

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS

CARRERA DE DERECHO

BIBLIOTECA



PROCESO DE DIGITALIZACIÓN DEL FONDO BIBLIOGRÁFICO DE LA BIBLIOTECA DE DERECHO

GESTION 2017

Nota importante para el usuario:

“Todo tipo de reproducción del presente documento siempre hacer mención de la fuente del autor y del repositorio digital para evitar cuestiones legales sobre el delito de plagio y/o piratería”.

La dirección de la Biblioteca



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO
PETAENG



TRABAJO DIRIJIDO

**“FUNDAMENTOS SOCIO JURÍDICOS PARA LA
AMPLIACIÓN DEL BENEFICIARIO NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE SALUD
INTEGRAL (LEY 475)”**

POSTULANTE : RENE CHOQUEHUANCA MARCA
TUTOR : Mgs. NANCY TUFIÑO RIVERA

LA PAZ – BOLIVIA

2016

DEDICATORIA

***A mis padres y a mi familia quienes me
brindaron, su apoyo en todo momento***

AGRADECIMIENTO

*A Dios por darnos el don del conocimiento
y la fuerza para poder concluir el presente
trabajo.*

ÍNDICE

Pág.

PORTADA	
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6

CAPITULO I

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA

1.1.- ELECCIÓN DEL TEMA DE LA MONOGRAFÍA O DE ESTUDIO.....	8
1.2.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	8
1.3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA MONOGRAFÍA.....	9
1.4.- DELIMITACIÓN DEL TEMA DE MONOGRAFÍA.....	10
1.5.- OBJETIVOS DE LA MONOGRAFÍA.....	11
1.6.- MARCO REFERENCIAL.....	11
1.7.- ESTRATEGIA METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA.....	28
1.7.1.- Métodos.....	28
1.7.2.- Técnicas.....	29

CAPITULO II

INSTITUCIONES Y ESTRUCTURAS EN PRESTACIONES DE SALUD EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENTES

2.1.- HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA.....	31
2.1.1.- HISTORIA DE LA SALUD EN BOLIVIA.....	31
2.1.3.- LA SALUD EN LAS CONSTITUCIONES DE BOLIVIA.....	33
2.1.4.- LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1967.....	38
2.2.- ATENCIÓN EN SALUD.....	43
2.2.1.- ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	43
2.2.2.- ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.....	44
2.2.3.- EI SERVICIO NACIONAL DE SALUD.....	48
2.2.4.- SEGURO INTEGRAL DE SALUD.....	50
2.2.5.- SEGURO UNIVESRAL DE SALUD INFANTIL.....	51

2.2.6.- MENORES DE EDAD.....	52
2.2.7.- TIPOS DE PRESTACIONES EN SALUD INFANTIL.....	52
2.2.8.- CLASIFICACIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS.....	55
2.2.9.- LOS HOSPITALES EN LA HISTORIA.....	56
2.2.10.- HOSPITALES DEL NIÑO.....	60

CAPITULO III

ANÁLISIS NORMATIVA SOBRE PRESTACIONES EN SALUD PARA MENORES DE EDAD

3.1.- LA SALUD INFANTIL UN DERECHO HUMANO.....	61
3.2.- LEGISLACIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA SALUD EN MENORES DE EDAD.....	63
3.2.1.- Convención sobre los Derechos del Niño (1990).....	63
3.2.2.- Declaración Universal de Derechos Humanos.....	64
3.2.3.- Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	65
3.3.- Constitución Política del Estado.....	66
3.4.- LEY N.- 475.....	68
3.5.- Ley N.- 548.....	69

CAPITULO IV

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

4.1.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	71
4.1.1.- Resultado de las Entrevistas.....	71
4.1.2.- Resultados de la encuesta.....	76
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES.....	84
BIBLIOGRAFÍA.....	85
ANEXOS.....	87

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad la salud ha sido uno de los estudios ampliamente abarcados por los eruditos de su tiempo, sin embargo con el desarrollo de la ciencia fue evolucionando este área del saber, llegando a ser regulado por las normas legales en sus diferentes niveles de atención, prestación en servicio, manejo de centros hospitalarios, manejo de los pacientes y otras.

Cuando se trata de la salud, debemos hablar de un tema tan importante dentro de la sociedad, porque con el transcurso del tiempo se ha determinado que uno de los derechos importantes y sublimes es el goce del derecho a una vida saludable, en ese contexto el Estado ha adoptado el tema de la salud como la primera responsabilidad financiera, de tal modo que es una obligación para establecer políticas de salud que protejan en especial a los sectores más vulnerables de nuestra sociedad.

El estudio de la Ley 475 del 30 de Diciembre de 2013 (Ley del Servicio Integral de Salud) nos permite hacer un análisis de la limitación etaria que pone a la prestación de salud contrariando preceptos constitucionales, es así que en el desarrollo de este trabajo daremos énfasis en la protección de la salud a los menores de edad tratándose de niñas, niños y adolescentes.

En el presente tema de investigación vamos a desarrollar el estudio de aquellos aspectos sociales y jurídicos que son fundamentales y determinantes para generar motivos de un sistema de salud integral para los menores de edad, asimismo el estudio de los fundamentos jurídicos que son mandatos ineludibles que imperan y obligan al Estado Boliviano a cubrir o proteger la salud de todos los estantes y habitantes del país, en especial de los menores de edad que vastos estudios han concluido que son uno de los sectores de la sociedad más vulnerables, por lo que la presente investigación abarcara el análisis de beneficios que se lograría al

implementarse dicho sistema a todos los menores de edad, con el argumento del acceso a la salud sin discriminación, con un programa de prestaciones que se plasme conforme a la necesidad real de los menores de edad que aún no cuentan con el seguro de salud, todo conforme a la Constitución Política del Estado y las leyes.

Por lo expuesto, la presente investigación abordara los fundamentos socio jurídicos para resaltar y sugerir la ampliación del sistema de salud integral para todos los menores de edad, para ello en el primer capítulo se delimitó el tema mediante el diseño de la investigación monográfica, en el segundo capítulo abordaremos el estudio teórico y doctrinal del tema de la salud relacionados con menores, en el tercer capítulo vamos a realizar el análisis de la normativa existente en el país referentes al tema de la salud de los niños, niñas y adolescentes, y por ultimo veremos los resultado y análisis del trabajo de campo que será el sustento base en la presente investigación monográfica, y para concluir mostraremos el síntesis del tema de investigación mediante conclusiones y recomendación.

CAPITULO I

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA

1.1.- ELECCIÓN DEL TEMA DE LA MONOGRAFÍA O DE ESTUDIO

Para la presente investigación monográfica se ha realizado la elección del siguiente título:

FUNDAMENTOS SOCIO JURÍDICOS PARA LA AMPLIACIÓN DEL BENEFICIARIO NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE SALUD INTEGRAL (LEY 475)

1.2.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.-

Debido a los altos índices de pobreza en que vive la niñez boliviana los problemas de morbi-mortalidad del menor requiere el resguardo por parte del Estado Plurinacional de Bolivia siendo importante y necesario fundamentar los aspectos sociales y jurídicos los cuales encararan la ampliación de beneficiarios de menores al sistema integral de salud.

En los últimos años las organizaciones internacionales han encarado los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el campo de la salud como la Convención de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea de Naciones Unidas en 1989, en su Art. 24 par. 1 afirma que “los Estados parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud” en su parágrafo 2 completa que “los Estados parte aseguraran la plena aplicación de este derecho y, en particular adoptaran las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurar la prestación de Asistencia Médica y la atención sanitaria haciendo hincapié en

el desarrollo de la atención primaria de salud, combatir las enfermedades y la mal nutrición...”. Aplicando estos preceptos lograríamos reducir la mortalidad de la niñez y mejorar los indicadores de salud.

La legislación boliviana considera el acceso a la salud de los niños sin discriminación, en tal sentido la Ley 475 de 30 de diciembre 2013 solo protege a niños desde el inicio de la gestación hasta los 5 años cumplidos, violándose de esa manera el derecho a la no discriminación, derecho a la vida, salud y derecho a la atención preferente en la salud para niños y niñas desde la concepción hasta los 12 años y adolescentes de más de 12 años hasta los 18 años de edad, rompiendo todo principio proteccionista y de no discriminación, por tal motivo creemos fundado nuestro propósito de estudio de este tema.

1.3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA MONOGRAFÍA

¿Qué importancia tendrá la fundamentación socio jurídico para la ampliación de beneficiario niña, niño y adolescente en el servicio de salud integral (Ley 475 DE 30 DE DICIEMBRE 2013) desde más de 5 años hasta los 12 años y de más de 12 a 18 años de edad?

¿Cuáles son las normas que protegen la salud de las niñas, niños y adolescentes?

¿Qué impacto se lograría con la ampliación de beneficiarios niña, niño y adolescente al servicio integral de salud?

¿Qué derechos tienen las niñas, niños y adolescentes con relación a la atención en salud?

¿Existen normas jurídicas y proyectos Socio Jurídicos que plantean las soluciones de la problemática de salud de niña, niño y adolescente?

1.4.- DELIMITACIÓN DEL TEMA DE MONOGRAFÍA

a) Temática.

La investigación monográfica tendrá como objeto de estudio los fundamentos socio jurídico para la ampliación de beneficiario niña, niño y adolescente en el servicio de salud integral en el marco de la Ley Nro. 475 De 30 de diciembre 2013, en concordancia con el Código Niña, Niño y Adolescente y por sobre todo en el marco de lo establecido por nuestra Norma Suprema, siendo los derechos fundamentales de todo ser humano la salud y de preferente atención para niñas, niños y adolescente, no pudiendo ninguna institución de salud pública o privada a negarse a la prestación de salud a este grupo social.

b) Espacial.

La necesidad de determinar un enfoque socio-jurídico de la ampliación de beneficiarios niñas, niños y adolescentes en el servicio de salud integral, mismo que tiene un enfoque amplio con proyección a nivel nacional, debido a que el problema de los menores de edad es a nivel nacional, sin embargo tomaremos el enfoque espacial la ciudad de La Paz.

c) Temporal.

El estudio abarcará desde la aplicación de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia del año 2009, hasta el primer trimestre del año 2015, siendo importante ver al avance del código niña, niño, y adolescente Ley 548 del 17 de julio del 2014, así como también problemas sociales con respecto a la atención de salud exigidos al Ministerio de Salud y Deportes.

1.5.- OBJETIVOS DE LA MONOGRAFÍA

a) Objetivo General.

Identificar los fundamentos socio-jurídicos para la ampliación del servicio de salud integral gratuito a favor de niñas, niños y adolescentes, dentro del marco de la Ley N° 475 de 30 de diciembre 2013, en concordancia y cumplimiento con lo establecido en la Constitución Política del Estado.

b) Objetivos Específicos.

- Demostrar la importancia de la ampliación de beneficiario niña, niño y adolescente en el servicio de salud integral establecido en la Ley 475 desde más de 5 años hasta los 18 años de edad
- Identificar normas que protegen el derecho a la salud de las niñas, niños y adolescente
- Especificar si el Estado Boliviano da cumplimiento con lo establecido en la Constitución Política del Estado y el Código Niña, Niño, y Adolescente, con relación al Derecho a la salud.
- Determinar el impacto que se logrará con la ampliación de beneficiarios niña, niño y adolescente al servicio integral de salud de acuerdo al Art. 5 del código niña, niño, y adolescente

1.6.- MARCO REFERENCIAL

a) Marco Teórico.

TEORÍA SOCIOJURÍDICO.-

Dentro de nuestra investigación hemos adoptado la teoría SOCIO JURÍDICO el cual nos permitirá identificar las necesidades y fundamentos en la salud de los bolivianos y en especial de los menores de edad, considerados como uno

de los sectores sociales vulnerables, estando en un proceso de desarrollo físico, psicológico y social que además se constituyen en el presente y futuro de nuestro Estado Boliviano, en vista de que esta teoría establece básicamente los fundamentos que a través de las normas jurídicas regulan la protección de los menores de edad y que son considerados como una necesidad, prioridad y función principal del Estado en todos sus niveles, por lo que esta teoría establece a través de sus fundamentos la protección de la salud de los menores de edad.

TEORÍA DE LAS PRESTACIONES EN SALUD

Las prestaciones en salud es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, promover y proteger la salud de la población. En una combinación de ciencia, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales¹. Por lo que se puede establecer los Niveles de atención en tres niveles:

- ✓ **Primer nivel de atención.-** Es el encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito y está conformada por las brigadas de salud, puestos de salud, centro de salud, policlínicos y poli consultorios
- ✓ **El segundo nivel.-** Comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de la medicina interna, cirugía, pediatría, gineco obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología; su unidad operativa son los hospitales básicos de apoyo.
- ✓ **Tercer nivel de atención.-** Está constituida por la atención ambulatoria de especialidad y sub especialidad los servicios complementarios de

¹ Ministerio de sanidad, servicio social e igualdad gobierno de España

diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad, sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidad.

Derecho del niño a la salud

Los derechos son facultades naturales, sociales y legales que tiene la persona para hacer y exigir legítimamente determinadas acciones orientadas a su propio beneficio, además los derechos como ser humano el niño en su calidad de tal tiene otros derechos especiales. *“El derecho a la salud del niño y el joven es un derecho natural un derecho social y un derecho legal”².*

Para los niños, el derecho a la salud es vital porque son seres vulnerables, más expuestos a las enfermedades y a las complicaciones de salud. Al proteger a los niños de la enfermedad, éstos podrán llegar a la edad adulta con buena salud y contribuir así al desarrollo de sociedades más dinámicas y productivas.

La Constitución Política del Estado otorga trato preferente y especial a los niños el hecho que el Código Niña, Niño, y Adolescente otorgue un trato especial a los menores garantizando a recibir atención, diagnóstico y tratamiento especializado y rehabilitación prevalente no es más que el mandato constitucional en aras de lograr que los menores de edad sean adecuadamente protegidos por el estado con el objeto de garantizar sus derechos a la salud.

Estas ampliaciones conceptuales y reconocimientos explícitos de nuevos derechos buscan mejorar las condiciones de los distintos sectores de la sociedad. La salud, como derecho, no siempre ha sido reconocida por las

² El Niño Sano, Posada. Gómez. Ramírez. Tercera edición editorial médica panamericana 2005 pag. 92

sociedades y gobiernos como un atributo humano universal e inherente a la persona humana. Se conceptualiza que éste derecho forma parte de los derechos sociales (capítulo Quinto, Sección I, C.P.E). Su reconocimiento va a depender de determinadas condiciones socio históricas, de las relaciones de fuerza que se establecieron en diferentes períodos históricos y en determinadas naciones, a partir de las capacidades de lucha de los excluidos.

Además de estos documentos existe a nivel mundial otra serie importante de instrumentos jurídicos que los Estados están llamados a cumplir de acuerdo con el principio de buena fe (IIDH). Es decir, no obligan jurídicamente a las partes que los adoptan, sino que tienen un valor de fuente secundaria o subsidiaria, estableciendo principios, objetivos y metas sobre aspectos específicos de la protección de derechos humanos.

Situación de la niñez en Bolivia.

Bolivia aun ahora es uno de los países en vías de desarrollo de Latinoamérica, la pobreza, sobre todo en el área rural afecta de formas diferentes a los grupos, siendo los más vulnerables las niñas, niños y adolescentes pertenecientes a los pueblos originarios campesinos.

Según el Censo de Población y Vivienda en Bolivia existen más de 4 millones de niños y adolescentes que representan el 44 por ciento de la población del país. A pesar de su importancia poblacional siguen siendo un sector vulnerable por múltiples factores. Entre ellos, la pobreza que afecta su calidad de vida, la salud, el acceso al agua potable, a la educación, la falta de políticas que garanticen el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Constitución Política del Estado y el nuevo Código sobre la niñez.

Bolivia es el país que más pueblos originario campesino tiene en Latinoamérica, en su gran mayoría estos pueblos se enfrentan a la desigualdad social y son considerados como los grupos vulnerables que más violaciones de derechos humanos sufren. Los niños, niñas y adolescentes indígenas son los primeros en querer mejorar su condición de vida, no solo para ellos sino para toda su familia, pero sus oportunidades se ven limitadas por las inadecuadas infraestructuras que ofrece el gobierno.

Si bien se están realizando leyes a favor de la niñez sobre todo en educación y salud todavía queda mucho camino a seguir, el programa “desnutrición cero” establece como prioridad la disminución de la mortalidad infantil sobre todo en el área rural, reducir el riesgo de contraer VIH – SIDA en adolescentes y disminuir la desnutrición principalmente en niños y niñas menores de cinco años, con énfasis en el menor de dos años, mujeres gestantes y lactantes, mediante la provisión de alimentación complementaria, atención prioritaria de enfermedades prevalentes, acciones de movilización, educación nutricional y promoción de soberanía alimentaria.

La migración por pobreza del área rural hacia las ciudades se ha convertido en una nueva fuente de desintegración familiar, los niños, obligados por la situación de violencia o pobreza dentro del hogar abandonan sus viviendas para vivir en las calles, lo que vuelve a este tema como uno de los más complejos a solucionar, no solo implica una ruptura del espacio tradicional de desarrollo del niño, la familia, la escuela, sino además una desestabilización en las bases del país.

Los niños de la calle constituyen una población altamente vulnerable sometida a riesgos como la explotación laboral, consumo de alcohol y drogas, delincuencia, trata y tráfico de personas, violencia sexual comercial y otros tipos de violencia.

La salud como parte del desarrollo.

El ser humano es producto y parte de la naturaleza. La salud es parte del desarrollo social y como tal, esta intrínsecamente ligada a las formas de las relaciones de producción, que va adquiriendo en el devenir de su historia y en su permanente interacción con la naturaleza. Por tanto, el análisis e interpretación del concepto salud, adquiere históricamente distintas consideraciones. En consecuencia, en la actualidad la salud es un problema social y su solución pasa a ser también social.

De esta aseveración se puede deducir, que la salud no es siempre de origen biológica, no depende exclusivamente del mundo de la sanidad, para integrarse al mundo social. La salud guarda relación íntima con el derecho social de toda persona a la vida y la dignidad de los ciudadanos, cualquier restricción en el acceso a los servicios sanitarios, es causa de exclusión social. El Estado debe ejercer la protección a este derecho.

b) Marco Histórico.

Historia de los derechos de niña, niño, y adolescente.

En la antigüedad nadie pensaba en ofrecer protección especial a los niños. En la Edad Media, los niños eran considerados “adultos pequeños”. A mediados del siglo XIX, surgió en Francia la idea de ofrecer protección especial a los niños; esto permitió el desarrollo progresivo de los derechos de los menores. A partir de 1841, las leyes comenzaron a proteger a los niños en su lugar de trabajo y en 1881 las leyes francesas garantizaron el derecho de los niños a una educación.

A principios del siglo XX, comenzó a implementarse la protección de los niños, incluso en el área social, jurídica y sanitaria. Este nuevo desarrollo, que comenzó en Francia, se extendió más adelante por toda Europa.

Desde 1919, tras la creación de la Liga de las Naciones (que luego se convertiría en la ONU), la comunidad internacional comenzó a otorgarle más importancia a este tema, por lo que elaboró el Comité para la Protección de los Niños.

El 16 de septiembre de 1924, la Liga de las Naciones aprobó la Declaración de los Derechos del Niño (también llamada la Declaración de Ginebra), el primer tratado internacional sobre los Derechos de los Niños. A lo largo de cinco capítulos la Declaración otorga derechos específicos a los niños, así como responsabilidades a los adultos.

La Segunda Guerra Mundial dejó entre sus víctimas a miles de niños en una situación desesperada. Como consecuencia, en 1947 se creó el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (conocido como UNICEF) al cual se le concedió el estatus de organización internacional permanente en 1953.

Durante sus inicios, la UNICEF se centró particularmente en ayudar a las jóvenes víctimas de la Segunda Guerra Mundial, principalmente a los niños europeos. Sin embargo, en 1953 su mandato alcanzó una dimensión internacional y comenzó a auxiliar a niños en países en vías de desarrollo. La Organización luego estableció una serie de programas para que los niños tuvieran acceso a una educación, buena salud, agua potable y alimentos.

Desde el 10 de diciembre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

En 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño, que describe los derechos de los niños en diez principios. Si bien este documento todavía no ha sido firmado por todos los países y sus principios tienen carácter indicativo, le facilita el camino a la Declaración Universal sobre los Derechos del Niño.

Luego de aprobar la Declaración de los Derechos Humanos, la ONU deseaba presentar una Carta de Derechos Fundamentales que exigiera a los gobiernos a respetarla. Como consecuencia, la Comisión de los Derechos Humanos se dispuso a redactar este documento.

En medio de la Guerra Fría, y tras arduas negociaciones, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en Nueva York dos textos complementarios a la Declaración Universal de los Derechos Humanos:

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho a la protección contra la explotación económica y el derecho a la educación y a la asistencia médica.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que establece el derecho a poseer un nombre y una nacionalidad. La ONU proclamó al año 1979 como el Año Internacional del Niño. Durante este año, tuvo lugar un verdadero cambio de espíritu, ya que Polonia propuso crear un grupo de trabajo dentro de la Comisión de los Derechos Humanos que se encargara de redactar una carta internacional.

Así, el 20 de noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño. A lo largo de 54 artículos el documento establece los derechos económicos, sociales y culturales de los niños. Este es el tratado sobre derechos humanos que se ha aprobado más rápidamente. Se convirtió en un tratado internacional y el 2 de septiembre de 1990 entró en vigencia luego de ser ratificado por 20 países.

Actualmente, su ideal y carácter contundente son universalmente aceptados. Sin embargo, su funcionamiento puede mejorar y aún es necesario transformar las palabras en acciones. En un mundo en dónde la urgencia es lo esencial, en dónde un niño muere de hambre cada 5 segundos, es hora de unificar la teoría con la práctica. Tal vez es así como deberíamos de haber comenzado.

Aspectos históricos de salud de la niña, niño adolescente en Bolivia.

El Estado boliviano ha adoptado una serie de medidas que conforme a la revisión de la historia se puede evidenciar que en el campo de la salud y las normas que protegen a la niñez y adolescencia desde la fundación de la República hasta el presente, normas que intervienen en la defensa y protección de la salud en niños, niñas, y adolescentes de la población boliviana, que solamente hablar de la historia resultaría ser muy ampuloso, empero de manera muy escueta y detallada mencionamos algunas de ellas:

- ✓ 1982 – 1985 Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático Popular.
- ✓ 1985 – 1989 Plan Global de Salud – Salud es Vida. OPS.
- ✓ Plan Trienal de Salud (1987 – 1989).
- ✓ 1989 – 1993 Plan Nacional de supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna.

- ✓ Sistema Nacional de Salud Integrado y descentralizado.
- ✓ 1993 – 1997 Plan Vida – Plan Nacional para la reducción acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño (1994 – 1997).
- ✓ Constitución Política del Estado LEY N° 1615 6 DE FEBRERO 1995.
- ✓ Nuevo Modelo Sanitario Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo (1996).
- ✓ Seguro Nacional de Maternidad y Niñez D.S. 24303 DE 24 DE MAYO 1996.
- ✓ 1997 – 2002 Plan Estratégico de salud de Lucha contra la pobreza – Medicina Familiar y Comunitaria (PES).
- ✓ Seguro Básico de Salud – SBS D.S. 25265 DE 31 DE DICIEMBRE 1998.
- ✓ Seguro Básico de Salud Indígena y Originario SBS-IO D.S 26339 22 de septiembre 2001.
- ✓ 2002 – 2004 Reforma a la Constitución Política del Estado N° 2650 13 DE ABRIL 2004.
- ✓ Ley del Seguro Universal Materno Infantil N° 2426 DE 21 DE NOVIEMBRE 2002
- ✓ Modelo De Gestión D.S. 26875 21 DE DICIEMBRE 2002
- ✓ Salud pública. Ministerio de salud pública. 1958 – 1970
- ✓ La Constitución Política de 1961
- ✓ La Constitución Política de 1967
- ✓ La OPS/OMS en Bolivia
- ✓ C.P.E Vigente
- ✓ Código Niña, Niño y Adolescente, Ley N.- 548
- ✓ Ley 475 de 30 de diciembre 2013
- ✓ D.S. 1984 de 30 de abril 2014

c) Marco Conceptual.

Salud.

La salud es un bien de carácter social que, como la educación, contribuye de manera importante al desarrollo del capital humano y es un factor clave en el desarrollo sostenido de las naciones³.

“La salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad”⁴.

El Doctor *Floreal Ferrara* tomó la definición de la OMS e intentó complementarla, circunscribiendo la salud a tres áreas distintas:

- **La salud física**, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.
- **La salud mental**, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.
- **La salud social**, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con

³ Aspectos conceptuales de la Cobertura Universal Osvaldo Artaza

⁴ Código de salud Decreto Ley 15629

un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.

Sistema de salud.

“En el lenguaje diario se utiliza con mucha frecuencia la expresión sistema de salud de manera inadecuada e imprecisa sin ser claros cuál es el alcance de dicha expresión. De ahí que sea conveniente iniciar con una definición del concepto de sistema para dejar claro su aplicación a salud. La palabra sistema ha sido objeto de una serie de definiciones que pretenden casi en todos los casos ajustarse a la necesidad de su uso particular. Algunas de estas definiciones son las siguientes”⁵:

- Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas contribuyen a determinado objetivo.
- Conjunto de unidades combinadas por la Naturaleza o creadas de modo que contornen un organismo integrado o un todo organizado.
- Conjunto de elementos interrelacionados que conforman una entidad que persigue un objetivo identificable o finalidad. Dicha entidad puede ser concreta o abstracta, natural .o artificial y posee una dinámica real o imaginada y un objetivo o finalidad.

Salud pública.

⁵ Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: Fundamentos de salud pública tomo II (administración De la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.

Representa el estado sanitario en que se encuentra la población de un país, de una región o de una localidad. En otro sentido hace referencia al conjunto de servicios públicos o privados que tienen por finalidad mantener o mejorar el buen estado sanitario tanto en lo que se refiere a la sanidad preventiva como a la medicina curativa⁶.

Concepto niñez, y adolescencia.

Nuestra legislación conceptualiza a la niñez desde el momento de la concepción hasta alcanzar los 12 años y la adolescencia desde más 12 años hasta los 18 años. *“Periodo de la vida humana desde el nacimiento hasta la pubertad”*⁷

Atención integral de la salud.

Se entiende la Atención Integral de Salud como: *“la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad”*⁸.

*“Son las acciones de promoción en salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades con tecnología sanitaria existente en el país, y de acuerdo a la capacidad resolutoria de los establecimientos en salud”*⁹

⁶ Diccionario de Ciencia Políticas y Sociales, Manuel Osorio 2004

⁷ Larousse ilustrado, 2010.

⁸ Modelo de atención integral, Ministerio de Salud, 2012

⁹ Ley 475.

Todo modelo de atención de salud encarna el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud es decir necesidades reales que son percibidas o no por la población.

En Bolivia de acuerdo a la ley 475 del 30 de diciembre del 2013 los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad tienen derecho a la salud integral gratuita, por lo que nuestra investigación pretende identificar los fundamentos sociales jurídicos para la ampliación a las niñas, niños y adolescentes comprendidas entre las edades mayores de 5 años hasta los 18 años de edad.

d) Marco Jurídico.

Constitución Política del Estado.

Artículo 58.

Se considera niña, niño, adolescente a toda persona menor de edad, las niñas, niños, adolescentes son titulares de los derechos reconocidos en la constitución... y de los derechos específicos inherentes a su proceso de desarrollo.

Artículo 59. I.

Toda niña, niño, adolescente tiene derecho a su desarrollo integral.

Artículo 60.

Es deber del estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados.

Artículo 18.

I. Toda persona tiene derecho a la salud.

II.- El estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión y 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.

Artículo 35.

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

Artículo 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 en salud y la prevención de las enfermedades.

Ley N.- 475 de 30 de Diciembre 2013 (LEY DE PRESTACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL DE SALUD)

Ley de prestaciones servicios de salud integral del Estado plurinacional de Bolivia, establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población descrita en la presente ley y que no se encuentra cubierto por el seguro social obligatorio a corto plazo.

Ley N.- 548 de 17 de Julio 2014

Artículo. 18.

Derecho a la Salud y el bienestar completo y a servicios de salud gratuitos.

Artículo 19.

Indica el Acceso universal a la salud y el aseguramiento a través del Estado a todo niño, niña y adolescente

Convención sobre los Derechos del Niño (1990).

Artículo 24.

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo

Declaración universal de Derechos Humanos. (ONU)

Artículo 25.

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

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

Derecho a la preservación de la salud y al bienestar

Artículo XI:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (ONU).

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

1.7.- ESTRATEGIA METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA.

1.7.1.- Métodos.

Método deductivo.

En la realización del estudio se contemplará la utilización del **Método deductivo**, partiendo de conocimientos, conceptos generales y doctrinales para llegar a la realidad Boliviana y su respectiva regulación en la ley.

Este método será empleado estudiando en primer lugar de manera general sobre los derechos de la población boliviana en relación con la salud, que se

encuentra previsto a nivel mundial como un derecho fundamental de todos los seres humanos y así enmarcarnos dentro nuestra realidad y determinar el impacto que produce en el país.

Método exegético.

Con este método se estudiara la intencionalidad del constituyente y legislador en la norma jurídica con relación al objeto de estudio

Método sistemático.

Porque la normativa boliviana referente a la salud debe tener plena armonía y cumplimiento de la Constitución Política del Estado.

1.7.2.- Técnicas.

Análisis documental.

El análisis documental consiste en “detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos de estudio, de donde se debe extraer y recopilar la información relevante y necesaria que atañe a nuestro problema de investigación” en este sentido se vio conveniente recurrir a diversos libros y autores, referente al tema de investigación.

Por otra parte, es necesario recalcar que para un mejor manejo y manipulación de la información se utilizó fichas bibliográficas como textuales, y la recolección bibliográfica materializada en los diferentes tipos de documentos, libros, actas, informes, normas, etc.

Entrevista.

La entrevista radica en “... Establecer un dialogo entre dos o más personas donde uno son las entrevistas y los otros los entrevistados”. En otras palabras es una forma oral de cuestionario pues se trata de una relación personal entre el entrevistado y el entrevistador, también debe mencionarse que la técnica de la entrevista requiere de un instrumento muy importante como ser la guía de la entrevista, en el cual se deberá formar criterios como el tipo de información que se requiere, el tipo de entrevistas y otros.

En la investigación la entrevista será realizada a autoridades en salud de área y a la sociedad

Encuesta.

Es una técnica dirigida a recoger y conocer la opinión de una población representativa sobre un tema, sirve para cuantificar la fuente de información y los criterios, se realizará mediante cuestionarios relacionados con el problema. Se realizaran encuestas a los señores investigadores, y algunas personas relacionadas al tema de estudio (salud).

Técnica legislativa.

Con el cual se realizara una propuesta de modificación de la norma indicada.

CAPITULO II

INSTITUCIONES Y ESTRUCTURAS EN PRESTACIONES DE SALUD EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENTES

2.1.- HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA.

La importancia de la atención en la salud ha tenido mucha trascendencia en el mundo desde la antigüedad hasta nuestros tiempos. La salud pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia, pero manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo la inclusión de la restauración de la salud es una adquisición relativamente reciente, hacemos un resumen de la evolución histórica de la salud:

2.1.1.- HISTORIA DE LA SALUD EN BOLIVIA.

Durante la etapa de la colonización en Bolivia, la salud de la población estaba seriamente amenazada por un sin fin de enfermedades, las más desconocidas que explotaban en epidemias; por el hambre y la desnutrición; la carencia de agua y saneamiento básico, el desorden, la arbitrariedad y la falta de conocimientos en el manejo de los Hospitales para atender a los enfermos y el ejercicio incipiente de las práctica médica.

Entre los cronistas de la Colonia el Padre Calancha, en relación a sus observaciones sobre los enfermos decía: “calenturas son sus ordinarios males y hechizos de hierbas sus venenos de estos saben la contra y de aquellos los venenos, son pocos los resfriados y menos los pasmos excepto en las minas de azogue y plata, allí salen sudando del trabajo en las grutas y se pasman, no peligran en los vientos porque nacen y viven del aire, sin defensa ni abrigo y millones de indias paren en los campos cubiertos de

nieve y al punto que han parido se lavan el cuerpo y con agua de nieve lavan a la criatura.... No hay indio que sea loco furioso y que haya tenido mal de orina, ni asma, ni gota y muy singular el que da mal del corazón; a su bebida la chicha lo atribuyen muchos”¹⁰.

La mayoría de los cronistas niegan rotundamente la aparición de la viruela en la época anterior a la conquista. La enfermedad apareció en 1518 en la Isla española (Santo Domingo) difundida rápidamente llegó hasta el Alto Perú. Una crónica de la época decía: “Los indígenas encontrando los estragos de la Viruela decían más tarde: los españoles son muy buena gente que nos han recompensado muy libremente dejando su viruela a cambio de la cantidad infinita de oro y plata que se han llevado”¹¹

En 1508, se refería a las causas de la mortalidad indígena en estos territorios: tan solo 60.000 indios de los 400.000 que habitaban esta isla cuando Colón llegó por primera vez han sobrevivido a los duros cambios expuestos sobre sus vidas por los colonizadores.... Los indios se quedaron sin su principal fuente de proteínas cuando los españoles acosados por la hambruna de 1495 y 1503 también agotaron la población de huitis (cuiy en el Alto y Bajo Perú) parecidos a la rata y de otros mamíferos. Los indios obligados a cumplir larguísimas jornadas de trabajo forzado, en las minas y sus antiguos sembrados, cuyas cosechas alimentaban ahora a los españoles. Luego de realizar esas tareas un año sin descanso sometidos a malos tratos los hombres sufren de impotencia y son incapaces de procrear”. Esta dura servidumbre de los indios y el despojo de sus bienes de la tierra se había producido también en Charcas, especialmente durante la explotación de las minas de Porco y Potosí, donde se suplía el alimento con coca y

¹⁰ Fray Antonio de la Calancha. Crónica Moralizadora del orden de San Agustín en el Perú, etc. Barcelona 1638. Citado por Valentín Abecia.

¹¹ Jorge Ocampo Castelú. Consideraciones sobre la Cuarentena en Bolivia. Crónica Aguda. Año 2. N° 10. 1989. La Paz

alcohol y particularmente en los largos años de la guerra de la independencia. En los triunfos y derrotas, eran obligados al abandono de los poblados y las parcelas de sembradíos y de los animales domésticos por las tomas de posesión tanto de patriotas como de realistas, reduciéndose la producción de alimentos. Estos hechos fueron los determinantes del hambre y de la desnutrición, que años después el Dr. Escudero diagnosticara como desnutrición crónica en Bolivia.

Si bien, con los años se había disminuido el rigor de la prohibición teológica del uso del agua para que se bañaran los indios la misma crónica de la Española decía: se les prohíbe el baño diario porque los teólogos lo consideran perjudicial para la salud, por la propagación de incipientes medidas de higiene personal, el combate a las mismas y el hacinamiento, en los pocos poblados la disponibilidad de agua aún para beber y el saneamiento eran completamente precarios, uno de los “cronistas republicanos” decía: “No existía alcantarillado en ninguna ciudad ni población grande y el pozo era la fuente de abastecimiento de agua domiciliaria, así como los manantiales para el abastecimiento público y los aljibes que guardaban el agua de lluvia en las poblaciones orientales. Los cuadros de enfermedades hídricas eran frecuentes y fatales”¹²

2.1.3.- LA SALUD EN LAS CONSTITUCIONES DE BOLIVIA

El análisis de la historia de la salud en las constituciones de Bolivia se realizara desde el Libertador Simón Bolívar, Presidente de la nación. En tal sentido daremos énfasis en este estudio a lo referente a la salud y el desarrollo de los de derechos niña, niño y adolescente.

¹² Walter Julio Fortún. El Hospital, la Salubridad y el Saneamiento en el inicio de la República. Santa Cruz. 1984.

El 16 de diciembre de 1825 se dicta, por el Libertador Bolívar, el primer decreto relativo a Salubridad “reglamentando el servicio de hospitales para que los enfermos tengan la mejor asistencia”. El 25 de enero de 1826 el mismo Libertador “no obstante las grandes preocupaciones y la tarea recargada de organizar políticamente la nueva nación”, dicta otro decreto estableciendo los cementerios, porque según rezan las consideraciones: “la insalubridad de los pueblos dependen en gran parte de la falta de limpieza y policía y la experiencia ha demostrado que nada corrompe tanto la atmósfera de los pueblos como el enterramiento de cadáveres en ellos y, particularmente, en la iglesia, donde la reunión de los fieles hace que el aire, por falta de ventilación se carga de miasmas”¹³.

Bolívar en uno de los considerandos del decreto del 11 de diciembre de 1825, cuando decía: “*que la salud de una república depende de la moral que por la educación adquieren los ciudadanos desde la infancia*”, en su pensamiento liberal de ver a la persona jurídica (la república) como la unidad de las personas naturales (los ciudadanos) señalaba que la salud es un fin que se consigue, sobre todo con la educación.

En la Constitución de 1826 no hace referencia directa a la protección de la salud, como función del Estado. La única referencia, muy general, por cierto, es aquella que, en el Capítulo de las Garantías, prohíbe con relación al trabajo toda actividad que se oponga a las costumbres, la seguridad y la salubridad de los bolivianos “**Artículo 155°.-** Ningún género de trabajo, industria ó comercio, puede ser prohibido; á no ser que se oponga á las costumbres públicas, á la seguridad, y á la salubridad de los bolivianos”¹⁴.

¹³ HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA, GREGORIO MENDIZÁBAL LOZANO. La Paz, Bolivia, 2002

¹⁴ Constitución política de 1826, 19 de noviembre de 1826

El mencionado principio supone por salubridad, el cuidado y atención que debe merecer la salud de los bolivianos, no solo en su aspecto físico, sino psíquico, moral o ambiental. Sin embargo la función del Estado en esta área se limitaba a una actitud más defensiva en el campo de la salud, tratando de proscribir todo quehacer que causare daño. Esta actitud extremadamente pasiva frente a la problemática de salubridad por parte del Estado se desprende de las revisiones constitucionales de los años 1834, 1851, 1861, 1868, 1871, 1878 y 1880. En ellos no se encuentra ningún dispositivo que establezca de manera específica la obligación del Estado de actuar por la salud de la sociedad, si bien existen al respecto consideraciones de carácter general.

La Dirección General de Sanidad fue creada en el Gobierno de Ismael Montes, mediante aprobación del proyecto en la sala de sesiones del Congreso Nacional bajo la presidencia de Valentín Abecia el 28 de noviembre de 1906 y promulgada para que se tenga y cumpla como Ley de la república el 5 de diciembre de 1906. Diez años habían transcurrido para que Valentín Abecia, como presidente del Congreso, firmara la aprobación de la Ley de cuya necesidad imperiosa para el país había hecho referencia en su discurso en 1896 en la inauguración del Instituto Médico Sucre, cuando dijo *“con todo, es indispensablemente necesario que se organice un Consejo Nacional de Higiene o Junta Suprema de Salubridad y se de una Ley de Salud Pública”* según Juan Manuel Balcázar, sería la primera vez que se promulgaba una medida sanitaria con miras a la estructuración de una verdadera organización de la salud. Constituye, también, el inicio del proceso de organización de los elementos componentes, que con el tiempo se irían conformando del Sistema de Servicios de atención a la salud.

En la capital de cada departamento se crea un funcionario especial rentado que es el **Director de Sanidad del Departamento** y en la capital de cada

provincia o sección de provincia un **médico de sanidad** igualmente rentado con las siguientes principales atribuciones: 1) Velar por la sanidad pública del departamento o provincia de su jurisdicción respectivamente, 2) Cuidar del ejercicio legal de la medicina y farmacia y 3) Inspección periódica de las boticas.

En el segundo periodo presidencial de Ismael Montes se declara vigente la ley de Creación de la Dirección General de Sanidad (16-XI-1915) y pocos días después (25-XI-1915) se crean las Asistencias Públicas sostenidas por los tesoros departamentales y constituyendo “oficinas auxiliares de las policías de seguridad y del Servicio de Sanidad del respectivo departamento, dándoles las siguientes funciones: Prestar los primeros auxilios médicos quirúrgicos en los casos de accidente o enfermedad grave con servicios permanentes tanto de día como de noche, a domicilio en caso de enfermedad, en el mismo lugar en caso de accidente, así como en los consultorios de la asistencia, con carácter gratuito; organizar los servicios de vacunaciones, desinfección de domicilio y de análisis de bebidas y sustancias alimenticias y practicar las medidas de higiene dictadas por las autoridades públicas y de sanidad y colaborar a las municipalidades, para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas y de un modo particular de las afecciones venéreas.

Durante el constitucionalismo social Constitución Política del Estado de 1938, Promulgada por Germán Busch. En sus artículos: "Artículo 124.- Las autoridades controlarán así mismo las condiciones de seguridad y salubridad pública dentro de los que deberán ejercerse las profesiones o los oficios, así como las labores en el campo y las minas". Asimismo establecía el "Artículo 134.- Es deber primordial del Estado la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. El estado defiende los derechos del niño al hogar la educación y a la amplia asistencia cuando se halla en situación de abandono,

de enfermedad o de desgracia. El Estado encomendará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo a organismos técnicos adecuados”

En este periodo una serie de disposiciones tienden a crear la infraestructura para la atención a las madres y niños, así en Oruro) D.S. Mayo de 1943) de Víctor Andrade, se crea el Departamento Materno-Infantil de Asistencia Médica, del que deberán formar parte los consultorios prenatales, ginecología y consultorio de niños, y con fecha 23 del mismo mes se crea el cargo de Médico de Examen de salud y Carnet Sanitario en Oruro. Por D.S: del 31 de julio de 1946, en el periodo ministerial de Germán Monroy Block se dispone la construcción de la Maternidad y Casa Cuna en Santa Cruz de la Sierra, complementándose dicha disposición con otra (D.S. del 19 de septiembre) que destina recursos para dichas construcciones, con igual propósito (D.S: 3 de octubre) se destina el local y recursos para la construcción de la Maternidad y Casa Cuna en Tarija. El Decreto Supremo 2203 (septiembre 1951) en el periodo ministerial del Dr. Félix Veintemillas declara de necesidad y utilidad pública la expropiación del inmueble destinado a la construcción de la Maternidad y Casa Cuna de Tarija.

En el periodo nacionalismo revolucionario La constitución revisada por el Honorable Congreso Nacional Extraordinario en fecha 4 de agosto de 1961 (Gobierno de Víctor Paz Estensoro) por primera vez, en relación con las revisiones anteriores desde la Constitución de 1938 establece el derecho a la salud: *“Artículo 6: Toda persona tiene los siguientes derechos, fundamentales, Conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio: a) de conservar su Salud y su vida. Por lo demás no difiere de los preceptos ya consagrados en las Constituciones anteriores y “enfatisa la función del*

estado en el campo de la salud y otorgan cargo constitucional a los principios de la seguridad social”¹⁵

2.1.4.- LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1967

Promulgada por René Barrientos Ortuño, Presidente Constitucional de la república, en relación a la anterior de 1961 de Víctor Paz Estensoro en la primera parte de Derechos y Deberes fundamentales de la persona, en el Artículo 7 extiende sus alcances. Señalando “toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio:

a. A la vida, la salud y la seguridad (añade seguridad y b. A la Seguridad Social en la forma determinada por esta Constitución y las leyes (este inciso no figuraba en la anterior Constitución)”.

Los demás alcances de protección del Estado contenido en el régimen social y régimen familiar son los siguientes:

“Título Segundo. Régimen Social. Artículo 158. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y la rehabilitación de las personas inutilizadas, propenderá así mismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar. Los Regímenes de Seguridad Social se inspiraron en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión económica, oportunidad y eficiencia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgo profesional, invalidez, vejez y muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

¹⁵ Rulfo Oropeza Delgado. El derecho a la salud en las Américas. Capítulo Bolivia. OPS/OMS. Publicación Científica N° 509. Año 1989

Título Quinto, Régimen Familiar. Artículo 199. El Estado protegerá la salud física Mental y moral de la infancia y defenderá los derechos del niño al hogar y a la Educación, un Código especial regulará la protección del menor con la legislación Boliviana”.

La apertura de la democracia. En Bolivia, el gran cambio que da lugar a la apertura democrática, en el ordenamiento político, se inicia en 1982, con la entrega del poder del General Guido Vildoso al Dr. Hernán Siles Zuazo que es llamado del exilio para asumir la Presidencia de la República, que en las últimas elecciones se le había conferido constitucionalmente.

En este periodo se desarrolla el plan nacional de salud El objetivo de este plan es aumentar en el quinquenio la expectativa de vida al nacer en tres años, mediante acciones especialmente dirigidas a reducir la mortalidad materno infantil y la del grupo etéreo de 1 a 5 años con la consiguiente disminución de la morbilidad. Sus objetivos específicos se proponen 1) Ampliar la cobertura de los servicios de salud en un 20%, mejoramiento de la capacidad instalada normalizando en rendimiento en un 50% y creando nuevos servicios de salud en localidades de menores de 500 habitantes 2) Incentivar las actividades de salud del MPSSP relacionados con acciones de tipo sectorial 3) Obtener la coordinación de todas las instituciones del sector bajo la dirección del MPSSP y bajo un sistema nacional de salud único, buscando la integración de acciones y servicios de salud en una sola entidad. 4) Estimular la producción de los Institutos Nacionales de Salud y 5) Mejorar y complementar la infraestructura de salud.

Situación de la niñez en Bolivia.

Según el Censo de Población y Vivienda en Bolivia existen más de 4 millones de niños y adolescentes que representan el 44 por ciento de la población del país. A pesar de su importancia poblacional siguen siendo un sector vulnerable por múltiples factores. Entre ellos, la pobreza que afecta su calidad de vida, la salud, el acceso al agua potable, a la educación, la falta de políticas que garanticen el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Constitución y el nuevo Código sobre la niñez (Ley 548).

Bolivia es el país que más pueblos originario campesino tiene en Latinoamérica, en su gran mayoría estos pueblos se enfrentan a la desigualdad social y son considerados como los grupos vulnerables que más violaciones de derechos humanos sufren.

Los niños y niñas indígenas son los primeros en querer mejorar su condición de vida, no solo para ellos sino para toda su familia, pero sus oportunidades se ven limitadas por las inadecuadas infraestructuras que ofrece el gobierno. El consumo excesivo de alcohol y la violencia derivada del mismo ha sido un problema a lo largo de su vida, la alimentación es muchas veces insuficiente y no cuentan con infraestructuras mínimas de salud, por poner un ejemplo, en muchos casos el acceso a los hospitales cercanos es por vía fluvial.

Si bien se están realizando leyes a favor de la niñez sobre todo en educación y salud todavía queda mucho camino a seguir, el programa “desnutrición cero” establece como prioridad la disminución de la mortalidad infantil, sobre todo en el área rural, reducir el riesgo de contraer VIH – SIDA en adolescentes y disminuir la desnutrición principalmente en niños y niñas menores de cinco años, con énfasis en el menor de dos años, mujeres gestantes y lactantes, mediante la provisión de alimentación complementaria, atención prioritaria de enfermedades prevalentes, acciones de movilización, educación nutricional y promoción de soberanía alimentaria.

Sin embargo desde hace varios años el porcentaje de mortalidad neonatal se mantiene sin ningún cambio como una de las principales causas de muerte de los menores de cero años y según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), difundido en 2014 el 18 por ciento de las adolescentes de entre 15 y 18 años han sido madres.

La migración por pobreza rural hacia las ciudades se ha convertido en una nueva fuente de desintegración familiar, los niños, obligados por la situación de violencia o pobreza dentro del hogar abandonan sus viviendas para vivir en las calles, lo que vuelve a este tema como uno de los más complejos a solucionar, no solo implica una ruptura del espacio tradicional de desarrollo del niño, la familia la escuela, sino además una desestabilización en las bases del país.

Los niños de calle constituyen una población altamente vulnerable a sometida a riesgos como la explotación laboral, consumo de alcohol y drogas, delincuencia, trata y tráfico de personas, violencia sexual comercial y otros tipos de violencia.

En julio de 2014 el reelecto vicepresidente de Bolivia, Álvaro García Linera adopto una nueva ley sobre la niñez en el país, esta ley permite desde ahora trabajar a los niños a partir de los 10 años, la anterior legislación ponía un límite de 14 años, volviendo a Bolivia el primer país en legalizar el trabajo infantil a tan temprana edad, lo que viola muchos de los convenios internacionales firmados por el país.

Según las últimas estadísticas se conoce que por lo menos 27 % de los niños y adolescentes entre 5 y 17 años ocupan una actividad económica por lo menos una hora a la semana y que un 26.7% de niños menores de 14 años

realizan trabajos peligrosos ya sea por su naturaleza o por su condición, como por ejemplo el trabajo al interior de las minas.

Entre los hogares pobres las evidentes privaciones para la subsistencia familiar son la razón por la que los niños se ven obligados a insertarse en el mercado de trabajo a tan temprana edad, no es solo cuestión de trabajo sino de dignidad, aumentar la calidad de vida. Siendo esta la justificación del gobierno para el cambio en la legislación.

“Lamentablemente en el país no se cuentan con cifras actualizadas, pero según los últimos reportes el ochenta y tres por ciento de los niños, niñas y adolescentes son castigados física y psicológicamente lo que significa que tres de cada diez niños son víctimas de maltrato psicológico y seis de cada diez de maltrato físico y uno de cada cuatro de violencia sexual”¹⁶.

Siendo la mayor parte de ellos en el seno de la familia o en los lugares de trabajo, lo que dificulta la protección de las autoridades, ya que, la mayoría de las veces los hechos no son denunciados, estudios realizados en el país muestran también que el nivel de violencia ejercida depende de nivel de educación que recibieron los padres.

Si no se les dedica la necesaria atención, millones de niños y niñas seguirán atrapados y olvidados en una infancia caracterizada por el abandono y los malos tratos, con consecuencias devastadoras para su bienestar a largo plazo y el desarrollo del país.

Por tanto se realizara el análisis estadístico de la situación de la salud de niños según los datos del Ministerio de Salud y Deportes.

¹⁶ Humanium, 2014

La salud como parte del desarrollo.

El ser humano es producto y parte de la naturaleza. La salud es parte del desarrollo social y como tal, esta intrínsecamente ligada a las formas de las relaciones de producción, que va adquiriendo en el devenir de su historia y en su permanente interacción con la naturaleza. Por tanto, el análisis e interpretación del concepto salud, adquiere históricamente distintas consideraciones. En consecuencia, en la actualidad la salud es un problema social y su solución pasa a ser también social.

De esta aseveración se puede deducir, que la salud no es siempre de origen biológica, no depende exclusivamente del mundo de la sanidad, para integrarse al mundo social. La salud guarda relación íntima con el derecho social de toda persona a la vida y la dignidad de los ciudadanos, cualquier restricción en el acceso a los servicios sanitarios, es causa de exclusión social. El Estado debe ejercer la protección a este derecho.

2.2.- ATENCIÓN EN SALUD.

Siendo la salud un aspecto determinante en el desarrollo de las actividades cotidianas y para ejercicio mismo de todos los demás derechos humanos, es en ese sentido que la atención en salud es tan primordial, que además no solamente debe ser una simple atención sino que sea una atención efectiva, eficiente y que satisfaga las expectativas de los pacientes, en ese sentido es crucial realizar un análisis de los siguientes puntos.

2.2.1.- ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El acceso al SNS se inicia en los establecimientos del primer nivel de atención y brigadas móviles, brindarán atención de acuerdo a su capacidad

de resolución, en caso referirán al segundo o tercer nivel de atención que corresponda de acuerdo a la estructura de la red y a normas y protocolos de atención establecidos.

El acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel requiere de la referencia de los establecimientos de menor complejidad definidos por la red, excepto en los casos de emergencia.

El sistema de referencia constituye el conjunto de normas, procesos e instrumentos que garantizan el acceso a los diferentes niveles de atención en forma ordenada, sucesiva y complementaria.

2.2.2.- ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La salud es vista como un estado dinámico que es percibido de una forma diferente por cada individuo, relacionándose directamente con el entorno en donde se desarrolla; este concepto se puede complementar con el manejado por Alessandro Seppilli "Salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social"¹⁷. En nuestra investigación y para intentar determinar la situación de salud de los niños y niñas participantes, hemos integrado a este concepto los aspectos nutricionales y alimentarios, la disponibilidad y utilización de los servicios de salud, la morbilidad sentida, situación emocional, accidentes sufridos, los hábitos de sueño y descanso y el apoyo social recibido.

Todo modelo de atención integral de salud encarna el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas,

¹⁷ SEPPILLI, Alessandro. (citado en LOPATEGUI, Edgar. 2000). El concepto de salud. [En línea]. [Consultado el 13 de julio de 2009] disponible en: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>.

procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.

En tal sentido, un modelo de atención de salud describe el tipo de respuesta de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir. Es la "imagen-objetivo" de la atención de salud deseable o satisfactoria

Entonces se entiende la Atención Integral de Salud como: "la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad."¹⁸

La integralidad del modelo tiene varias dimensiones, entre las que cabe destacar las siguientes:

- **Las personas son el centro del Modelo de Atención**, no así los daños o enfermedades.
- **Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional**, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. La atención aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte natural.
- Para poder prestarle una atención adecuada, es necesario considerar a la **familia** como algo **diferente a la suma de sus miembros**. La

¹⁸ Modelo de atención integral, Ministerio de Salud, 2012

familia es la unidad fundamental del gran sistema social que representa la comunidad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde sus integrantes interactúan, formando sub-sistemas con factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia.¹⁹

- **La familia es el ámbito privilegiado** donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero”²⁰, por lo que es a ella la que se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país.
- **La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas** y la familia. Por ello, el abordaje de la atención debe integrar todos estos aspectos. Además constituye un escenario privilegiado para la interacción y la integración de personas y la familia.
- Los problemas de salud son asumidos desde una comprensión amplia y compleja. Por ello se procura el **abordaje intersectorial**, vinculando las intervenciones de los sectores de educación, vivienda, trabajo, transporte, etc. y los gobiernos locales, como una forma de responder

¹⁹ De la Revilla, L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Madrid: Doyma, 1994. Schor, E. Influencia de la familia en la salud infantil. Clínicas Ped. N.A. Vol. I. 1995.

²⁰ Smilkstein G. The Physician and Family Function Assessment. Fam. Systems Med. 1982. 2:263-278, 1984.

a las causas de los problemas de salud y no sólo a sus consecuencias.

- La atención integral en salud supone que las intervenciones de **promoción, prevención, recuperación y rehabilitación** son ofrecidas de manera integrada. Por ello, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinares (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos).
- La atención es continua en todos los niveles, ordenando de forma flexible los flujos de atención y de recursos, asegurando una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria. Esto implica una complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una red o microrred, y procesos de coordinación interinstitucionales. La continuidad de la atención supone lo siguiente:
 - a) Todos los servicios que recibe una persona tanto en el establecimiento como en otros espacios, ya sea referido a la promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, deben estar **relacionados e integrados** y, complementarse para atender a sus necesidades de salud.
 - b) Debe haber continuidad entre la atención que se recibe en un establecimiento de salud del primer nivel de atención y otros establecimientos de mayor complejidad. Este nivel de complejidad se consigue mediante la articulación funcional de establecimientos en redes de servicios y con la creación de mecanismos efectivos de referencia y contrareferencia.

2.2.3.- EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Se define como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicio de salud bajo la regulación del ministerio de salud y deportes²¹

Niveles de atención

El modelo de gestión del servicio nacional de salud establece la existencia de tres niveles de atención en salud:

Primer nivel de atención.- es el encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito y está conformada por las brigadas de salud, puestos de salud, centro de salud, policlínicos y poli consultorios

El segundo nivel.- comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de la medicina interna, cirugía, pediatría, gineco obstetricia, anestesiología, con servicios con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología; su unidad operativo son los hospitales básicos de apoyo.

Tercer nivel de atención.- está constituida por la atención ambulatoria de especialidad y sub especialidad los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidad.

Ministerio de salud

²¹ UDAPE 2007

Es el encargado de formular las estrategias, políticas, planes, programas y normas en salud a nivel nacional; las cuales son ejecutadas y supervisadas a nivel departamental por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) que dependen técnicamente del Ministerio de salud y deportes y administrativamente de la Prefectura o Gobierno Departamental .

Dentro de cada Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud (DILOS), que tiene por tarea el cumplimiento, implementación y aplicación de las políticas y de los programas de salud considerados prioritarios en el municipio, el DILOS está conformado por el Alcalde Municipal, el Director Técnico del SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia²². Y en el ámbito local corresponde a los establecimientos de salud de área y a las brigadas móviles hacerse cargo de la prestación de los servicios. Estas instancias de gestión y los establecimientos de salud conforman tres Redes de Salud, la primera es la Red de Salud Municipal conformada por los establecimientos de Primer y Segundo Nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Gerente de Red nombrado por el respectivo DILOS. La Red de Salud Departamental conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del Tercer Nivel de atención del departamento, la responsabilidad de esta red recae sobre el Director Técnico del SEDES.

La Red Nacional de establecimientos de salud está conformada en total por los 2167 establecimientos de salud de Bolivia, de estos el 93% corresponden al primer nivel de atención, el 5% al segundo nivel y el 2% al tercer nivel. Los

²² El Comité de Vigilancia (control social) es un órgano conformado por un representante del Distrito Municipal y por las Organizaciones Territoriales de Base, y tiene las atribuciones de vigilar que los recursos municipales sean invertidos equitativamente entre la población urbana y rural, de pronunciarse en la elaboración de presupuestos y en la rendición de cuentas del Gobierno Municipal.

que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONG's.²³.

2.2.4.- SEGURO INTEGRAL DE SALUD

“El Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, cuya misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual conforme a la Política Nacional, aseguramiento universal en Salud, promoviendo el acceso con equidad de la población vulnerable y en situación de extrema pobreza”²⁴.

El alto costo económico que implica el hecho de acceder a los servicios de salud, es considerado como la principal fuente generadora de estas inequidades. En general, los más pobres carecen de alguna fuente de aseguramiento y ante alguna necesidad de salud deben cubrir los gastos con recursos propios y en casos extremos simplemente no acceden a servicios adecuados.

Dentro del sistema de salud boliviano existe la modalidad de seguros públicos de salud gratuitos las prestaciones enmarcadas dentro de estos seguros son determinadas por el Ministerio de Salud y Deportes y se ofrece de forma gratuita a toda la población, a través del sector público y los establecimientos de seguridad social, sin embargo en la práctica estas prestaciones están dirigidas con prioridad a la población más pobre no asegurada.

El SIS administra los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual en forma de subsidio público en favor de los más pobres, para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud.

²³ El sistema de salud boliviano *Sídney Edson morales medina*

²⁴ Seguro integral de salud *Almendra Vayolet Coarite*

En la actualidad lo que ocurre es que de la población que vive en situación de pobreza, el SIS tiene como prioridad a mujeres embarazadas Niñas y niños hasta los cinco años de edad y mujeres y hombres a partir de los sesenta años de edad. La población adulta tiene ahora una variación importante, en el contexto de la promoción del Estado de una política de servicio integral de salud. Sus estrategias de cobertura dependen de la capacidad de identificar a su población objetivo, reduciendo las filtraciones y el subsidio cruzado.

2.2.5.- SEGURO UNIVERSAL DE SALUD INFANTIL

En Bolivia el seguro de salud infantil ha sido creado en la presidencia de GONZALO SANCHES DE LOZADA mediante Ley de 21 de noviembre de 2002 en el cual se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito para otorgar las prestaciones en salud en los niveles de atención del sistema nacional de salud y el sistema de seguridad social a corto plazo en esta ley se beneficia a los niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad siendo una de las primeras formas de seguro materno infantil (SUMI). La afiliación de este sistema estaba a cargo de los establecimientos de salud de forma gratuita, dichos establecimientos remitían al Gobierno Municipal de su jurisdicción un informe de los afiliados.

Las prestaciones del SUMI brindaba los servicios de salud a la mujer embarazada desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posterior al parto y al menor de cinco años a través de la atención ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médicos y quirúrgicos: así mismo, provee de insumos, medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales.

2.2.6.- MENORES DE EDAD

La Constitución Política del Estado Plurinacional en su Artículo 58 considera menor de edad a las niñas, niños y adolescentes “Se considera niña, niño o adolescente a toda persona menor de edad”²⁵

Niño/ niña y adolescente: según el Código Niña, Niño y Adolescente se considera primera infancia a las niñas y niños comprendidos desde su nacimiento hasta los cinco (5) años, e infancia escolar a las niñas y niños comprendidos entre las edades de seis (6) a doce (12) años y adolescentes, desde los doce (12) años hasta los dieciocho (18) años cumplidos

2.2.7.- TIPOS DE PRESTACIONES EN SALUD INFANTIL

Señala el reglamento a la Ley 475 del sistema de salud integral Decreto Supremo N° 1984 en su Artículo 7, el ministerio de salud, deberá reglamentar y actualizar al menos cada dos años las prestaciones en salud, estas prestaciones deberán enmarcarse en las normas nacionales de atención clínica y de promoción de la salud desarrolladas por el ministerio de salud. Los medicamentos destinados a la atención de beneficiarios se enmarcan exclusivamente en la lista de medicamentos esenciales.

Atención ambulatoria.-

“Las prestaciones para la atención ambulatoria son aquellas que no demandan la internación del paciente y pueden ser desarrolladas, según capacidad resolutive, en consultorios externos de medicina general o de especialidades, en servicios de emergencias, en el domicilio del paciente,

²⁵ CPE Art. 58

durante visitas comunitarias programadas, internaciones de tránsito (Periodos inferiores a 24 horas) para estabilización del paciente que debe ser referido a un hospital o durante el traslado del mismo”²⁶. Las prestaciones para la atención del paciente internado estarán limitadas a Establecimientos de Salud equipados con camas de internación, Hospitales de segundo nivel y Hospitales de tercer nivel de atención. Estos establecimientos de salud podrán aplicar además las prestaciones consideradas ambulatorias cuando éstas se presenten durante la internación del paciente.

Atención de Internación.-

“Las prestaciones para la atención de internación, son aquellas que requieren que el paciente ocupe una cama, cuna o incubadora del servicio de salud que realiza la atención por un periodo mayor a 24 horas, para el cumplimiento de actividades y procedimientos clínicos o quirúrgicos que no pueden ser desarrollados de manera ambulatoria”²⁷

Las prestaciones para la atención ambulatoria y de internación, fueron agrupadas a su vez en los siguientes subgrupos, tomando en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) o características comunes entre ellas:

- Consulta médica y actividades preventivas
- Atención de Enfermedades infecciosas y parasitarias
- Atención de Infecciones de transmisión sexual
- Esquemas de tratamiento del VIH/SIDA
- Atención de Enfermedades de la sangre
- Atención de Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas
- Atención de trastornos mentales y del comportamiento

²⁶ Manual de Aplicaciones de Prestaciones del SUMI

²⁷ Manual de Aplicaciones de Prestaciones del SUMI

- Atención de la violencia y sus efectos
- Atención de traumatismos y envenenamiento/emergencias y urgencias •
Atención de enfermedades del sistema nervioso
- Atención de enfermedades del ojo y sus anexos
- Atención de enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- Atención de enfermedades del sistema cardiocirculatorio
- Atención de Enfermedades médicas del sistema digestivo de tratamiento no quirúrgico
- Atención de enfermedades del sistema respiratorio
- Atención de enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo
- Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo
- Atención de enfermedades del sistema génitourinario
- Atención del Embarazo parto y puerperio
- Anticoncepción
- Atención de Afecciones perinatales
- Atención de prestaciones complementarias a la atención neonatal
- Atención de prestaciones quirúrgicas
- Atención odontológica • Atención de prestaciones de Anestesiología
- Atención de prestaciones de fisioterapia
- Atención de otras prestaciones y procedimientos complementarios a la atención

Identificación de la Prestación.-

La prestación está identificada con la actividad preventiva, el nombre del diagnóstico o el nombre del procedimiento correspondiente. Las prestaciones están directamente relacionadas con los Protocolos Clínicos. Cuando se trate de atenciones comunes a los diferentes grupos de beneficiarios (Ej. Resfrío común, parasitosis, diarreas, etc.), el personal de salud debe considerar la

prescripción de medicamentos e insumos de acuerdo a las características particulares del paciente que solicita la atención (Edad, embarazo, etc.).

2.2.8.- CLASIFICACIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS

Centros de salud y consultorios médicos

Al Centro de Salud se podría definir como las estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud, coordina, globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo.

De acuerdo con los servicios que brindan y su nivel de complejidad, los establecimientos del Sistema Nacional de Salud son de primer (Centros de Salud), segundo (Hospitales con 6 especialidades), tercer (Hospitales con múltiples especialidades) y cuarto nivel de atención (Institutos Especializados en diferentes patologías, como el Instituto del Tórax)²⁸.

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, contribuye a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de personas, familias y comunidades, mediante las funciones de atención. Este nivel está conformado por puestos y centros de salud, tanto en las áreas urbanas y rurales, es el primer lugar donde la población debería acudir cuando sienten cualquier tipo de malestar.

El segundo nivel de atención es la instancia de referencia de los establecimientos de primer nivel de atención, tiene mayor capacidad resolutive porque ofrece servicios en Medicina General, odontología y

²⁸ Ministerio de Salud y Deportes

especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología y otras especialidades de acuerdo con el perfil epidemiológico local y avalado técnicamente por el Servicio Departamental de Salud (SEDES). Cuenta con unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día durante los 365 días del año. Se articula con el primer y tercer nivel mediante el componente de referencia y contra referencia.

El tercer nivel es la instancia conformada por hospitales generales y de especialidades, tiene mayor capacidad resolutive de la Red Funcional de Servicios. Su misión es resolver problemas de salud de la persona, familia y comunidad. Ofrece servicios médico quirúrgicos ambulatorios y de hospitalización en especialidades, subespecialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local y avalado técnicamente por el SEDES. Cuenta con unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día, durante los 365 días del año.

2.2.9.- LOS HOSPITALES EN LA HISTORIA

Los hospitales que se habían ido creando según la orden Real de Carlos V a los Virreyes, Audiencias y Gobernadores “que con especial cuidado provean que todos los españoles e indios de sus provincias y jurisdicciones se funden hospitales donde sean cuidados los pobres, enfermos y se ejercite la caridad cristiana”.

En La Paz en 1551 se había fundado el Hospital San Juan Evangelista, que estaba situado al costado del Convento de San Francisco, la dirección y administración corría a cargo del Cabildo y su asistencia a cargo de los hermanos Franciscanos para españoles e indios. En 1807 en la misma ciudad de La Paz se entregó al servicio público el “Hospital Loayza”, llamado en un comienzo “San José”, fue fundado con fondos del filántropo General José Ramón de Loayza en el sitio ocupado por el barrio de Nazareno primero, después por el Colegio La Salle y actualmente por la Carrera de Derecho de la Universidad de San Andrés; en 1555 se construyó otro hospital en la ciudad de La Paz por los españoles, que se denominaría “San Lázaro Bienaventurado”, muchos años después “Landaeta”, estaba situado más o menos en la actual Avenida Camacho y casas adyacentes, en ambos costados entre las calles Loayza y Bueno.

En Chuquisaca, en 1559, por decisión del Cabildo obedeciendo a la presión del vecindario de la Plata (después Charcas, hoy Sucre), se encargó a los canónigos Miguel Serra y Juan Ramos, la construcción en los cuatro solares, contiguo a la Iglesia de Santa Bárbara (originalmente Hermita de Santa Bárbara) del Hospital Real de Santa Bárbara. A partir del año 1563 empezó a funcionar a cargo del Mayordomo el Presbítero Bachiller, Hernán Gutiérrez de Palacios, responsable ante el Cabildo; en 1891 Fray Mariano Alarcón, Prior y Hermano Mayor del Hospital, presentó el primer Reglamento de Hospitales, para ser nombrado en el cargo.

En 1620 se fundó el Hospital de San Rafael por el Arzobispo de La Plata y la Gobernación, en el pueblo de Quila-Quila, importante desde el incario y la Colonia por sus aguas termales, próximo a la ciudad de Sucre.

En Potosí el año 1555 se fundó el Hospital Real de Naturales, de Mitayos, de la Santa Cruz, de Betlehemitas o de Belén. Son los nombres que

corresponden a la misma institución y que sufrieron dichas variaciones en diferentes épocas de su existencia. El Hospital San Juan de Dios de españoles, fundado en 1610, por el Hermano Francisco Romero, aun cuando no se hallaba dotado por el Rey, funcionó en su primitivo local hasta 1936, año en que se trasladó al nuevo Hospital Daniel Bracamonte. Diego de Mendoza, en el periodo del auge de la Colonia, informó que en 1609 sobrevino una vigorosa peste de indios en aquella Villa (Potosí), a la que los médicos llamaron Mal de Brasil, que había terminado con la vida de gran cantidad de naturales, por cuyo motivo se establecieron en Potosí, 14 hospitales para las 14 parroquias, en los cuales se curaban diariamente de 2 a 3 mil indios, habiéndose conjurado la epidemia.

En 1700 llegaron a la Villa Imperial a cargo del reverendo Padre Fray Rodrigo de la Cruz, los Betlehemistas, con doce religiosos que se instalaron en el hospital. Esta orden tenía la especialidad de organizar hospitales y atender enfermos. Cada convento era un hospital o viceversa. Se constituyeron en el Centro Director de los Servicios Hospitalarios del Alto Perú y el Virreinato de Buenos Aires, impartían órdenes y autorización para la fundación de Hospitales. En 1761 uno de ellos fue llamado para fundar el Hospital de Córdoba. Esta función reguladora y normativa, de habilitación, acreditación y categorización, de hace tres siglos fue olvidada hasta hace muy poco en que se pone en vigencia, con grandes dificultades la Acreditación de Hospitales.

En Cochabamba en 1582 fue fundado el Hospital de *“San Salvador”*, ocho años después de la fundación de la ciudad por Don Martín Hernández de Zamora, benefactor, a la altura de la antigua calle *“San Juan de Dios”*, hoy Esteban Arce, que por su desnivel fue el antiguo cauce del río. En Mizque, ciudad veraniega y de descanso, llamada de los *“quinientos girasoles”*, residencia preferida de obispos, terratenientes acaudalados y aristocráticas familias, en 1608 el capitán Don Juan de Montenegro fundó el Hospital con el

nombre de Santa Bárbara que se cambió de nombre con el de San Juan de Dios que se conservó hasta 1930, en el que tomó el nombre de Adolfo Flores Suárez, médico cruceño, Ministro de Gobierno y Director General de Sanidad, en homenaje a su preocupación del saneamiento de Mizque asolado por el paludismo. Ahora lleva el Hospital de Mizque el nombre de un ilustre profesional de la localidad. En 1808 al fallecer Don Francisco de Viedma y Narváez, en Cochabamba dejó sus casas y quintas de la Villa y su finca de “*Chullpas*” de Cliza para el Hospital que ahora lleva su nombre en su homenaje.

En Santa Cruz de la Sierra, en la ciudad de San Lorenzo Real de la Frontera, cabecera de la gobernación, se fundó en 1630 un hospital de precaria existencia, más un centro de beneficencia que un verdadero centro sanitario. En 1816 se fundó el primer Hospital Militar en Santa Cruz después de la sangrienta Batalla de Pari que perdieron las fuerzas patriotas y en la que Ignacio Warnes, murió gloriosamente.

Estuvo en funciones hasta 1832, ocupó las calles de Florida y Arenales. En Tarija en 1632 se fundaba el Hospital Juan de Dios por iniciativa del filántropo Don Pedro Fernández de Tordoya. Los hospitales que estaban prestando servicios durante la Colonia y que habían sido visitados por el año 1638 por Fray Antonio de la Calancha, según sus observaciones al parecer dejaron de ser el depósito de enfermos para cuidarlos y ejercitar la caridad cristiana para el bien morir como originalmente fueran concebidos. Al decir que “en los hospitales **curaban** sus enfermos, con **regalo**, porque a los indios con poco les sobra y sus medicinas de yerbas simples son de mejor salud para ellos que nuestras drogas de botica”, ya expresaban la idea de centros de tratamiento y cuidado de enfermos en que poco a poco se fueron transformando. Para Michel Foucault, no se trató, en el proceso de transformación de los hospitales en Europa, de medicalizar el hospital, sino

de purificarlo de los efectos nocivos que ocasionaban dos situaciones las más frecuentes; primero, que las enfermedades podían propagarse a la ciudad que dio origen a la concepción de las salas de aislados y segundo al desorden, financiero, social y organizativo que era como perpetuo. La introducción de mecanismos reguladores disciplinarios en el espacio confuso del hospital, que iba a ver después con las disposiciones para la elaboración del reglamento, permitió su desarrollo como medio terapéutico.

2.2.10.- HOSPITALES DEL NIÑO

El hospital del niño fue fundado en La Paz el año 1948 con asesoramiento de la OPS y UNICEF juntamente con la Sociedad Boliviana de Pediatría, el año 1965 durante la presidencia del Gral. Alfredo Ovando Candia y como cogobernante del Gral. Rene Barrientos Ortuño, en ese periodo surgió una política de defensa de los intereses del niño boliviano.



CAPITULO III

ANÁLISIS NORMATIVA SOBRE PRESTACIONES EN SALUD PARA MENORES DE EDAD

3.1.- LA SALUD INFANTIL UN DERECHO HUMANO

Los derechos son facultades naturales, sociales y legales que tiene la persona para hacer y exigir legítimamente determinadas acciones orientadas a su propio beneficio, además los derechos como ser humano el niño en su calidad de tal tiene otros derechos especiales.

“El derecho a la salud del niño y el joven es un derecho natural un derecho social y un derecho legal”²⁹.

Para los niños, el derecho a la salud es vital porque son seres vulnerables, más expuestos a las enfermedades y a las complicaciones de salud. Al proteger a los niños de la enfermedad, éstos podrán llegar a la edad adulta con buena salud y contribuir así al desarrollo de sociedades más dinámicas y productivas.

La Constitución Política del Estado otorga trato preferente y especial a los niños el hecho que el Código Niña, Niño, y Adolescente otorgue un trato especial a los menores garantizando a recibir atención, diagnóstico y tratamiento especializado y rehabilitación prevalente no es más que el mandato constitucional en aras de lograr que los menores de edad sean adecuadamente protegidos por el estado con el objeto de garantizar sus derechos a la salud.

²⁹ El Niño Sano, Posada. Gómez. Ramírez. Tercera edición editorial médica panamericana 2005 pag. 92

Estas ampliaciones conceptuales y reconocimientos explícitos de nuevos derechos buscan mejorar las condiciones de los distintos sectores de la sociedad.

La salud, como derecho, no siempre ha sido reconocida por las sociedades y gobiernos como un atributo humano universal e inherente a la persona humana. Se conceptualiza que éste derecho "forma parte de los derechos sociales (capítulo Quinto, Sección I, C.P.E). Su reconocimiento va a depender de determinadas condiciones socio históricas, de las relaciones de fuerza que se establecieron en diferentes períodos históricos y en determinadas naciones, a partir de las capacidades de lucha de los excluidos"

Además de estos documentos existe a nivel mundial otra serie importante de instrumentos jurídicos que los Estados están llamados a cumplir de acuerdo con el principio de buena fe (IIDH). Es decir, no obligan jurídicamente a las partes que los adoptan, sino que tienen un valor de fuente secundaria o subsidiaria, estableciendo principios, objetivos y metas sobre aspectos específicos de la protección de derechos humanos. En el caso de la salud, se destaca la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, sancionada en 1946, como primera norma internacional que consagra expresamente el derecho a la salud, definiéndola como el "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades"³⁰. Esta concepción se reafirma y desarrolla en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (ONU, 1978), donde se establecieron los principios y metas rectoras de las políticas en salud y se fijó, como prioritaria, la lucha contra las causas de las enfermedades en los lugares de vida y de trabajo de las poblaciones. Y las que se menciona dentro de nuestra legislación boliviana.

³⁰ OPS, 2002, p.28

3.2.- LEGISLACIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA SALUD EN MENORES DE EDAD.

3.2.1.- Convención sobre los Derechos del Niño (1990).

Artículo 24.

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- a. Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;*
- b. Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;*
- c. Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;*
- d. Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;*
- e. Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;*

- f. Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.*
- 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.*
- 4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo*

Esta norma internacional establece básicamente una atención integral en la salud a la niñez, y a la firma del presente instrumento internacional al cual Bolivia es estado parte, tienen la obligación de legislar dentro de su país sobre la protección de los derechos de salud que tienen todos niños y niñas, esta norma internacional tiene el objeto de proteger la vida de todos los menores para evitar la mortalidad, enfermedad, y todo tipo de dolencias físicas que afectan el desarrollo normal de los menores que se encuentran en proceso de desarrollo.

3.2.2.- Declaración Universal de Derechos Humanos.

Artículo 25.

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

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Este instrumento legal internacional es tan fundamental que establece los derechos humanos, en especial el derecho a la salud de todo ser humano, además estableciendo de manera fundamental la atención más preferente en la salud a todas las madres y menores, ya que considera que la salud es fundamental para el desarrollo y desenvolvimiento efectiva de la vida del ser humano, para ello es tan fundamental esta norma internacional que básicamente es la fuente para la creación de Leyes que protejan la vida de todos los menores de edad.

3.2.3.- Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

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

Esta norma internacional establece el derecho que tiene todo ser humano al goce de un alto nivel de salud tanto física como mental, asimismo establece taxativa y prioritariamente la atención preferente en la salud a los menores de edad a objeto de evitar la mortalidad infantil y para un sano desarrollo de la niñez.

3.3.- Constitución Política del Estado.

Artículo 58.

Se considera niña, niño, adolescente a toda persona menor de edad, las niñas, niños, adolescentes son titulares de los derechos reconocidos en la constitución... y de los derechos específicos inherentes a su proceso de desarrollo.

Básicamente este artículo establece a quién se considera menor de edad, de lo que se puede deducir que las niñas, niños y adolescentes son considerados como tal, concordante con otro artículo que establece menor de edad a que tienen 18 años para abajo.

Artículo 59.

I. Toda niña, niño, adolescente tiene derecho a su desarrollo integral.

Este artículo es trascendental porque establece el desarrollo integral de todo menor de edad, que involucra toda la atención en la recreación, educación, alimentación y por sobre todo en la salud.

Artículo 60.

Es deber del estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados.

Lo que establece este Artículo es muy importante porque instituye el principio del interés superior de la niñez y la adolescencia como un derecho, que además señala que su cumplimiento está supeditada al Estado, la sociedad y la familia, que tienen la obligación de hacer prevalecer los derechos de los menores la protección, la priorización de atención en todos los servicios públicos y privados. Básicamente es la base para establecer todo tipo de protección necesaria para los menores de edad, por lo que en nuestra economía jurídica es la base fundamental para adoptar decisiones jurisdiccionales más favorables al menor.

Artículo 18.

I.- Toda persona tiene derecho a la salud.

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

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

El Artículo 18 es fundamental, establece el derecho a la salud que tiene toda persona, asimismo señala que el Estado tiene que garantizar el acceso a la salud sin exclusión ni discriminación, por lo que el sistema que pregona es que sea universal, gratuito, participativo, etc., por lo que este artículo se convierte en la base para la creación de muchas normas en materia de salud, asimismo sirve de fundamento y sustento de dichas normas.

Artículo 35. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas y orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Este artículo establece una obligación al Estado para la implementación de políticas públicas de salud que deben tener la orientación de mejorar la calidad de vida, asimismo establece la gratuidad de la prestación de los servicios de salud.

Artículo 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 priorizara la promoción en salud y la prevención de las enfermedades.

Es fundamental este artículo porque indica como la primera responsabilidad financiera del Estado la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud, por lo que el Estado debe mínimamente cubrir con el sistema de salud integrar a los sectores más vulnerables de la sociedad.

3.4.- LEY N.- 475. (LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL)

ARTÍCULO 5. (BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS). *Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:*

- 1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.*
- 2. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.*
- 3. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.*
- 4. Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.*
- 5. Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD.*

6. *Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.*

Este Artículo de la ley 475 identifica quiénes son los beneficiarios, y conforme se puede evidenciar no están contemplados los menores de edad hasta los 18 años, solo establece de nacido hasta los 5 años, por lo que existe una discriminación a un sector de los menores de edad.

ARTÍCULO 8. (FINANCIAMIENTO). *La protección financiera en salud será financiada con las siguientes fuentes:*

Fondos del Tesoro General del Estado.

1. *Recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000.*
2. *Recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal.*
3. *Recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.*

El Art. 8 establece el financiamiento que realiza el Estado, por lo que es base fundamental para proponer la ampliación del sistema de salud integral a todos los menores de edad.

3.5.- LEY N.- 548.(CODIGO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE)

ARTICULO 18 (DERECHO A LA SALUD).- *Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo, físico mental y social. Asimismo, tiene derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones en su salud.*

Este mandato establecido en el Art. 18 sostiene de manera taxativa que todos los menores de edad, es decir niñas, niños y adolescentes tienen derecho a servicios de salud gratuitos, por lo que es un mandato más avanzado con relación a la Ley 475, e incluso base para la ampliación del sistema de salud integral de salud a favor de todos los menores de edad hasta los 18 años.

ARTICULO 19 (ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD).- *El Estado a través de los servicios públicos y privados de salud, asegurará a niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación con acciones de promoción, prevención, curación tratamiento, habilitación, rehabilitación y recuperación en los diferentes niveles de atención.*

El Artículo 19 al indicar el acceso universal de salud, obliga al Estado a través de los servicios públicos y privados a brindar salud a niñas, niños y adolescentes. Empero lo más importante de este artículo es la no discriminación a los menores de edad en la prestación de los servicios de salud, por lo que nuevamente es mucho más proteccionista la presente Ley del Código Niña, Niño y Adolescente, que contradice lo establecido por la ley 475 de 30 de Diciembre de 2013.

CAPITULO IV

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

4.1.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Conforme al diseño de la investigación, se realiza el trabajo de campo consistientes en entrevistas y encuestas, desarrollamos los resultados obtenidos de acuerdo a la metodología y las técnicas aplicadas para el efecto, asimismo es importante mencionar que los resultados serán interpretados conforme a los datos que contienen, las respuestas absueltas por los sujetos que han sido objeto de la aplicación del presente trabajo de campo.

4.1.1.- Resultado de las Entrevistas

La técnica de la entrevista fue preparado, mediante un sistema de preguntas que tiene el objetivo de obtener las respuestas que se busca para la sustentación fáctica del presente trabajo, por lo que se ha formulado las entrevistas a entendidos de la materia que además fungen cargo de jerarquía en las instituciones que se mencionan en el cuadro de preguntas que a continuación detallamos.

PREGUNTA 1			
<i>1. ¿Qué opinión merece la normativa legal existente en nuestro país con relación a la salud en favor de los menores de edad, es suficiente o insuficiente?</i>			
Dr. Edgar Tarquino Director del Hospital de la ciudad de El Alto	Ing. Ana Ingrid Cojintes Bustillos Responsable de Salud del G.A.M.V.	Dr. Primo Gonzalez Olivia Director de salud del Centro Huayna Potosi El Alto	Dra. Carmen Huanca. Directora de Salud del Municipio de Viacha

<p>RESPUESTA.- La normativa no es suficiente debido a que algunas enfermedades no están contemplados como el cáncer o leucemia y es de manejo de tercer nivel. En nuestro hospital no hay mayor problema por ser de segundo nivel en menos de cinco años.</p>	<p>RESPUESTA.- Es insuficiente debido a que se tiene una etapa etaria vulnerable que es a partir de 5 a 18 años.</p>	<p>RESPUESTA.- Se debe revisar la ley 475, no quiero decir que es insuficiente pero si debe ser integral, universal y con insumos suficientes.</p>	<p>RESPUESTA.- Es insuficiente porque todos los bolivianos merecemos una atención médica gratuita porque no todos contamos con recursos económicos, algunas familias solo tienen ingresos para llevarse el pan de cada día a sus hogares.</p>
--	---	---	--

Los entrevistados han manifestado que el sistema actual de las prestaciones de salud en favor de los niños no es suficiente, en vista de que aún no están contemplados de manera general algunas enfermedades como cáncer, leucemia y otros, asimismo entre otras opiniones revelan que los niños y adolescentes de 5 a 18 años no están cubiertas con el seguro de salud gratuito, porque las prestaciones en salud integral debe ser como su nombre señala "integral", además conforme a la Constitución Política del Estado debe ser universal, es decir para todos. En ese contexto se puede concluir que la normativa legal existente referente a la salud de los menores no es suficiente y que se necesita su reestructuración, acorde a nuestra Norma Suprema.

PREGUNTA 2

2. ¿Ud. Considera como un sector vulnerable dentro de la sociedad a los menores de edad, es decir niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años de edad?

<p>Dr. Edgar Tarquino Director del Hospital de la ciudad de El Alto</p>	<p>Ing. Ana Ingrid Cojintes Bustillos Responsable de Salud del</p>	<p>Dr. Primo Gonzalez Olivia Director de salud del Centro Huayna Potosi</p>	<p>Dra. Carmen Huanca. Directora de Salud del Municipio de Viacha</p>
--	---	--	--

	G.A.M.V.	Alto	
RESPUESTA.- Siendo un sector vulnerable hasta los 18 años en El Alto se tiene el seguro escolar que cubre patologías más urgentes, se debe mejorar incluyendo al seguro de salud a este grupo vulnerable.	RESPUESTA.- Si, ya que a esta edad existe programas de salud que no se puede descargar como el seguro de la ley 475, así que esta edad debería prever también, existe mucho riesgo, es muy vulnerable esta edad y hay que entrar en el desarrollo de ellos en que se encuentra,	RESPUESTA.- Son grupo vulnerable pero también son grupo vulnerable los adultos mayores y aquellos sectores y grupos de ingresos económicos bajos.	RESPUESTA.- Si porque con todas las cosas que están pasando a nuestro niños y adolescentes como por ejemplo el maltrato a los niños y adolescentes las mismas que son físicas psicológicas y algunos están propensos a la trata y tráfico, etc. Porque estos son grupos etarios muy vulnerables.

Los entrevistados nos revelan que los menores de 18 años son miembros de la sociedad considerados vulnerables en vista de que son propensos a maltratos tanto físicos como psicológicos, asimismo han señalado que falta programas para que todos los menores de edad, tanto niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años gocen del sistema de salud integral gratuito. Por lo que según las opiniones de los entrevistados se puede concluir que existe un vacío jurídico, la falta de normas que regulen la implementación de la salud integral para todos los menores de edad.

PREGUNTA 3

3. ¿Qué opinión merece la propuesta de ampliación del servicio de salud integral a niñas, niños y adolescentes, hasta los 18 años de edad, dentro del marco de la Ley 475 de 30 de diciembre del 2013?

Dr. Edgar Tarquino Director del Hospital Korea de la ciudad de El Alto	Ing. Ana Ingrid Cojntes Bustillos Responsable de Salud del G.A.M.V.	Dr. Primo Gonzalez Olivia Director de salud del Centro Huayna Potosi El	Dra. Carmen Huanca. Directora de Salud del Municipio de Viacha
--	---	---	--

		Alto	
RESPUESTA.- Me parece que es buena y para evitar desbalances en las prestaciones y sostenimiento debe ser gradual.	RESPUESTA.- Es bueno debido a que el municipio de Viacha cuenta con el seguro estudiantil y se le ha visto que siendo gratuito los mismos estudiantes se informa y piden un seguro general.	RESPUESTA.- Ampliación no, si un sistema universal de salud en beneficio de toda la población.	RESPUESTA.- Me parece una propuesta positiva la ampliación de la Ley 475 hasta los 18 años porque es menester llegar a cubrir con la salud a todo los bolivianos.

A la pregunta, los entrevistados han señalado y considerado la propuesta de muy positiva, y que debe implementarse de manera gradual, señalaban que es necesario que los estudiantes gocen con un seguro gratuito de salud a objeto de garantizar el bienestar y la salud de los mismos en edad escolar, por otro lado un entrevistado señalaba que no solamente es necesario una ampliación sino un sistema de salud absolutamente para todos los bolivianos, empero califica de positiva la propuesta. De lo que se puede concluir que los encargados de las instituciones manifiestan la necesidad de la implementación a objeto de cubrir y proteger la salud de un sector vulnerable que aún no está contemplado dentro marco de la Ley 475.

PREGUNTA 4			
<i>4. ¿Usted considera acertado que el Estado brinde servicio de salud integral gratuito a los niños niñas y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad? Y porque?</i>			
Dr. Edgar Tarquino Director del Hospital de la ciudad de El Alto	Ing. Ana Ingrid Cojintes Bustillos Responsable de Salud del G.A.M.V.	Dr. Primo Gonzalez Olivia Director de salud del Centro Huayna Potosi El Alto	Dra. Carmen Huanca. Directora de Salud del Municipio de Viacha
RESPUESTA.-	RESPUESTA.-	RESPUESTA.-	RESPUESTA.-

Si, ya que es el futuro de nuestra sociedad.	Sí, porque la Salud es un derecho y si queremos una Bolivia productiva, nuestros niños tienen que estar protegidos con vacunas y suplementos, salud oral, salud promocional y tradicional.	Considero que se debe brindar una atención en salud integral y así como lo requiera el usuario en busca de la satisfacción de sus necesidades sentidas en salud.	Es obligación del Estado brindar la salud integral no solo a niños y adolescentes, debe cubrir a todos porque todos merecemos una calidad de vida con una atención eficiente y eficaz en los establecimientos de salud.
--	--	--	---

Las respuestas son unánime en señalar que el Estado tiene la obligación de brindar atención de salud integral gratuito para todos los bolivianos pero con prioridad a los niños, niñas y adolescentes porque es un derecho fundamental establecido en la propia Constitución Política del Estado. De lo que se puede concluir que los entrevistados como responsables de las instituciones no ven con ojos negativos la propuesta de ampliación de la atención de salud integral para todo los menores de edad, asimismo sostienen que el Estado está en la obligación de establecer dicha prestación por ser un derecho fundamental y humano, que además la propia Constitución establece como su primera responsabilidad financiera, más aun tratándose de menores de edad.

PREGUNTA 5

5. ¿Tomando en cuenta la infraestructura, equipamiento y personal médico con que cuentan los actuales nosocomios, diga Ud. con que falencias tropezaríamos en el supuesto de la ampliación del servicio integral de salud gratuito para los menores de edad hasta los 18 años?

Dr. Edgar Tarquino Director del Hospital de la ciudad de El Alto	Ing. Ana Ingrid Cojntes Bustillos Responsable de Salud del G.A.M.V.	Dr. Primo Gonzalez Olivia Director de salud del Centro Huayna Potosi El	Dra. Carmen Huanca. Directora de Salud del Municipio de Viacha
--	---	---	--

		Alto	
RESPUESTA.- Las falencias actuales son la parte administrativa para conseguir medicamentos, aumentos de personal médico, paramédico, mejorar la infraestructura.	RESPUESTA.- Ningún problema ya que nuestros establecimientos tienen el equipamiento y los medicamentos necesarios.	RESPUESTA.- Es integral y de acuerdo a competencias institucionales es importante: infraestructura, equipamiento, insumos, personal de salud, que de momento es insuficiente y no equivalente al crecimiento vegetativo.	RESPUESTA.- Haciendo un análisis el tropiezo sería en todos los aspectos que menciona, porque se aumentaría las atenciones en los establecimientos de salud y quizás se recomendaría la actualización de los equipos médicos de acuerdo al nivel de atención.

A la pregunta los entrevistados sostienen que la ampliación de la salud integral a todos los menores de edad hasta los 18 años, sobre todo tropezaríamos con los insumos o medicamentos hospitalarios, así también personal medido y la infraestructura, por lo que sugieren también la ampliación de tanto personal médico e infraestructura en vista de que en la hipótesis de la ampliación de este sistema de salud integral, acudirán más beneficiarios, así también la previsión de los insumos hospitalarios.

4.1.2.- Resultados de la encuesta.

La encuesta es otra de las técnicas que hemos establecido en el diseño de la investigación, que tiene la finalidad de obtener la opinión de los encuestados, sobre las preguntas referentes al tema de la investigación que se han planteado de manera sistemática, con la finalidad de sustentar el trabajo, sobre los aspectos que implican el tema de las prestaciones de salud en favor de los niños. Por lo que se ha realizado la encuesta en diferentes hospitales, aplicándose la misma a las madres y padres de familia que acudían a dichos nosocomios para diferentes tipos de consulta médica,

encuesta que se aplicó a 50 personas de los cuales se tiene los siguientes resultados que a continuación detallamos:

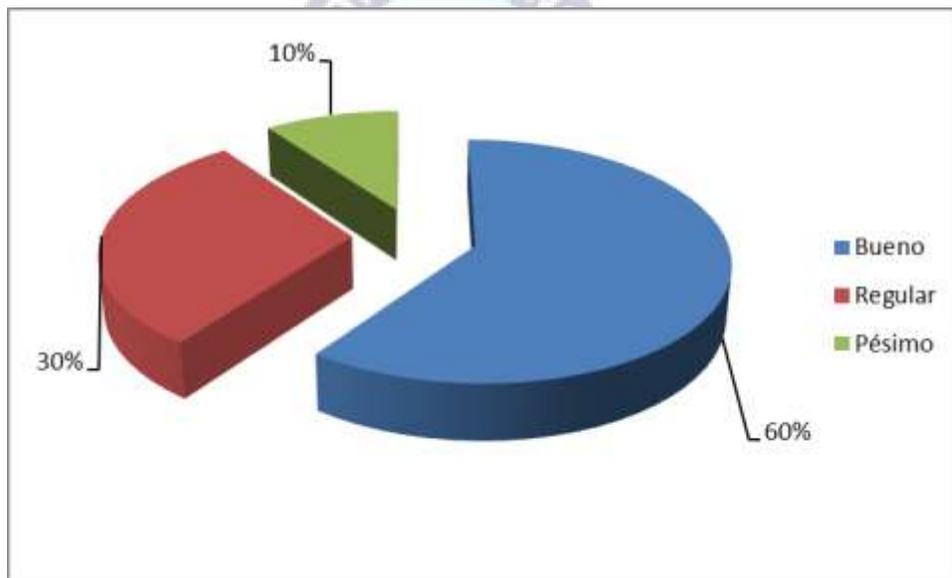
1. *¿Usted cómo califica el servicio de salud integral gratuita que prestan los centros de salud a favor de las mujeres embarazada y los menores desde el nacimiento hasta los 5 años de edad?*

a) Bueno 60%

b) Regular 30%

c) Pésimo 10%

GRÁFICO 1



A la pregunta, un 60% de los encuestados han señalado que el sistema de salud integral que actualmente se tiene en favor de las mujeres embarazadas y niños es bueno, el 30% de los encuestados señalan que es regular y el 10% de los encuestados sostienen que es pésimo.

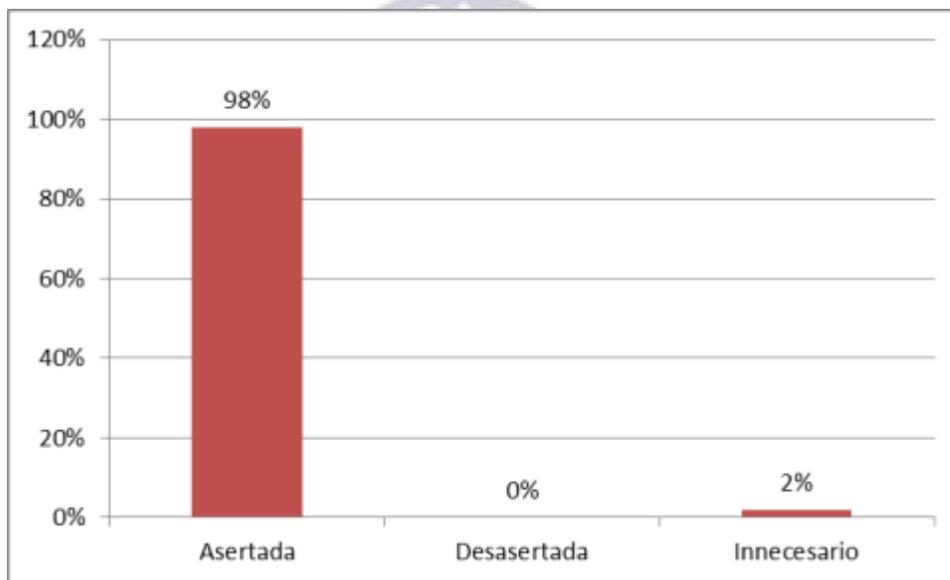
De lo que se puede concluir que una gran mayoría de los encuestados aprueban el servicio de salud integral actualmente vigente, calificándola de bueno, sin embargo otro grupo de personas expresan con regularidad su

aprobación, mientras que un grupo minoritario desapruaban dicho servicio de salud.

2. *¿Cómo califica Ud. la propuesta de ampliación del seguro de salud integral gratuito a los menores de edad hasta los 18 años?*

a) Acertada 98% b) Desacertada 0% c) Innecesario 2%

GRAFICO 2



Conforme al grafico 2, los encuestados han respondido a la pregunta 2, el 98% manifestando que la propuesta de ampliación del seguro de salud integral gratuito a todos los menores hasta los 18 años es acertada, mientras que un reducido 2% de los encuestados han señalado la propuesta planteada como innecesaria y el 0% desacertada.

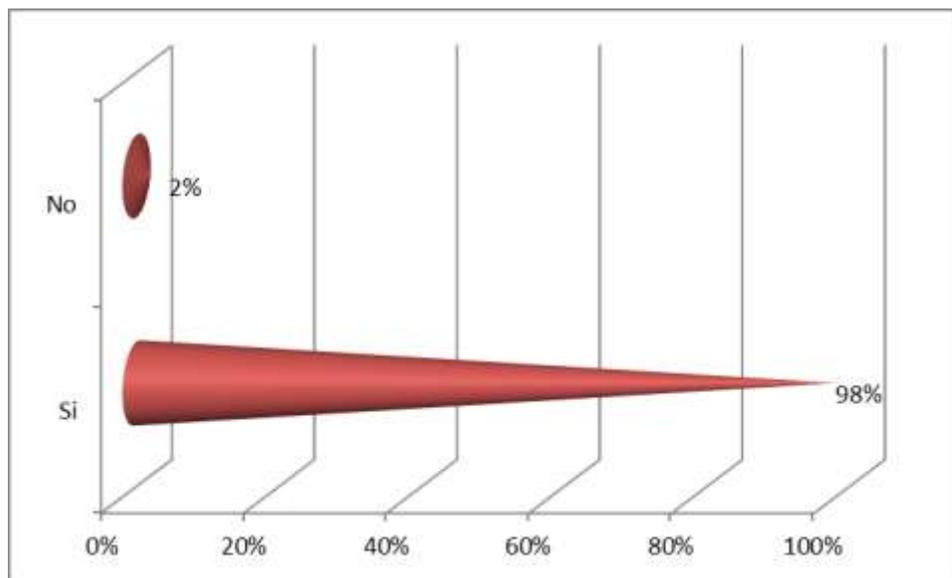
Por lo expuesto, se puede evidenciar que una gran mayoría aprueba la propuesta señalada en la pregunta 2 consistente en la ampliación del seguro de salud integral a las niñas, niños y adolescentes hasta los 18 años de edad, calificándola de acertada la misma.

3. *¿Ud. Considera como un sector vulnerable a los niños, niñas y adolescentes de 5 a 18 años y por tanto necesario que cuenten con el seguro de salud gratuito?*

SI 98%

NO 2%

GRAFICO 3



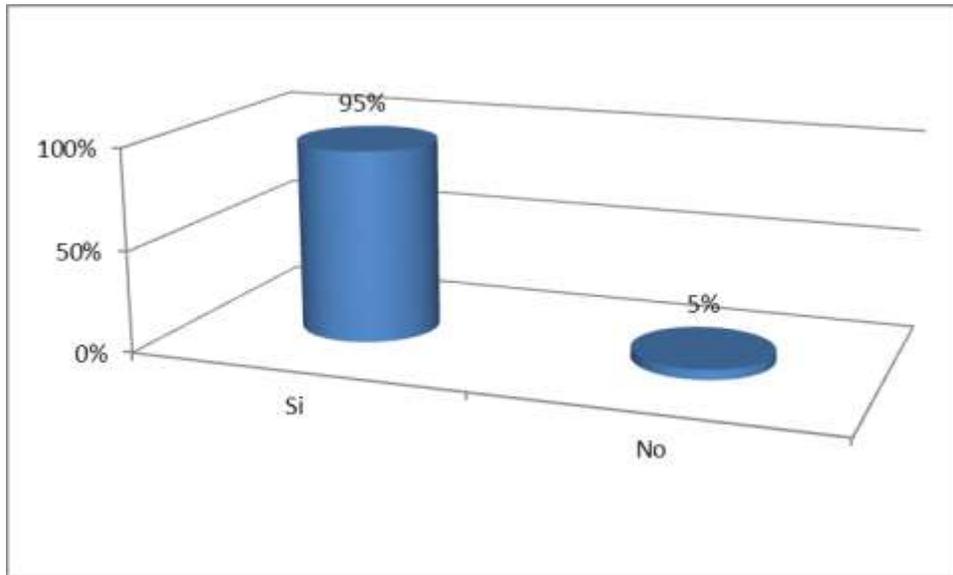
A la pregunta planteada, los encuestados han respondido positivamente en un porcentaje de 98%, y consideran que las niñas, niños y adolescentes de 5 a 18 son considerados como uno de los sectores vulnerables dentro de la sociedad, mientras tanto un grupo minoritario en un 2% de los encuestados han señalado que no son vulnerables.

De lo que se puede concluir que la gran mayoría de los encuestado han manifestado que los niños, niñas y adolescentes son considerados como un sector vulnerable dentro de la sociedad, por lo que se identifica un vacío legal para la protección de este sector vulnerable que aún no cuenta con el

seguro de salud integral gratuito que además es muy necesario para un desarrollo físico y mental adecuado de los menores de edad.

4. *¿Está usted de acuerdo con la ampliación del sistema de salud integral gratuito hasta los 18 años de edad?*

SI 95% NO 5%
GRAFICO 4



De acuerdo a los resultados, el 95% de los encuestados manifiestan su conformidad con la propuesta de ampliación del sistema de salud integral gratuito a niñas, niños y adolescentes hasta los 18 años de edad, por otro lado el 5% de los encuestados manifiestan su disconformidad con la propuesta planteada.

Conforme a los datos del gráfico se puede evidenciar que una gran mayoría de los encuestados han manifestado que la ampliación del sistema de salud integral es muy necesario para que todos menores de edad puedan tener acceso a una salud con prestaciones gratuitas, para evitar las enfermedades

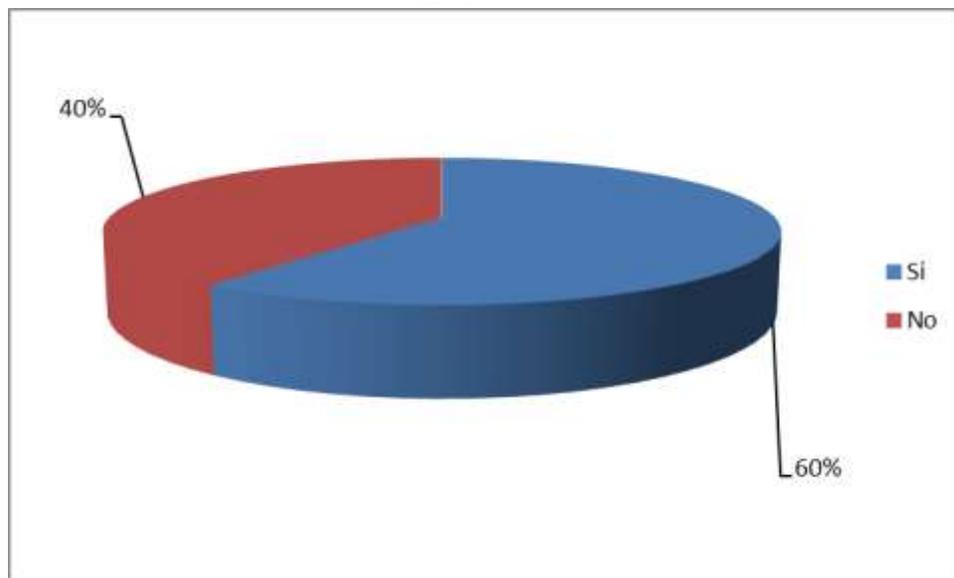
que pueden afectar su desarrollo normal de crecimiento, en vista de que se encuentran en una etapa de vulnerabilidad.

5. *¿Ud. Cree que el Estado tiene la capacidad económica de financiar la prestación de la salud integral gratuito a menores de edad hasta los 18 años?*

SI 30%

NO 20%

GRAFICO 5



A la pregunta sexta, los encuestados señalan en un 60% que el Estado tiene la capacidad económica de financiamiento para la ampliación del sistema de salud integral a todos los menores de edad hasta los 18 años de edad, mientras que el 40% de los encuestados indica que el Estado no tendría esa capacidad de cubrir la ampliación del sistema de salud para todos los menores.

Por lo que se concluye de la pregunta sexta que una gran mayoría de los encuestados señalan que el Estado se encuentra con la obligación económica de cubrir y financiar la ampliación del sistema de salud integral a todos los menores de edad.

CONCLUSIONES.-

Realizado la investigación monográfica, el análisis normativo y el trabajo de campo, nos ha permitido conocer los elementos sociales que fundamentan la necesidad de la ampliación del sistema de salud integral para todos los menores entre más de 5 años de edad hasta los 18 años; porque todos los menores de 0 a 5 años de edad están protegidos en el marco de la ley 475 de 30 de diciembre de 2013.

Por tanto llegamos a las siguientes conclusiones:

- **Sociales.-**

Entre los fundamentos sociales se identifica aspectos que expresan la necesidad de la ampliación del sistema de salud integral a todos los menores de edad hasta los 18 años, entre los cuales indica la vulnerabilidad, siendo propensos a adquirir cualquier tipo de enfermedad, atravesando una etapa del desarrollo en el que requieren una atención médica adecuada a objeto de que la formación de la salud de los menores sea acorde a los parámetros de una vida saludable.

Los menores de edad en nuestro país en su mayoría provienen de familias de escasos recursos económicos, los cuales limitan tener una mejor salud y calidad de vida.

La mayoría de los participantes del trabajo de campo sostienen que todos los menores de edad, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, necesitan de la prestación del sistema de salud integral gratuito.

Siendo un sector vulnerable los menores de edad al igual que las personas con capacidades diferentes y las personas adultos mayores; requieren un trato igualitario en el sistema de prestación de salud integral

gratuito, que garantice un proceso de desarrollo físico, mental y social a fin de eliminar la desigualdad en la salud.

- **Jurídicos.-**

Los fundamentos jurídicos, básicamente están expresadas en la Constitución Política del Estado, desarrollado en el capítulo correspondiente al análisis normativo, en el que establece que todos los niños, niñas y adolescentes son titulares de los derechos reconocidos por nuestra Norma Suprema, asimismo a un desarrollo integral que implica el acceso a la salud gratuita.

La Constitución establece que el Estado en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, a fin de promover políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, garantizando el acceso gratuito de la población.

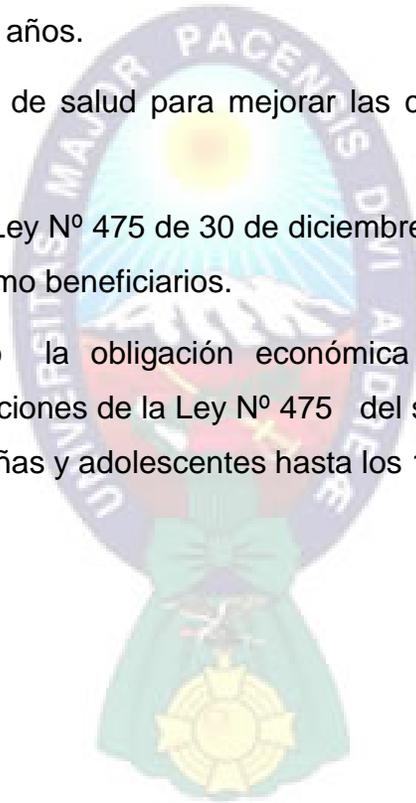
Además la Constitución indica que una de las obligaciones indeclinables del Estado es garantizar y sostener el derecho a la salud y para ello establece como una función suprema y primera responsabilidad financiera. En ese contexto el Estado está en la obligación de priorizar la promoción, curación y rehabilitación en salud, estableciendo fundamentos jurídicos suficientes para la proposición de la ampliación del sistema integral de salud a favor de todos los menores de edad hasta los 18 años.

Por otro lado la ley 548 de fecha 17 de julio 2014 en el marco de la Constitución Política del Estado establece la atención en salud sin discriminación. Por lo que corresponde la ampliar los alcances de la ley 475 de 30 de diciembre de 2013 a todos los menores de 18 años.

RECOMENDACIONES.-

Conforme hemos podido establecer los fundamentos socio-jurídicos para la ampliación del sistema de salud integral a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años, habiendo suficientes fundamentos tanto sociales como jurídicos. Se recomienda mediante la presente investigación:

- * La necesidad de contar con el sistema integral de salud para los menores de edad hasta los 18 años.
- * Promover políticas de salud para mejorar las condiciones de vida de los menores de edad.
- * Modificación de la Ley N° 475 de 30 de diciembre del 2014 para incluir a los menores de edad como beneficiarios.
- * Exigir al Estado la obligación económica financiera para cubrir la ampliación de prestaciones de la Ley N° 475 del sistema integral de salud, a favor de los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años.



BIBLIOGRAFÍA.

- Aldeas Infantiles Bolivia SOS, Análisis de la situación actual de los niños y niñas privados del cuidado de sus padres y en riesgo de perderlo.
- Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, Rev. bol. ped. v.47 n.1 La Paz ene. 2008. EDITORIAL Pediatría social. Dr.: Adalid Zamora Gutiérrez
- HUMANIUM, Historia de los Derechos del Niño, Art. Perspectiva histórica de la evolución de los Derechos del Niño. Julio 2015
- Nuevo Código de la Infancia, antecedentes, análisis y trámite administrativo, editorial universidad del rosario 2007.
- UNICEF, Promoviendo, Protegiendo los derechos de las niñas, niños y adolescentes bolivianos, informe 2010.
- Análisis epidemiológico en Bolivia, CEDEC, DCI-NSA/2011/240-166
- Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: Fundamentos de salud pública tomo II administración De la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.
- La convención sobre los derechos del niño, Eugeen Verhellen, 2002, Editorial Garant. España.
- La convención sobre los derechos del niño, Rosario Carmen Luque, 2011 Editorial, DYKINSON,S.L. Madrid
- Derecho de la Niñez y adolescencia, nuevos paradigmas, Félix C. Paz Espinoza, 2015 Editorial "El Original San Jose" Bolivia.
- La Convención sobre los Derechos del niño 1990
- tratados internacionales de derechos humanos de la niñez y de las mujeres, Dilcya Garcia. Artículo. Mayo 2012

- Derecho de niñas, niño, adolescente y mujeres. Compendio legislativo internacional. Unicef. Área de Comunicación. UNICEF - Oficina de Argentina Ciudad de Buenos Aires, enero de 2010.
- El Niño Sano. Álvaro Posada Díaz, Juan Fernando Gómez Ramírez, Humberto Ramírez Gómez. Ed. Médica Panamericana pag. 92. 2005 3ra Edición.
- Diccionario De Ciencias Jurídicas, Políticas Y Sociales. Manuel Ossorio, 2004.
- Libro Marco Legal Seguro Universal Materno Infantil, La Paz, Abril 2006
- Prestaciones de servicios de salud integral del EPNB, SEDES La Paz. 2015.
- BOLIVIA, Constitución Política del Estado, Versión oficial.
- BOLIVIA, Código niña, niño y adolescente Ley 548
- BOLIVIA, Servicio de Salud Integral, Ley 475
- BOLIVIA, Decreto Supremo N.- 29601 11 de Junio 2008
- BOLIVIA, Decreto Supremo N.- 1984 30 de Abril 2014



ANEXOS.

