1979 en defensa de la democracia y posteriormente en el bloqueo nacional contra el paquete de medidas dictadas por la presidenta Lidia Gueiler en diciembre del mismo año.

El III Congreso de la CSUTCB, se propone un Estado plurinacional, se aprueba el Proyecto de Ley Agraria Fundamental, que debería reemplazar la Ley de Reforma Agraria de 1953, pero que fue rechazado por los diferentes Parlamentos. En julio de 1983, la CSUTCB crea la Corporación Agropecuaria Campesina – CORACA, cuya personería jurídica fue aprobada por el gobierno de Hernán Siles Suazo el 23 de abril de 1984.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Derecho a la salud

La salud debe reconocerse como una categoría individual y social, parte integrante del desarrollo dirigido a la creación de condiciones para el bienestar de todos y como resultado de las estrategias y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad, para mejorar y mantener la integridad y las capacidades de las personas y las poblaciones¹⁶.

En base a lo anterior, el Derecho a la Salud puede entenderse como el conjunto de disposiciones legales u otras, que reglamentan la promoción y protección de la salud, los servicios de salud, la distribución equitativa de los recursos disponibles y todo lo concerniente a los pacientes, prestatarios, establecimientos y organismos de financiamiento. Por tanto, la esencia del Derecho de la Salud radica en la necesidad de regulación de las relaciones sociales que se producen en el proceso salud – enfermedad y en las labores de promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

El Derecho a la salud se trata de un derecho de segunda generación, y que además de ello tiene una naturaleza prestacional, como que quien debe cumplir con dicha prestación inexorable y primariamente, es el Estado.

El derecho a la salud está vinculado estrechamente a los demás derechos de naturaleza económica, social y cultural. La inobservancia de cualquiera de ellos redundará en la salud física y mental de los individuos y trascenderá en sus colectividades. La salud de una población es el resultante del grado y la forma mediante los cuales, ésta puede

¹⁶ RODRÍGUEZ DE ARIZMENDI, G. (1983). “Derecho Constitucional a la Protección a la Salud. Responsabilidades ciudadanas y responsabilidades de la sociedad frente al Derecho a la Protección de la Salud”. México DF: Edit Porrúa. Pág. 154.

ejercer sus derechos en su conjunto. Por su dependencia hacia los demás derechos, el derecho a la salud debe ser considerado como un elemento medular del desarrollo social. De manera que este derecho significa, entre muchos aspectos, brindarles a los individuos y a las comunidades una palabra auténtica en la adopción y en las necesidades que definen, controlan o afectan su bienestar, incluyendo el acceso y uso pleno de recursos efectivos para proteger el derecho en casos de violaciones al mismo.

En el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos económicos, sociales y culturales¹⁷ se establece que los Estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Y agrega que, entre las medidas que se obligarán adoptar, a fin de asegurar la plena efectividad de ese derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

De lo anterior se puede claramente inferir que la salud es un tema prioritario en la constitución de los Estados modernos ya que, a partir de la definición y ejecución de políticas públicas encaminadas a la prevención, investigación y tratamiento de las enfermedades, es posible fortalecer el desarrollo y el nivel de bienestar de las sociedades. Pero la salud también es un derecho y, por lo mismo, es fundamental conocer la estructura y funcionamiento no sólo de los diversos sistemas de salud, como de los sistemas sociales y económicos que los generan.

¹⁷ Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

La salud es un valor compartido por todas las sociedades y todos los sistemas ideológicos como uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades y reconocida la necesidad de protegerla. La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades; es reconocida en la Declaración de Alma-Ata¹⁸ como un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere de la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité reunido subrayó que “el derecho a la salud se hace extensivo a los factores determinantes básicos como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”. En ese mismo sentido, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos¹⁹ agrega el acceso a los medicamentos, la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente, la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo y la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

1.2.2 Naturaleza jurídica del Derecho a la Salud

El Derecho a la salud, debe entenderse como un conjunto de libertades y derechos; entre las primeras, figura la libre determinación de las personas para tomar decisiones sobre su salud y su cuerpo, y quedarían incluidas, entre otras, la libertad sexual y genésica; mientras que entre los segundos, el derecho a no padecer injerencias en la

¹⁸ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Kazajistán, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

¹⁹ Artículo 14 de La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada en la 18ª sesión plenaria, el 19 de octubre de 2005.

intimidad y el derecho a no ser sometido a tratamientos o experimentos médicos sin haber otorgado previamente su consentimiento”²⁰.

No obstante es oportuno señalar, que el tema de la naturaleza jurídica del Derecho de la Salud es, actualmente, uno de los más controvertidos en esta disciplina, por no existir en el ámbito internacional consenso sobre ello, ni unanimidad respecto de los cuerpos legales que lo conforman, aunque pueden definirse, de forma muy general, 2 tendencias esenciales sobre el tema; la salud como derecho individual y, como derecho colectivo. Es individual puesto que cada persona puede tener o no salud con independencia de su familia o de su entorno social. Pero la salud tiene además una dimensión colectiva si consideramos que existen factores sociales que tienden a preservarla o quebrarla, como las epidemias, la contaminación o la falta de hábitos higiénicos, entre otros. En esa dimensión colectiva, se tiene derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, lo cual se traduce en un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada²¹.

En este sentido, el Derecho de la Salud como derecho meramente individual parte del hecho de que la salud es una responsabilidad solamente individual y excluye de su contexto la participación de la comunidad y el Estado. Esta línea de pensamiento omite la importancia de la comunidad y su participación como elemento importante y definitorio en el logro y mantenimiento del estado de salud, en franca contradicción con la naturaleza del hombre como ser social y las múltiples interacciones que de ella

²⁰ BRENA SESMA Ingrid. “El Derecho a la Salud”. En: “Derechos de los mexicanos. Introducción al Derecho Demográfico”. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica N° 462. Universidad Autónoma de México, 2009. Pág. 83.

²¹ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997: “Artículo 3. Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad: las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada”.

se derivan, y desdeñan además, el derecho a ser protegido por el estado y la concepción de la salud como bien público superior²².

El Derecho de la Salud como derecho individual y social, parte de concebir el Derecho de la Salud como una suma de componentes individuales y colectivos, con la participación activa de la sociedad, lo que se ajusta los conceptos más novedosos en materia de salud. Esta corriente se genera tomando como punto de partida la aceptación del hombre como componente individual en la relación de salud y su inserción dentro de una colectividad y una comunidad como sujeto de esta propia relación²³.

La doble dimensión del derecho a la salud implica, en su perspectiva individual, que la salud de cada individuo es un valor fundamental y necesario de las personas, y desde la perspectiva social implica la necesidad de crear un conjunto de normas jurídicas que establezcan y desarrollen diferentes principios y procedimientos protectores a favor de grupos identificados como débiles, para lograr una convivencia dentro de un orden jurídico.

Por tanto, la salud es, desde el punto de vista señalado anteriormente, considerada como un derecho individual y un derecho social; es individual por incluir la protección de la integridad, identidad e intimidad del individuo y social porque implica la interacción activa y la responsabilidad de la sociedad y del Estado en la observancia y protección de ésta²⁴.

1.2.3 Responsabilidad del Estado

En cada país de la región se ha aceptado la responsabilidad tradicional del Estado de salvaguardar la salud de la población, todos los países han adoptado medidas tendientes

²² GONZÁLEZ DÍAZ Carlos. “En torno a una definición sobre el Derecho de la Salud”. Educ Med Sup 2005; Vol. 19, N° 4. La Habana Cuba.

²³ Ibidem.

²⁴ OPS. “La administración estratégica: Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales”. Washington DF: OPS; 1994 p. 11.

a preservar la salud pública. La primera nación latinoamericana que incluyó el derecho a la salud en su Constitución fue Chile en 1925, aunque con referencia limitada a la salud pública. Varios años, después de la aparición del derecho a la protección de la salud en documentos internacionales, casi todas las constituciones del continente se refieren al derecho a la salud o el derecho a la protección de la salud²⁵. La inclusión en las constituciones de un derecho a la salud nos indica, sin duda, la importancia nacional prestada a la salud.

Sin embargo, en cuanto a la responsabilidad del Estado por la prestación de servicios de salud individuales, ésta varía mucho según el país de que se trate. El principal aspecto de la controversia en años recientes ha girado en torno a la determinación de en qué medida el Estado debe prestar servicios sanitarios individuales de carácter gratuito o virtualmente gratuito. Por lo pronto, todos los países de la región han adoptado algunas medidas para asegurar el acceso a servicios médicos esenciales por lo menos, para las personas que se consideren necesitadas o que forman parte de un grupo de riesgo especial.

1.2.4 Obligaciones del Estado

Las obligaciones de los Estados, según el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se han dividido en “estratos” que corresponden a los deberes de respetar, proteger y cumplir; a su vez, la obligación de cumplir corresponde la obligación de proporcionar y promover. Cada una de estas responsabilidades jurídicas puede comportar obligaciones específicas en lo tocante a la conducta (acción o inacción) y a los resultados (los fines). A continuación se describen cada una de estas responsabilidades.

²⁵ Casos especiales los constituyen las constituciones de Argentina y Costa Rica, Sin embargo, como Bidart Campos explica que, a pesar de la ausencia formal del reconocimiento de ese derecho, es posible detectar que en todas las Constituciones se encuentran las bases implícitas para que el Estado se ocupe de la atención de la salud. En BIDART CAMPOS, Germán, “El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado”, Fuenzalida Puelma, Hernán L y Scholle Connors, Susan (ed.), Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1989, Págs. 29 - 31.

a) Obligaciones de respetar.- Bajo esta obligación, los Estados deben, por una parte, abstenerse de limitar el acceso igual de todas las personas al conjunto de bienes y servicios de salud y establecer casos excepcionales, sujetos a condiciones específicas y restrictivas de Seguridad Social; y, por la otra, la obligación de subsidiar y/o establecer medidas de protección general para la población, no sólo como prestaciones derivadas del trabajo formal, sino para todos los adultos mayores, las mujeres embarazadas, las personas con necesidades especiales, y demás que se encuentran en cualquier situación que les dificulte obtener los ingresos necesarios para vivir dignamente. En el caso de las y los trabajadores, estas medidas deben cubrir, al menos, la atención médica y el subsidio o jubilación en caso de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, la licencia por maternidad y el servicio de guarderías²⁶.

b) Obligaciones de proteger.- Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros, así como velar por que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud²⁷. También corresponde al Estado, controlar la calidad de equipos médicos y medicamentos, además de asegurar que los profesionales de la salud cuenten con la debida preparación y respeten los estándares deontológicos

c) Obligaciones de cumplir.- La obligación de cumplir o facilitar²⁸ exige que los Estados adopten medidas positivas las cuales permitan a individuos y

²⁶ SANDOVAL TERÁN, Areli, “Manual sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales”, Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal, México, 2004, Págs. 59 y 60.

²⁷ Ibidem, Pág. 66.

²⁸ Bajo la obligación de facilitar, los Estados parte deben reconocer el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales; además, deben desplegar programas y

comunidades disfrutar del derecho a la salud. Según lo expresado en las observaciones generales números 12 y 13 del Comité, la obligación de cumplir incorpora la obligación de proporcionar; la observación número 14 incorpora, además, una obligación de promover²⁹.

d) Medidas adicionales del ejercicio del derecho a la salud

Además de las obligaciones enunciadas, la observación general número 14 del Comité, prevé medidas adicionales para la protección a la salud la cual se ve complementada por el respeto, la facilitación y la promoción de la salud por medio de los siguientes estándares:³⁰

- **Disponibilidad.**- Cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas generales y específicos. La naturaleza precisa de éstos dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

planes específicos para la atención de la salud, así como garantizar a los individuos o grupos que no están en condiciones de ejercer por sí mismos su derecho a la salud, por ejemplo, al no estar incluidos en uno de los sistemas de seguridad social.

²⁹ La obligación de promover el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades de promoción, mantenimiento y restablecimiento de la salud poblacional.

³⁰ BRENA SESMA Ingrid, "El derecho a la salud". Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, México, 2006. Págs. 90-92.

- **Accesibilidad.**- Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud (públicos y de la seguridad social) deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
 - Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/Sida.
 - Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.
 - Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- **Aceptabilidad.**- Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las

comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida; además, deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

- **Calidad.**- Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser aceptables desde el punto de vista cultural y apropiado desde el punto de vista científico y médico, además de ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado; agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas³¹.

Sin embargo, el cumplimiento de las obligaciones del Estado depende de factores políticos económicos, sociales y culturales los cuales no se pueden resolver rápidamente. El desempeño del Estado como organismo rector no significa que se soslaye su responsabilidad en cuanto a la salud de la población la cual comprende tanto la prestación directa de servicios públicos de salud como la supervisión de los servicios sociales y los prestados por particulares.

1.2.5 Derecho a la Seguridad Social

1.2.5.1 La Seguridad Social

La Seguridad Social es un sistema protectivo, cuyo campo de aplicación abarca a toda la población, y su cobertura protectiva está dirigida a todas las necesidades de carácter social, protege al hombre por el hecho de ser tal contra todas sus necesidades y se funda en el visionario principio de proporcionar a la sociedad la mayor suma de felicidad

³¹ Observación general número 14 relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafo 12.

posible. En todo caso, tiende a ser proporcional al hombre, ya no sólo al trabajador, protección ante toda clase de necesidades.³²

De las diversas definiciones sobre Seguridad Social, se destaca la definición que proporciona Carlos Martí, quien sostiene que “La Seguridad Social en cuanto al hombre, es un derecho; en cuanto al Estado, es una política; en cuanto a la ciencia jurídica ya es una disciplina; en cuanto a la sociedad, es un factor de solidaridad; en cuanto a la administración, es un servicio público; en cuanto al desarrollo, un factor integrante de la política general; en cuanto a la economía, un factor de redistribución de la riqueza”.³³

De la definición anterior, se desprende que la Seguridad Social constituye uno de los derechos fundamentales del hombre, por cuanto la dignidad humana exige de la sociedad no permanecer impasible en los casos de infortunio, debiendo corresponder a ésta asumir responsabilidad en el suministro de medios de reparación y subsistencia; por lo que respecta al Estado, como representante de la sociedad, la Seguridad Social le impone un rol protectorio que se traduce en la formación de una política social de atención a las necesidades básicas de las personas como la alimentación, vestido y vivienda; en relación a la ciencia jurídica, la Seguridad Social ha adquirido perfiles propios que la distinguen de otras ramas sociales, además de contar con una metodología para su estudio y divulgación; en cuanto al factor de solidaridad, lo evidente desde el punto de vista económico, es que toda sociedad contribuye a la atención de los estados de necesidad, y desde el punto de vista social, habrá un encuentro entre quienes necesiten y quienes tengan de alguna manera satisfechas sus necesidades; con referencia a su administración, es evidentemente un servicio de carácter público por cuanto el Estado crea organismos autárquicos o descentralizados para la atención de las prestaciones que otorga la Seguridad Social, en cuanto a que

³² CAMPERO V. Iván y ESPADA L. Serapio. “Introducción al estudio de la Seguridad Social”. 2003. 2da edición. La Paz Bolivia. Servicios Gráficos Illimani. Pág. 22.

³³ Citado en CAMPERO V. Iván y ESPADA L. Serapio. Op. Cit. Pág. 23.

constituya un factor integrante de la política general; desde el punto de vista del desarrollo, lo es en efecto, por cuanto el desarrollo se funda esencialmente en la protección de los seres humanos de un país; y finalmente, a que es un factor de distribución de la riqueza, no cabe duda de esta aseveración, por cuanto los recursos destinados a la atención de las necesidades de la sociedad desempeña este rol.

En el mismo sentido que la definición anterior, Javier Huniken señala que “Seguridad Social es un concepto polivalente porque puede aplicarse a distintos tipos de seguridad que el hombre necesita para vivir sin temor, con fe y dignidad”.³⁴

Por su parte, José Manuel Almansa, define que “puede considerarse la Seguridad Social, desde una perspectiva jurídica, como el instrumento estatal específico, protector de necesidades sociales individuales y colectivas, a cuya protección preventiva reparadora y recuperadora, tienen derecho los individuos, en la extensión, límites y condiciones que las normas dispongan, según permite su organización financiera”.³⁵

1.2.5.2 Fines de la Seguridad Social

Los principales fines de la Seguridad Social son la protección de la salud del capital humano a través de medidas preventivas, reparadoras y de rehabilitación, así como la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar, para cuyo objeto se utilizan diversos instrumentos como la asistencia social y el propio Seguro Social, e incluso las antiguas mutualidades; en suma, es el conjunto de ambiciosas medidas destinadas a satisfacer necesidades individuales y colectivas que beneficien al cuerpo social. Por sus alcances y proyecciones, algunos sostienen que se trata más que una aspiración, un ejercicio intelectual o de una entelequia, de la concreción de un hecho del hombre como parte

³⁴ HUNIKEN Javier. (1978). “Curso de Seguridad Social”. Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba.

³⁵ ALMANZA PASTOR, José. (1981). “Derecho de la Seguridad Social”. 3ra edición. Madrid. Edit. Tecnos.

de la sociedad, pero lo cierto es que este escalón superior de protección ha sido aplicado en muchos países del mundo, adecuados a su condición económica y social con resultados muy positivos en sus fines de protección, no obstante su alto costo y las dificultades administrativas que entraña su servicio.

1.2.5.3 Principios de la Seguridad Social

Se reconocen habitualmente cinco principios rectores que constituyen la base sobre la que debe estar institucionalizada:

a) Universalidad

Beveridge introdujo este principio como “comprensividad en la cobertura de las personas”³⁶ y lo consideró un instrumento para abolir la pobreza. La Declaración de Filadelfia de 1944 proclamó que todos los miembros de la comunidad deberían ser cubiertos, de ahí la necesidad de extender las medidas de Seguridad Social para garantizar ingresos básicos a quienes lo necesiten y prestar asistencia médica completa.

- **Universalidad Subjetiva.-** Desde este punto de vista se estima que la Seguridad Social debe cubrir a todas las personas. Este principio parte de la base que no se debe discriminar a causa de edad, raza, nacionalidad, vínculo laboral, o nivel de remuneraciones. Esta premisa no fue contemplada por el Sistema de Seguros Sociales, sino que fue evolucionando con el transcurso del tiempo, desde los más económicamente débiles (Bismarck) hacía una política de protección nacional (Beveridge).
- **Universalidad Objetiva.-** Este principio postula que la Seguridad Social debe cumplir todos los riesgos o contingencias sociales. En términos generales

³⁶ BEVERIDGE, Sir William. (1946), “El seguro social y sus servicios conexos”. México: Editorial Jus. Pág. 55.

constituyen contingencias las que derivan de la enfermedad, la maternidad, la invalidez, la vejez, la muerte, la viudez, la orfandad, los accidentes del trabajo, y las enfermedades profesionales, el desempleo y las cargas familiares. Estos aspectos son considerados "Hechos Causantes" de estados que ameritan protección por parte de la Seguridad Social y se consideran como tales en el Convenio sobre Norma Mínima de Seguridad Social; estos hechos causantes deben cumplir ciertas condiciones previstas y reglamentadas por el Ordenamiento Jurídico para acceder de este modo a los derechos de prestación.

b) Integralidad o suficiencia

Este principio se refiere a la circunstancia de que todas las prestaciones médicas, económicas o familiares-, deben ser suficientes para atender la contingencia social, o sea, se debe resolver el caso social. No vulnera este principio el hecho que los beneficiarios concurren al pago, siempre que ello esté reglamentado y se contemplen excepciones en caso de personas indigentes o impedidas de cotizar.

En lo que dice relación con el monto de las prestaciones ellas deben ser tales que permitan a la persona seguir viviendo en condiciones relativamente similares a las que tenía cuando ocurrió el hecho causante. El fundamento de este principio reside en la justicia distributiva, que obliga a la sociedad a atender a los administrados de acuerdo con sus necesidades, en la medida que ello sea compatible con los recursos, ya que el costo es elevado.

c) Solidaridad

En la concepción de Beveridge, toda la población debe estar afiliada al sistema de Seguridad Social y debe contribuir a su financiamiento para garantizar su sostenimiento; también debe haber solidaridad entre las generaciones y entre sanos y enfermos, todo lo cual tendrá un efecto redistribuidor progresivo.

Según la OIT, en atención al principio de solidaridad todos los trabajadores deben afiliarse y cotizar al sistema general, pero hay grupos con programas separados que se resisten a la integración. En lo económico, el objetivo y efecto general de la Seguridad Social debe ser la redistribución del ingreso de forma horizontal y vertical. En la horizontal, los que están sanos y activos transfieren recursos a los que están enfermos y son pasivos. En la vertical, los grupos de alto ingreso transfieren a grupos de bajo ingreso a través de las cotizaciones (los de mayor ingreso pagan más, aunque puede haber un tope que limita el efecto), las prestaciones (como la atención sanitaria igual donde existe) y los subsidios estatales, especialmente si el sistema tributario general es progresivo³⁷.

d) Unidad

Este principio es tomado en términos generales como unidad administrativa del Estado, pero la idea admite otras concepciones. Usualmente se habla de unidad como unificación orgánica o administrativa, fundamentada en la existencia de un riesgo único. Se ha criticado este fundamento ya que se confunde el riesgo con sus efectos, además cada riesgo requiere un tratamiento particular y especial desde el punto de vista técnico y administrativo, y no admite una visión unitaria de ellos.

³⁷ Oficina Internacional del Trabajo y Asociación Internacional de la Seguridad Social (OIT-AISS). (2001). "Principios de la seguridad social". Ginebra.

Ante esto han emergido otras teorías para resolver el problema de la unidad, como por ejemplo la que postula el unificar los seguros mediante un organismo gestor, pero manteniendo cada seguro su individualidad propia.

e) Subsidiaridad

Este aspecto ha sido fuertemente debatido en doctrina, por estimar que se opone a la ineludible responsabilidad que le cabe al Estado en esta materia. El principio de la subsidiaridad implica que la sociedad toda, o el Estado como organismo jurídico de ella, no debe ejercer facultades que excedan lo que el individuo o los grupos sociales menores puedan hacer por sí mismos.

Ello implica abrirle un amplio campo a la iniciativa privada y parte de la premisa de delimitar la actividad del Estado, constituyéndose en garante de la actividad particular encaminada con ayuda a los más débiles. Señala asimismo que el Estado tiene, en relación a este principio con la Seguridad Social, dos obligaciones:

- Permitir que el individuo y los grupos intermedios, con sus propios medios, hagan frente a sus estados de necesidad.
- Intervenir sólo en caso de que sean incapaces de solucionar por sus propios medios sus necesidades.

Desde luego que estas obligaciones se cumplen sucesiva y no simultáneamente. El aspecto negativo de este principio deriva del hecho que al no tener el Estado el control del sistema, éste puede desinteresarse en sus finalidades y terminar por abrogar los restantes principios orientadores de la Seguridad Social.

1.2.6 La Seguridad Social como derecho

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, en su artículo 22, consagra que: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

Con esta disposición, el derecho a la Seguridad Social adquiere reconocimiento universal y se erige como referencia para su consagración como derecho humano en la legislación interna de los distintos países del mundo.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en lo que respecta a Seguridad Social, se ha fortalecido con la aprobación de un marco normativo internacional por parte de varios organismos supranacionales. Este marco normativo se configura, en la práctica, en una suerte de Derecho Internacional de la Seguridad Social, cuyas fuentes son: los Convenios, Acuerdos, Tratados, (multilaterales y bilaterales) y las Recomendaciones, suscritos por los miembros de la comunidad internacional. Muchos de estos instrumentos pasan a formar parte del derecho interno de cada país, al cumplirse con el requisito de la ratificación.

Entre los instrumentos jurídicos internacionales de mayor significación para Bolivia son: El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales suscrito y ratificado por el Estado boliviano. Este instrumento establece en su artículo 9, que: “Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la Seguridad Social, incluso al Seguro Social”.

Es evidente, en esta norma, la distinción que se establece entre “Seguridad Social” y “Seguro Social”. El Seguro Social es un instrumento, una modalidad o un régimen

previsional integrante de un sistema de protección social de mayor alcance, cobertura y significación: la Seguridad Social. Entre la Seguridad Social y el Seguro Social se da una relación directa de forma y contenido. El Seguro Social, ha sido concebido para garantizar protección en la población ocupada en el sector moderno de la economía; la Seguridad Social, por el contrario, es de vocación universalista.

Otro de los instrumentos internacionales que consagran el derecho a la Seguridad Social es la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la IX Conferencia Internacional Americana de la Organización de Estados Americanos (OEA), celebrada en Bogotá-Colombia, en 1948. En su artículo XVI, reza textualmente, que: “Toda persona tiene derecho a la Seguridad Social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia”.

Bolivia ha asimilado estos preceptos y ha constitucionalizado la Seguridad Social como un derecho fundamental de los bolivianos. Esto está establecido en el Art. 45. I, que señala textualmente: “Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la Seguridad Social”.

1.3 Marco Conceptual

Algunos conceptos relevantes que permiten abordar la presente investigación son los siguientes:

1.3.1 Sindicalismo

Es el sistema doctrinal, político e ideológico que impulsa a los sindicatos a formular aspiraciones que superen lo estrictamente profesional. El sindicalismo es una ideología

que introduce bases para la defensa de intereses de los trabajadores asalariados, subordinados y dependientes. El sindicato es una persona jurídica.³⁸

Cuando los sindicatos han tenido suficiente fuerza y poder como para amenazar el proceso de producción, su acción y sus presiones han permitido mejorar el nivel de vida, no sólo de sus miembros, sino de toda la población. Sin embargo, el éxito de su acción depende de la capacidad del empresario y de la sociedad para hacerse cargo de los costos económicos que permiten cumplir con las exigencias sindicales. Por ejemplo, en los países democráticos los sindicatos han logrado mejoras económicas durante los periodos de expansión económica; sin embargo, durante las recesiones han acudido a los gobiernos para exigir ayudas económicas para los trabajadores, puestos de trabajo y otras demandas. El poder de los sindicatos en los países no democráticos es mucho más limitado.

1.3.2 Sindicato.

Del latín “syndicus”, y este del griego “syndicos”, vocablo compuesto de otros dos: “syn” que significa ‘con’ y “dike” que significa “justicia”, por lo tanto sindicato significa “con justicia”. Se designaba con tal palabra, que ha conservado su sentido primigenio, a la persona encargada de representar los intereses de un grupo de individuos; la voz “sindicó” retuvo, en las lenguas romances, el concepto de “procuración” y “representación”. Por traslación del representante a los representados, surgió el “sindicat” francés, del cual es traducción aceptada “sindicato”. “Sindicó”, significa “el que representa intereses de un grupo de personas que tienen una misma profesión.”³⁹.

³⁸ Machicado, Jorge. Sindicalismo y el sindicato en Bolivia. Edit. UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO XAVIER 2010. Pág. 5.

³⁹ Machicado, Jorge. Ob. Cit. Pág. 6.

El sindicato es la unión libre de personas que ejercen la misma profesión u oficio que se constituyen con carácter permanente con el objeto de defender los intereses de sus integrantes o para mejorar sus condiciones económicas y sociales.

“El ‘sindicato’ es un persona jurídica que tiene por objeto la defensa de los intereses de sus asociados, empleadores o trabajadores, que pertenecen a una misma empresa, profesión u oficio, empresas, profesiones u oficios similares o conexos”⁴⁰.

Sindicato, asociación de trabajadores cuyo fin es mejorar las condiciones económicas y sociales de éstos. El sindicato representa los intereses de sus afiliados, negociando con el empresario los incrementos salariales y las condiciones laborales durante la negociación colectiva. Si no es posible llegar a un acuerdo, el sindicato podrá convocar una huelga o llevar a cabo cualquier otro tipo de acción sindical para presionar al empresario. En algunos países un sindicato es el brazo económico de un movimiento social más amplio, que puede incluir un partido político y una cooperativa (Suecia, por ejemplo, a lo largo de muchos años). En aquellos países donde no existen estos vínculos formales, los sindicatos participan en la vida política, ejerciendo presión para que se promulguen determinadas leyes, o apoyando a algún candidato que defienda los intereses de los trabajadores. Muchos sindicatos también ofrecen servicios de asesoría jurídica para resolver problemas de empleo, seguros y otro tipo de atenciones para los miembros del sindicato y sus familias.

Los sindicatos pueden ser de tres tipos: sindicatos de trabajadores, a los cuales se puede afiliarse cualquier trabajador; sindicatos profesionales, a los que se afilian los trabajadores de determinada profesión, como electricistas, carpinteros, o pintores; y sindicatos industriales, a los cuales se pueden afiliarse los trabajadores de una determinada industria, como los del sector automovilístico o los de la siderurgia. Los funcionarios públicos también pueden sindicarse.

⁴⁰ Ley General del Trabajo de Bolivia, LGT, Art. 99; Decreto Reglamentario de la LGT, Art. 120

1.3.3 Sindicato Agrario

Un Sindicato agrario es una organización productiva y social manejada por la comunidad para regular las relaciones internas y externas (con las autoridades regionales).

El sindicato agrario tiene poco que ver con el sindicato obrero, ya que designa un tipo de asociación tradicional de familias unificadas por obligaciones y derechos en torno a la posición familiar-comunal de tierras y responsabilidades políticas locales.

Se caracteriza por:

- Administrar justicia según los códigos no escritos de la tradición,
- Resolver asuntos de tierras.
- Designación de representantes por turno obligatorio de un año.

En el sindicato agrario las decisiones lo toma su asamblea comunal. Generalmente los sindicatos campesinos se agrupan en Subcentrales, que a veces siguen los límites cantonales. Esas subcentrales a su vez se agrupan en Centrales.

Una mayoría de las Centrales agrupa a las subcentrales de una provincia, pero existen también Centrales Especiales, que no siguen los límites político-geográficos de las provincias. Las Centrales, que actualmente son más de 200 organizadas y activas, se agrupan por Federaciones. Existen 9 Federaciones departamentales, 26 Federaciones Regionales o Especiales, y algunas Nacionales, que todas confluyen en la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia, CSUTCB.

1.3.4 Salud

La salud debe reconocerse como una categoría individual y social, parte integrante del desarrollo dirigido a la creación de condiciones para el bienestar de todos y como resultado de las estrategias y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad, para mejorar y mantener la integridad y las capacidades de las personas y las poblaciones⁴¹.

1.3.5 Derecho a la Seguridad Social

El Derecho de la salud, es un conjunto de libertades y derechos; donde existe la libre determinación de las personas para tomar decisiones sobre su salud, cuerpo, tratamiento si lo requiere, y quedarían incluidas, entre otras, la orientación sexual y genésica; mientras que entre los segundos, el derecho a no padecer injerencias en la intimidad y el derecho a no ser sometido a tratamientos o experimentos médicos sin haber otorgado previamente su consentimiento”⁴².

El Derecho de la Salud está vinculado estrechamente a los demás derechos de naturaleza económica, social y cultural. La inobservancia de cualquiera de ellos redundará en la salud física y mental de los individuos y trascenderá en sus colectividades. La salud de una población es el resultante del grado y la forma mediante los cuales, ésta puede ejercer sus derechos en su conjunto.

⁴¹ RODRÍGUEZ DE ARIZMENDI, G. “Derecho Constitucional a la Protección a la Salud. Responsabilidades ciudadanas y responsabilidades de la sociedad frente al Derecho a la Protección de la Salud”. México DF: Edit Porrúa; 1983. Pág. 154.

⁴² BENA SESMA Ingrid. (2009) “El Derecho a la Salud”. En: “Derechos de los mexicanos. Introducción al Derecho Demográfico”. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica N° 462. Universidad Autónoma de México. Pág. 83.

1.3.6 El seguro a corto plazo

La Seguridad Social de corto plazo, se refiere a los servicios estrictamente de salud ofrecidos por las cajas de salud. En este caso, los empleadores de los trabajadores realizan pagos correspondientes al 10 por ciento del salario del trabajador que cubre a su familia incluyendo a hijos hasta los 25 años de edad. Los empleadores seleccionan la caja de salud al cual afilian a sus trabajadores y familias. Los beneficiarios acceden a las redes de proveedores de servicios de salud que cada caja ofrece. Las cajas financian a sus proveedores con presupuestos históricos.

La Seguridad Social de corto plazo también acoge a los jubilados. Su cobertura se financia mediante el pago de un tres por ciento de su renta pensionista a la caja de salud de la cual era beneficiario era trabajador activo. La población en general también puede acceder al aseguramiento de las cajas de salud mediante la compra de seguros de salud con el pago de primas.

El Seguro Social de corto plazo incluye 6 cajas de salud públicas (Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, Caja Bancaria Estatal de Salud, Caja de Salud de Caminos, Caja de Salud de CORDES y Caja Ferroviaria), la Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) y ocho Seguros Universitarios. Cada caja tiene su propia red de proveedores de los cuales compra los servicios a sus beneficiarios.

El 15 de abril de 1987 se promulgó la Ley Financial No. 0924, que en su artículo tercero replantea los esquemas de Seguridad Social dejándole a las cajas de salud la administración de los seguros a corto plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y a los Fondos Complementarios la administración de las prestaciones a largo plazo (invalidez, vejez y muerte).

1.3.7 Exclusión de la salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha definido la exclusión social en salud como la falta de acceso de grupos y personas de la sociedad a diversos bienes, servicios y oportunidades que otros miembros de la comunidad disfrutaran. En este contexto la extensión de la protección social en salud es una poderosa herramienta de política pública destinada principalmente a combatir la exclusión en salud y constituye la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que las personas puedan satisfacer sus necesidades de salud mediante el adecuado acceso a los bienes, servicios y oportunidades del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo⁴³.

En los últimos años, la población no protegida por el sistema de Seguridad Social de corto plazo⁴⁴ en países latinoamericanos se ha incrementado considerablemente, generando un proceso de creciente exclusión en el acceso al sistema de salud que se basa en la relación obrero-patronal formal que redundará en un incremento en la carga de atención en salud del sector público.

Las condiciones de vida de la población boliviana en las áreas rurales con relación a la urbana han empeorado en los últimos 15 años y son cada vez más inequitativas, las fuentes de ingreso son menores y sobre todo el acceso a servicios de salud es bajo, lo que se refleja en las altas tasas de mortalidad materna e infantil. En este contexto, las poblaciones indígenas, especialmente las mujeres, son ciertamente, las más excluidas del desarrollo del país, y las que cuentan con los índices más altos de pobreza.

⁴³ OPS/OMS. Resolución CSP26.19 “Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo”. Washington DC., Septiembre 2002.

⁴⁴ Denominado de esta manera en Bolivia y está referido al sistema de aseguramiento de salud que tiene como principales proveedores a las Cajas de Salud, en tanto que el seguro social de largo plazo se refiere a los beneficios sociales por jubilación y rentas de vejez.

La incidencia de exclusión en salud a nivel nacional alcanza a 77%, y supera el 94% en el área rural. La exclusión en Bolivia se entiende como la imposibilidad de un individuo de acceder a atención en salud de manera adecuada en uno o más de los subsistemas: Seguridad Social, servicios públicos y privados. Las causas de la exclusión son múltiples y pueden ser exógenas o endógenas al sistema de salud. La dimensión externa es responsable del 60% de la exclusión en salud, donde el analfabetismo de las mujeres es la variable más importante, seguida de la barrera económica financiera asociadas al fenómeno de pobreza y la ruralidad asociada a barreras geográficas que impiden el fácil acceso de la población a los servicios. El origen étnico es un elemento que genera discriminación y exclusión y muchas veces se expresa en la demanda contenida por razones culturales⁴⁵.

1.4 Marco jurídico positivo vigente aplicable

El marco jurídico del tema de investigación, está conformado por normas internacionales como nacionales:

1.4.1 Marco normativo internacional

La jurisprudencia internacional, se ocupa de proteger el derecho a la salud mediante convenciones, pactos y tratados, que se refieren al conjunto de los derechos fundamentales.

a) Constitución de la Organización Mundial de la Salud

El derecho a la protección de la salud tiene como antecedente la constitución de la Organización Mundial de la Salud, evento en el que se manifestó que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de

⁴⁵ Ministerio de Salud y Deportes “Situación de salud, Bolivia 2004”. Serie: Documentos de Divulgación Científica, La Paz, enero 2006. Pág. 156.

todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”⁴⁶.

b) Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)

Art. 22.- Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

c) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Art. 9.- Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la Seguridad Social, incluso al seguro social.

Art. 12.-

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a. La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

⁴⁶ OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946.

- d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La Observación General 14⁴⁷, del Comité de Derechos Económicos y Sociales, alude directamente a la calidad de servicios, señalando que ésta se refiere a la oportunidad, eficiencia, eficacia, continuidad del servicio público de salud en establecimientos bien dotados y con un excelente mantenimiento, protocolos, y guías estructuradas por equipos interdisciplinarios.

d) Declaración de Alma-Ata de (1978)

I.- La Conferencia reitera firmemente que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

IV.- El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

e) Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en (1998).

III.- Renovamos nuestro compromiso de fortalecer, adaptar y reformar, según proceda, nuestros sistemas de salud, en particular las funciones y los servicios esenciales de salud pública, a fin de asegurar el acceso de todos a unos servicios

⁴⁷ Observación general 14° del Comité de Derechos Económicos y Sociales: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

de salud que se basen en los conocimientos científicos, sean de buena calidad y estén dentro de unos límites asequibles, y que sean sostenibles en el futuro. Tenemos el propósito de asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de salud definidos en la Declaración de Alma-Ata y desarrollados en la nueva política. Seguiremos desarrollando sistemas de salud para responder a la situación sanitaria actual y previsible, a las circunstancias socioeconómicas y a las necesidades de las personas, las comunidades y los países afectados, mediante acciones e inversiones públicas y privadas adecuadamente gestionadas en pro de la salud.

1.4.2 Marco normativo interno

a) Constitución Política del Estado

Art. 18.-

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

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

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Art. 35.

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

II.- El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Art. 36.

I.- El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II.- El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y lo regulará mediante la ley

Art. 37.

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de salud y la prevención de las enfermedades

Art. 38.

I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.

II. Los servicios de salud serán prestados en forma ininterrumpida.

Art. 39.

I. El Estado garantizará el servicio de salud pública y reconoce el servicio de salud privada, regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento de acuerdo con la ley.

II. La Ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Art. 40. El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Art. 41. I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.

II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.

III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Art. 42. I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Art. 43. La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Art. 44. I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.

II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

Art. 45. I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.

V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.

VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

b) Código de Seguridad Social

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

Art. 169.- La Caja Nacional de Seguridad Social es una institución de derecho público y tiene personería jurídica y autonomía de gestión, dentro de los límites previstos en los artículos anteriores. La Caja está liberada del pago de todo impuesto nacional, departamental y municipal, creado y por crearse, papel sellado y timbres y gozará de franquicias postales y telegráficas así como de exoneración de derechos aduaneros y de otros gravámenes fiscales, departamentales, municipales, universitarios y de cualquier otra naturaleza en la importación de todos los materiales aparatos, instrumentos, medicamentos y otros elementos necesarios.

La Caja tendrá las mismas franquicias y rebajas acordadas en favor del Estado para el pago de fletes en las empresas de transporte particulares y estatales.

Los funcionarios y empleados de la Caja que viajen en comisión de servicio, gozarán de iguales franquicias que los funcionarios empleados públicos.

1.4.3 Legislación comparada

1.4.3.1 Colombia

La Constitución Política de la República de Colombia de 1991, que ha sido Actualizada mediante el Decreto 2576 del 27 de Julio de 2005, señala en su Capítulo II - **De los derechos sociales, económicos y culturales**, en su Art. 48. Que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Además, se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. Siendo el Estado, con la participación de los particulares, quien ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

Complementado en el Art. 49. Que señala que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Este corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

La constitución de la República de Colombia en el ámbito de la Seguridad Social se complementa con la Ley 100 de 1993, **Del sistema de Seguridad Social integral**, que en su título preliminar, del Sistema de Seguridad Social Integral y Capítulo I de Principios Generales, Art. 1o. manifiesta que el Sistema de Seguridad Social Integral. tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

1.4.3.2 Perú

La normativa vigente en la República del Perú, a través de la Constitución Política del Perú de 1993, en su Capítulo II De los Derechos Sociales y Económicos, a través de su Art. 7.- referido al Derecho a la salud, expresa que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

En su Art. 9 indica que la Política Nacional de Salud El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

El Art. 10 señala que respecto al Derecho a la Seguridad Social, el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la Seguridad Social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

El Perú cuenta de manera complementaria con la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790, que expresa a partir de su Art. 1 de sus Principios, que la Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud.

Precisando que es el Estado quien promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza.

Su Art. 2 referido al Seguro Social de Salud, manifiesta que el Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social -IPSS- y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

1.4.3.3 Venezuela

En el caso de la República Bolivariana de Venezuela, su Constitución en vigencia del 9 de febrero de 2007, aprobada a través de la Asamblea Nacional Constituyente, señala en su Art. 83 que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Además el Art. 84 indica que para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de Seguridad Social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

El Art. 86 apunta que toda persona tiene derecho a la Seguridad Social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de Seguridad Social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será

motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la Seguridad Social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la Seguridad Social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la Seguridad Social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de Seguridad Social será regulado por una ley orgánica especial.

La República Bolivariana de Venezuela a través de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, de fecha 30 de diciembre de 2002, en su Título I de las Disposiciones Generales, de los Fines de la Seguridad Social, en su Art. 2, dice que es el Estado, por medio del Sistema de Seguridad Social, quien garantiza a las personas comprendidas en el campo de aplicación de esta Ley, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que se contemplan en la misma.

En su Relación jurídica regulada, el Art. 3 expresa que la presente Ley rige las relaciones jurídicas entre las personas y los órganos y entes del Sistema de Seguridad Social por el acaecimiento de las contingencias objeto de protección por dicho Sistema, a los fines de promover el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y su bienestar, como elemento fundamental de política social.

En el Ámbito de Aplicación, el Art. 4, señala que la Seguridad Social es un derecho humano y social fundamental e irrenunciable, garantizado por el Estado a todos los venezolanos residentes en el territorio de la República, y a los extranjeros residenciados legalmente en él, independientemente de su capacidad contributiva, condición social, actividad laboral, medio de desenvolvimiento, salarios, ingresos y renta, conforme al principio de progresividad y a los términos establecidos en la Constitución de la República y en las diferentes leyes nacionales, tratados, pactos y convenciones suscritos y ratificados por Venezuela.

CAPÍTULO II

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Diagnóstico del Sistema de Seguridad Social

2.1.1 La Seguridad Social de corto plazo

El Seguro Social de corto plazo, cumple la función de atender la gestión del Seguro Social estrictamente en la atención en salud, dentro de ellos se tienen:

- **Seguro de Enfermedad**

Este seguro está destinado a cubrir contingencias inmediatas de la vida cotidiana, como ser enfermedades y accidentes comunes, entendiéndose como tales a toda patología y lesión que no guarda relación con la actividad laboral, ni con las condiciones de trabajo.

- **Seguro de Maternidad**

Es un derecho que tiene la mujer trabajadora, la esposa o conviviente del asegurado activo o rentista, a recibir servicios médicos quirúrgicos de consulta externa y hospitalización para la gestante, desde la constatación del embarazo, hasta 6 semanas después del parto, junto a los beneficios que contemplan las asignaciones familiares y la atención correspondiente del niño.

La trabajadora gestante, goza además, del subsidio de incapacidad temporal equivalente al 90% de su salario cotizante mensual (D.S. 20991), 45 días antes y después del parto, y de incapacidad temporal de pre y post natal.

- **Asignaciones Familiares**

Son beneficios sociales que se consignan para mejorar la calidad de vida del trabajador y su familia de acuerdo a las modificaciones introducidas por el D.S. N° 21637 de 25 de junio de 1987, en el Art. 25; reglamentado por el entonces Instituto Boliviano de Seguridad Social en marzo de 1991 establece los subsidios:

- Prenatal
- Natalidad
- Lactancia
- Sepelio

- **Seguros de Riesgos Profesionales**

Están destinados a cubrir las contingencias inmediatas del trabajo o bien atender las consecuencias del mismo. Estas contingencias están identificadas como:

- Enfermedades profesionales
- Accidentes de trabajo y además, como un componente de este último, los accidentes en trayecto.

- **Seguro Social Voluntario**

Este seguro promulgado mediante D.S. 22407 de 11 de enero de 1990, está referido a la incorporación voluntaria a los Seguros a Corto Plazo, destinado a la protección de las personas y sus grupos familiares, respectivos, que no hubieran estado comprendidos en el marco del Seguro Obligatorio. Un requisito fundamental para acceder a este seguro, tiene que ver con la no existencia de una relación obrero-patronal, es decir, la relación laboral, tendría que ser considerada libre, bajo la modalidad de trabajador por cuenta propia.

- **Seguro de Vejez (D.S. 24448) del 24 de mayo de 1996**

Este Decreto permite brindar asistencia médica obligatoria y gratuita a las personas mayores de 65 años; establece que las prestaciones en especie destinadas a estas personas.

El D.S. aludido crea y reglamenta el Seguro Nacional de Vejez, en cuya gestión participa el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Desarrollo Humano, la Secretaría Nacional de Salud (hoy Ministerio de Salud) y la CNS.

Este Decreto permite brindar atención médica y gratuita a las personas mayores de 65 años y que habitan en la jurisdicción, para lo cual la CNS los afiliará a través de los Gobiernos Municipales.

- **Seguro Básico de Salud**

Se trata de un Seguro de Salud con visión más integral y holística de la salud de los ciudadanos bolivianos, reformula a través del D.S. 25265 del 31 de diciembre de 1998, sobre los alcances de los Decretos del Seguro de Maternidad y Niñez y de Vejez, respectivamente. Sus alcances llegan a proteger a la madre y al niño menor de 5 años y a todas las personas mayores de 65 años.

2.1.2 Cobertura

La Caja Nacional de Salud atiende al 86.5% de la cobertura que se atiende en el Sistema de Seguridad Social; el soporte financiero procede del aporte del 10% de cotizaciones patronales sobre el ingreso promedio mensual de cada uno de sus trabajadores.

En los siguientes cuadros se puede observa la cantidad de asegurados por departamento, así como el número de asegurados y beneficiarios en el periodo comprendido entre 2005 – 2009.

CUADRO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE ASEGURADOS A LA CAJA NACIONAL DE SALUD,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2009.

Departamento	Asegurados
Pando	11598
Beni	84018
La Paz	951109
Cochabamba	396601
Santa Cruz	404449
Oruro	211978
Sucre	122147
Potosí	263230
Tarija	90901
Total	2536031

Fuente: Anuario Estadístico, 2009. Sección Nacional de Estadística. CNS.

CUADRO N° 2
POBLACIÓN PROTEGIDA POR DERECHO PROPIO Y BENEFICIARIOS
PERIODO: 2005 - 2009

Años	2005	2006	2007	2009	2009
Total población protegida	2.158.103	2.298.937	2.485.560	2.509.632	2.536.031
Asegurados	748.676	805.034	868.165	866.999	873.477
Beneficiarios	1.409.427	1.493.903	1.617.395	1.642.633	1.662.554
Cotizantes	440.792	473.822	522.613	533.787	540.980
Beneficiarios	1.235.447	1.326.728	1.463.321	1.494.605	1.514.691
Rentistas	120.415	116.044	110.859	108.647	108.647
Beneficiarios	171.718	165.532	152.811	147.142	147.142
Listas pasivas y otros	10.840	9.970	8.861	7.825	7.049
Beneficiarios	2.262	1.643	1.263	886	721
Seguro médico gratuito de vejez	176.629	205.198	225.832	216.740	216.801

Fuente: Anuario Estadístico, 2009. Sección Nacional de Estadística. CNS.

2.1.3 Recursos humanos y físicos

La Caja Nacional de Salud, cuenta en la actualidad con los siguientes recursos humanos y físicos a nivel nacional:

CUADRO N° 3
RECURSOS HUMANOS

Médicos	3.246
Para-Médicos	4.076
Administrativos Centros	1.444
Administrativos Regional	1.504
Servicio de Mantenimiento	1.559

Fuente: Anuario Estadístico, 2009. Sección Nacional de Estadística. CNS.

CUADRO N° 4
RECURSOS FÍSICOS

Hospitales	29
Policlínicos	43
Puestos Médicos	86
Equipo de Transporte	263

Fuente: Anuario Estadístico, 2009. Sección Nacional de Estadística. CNS.

CUADRO N° 5
RESUMEN NACIONAL DE CAMAS POR ADMINISTRACIONES
REGIONALES, AGENCIAS DISTRITALES Y ESPECIALIDAD
GESTIÓN 2009

	LPZ	CBBA	SCZ	OR	POT	SCR	TJA	TRD	COB
Medicina general	135	80	215	14	17	56	64	25	5
Cirugía general	161	51	106	36	21	21	31	11	2
Cirugía quemados	22	-	-	-	-	-	-	-	-
Pediatría	160	42	67	31	32	28	28	10	3
Ginecología	34	15	23	10	8	9	12	3	1
Obstetricia	86	25	28	15	18	15	13	8	1
Geriatría	27	-	-	-	-	-	-	-	-
Traumatología	64	-	4	23	12	17	4	3	1
Oftalmología	15	-	-	2	1	-	-	-	-
Otorrinolaring	25	-	-	2	1	-	-	1	-
Urología	48	-	4	6	2	-	3	1	-
Neurología	58	30	3	22	5	-	4	-	-
Cardiología	24	-	-	5	6	-	4	-	-
Oncología	30	21	5	-	-	-	-	-	-
Psiquiatría	47	-	4	-	-	-	-	-	-
Neumología	37	17	8	5	14	-	5	-	-
Gastroenterolog.	2	-	-	5	9	-	-	-	-
Nefrología	-	-	-	3	4	5	3	1	-
Hematología	18	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	993	281	467	179	150	151	171	63	13

Fuente: Anuario Estadístico, 2009. Sección Nacional de Estadística. CNS.

2.2 Resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz respecto a la ampliación del seguro social

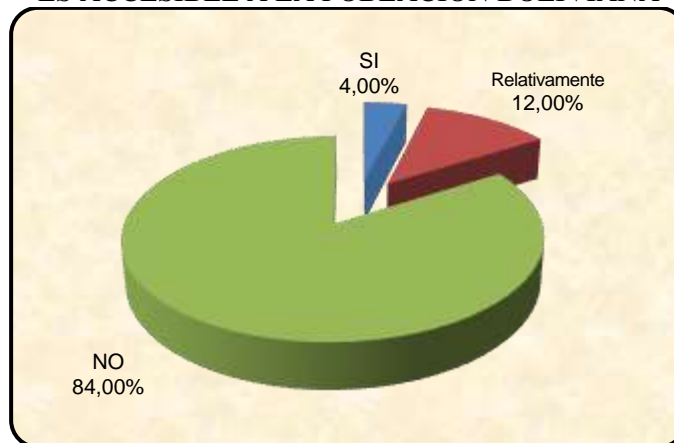
2.2.1 El actual sistema de Seguridad Social es accesible a toda la población boliviana

CUADRO N° 6
EL ACTUAL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
ES ACCESIBLE A LA POBLACIÓN BOLIVIANA

	Frecuencia	Porcentaje %
SI	1	4,00
Relativamente	3	12,00
NO	21	84,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 1
EL ACTUAL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
ES ACCESIBLE A LA POBLACIÓN BOLIVIANA



Se consultó a los dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz respecto a que si el actual sistema de Seguridad Social es accesible a toda la población boliviana, dando a conocer un mayoritario 84% una respuesta negativa, seguido de un 12% que expresa que sólo de manera relativa la población tiene acceso a la Seguridad Social, el restante 4% ha dado a conocer una respuesta afirmativa.

Estas respuestas muestra que, desde la perspectiva de los dirigentes de los trabajadores campesinos sindicalizados, la Seguridad Social, no está al alcance de la mayoría de la población, situación que los coloca en una situación de dejadez a los trabajadores campesinos que no cuentan con Seguridad Social, ni atención de salud en sus respectivas comunidades.

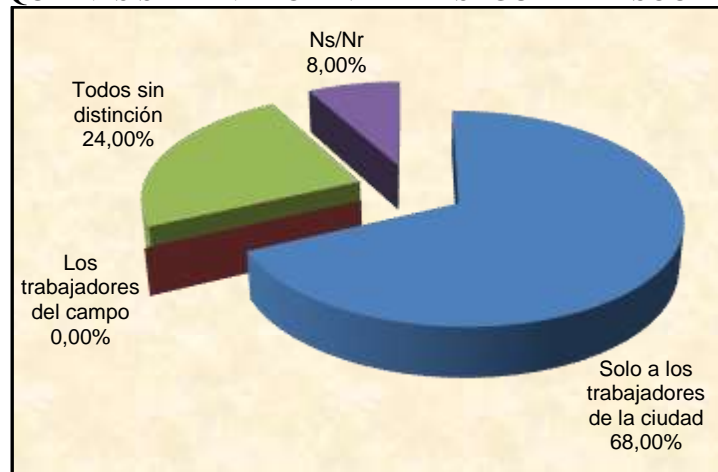
2.2.2 Principalmente quienes se benefician de la Seguridad Social

CUADRO N° 7
QUIENES SE BENEFICIAN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje %
Solo a los trabajadores de la ciudad	17	68,00
Los trabajadores del campo	0	0,00
Todos sin distinción	6	24,00
Ns/Nr	2	8,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 2
QUIENES SE BENEFICIAN DE LA SEGURIDAD SOCIAL



A la pregunta, de quiénes se benefician del servicio de Seguridad Social, los dirigentes de los sindicatos agrarios, expresan en un importante 68% que el beneficio es para los trabajadores de la ciudad, seguido de un 24% que manifiesta que el seguro beneficia a

todos sin distinción, en tanto que el 8% no dio respuesta a la interrogante, para ningún dirigente, la Seguridad Social beneficia a los trabajadores campesinos.

Estas respuestas ratifican que el seguro social, que de acuerdo a las normas y leyes vigentes es de carácter universal, no llega a los sectores campesinos, generando un criterio que el Seguro Social llega de manera exclusiva a los trabajadores de los sectores urbanos, sin que las autoridades se planteen la necesidad y urgencia de que se pueda universalizar el servicio de Seguridad Social.

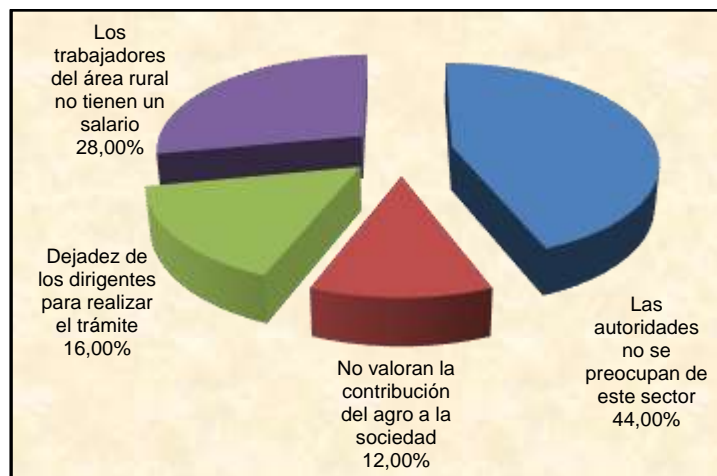
2.2.3 Por qué los trabajadores campesinos sindicalizados son marginados del sistema de Seguridad Social

CUADRO N° 8
POR QUÉ LOS TRABAJADORES CAMPESINOS
SON MARGINADOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje %
Las autoridades no se preocupan de este sector	11	44,00
No valoran la contribución del agro a la sociedad	3	12,00
Dejades de los dirigentes para realizar el trámite	4	16,00
Los campesinos no tienen un salario	7	28,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 3
POR QUÉ LOS TRABAJADORES CAMPESINOS
SON MARGINADOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL



Respecto a, por qué consideran que los trabajadores campesinos sindicalizados son marginados del sistema de Seguridad Social, el 44% señala que las autoridades no se preocupan de este sector, para un 28% los trabajadores campesinos no tienen un salario mediante el cual se descuenta los aportes, un 16% manifiesta que es por la dejades de los dirigentes para realizar el trámite de Seguridad Social, y el restante 12% exterioriza que los gobernantes no valoran la contribución del agro a la sociedad.

Estas respuestas confirman la visión que tienen los dirigentes campesinos, que existe desinterés por parte del gobierno para que los trabajadores del agro puedan acceder a la Seguridad Social por lo menos en el área de salud, porque además estas autoridades no toman en cuenta las características del trabajador rural y su situación de necesidad, ante la carencia de servicio básicos, educación y salud.

2.2.4 A quien acuden en caso de enfermedad de algún miembro de la familia

CUADRO N° 9
A QUIEN ACUDEN EN CASO DE ENFERMEDAD

	Frecuencia	Porcentaje %
Al hospital o Centro de salud más cercano	2	8,00
A la medicina tradicional (curandero o yatiri)	17	68,00
Se trata sólo con medicamentos caseros	4	16,00
Se automédica adquiriendo remedios en la ciudad	2	8,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 4
A QUIEN ACUDEN EN CASO DE ENFERMEDAD



Los trabajadores del campo según sus dirigentes en caso de enfermedad en un importante 68% manifiesta que recurren a la medicina tradicional en algunas comunidades cuentan con un yatiri o curandero, el 16% señala que sus males se tratan con remedios caseros, el 8% expresa que se automédica adquiriendo medicamentos en la ciudad y el mismo porcentaje 8% expresa que acude al hospital o centro de salud más cercano.

El problema de salud en el área rural es que los servicios de salud y Seguridad Social no abarcan o toman en cuenta a este importante sector productivo y es donde se muestra

los mayores índices de mortalidad por falta de atención oportuna, situación que debe ser tomada en cuenta por las autoridades.

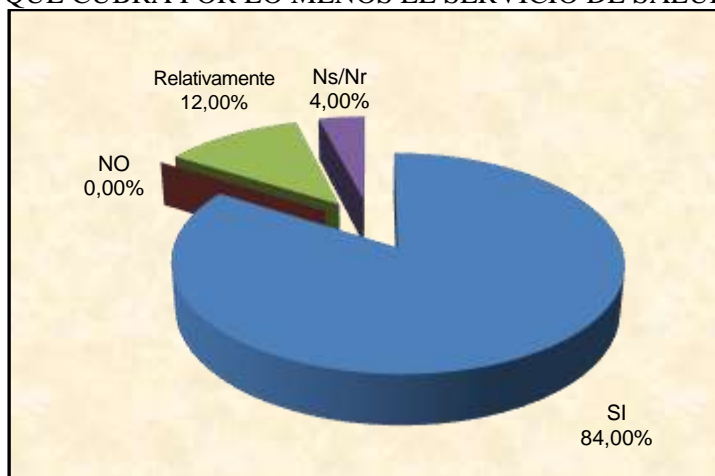
2.2.5 A los campesinos les gustaría ser parte de la Seguridad Social, que cubra por lo menos el servicio de salud

CUADRO N° 10
A LOS CAMPESINOS LES GUSTARÍA SER PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL,
QUE CUBRA POR LO MENOS EL SERVICIO DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje %
SI	21	84,00
NO	0	0,00
Relativamente	3	12,00
Ns/Nr	1	4,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 5
A LOS CAMPESINOS LES GUSTARÍA SER PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL,
QUE CUBRA POR LO MENOS EL SERVICIO DE SALUD



Consultados si a los campesinos les gustaría ser parte de la Seguridad Social, que atienda mínimamente el servicio de salud, estos han manifestado en un importante 84% una respuesta afirmativa, concierta duda el 12% señala que sólo de manera relativa, un

4% no dio respuesta a la pregunta y ninguno de los encuestados dio a conocer una respuesta negativa.

Los resultados de la investigación muestra que a los trabajadores campesinos sindicalizados, si les gustaría ser parte de la Seguridad Social, que atienda a los trabajadores y sus familias quienes presentan problemas de salud y deben recurrir solo a la medicina natural y tradicional, ya que no cuentan con hospitales, centros de salud o mínimamente postas sanitarias.

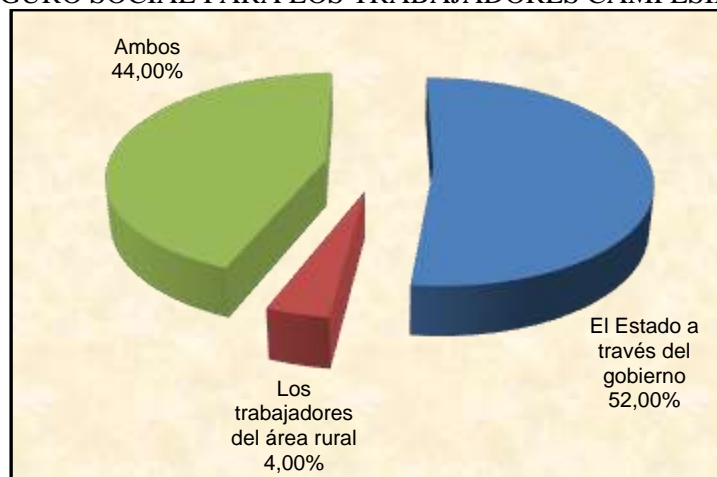
2.2.6 Según Ud., ¿Quién debería hacerse cargo de los costos del Seguro Social para los trabajadores campesinos?

CUADRO N° 11
 QUIÉN DEBERÍA HACERSE CARGO DE LOS COSTOS DEL
 SEGURO SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES CAMPESINOS

	Frecuencia	Porcentaje %
El Estado a través del gobierno	13	52,00
Los trabajadores campesinos	1	4,00
Ambos	11	44,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 6
 QUIÉN DEBERÍA HACERSE CARGO DE LOS COSTOS DEL
 SEGURO SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES CAMPESINOS



Respecto a quien debería asumir los costos que implica la Seguridad Social de los trabajadores campesinos, una mayoría manifiesta que debe ser el Estado a través del gobierno, un importante 44% indica que tanto los trabajadores campesinos sindicalizados como el Estado de manera conjunta se deben hacer cargo de los costos, sólo un reducido 4% ha exteriorizado que de manera exclusiva son los campesinos quienes deben correr con estos aportes.

Estos resultados que se observan en el cuadro y gráfico precedente muestran, que los dirigentes de los trabajadores del agro, consideran en su mayoría que el Estado debe pagar los costos de la Seguridad Social ya que le mismo se constituye en un derecho, además de ponderar que su trabajo va en beneficio de la población ya que sus productos son de beneficio alimenticio, un porcentaje importante expresa que ambos sectores tanto el estado como los trabajadores deben aportar y de esta manera exigir un servicio de calidad, con deberes pero ante todo derechos establecidos en la Constitución como es la salud.

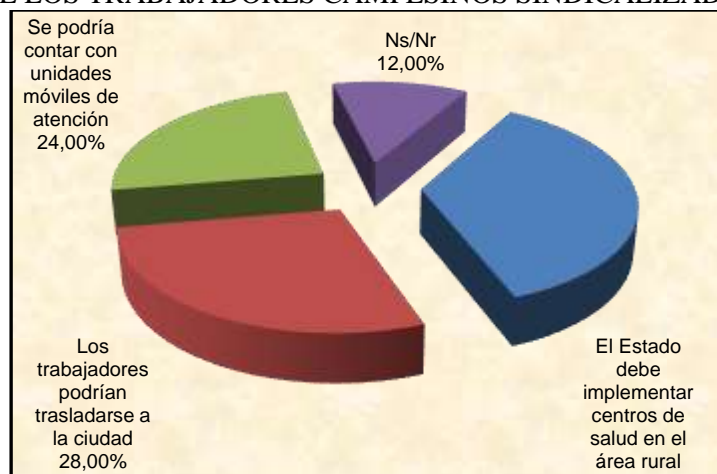
2.2.7 Cómo la Seguridad Social podría estar al alcance de los trabajadores campesinos sindicalizados

CUADRO N° 12
LA SEGURIDAD SOCIAL PODRÍA ESTAR AL ALCANCE
DE LOS TRABAJADORES CAMPESINOS SINDICALIZADOS

	Frecuencia	Porcentaje %
El Estado debe implementar centros de salud en el área rural	9	36,00
Los trabajadores podrían trasladarse a la ciudad	7	28,00
Se podría contar con unidades móviles de atención	6	24,00
Ns/Nr	3	12,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 7
LA SEGURIDAD SOCIAL PODRÍA ESTAR AL ALCANCE
DE LOS TRABAJADORES CAMPESINOS SINDICALIZADOS



A la pregunta realizada a los dirigentes de, cómo la Seguridad Social podría estar al alcance de los trabajadores campesinos sindicalizados, un importante 36% señala que el Estado debe implementar centros de salud en el área rural, según el 28% los trabajadores podrían trasladarse a la ciudad, en tanto que para el 24% se podría contar con unidades móviles de atención, un 12% no dieron respuesta a la pregunta.

Los resultados que se muestran permite conocer que los campesinos no cuentan con un servicio permanente de atención médica, y los dirigentes campesinos plantean distintas opciones para ser atendidos cuando tienen problemas de salud, pero las autoridades no dan alternativas a esta problemática dejando que el problema de la Seguridad Social y en particular la salud no llegue a todos los habitantes siendo los trabajadores del campo los más excluidos de este servicio.

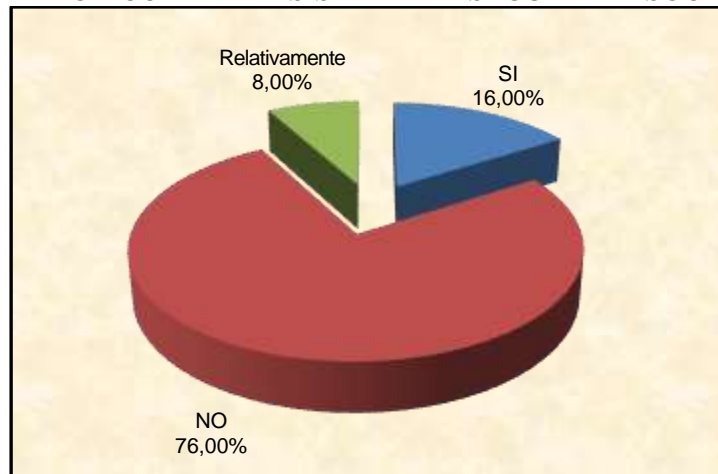
2.2.8 Las leyes en actual vigencia permite que los trabajadores del campo pueden acceder al sistema de Seguridad Social

CUADRO N° 13
LAS LEYES EN ACTUAL VIGENCIA PERMITE A LOS TRABAJADORES DEL CAMPO ACCEDER AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje %
SI	4	16,00
NO	19	76,00
Relativamente	2	8,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 8
LAS LEYES EN ACTUAL VIGENCIA PERMITE A LOS TRABAJADORES DEL CAMPO ACCEDER AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL



Respecto a que si las leyes en actual vigencia permite que los trabajadores del campo pueden acceder al sistema de Seguridad Social, según opinión vertida por los dirigentes el 76% dio a conocer una respuesta negativa, de acuerdo a versión del 16% las leyes en vigencia permite acceder a la Seguridad Social, y un 8% ha indicado que la normativa legal es relativa respecto a este derecho.

Las leyes y en particular la Constitución Política del Estado Plurinacional en su Artículo 18. Punto I. señala que todas las personas tienen derecho a la salud. Seguido

en su acápite siguiente de que: II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, y el III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. Estas normas constitucionales no guarda relación con lo enunciado por el Código de Seguridad Social que exterioriza que los trabajadores para acceder a los servicios sociales entre ellos la salud deben aportar a través de descuentos en su papeleta de pago, sin tomar en cuenta que no solo los trabajadores agrarios sino grandes sectores no tienen una relación obrero – patronal, y no acceden a los servicios de la Seguridad Social, aspecto que debe ser encarado por las autoridades para dar cumplimiento al mandato constitucional.

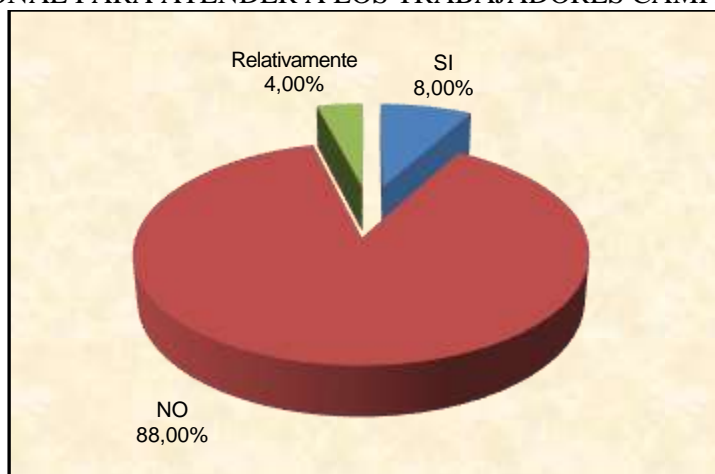
2.2.9 El Sistema de Seguridad Social cuenta con la infraestructura y personal necesario para atender a los trabajadores campesinos sindicalizados

CUADRO N° 14
EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA Y PERSONAL PARA ATENDER A LOS TRABAJADORES CAMPESINOS

	Frecuencia	Porcentaje %
SI	2	8,00
NO	22	88,00
Relativamente	1	4,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 9
EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA Y
PERSONAL PARA ATENDER A LOS TRABAJADORES CAMPESINOS



Consultados si el Sistema de Seguridad Social cuenta con la infraestructura y personal necesario para atender a los trabajadores del agro, el 88% considera que No, el 8% indica que el sistema de salud de Seguridad Social si cuenta con estas instalaciones y el restante 4% manifiesta que estas condiciones las cumple solo de manera relativa.

De parte de los dirigentes de los trabajadores del campo, existe el conocimiento de los problemas que tienen la Seguridad Social respecto a los servicios de salud, situación que también afecta o influye cuando los trabajadores sindicalizados del agro buscan afiliarse y situación que debe ser enfrentada por las autoridades para mejorar las condiciones de atención de sus actuales afiliados y poder ampliar su universo para que como manda la constitución todos los habitantes tengan acceso a la salud.

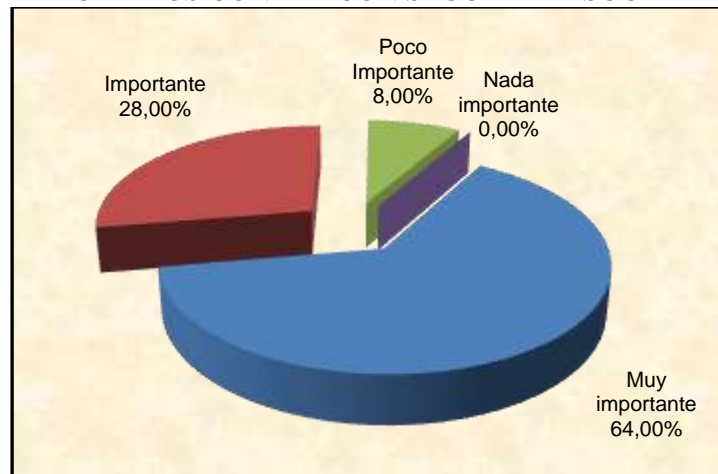
2.2.10 Importancia para los trabajadores afiliados a los sindicatos agrarios contar con Seguridad Social

CUADRO N° 15
IMPORTANCIA PARA LOS TRABAJADORES DE LOS SINDICATOS
AGRARIOS CONTAR CON SEGURIDAD SOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje %
Muy importante	16	64,00
Importante	7	28,00
Poco Importante	2	8,00
Nada importante	0	0,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 10
IMPORTANCIA PARA LOS TRABAJADORES DE LOS SINDICATOS
AGRARIOS CONTAR CON SEGURIDAD SOCIAL



Según los trabajadores de los sindicatos agrarios; un significativo 64% señala que contar con Seguridad Social es muy importante, seguido del 28% que califica de importante, el restante 8% señala que la Seguridad Social es poco importante para los trabajadores del campo.

Estas respuestas muestra que para el sector agrícola es muy importante contar con el acceso oportuno a los servicios que brinda la Seguridad Social, esta importancia desde

el punto de vista de los dirigentes es que sus afiliados cuando sufren de alguna enfermedad no cuentan con ningún apoyo, por lo cual para el trabajador del campo se constituye en vital contar con el servicio de Seguridad Social, tanto en lo referente a salud como jubilación.

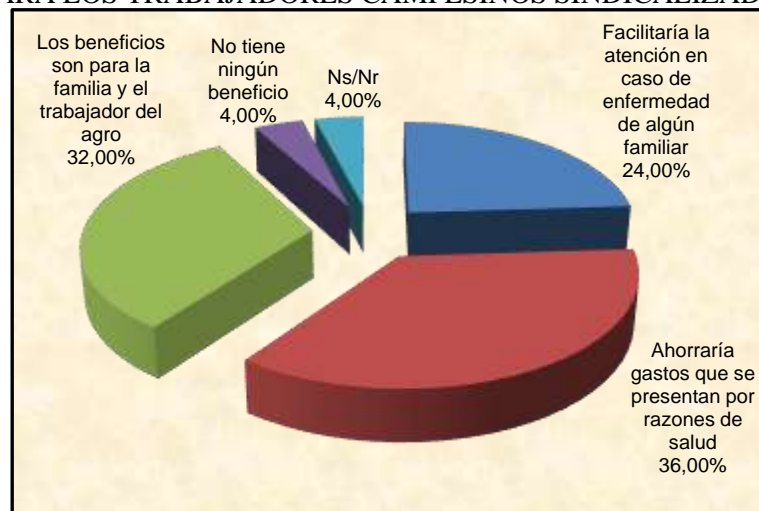
2.2.11 Beneficios de contar con Seguridad Social para los trabajadores Campesinos sindicalizados

CUADRO N° 16
BENEFICIOS DE CONTAR CON SEGURIDAD SOCIAL
PARA LOS TRABAJADORES CAMPESINOS SINDICALIZADOS

	Frecuencia	Porcentaje %
Facilitaría la atención en caso de enfermedad de algún familiar	6	24,00
Ahorraría gastos que se presentan por razones de salud	9	36,00
Los beneficios son para la familia y el trabajador del agro	8	32,00
No tiene ningún beneficio	1	4,00
Ns/Nr	1	4,00
Total	25	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta dirigida a dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz

GRÁFICO N° 11
BENEFICIOS DE CONTAR CON SEGURIDAD SOCIAL
PARA LOS TRABAJADORES CAMPESINOS SINDICALIZADOS



A la consulta sobre los beneficios de contar con Seguridad Social para los trabajadores campesinos sindicalizados, para el 36% significaría el ahorro en gastos que se presentan por razones de salud de los trabajadores o algún miembro de la familia, según el 32% los beneficios son para la familia y el trabajador del campo, por un 24% la Seguridad Social facilitaría la atención urgente en caso de enfermedad de algún familiar, el 4% manifiesta que el servicio de Seguridad Social no tiene ningún beneficio y el restante 4% no dio respuesta a la interrogante.

Estas respuestas muestran la importancia que tiene para el trabajador campesinos sindicalizados el contar con un apoyo como el que constituye la Seguridad Social, los campesinos ponderan estos beneficios ya que se encuentran desprotegidos en casos de enfermedad o cuando llega la vejez, ya que no cuentan con protección y el Estado más allá de las leyes en la práctica no han concretizado la inclusión de los trabajadores campesinos al sistema de Seguridad Social.

2.3 Proyecto de ley para la ampliación del Seguro Social de corto plazo hacia los sindicatos agrarios del área rural

2.3.1 Exposición de motivos

La Seguridad Social es un derecho fundamental de todo ciudadano, sin distinción de ninguna naturaleza, siendo consagrado en la Constitución Política del Estado y contemplado en diversos Instrumentos Internacionales (Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Declaración de Alma-Ata y otros) que instan a los Estados miembros a garantizar este derecho a toda su población.

Lamentablemente, el sistema de Seguridad Social en Bolivia, privilegia a los trabajadores asalariados y excluye a aquellos trabajadores que no cuentan con un salario y menos con una relación laboral de dependencia. Dentro de este último grupo

poblacional, se encuentran los trabajadores campesinos afiliados a los sindicatos agrarios, que históricamente han sido excluidos de la protección social y particularmente del acceso a los servicios de salud.

En virtud de lo expuesto, y considerando los resultados de la encuesta efectuada a los dirigentes de los sindicatos agrarios del departamento de La Paz, se considera necesario y prioritario, la formulación de una norma legal que garantice, por lo menos la atención de salud, a los trabajadores campesinos integrantes de sindicatos agrarios, a través de la ampliación del Seguro Social de corto plazo hacia este sector.

2.3.2 Texto del proyecto de Ley

LEY N° 0094

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA

CONSIDERANDO: Que la Constitución Política del Estado plurinacional en su art. 18. I sostiene que todas las personas tienen el derecho a la salud.

- Que la Constitución Política del Estado en su art. 45. I. sostiene que todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la Seguridad Social.
- Que la declaración de los derechos humanos en su Art. 22.- señala que toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

- Que el Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud y la Seguridad Social de todos los ciudadanos, en todos sus niveles, con el objetivo de proteger a la población en su derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito la población a los servicios de salud.
- Que es necesario extender mínimamente los servicios de Seguridad Social de corto plazo a los trabajadores campesinos del área rural que por sus condiciones sociales, culturales y económicas han sido marginados de los sistemas de salud.

POR TANTO:

La Asamblea Legislativa Plurinacional en uso de sus atribuciones contenidos en el Art. 158, inc. 3 de la Constitución Política del Estado.

DECRETA:

LEY DE CREACIÓN DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Artículo 1º.- (Objeto) Créase el Seguro Social Campesino, en el régimen de Seguro Social de corto plazo. Son sujetos obligados a solicitar la protección del régimen especial del Seguro Social Campesino, los trabajadores afiliados a algún sindicato agrario, que se dedican a actividades agropecuarias en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no reciben remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia.

Artículo 2º.- (Sujetos de protección) Todos los afiliados al Seguro Social Campesino recibirán prestaciones de salud, incluida maternidad. El jefe de familia estará protegido contra las contingencias de vejez, muerte, e invalidez que incluye discapacidad.

Artículo 3°.- (Financiamiento) Los servicios de salud y de las prestaciones del Seguro Social Campesino será con los siguientes recursos:

- a) El aporte solidario de los afiliados al Seguro General Obligatorio, con relación de dependencia o sin ella, y los afiliados voluntarios;
- b) La contribución obligatoria de los seguros públicos y privados que forman parte del Sistema de Seguridad Social;
- c) El aporte diferenciado de las familias protegidas por el Seguro Social Campesino;
- d) La contribución financiera obligatoria del Estado; y,
- e) Las demás asignaciones que determine el Órgano Ejecutivo para el financiamiento de las prestaciones solidarias de este Seguro.

Artículo 4°.- (Aportes) El cálculo y recaudación de las aportaciones solidarias obligatorias, personales y patronales de los afiliados al Seguro General Obligatorio, será establecido en el Reglamento de la presente Ley. Asimismo, el Reglamento de esta Ley señalará el origen, la composición y el destino de los recursos del Estado necesarios para el financiamiento del Seguro Social Campesino, así como la cuantía y la modalidad de entrega de las prestaciones.

Artículo 5°.- (Transitorio) El Órgano Ejecutivo se encargará de elaborar el reglamento de la presente Ley en el plazo máximo de 90 días a partir de su publicación en la Gaceta Oficial.

Artículo 6°.- (disposición final) Quedan derogadas todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

Pase al Órgano Ejecutivo para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional a los.... días.... del mes dede dos mil once años.

PRESIDENTE
H. SENADO NACIONAL

PRESIDENTE
H. CÁMARA DE DIPUTADOS

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los..... días del mes
de..... de dos mil once años.

FDO. PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO
PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

FDO. MINISTROS DE ESTADO

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones

La investigación efectuada con la finalidad de ampliar el Seguro Social de corto plazo hacia los sindicatos agrarios del área rural, permite exponer las siguientes conclusiones:

- La Seguridad Social es un derecho humano, previsto no sólo en la normativa interna boliviana, sino en los distintos instrumentos internacionales. Así, tanto el Art. 22 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948, como el Art. 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 reconocen a la Seguridad Social como un derecho universal.
- En concordancia con los postulados de los instrumentos internacionales, la Constitución Política del Estado vigente en Bolivia, ha asimilado en su texto el derecho a la salud y a la Seguridad Social.
- A pesar de los cambios que generados en el sistema de salud con la implementación de la nueva Constitución Política del Estado, aún no se han promulgado las normas de desarrollo en cuanto a salud, que pongan en práctica los postulados constitucionales. Tanto es así, que el actual Código de Seguridad Social, que data de 1956, resulta desactualizada y no ha incorporado los nuevos preceptos establecidos en la Constitución, en particular los principios de la Seguridad Social (universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia).
- Si bien el sistema de Seguridad Social, brinda protección social a gran parte de la población boliviana, también es cierto que este sistema privilegia a los trabajadores asalariados, excluyendo a los trabajadores que no cuentan con una

remuneración, dentro de ellos a los trabajadores campesinos, pertenecientes a los sindicatos agrarios del país; lo que demuestra, que el derecho a la Seguridad Social del que habla la Constitución, no es accesible para toda la población.

- Los resultados de la encuesta efectuada a los dirigentes de los sindicatos agrarios, confirman la anterior afirmación, ya que la mayoría de los encuestados señalan que la Seguridad Social no está al alcance de la población, situación que los coloca en una situación de desamparo a los trabajadores campesinos que no cuentan con protección social, ni atención de salud en sus comunidades.
- Las respuestas proporcionadas por los dirigentes de los sindicatos agrarios, ratifican que el Seguro Social - que de acuerdo a normas y leyes vigentes es de carácter universal- no llega a los sectores campesinos, generando una opinión en sentido que el Seguro Social es exclusivamente para los trabajadores urbanos asalariados.
- Según los dirigentes de los sindicatos agrarios, existe un desinterés por parte del gobierno para que los trabajadores campesinos, accedan a la Seguridad Social; además las autoridades no toman en cuenta las características del trabajador del campo y su situación de necesidad, donde es evidente la carencia de servicios básicos, educación y ante todo salud.
- Los dirigentes de los sindicatos agrarios muestran su plena disposición para ser parte del sistema de Seguridad Social, que atienda a los trabajadores campesinos y sus respectivas familias quienes presentan problemas de salud y deben recurrir solo a la medicina natural y tradicional, ya que no cuentan con hospitales, centros de salud o por lo menos postas sanitarias.
- Para el sector agrícola es muy importante contar con el acceso oportuno a los servicios que brinda la Seguridad Social, desde el punto de vista de los dirigentes de los sindicatos agrarios, sus afiliados sufren la ausencia de

asistencia médica, cuando en la familia se presenta alguna enfermedad, por tanto la Seguridad Social para el trabajador del campo se constituye en vital para darle mayor tranquilidad en el desempeño de sus actividades agrícolas.

3.2 Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos en la investigación y con el propósito de lograr la ampliación del Seguro Social de corto plazo hacia los sindicatos agrarios del área rural, permite exponer las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda a las autoridades del área de salud del Estado Plurinacional tomar en cuenta la problemática de los trabajadores campesinos respecto a los servicios de salud y Seguridad Social, que no toma en cuenta a este importante sector productivo, sector desprotegido donde están mayores índices de mortalidad por falta de atención oportuna.
- El Estado a través de las entidades competentes debe solventar sino la totalidad por lo menos un porcentaje importante de los costos de la Seguridad Social de los trabajadores del campo, tomando en cuenta que la Seguridad Social constituye un derecho, además de ponderar que su trabajo va en beneficio de la población ya que sus productos son de beneficio alimenticio en los principales centros urbanos.
- Los resultados de la investigación ha permitido conocer que en el área rural no se cuenta con un servicio de atención médica, y los dirigentes campesinos se plantean distintas opciones para ser atendidos cuando tienen problemas de salud, pero las autoridades no dan alternativas a esta problemática dejando que el problema de la Seguridad Social y en particular la salud no llegue a todos los habitantes siendo los trabajadores del campo los más excluidos de este servicio.

- Se recomienda a las autoridades del Estado Plurinacional, dependencias responsables del área de salud y quien corresponda la aplicación de las normas jurídicas, como ser: la Constitución Política del Estado Plurinacional que en su Artículo 18. Punto I. señala que todas las personas tienen derecho a la salud. Punto II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, y el III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.
- Tomando en cuenta que el Sistema de Seguridad Social se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. La autoridades deben prestar preocupación para que estas normas constitucionales guarden estricta relación con el Código de Seguridad Social y no sea una norma contradictoria lo que requiere de su inmediata actualización ya que el Código de la Seguridad Social data de mediados del siglo pasado. En parte razón para que los trabajadores del campo no acceden a los servicios de la Seguridad Social, este aspecto debe ser encarado por las autoridades para dar cumplimiento al mandato constitucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMANZA PASTOR, José. (1981). “Derecho de la Seguridad Social”. 3ra edición. Madrid. Edit. Tecnos.
2. BEVERIDGE, Sir William. (1946), “El Seguro Social y sus servicios conexos”. México: Editorial Jus.
3. BIDART CAMPOS, Germán, “El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado”, Fuenzalida Puelma, Hernán L y Scholle Connors, Susan (ed.), Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1989.
4. BRENA SESMA Ingrid. (2009) “El Derecho a la Salud”. En: “Derechos de los mexicanos. Introducción al Derecho Demográfico”. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica N° 462. Universidad Autónoma de México.
5. CAMPERO V. Iván y ESPADA L. Serapio. “Introducción al estudio de la Seguridad Social”. 2003. 2da edición. La Paz Bolivia. Servicios Gráficos Illimani.
6. CAMPERO, Iván. ESPADA, Serapio. (2003). “Introducción al estudio de la Seguridad Social”. Edit. Gráfica Illimani. 2da. Edic. La Paz – Bolivia
7. Código de Seguridad Social. Ley de 14 de diciembre de 1956.
8. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Kazajistán, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
9. CONSEJO PERUANO PARA LA AUTOGESTION CAMPESINA (s/f). Planificación agraria y autogestión campesina: rol de los trabajadores rurales y organizaciones de campesinos, ONG's y cooperación técnica internacional, Lima, Perú.
10. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, promulgada el 07 de febrero de 2009 por Ley N° 3942 de la Asamblea Constituyente.
11. CONTE-GRAND, Alfredo; SPATARO, Alcides (1999). “Sugerencias y alternativas para la Reforma de la Seguridad Social”. Informe para el Honorable Congreso Nacional del Paraguay. Organización Internacional del Trabajo, Buenos Aires.

12. DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS, aprobada en la 18ª sesión plenaria, el 19 de octubre de 2005.
13. DIEZ DE MEDINA, Francisco Tadeo, Diario Del Alzamiento De Indios Conjurados Contra La Ciudad De Nuestra Señora De La Paz, 1781, La Paz, Bolivia: Banco Boliviano Americano y Maria Eugenia del Valle de Siles, 1994
14. FAO. 1988. La participación campesina en el desarrollo rural. RLAC, Santiago, Chile.
15. FAO. 1991. Conclusiones y Recomendaciones de la 6a. Consulta Gubernamental para América Latina y el Caribe en Seguimiento a la CMRADR, Cochabamba, Bolivia.
16. FERNÁNDEZ M. Emilio. “Visión Panorámica de la Salud Pública”. Transformación de Conceptos y Métodos de la Atención Médica a través del Tiempo. La Paz. 1968.
17. GONZÁLEZ DÍAZ Carlos. “En torno a una definición sobre el Derecho de la Salud”. Educ Med Sup 2005; Vol. 19, N° 4. La Habana Cuba.
18. HUNIKEN Javier. (1978). “Curso de Seguridad Social”. Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba.
19. Ley General del Trabajo de Bolivia, LGT, Decreto Reglamentario de la LGT,
20. MACHICADO, Jorge. (2010). “Sindicalismo y el sindicato en Bolivia”. Edit. Universidad San Francisco Xavier.
21. Oficina Internacional del Trabajo y Asociación Internacional de la Seguridad Social (OIT-AISS). (2001). “Principios de la Seguridad Social”. Ginebra.
22. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946.
23. OPS. “La administración estratégica: Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales”. Washington DF: OPS; 1994.
24. Organización Panamericana de Salud (OPS) (2002). “La Salud en las Américas”. Vol. II. Washington.
25. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de

las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976.

26. RAMÍREZ HITTA Susana. (2010). “Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano”. 2da. Edición. La Paz: OPS/OMS.
27. RODRÍGUEZ DE ARIZMENDI, G. (1983). “Derecho Constitucional a la Protección a la Salud. Responsabilidades ciudadanas y responsabilidades de la sociedad frente al Derecho a la Protección de la Salud”. México DF: Edit Porrúa.
28. RODRÍGUEZ, Francisco y OTROS. 1994. "Introducción a la Metodología de las Investigaciones Sociales". La Habana. Ed. Política.
29. SANDOVAL TERÁN, Areli, “Manual sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales”, Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal, México, 2004.

Anexos

ANEXO Nº 1
ENCUESTA DIRIGIDA A DIRIGENTES DE LOS SINDICATOS AGRARIOS
DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ RESPECTO A LA AMPLIACIÓN
DEL SEGURO SOCIAL

SINDICATO AGRARIO: _____

CARGO O AUTORIDAD PARA EL QUE FUE ELEGIDO: _____

1. ¿Ud. Considera que el actual sistema de Seguridad Social es accesible a toda la población boliviana?

- a) Siolo a los trabajadores de la ciudad
- b) A los trabajadores del campo
- c) A todos sin distinción

2. Principalmente quienes son los que se benefician de la Seguridad Social

- a) Siolo a los trabajadores de la ciudad
- b) A los trabajadores del campo
- c) A todos sin distinción

3. ¿Por qué considera que los trabajadores campesinos sindicalizados son marginados del sistema de Seguridad Social?

- a) Las autoridades no se preocupan de este sector
- b) No valoran la contribución del agro a la sociedad
- c) Dejadedez de los dirigentes para realizar el trámite
- d) Los trabajadores campesinos no tienen un salario
- e) Otro _____

4. ¿A quien acuden en caso de enfermedad de alguno de los miembros de la familia?

- a) Al hospital o Centro de salud más cercano
- b) A la medicina tradicional (curandero o yatiri)
- c) Se trata sólo con medicamentos caseros
- d) Se automédica adquiriendo remedios en la ciudad
- e) Otro. _____

5. En su percepción Ud. ¿cree que a los campesinos les gustaría ser parte de la Seguridad Social, que cubra por lo menos el servicio de salud?
- a) Si
 - b) No
 - c) Relativamente
6. Según Ud., ¿Quién debería hacerse cargo de los costos del Seguro Social para los trabajadores campesinos?
- a) El Estado a través del gobierno
 - b) Los trabajadores campesinos
 - c) Ambos
7. Según su percepción ¿Cómo la Seguridad Social podría estar al alcance de los trabajadores campesinos sindicalizados?
- a) el Estado debe implementar centros de salud en el área rural
 - b) Los trabajadores podrían trasladarse a la ciudad
 - c) se podría contar con unidades móviles de atención
 - d) Otro. _____
8. Cree Ud. ¿Qué las leyes en actual vigencia permite que los trabajadores del campo pueden acceder al sistema de Seguridad Social?
- a) Si
 - b) No
 - c) Relativamente
9. ¿Considera que el Sistema de Seguridad Social cuenta con la infraestructura y personal necesario para atender a los trabajadores campesinos sindicalizados?
- a) Si
 - b) No
 - c) Relativamente

10. ¿Qué tan importante es para los trabajadores afiliados a los sindicatos agrarios contar con Seguridad Social?

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco Importante
- d) Nada importante

11. ¿Cuáles considera que son los beneficios de contar con Seguridad Social para los trabajadores de los sindicatos agrarios?

- a) facilitaría el acceso en caso de enfermedad de algún familiar
- b) Ahorraría gastos que se presentan por razones de salud
- c) Los beneficios son para la familia y el trabajador del agro
- d) No tiene ningún beneficio