DIAGNÓSTICO AL CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Seguridad Social de Corto Plazo en Bolivia

Informe jurídico dogmático, normativo e institucional



"El presente documento ha sido elaborado sobre la base del texto ordenado del Código de Seguridad Social y las demás disposiciones normativas vigentes del Estado Plurinacional de Bolivia que resultan aplicables a la materia objeto de análisis"

La Paz - Bolivia

Julio 2026

Nota editorial y alcance del documento

El presente diagnóstico se entrega como un documento jurídico de sistematización, análisis dogmático y evaluación institucional del Código de Seguridad Social boliviano, con énfasis en la seguridad social de corto plazo. Su finalidad es exponer, con rigor dogmático, los principales núcleos de obsolescencia, contradicción y desarticulación que hoy inciden en la aplicación del Código aprobado por Ley de 14 de diciembre de 1956 y de su Reglamento General, aprobado por Decreto Supremo N.º 05315 de 30 de septiembre de 1959. No pretende reemplazar la deliberación legislativa ni cerrar una propuesta normativa definitiva.

El documento está organizado para dialogar con dos tipos de lectores los profesionales especializados en seguridad social de corto plazo, salud pública, derecho administrativo y derecho laboral y también con el público general que necesita comprender, de forma ordenada, por qué el Código vigente requiere una revisión integral. Por esa razón se utiliza un lenguaje formal y técnico, acompañado de explicaciones suficientes para hacer comprensibles sus conclusiones principales.

Advertencia de actualización normativa

Las referencias a resoluciones administrativas de la ASUSS, reglamentos específicos de entes gestores y criterios jurisprudenciales deben cotejarse con el texto oficial vigente al momento de la aplicación concreta. El presente documento no incorpora el Diagnóstico Institucional del Sistema de Seguridad Social a Corto Plazo, que en el marco del concejo consultivo debe ser parte integrante de este documento.

La metodología aplicada combina análisis dogmáticos de principios, revisión normativa por jerarquía, lectura sistemática de los títulos del Código, contraste constitucional, identificación de antinomias y valoración de impacto institucional. Esta forma de trabajo permite ordenar fuentes heterogéneas y convertirlas en una línea argumental útil para la discusión académica, administrativa o legislativa.

Autor:

Delegación Nacional de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) en Bolivia.

Colaboradores:

Fernando Héctor Velásquez Velarde, Coordinador Nacional de OISS Bolivia.
Denis Jaen Perez Veliz, Consultor OISS.
Carlos Rodrigo Zeballos Gonzales, Consultor OISS.
Leonel Antonio Iriarte Vergara, Consultor OISS.

Para cualquier consulta póngase en contacto con la Delegación Nacional de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) en Bolivia:

Teléfono: (+5912) 2 443735 - 720 01860
Dirección: Avda. 6 de agosto entre Belisario Salinas y Pedro Salazar, 2455, piso 5º, Edificio Hilda.
Correo electrónico: comunicacion@oiss.org
Web: www.oiss.org
La Paz - Bolivia.

Índice automático

Nota editorial y alcance del documento 2
Índice automático 4
Índice analítico de lectura 8
Abreviaturas, siglas y fuentes nucleares 8
Resumen ejecutivo 9
CAPÍTULO I. Objeto, metodología y tesis central del diagnóstico 12
1.1. Objeto del diagnóstico 12
1.2. Criterios metodológicos 12
1.3. Tesis dogmáticas de partida 13
1.3.1. Universalidad 13
1.3.2. Integralidad 13
1.3.3. Equidad 13
1.3.4. Solidaridad 13
1.3.5. Unidad 14
1.3.6. Oportunidad 14
1.3.7. Interculturalidad 14
1.3.8. Eficacia 14
CAPÍTULO II. Marco constitucional y bloque de constitucionalidad 14
2.1. Constitucionalización de la seguridad social 14
2.2. Jerarquía normativa y principio pro persona 15
2.3. Mapa de principios constitucionales 16
2.4. Derechos conexos que gobiernan la interpretación 17
CAPÍTULO III. Evolución histórica y fragmentación normativa 19
3.1. Modelo originario de 1956 19
3.2. Actualizaciones de 1975 y 1987 19
3.3. Separación entre corto y largo plazo 20
3.4. Salud universal y relación con SSCP 20
3.5. Capas normativas vigentes 21
CAPÍTULO IV. Diagnóstico del Título I: seguridad social, campo de aplicación y universalidad 23
IV.1. Campo de aplicación dependiente del trabajo subordinado 23
IV.2. Fragmentación corporativa de entes gestores 36
IV.3. Persistencia de exclusiones sectoriales 48

IV.4. Terminología preconstitucional 50
CAPÍTULO V. Diagnóstico del Título II: prestaciones de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales 52
V.1. Prestaciones en especie sin enfoque integral de derechos de pacientes 52
V.2. Discriminación de género corregida por jurisprudencia 65
V.3. Vigencia de derechos y barreras de acceso 67
V.4. Incapacidad temporal con parámetros de cálculo desactualizados 81
V.5. Riesgos profesionales y nuevas formas de trabajo 93
V.6. Rehabilitación e inserción laboral insuficientemente ejecutadas 98
CAPÍTULO VI. Diagnóstico del Título III: asignaciones familiares 100
VI.1. Asignaciones familiares parcialmente sustituidas 100
VI.2. Protección de maternidad y primera infancia 101
VI.3. Subsidio matrimonial y cambios constitucionales de familia 105
CAPÍTULO VII. Diagnóstico del Título IV: régimen económico y sostenibilidad financiera 110
VII.1. Financiamiento basado en aporte patronal del 10% 110
VII.2. Aporte estatal del 1% y desajustes presupuestarios 113
VII.3. Aporte de rentistas y presión del sector pasivo 119
VII.4. Cobro coactivo y mora patronal 122
CAPÍTULO VIII. Diagnóstico del Título V: gestión, entes gestores y supervisión 130
VIII.1. Modelo institucional pre-ASUSS 130
VIII.2. Gobernanza de entes gestores y rendición de cuentas 139
VIII.3. Calidad, habilitación y fiscalización sanitaria 149
CAPÍTULO IX. Diagnóstico del Título VI: procedimientos, coactivo social y debido proceso 159
IX.1. Procedimientos administrativos dispersos 159
IX.2. Debido proceso en coactivo social 164
IX.3. Barreras probatorias y formalismo 168
CAPÍTULO X. Diagnóstico de los Títulos VII y VIII: disposiciones especiales y transitorias 172
X.1. Disposiciones transitorias agotadas 172
X.2. Reglas sectoriales especiales desactualizadas 175
CAPÍTULO XI. Jurisprudencia constitucional, autos supremos y estándares administrativos 177
11.1. Función correctiva de la jurisprudencia 177
11.2. Estándares que deben incorporarse al futuro texto legal 177
11.3. Regulación ASUSS y transición administrativa 186

CAPÍTULO XII. Hallazgos finales, conclusiones y agenda de actualización 188
12.1. Hallazgos dogmáticos.....188
12.2. Conclusiones principales.....188
12.3. Agenda de actualización por fases.....190
CAPÍTULO ANEXO I. Matriz diagnóstica por títulos y materias 192
CAPÍTULO ANEXO II. Fichas analíticas por grupos de artículos 195
AII.1. Arts. 1-5 CSS: Naturaleza, fines, contingencias y financiación inicial.....195
AII.2. Arts. 6-11 CSS: Campo de aplicación y sujetos protegidos 196
AII.3. Arts. 14-19 CSS: Beneficiarios y vigencia de derechos.....196
AII.4. Arts. 20-35 CSS: Prestaciones en especie y rehabilitación.....197
AII.5. Arts. 36-42 CSS: Subsidios por enfermedad y maternidad 198
AII.6. Arts. 43-82 CSS: Invalidez y riesgos profesionales 199
AII.7. Arts. 83-91 CSS: Subsidio matrimonial.....199
AII.8. Arts. 92-100 CSS: Subsidio de natalidad y lactancia.....200
AII.9. Arts. 101-128 CSS: Subsidio familiar y sepelio 201
AII.10. Arts. 129-159 CSS: Régimen económico 201
AII.11. Arts. 160-191 CSS: Gestión y órganos institucionales 202
AII.12. Arts. 192-222 CSS: Afiliación, fiscalización y sanciones 203
AII.13. Arts. 223-237 CSS: Coactivo social y recursos 204
AII.14. Arts. 238-253 CSS: Registro individual y disposiciones complementarias 204
AII.15. Arts. 254-286 CSS: Disposiciones transitorias y especiales 205
CAPÍTULO ANEXO III. Catálogo de problemas críticos y variables de evaluación 207
CAPÍTULO ANEXO IV. Fuentes normativas y jurisprudenciales de referencia.....209
CAPÍTULO ANEXO V. Glosario dogmático operativo.....211
Cierre editorial.....214
ANEXO VI. Fichas técnicas ampliadas para discusión institucional 215
VI.1. Afiliación del empleador 215
VI.2. Afiliación del trabajador 216
VI.3. Beneficiarios familiares 217
VI.4. Vigencia de derechos tras cesantía 217
VI.5. Mora patronal 218
VI.6. Subsidio por enfermedad 219
VI.7. Subsidio de maternidad.....220
VI.8. Subsidio de natalidad 220

VI.9. Subsidio de lactancia 221
VI.10. Riesgos profesionales clásicos 223
VI.11. Riesgos psicosociales 224
VI.12. Teletrabajo y plataformas 225
VI.13. Rehabilitación integral 225
VI.14. Medicamentos y abastecimiento 226
VI.15. Referencia y contrarreferencia 227
VI.16. Calidad y seguridad del paciente 227
VI.17. Control del gasto administrativo 228
VI.18. Inversión sanitaria 228
VI.19. Interoperabilidad de datos 229
VI.20. Protección de datos personales 230
VI.21. Fiscalización de empleadores 230
VI.22. Fiscalización de entes gestores 231
VI.23. Procedimiento administrativo prestacional 231
VI.24. Notificación y defensa 232
VI.25. Recursos administrativos 233
VI.26. Coactivo social digital 233
VI.27. Participación social 234
VI.28. Coordinación con SUS 234
VI.29. Homologación de reglamentos de Entes Gestores 235
VI.30. Rendición pública de cuentas 236
Síntesis final para toma de decisiones 237
ANEXO VII. Criterios de implementación por actor institucional 238
VII. Órgano Legislativo 239
VII. Ministerio de Salud y Deportes 239
VII. ASUSS 240
VII. Entes gestores de salud 240
VII. Empleadores públicos y privados 241
VII. Trabajadores y beneficiarios 241
VII. Órgano Judicial y TCP 242
VII. Contraloría y control gubernamental 242
ANEXO VIII. Hoja de ruta mínima para la etapa posterior al diagnóstico 243

Índice analítico de lectura

Parte	Contenido
Resumen ejecutivo	Síntesis de hallazgos y diagnóstico general.
Capítulo I	Objeto, metodología, fuentes y criterios dogmáticos.
Capítulo II	Marco constitucional y bloque de constitucionalidad.
Capítulo III	Evolución histórica y fragmentación normativa.
Capítulo IV	Diagnóstico del Título I: seguridad social, campo de aplicación y universalidad.
Capítulo V	Diagnóstico del Título II: prestaciones de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales.
Capítulo VI	Diagnóstico del Título III: asignaciones familiares.
Capítulo VII	Diagnóstico del Título IV: régimen económico y sostenibilidad financiera.
Capítulo VIII	Diagnóstico del Título V: gestión, entes gestores, control y supervisión.
Capítulo IX	Diagnóstico del Título VI: procedimientos, coactivo social, debido proceso y recursos.
Capítulo X	Diagnóstico de los Títulos VII y VIII: disposiciones especiales, transitorias y normas residuales.
Capítulo XI	Jurisprudencia constitucional, autos supremos y precedentes administrativos.
Capítulo XII	Hallazgos, conclusiones y agenda de actualización.
Anexos	Matriz diagnóstica, fuentes normativas y glosario técnico.

Abreviaturas, siglas y fuentes nucleares

Sigla	Descripción
ASUSS	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo.
CPE	Constitución Política del Estado, promulgada el 7 de febrero de 2009.
CSS	Código de Seguridad Social, Ley de 14 de diciembre de 1956.
DS 5315	Decreto Supremo N.º 5315 de 30 de septiembre de 1959, Reglamento del Código de Seguridad Social.
DL 13214	Decreto Ley N.º 13214 de 24 de diciembre de 1975, actualizaciones al Sistema Boliviano de Seguridad Social.
DS 21637	Decreto Supremo N.º 21637 de 25 de junio de 1987, reordenamiento del Sistema Boliviano de Seguridad Social.
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud, autoridad antecesora en materia de control sectorial.
SCP	Sentencia Constitucional Plurinacional.
SC	Sentencia Constitucional del Tribunal Constitucional.
SSCP	Seguridad Social de Corto Plazo.
SUS	Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, desarrollado por Ley N.º 1152.

Resumen ejecutivo

El Código de Seguridad Social de 1956 es la culminación de un proceso de prácticas de protección social privadas y de políticas públicas estatales iniciado en la segunda década del siglo XX y constituye uno de los hitos normativos más importantes del Estado social boliviano. Su finalidad original fue proteger la salud del capital humano, asegurar la continuidad de los medios de subsistencia, promover la rehabilitación y resguardar al grupo familiar. Sin embargo, la estructura jurídica que lo sostiene responde a un modelo laboral principalmente remunerado, urbano, contributivo y corporativo, que no integra las transformaciones del mercado de trabajo, lo establecido por la Constitución Política del Estado de 2009 y la expansión del derecho fundamental a la salud y a la seguridad social.

La vigencia actual del Código es parcial en términos formales y fragmentada en términos materiales. Las contingencias de largo plazo fueron desplazadas por la legislación de pensiones, primero a través de la Ley N.º 1732 y luego mediante la Ley N.º 065. El régimen de corto plazo mantiene una función normativa residual, pero esa función se encuentra atravesada por decretos, resoluciones administrativas, reglamentos de entes gestores, jurisprudencia constitucional y criterios de la ASUSS. El resultado es un derecho aplicado por capas, en el que el operador debe reconstruir la regla vigente desde fuentes dispersas.

Desde una perspectiva dogmática, el problema principal no radica únicamente en la antigüedad del Código, sino en su incompatibilidad estructural con la norma constitucional vigente. El artículo 45 de la CPE exige una seguridad social universal, integral, equitativa, solidaria, de unidad de gestión, económica, oportuna, intercultural y eficaz. El texto de 1956, aunque resultó progresivo para su tiempo, no ofrece mecanismos suficientes para concretar esos principios en un contexto de informalidad, pluralidad cultural, movilidad laboral, envejecimiento poblacional, transición epidemiológica y exigencia creciente de calidad sanitaria.

La seguridad social de corto plazo funciona sobre un régimen financiero apoyado, principalmente, en el aporte patronal del 10% sobre el total ganado y en un aporte estatal del 1% destinado a cubrir desajustes presupuestarios. Este diseño, consolidado por la Ley N.º 924 y por el DS 21637, enfrenta tensiones severas: base contributiva estrecha, alta informalidad, aumento de rentistas y beneficiarios pasivos, fragmentación de entes gestores y falta de mecanismos normativos modernos para compensación interinstitucional y evaluación actuarial permanente.

El diagnóstico por títulos demuestra que el Título I mantiene una concepción laboralista y limitada del campo de aplicación; el Título II presenta reglas prestacionales que requieren adecuación a derechos de pacientes, enfoque de género, enfermedades crónicas, riesgos

psicosociales y estándares de calidad; el Título III conserva una arquitectura de asignaciones familiares parcialmente sustituida por decretos posteriores; el Título IV revela dispersión financiera; el Título V muestra una institucionalidad superada por la creación de la ASUSS; el Título VI evidencia procedimientos incompatibles con el debido proceso; y los títulos finales contienen disposiciones de transición ya agotadas o de vigencia puramente histórica.

La jurisprudencia constitucional ha corregido parcialmente defectos normativos graves. La SC 0062/2003 eliminó una discriminación de género en la cobertura de beneficiarios. La SC 1227/2003-R reafirmó garantías de citación y defensa en procesos coactivos sociales. La SCP 0278/2016-S1 y la SCP 0859/2018-S3 consolidaron la lectura constitucional del derecho a la seguridad social como derecho fundamental vinculado a la vida, la dignidad y la salud. Esta jurisprudencia no puede ser tratada como un apéndice: constituye una fuente correctiva de interpretación obligatoria del Código.

El sistema regulatorio actual ha intentado responder a los vacíos mediante resoluciones administrativas. El Reglamento Único de Prestaciones de la ASUSS, los reglamentos de afiliación y desafiliación, la normativa de fiscalización y los manuales de calidad han permitido ordenar aspectos operativos. No obstante, la regulación administrativa no puede reemplazar la ausencia de una ley actualizada: la potestad reglamentaria solo puede desarrollar, no reconstruir por completo, el régimen legal del seguro social obligatorio.

La conclusión general es clara: el Código de Seguridad Social necesita una actualización integral, técnicamente secuenciada y constitucionalmente orientada. Esa actualización debe diferenciar con precisión la seguridad social de corto plazo, la salud pública universal y las pensiones de largo plazo; incorporar orgánicamente la función supervisora de la ASUSS; depurar disposiciones derogadas, obsoletas o tácitamente incompatibles; modernizar procedimientos; y diseñar una gobernanza financiera basada en sostenibilidad, transparencia, interoperabilidad y control social.

N.º	Hallazgo	Descripción sintética	Criticidad
1	Fragmentación normativa	El Código subsiste junto a leyes, decretos, resoluciones y reglamentos que modifican su aplicación sin texto ordenado único.	Muy alto
2	Desfase constitucional	El modelo contributivo-corporativo no ejecuta de forma suficiente los principios del art. 45 CPE.	Muy alto
3	Cobertura limitada	El acceso efectivo depende todavía de relación laboral formal, con exclusión práctica de sectores informales e independientes.	Alto
4	Prestaciones desactualizadas	Persisten reglas y categorías médicas, económicas y familiares superados por el derecho constitucional y sanitario.	Alto
5	Régimen financiero tensionado	La base de financiamiento del 10% patronal y 3% pasivo exige evaluación actuarial y redistribución solidaria.	Muy alto

N.º	Hallazgo	Descripción sintética	Criticidad
6	Institucionalidad dispersa	La creación de la ASUSS no se refleja orgánicamente en el texto codificado.	Alto
7	Procedimientos insuficientes	El coactivo social y los trámites prestacionales requieren garantías de debido proceso, notificación y defensa.	Muy alto
8	Regulación administrativa supletoria	La reglamentación ASUSS ha llenado vacíos, pero no sustituye una ley de seguridad social de corto plazo moderna.	Alto

Fuentes jurídicas nucleares

El diagnóstico utiliza como fuentes primarias el Código de 1956, su Reglamento de 1959, las actualizaciones de 1975 y 1987, la Constitución de 2009, la legislación de pensiones, la legislación de salud universal, la normativa de creación de la ASUSS y la jurisprudencia constitucional vinculante.

- Código de Seguridad Social, Ley de 14 de diciembre de 1956, especialmente arts. 1 a 5, 6 a 11, 14, 16, 19, 36, 83 a 128, 129 a 159, 160 a 191, 192 a 237 y disposiciones finales.
- Reglamento del Código de Seguridad Social, Decreto Supremo N.º 5315 de 30 de septiembre de 1959, particularmente arts. 18 a 24, 57, 186 a 188 y régimen de sanciones.
- Decreto (Ley) N.º 13214 de 24 de diciembre de 1975, relativo a afiliación, vigencia de derechos, prestaciones, cotizaciones, organización de entes gestores y fiscalización.
- Ley N. º 924 de 15 de abril de 1987 y Decreto Supremo N.º 21637 de 25 de junio de 1987, sobre financiamiento, estructura del sistema y asignaciones familiares.
- Constitución Política del Estado de 2009, arts. 13, 18, 35, 37, 45, 46, 48, 62, 63, 70, 109, 115, 117, 120, 256 y concordantes.
- Ley N.º 065 de 10 de diciembre de 2010, Ley de Pensiones, por su incidencia en la separación entre largo plazo y corto plazo.
- Ley N.º 475 de 30 de diciembre de 2013, DS N.º 1984 de 30 de abril de 2014 y Ley N.º 1152 de 20 de febrero de 2019, en cuanto articulan el avance hacia un sistema de salud universal para población no cubierta por la SSCP.
- Decreto Supremo N.º 3561 de 16 de mayo de 2018, de creación y atribuciones de la ASUSS.
- Resoluciones administrativas y reglamentos ASUSS relativos a prestaciones, afiliación, desafiliación, reafiliación, fiscalización, calidad y control de entes gestores.

CAPÍTULO I. Objeto, metodología y tesis central del diagnóstico

Idea rectora

Este bloque precisa la función dogmática de la materia examinada, ubica su grado de vigencia material y explica las tensiones que surgen entre el texto de 1956, la Constitución de 2009, el desarrollo reglamentario y la jurisprudencia constitucional aplicable.

1.1. Objeto del diagnóstico

El objeto de este diagnóstico es determinar el grado de vigencia, suficiencia, coherencia y adecuación constitucional del Código de Seguridad Social boliviano en relación con la seguridad social de corto plazo. La evaluación se concentra en el seguro de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, prestaciones económicas por incapacidad temporal y asignaciones familiares, sin perder de vista que el Código de 1956 fue concebido como un cuerpo unitario que también regulaba contingencias de largo plazo, luego separadas por legislación posterior.

La tesis central sostiene que el Código conserva una función histórica y residual, pero ya no opera como sistema normativo autosuficiente. El ordenamiento vigente obliga al intérprete a reconstruir la regla aplicable mediante una combinación de Código, Reglamento General, actualizaciones de 1975 y 1987, legislación constitucional, normas de pensiones, normas de salud universal, resoluciones ASUSS y jurisprudencia constitucional.

El diagnóstico no plantea un articulado sustitutivo, supletorio o derogatorio. Su función es anterior a esa etapa: identificar el estado dogmático del problema, ordenar las fuentes, diferenciar obsolescencia formal y material, y precisar qué dimensiones deben abordarse en una futura actualización normativa o codificación.

1.2. Criterios metodológicos

La metodología empleada combina cinco operaciones jurídicas complementarias: lectura histórico-sistemática, depuración de vigencia, contraste constitucional, valoración prestacional e identificación de impactos institucionales. Cada operación responde a una pregunta distinta: qué quiso regular el Código; qué parte sigue vigente; qué parte resulta incompatible con la CPE; qué prestaciones son insuficientes; y qué consecuencias produce en entes gestores, empleadores, trabajadores y beneficiarios.

Criterio	Contenido	Utilidad diagnóstica
Lectura histórico-sistemática	Reconstruye el sentido originario del Código, su Reglamento y actualizaciones.	Evita analizar aisladamente artículos concebidos dentro de un sistema integral.
Depuración de vigencia	Distingue vigencia formal, derogación expresa, derogación tácita y obsolescencia material.	Permite identificar normas aplicables, normas históricas y normas problemáticas.
Contraste constitucional	Mide el texto de 1956 frente a la CPE de 2009 y al bloque de constitucionalidad.	Determina incompatibilidades por universalidad, igualdad, debido proceso y progresividad.
Valoración prestacional	Evalúa si la prestación cumple finalidad sanitaria, familiar o económica.	Relaciona norma con acceso efectivo, calidad, oportunidad y protección financiera.
Impacto institucional	Examina efectos en ASUSS, Entes Gestores, empleadores, trabajadores y beneficiarios.	Conecta dogmática jurídica con gestión pública y sostenibilidad financiera.

1.3. Tesis dogmáticas de partida

1.3.1. Universalidad

La universalidad no puede entenderse como mera declaración programática. En seguridad social de corto plazo implica construir mecanismos reales de afiliación, financiamiento, atención y continuidad prestacional para personas que se encuentran dentro y fuera del empleo formal. La dogmática constitucional exige pasar de un criterio de cobertura por adscripción laboral a un criterio de protección por necesidad social jurídicamente reconocida.

1.3.2. Integralidad

La integralidad obliga a articular prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, medicamentos, prestaciones económicas y reinserción. Un sistema que solo cubre episodios aislados de enfermedad no satisface el mandato constitucional cuando la contingencia exige continuidad terapéutica, atención interdisciplinaria o protección económica complementaria.

1.3.3. Equidad

La equidad impone corregir desigualdades territoriales, sectoriales y económicas entre entes gestores. La igualdad formal de afiliación no basta si una caja cuenta con infraestructura suficiente y otra carece de capacidad resolutiva. El control estatal debe medir resultados y no únicamente cumplimiento documental.

1.3.4. Solidaridad

La solidaridad es el principio financiero y moral del sistema. Requiere distribuir riesgos entre sanos y enfermos, activos y pasivos, sectores de mayor y menor ingreso, y regiones con distinta capacidad instalada. Sin reglas de compensación y transparencia, la solidaridad se reduce a un enunciado sin eficacia.

1.3.5. Unidad

La unidad de gestión no exige uniformidad burocrática absoluta, pero sí dirección normativa común, estándares nacionales, interoperabilidad de datos y supervisión efectiva. La pluralidad de Entes Gestores es constitucionalmente admisible solo cuando se subordina a criterios generales de equidad, eficiencia y control público.

1.3.6. Oportunidad

La oportunidad significa que la prestación debe llegar en el momento en que la contingencia ocurre. En salud y maternidad, la demora vacía de contenido el derecho. En subsidios, el pago tardío priva a la persona protegida de la finalidad alimentaria o terapéutica de la prestación.

1.3.7. Interculturalidad

La interculturalidad exige reconocer barreras lingüísticas, territoriales, culturales y comunitarias en el acceso a la salud. La seguridad social no puede limitarse a infraestructura urbana ni a procedimientos documentales pensados para un asegurado estándar.

1.3.8. Eficacia

La eficacia obliga a evaluar si el régimen produce protección concreta. No basta que el afiliado figure en planillas; debe poder recibir atención, medicamentos, rehabilitación y respuestas administrativas en plazo razonable.

Tesis de cierre metodológico

La seguridad social de corto plazo debe ser diagnosticada como un derecho fundamental prestacional, no como un simple régimen administrativo de Entes Gestores. Por ello, cada regla de afiliación, cotización, prestación, fiscalización y procedimiento debe interpretarse de conformidad con la Constitución y con los estándares de protección reforzada.

CAPÍTULO II. Marco constitucional y bloque de constitucionalidad

Idea rectora

La sección ordena el contenido normativo bajo análisis, determina su vigencia material y muestra cómo dialogan, o entran en tensión, el Código de 1956, la Constitución de 2009, la regulación reglamentaria y los criterios constitucionales relevantes.

2.1. Constitucionalización de la seguridad social

La Constitución Política del Estado de 2009 modificó la posición dogmática de la seguridad social. El art. 45 dejó de concebirla como un beneficio dependiente de la relación

laboral y la situó como derecho de todas las bolivianas y bolivianos. La dirección y administración estatal, la obligatoriedad, la universalidad y la solidaridad operan, desde entonces, como parámetros de validez para todo el régimen inferior.

El art. 18 reconoce el derecho a la salud, el art. 35 impone al Estado la protección de la salud como función suprema y primera responsabilidad financiera, y el art. 37 obliga a garantizar el acceso universal a los servicios. La seguridad social de corto plazo debe interpretarse conjuntamente con estas normas, pues su finalidad práctica es otorgar prestaciones de salud y protección económica ante contingencias inmediatas.

El art. 48 refuerza la irrenunciabilidad e imprescriptibilidad de derechos laborales y sociales en términos protectores. Esta regla incide en subsidios familiares, prestaciones por maternidad y reclamaciones de beneficios de seguridad social, especialmente cuando se conectan con mínimo vital, salud, vida y niñez.

2.2. Jerarquía normativa y principio pro persona

El art. 410 de la CPE ubica a la Constitución en la cúspide del ordenamiento y obliga a interpretar toda norma infra-constitucional de conformidad con ella. Los arts. 13 y 256 incorporan la regla pro persona en materia de derechos humanos: cuando existan varias interpretaciones, debe preferirse aquella que otorgue mayor protección.

En seguridad social, esta regla tiene consecuencias operativas. Un requisito reglamentario no puede restringir de modo desproporcionado una prestación de salud urgente; una mora atribuible al empleador no puede convertirse automáticamente en pérdida de atención para el trabajador; una regla de beneficiarios no puede reproducir discriminación por género o tipo de familia; y un proceso coactivo no puede sacrificar citación y defensa.

El diagnóstico parte de una premisa precisa: la Constitución no deroga automáticamente todo el Código, pero sí exige una reconstrucción hermenéutica. La norma de 1956 solo puede aplicarse en la medida en que sea compatible con los principios constitucionales y con la legislación posterior de mayor jerarquía o especialidad.

2.3. Mapa de principios constitucionales

Principio	Contenido diagnóstico	Fuente
Universalidad	La universalidad no puede entenderse como mera declaración programática. En seguridad social de corto plazo implica construir mecanismos reales de afiliación, financiamiento, atención y cont...	Art. 45 CPE y jurisprudencia constitucional
Integralidad	La integralidad obliga a articular prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, medicamentos, prestaciones económicas y reinserción. Un sistema que solo cubre episodios aislados de ...	Art. 45 CPE y jurisprudencia constitucional
Equidad	La equidad impone corregir desigualdades territoriales, sectoriales y económicas entre entes gestores. La igualdad formal de afiliación no basta si una caja cuenta con infraestructura sufici...	Art. 45 CPE y jurisprudencia constitucional
Solidaridad	La solidaridad es el principio financiero y moral del sistema. Requiere distribuir riesgos entre sanos y enfermos, activos y pasivos, sectores de mayor y menor ingreso, y regiones con distin...	Art. 45 CPE y jurisprudencia constitucional
Unidad	La unidad de gestión no exige uniformidad burocrática absoluta, pero sí dirección normativa común, estándares nacionales, interoperabilidad de datos y supervisión efectiva. La pluralidad de ...	Art. 45 CPE y jurisprudencia constitucional
Oportunidad	La oportunidad significa que la prestación debe llegar en el momento en que la contingencia ocurre. En salud y maternidad, la demora vacía de contenido el derecho. En subsidios, el pago tard...	Art. 45 CPE y jurisprudencia constitucional
Interculturalidad	La interculturalidad exige reconocer barreras lingüísticas, territoriales, culturales y comunitarias en el acceso a la salud. La seguridad social no puede limitarse a infraestructura urbana ...	Art. 45 CPE y jurisprudencia constitucional
Eficacia	La eficacia obliga a evaluar si el régimen produce protección concreta. No basta que el afiliado figure en planillas; debe poder recibir atención, medicamentos, rehabilitación y respuestas a...	Art. 45 CPE y jurisprudencia constitucional

La universalidad no puede entenderse como mera declaración programática. En seguridad social de corto plazo implica construir mecanismos reales de afiliación, financiamiento, atención y continuidad prestacional para personas que se encuentran dentro y fuera del empleo formal. La dogmática constitucional exige pasar de un criterio de cobertura por adscripción laboral a un criterio de protección por necesidad social jurídicamente reconocida.

La integralidad obliga a articular prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, medicamentos, prestaciones económicas y reinserción. Un sistema que solo cubre episodios aislados de enfermedad no satisface el mandato constitucional cuando la contingencia exige continuidad terapéutica, atención interdisciplinaria o protección económica complementaria.

La equidad impone corregir desigualdades territoriales, sectoriales y económicas entre entes gestores. La igualdad formal de afiliación no basta si una caja cuenta con infraestructura suficiente y otra carece de capacidad resolutiva. El control estatal debe medir resultados y no únicamente cumplimiento documental.

La solidaridad es el principio financiero y moral del sistema. Requiere distribuir riesgos entre sanos y enfermos, activos y pasivos, sectores de mayor y menor ingreso, y regiones con distinta capacidad instalada. Sin reglas de compensación y transparencia, la solidaridad se reduce a un enunciado sin eficacia.

La unidad de gestión no exige uniformidad burocrática absoluta, pero sí dirección normativa común, estándares nacionales, interoperabilidad de datos y supervisión efectiva. La pluralidad de Entes Gestores es constitucionalmente admisible solo cuando se subordina a criterios generales de equidad, eficiencia y control público.

La oportunidad significa que la prestación debe llegar en el momento en que la contingencia ocurre. En salud y maternidad, la demora vacía de contenido el derecho. En subsidios, el pago tardío priva a la persona protegida de la finalidad alimentaria o terapéutica de la prestación.

La interculturalidad exige reconocer barreras lingüísticas, territoriales, culturales y comunitarias en el acceso a la salud. La seguridad social no puede limitarse a infraestructura urbana ni a procedimientos documentales pensados para un asegurado estándar.

La eficacia obliga a evaluar si el régimen produce protección concreta. No basta que el afiliado figure en planillas; debe poder recibir atención, medicamentos, rehabilitación y respuestas administrativas en plazo razonable.

2.4. Derechos conexos que gobiernan la interpretación

Derecho conexo	Base constitucional	Incidencia sobre el Código
Derecho a la salud	Arts. 18, 35 y 37 CPE	Determina que las prestaciones sanitarias de la SSCP deben ser oportunas, accesibles y de calidad.
Derecho al trabajo y estabilidad reforzada	Arts. 46 y 48 CPE	Protege al trabajador frente a pérdida de ingresos por contingencias laborales o enfermedad.
Protección de familia, maternidad y niñez	Arts. 60, 62 y 63 CPE	Sustenta subsidios familiares, afiliación de beneficiarios y reconocimiento de unión libre.
Igualdad y no discriminación	Arts. 14 y 45 CPE	Impide distinciones por género, discapacidad, estado civil, origen, edad o forma familiar.
Debido proceso	Arts. 115, 117 y 120 CPE	Rige procedimientos administrativos, impugnaciones y procesos coactivos sociales.
Derechos de personas con discapacidad	Art. 70 CPE y Ley 223	Reorienta rehabilitación, incapacidad e inserción laboral.

Derecho a la salud: Determina que las prestaciones sanitarias de la SSCP deben ser oportunas, accesibles y de calidad. Esta relación impide tratar el Código como un régimen cerrado; obliga, por el contrario, a leerlo de manera integrada con el derecho constitucional vigente y con los estándares de protección reforzada.

Derecho al trabajo y estabilidad reforzada: Protege al trabajador frente a pérdida de ingresos por contingencias laborales o enfermedad. Esta relación impide tratar el Código como un régimen cerrado; obliga, por el contrario, a leerlo de manera integrada con el derecho constitucional vigente y con los estándares de protección reforzada.

Protección de la familia, maternidad y niñez: Sustenta subsidios familiares, afiliación de beneficiarios y reconocimiento de unión libre. Esta relación impide tratar el Código como un régimen cerrado; obliga, por el contrario, a leerlo de manera integrada con el derecho constitucional vigente y con los estándares de protección reforzada.

Igualdad y no discriminación: Impide distinciones por género, discapacidad, estado civil, origen, edad o forma familiar. Esta relación impide tratar el Código como un régimen cerrado; obliga, por el contrario, a leerlo de manera integrada con el derecho constitucional vigente y con los estándares de protección reforzada.

Debido proceso: Rige procedimientos administrativos, impugnaciones y procesos coactivos sociales. Esta relación impide tratar el Código como un régimen cerrado; obliga, por el contrario, a leerlo de manera integrada con el derecho constitucional vigente y con los estándares de protección reforzada.

Derechos de personas con discapacidad: Reorienta rehabilitación, incapacidad e inserción laboral. Esta relación impide tratar el Código como un régimen cerrado; obliga, por el contrario, a leerlo de manera integrada con el derecho constitucional vigente y con los estándares de protección reforzada.

CAPÍTULO III. Evolución histórica y fragmentación normativa

Idea rectora

El capítulo sitúa el bloque normativo dentro del sistema de seguridad social de corto plazo, identifica qué aspectos conservan utilidad operativa y contrasta el texto originario con la Constitución de 2009, los reglamentos vigentes y la jurisprudencia aplicable.

3.1. Modelo originario de 1956

El Código de Seguridad Social fue aprobado en un contexto de construcción de Estado social iniciado desde los años 20 y siguiendo una tendencia expandida desde Europa a todo el continente americano. Su arquitectura respondía a la necesidad de institucionalizar un seguro social obligatorio para trabajadores remunerados y sus familias, administrado por entidades gestoras especializadas y financiado mediante aportes, continuando, en muchos aspectos, los parámetros establecidos en la ley de ahorro individual de los años 40.

El diseño originario fue integral: comprendía enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte y asignaciones familiares. Esta unidad conceptual permitió articular salud, subsistencia, rehabilitación y protección familiar, pero también generó dependencia de una economía formal que nunca incorporó plenamente a la mayoría de trabajadores rurales, independientes e informales.

El Reglamento de 1959 desarrolló aspectos procedimentales y administrativos, pero al mismo tiempo consolidó exclusiones sectoriales y un lenguaje jurídico acorde a la época. Por ello, su valor histórico es indudable, pero su valor operativo actual debe pasar por un filtro constitucional estricto.

3.2. Reforma de 1975 y 1987

El Decreto (Ley) N.º 13214 de 1975 introdujo reformas sobre afiliación, vigencia de derechos, prestaciones, cotizaciones y organización institucional. Su propósito fue corregir déficits operativos del sistema, pero lo hizo mediante una técnica de actualización parcial que no sustituyó integralmente al Código ni al Reglamento.

La Ley N.º 924 de 1987 y el DS N.º 21637 reordenaron el financiamiento del sistema, uniformaron cotizaciones y modificaron las asignaciones familiares. El régimen de corto plazo quedó financiado principalmente por el aporte patronal del 10% sobre el total ganado, mientras las asignaciones familiares pasaron a regímenes de pago directo por empleador en varios supuestos.

Estas actualizaciones son determinantes porque marcan la ruptura entre el diseño integral de 1956 y la práctica contemporánea. Desde entonces, el operador no puede leer el Código de manera literal sin considerar las modificaciones estructurales introducidas por normas posteriores.

3.3. Separación entre corto y largo plazo

La Ley N.º 1732 de Pensiones y posteriormente la Ley N.º 065 desplazaron la regulación de invalidez, vejez y muerte hacia el régimen de pensiones. El Código conserva referencias a esas contingencias, pero su aplicación directa se redujo materialmente a seguridad social de corto plazo y asignaciones familiares.

Esta separación generó una paradoja: el Código mantiene estructura de sistema integral, pero la materia viva se concentra en enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, subsidios temporales y prestaciones familiares. La dogmática legislativa exige depurar el texto para que la norma exprese la realidad institucional y evite confusión entre competencias de ASUSS, Gestora Pública, APS y otros órganos.

La coordinación con el largo plazo sigue siendo necesaria en incapacidad permanente, riesgos profesionales, rentistas, pasivos y derechohabientes. Sin embargo, esa coordinación debe regularse de manera expresa, no por remisiones históricas.

3.4. Salud universal y relación con SSCP

La Ley N.º 475, el DS N.º 1984 y la Ley N.º 1152 ampliaron prestaciones de salud para población no cubierta por la seguridad social de corto plazo, avanzando hacia un Sistema Único de Salud universal y gratuito. Esta expansión no elimina la SSCP, pero modifica su contexto dogmático.

La SSCP ya no puede presentarse como el único canal de acceso a salud, sino como un régimen contributivo específico dentro de un sistema nacional de salud más amplio. De ahí surge la necesidad de coordinación de redes, financiamiento, referencia, contrarreferencia y compensación por servicios entre establecimientos públicos y entes gestores.

El diagnóstico identifica un riesgo: sin delimitación legal, la coexistencia entre SUS y los Entes Gestores puede producir duplicidades, derivaciones conflictivas y vacíos de cobertura. La actualización debe fijar reglas claras sobre población cubierta, cartera de prestaciones, financiamiento y responsabilidades institucionales.

3.5. Capas normativas vigentes

Capa	Norma principal	Efecto sobre el Código
Constitucional	CPE 2009: arts. 13, 18, 35, 37, 45, 46, 48, 62, 63, 70, 109, 115, 117, 120 y 256.	Establece el parámetro de validez y el mandato de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Legal originaria	Código de Seguridad Social de 1956.	Define el seguro social obligatorio, las asignaciones familiares y el modelo de Entes Gestores, bajo un patrón contributivo laboral.
Reglamentaria originaria	DS 5315 de 1959.	Desarrolla afiliación, prestaciones, exclusiones sectoriales, procedimientos y sanciones con un lenguaje propio de la época.
Actualizaciones estructurales	DL 13214/1975, Ley 924/1987, DS 21637/1987.	Reordenan financiamiento, prestaciones, afiliación, gestión y asignaciones familiares, alterando el diseño original.
Pensiones y largo plazo	Ley 1732/1996 y Ley 065/2010.	Separan materialmente el largo plazo de la matriz original del Código, dejando al corto plazo en aplicación residual.
Salud universal	Ley 475/2013, DS 1984/2014 y Ley 1152/2019.	Amplían la atención gratuita a población no cubierta por la SSCP, obligando a coordinar la seguridad social con redes públicas.
Supervisión sectorial	DS 3561/2018 y normativa ASUSS.	Crea una autoridad especializada de regulación, control, supervisión y fiscalización del corto plazo.
Jurisprudencial	SC 0062/2003, SC 1227/2003-R, SCP 0278/2016-S1, SCP 0859/2018-S3, SCP 0406/2023-S4 y otras.	Constitucionaliza la interpretación del Código y corrige exclusiones, discriminaciones y déficits procedimentales.

La capa constitucional cumple una función concreta en la reconstrucción del régimen vigente: Establece el parámetro de validez y el mandato de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Esa interacción confirma que el Código no puede aplicarse como un texto autosuficiente; debe leerse como punto de partida de una red normativa compleja y jerárquicamente ordenada.

La capa legal originaria cumple una función concreta en la reconstrucción del régimen vigente: Define el seguro social obligatorio, las asignaciones familiares y el modelo de Entes Gestores, bajo un patrón contributivo laboral. Esa interacción confirma que el Código no puede aplicarse como un texto autosuficiente; debe leerse como punto de partida de una red normativa compleja y jerárquicamente ordenada.

La capa reglamentaria originaria cumple una función concreta en la reconstrucción del régimen vigente: Desarrolla afiliación, prestaciones, exclusiones sectoriales, procedimientos y sanciones con un lenguaje propio de la época. Esa interacción confirma que el Código no puede aplicarse como un texto autosuficiente; debe leerse como punto de partida de una red normativa compleja y jerárquicamente ordenada.

La capa actualización estructural cumple una función concreta en la reconstrucción del régimen vigente: Reordenan financiamiento, prestaciones, afiliación, gestión y asignaciones familiares, alterando el diseño original. Esa interacción confirma que el Código no puede aplicarse como un texto autosuficiente; debe leerse como punto de partida de una red normativa compleja y jerárquicamente ordenada.

La capa pensiones y largo plazo cumple una función concreta en la reconstrucción del régimen vigente: Separan materialmente el largo plazo de la matriz original del Código, dejando al corto plazo en aplicación residual. Esa interacción confirma que el Código no puede aplicarse como un texto autosuficiente; debe leerse como punto de partida de una red normativa compleja y jerárquicamente ordenada.

La capa salud universal cumple una función concreta en la reconstrucción del régimen vigente: Amplían la atención gratuita a población no cubierta por la SSCP, obligando a coordinar la seguridad social con redes públicas. Esa interacción confirma que el Código no puede aplicarse como un texto autosuficiente; debe leerse como punto de partida de una red normativa compleja y jerárquicamente ordenada.

La capa supervisión sectorial cumple una función concreta en la reconstrucción del régimen vigente: Crea una autoridad especializada de regulación, control, supervisión y fiscalización del corto plazo. Esa interacción confirma que el Código no puede aplicarse como un texto autosuficiente; debe leerse como punto de partida de una red normativa compleja y jerárquicamente ordenada.

La capa jurisprudencial cumple una función concreta en la reconstrucción del régimen vigente: Constitucionaliza la interpretación del Código y corrige exclusiones, discriminaciones y déficits procedimentales. Esa interacción confirma que el Código no puede aplicarse como un texto autosuficiente; debe leerse como punto de partida de una red normativa compleja y jerárquicamente ordenada.

CAPÍTULO IV. Diagnóstico del Título I: seguridad social, campo de aplicación y universalidad

Idea rectora

La finalidad de este apartado es precisar el alcance dogmático del bloque revisado, distinguir vigencia formal y vigencia material, y exponer los puntos de fricción entre el diseño de 1956, el marco constitucional vigente y la regulación administrativa posterior.

El examen de este bloque va más allá de la descripción literal de sus artículos. Revisa su estructura dogmática, su vigencia material, las actualizaciones que modificaron su alcance y la forma en que debe interpretarse conforme a la Constitución Política del Estado de 2009. El propósito es distinguir lo jurídicamente útil de lo que requiere derogación, actualización o integración normativa.

IV.1. Campo de aplicación del trabajo dependiente ~~subordinado~~

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 1, 8.II, 9.2 y 9.5, 13, 14, 18, 35 a 39, 45, 46, 47, 48, 109, 115, 256, 298.II.16 y 410; Código de Seguridad Social, arts. 1 a 13, Decreto Supremo N.º 5315 arts. 1 a 30; Decreto Ley N.º 13214, Ley N.º 006; Ley N.º 924, art. 3; Decreto Supremo N.º 21637; Ley N.º 2450; Decreto Supremo N.º 4589; Decreto Supremo N.º 22703; Decreto Supremo N.º 3561, Ley N.º 475, modificada por las Leyes 1069 y 1152; Ley N.º 2341, de Procedimiento Administrativo, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 27113.

Forman parte del marco internacional aplicable el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, especialmente sus arts. 2.1, 9 y 12; la Convención Americana sobre Derechos Humanos, arts. 1.1, 2, 24 y 26; el Protocolo de San Salvador, arts. 3, 9 y 10; el Convenio N.º 102 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre la seguridad social —norma mínima; y el Convenio N.º 130, sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, ambos ratificados por Bolivia.

Como criterio interpretativo complementario debe considerarse la Recomendación N.º 202 de la Organización Internacional del Trabajo, relativa a los pisos de protección social, que orienta a los Estados hacia la combinación de garantías universales básicas con regímenes contributivos progresivamente más amplios.

Diagnóstico

El modelo configurado por el Código de Seguridad Social de 1956 parte de una relación directa entre trabajo remunerado, obligación patronal y aseguramiento. Su artículo 6 delimita el campo

obligatorio mediante tres elementos centrales: la prestación de servicios remunerados, la existencia de otra persona natural o jurídica que recibe dichos servicios y la presencia de una relación instrumentada mediante designación, contrato de trabajo o contrato de aprendizaje, sea expresa o presunta.

Esta construcción fue coherente con el modelo productivo que inspiraría la codificación; modelo de grandes empresas privadas donde el empleador actuaba como sujeto de afiliación, agente de identificación del trabajador, responsable del pago de las cotizaciones y punto de conexión entre la persona trabajadora y la entidad gestora. La estabilidad de la relación laboral permitía determinar la base contributiva, recaudar el aporte y organizar la cobertura de los familiares beneficiarios. Paradójicamente, cuando el Código se promulga, ese modelo productivo ya estaba en pleno deterioro y la generación de empleo, como casi toda la estructura económica gravitaba en el fisco generando una masa burocrática y una carga presupuestaria en permanente déficit; de ahí que, por ejemplo, el aporte estatal del sistema establecido por el Código no se hizo efectivo sino en los años 90 del siglo XX ya que concretarlo involucraba restar recursos a otras partidas presupuestarias permanentemente.

Sin embargo, el propio Código reconoció desde su origen que esta delimitación era incompleta. El artículo 11 encomendó al Poder Ejecutivo la incorporación posterior de los trabajadores independientes cuando existieran condiciones económicas, sociales y técnicas que permitieran otorgar eficazmente las prestaciones. El artículo 12 contempló, además, la posibilidad de afiliación voluntaria de artesanos y otros trabajadores no incluidos obligatoriamente, imponiéndoles la totalidad de las cotizaciones.

El Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N.º 5315 acentuó el carácter transitorio de la exclusión. Su artículo 19 dejó inicialmente fuera del campo obligatorio a los usufructuarios de predios agrícolas fiscales y autoempleados agropecuarios, a los dependientes y auxiliares agropecuarios, trabajadores del servicio doméstico particular, trabajadores a domicilio, contratados temporales, conductores de transportes de servicio público, gremiales, artesanos y otros trabajadores independientes. La exclusión fue justificada por razones técnicas, administrativas y financieras, y no por la inexistencia de una necesidad de protección.

Los artículos 20 a 24 del Reglamento definieron de manera detallada varios de esos grupos. En particular, consideraron trabajadores independientes a quienes, sin sujeción a un patrono, trabajan por cuenta propia o prestan directamente servicios al público, incluyendo profesionales liberales, artesanos, choferes propietarios, pequeños comerciantes, pequeños industriales y otras personas que ejercen actividades autónomas.

Por consiguiente, el ordenamiento de 1956 no estableció una exclusión dogmática definitiva de los trabajadores independientes. Reconoció una obligación de expansión condicionada al desarrollo de mecanismos técnicos y financieros. El problema jurídico actual radica en que una previsión concebida como transitoria ha permanecido, en gran medida, sin ejecución integral durante varias décadas.

Esta situación se explica porque a partir de los años 40 del siglo XX los grandes capitales que habían invertido en Bolivia empiezan a retirarse y la empresa privada del país termina siendo de capitales mínimos y de escasa o nula generación de empleo. En ese difícil entorno la aprobación del Código en 1956 fue un reto político y jurídico que se enfrentaba a una realidad económica y social adversa; esto explica muchas de las falencias y vicios administrativos y financieros del sistema y también la autorización para la creación de seguros delegados en los años 70 del siglo XX por que con ellos se ampliaba la cobertura y se hacían efectivos los servicios sin generar mayor carga fiscal. En ese mismo decenio se pretendió crear un seguro social campesino que terminó abandonándose por ser imposible de establecer ya que tenía que ser de financiamiento fiscal pleno; pero no solamente por eso, sino porque la zona agropecuaria productiva y exportadora de la Alta montaña de Bolivia había sido devastada a partir de los años 50 y para la década de los 60 ya era un área de expulsión masiva de población hacia La Paz y su entorno inmediato, a la cosecha de caña en el norte argentino y hacia la colonización de la selva oriental boliviana que, en todos esos casos, no generaba más que informalidad. Así, el número de trabajadores informales se expandió diametralmente y el sector formal se redujo a ser una fracción de la población económicamente activa.

El seguro voluntario tampoco resolvió adecuadamente la brecha de cobertura. Al exigir que la persona no asalariada asuma la totalidad de las cotizaciones que en el régimen obligatorio corresponden a distintos sujetos, traslada al trabajador independiente una carga que puede resultar desproporcionada respecto de sus ingresos, especialmente cuando estos son variables, estacionales o inferiores a los del empleo formal.

La voluntariedad también debilita la lógica de distribución de riesgos. Las personas tienden a incorporarse cuando prevén una necesidad inmediata de atención, mientras quienes se consideran sanas pueden abstenerse de contribuir. Esta selección adversa reduce la capacidad del sistema para distribuir solidariamente los costos entre una población amplia y heterogénea.

Las actualizaciones posteriores ampliaron la cobertura de algunos sectores, pero lo hicieron mediante normas especiales. La incorporación de trabajadores remunerados del hogar y el régimen de los propietarios de automotores de servicio público, demuestran que es posible adaptar la afiliación y el financiamiento a relaciones laborales o productivas diferentes del empleo empresarial tradicional. No obstante, estas ampliaciones no conforman todavía un sistema general para trabajadores por cuenta propia.

La evolución del mercado de trabajo ha profundizado esta insuficiencia. Junto al trabajo independiente tradicional existen actividades económicas desarrolladas mediante aplicaciones digitales, intermediarios, contratos civiles, cooperativas, asociaciones productivas, microempresas familiares y relaciones formalmente autónomas que pueden ocultar una dependencia económica o una subordinación material.

En estas nuevas modalidades, la inexistencia formal de un contrato de trabajo no siempre implica verdadera autonomía. Una plataforma, empresa intermediaria o contratante puede fijar precios, controlar el acceso a clientes, evaluar el desempeño, imponer condiciones, aplicar sanciones o determinar unilateralmente la organización de la actividad. Cuando estos elementos revelen subordinación jurídica o dependencia material, la denominación contractual no debería excluir la afiliación obligatoria.

El artículo 48.II de la Constitución impone la primacía de la relación laboral. Por ello, las personas presentadas como consultores, prestadores civiles, asociados o trabajadores independientes deben incorporarse al régimen obligatorio cuando, en los hechos, presten servicios personales bajo dependencia y por cuenta ajena. La ampliación de la cobertura no debe convertirse en un mecanismo para legitimar la simulación o liberar al verdadero empleador de sus obligaciones.

Distinta es la situación de quienes ejercen una actividad autónoma, organizan sus propios medios de producción o de servicios, asumen el riesgo económico y prestan servicios a una pluralidad de clientes. Para este grupo, la afiliación basada exclusivamente en un aporte patronal resulta inaplicable o insuficiente, porque no existe un empleador claramente identificable que asuma la cotización.

También debe diferenciarse al trabajador independiente con capacidad contributiva estable de la persona que subsiste mediante actividades ocasionales, de baja productividad o ingresos reducidos. Aplicar a ambos la misma base mínima y el mismo porcentaje puede excluir de hecho a quienes más necesitan protección.

La Ley N.º 1152 respondió parcialmente a esta realidad mediante la ampliación de la atención gratuita de salud a la población no cubierta por la seguridad social de corto plazo. Sin embargo, esta medida no transforma automáticamente a sus beneficiarios en asegurados del régimen contributivo ni les reconoce necesariamente todas las prestaciones económicas, familiares, preventivas y de rehabilitación propias del seguro social.

En consecuencia, coexisten dos vías de protección. La seguridad social de corto plazo protege principalmente a trabajadores remunerados, rentistas y beneficiarios mediante cotizaciones afectadas a entes gestores. El Sistema Único de Salud brinda atención gratuita a la población no cubierta, mediante financiamiento público y una estructura sanitaria diferente.

Esta coexistencia reduce la desprotección sanitaria, pero no resuelve por sí sola la fragmentación. Una persona puede alternar entre empleo formal, actividad independiente, desempleo e informalidad, modificando repetidamente su vía de acceso. La falta de interoperabilidad puede generar duplicidad de registros, interrupción de tratamientos, incertidumbre sobre el responsable de la atención y pérdida de continuidad clínica.

La brecha se proyecta, además, sobre las prestaciones monetarias. La atención médica a través del Sistema Único de Salud no reemplaza necesariamente el subsidio por incapacidad temporal, las prestaciones por maternidad, la cobertura de riesgos profesionales ni la rehabilitación vinculada con la pérdida de ingresos. Por ello, la universalización de la salud no equivale a la universalización completa de la seguridad social.

Desde una perspectiva institucional, la falta de un régimen general para sectores no remunerados impide estimar con precisión la población potencialmente asegurable, el volumen de ingresos contributivos, la carga epidemiológica y el costo de las prestaciones. Sin información laboral, tributaria, productiva y sanitaria interoperable, la expansión puede diseñarse sobre supuestos incompletos.

La deficiencia, por tanto, no se limita a la redacción del artículo 6 del Código. Se manifiesta en la afiliación, la recaudación, la planificación actuarial, la continuidad de las prestaciones, la coordinación entre instituciones y la información que recibe la persona acerca de su régimen de protección.

Valoración dogmática

La Constitución de 2009 en su artículo 45.I reconoce a todas las bolivianas y los bolivianos el derecho a acceder a ella, mientras el parágrafo II dispone que debe prestarse bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.

El sujeto constitucional del derecho es más amplio que el trabajador remunerado contemplado por la técnica legal de 1956. La Constitución no formula el derecho únicamente como una consecuencia del contrato de trabajo, sino como una garantía social cuya dirección y administración corresponden al Estado.

Esta diferencia genera una tensión entre titularidad y acceso. La titularidad constitucional presenta vocación universal, pero el principal mecanismo contributivo continúa conectado con el empleo subordinado. La existencia de esa tensión no determina la desaparición del seguro social obligatorio, pero sí impone al legislador el deber de ampliar progresivamente sus mecanismos de incorporación.

La universalidad debe distinguirse de la uniformidad. No exige que toda persona contribuya de la misma forma, utilice el mismo ente gestor o reciba idénticas prestaciones sin consideración de su situación. Exige que nadie quede privado de protección por razones ajenas a la naturaleza del riesgo, a su capacidad contributiva o a una diferenciación constitucionalmente justificada.

La universalización puede articular distintos componentes: un piso sanitario financiado; regímenes contributivos obligatorios para trabajadores dependientes; mecanismos especiales para trabajadores independientes; aportes compartidos para personas económicamente dependientes.

La integralidad exige superar una concepción limitada a la consulta médica. El régimen debe responder, según corresponda, a enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos laborales, discapacidad temporal, rehabilitación y pérdida de ingresos. La ampliación de cobertura debe definir con claridad qué prestaciones son universales, cuáles dependen de cotización y cuáles requieren periodos de aportación.

La equidad impide imponer cargas idénticas a personas que se encuentran en situaciones económicas sustancialmente distintas. Un aporte fijo basado en el salario mínimo puede resultar tolerable para un profesional independiente de ingresos estables, pero excluir a una comerciante minorista, artesano o productor cuyos ingresos fluctúan.

La capacidad contributiva debe constituir, por ello, un criterio de diferenciación. La cotización puede calcularse sobre ingresos declarados, rangos presuntos, categorías productivas o bases simplificadas, siempre que existan mecanismos de actualización, fiscalización y protección contra cargas confiscatorias.

La solidaridad exige que los riesgos no sean financiados únicamente por quienes no se encuentran enfermos ni que cada persona reciba exactamente en proporción a lo aportado. Las contribuciones deben alimentar fondos colectivos capaces de distribuir recursos entre sanos y enfermos, jóvenes y adultos mayores, personas con ingresos altos y bajos, y actividades de distinto nivel de riesgo.

La solidaridad tampoco puede recaer exclusivamente sobre los empleadores formales. Una base contributiva estrecha concentra el financiamiento en un segmento de la economía y limita la sostenibilidad del sistema. La ampliación debe incorporar nuevas fuentes sin desincentivar la formalización ni reducir las obligaciones de quienes actualmente financian el régimen.

El principio de progresividad obliga al Estado a adoptar medidas deliberadas, concretas y orientadas hacia la ampliación de cobertura. La expresión del artículo 11 del Código, que condiciona la incorporación de los independientes a la existencia de posibilidades técnicas, no puede interpretarse como una autorización indefinida para la inactividad normativa.

Las dificultades administrativas y financieras pueden justificar una implementación gradual, pero no la ausencia permanente de diseño institucional. La progresividad exige diagnósticos, metas, cronogramas, fuentes de financiamiento e indicadores que permitan verificar avances.

La prohibición de regresividad impide que la ampliación se realice reduciendo injustificadamente la protección ya reconocida a los trabajadores remunerados. La incorporación de nuevos grupos debe acompañarse de recursos adicionales y ajustes de gestión, evitando deteriorar la calidad, oportunidad o suficiencia de las prestaciones existentes.

La universalidad constitucional tampoco habilita la incorporación inmediata e indiscriminada de toda persona a una caja sin financiamiento. El derecho exige efectividad y sostenibilidad. Una afiliación nominal que no cuente con recursos, infraestructura o capacidad asistencial puede incrementar las listas de espera y disminuir la protección real.

Por ello, la expansión debe sustentarse en estudios actuariales, demográficos, epidemiológicos y económicos. Estos estudios deben determinar la población objetivo, su capacidad contributiva, la frecuencia esperada de uso, el costo de las prestaciones y las necesidades de compensación pública.

La ciudadanía social puede utilizarse como criterio doctrinal para afirmar que la protección no depende exclusivamente de la posición contractual en el mercado laboral. No obstante, su traducción normativa debe evitar una restricción basada únicamente en la nacionalidad. El ordenamiento ya reconoce protección a personas extranjeras que trabajan en Bolivia, y el derecho a la salud se proyecta sobre toda persona conforme a la Constitución y a los tratados internacionales.

La residencia, el desarrollo habitual de una actividad productiva, la dependencia económica y la pertenencia a la comunidad protegida pueden funcionar como criterios de conexión, sin excluir a quienes ya se encuentran comprendidos por el régimen laboral o por normas especiales.

Debe diferenciarse la dependencia jurídica de la dependencia económica. La primera caracteriza la relación laboral tradicional y activa la responsabilidad integral del empleador. La segunda puede presentarse cuando una persona formalmente autónoma obtiene la parte principal de sus ingresos de un solo contratante o plataforma, aunque conserve cierto margen de organización.

En estos supuestos intermedios, el legislador puede establecer contribuciones compartidas entre el trabajador y la empresa beneficiaria o intermediaria. Esta solución evita trasladar toda la carga a quien, pese a ser formalmente independiente, posee una capacidad limitada para negociar las condiciones de su actividad.

Para los trabajadores autónomos, la afiliación puede basarse en mecanismos simplificados. Sin embargo, la voluntariedad pura resulta insuficiente cuando la actividad genera riesgos colectivos o cuando existe capacidad contributiva. La obligatoriedad gradual puede justificarse

por la finalidad solidaria, siempre que la contribución sea razonable y se garantice una contraprestación efectiva.

La coordinación con la Ley N.º 1152 es indispensable. El Sistema Único de Salud debe actuar como garantía sanitaria para quienes no se encuentran cubiertos por la seguridad social de corto plazo, pero no debe convertirse en un incentivo para que empleadores o intermediarios evadan la afiliación de trabajadores dependientes.

Cuando exista una relación laboral, la responsabilidad contributiva debe mantenerse. El acceso temporal de la persona al Sistema Único de Salud no extingue la obligación patronal ni impide que el Estado recupere los costos que correspondan conforme a una futura regulación.

Asimismo, debe preservarse la continuidad de la atención. El tránsito de una persona desde el Sistema Único de Salud hacia una caja, o entre empleo dependiente y actividad independiente, no debería interrumpir tratamientos, medicamentos, rehabilitación o seguimiento de enfermedades crónicas.

La interpretación vigente debe realizarse conforme a la Constitución. Los artículos 6 y 7 del Código y del Reglamento no deben aplicarse de manera formalista para excluir a quienes mantienen una relación de trabajo encubierta. La autoridad debe atender a los hechos, aplicar la primacía de la realidad y determinar quién obtiene el beneficio económico y ejerce dirección o control.

Sin embargo, el operador jurídico no puede crear por interpretación un régimen contributivo completo para trabajadores independientes. La definición de sujetos obligados, bases de cálculo, porcentajes, subsidios estatales, prestaciones y sanciones se encuentra sometida a reserva legal. La interpretación constitucional permite evitar exclusiones arbitrarias, pero no sustituye la actualización legislativa.

Criterios para la adecuación y actualización normativa

El objeto de la reforma del sistema será reformular mediante ley el campo subjetivo de la seguridad social de corto plazo, sustituyendo el modelo exclusivamente centrado en el contrato de trabajo por una estructura de cobertura gradual que considere la relación laboral, la dependencia económica, la actividad productiva, la residencia y la capacidad contributiva.

La actualización debe conservar el seguro social obligatorio como mecanismo principal de protección de los trabajadores dependientes. Toda persona que preste servicios personales, remunerados y subordinados debe quedar afiliada, con independencia de la denominación del contrato, la forma de pago, la duración de la relación o el uso de plataformas e intermediarios.

La ley debe incorporar el **principio de primacía de la realidad mediante la configuración de una presunción de laboralidad iuris tantum** (que admite prueba en contrario), la cual se activará ante la concurrencia de los indicadores de subordinación definidos por la jurisprudencia constitucional.

Para las personas que sean formalmente autónomas, pero económicamente dependientes de un contratante principal, debe crearse una categoría especial. Su financiamiento podrá distribuirse entre la persona trabajadora y la empresa beneficiaria de la actividad cuando corresponda.

La ley debe definir un umbral objetivo de dependencia económica, considerando la proporción de ingresos obtenidos de un mismo contratante, el grado de control ejercido y la capacidad real de negociación. La categoría no debe utilizarse para reducir derechos cuando exista subordinación laboral plena.

Para los trabajadores independientes o autónomos debe establecerse un régimen contributivo simplificado, con las siguientes características:

a) Afiliación individual o grupal;

b) Categorías contributivas según ingresos o capacidad económica;

c) Posibilidad de aportes mensuales, trimestrales o estacionales;

d) Mecanismos simplificados de declaración y pago;

e) Continuidad de cobertura durante periodos breves de variación o interrupción de ingresos;

f) Acceso a prestaciones claramente definidas;

g) Portabilidad entre entes gestores; y

h) Revisión actuarial periódica.

La base contributiva no debe depender exclusivamente del salario mínimo nacional. Podrá utilizarse una escala progresiva por rangos de ingresos, complementada con mecanismos presuntivos para actividades en las que sea difícil verificar la renta efectiva.

Las presunciones de ingreso deben ser revisables y admitir prueba en contrario. No podrán establecer cargas manifiestamente superiores a la capacidad económica real de la persona.

También debe evaluarse la creación de mecanismos de contribución indirecta. En determinados sectores, una fracción del aporte podría recaudarse mediante licencias,

matrículas, transacciones, facturación simplificada, pagos efectuados por plataformas o contribuciones de asociaciones productivas.

Toda retención o contribución indirecta requiere norma legal expresa, información clara a la persona aportante y registro individualizado. Los recursos deben transferirse de manera íntegra y oportuna al régimen correspondiente.

La incorporación podrá realizarse por etapas. La ley debería establecer un plan nacional de universalización contributiva con:

a) Diagnóstico de población no cubierta;

b) Priorización de sectores;

c) Estudios actuariales;

d) Pruebas piloto;

e) Metas anuales de afiliación;

f) Evaluación de capacidad instalada;

g) Fuentes de financiamiento;

h) Mecanismos de compensación; e

i) Indicadores de acceso y calidad.

Los sectores con mayor capacidad organizativa y registros administrativos disponibles podrán incorporarse inicialmente. La priorización no debe basarse únicamente en facilidad recaudatoria, sino también en nivel de desprotección, exposición a riesgos y capacidad contributiva.

La afiliación grupal puede facilitar la recaudación, pero la titularidad del derecho debe ser individual. La salida de una organización no debe provocar la pérdida inmediata de cobertura ni impedir la portabilidad de aportes.

Las instituciones intermediarias deben someterse a fiscalización y rendición de cuentas. No podrán apropiarse de contribuciones, condicionar arbitrariamente la afiliación ni sustituir las responsabilidades del ente gestor.

La actualización debe establecer un registro nacional interoperable de seguridad social de corto plazo con interrelación con los sistemas de gobernanza digital. Este registro debe vincular información de identidad, actividad económica, afiliación, cotizaciones, beneficiarios y prestaciones, respetando la confidencialidad y la protección de los datos personales.

La interoperabilidad debe comprender, conforme a ley, a la ASUSS, los entes gestores, el Ministerio de Salud y Deportes, el Ministerio de Trabajo, Gestora, las entidades tributarias, los registros empresariales, las instituciones sectoriales y el Sistema Único de Salud.

El registro debe permitir identificar tres situaciones:

a) Personas obligatoriamente aseguradas por relación laboral;

b) Personas incorporadas a regímenes especiales o de trabajo independiente; y

c) Personas protegidas por el Sistema Único de Salud por carecer de cobertura contributiva.

La existencia de un registro común no debe habilitar la negativa automática de atención. Cuando exista duda sobre la entidad responsable, la persona debe recibir la prestación necesaria y las instituciones resolver internamente y entre ellas la compensación financiera.

Debe establecerse un sistema de portabilidad. Los periodos de cotización y antecedentes clínicos relevantes deben acompañar a la persona cuando cambie de empleador, actividad o ente gestor, evitando repetición de trámites y pérdida de continuidad asistencial. La portabilidad puede resultar obsoleta si se establece un registro universal e integrado de personas naturales y de sus incidencias civiles, económicas, sanitarias y otras.

Las prestaciones del régimen especial deben definirse por ley. Como mínimo, debe garantizarse atención por enfermedad y maternidad, prevención, diagnóstico, medicamentos, rehabilitación y protección frente a riesgos derivados de la actividad productiva.

La incorporación de prestaciones monetarias puede ser gradual y depender de densidad contributiva, periodos de carencia y suficiencia financiera. Sin embargo, los requisitos deben ser razonables y no convertir la cobertura en meramente nominal.

En materia de riesgos profesionales, la actualización debe distinguir entre riesgos propios del trabajo dependiente, cuya financiación corresponde al empleador, y riesgos de la actividad autónoma. En sectores intermediados por plataformas o empresas, estas deberán contribuir cuando organicen, controlen o se beneficien directamente de la actividad.

La ASUSS debe recibir competencia legal para regular técnicamente, fiscalizar y evaluar los regímenes especiales. Su potestad no debe extenderse a crear sujetos obligados, tasas o sanciones sin fundamento legal.

La autoridad deberá elaborar estudios actuariales nacionales y sectoriales, aprobar modelos de afiliación, verificar la suficiencia de las cotizaciones y publicar periódicamente información sobre cobertura, recaudación, prestaciones y sostenibilidad.

Los entes gestores deben adaptar su capacidad administrativa y sanitaria antes de incorporar nuevos grupos. La ampliación de afiliados deberá acompañarse de personal, infraestructura, medicamentos, sistemas de información y mecanismos de atención adecuados.

La universalización no puede medirse únicamente por el número de registros. Los indicadores deben considerar afiliación efectiva, regularidad contributiva, utilización de servicios, oportunidad de atención, disponibilidad de medicamentos, continuidad y gasto de bolsillo.

La coordinación con el Sistema Único de Salud debe regularse mediante reglas de referencia, contrarreferencia, intercambio de información y compensación. Deben evitarse tanto la doble financiación como la negativa de atención por conflictos entre instituciones.

Cuando una persona afiliada a un ente gestor reciba atención en el sistema público por imposibilidad, urgencia o incumplimiento de su caja, podrán establecerse mecanismos de recuperación de costos, sin trasladar la controversia financiera al paciente.

La ley debe prever periodos de transición entre regímenes. La pérdida del empleo formal no debe producir una interrupción inmediata de la atención, y el inicio de una actividad independiente debe permitir continuar la cobertura mediante un mecanismo simplificado.

El procedimiento de afiliación debe ser accesible, gratuito y multicanal. No podrán exigirse documentos que ya obren en registros públicos ni requisitos que carezcan de relación directa con la identificación, la actividad o la capacidad contributiva.

Las decisiones de rechazo, suspensión o exclusión deben emitirse por escrito, estar motivadas e informar los recursos disponibles. La falta de pago debe diferenciarse de la imposibilidad económica sobrevenida y de los errores administrativos.

Para personas subsidiadas o de bajos ingresos, la mora no debería generar automáticamente la pérdida total de cobertura. La ley puede prever periodos de gracia, regularización, reducción temporal de la categoría contributiva o continuidad de prestaciones esenciales.

El régimen sancionador debe dirigirse prioritariamente contra quienes oculten relaciones laborales, omitan afiliaciones, retengan aportes o proporcionen información falsa. La persona trabajadora no debe soportar la pérdida de prestaciones por incumplimientos que no le sean imputables.

Desde el plano legal deben definirse los sujetos protegidos, las categorías de afiliación, las fuentes de financiamiento, las prestaciones, la portabilidad, las obligaciones y las sanciones. La reglamentación podrá desarrollar procedimientos, formularios, escalas operativas, mecanismos de pago y especificaciones tecnológicas.

En el plano institucional, corresponde delimitar las responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, la ASUSS, los entes gestores, el Sistema Único de Salud y las demás entidades que administran información laboral, tributaria y productiva.

En el componente tecnológico, debe implementarse un registro único, afiliación digital, cuenta contributiva individual, interoperabilidad, trazabilidad y canales de consulta accesibles. La digitalización debe complementarse con atención presencial para evitar posibles exclusiones.

Mientras no se apruebe la actualización, el texto vigente debe aplicarse conforme a la Constitución. La afiliación obligatoria debe extenderse a toda relación materialmente dependiente, aunque se presente bajo una forma civil, comercial o asociativa. El principio de primacía de la realidad impide utilizar contratos aparentes para evadir la seguridad social.

La interpretación más favorable debe preservar la continuidad de la atención, evitar formalismos desproporcionados y coordinar la protección contributiva con el Sistema Único de Salud. Toda negativa o suspensión debe basarse en norma vigente, hechos comprobados, motivación suficiente y proporcionalidad.

Finalmente, la experiencia acumulada por el INASES, la ASUSS, los entes gestores y los regímenes sectoriales debe sistematizarse en una ley general de seguridad social de corto plazo. Los antecedentes especiales ofrecen soluciones útiles, pero no sustituyen una regulación coherente y aplicable a toda la población trabajadora.

La actualización debe cerrar progresivamente la brecha entre la titularidad constitucional universal y el acceso legal predominantemente asalariado, sin desnaturalizar el seguro social obligatorio ni comprometer su sostenibilidad. El objetivo no es reemplazar la lógica contributiva, sino adaptarla a la diversidad real de las formas de trabajo y articularla con una garantía sanitaria universal.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.

Variable	Evaluación
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

IV.2. Fragmentación corporativa de entes gestores

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 1, 8.II, 9.2 y 9.5, 13, 14, 18, 35 a 39, 45, 109, 115, 232 a 235, 241, 242, 298.II.16 y 410; Código de Seguridad Social, arts. 1 a 5, 13, 158 a 191, 201 Decreto Supremo N.º 5315, arts. 289 a 301 y las disposiciones relativas a coordinación, organización técnica, información estadística, control y autonomía de gestión de los Entes Gestores; Decreto Ley N.º 13214, elevado a rango de Ley N.º 006; Ley Nº 922; Ley N.º 924, especialmente su art. 3; Decreto Supremo N.º 3092; Decreto Supremo N.º 21637; Decreto Supremo N.º 22703; Decreto Supremo N.º 3561; Ley N.º 1178; Decreto Supremo N.º 23318-A, Ley N.º 2341, de Procedimiento Administrativo, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N.º 27113; Ley N.º 777, del Sistema de Planificación Integral del Estado; Ley N.º 341, de Participación y Control Social; Ley N.º 164, General de Telecomunicaciones, Tecnologías de Información y Comunicación; Ley N.º 1080, de Ciudadanía Digital; y las normas reglamentarias emitidas por la ASUSS sobre afiliación, reafiliación, desafiliación, cobertura temporal, transferencia de cotizaciones, fiscalización, calidad, información estadística y coordinación entre entes gestores.

En el plano internacional deben considerarse el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, arts. 9 y 12; el Protocolo de San Salvador, arts. 9 y 10; el Convenio N.º 102 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre normas mínimas de seguridad social; y el Convenio N.º 130, sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad. Estos instrumentos orientan la interpretación hacia la ampliación de cobertura, la suficiencia de las prestaciones y la organización eficiente y solidaria de los mecanismos de protección.

Diagnóstico

El artículo 5 del Código de Seguridad Social estructuró originalmente la gestión a partir de entidades diferenciadas por sectores de actividad. La Caja de Seguro Social de Ferroviarios, Ramas Anexas y Transportes Aéreos, la Caja de Seguro Social Militar y la Caja Nacional de Seguridad Social asumían la administración respecto de grupos específicos de trabajadores. Esta configuración mantenía la tendencia sectorializada de protección social iniciada en los años 20 priorizando a grupos de dependientes en función del impacto económico o político de sus actividades y que se impulsó en su origen por las propias grandes empresas que gestionaban la explotación o el servicio y no por el Estado. Esta sectorialización respondía a una economía caracterizada por sectores laborales relativamente estables, empresas de gran dimensión y profesionales con capacidad para constituir mecanismos propios de protección.

La posterior creación y reorganización de Entes Gestores sectoriales consolidó un modelo corporativo de aseguramiento. En este contexto, el término “corporativo” alude a una forma de afiliación organizada en función de la pertenencia laboral, profesional, institucional o sectorial.

La entidad gestora queda vinculada al empleador o a la rama de actividad y no necesariamente a la libre elección de la persona trabajadora.

Este modelo permitió desarrollar identidades institucionales fuertes, experiencia especializada y redes asistenciales adaptadas a determinados sectores. Algunos Entes Gestores adquirieron conocimientos específicos sobre los riesgos laborales, las características epidemiológicas y las condiciones territoriales de su población. La especialización puede facilitar programas preventivos, medicina del trabajo y respuestas diferenciadas frente a actividades productivas particulares.

Sin embargo, la consolidación de múltiples entes gestores produjo fondos contributivos separados, redes prestacionales diferenciadas y estructuras administrativas paralelas. Cada entidad administra sus propios ingresos, establecimientos, personal, sistemas informáticos, procedimientos de afiliación, compras, farmacias, servicios especializados y mecanismos de control.

La fragmentación tiene, al menos, cinco dimensiones. **La primera es institucional**, porque coexisten entidades con personalidad jurídica, patrimonio, autoridades y normas internas propias. **La segunda es financiera**, debido a que las cotizaciones se concentran en fondos separados y no existe un mecanismo general y suficientemente desarrollado de compensación de riesgos. **La tercera es prestacional**, pues cada caja organiza una red sanitaria con distinta capacidad resolutiva. **La cuarta es territorial**, porque no todas las entidades poseen presencia nacional. **La quinta de información**, dado que los registros, expedientes y plataformas no siempre son interoperables.

La uniformidad de la tasa contributiva no produce necesariamente igualdad financiera entre los entes gestores. Aunque se aplique un mismo porcentaje sobre el total ganado, los ingresos efectivos dependen del nivel salarial promedio, la regularidad de las cotizaciones, la cantidad de beneficiarios por titular, la proporción de población activa y pasiva y el grado de formalidad de los empleadores afiliados.

Dos Entes Gestores que aplican la misma tasa pueden enfrentar condiciones completamente distintas. Una puede concentrar trabajadores con salarios elevados, baja cantidad de beneficiarios y menor carga de enfermedad; otra puede agrupar personas con remuneraciones reducidas, familias más numerosas, mayor proporción de rentistas y elevada prevalencia de enfermedades crónicas. Sin mecanismos de ajuste, la igualdad formal de la cotización puede generar desigualdad material en la capacidad de prestar servicios.

La fragmentación también limita la solidaridad. Dentro de cada ente gestor existe redistribución entre personas sanas y enfermas, jóvenes y adultas mayores, y grupos de diferentes ingresos. Sin embargo, esa solidaridad queda encerrada principalmente dentro de cada fondo institucional y no se proyecta de manera suficiente hacia el conjunto del sistema.

La pertenencia a un sector laboral puede determinar la capacidad real de acceso a especialistas, medicamentos, estudios diagnósticos, internación o infraestructura de alta complejidad. Esta diferencia resulta jurídicamente problemática cuando personas titulares del mismo derecho constitucional reciben niveles sustancialmente distintos de protección por circunstancias vinculadas únicamente con el empleador o la caja a la que fueron adscritas.

No toda diferencia entre entes gestores constituye discriminación. Las variaciones pueden estar justificadas por riesgos profesionales, distribución territorial, tamaño de la población o especialización de los servicios. El problema surge cuando la diferencia carece de fundamento objetivo, no responde a necesidades sanitarias y produce una disminución injustificada de la oportunidad, continuidad o calidad de las prestaciones.

La segmentación prestacional genera, además, duplicación de capacidad instalada. Diversos Entes Gestores pueden mantener oficinas administrativas, almacenes, laboratorios, farmacias, centros de diagnóstico y establecimientos sanitarios en una misma ciudad, mientras otras regiones carecen de servicios suficientes. La coexistencia de infraestructura subutilizada y necesidades insatisfechas revela una asignación ineficiente de recursos colectivos.

La duplicidad administrativa incrementa los costos de gestión. Cada entidad requiere unidades de afiliación, recaudación, presupuesto, contabilidad, compras, recursos humanos, sistemas, auditoría y asesoría jurídica. Parte de estas funciones podría organizarse mediante plataformas o servicios comunes sin eliminar la autonomía institucional ni la especialización prestacional.

La fragmentación también reduce la capacidad de negociación conjunta. La compra separada de medicamentos, insumos, equipos y servicios puede impedir economías de escala, generar diferencias de precios y limitar la planificación nacional de abastecimiento. La contratación coordinada no implica necesariamente centralizar todas las adquisiciones, pero permite identificar productos estratégicos y necesidades compartidas.

Las diferencias de capacidad resolutiva obligan a algunos Entes Gestores a contratar servicios externos o derivar pacientes, mientras otras poseen infraestructura disponible. La ausencia de reglas generales para la compra cruzada de servicios provoca negociaciones caso por caso, demoras en autorizaciones, controversias sobre tarifas y dificultades para recuperar costos.

La cobertura territorial constituye otra fuente de desigualdad. Los Entes Gestores con población sectorial limitada no siempre mantienen establecimientos en todos los departamentos. La persona trasladada por razones laborales, familiares o médicas puede depender de convenios temporales, cartas de garantía o autorizaciones previas para recibir atención fuera de la red de su ente gestor.

La falta de acuerdos oportunos puede trasladar a la persona asegurada el costo de la fragmentación. En lugar de resolver la compensación entre instituciones, el sistema exige al paciente obtener autorizaciones, presentar documentos, adelantar pagos o trasladarse a otra ciudad. La controversia financiera termina convirtiéndose en una barrera sanitaria.

La movilidad laboral agrava estas dificultades. Una persona puede cambiar de empleador y quedar adscrita a otro ente gestor, aunque mantenga un tratamiento crónico, una cirugía programada, una gestación en seguimiento o una rehabilitación en curso. Si no existen reglas de continuidad y portabilidad, el cambio administrativo puede interrumpir la atención.

La movilidad tampoco puede organizarse como una competencia irrestricta entre Entes Gestores. Permitir traslados sin regulación actuarial puede estimular la selección de poblaciones de menor riesgo, debilitar a los entes que concentran personas enfermas o adultas mayores y trasladar costos entre instituciones sin compensación.

La libre elección, por tanto, no debe analizarse exclusivamente como una expresión de autonomía individual. En un sistema contributivo y solidario, toda regla de movilidad modifica la composición del fondo, los ingresos y la carga asistencial. Debe equilibrar la libertad de la persona con la sostenibilidad y la distribución equitativa de riesgos.

El Decreto Supremo N.º 3561 atribuye a la ASUSS competencias para aprobar afiliaciones, reafiliaciones y desafiliaciones previo estudio estadístico, probabilístico, financiero, actuarial y poblacional. También le permite evaluar la creación, fusión o supresión de entes gestores, promover convenios, controlar transferencias temporales de cotizaciones y regular la cobertura entre entidades sin presencia nacional.

Estas atribuciones representan mecanismos relevantes de coordinación, pero se encuentran sustentadas principalmente en una norma reglamentaria. La creación de obligaciones financieras permanentes, fondos de compensación, reglas esenciales de movilidad, redistribución de cotizaciones o modificación de la adscripción obligatoria exige una regulación legal más precisa.

La actual fragmentación también dificulta la supervisión. Cuando los entes utilizan metodologías diferentes para calcular costos, registrar prestaciones, medir tiempos de espera o identificar beneficiarios, la ASUSS no puede comparar adecuadamente su desempeño. La ausencia de estándares comunes puede ocultar déficits y producir información incompatible.

Las diferencias en los sistemas de codificación clínica, farmacia, contabilidad, afiliación y recursos humanos impiden construir una visión nacional de la seguridad social de corto plazo. Sin datos homogéneos no es posible determinar cuántas personas están realmente cubiertas,

cuál es el costo por beneficiario, qué prestaciones se duplican o dónde existen brechas de infraestructura.

La fragmentación corporativa, en consecuencia, no constituye únicamente un problema de cantidad de entidades. El defecto principal radica en la coexistencia de fondos, redes y procedimientos sin un régimen legal suficientemente desarrollado de coordinación, compensación, interoperabilidad y garantía uniforme de derechos.

Sus efectos alcanzan la planificación financiera, la organización sanitaria, el abastecimiento, la movilidad laboral, la continuidad asistencial y la información proporcionada a la persona asegurada. Por ello, una actualización orientada solo a cambiar nombres institucionales o fusionar entidades no resolvería por sí misma el problema.

Valoración dogmática

El artículo 45 de la Constitución vigente establece que la seguridad social debe prestarse bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Estos principios deben ser interpretados de manera conjunta y no como mandatos aislados.

La unidad de gestión no exige necesariamente la existencia de una sola institución prestadora. Una estructura plural puede ser compatible con la Constitución si se encuentra sometida a una dirección pública común, reglas uniformes, información interoperable, coordinación prestacional y mecanismos de distribución solidaria.

La unidad constitucional es, ante todo, una unidad funcional. Supone que todas las entidades formen parte de un sistema y orienten sus decisiones hacia objetivos comunes. La pluralidad deja de ser constitucionalmente admisible cuando cada caja opera como un sistema cerrado, sin mecanismos eficaces para compartir información, riesgos, servicios o responsabilidades.

La unidad de gestión también posee una dimensión normativa. Los derechos básicos, las condiciones de acceso, la calidad mínima, los procedimientos de reclamación y las garantías de continuidad no pueden depender de reglamentos internos sustancialmente diferentes. La autonomía institucional permite adaptar la organización, pero no redefinir el contenido esencial de las prestaciones.

Existe igualmente una dimensión financiera. La solidaridad constitucional no se satisface cuando la redistribución queda limitada a cada grupo corporativo y las diferencias de riesgo se traducen directamente en prestaciones desiguales. El Estado debe establecer mecanismos que compensen las cargas que no dependen de la eficiencia del ente gestor, (entendiéndose como incentivos impositivos relacionados a la compra de medicamentos y equipos) sino de la composición de su población.

La solidaridad no implica cubrir automáticamente cualquier déficit. Debe diferenciarse entre desequilibrios originados en estructura demográfica, morbilidad, dispersión territorial o bajos salarios, y aquellos producidos por mala administración, gasto injustificado, mora no recuperada o ineficiencia. Los primeros justifican compensación; los segundos requieren medidas correctivas y responsabilidad.

La equidad exige tratar de manera diferente a quienes soportan riesgos diferentes, pero con el propósito de alcanzar niveles equivalentes de protección. Un mecanismo que distribuye la misma cantidad por persona sin considerar edad, enfermedad, discapacidad o territorio puede ser formalmente igual y materialmente inequitativo.

La integralidad obliga a considerar todo el recorrido asistencial. La protección no queda satisfecha con una consulta inicial si el ente carece de capacidad para diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o seguimiento. La coordinación entre Entes Gestores debe permitir completar la atención en otra red cuando la entidad de origen no pueda resolver el caso.

El principio de economía exige evitar estructuras redundantes y aprovechar racionalmente la capacidad instalada. No significa reducir gastos de manera indiscriminada, sino utilizar los recursos de modo que produzcan mayor protección. La coordinación de compras, laboratorios, alta complejidad o sistemas informáticos puede liberar recursos para prestaciones.

La oportunidad impide que los conflictos institucionales retrasen la atención. Cuando dos entes discuten quién debe financiar una prestación, el paciente no puede quedar sin servicio. Debe aplicarse una regla de atención inmediata y compensación posterior entre instituciones.

La eficacia obliga a evaluar el sistema por sus resultados. La existencia de múltiples Entes Gestores solo se justifica si contribuye a otorgar prestaciones oportunas, accesibles y de calidad. La identidad histórica o sectorial no constituye, por sí sola, una razón suficiente para conservar estructuras que producen desigualdad o ineficiencia persistente.

La autonomía de gestión de los Entes Gestores es instrumental. Su objeto es permitir una administración especializada de los recursos y prestaciones, no constituir ámbitos de soberanía institucional. Cada ente debe actuar dentro de la política pública, la regulación nacional y los sistemas de control.

La autonomía tampoco otorga discrecionalidad sobre la población afiliada ni sobre las cotizaciones. Los recursos están afectados a la seguridad social y deben administrarse conforme a su finalidad. La afiliación sectorial no puede utilizarse para impedir acuerdos, compensaciones o derivaciones necesarias para proteger a los asegurados.

La dirección estatal prevista constitucionalmente impone al nivel central la obligación de construir coherencia. No basta con fiscalizar a cada entidad por separado; debe supervisarse el funcionamiento del conjunto, identificar desigualdades sistémicas y corregir la distribución ineficiente de recursos y riesgos.

La supervisión debe distinguir entre autonomía operativa y estándares obligatorios. Los entes pueden organizar sus establecimientos, personal y procesos internos, pero deben cumplir un catálogo común de prestaciones, tiempos máximos, indicadores de calidad, reglas de referencia, interoperabilidad y transparencia.

La creación de un fondo de compensación no debe entenderse como una confiscación de recursos institucionales. Constituye una técnica de solidaridad destinada a ajustar diferencias objetivas y garantizar que la capacidad de atención no dependa exclusivamente de la composición salarial o epidemiológica de cada caja.

Sin embargo, la compensación requiere reserva legal. La ley debe definir su finalidad, fuentes, sujetos aportantes y beneficiarios, variables de cálculo, administración, control y mecanismos de impugnación. La ASUSS puede desarrollar la metodología técnica, pero no crear por sí solas obligaciones contributivas permanentes.

La movilidad debe orientarse por los principios de continuidad y portabilidad. La persona no puede perder atención por cambiar de empleo, ciudad o ente gestor. Sus antecedentes clínicos, autorizaciones y tratamientos deben acompañarla, con las garantías necesarias de confidencialidad.

No existe, sin embargo, un derecho absoluto a trasladarse libremente de una caja a otra sin considerar las consecuencias financieras. El legislador puede establecer periodos, condiciones, reglas de permanencia y compensación, siempre que sean razonables y no se utilicen para mantener a la persona en una entidad incapaz de prestar el servicio.

La afiliación obligatoria vinculada al empleador puede mantenerse como regla, pero debe complementarse con mecanismos excepcionales de traslado cuando exista ausencia territorial, falta prolongada de capacidad resolutiva, riesgo para la continuidad o incumplimiento grave de estándares.

La fusión o supresión de entes gestores tampoco debe presentarse como respuesta automática. Una entidad pequeña puede ser eficiente y especializada, mientras una institución grande puede mantener graves deficiencias. La decisión debe basarse en estudios actuariales, financieros, sanitarios y territoriales, además de considerar el impacto sobre trabajadores y beneficiarios.

La dogmática constitucional exige preservar los derechos adquiridos y la continuidad durante cualquier reestructuración. La modificación institucional no puede interrumpir tratamientos, eliminar beneficiarios ni reducir prestaciones. Los activos, pasivos, reservas, expedientes y obligaciones deben transferirse con reglas claras.

La interpretación vigente debe armonizar las normas históricas con la Constitución. Las referencias a Entes Gestores u órganos desaparecidos deben reconstruirse conforme a la continuidad material de funciones, pero esta operación interpretativa no puede utilizarse para crear fondos, imponer transferencias o modificar afiliaciones sin base legal.

La ASUSS puede exigir información, homologar instrumentos, controlar convenios y aprobar movimientos de afiliación dentro de sus competencias. No obstante, las decisiones que alteren de forma estructural el financiamiento, la titularidad o la adscripción de grupos completos deben emanar de la ley.

La tutela protectora exige que toda restricción a la movilidad, referencia o cobertura sea motivada. La autoridad debe explicar la norma aplicable, los hechos, el estudio técnico y las alternativas consideradas. La invocación genérica de “pertenencia a otra caja” no justifica negar una prestación urgente o indispensable.

Criterios para la adecuación y actualización normativa

Aprobar una ley marco de organización y coordinación de la seguridad social de corto plazo que reconozca la pluralidad de entes gestores, pero los integre en un sistema nacional sometido a dirección pública (entendida como un modelo de administración general para todas), estándares comunes, compensación solidaria, interoperabilidad y evaluación permanente.

La actualización no debe partir de una disyuntiva simplificada entre mantener todos los Entes Gestores sin cambios o fusionarlas en una sola entidad. Debe establecer criterios técnicos que permitan conservar y reorganizar, la estructura de las instituciones según su sostenibilidad, capacidad resolutiva y contribución efectiva al sistema.

La ley deberá definir la arquitectura institucional, integrada al menos por:

a) El Ministerio de Salud y Deportes, como órgano rector de la política sanitaria;

b) La ASUSS, como autoridad especializada de regulación, supervisión, jurisdicción, fiscalización y coordinación;

c) Los entes gestores, como responsables de afiliación, recaudación y otorgación de prestaciones;

d) Un mecanismo nacional de compensación de riesgos y costos;

e) Una red integrada de intercambio y compra de servicios; y

f) Un sistema nacional de información de la seguridad social de corto plazo.

Debe aprobarse un catálogo nacional mínimo de prestaciones, aplicable a todos los Entes Gestores. Este catálogo debe identificar las prestaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas, farmacéuticas, de rehabilitación, maternidad y riesgos profesionales que todo ente debe garantizar.

Debe crearse un Fondo Nacional de Compensación de la Seguridad Social de Corto Plazo o un mecanismo equivalente de ajuste entre entes gestores. Su objeto será redistribuir recursos para compensar diferencias objetivas en la carga de riesgo y capacidad contributiva.

La fórmula de compensación debe considerar, al menos: **a)** número de titulares y beneficiarios; **b)** edad y sexo de la población; **c)** proporción de rentistas; **d)** prevalencia de enfermedades crónicas; **e)** discapacidad y condiciones de alto costo; **f)** nivel salarial y capacidad contributiva; **g)** dispersión territorial; **h)** disponibilidad de infraestructura; **i)** complejidad de las prestaciones; y **j)** indicadores de eficiencia y calidad.

La compensación debe diferenciar ajuste por riesgo y apoyo por desempeño. El primero corrige condiciones estructurales no controlables por la entidad. El segundo puede financiar planes de mejora, innovación, prevención o reducción de brechas.

No deben compensarse automáticamente gastos injustificados, exceso de costos administrativos o incumplimientos de recuperación de mora. La entidad que solicite recursos deberá demostrar el origen del desequilibrio y cumplir un plan de regularización cuando existan deficiencias de gestión.

La administración del mecanismo debe contar con independencia técnica, reglas públicas y auditoría externa. Los cálculos, transferencias, variables y resultados deben publicarse de forma periódica, protegiendo los datos personales.

La fórmula deberá actualizarse mediante estudios actuariales nacionales. Los entes gestores estarán obligados a proporcionar información homogénea y verificable. La alteración u ocultamiento de datos debe generar responsabilidad.

Debe desarrollarse una red nacional de intercambio prestacional. Cuando una caja no cuente con un servicio, podrá utilizar la capacidad de otra entidad mediante tarifas reguladas, facturación estandarizada y compensación automática.

La atención no debe quedar condicionada a la conclusión previa del pago entre Entes Gestores. El ente receptor prestará el servicio autorizado o urgente, y las entidades resolverán posteriormente la compensación mediante una cámara de conciliación.

La ASUSS debe establecer un tarifario técnico de referencia para consultas, internaciones, procedimientos, medicamentos y servicios diagnósticos. Las tarifas deben considerar costos eficientes, complejidad y actualización periódica.

Los acuerdos entre Entes Gestores deben utilizar modelos uniformes. No será necesario negociar un convenio independiente para cada prestación cuando exista un régimen nacional de intercambio.

En emergencias, la persona será atendida por el establecimiento disponible, con independencia de su ente de afiliación. La falta de autorización previa no podrá justificar la negativa cuando exista riesgo para la vida o la integridad.

La historia clínica relevante, las autorizaciones, las prescripciones y los resultados deberán transferirse mediante sistemas interoperables y con consentimiento o habilitación legal. No podrá exigirse a la persona repetir estudios recientes sin justificación médica. La movilidad de asegurados debe clasificarse en: **a)** movilidad obligatoria, derivada del cambio de empleador o sector; **b)** movilidad territorial, cuando el ente carezca de presencia en el lugar de residencia o trabajo; **c)** movilidad prestacional, para acceder a servicios que la caja no puede brindar; **d)** movilidad correctiva, ante incumplimientos graves o persistentes; y **e)** movilidad voluntaria regulada, cuando la ley la permita. Toda historia clínica debe desplazarse del sistema tangible de hoja a un sistema digital obligatorio a cargo del personal médico. Esa información se integrará automáticamente a una base de datos acumulativa en cadena, en la que no sea posible suprimir o modificar la información insertada y en la que los errores u omisiones se integren con las notas aclaratorias correspondientes identificando a quien las realizó. El sistema digital de hoja clínica consignará automáticamente por medio de reconocimiento digital, facial u otro quien realizó la anotación clínica, la hora y el día correspondientes al mes y al año de la incidencia. La hoja clínica manual existente es el medio privilegiado para el fraude sanitario y para el encubrimiento de mala praxis, de faltas administrativas y de delitos.

La movilidad voluntaria no debe operar sin estudios previos. Podrán establecerse ventanas anuales, periodos mínimos de permanencia y prohibición de selección por edad, sexo, enfermedad o discapacidad.

El ente receptor no podrá rechazar a una persona por su condición de salud. Las diferencias de riesgo serán corregidas mediante el mecanismo de compensación.

Debe desincentivarse toda práctica de selección favorable de asegurados, publicidad engañosa o inducción al traslado basada en promesas de prestaciones no sostenibles. La ASUSS supervisará los movimientos y sus efectos actuariales.

La movilidad correctiva procederá cuando un ente incumpla reiteradamente estándares esenciales y no ejecute planes de mejora. Antes de trasladar grupos, deberán evaluarse la capacidad del receptor y el impacto sobre ambas instituciones.

Debe establecerse una plataforma tecnológica común. Los entes gestores podrán conservar sistemas internos, pero deberán conectarse mediante estándares nacionales de interoperabilidad.

La plataforma integrará:

a) afiliación y beneficiarios; **b)** cotizaciones y mora; **c)** movilidad; **d)** prestaciones; **e)** medicamentos; **f)** referencias; **g)** historia clínica interoperable; **h)** facturación entre Entes Gestores; **i)** reclamos; y **j)** indicadores financieros y sanitarios.

Cada persona dispondrá de un identificador único de seguridad social de corto plazo. La adscripción a una caja podrá cambiar, pero el registro y la trazabilidad de derechos permanecerán.

La interoperabilidad deberá evitar afiliaciones múltiples incompatibles, pérdida de antigüedad y repetición de documentos. La detección de duplicidades no autoriza a suspender automáticamente la atención sin verificar la situación.

La ASUSS deberá publicar un tablero comparativo de desempeño. La información incluirá ingresos por asegurado, gasto asistencial, costos administrativos, tiempos de espera, disponibilidad de medicamentos, infraestructura, reclamos, resultados de auditoría y cumplimiento de estándares.

La comparación debe ajustarse por tipo y calidad de riesgo. No resulta válido calificar como ineficiente a una entidad únicamente porque atiende una población de mayor edad o complejidad.

Los indicadores deberán servir para orientar compensaciones, planes de mejora y decisiones de reorganización. No podrán emplearse mecánicamente para imponer sanciones sin verificar causas y responsabilidad.

La actualización debe fortalecer las compras coordinadas. La ASUSS o una instancia especializada podrá identificar medicamentos, insumos y equipos susceptibles de adquisición conjunta, preservando controles de calidad y transparencia.

La compra conjunta será prioritaria cuando produzca economías de escala, reduzca desabastecimiento o mejore el poder de negociación. Los entes podrán mantener compras

propias para necesidades específicas justificadas. La separación de modalidades de compra, de la logística de aprovisionamiento y de la administración de recursos mediante interfaces realizadas por otros entes es un mecanismo eficaz para limitar el enriquecimiento ilícito mediante el peculado o el tráfico de influencias. Esto supone una acentuación en la especialización de las entidades y de las personas.

También deben compartirse servicios administrativos y tecnológicos cuando resulte eficiente. Plataformas de afiliación, facturación, compras, estadística y capacitación pueden organizarse de manera común sin eliminar la personalidad jurídica de los Entes Gestores.

La ley debe establecer mecanismos de solución de conflictos entre entes gestores. La ASUSS podrá actuar como instancia de conciliación y decisión técnica en controversias sobre afiliación, transferencias, tarifas, cobertura territorial y compensación.

Las decisiones deberán ser motivadas y admitir los recursos correspondientes. La conciliación no puede afectar el derecho de la persona a recibir atención inmediata.

La participación social debe incorporarse al diseño del sistema. Trabajadores activos, rentistas, empleadores y beneficiarios deberán conocer los estudios actuariales, fórmulas de compensación y planes de reorganización.

La consulta no debe convertirse en veto corporativo a actualizaciones necesarias, pero sí garantizar información, deliberación y rendición de cuentas.

En el plano legal debe definirse la arquitectura del sistema, las obligaciones de coordinación, el fondo de compensación, las reglas de movilidad, la portabilidad, los criterios de reorganización y las sanciones.

En el plano reglamentario corresponde desarrollar fórmulas, tarifas, procedimientos, indicadores, estándares técnicos y mecanismos de intercambio.

En el plano institucional deben fortalecerse las capacidades actuariales, financieras, sanitarias y tecnológicas de la ASUSS y de los entes gestores.

En el componente tecnológico deben implementarse interoperabilidad, identificador único, expediente clínico compartido, facturación electrónica y trazabilidad.

Mientras no se apruebe la actualización, el régimen vigente debe interpretarse conforme al artículo 45 de la Constitución. La autonomía de los Entes Gestores no puede justificar negativas que desconozcan solidaridad, oportunidad, continuidad o eficacia.

La ASUSS debe utilizar las competencias actuales para promover convenios, homologar reglas, exigir información común, controlar coberturas temporales y evaluar movimientos de afiliación. Estas actuaciones deben sustentarse en estudios técnicos y respetar el debido proceso.

Toda negativa de traslado, referencia o cobertura fuera de la red debe ser motivada. La entidad debe identificar las razones jurídicas, financieras y médicas, así como las alternativas disponibles.

La interpretación protectora no habilita movimientos arbitrarios ni transferencias carentes de respaldo. La solidaridad debe organizarse mediante reglas previsibles, información comprobable y proporcionalidad.

Finalmente, la experiencia acumulada por el INASES, la ASUSS y los entes gestores debe sistematizarse en una norma con rango de ley. Los reglamentos pueden desarrollar formularios, protocolos, tarifas y procedimientos de intercambio; sin embargo, la definición del sistema, la distribución de recursos, las reglas de movilidad, las garantías de continuidad, los mecanismos de compensación y las consecuencias del incumplimiento requieren regulación legal expresa.

La finalidad de la actualización no debe ser suprimir la diversidad institucional por sí misma, sino impedir que esa diversidad produzca desigualdad. La pluralidad de Entes Gestores solo resulta compatible con la Constitución cuando opera dentro de un sistema integrado, solidario, interoperable y sometido a estándares comunes de protección.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

IV.3. Persistencia de exclusiones sectoriales

Base normativa

DS 5315 arts. 19 a 24; CPE arts. 45 y 46; Ley 2450 y normativa de trabajadoras asalariadas del hogar; Ley 1152.

Diagnóstico: El Reglamento General excluyó inicialmente a trabajadores agrícolas, servicio doméstico particular, trabajadores a domicilio, temporales, choferes, gremiales, artesanos e independientes por razones técnicas, administrativas y financieras. Aunque parte de esas exclusiones fue superada por normas posteriores, el Código no contiene una técnica integral de inclusión.

Valoración dogmática: El problema no es solo histórico. La ausencia de reglas claras para trabajadores independientes y unidades económicas pequeñas desplaza a gran parte de la población hacia el SUS o hacia gasto de bolsillo, debilitando el carácter contributivo-solidario de la SSCP.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Derogar expresamente las fórmulas excluyentes y reemplazarlas por regímenes especiales de afiliación progresiva, contribución proporcional y cobertura familiar.

Desde el enfoque sistemático, la dificultad no está solo en la literalidad de la disposición. Se refleja en la gestión cotidiana, en la planificación financiera, en la calidad de la prestación y en la posibilidad de que el asegurado conozca con claridad sus derechos. Por ello, la respuesta debe ser normativa, administrativa, institucional y tecnológica.

La aplicación del texto vigente requiere un control constitucional permanente. El intérprete debe distinguir derogaciones expresas y tácitas, escoger la solución más favorable a la salud y a la seguridad social, y verificar que toda restricción administrativa esté motivada. La dogmática protectora, lejos de permitir discrecionalidad, impone fundamentación, respaldo probatorio y proporcionalidad.

La práctica acumulada por ASUSS, INASES y los Entes Gestores de Salud necesita sistematización legal. La reglamentación administrativa puede desarrollar formularios, plazos operativos y protocolos, pero no sustituye las reglas de fondo sobre titularidad, financiamiento, procedimiento, impugnación y sanción. Esas materias deben quedar fijadas por ley para preservar seguridad jurídica.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

IV.4. Terminología preconstitucional

Base normativa

CSS arts. 1, 14, 35 y concordantes; SC 0062/2003 - Fundadora; Ley 223 - Ley General para Personas con Discapacidad; Ley 977 – Ley de inserción laboral.

Diagnóstico: El texto originario utiliza expresiones como capital humano, inválido, inutilizado o dependiente en sentido asistencialista. Aunque algunas fórmulas pueden reinterpretarse conforme a la CPE, el lenguaje normativo reproduce categorías que pueden optimizarse adoptando el modelo de derechos, discapacidad, igualdad y dignidad.

Valoración dogmática: En el plano dogmático, el lenguaje jurídico no es neutral: condiciona la forma de reconocer derechos, el trato administrativo y la justificación de restricciones. Un código moderno debe abandonar categorías deficitarias y adoptar la terminología de persona con discapacidad, rehabilitación integral, inclusión laboral y ajustes razonables.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Actualizar la nomenclatura legal y establecer cláusula interpretativa de igualdad, no discriminación y protección reforzada.

La lectura de conjunto muestra que el defecto excede la redacción del artículo. Repercute en la práctica administrativa, en la previsión financiera, en la calidad de las prestaciones y en la claridad con que el asegurado puede ejercer sus derechos. De ahí que la corrección deba abarcar ley, reglamento, institución y soporte tecnológico.

El texto vigente debe ser aplicado con filtro constitucional. Eso supone identificar normas derogadas, preferir la interpretación más protectora de la salud y la seguridad social, y exigir justificación suficiente cuando una prestación sea limitada, suspendida o diferida. La protección no significa arbitrariedad: exige motivación, prueba y proporcionalidad.

La experiencia sectorial de ASUSS, INASES y los entes gestores debe convertirse en un marco legal claro. La norma administrativa es adecuada para aspectos operativos, como formularios, plazos y protocolos; no obstante, la titularidad, el financiamiento, el procedimiento, las impugnaciones y las sanciones requieren regulación legal expresa.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.

Variable	Evaluación
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

CAPÍTULO V. Diagnóstico del Título II: prestaciones de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales

Idea rectora

Este capítulo examina el bloque desde una perspectiva dogmática y práctica: identifica su nivel real de vigencia, ordena sus fuentes y explica las tensiones entre el Código, la Constitución, los reglamentos y la jurisprudencia constitucional.

Este análisis no se agota en reproducir el contenido legal. Estudia la estructura dogmática del bloque, su vigencia efectiva, las actualizaciones que cambiaron su sentido y la interpretación que impone la Constitución Política del Estado de 2009. Con ello se separa lo todavía operativo de lo que necesita derogación, actualización o integración normativa.

V.1. Prestaciones en especie sin enfoque integral de derechos de pacientes

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 13, 14, 15, 18, 21, 30, 35 a 45, 66, 70, 71, 109, 115, 256, 298.II.16 y 410; Código de Seguridad Social, arts. 14 a 35; Decreto Supremo N.º 5315, en sus disposiciones sobre prestaciones en especie, medicina preventiva, asistencia por enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, hospitalización, medicamentos, rehabilitación y segunda opinión; Código de Salud Decreto Ley N.º 15629; Decreto Ley N.º 13214, elevado a rango de ley por la Ley N.º 006; Ley N.º 924; Decreto Supremo N.º 21637; Ley N.º 3131, Decreto Supremo N.º 28562, reglamentario de la Ley N.º 3131; Ley N.º 1737, del Medicamento; Ley N.º 223, General para Personas con Discapacidad; Ley N.º 348, Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia; Ley N.º 369, General de las Personas Adultas Mayores; Ley N.º 459, de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana; Ley N.º 548, Código Niña, Niño y Adolescente; Ley N.º 453, General de los Derechos de las Usuarias y los Usuarios y de las Consumidoras y los Consumidores; Decreto Supremo N.º 3561, de creación de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo; y Ley N.º 2341, de Procedimiento Administrativo, con su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 27113.

En el ámbito específico de la seguridad social de corto plazo deben considerarse el Reglamento Único de Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo, aprobado mediante Resolución Administrativa ASUSS N.º 094/2018; los reglamentos de auditoría en salud y auditoría médica externa; las normas de fiscalización y supervisión de calidad; los reglamentos de referencia y contrarreferencia; las normas de afiliación y continuidad de derechos; los instrumentos sobre expediente clínico, bajas médicas, rehabilitación y atención de riesgos profesionales; y las resoluciones administrativas emitidas por la ASUSS en materia prestacional.

También integran el marco aplicable la Norma Nacional de Seguridad del Paciente, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 0437 de 3 de septiembre de 2024; la Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 0277 de 20 de junio de 2024; las normas nacionales de atención clínica; los protocolos de diagnóstico y

tratamiento; las disposiciones sobre gestión hospitalaria, habilitación y acreditación; y las normas de salud familiar comunitaria intercultural.

Diagnóstico

Los artículos 14 a 35 del Código de Seguridad Social regulan las prestaciones sanitarias por enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. Su contenido reconoce asistencia médica y dental, general y especializada, atención quirúrgica, hospitalización, medicamentos, prótesis, ortopedia, rehabilitación y determinados programas de medicina preventiva.

Este conjunto normativo representó un avance relevante en su contexto histórico. El Código no se limitó al pago de subsidios, sino que organizó prestaciones materiales destinadas a conservar, recuperar o restablecer la salud y la capacidad laboral de la persona asegurada. También reconoció cobertura para familiares beneficiarios y estableció prestaciones específicas ante accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

No obstante, la regulación responde a una concepción predominantemente institucional y médico-asistencial. La persona aparece principalmente como receptora de las prestaciones que los servicios médicos de la caja consideran indispensables, y no como titular de un conjunto autónomo de derechos durante todo el proceso de atención.

El artículo 14 atribuye a los servicios médicos la determinación de las prestaciones necesarias para la curación. Esta fórmula permite una evaluación clínica, pero concentra la decisión en la institución sin regular de manera suficiente la participación del paciente, la información previa, la elección entre alternativas terapéuticas, el consentimiento, la revisión de la decisión o el acceso a una segunda opinión independiente.

El modelo se orienta especialmente a enfermedades agudas y episodios delimitados en el tiempo. Los límites de veintiséis y cincuenta y dos semanas previstas para determinadas prestaciones reflejan una lógica de curación, recuperación o declaración de invalidez. Esta estructura resulta insuficiente para enfermedades crónicas, degenerativas, autoinmunes, oncológicas, mentales o de baja prevalencia que requieren seguimiento permanente y no pueden encuadrarse adecuadamente en ciclos cerrados de atención.

La transición patogénica y epidemiológica ha incrementado la importancia de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, trastornos de salud mental, enfermedades respiratorias crónicas, insuficiencia renal, condiciones neurológicas y discapacidades que requieren atención prolongada. Frente a estas contingencias, la prestación no puede organizarse únicamente como respuesta a episodios aislados.

El tratamiento integral de una enfermedad crónica exige detección temprana, diagnóstico, educación sanitaria, medicamentos continuos, controles periódicos, interconsultas, rehabilitación, apoyo psicosocial y seguimiento de adherencia. La falta de cualquiera de estos componentes puede reducir la efectividad del resto de la intervención.

El Código contiene una previsión de medicina preventiva en su artículo 22. Sin embargo, dicha regulación se concentra en vacunaciones, catastro pulmonar, exámenes serológicos, cuidados prenatales y puericultura, conforme a los problemas sanitarios predominantes al momento de su promulgación. No incorpora de forma expresa prevención de enfermedades no transmisibles, tamizajes actualizados, promoción de salud mental, prevención de discapacidad, detección de violencia o gestión de factores de riesgo.

Además, el Código condiciona la medicina curativa al cumplimiento de determinadas prescripciones preventivas. Esta regla debe ser reinterpretada, pues la prevención no puede utilizarse como fundamento automático para negar atención. El incumplimiento de una recomendación sanitaria puede ser considerado clínicamente, pero no convierte a la persona en responsable absoluta de su enfermedad ni extingue el deber institucional de asistencia.

En materia de rehabilitación, los artículos 28 y 35 reconocen recuperación, readaptación profesional, provisión de prótesis y reinserción laboral. Sin embargo, la regulación está principalmente vinculada con riesgos profesionales y con una concepción histórica de invalidez. No desarrolla la rehabilitación integral, temprana, multidisciplinaria y basada en objetivos funcionales aplicable a enfermedades comunes, discapacidad, salud mental, envejecimiento o condiciones posoperatorias.

La segunda opinión tampoco se encuentra totalmente ausente. El artículo 34 permite solicitar el criterio de otro profesional cuando el paciente considere peligrosa una intervención quirúrgica o un tratamiento. No obstante, esta garantía posee alcance restringido: se activa únicamente ante una percepción de peligro, no regula el acceso a la documentación clínica, no fija plazos, no exige independencia del profesional consultado y traslada el costo al paciente cuando el segundo médico no pertenece a la caja.

La Ley N.º 3131 amplió posteriormente el derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento. Sin embargo, esta garantía no ha sido plenamente integrada al régimen de prestaciones. En la práctica, pueden presentarse dificultades para obtener derivación, autorización, copia de estudios o evaluación por un especialista distinto.

El consentimiento informado tampoco se encuentra desarrollado en los artículos 14 a 35 del Código. La Constitución, la Ley N.º 3131 y su Reglamento exigen información y consentimiento, pero el texto codificado mantiene una formulación centrada en el cumplimiento de las prescripciones institucionales.

La ausencia de una regulación integrada puede llevar a comprender el consentimiento como una simple firma destinada a proteger al establecimiento. Jurídicamente, el consentimiento informado es un proceso de comunicación mediante el cual la persona conoce su diagnóstico, las alternativas, los beneficios, los riesgos relevantes, las consecuencias previsibles de no tratarse y la posibilidad de retirar su autorización.

La firma de un formulario no demuestra por sí sola que existió comprensión. La información debe proporcionarse en lenguaje claro, con tiempo suficiente, sin coerción y de manera adecuada a las condiciones culturales, lingüísticas, cognitivas y emocionales de la persona.

El consentimiento también comprende el derecho a rechazar un tratamiento. La negativa no autoriza al ente gestor a abandonar al paciente, negar otras prestaciones o interrumpir toda relación asistencial. Corresponde informar las consecuencias, ofrecer alternativas razonables y documentar la decisión, respetando las excepciones previstas para emergencias y otros supuestos legalmente establecidos.

La regulación vigente tampoco desarrolla suficientemente la toma de decisiones de niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad o pacientes con capacidad temporalmente afectada. El enfoque contemporáneo exige valorar la autonomía progresiva, proporcionar apoyos para decidir y evitar sustituir la voluntad de la persona cuando pueda expresarla con asistencia adecuada.

La continuidad terapéutica constituye otra deficiencia. El Código regula periodos de cobertura, pero no establece un deber general de elaborar planes de continuidad, coordinar altas, garantizar medicamentos entre consultas, realizar seguimiento posterior ni evitar interrupciones ocasionadas por cambios de empleador, ente gestor, establecimiento o condición de aseguramiento.

Una prestación aislada puede ser técnicamente correcta y, al mismo tiempo, insuficiente. La consulta pierde eficacia cuando el examen diagnóstico no se realiza; el diagnóstico no protege si el medicamento no está disponible; la cirugía resulta incompleta si no existe rehabilitación; y el alta hospitalaria puede ser insegura si no se comunica al primer nivel el tratamiento que debe continuar.

La referencia y contrarreferencia son elementos centrales para la integralidad. La referencia no debe limitarse a entregar un formulario. Requiere identificar el establecimiento receptor, transmitir información clínica, programar la atención y verificar que el paciente haya accedido al servicio.

La contrarreferencia debe informar al establecimiento de origen sobre diagnóstico, procedimientos, tratamiento y seguimiento. Sin este retorno, se fragmenta el cuidado, se duplican exámenes y aumenta el riesgo de abandono terapéutico.

La falta de capacidad resolutiva del ente gestor tampoco debería trasladarse al asegurado. Cuando la caja carezca de especialista, equipo, medicamento o establecimiento adecuado, debe activar mecanismos de atención externa, compra de servicios o intercambio prestacional con otra entidad.

El artículo 20 del Código contempla la autorización de servicios particulares en lugares donde la caja no disponga de servicios propios o contratados. Sin embargo, su aplicación caso por caso y su dependencia de autorización previa pueden resultar insuficientes ante urgencias, ausencia prolongada de capacidad o demoras imputables al ente gestor.

La normativa debe distinguir entre reembolso excepcional y garantía institucional de acceso. El asegurado no debería financiar anticipadamente una prestación costosa para solicitar luego su devolución cuando la falta de servicio sea responsabilidad de la entidad.

El suministro de medicamentos se encuentra reconocido por el Código, pero bajo una lógica accesoria a la asistencia médica, hospitalaria o quirúrgica. Actualmente, el acceso al medicamento constituye una dimensión autónoma del derecho a la salud y debe incluir disponibilidad, calidad, seguridad, uso racional, continuidad y farmacovigilancia.

La prescripción no agota la prestación. Esta se cumple cuando el medicamento es entregado en la cantidad indicada y durante el tiempo requerido. La entrega parcial, la sustitución no informada o la indicación de adquirirlo externamente pueden producir gasto de bolsillo e interrupción terapéutica.

En las enfermedades crónicas, el desabastecimiento temporal puede generar consecuencias graves. La entidad debe contar con mecanismos de provisión alternativa, traslado entre farmacias, compra urgente o reconocimiento oportuno de gastos, sin someter al paciente a trámites incompatibles con la continuidad clínica.

La calidad tampoco aparece expresamente desarrollada en el Código como derecho exigible. La Ley N.º 3131 y el Decreto Supremo N.º 28562 introdujeron posteriormente gestión de calidad, protocolos, acreditación y auditoría médica. La Constitución, además, exige vigilancia de la atención de calidad mediante auditorías sostenibles.

La calidad comprende estructura, proceso y resultado. No basta con disponer de un edificio o registrar una consulta; se requieren personal competente, equipos funcionales, medicamentos, protocolos actualizados, comunicación adecuada, diagnóstico oportuno y seguimiento.

La seguridad del paciente constituye una dimensión específica de la calidad. Impone prevenir errores de identificación, fallas de medicación, infecciones asociadas a la atención, caídas,

complicaciones quirúrgicas evitables, retrasos diagnósticos y deficiencias en la comunicación clínica.

El sistema debe identificar y analizar incidentes y eventos adversos. La ausencia de reportes no necesariamente demuestra seguridad; puede revelar falta de mecanismos de notificación, temor a sanciones o una cultura institucional orientada al ocultamiento.

La auditoría médica prevista en la Ley N.º 3131 posee carácter preventivo y correctivo. No debe reducirse a investigar responsabilidad después de un daño ni convertirse en una vía que retrase la prestación pendiente. Debe servir para detectar fallas, ordenar medidas inmediatas y promover aprendizaje institucional.

La salud mental presenta una brecha especialmente visible. Aunque el Código de Salud contiene referencias generales, el Código de Seguridad Social no integra expresamente promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación psicosocial, atención de crisis, prevención del suicidio y continuidad comunitaria.

La falta de una ruta prestacional clara puede provocar que la salud mental sea tratada como servicio complementario o excepcional. La integralidad constitucional exige reconocer que la salud comprende dimensiones físicas, mentales y sociales y que los trastornos mentales requieren igual consideración clínica y financiera.

La atención de salud mental debe evitar discriminación, internaciones innecesarias y tratamientos impuestos sin garantías. Debe priorizar intervención comunitaria, consentimiento informado, confidencialidad, apoyos para la toma de decisiones y continuidad después de una crisis.

La interculturalidad también aparece débilmente desarrollada en el Código. La Constitución y la normativa posterior reconocen la medicina tradicional y el respeto a los valores étnico-culturales. Esto exige superar una atención uniforme que ignore idioma, concepción de la enfermedad, prácticas comunitarias y preferencias terapéuticas.

La interculturalidad clínica no significa aceptar prácticas dañinas ni renunciar a la evidencia científica. Implica comunicación abierta y efectiva, mediación lingüística, reconocimiento de saberes, explicación de alternativas y articulación segura con medicina tradicional cuando la persona lo solicite.

El trato digno constituye otra dimensión insuficientemente codificada. Una prestación no puede considerarse adecuada si se brinda mediante humillación, discriminación, exposición innecesaria del cuerpo, divulgación de información o trato despersonalizado.

La Ley N.º 3131 reconoce intimidad, confidencialidad, información y trato equitativo. Sin embargo, estos derechos requieren procedimientos operativos: espacios privados, custodia de historias clínicas, restricciones de acceso, consentimiento para divulgar datos y canales de denuncia accesibles.

La digitalización agrega nuevos riesgos. La interoperabilidad puede mejorar la continuidad, pero también ampliar la exposición de información clínica. Deben existir controles de acceso, trazabilidad, autenticación, finalidad legítima y responsabilidad por consulta o divulgación indebida.

La persona asegurada debe tener acceso a su historia clínica, resultados, prescripciones, epicrisis e informes. La institución conserva y custodia los documentos, pero no puede utilizar esa custodia para impedir que el titular conozca la información necesaria para su tratamiento, segunda opinión o reclamación.

La prestación integral también exige información sobre cobertura. El asegurado debe conocer qué servicios corresponden, dónde se prestan, qué requisitos se exigen, cuánto demora el trámite y qué alternativas existen cuando la caja no dispone de capacidad.

Las negativas verbales, la ausencia de fichas, el desabastecimiento o la falta de agenda no constituyen decisiones jurídicamente suficientes. Toda limitación relevante debe formalizarse, motivarse y comunicar las vías de reclamación.

En términos sistémicos, la insuficiencia normativa repercute en la planificación financiera. Un modelo centrado en episodios agudos puede subestimar el costo de enfermedades crónicas, rehabilitación, salud mental, cuidados paliativos y continuidad farmacológica.

También incide en la calidad. Cuando no existen obligaciones jurídicas claras, los derechos dependen de protocolos internos, disponibilidad local o decisiones individuales. Esta variabilidad produce diferencias entre entes gestores y establecimientos.

La persona asegurada, finalmente, enfrenta una normativa dispersa. Sus derechos se encuentran distribuidos entre la Constitución, el Código, la Ley N.º 3131, reglamentos, resoluciones de la ASUSS y normas sanitarias. La falta de un catálogo integrado dificulta conocerlos y exigirlos.

Valoración dogmática

Las prestaciones de servicios personales y en especie constituyen el núcleo material del derecho a la seguridad social de corto plazo. Su finalidad no es únicamente registrar la

admisión del paciente, sino prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar y evitar el deterioro de su salud.

La relación jurídica prestacional no se agota en el vínculo entre asegurado y caja. Comprende una serie de deberes institucionales: organizar servicios, disponer recursos, proporcionar información, respetar decisiones, garantizar calidad, evitar daños y resolver barreras administrativas.

La Constitución reconoce el derecho a la salud y atribuye al Estado una obligación indeclinable de garantizarlo. La prestación de salud tiene carácter ininterrumpido y debe sujetarse a calidad, oportunidad, interculturalidad y eficacia.

Estos principios transforman la interpretación de los artículos 14 a 35. La expresión “prestaciones indispensables para la curación” no puede entenderse de manera restrictiva. Debe incluir los medios razonablemente necesarios para prevención, diagnóstico, control, rehabilitación, alivio, cuidados paliativos y mantenimiento funcional.

La integralidad impide fragmentar artificialmente el proceso clínico. La caja no puede reconocer la consulta y negar sin fundamento el examen necesario; autorizar la cirugía sin rehabilitación; o entregar inicialmente un medicamento y luego interrumpirlo por fallas de abastecimiento.

La integralidad tampoco equivale a proporcionar cualquier intervención solicitada. Las prestaciones deben fundarse en evidencia científica, evaluación individual, pertinencia, seguridad y uso racional de recursos. La denegación de una intervención ineficaz puede ser legítima, pero debe encontrarse motivada y acompañada de alternativas adecuadas.

La oportunidad forma parte del contenido del derecho. Una prestación tardía puede equivaler a una denegación cuando la demora disminuye la posibilidad de recuperación, agrava la enfermedad o causa sufrimiento evitable.

El plazo debe valorarse clínicamente. No resulta suficiente cumplir un término administrativo uniforme si la condición de la persona requiere respuesta inmediata o prioritaria.

La continuidad obliga a evitar interrupciones previsibles. Comprende la continuidad clínica, farmacológica, informacional, institucional y financiera. La persona debe transitar entre niveles o entidades sin quedar abandonada entre competencias.

La autonomía del paciente constituye una manifestación de la dignidad. La persona no es un objeto de intervención institucional, sino un sujeto capaz de participar en las decisiones sobre su cuerpo y salud.

El consentimiento informado protege esa autonomía, pero también mejora la calidad. Una persona que comprende el tratamiento puede participar, advertir errores, comunicar preferencias y cumplir mejor las indicaciones.

El consentimiento debe ser específico y proporcional al riesgo. Los procedimientos invasivos, cirugías, anestesia, transfusiones, tratamientos de alto riesgo, participación en investigación y divulgación de información requieren garantías reforzadas.

La urgencia vital constituye una excepción, pero no elimina el deber de informar posteriormente ni autoriza actuaciones ajenas a la necesidad inmediata. La excepción debe interpretarse restrictivamente.

La segunda opinión complementa la autonomía. Permite revisar diagnósticos, tratamientos de alto riesgo, cirugías, enfermedades graves o situaciones de incertidumbre. También puede prevenir intervenciones innecesarias y fortalecer la confianza.

El derecho no debería depender de la capacidad económica del paciente. Cuando exista una indicación de alto riesgo, controversia clínica razonable o enfermedad grave, el ente gestor debe facilitar una evaluación independiente dentro de la red o mediante contratación externa.

La libertad de elección médica puede estar limitada por la disponibilidad institucional, pero estas restricciones deben ser razonables. No puede invocarse la organización interna para impedir una segunda opinión, mantener conflictos de interés o negar continuidad injustificadamente.

La confidencialidad protege dignidad, intimidad y confianza. Su contenido abarca diagnóstico, tratamiento, información genética, salud mental, salud sexual y reproductiva, discapacidad y cualquier antecedente personal obtenido durante la atención.

El acceso institucional debe limitarse al personal que necesita la información para cumplir una función legítima. La pertenencia a la misma caja no autoriza una consulta indiscriminada de historias clínicas.

La calidad y la seguridad constituyen obligaciones de medios organizativos reforzados. No se garantiza un resultado clínico determinado, pues la medicina opera en condiciones de incertidumbre, pero sí deben adoptarse medidas razonables para prevenir daños y cumplir normas científicas.

La existencia de una complicación no demuestra automáticamente responsabilidad. Del mismo modo, la ausencia de intención no excluye una deficiencia sistémica. La evaluación debe distinguir riesgo inherente, evento adverso prevenible, error, negligencia y falla organizativa.

La gestión de enfermedades crónicas exige un cambio de paradigma. El objetivo no es únicamente curar, sino mantener funcionalidad, prevenir complicaciones, apoyar el autocuidado y coordinar servicios durante periodos prolongados.

La sostenibilidad financiera no se opone a este enfoque. Una gestión adecuada de cronicidad puede reducir hospitalizaciones evitables, complicaciones, incapacidad laboral y tratamientos de mayor costo.

La salud mental debe integrarse en la atención general. La separación absoluta entre salud física y mental contradice el enfoque integral y puede impedir identificar depresión, ansiedad, consumo problemático, riesgo suicida o consecuencias psíquicas de enfermedades graves.

La interculturalidad constituye un principio constitucional de la seguridad social. No es una concesión administrativa, sino un criterio obligatorio de organización y atención. Debe traducirse en comunicación comprensible, respeto a creencias, adaptación razonable y articulación con prácticas tradicionales seguras.

El principio de igualdad exige identificar barreras específicas. Personas con discapacidad, adultas mayores, niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, pueblos indígenas, población rural y personas con enfermedades graves pueden necesitar ajustes, apoyo o atención prioritaria.

Tratar a todas las personas de manera idéntica puede mantener desigualdades. La igualdad material autoriza y exige medidas diferenciadas cuando sean necesarias para asegurar acceso efectivo.

Los derechos de pacientes y los deberes profesionales son correlativos, pero no antagónicos. La autonomía no elimina la responsabilidad médica, y el criterio clínico no autoriza decisiones paternalistas carentes de información y participación.

La fiscalización de la ASUSS debe orientarse al cumplimiento real. No basta verificar formularios o existencia de reglamentos; debe examinar acceso, oportunidad, seguridad, continuidad, medicamentos, trato y resultados.

La reserva legal exige que el catálogo esencial de derechos sea fijado por ley. Los reglamentos pueden desarrollar formularios, protocolos y procedimientos, pero no determinar de forma exclusiva el contenido, las restricciones o las vías de reclamación.

La interpretación protectora tampoco permite arbitrariedad. El reconocimiento o negativa de una prestación debe fundarse en hechos, evidencia clínica, norma vigente y proporcionalidad.

Cuando existan varias alternativas terapéuticas adecuadas, debe considerarse la preferencia informada del paciente. Cuando los recursos sean limitados, los criterios de priorización deben ser públicos, clínicos, objetivos y no discriminatorios.

La sostenibilidad no puede invocarse genéricamente. Una restricción financiera requiere demostrar necesidad, idoneidad, ausencia de alternativas menos lesivas y preservación del contenido esencial del derecho.

Las fallas de planificación, contratación o coordinación no deberían trasladarse automáticamente al paciente. La institución debe activar alternativas y posteriormente determinar responsabilidades internas.

Criterios para la adecuación y actualización normativa

Actualización, el Código de Seguridad Social para incorporar un capítulo específico sobre derechos de las personas aseguradas y beneficiarias durante la atención sanitaria, articulado con el Reglamento Único de Prestaciones y la normativa nacional de salud.

La ley debe reconocer expresamente, como mínimo, los siguientes derechos: **a)** acceso efectivo y no discriminatorio a las prestaciones; **b)** atención oportuna, continua, integral y de calidad; **c)** trato digno, humanizado y respetuoso; **d)** información clínica clara, suficiente y comprensible; **e)** consentimiento informado y rechazo de tratamiento; **f)** segunda opinión; **g)** confidencialidad, intimidad y protección de datos; **h)** acceso a la historia clínica y documentos médicos; **i)** medicamentos y medios terapéuticos necesarios; **j)** referencia y contrarreferencia efectivas; **k)** rehabilitación integral; **l)** salud mental; **m)** atención intercultural; **n)** seguridad del paciente; **o)** participación en decisiones clínicas; **p)** acompañamiento cuando sea clínicamente procedente; **q)** formulación de reclamos y recursos; **r)** tutela urgente; y **s)** reparación y medidas correctivas ante vulneraciones.

El catálogo debe aplicarse a titulares activos, rentistas, pensionados, beneficiarios y cualquier persona que reciba una prestación con cargo a la seguridad social de corto plazo.

Los derechos no podrán reducirse mediante reglamentos internos, circulares, instructivos, contratos con prestadores externos o prácticas institucionales.

La ley debe establecer que toda persona tiene derecho a conocer: **a)** su diagnóstico; **b)** la naturaleza y finalidad del tratamiento; **c)** los beneficios esperados; **d)** los riesgos relevantes; **e)** las alternativas razonables; **f)** las consecuencias de rechazar la intervención; **g)** la duración estimada; **h)** los cuidados posteriores; e **i)** la identidad y función de quienes intervienen.

La información debe adaptarse al idioma, edad, capacidad de comprensión, discapacidad y contexto cultural. Cuando sea necesario, el ente gestor debe proporcionar intérprete, mediación lingüística, formatos accesibles o apoyos para la comunicación.

No debe utilizarse terminología técnica sin explicación. La persona tendrá derecho a formular preguntas y recibir respuestas suficientes antes de decidir.

El consentimiento informado debe entenderse como proceso y no únicamente como documento. Su registro será obligatorio en las intervenciones definidas por norma, sin que la firma sustituya la obligación de informar.

La ley debe establecer reglas para:

a) personas adultas con capacidad de decidir; **b)** niñas, niños y adolescentes, conforme a autonomía progresiva; **c)** personas con discapacidad que requieran apoyos; **d)** pacientes con capacidad temporalmente afectada; **e)** representantes legalmente autorizados; **f)** situaciones de emergencia; y **g)** directrices anticipadas cuando sean reconocidas por el ordenamiento.

La persona podrá revocar su consentimiento. La revocación deberá ser respetada, salvo las excepciones constitucionales y legales, y no dará lugar a represalias o abandono.

El rechazo de tratamiento debe quedar documentado después de proporcionar información adecuada. El ente gestor deberá ofrecer alternativas y mantener las demás prestaciones que resulten pertinentes.

El derecho a segunda opinión debe ampliarse más allá del artículo 34 del Código. Procederá, entre otros casos, ante: **a)** intervenciones de alto riesgo; **b)** diagnósticos graves o inciertos; **c)** indicación de cirugía; **d)** tratamientos irreversibles; **e)** enfermedades oncológicas; **f)** decisiones que impliquen pérdida funcional; **g)** tratamientos prolongados de alto costo; **h)** discrepancias clínicas relevantes; e **i)** solicitud razonable del paciente.

La segunda opinión debe ser emitida por un profesional independiente y con competencia en la materia. El paciente tendrá acceso oportuno a su historia clínica, estudios e informes.

Cuando la red institucional no cuente con otro profesional adecuado, el ente gestor debe contratar o autorizar la evaluación externa. El costo no debe trasladarse al asegurado en los supuestos legalmente garantizados.

La segunda opinión no suspenderá una intervención urgente cuando la demora genere peligro grave, pero deberá facilitarse tan pronto como sea posible.

La continuidad terapéutica debe ser reconocida como obligación institucional. Los entes gestores deberán elaborar planes de atención para enfermedades crónicas, complejas, catastróficas o de larga duración.

Debe establecerse tutela administrativa urgente a cargo de la ASUSS, cuando la demora pueda ocasionar daño grave o irreparable. La autoridad podrá ordenar provisionalmente: **a)** entrega de medicamentos; **b)** continuidad del tratamiento; **c)** evaluación prioritaria; **d)** referencia; **e)** hospitalización; **f)** atención externa; o **g)** mantenimiento de cobertura.

La medida provisional no define definitivamente el fondo, pero preserva la utilidad del procedimiento.

La ASUSS debe contar con competencia legal para supervisar el cumplimiento del catálogo, ordenar medidas correctivas, resolver recursos y sancionar infracciones expresamente tipificadas.

Entre las infracciones deben incluirse:

a) negar atención urgente; **b)** interrumpir tratamientos sin justificación; **c)** ocultar o alterar información clínica; **d)** vulnerar confidencialidad; **e)** omitir consentimiento cuando sea exigible; **f)** negar injustificadamente segunda opinión; **g)** incumplir referencia; **h)** mantener desabastecimiento evitable; **i)** ocultar eventos adversos graves**; j)** obstruir auditorías; **k)** tomar represalias por reclamos; y **l)** incumplir medidas correctivas.

Las sanciones deben respetar legalidad, tipicidad, culpabilidad, defensa y proporcionalidad. Deben dirigirse contra los responsables y evitar reducir los recursos destinados a pacientes. Mientras no se apruebe una actualización integral, los artículos 14 a 35 deben aplicarse conforme a la Constitución, la Ley N.º 3131 y la normativa sanitaria posterior.

Las expresiones históricas que atribuyen a los servicios médicos una decisión unilateral deben interpretarse como competencia clínica sujeta a información, consentimiento, evidencia, segunda opinión, auditoría y reclamación.

Los límites temporales no pueden aplicarse mecánicamente cuando su resultado sea interrumpir un tratamiento indispensable o desconocer una enfermedad crónica. Toda restricción requiere análisis constitucional individualizado.

El cumplimiento de actividades preventivas no puede utilizarse para negar asistencia necesaria. La prevención debe promoverse mediante información, accesibilidad y acompañamiento, no mediante sanciones sanitarias desproporcionadas.

La interpretación protectora no obliga a proporcionar prestaciones ineficaces o carentes de evidencia. Exige, en cambio, decisiones clínicas fundamentadas, participación del paciente, alternativas y control.

La experiencia acumulada por el INASES, la ASUSS y los entes gestores debe sistematizarse en una norma legal. Los reglamentos pueden desarrollar consentimientos, formularios, protocolos, tiempos operativos, rutas de referencia e indicadores.

Sin embargo, los derechos esenciales, las garantías de continuidad, el acceso a medicamentos, la segunda opinión, la tutela urgente, la confidencialidad, la seguridad del paciente, las vías de impugnación y las consecuencias del incumplimiento deben establecerse mediante ley.

La actualización debe transformar las prestaciones en especie desde un modelo centrado en la entrega institucional de servicios hacia un régimen centrado en la persona, en el que la atención sea accesible, informada, continua, segura, intercultural y jurídicamente exigible.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

V.2. Discriminación de género corregida por jurisprudencia

Base normativa

CSS art. 14; SC 0062/2003; CPE arts. 14, 45 y 63; Ley 348.

Diagnóstico: La redacción original del art. 14 diferenciaba entre esposa beneficiaria automática y esposo beneficiario sujeto a invalidez reconocida por servicios médicos de la Caja. La SC 0062/2003 expulsó la frase discriminatoria y reconfiguró el alcance de igualdad en la afiliación familiar.

Valoración dogmática: La corrección jurisprudencial es eficaz, pero evidencia la necesidad de depuración legislativa. Mientras el texto codificado conserve vestigios discriminatorios, el operador administrativo puede reproducir prácticas restrictivas o exigir requisitos incompatibles con igualdad material.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Reescribir el régimen de beneficiarios con lenguaje neutral, reconocimiento de unión libre, familias diversas y protección de dependientes conforme a la CPE y Ley 603 – Código de las Familias.

En una lectura sistemática, el defecto no se reduce a la fórmula escrita de la disposición. Sus efectos alcanzan la práctica administrativa, la planificación financiera, la calidad de la prestación y la capacidad real del asegurado para comprender sus derechos. Por eso, la respuesta debe articular medidas legales, reglamentarias, institucionales y tecnológicas.

El operador jurídico debe aplicar el texto vigente bajo control de constitucionalidad. Para ello, debe reconocer derogaciones expresas o tácitas, optar por la lectura más favorable al derecho a la salud y a la seguridad social, y exigir motivación suficiente ante toda limitación, suspensión o diferimiento de prestaciones. La dogmática protectora no admite arbitrariedad; demanda fundamento, prueba y proporcionalidad.

La experiencia acumulada por la ASUSS, el INASES y los Entes Gestores de Salud debe sistematizarse y consolidarse en una norma con rango de ley. Si bien la regulación administrativa es adecuada para establecer formularios, plazos operativos y protocolos de actuación, los aspectos sustantivos relativos a la titularidad de los derechos, el financiamiento, el procedimiento, los mecanismos de impugnación y el régimen sancionatorio deben regularse mediante ley, a fin de garantizar la seguridad jurídica.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

V.3. Vigencia de derechos y barreras de acceso

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 13, 14, 15, 18, 35 a 39, 45, 46, 48, 109, 115, 117, 119, 120, 232, 256, 298.II.16 y 410; Código de Seguridad Social, arts. 14 a 19, 23 a 26, 28 a 31 y 36 a 38; Decreto Supremo N.º 5315, en sus disposiciones relativas a las condiciones de acceso, duración de las prestaciones, conservación de derechos, incapacidad temporal y subsidios; Ley N.º 3505, de 23 de octubre de 2006; Decreto Ley N.º 13214, Ley N.º 006, arts. 6 a 16 y 23 a 25; Decreto Ley N.º 10173; Decreto Ley N.º 14643; Ley N.º 924; Decreto Supremo N.º 21637; Ley N.º 3131, del Ejercicio Profesional Médico; Decreto Supremo N.º 28562, reglamentario de la Ley N.º 3131; Decreto Supremo N.º 3561, de creación de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo; Ley N.º 475, modificada por las Leyes N.os 1069 y 1152; Ley N.º 223, General para Personas con Discapacidad; Ley N.º 369, General de las Personas Adultas Mayores; Ley N.º 548, Código Niña, Niño y Adolescente; y el Reglamento Único de Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo.

En el ámbito jurisprudencial resultan relevantes la SCP 0859/2018-S3, sobre protección reforzada de las personas con enfermedades graves o incapacidad temporal; la SCP 0278/2016-S1, respecto del contenido y los principios constitucionales de la seguridad social; la SCP 0189/2018-S3, relativa al acceso de los trabajadores a las prestaciones del seguro social de corto plazo; y las decisiones constitucionales que vinculan el derecho a la salud con la vida, la dignidad, la integridad y la tutela inmediata frente a riesgos graves.

Diagnóstico

El régimen originario del Código de Seguridad Social vinculó la vigencia del derecho a las prestaciones con el cumplimiento de condiciones contributivas, la existencia de una relación laboral registrada y la acreditación de determinados periodos de cotización. Esta construcción respondía a un sistema en el que el empleador afiliaba al trabajador, pagaba las cotizaciones y comunicaba las novedades laborales a la entidad gestora.

El artículo 19 del Código estableció que las prestaciones en especie procederían cuando el asegurado acreditara al menos una cotización mensual en los dos meses inmediatamente anteriores al comienzo de la enfermedad. La misma condición se proyectaba sobre los casos de cesantía y sobre la cobertura de los familiares beneficiarios después del fallecimiento del trabajador.

El artículo 36 trasladó este requisito a las prestaciones económicas por incapacidad temporal. El subsidio de enfermedad se reconocía desde el cuarto día de incapacidad y debía pagarse mientras durara la asistencia sanitaria, dentro de los límites temporales previstos originalmente por el artículo 16.

Los artículos 16 y 17, por su parte, limitaban a veintiséis semanas la asistencia médica y hospitalaria por una misma enfermedad dentro de un periodo de doce meses. En ciertos casos

era posible ampliar la cobertura por otras veintiséis semanas, siempre que existiera una posibilidad fundada de recuperación y mediara autorización de la Comisión de Prestaciones.

Este diseño podía conducir a la conclusión de la asistencia por el simple transcurso del tiempo, incluso cuando persistía la necesidad médica. La continuidad quedaba subordinada a un plazo legal uniforme que no distinguía entre enfermedades agudas, crónicas, degenerativas, oncológicas, mentales o de larga duración.

La Ley N.º 3505 eliminó expresamente estas restricciones. Su finalidad no fue únicamente modificar un plazo, sino impedir que una limitación temporal abstracta prevaleciera sobre los derechos a la salud y a la vida. Desde su promulgación, los entes gestores no pueden restablecer los límites derogados mediante reglamentos, circulares, manuales internos o interpretaciones administrativas.

La derogación, sin embargo, no produjo una reconstrucción integral del régimen. El artículo 36 continúa remitiendo al artículo 16 para definir la duración del subsidio de enfermedad, pese a que dicha disposición ya no forma parte del ordenamiento. El Decreto Ley N.º 13214 también conserva referencias al plazo legal de veintiséis semanas en materia de continuidad asistencial después de la baja laboral.

Esta situación genera una laguna y una dificultad interpretativa. No corresponde aplicar un límite expresamente derogado, pero tampoco puede concluirse automáticamente que toda incapacidad temporal produzca un subsidio económico indefinido. Es necesario diferenciar entre continuidad de la atención sanitaria, duración de la incapacidad temporal, pago del subsidio y eventual calificación de incapacidad permanente.

La asistencia médica debe mantenerse mientras exista necesidad clínica, de acuerdo con la evolución de la enfermedad, la evidencia disponible y el plan terapéutico. En cambio, el subsidio por incapacidad temporal requiere reglas específicas sobre certificación, revisión periódica, alta médica, rehabilitación, retorno al trabajo y tránsito hacia prestaciones de invalidez cuando la incapacidad adquiera carácter permanente.

El Decreto (Ley) N.º 13214 introdujo modificaciones relevantes al sistema de afiliación. Obligó a los empleadores a inscribir a sus trabajadores dentro de los cinco días hábiles siguientes al inicio de la relación laboral, incluyendo el periodo de prueba. También reconoció al trabajador la facultad de solicitar directamente su ingreso cuando el empleador incumpliera la obligación de afiliación, manteniendo a cargo de este último las cotizaciones correspondientes.

La importancia de esta disposición radica en que la omisión patronal no elimina la existencia de la relación laboral ni transforma al trabajador en responsable del incumplimiento. La inscripción constituye un deber del empleador y un mecanismo de registro, pero no debería

convertirse en un requisito constitutivo capaz de borrar la protección derivada del trabajo efectivamente prestado.

El artículo 13 del Decreto (Ley) N.º 13214 dispuso que las prestaciones médicas se otorgarían desde la presentación del aviso de afiliación o reingreso, sin exigir el pago previo de cotizaciones. Esta disposición modificó la lógica estricta del artículo 19 del Código, al separar el acceso inicial a la atención de la recaudación efectiva del aporte.

La norma revela que afiliación, cotización y vigencia no son conceptos idénticos. La afiliación identifica a la persona como integrante del sistema; la cotización constituye la fuente financiera; la vigencia determina la posibilidad de exigir prestaciones; y el acceso efectivo se materializa cuando la atención es realmente proporcionada.

Confundir estas categorías produce barreras. Una persona puede encontrarse materialmente dentro del campo obligatorio porque trabaja bajo dependencia, pero no figurar en los registros por incumplimiento patronal. También puede estar afiliada, aunque la planilla del último mes todavía no haya sido procesada, o mantener aportes pagados que no fueron conciliados correctamente.

La exhibición de una papeleta salarial correspondiente a cualquiera de los dos meses anteriores fue concebida por el Decreto (Ley) N.º 13214 como medio para comprobar el derecho. Sin embargo, este documento no debe convertirse en la única forma de acreditación cuando la entidad dispone de avisos de afiliación, registros laborales, planillas anteriores, certificaciones del empleador o información interoperable.

El sistema todavía puede generar una denegación bajo expresiones como “sin vigencia”, “planilla no procesada”, “aporte no conciliado”, “empleador en mora”, “alta no registrada” o “beneficiario no habilitado”. Estas respuestas suelen trasladar al asegurado las consecuencias de fallas administrativas o contributivas que no controla.

La mora patronal constituye uno de los principales puntos de tensión. El empleador es responsable de registrar la relación laboral, presentar planillas y pagar las cotizaciones. Cuando incumple estas obligaciones, el ente gestor cuenta con potestades de fiscalización, determinación y cobro. La suspensión automática de la atención transforma el incumplimiento del empleador en una sanción material contra el trabajador y su familia.

Esta práctica resulta especialmente grave cuando la persona ya se encuentra enferma, hospitalizada, embarazada, sometida a tratamiento crónico o en situación de incapacidad. En tales circunstancias, la interrupción puede agravar la enfermedad, afectar la integridad o provocar un daño irreversible.

La problemática no se limita a la mora deliberada. También puede originarse en retrasos de entidades públicas, errores en la identificación, diferencias entre planillas, cambios de razón

social, transferencias entre Entes Gestores, registros duplicados, omisión de avisos de reingreso o falta de actualización de beneficiarios.

Cuando el sistema exige que el asegurado resuelva previamente esas inconsistencias, la carga administrativa se traslada a quien se encuentra en la posición más débil. La persona debe acudir al empleador, obtener certificaciones, presentar formularios y recorrer distintas unidades mientras su necesidad sanitaria permanece pendiente.

El Decreto (Ley) N.º 13214 reconoce un periodo de conservación de derechos de dos meses posteriores a la baja laboral. Asimismo, dispone que una enfermedad comprobada antes de la baja debe continuar siendo atendida. Estas garantías representan un antecedente importante del principio de continuidad, pero requieren actualización.

El periodo uniforme de dos meses puede resultar insuficiente ante desempleo prolongado, enfermedades crónicas, embarazo, rehabilitación o tratamientos de alta complejidad. Tampoco define con claridad qué ocurre cuando la atención comenzó dentro del periodo de conservación, pero debe continuar después de su vencimiento.

La protección de los beneficiarios depende de la vigencia del titular, lo que puede exponer a niñas, niños, cónyuges, convivientes, personas con discapacidad y familiares dependientes a la pérdida de cobertura por hechos ajenos a su conducta. Esta dependencia requiere reglas que impidan interrupciones abruptas, especialmente cuando existe tratamiento en curso.

Debe distinguirse la pérdida real de la condición protegida de la simple falta de actualización del registro. El fallecimiento, divorcio, pérdida de dependencia económica o cumplimiento de la edad máxima pueden modificar la condición de beneficiario. No obstante, la entidad debe comprobar esos hechos y emitir una decisión motivada antes de suspender la cobertura.

La ausencia de actualización informática no constituye por sí sola prueba de pérdida del derecho. Los sistemas son instrumentos administrativos y no pueden prevalecer automáticamente sobre documentos, antecedentes laborales o hechos comprobados.

Las emergencias plantean una exigencia reforzada. Cuando se encuentra comprometida la vida, la integridad o existe riesgo de daño grave, la atención inicial, la estabilización y las medidas indispensables no deberían condicionarse a la verificación completa de cotizaciones, formularios o autorizaciones.

Esto no significa que toda persona pueda exigir ilimitadamente prestaciones ordinarias a cualquier caja sin acreditar afiliación. Significa que la discusión sobre la entidad responsable y el financiamiento debe resolverse después de controlar el riesgo urgente, sin trasladar al paciente las consecuencias de la incertidumbre administrativa.

También debe diferenciarse entre prestaciones en especie y prestaciones en dinero. La atención médica se encuentra directamente vinculada con la salud, la vida y la integridad; el subsidio de incapacidad temporal, aunque también posee relevancia fundamental, cumple una función de sustitución del ingreso y requiere reglas contributivas y laborales específicas.

La falta de pago del empleador no debe perjudicar al trabajador, pero el mecanismo de protección puede variar. En las prestaciones médicas corresponde garantizar la atención y perseguir posteriormente la deuda. En los subsidios económicos debe precisarse si paga inicialmente el empleador, si el ente gestor reembolsa o si procede un pago directo cuando el empleador incumple.

La SCP 0859/2018-S3 aporta un criterio relevante, aunque su objeto no fue la vigencia de derechos ante la mora patronal. La sentencia protegió a una trabajadora con una enfermedad grave y en trámite de invalidez, reconociendo que la debilidad manifiesta de salud activa una estabilidad laboral reforzada incluso respecto de personal transitorio.

El valor del precedente radica en la conexión que establece entre trabajo, salud, seguridad social, dignidad y vulnerabilidad. La enfermedad no puede ser utilizada para terminar la relación laboral o interrumpir la protección precisamente cuando la persona más la necesita.

No obstante, el precedente no debe utilizarse como sustituto de una regulación legal de vigencia. La jurisprudencia ofrece principios de protección reforzada, pero corresponde al legislador definir con precisión la afiliación, la conservación, las obligaciones patronales, la cobertura de beneficiarios y las consecuencias de la mora.

La ausencia de reglas uniformes permite que cada ente gestor aplique criterios diferentes. Una caja puede aceptar certificaciones alternativas, mientras otra exige la última planilla procesada, una puede mantener un tratamiento durante la cesantía y otra suspenderlo al concluir el periodo administrativo.

Estas diferencias afectan la igualdad. La vigencia del mismo derecho constitucional no debería depender de prácticas internas, capacidad tecnológica o interpretación particular de cada ente gestor.

La fragmentación normativa también dificulta la comprensión. El asegurado debe reconstruir sus derechos a partir del Código, su Reglamento, decretos leyes, reglamentos de prestaciones, circulares y resoluciones administrativas. La expresión “vigencia de derechos” se utiliza con frecuencia sin explicar qué condición falta, quién debe subsanarla ni qué protección provisional corresponde.

En términos sistémicos, las barreras repercuten en la gestión financiera. Cuando los registros no se actualizan oportunamente, los Entes Gestores desconocen su población efectiva, subestiman obligaciones, pierden aportes y programan servicios con información incompleta.

También afectan la calidad. La interrupción y posterior reanudación de un tratamiento puede provocar duplicación de estudios, pérdida de seguimiento, mayor gasto y resultados clínicos adversos.

La falta de interoperabilidad incrementa estas dificultades. Los sistemas de afiliación, planillas, recaudación, beneficiarios, citas, farmacia y prestaciones pueden contener datos distintos sobre una misma persona. Sin una fuente integrada, las inconsistencias se resuelven frecuentemente en perjuicio del asegurado.

Valoración dogmática

El derecho a la seguridad social posee una titularidad constitucional amplia, pero su ejercicio dentro del seguro contributivo puede someterse a condiciones legalmente establecidas. La naturaleza fundamental del derecho no elimina la afiliación ni el financiamiento, pero impide que sus requisitos se interpreten de manera formalista, desproporcionada o contraria a la protección de la vida y la salud.

La contribución cumple una función legítima. Permite financiar prestaciones y distribuir riesgos dentro de una comunidad asegurada. Sin embargo, las cargas contributivas deben asignarse al sujeto obligado y no trasladarse a quien carece de control sobre su cumplimiento.

En el trabajo dependiente, la afiliación, declaración y pago corresponden principalmente al empleador. La persona trabajadora aporta su actividad y queda comprendida en el campo obligatorio desde el inicio real de la relación. La omisión registral del empleador no debería despojarla de una protección que la ley le reconoce precisamente por su condición laboral.

La primacía de la realidad exige considerar el trabajo efectivamente prestado. Un contrato, una planilla incompleta o la falta de formulario no pueden utilizarse para desconocer una relación laboral demostrada mediante otros medios.

La afiliación tiene una función declarativa y organizativa respecto de la inclusión obligatoria que nace de la ley y de la relación de trabajo. Esta conclusión no impide exigir el registro, sino que evita convertir su incumplimiento en una causa automática de exclusión.

El principio de solidaridad exige que el riesgo sanitario sea atendido por el sistema y que posteriormente se determinen las responsabilidades financieras. El paciente no puede ser transformado en garante de las obligaciones patronales.

La continuidad asistencial constituye una proyección de la integralidad, oportunidad y eficacia. Una vez iniciado un tratamiento necesario, la cobertura no debería interrumpirse por cambios

puramente administrativos, salvo que exista una causa legal, una transición segura y una entidad que asuma efectivamente la atención.

La continuidad no implica que una caja mantenga indefinidamente la cobertura de toda persona que dejó de pertenecer a su ámbito. Exige que el cambio se produzca de manera coordinada, sin vacío asistencial y con transferencia de antecedentes y responsabilidades.

La conservación de derechos cumple precisamente una función de transición. Protege a la persona durante un periodo posterior a la cesantía, evitando que el fin del empleo genere una pérdida inmediata de atención. Esta garantía debe actualizarse conforme a la realidad del desempleo, la movilidad y las enfermedades de larga duración.

El principio de no regresividad impide restablecer por vía reglamentaria los límites temporales derogados por la Ley N.º 3505. Una autoridad administrativa no puede imponer nuevamente un máximo de semanas bajo otra denominación si el resultado material es concluir la asistencia por el simple transcurso del tiempo.

La derogación de los artículos 16 y 17 tampoco significa que toda prestación sanitaria sea ilimitada o que ninguna decisión de alta pueda adoptarse. La conclusión de un tratamiento debe basarse en criterios médicos, recuperación, estabilización, inexistencia de indicación o transferencia a otro régimen pertinente, no en un plazo abstracto previamente eliminado.

En materia de subsidios económicos, la derogación produjo una laguna que debe resolverse sin retornar a la norma derogada. El subsidio debe mantenerse mientras exista incapacidad temporal debidamente certificada, sujeto a evaluaciones periódicas y a un procedimiento oportuno de alta, rehabilitación o calificación de incapacidad permanente.

La incapacidad temporal no puede prolongarse artificialmente por demora de las juntas médicas, comisiones o instancias de calificación. Si la Administración retrasa el procedimiento de invalidez, no corresponde dejar a la persona sin ingreso ni atención durante ese periodo.

La protección reforzada se intensifica cuando están comprometidas personas con enfermedad grave, discapacidad, embarazo, niñez, adultez mayor o condiciones de especial vulnerabilidad. En estos casos, la autoridad debe evaluar las consecuencias concretas de la suspensión y adoptar medidas menos lesivas.

La igualdad material puede exigir excepciones o periodos especiales de continuidad. Una regla uniforme de baja inmediata afecta de forma distinta a una persona sana y a otra sometida a diálisis, tratamiento oncológico o rehabilitación intensiva.

El principio ***pro persona*** orienta la solución de antinomias e incertidumbres. Entre varias interpretaciones jurídicamente posibles debe preferirse aquella que preserve el acceso y la continuidad, sin desconocer la competencia, la evidencia clínica ni la sostenibilidad.

Este principio no autoriza a reconocer prestaciones sin ningún vínculo con el sistema o a ignorar todo requisito legal. Exige distinguir entre condiciones esenciales y formalidades instrumentales, así como entre incumplimientos imputables al asegurado y deficiencias atribuibles al empleador o a la entidad.

El debido proceso resulta aplicable a la suspensión y pérdida de vigencia. La exclusión del registro, la baja de un beneficiario o la interrupción de una prestación son actos que afectan derechos y deben ser emitidos por autoridad competente, estar motivados y admitir impugnación.

La mera modificación de un estado informático no satisface estas garantías. La persona debe conocer la causa, los antecedentes, la fecha de efecto y las vías para corregir o cuestionar la decisión.

La verdad material obliga a consultar registros y valorar todos los medios disponibles. La entidad no puede rechazar la atención únicamente porque falta la última planilla cuando existen contrato de trabajo, papeletas salariales, aportes anteriores, aviso de afiliación u otros datos que acreditan la relación.

La carga de la prueba debe distribuirse conforme a la disponibilidad de la información. El asegurado debe aportar los antecedentes que razonablemente posee; el empleador debe demostrar el cumplimiento de sus obligaciones; y el ente gestor debe verificar sus registros y realizar fiscalización.

La oportunidad también es una garantía jurídica. Un procedimiento de regularización que dura semanas puede ser compatible con un trámite patrimonial, pero inaceptable cuando la persona necesita medicamentos o una intervención urgente.

Por ello, debe existir tutela provisional. Mientras se resuelve la vigencia, la autoridad debe mantener o activar las prestaciones indispensables cuando exista riesgo grave, tratamiento en curso o apariencia suficiente de derecho.

La decisión provisional no define definitivamente quién debe financiar la prestación. Permite preservar la salud y trasladar la controversia contributiva a un procedimiento separado.

El derecho a la vida y a la salud tampoco convierte a los entes gestores en responsables universales de toda atención. La ley debe coordinar la seguridad social con el Sistema Único de Salud para que ninguna persona quede sin asistencia y para que la entidad financieramente responsable pueda ser determinada posteriormente.

La sostenibilidad financiera es compatible con la protección. El ente gestor debe recuperar aportes, aplicar intereses, fiscalizar planillas y ejercer acciones coactivas contra empleadores morosos. Lo constitucionalmente problemático es utilizar la denegación al trabajador como principal mecanismo de recaudación.

La continuidad puede, incluso, mejorar la eficiencia. Evitar interrupciones reduce complicaciones, hospitalizaciones y repetición de estudios, mientras el cobro directo al empleador ubica la responsabilidad en el sujeto obligado.

La reserva legal resulta especialmente importante. Las condiciones de vigencia, los periodos de conservación, las causas de suspensión, el régimen de subsidios y las consecuencias de la mora afectan directamente derechos y obligaciones. No deben quedar definidos únicamente por instructivos o sistemas informáticos.

La reglamentación puede precisar documentos, procedimientos y canales, pero no crear nuevas causales de exclusión, reducir periodos legales ni restablecer restricciones derogadas.

Criterios para la adecuación y actualización normativa

Actualización del Código de Seguridad Social para incorporar un régimen integral de afiliación, vigencia, continuidad y conservación de derechos, aplicable uniformemente a todos los entes gestores de la seguridad social de corto plazo.

La ley deberá diferenciar expresamente los siguientes conceptos:

a) inclusión en el campo obligatorio al núcleo familiar - padres madres, tutores, etc.; **b)** afiliación; **c)** registro administrativo; **d)** cotización; **e)** vigencia de derechos; **f)** periodo de carencia; **g)** conservación de derechos; **h)** continuidad asistencial; **i)** suspensión**; j)** extinción de cobertura; **k)** regularización; y **l)** responsabilidad financiera.

La inclusión en el seguro obligatorio debe producirse desde el inicio efectivo de la relación laboral, cualquiera sea la forma contractual utilizada. La afiliación y el registro deberán efectuarse inmediatamente, pero su omisión no extinguirá la protección del trabajador cuando se demuestre la relación laboral.

La solicitud directa del trabajador no debe entenderse como sustitución de la obligación patronal. El empleador seguirá siendo responsable por la falta de registro y por los aportes devengados.

Debe establecerse una presunción provisional de vigencia cuando la persona demuestre:

a) relación laboral actual; **b)** aviso de afiliación o reingreso; **c)** papeleta salarial reciente; **d)** descuento de aportes; **e)** registro anterior no formalmente dado de baja; o **f)** cualquier antecedente suficiente que haga verosímil su pertenencia al régimen.

Esta presunción permitirá otorgar atención mientras se verifica la información. Si posteriormente se determina que no existía cobertura, las instituciones resolverán el financiamiento conforme a ley, sin afectar las prestaciones urgentes ya otorgadas de buena fe.

La ley debe confirmar que las prestaciones en especie se generan desde la afiliación o desde el inicio comprobado de la relación laboral, sin exigencia de pago previo cuando la obligación contributiva corresponde al empleador.

El requisito del artículo 19 deberá ser reformulado. En el trabajo dependiente, la acreditación de una cotización no podrá utilizarse para negar atención cuando la falta de pago sea imputable al empleador o al procesamiento administrativo.

Para trabajadores independientes o regímenes voluntarios podrán existir reglas distintas, porque el asegurado coincide con el sujeto obligado al pago. Aun así, deberán establecerse periodos de gracia, regularización y protección de urgencias.

La mora patronal no suspenderá las prestaciones en especie del trabajador ni de sus beneficiarios mientras subsista la relación laboral o el periodo legal de conservación. El ente gestor deberá iniciar inmediatamente la fiscalización y el cobro.

La ley debe establecer un derecho de repetición o recuperación de costos contra el empleador que, por su incumplimiento, haya obligado al ente gestor a financiar prestaciones sin recibir oportunamente las cotizaciones.

Cuando el empleador haya descontado aportes y no los haya transferido, deberán aplicarse responsabilidades agravadas, por tratarse de recursos afectados a la seguridad social.

La responsabilidad patronal no puede limitarse al pago del aporte omitido. Debe comprender intereses, recargos, costos de fiscalización y, cuando corresponda, los daños directamente vinculados con la falta de afiliación o la interrupción de prestaciones. También debe evaluarse

que los recargos y penalizaciones mencionadas desincentivan y encarecen los emprendimientos y generan en las empresas constituidas elementos que pesan en la baja productividad del país.

La persona asegurada no estará obligada a demandar previamente al empleador para recibir atención. El ente gestor debe protegerla y ejercer por su cuenta las acciones de cobro.

Debe crearse una regla legal de atención urgente. Todo establecimiento de la seguridad social deberá realizar evaluación, estabilización y tratamiento inmediato indispensable cuando exista riesgo para la vida, integridad, función orgánica o posibilidad de daño grave.

La verificación de afiliación, vigencia o autorización se realizará simultáneamente o después de controlar la emergencia. La falta de sistema, documento, planilla o autorización no justificará la negativa inicial.

Si se comprueba que la persona corresponde a otro ente gestor o al Sistema Único de Salud, las entidades aplicarán mecanismos de compensación, referencia o recuperación de costos. El paciente no deberá resolver la controversia institucional.

La ley debe reconocer continuidad reforzada para:

a) tratamientos oncológicos; **b)** diálisis y enfermedades renales; **c)** enfermedades crónicas; **d)** salud mental; **e)** embarazo, parto y puerperio; **f)** rehabilitación; **g)** discapacidad; **h)** enfermedades raras o de alto costo; **i)** tratamientos farmacológicos que no pueden interrumpirse; **j)** niñas, niños y adolescentes; **k)** personas adultas mayores; y **l)** tratamiento ambulatorio y emergencia.

Una vez iniciado un tratamiento comprendido en estas categorías, no podrá suspenderse por baja laboral, cambio de empleador, mora patronal o actualización pendiente hasta que se produzca una transferencia clínica segura.

La transferencia clínica deberá identificar la institución receptora, comunicar los antecedentes, garantizar medicamentos y programar la siguiente atención. La simple emisión de una baja administrativa no extinguirá la responsabilidad.

El periodo general de conservación posterior a la cesantía debe establecerse por ley y revisarse actuarialmente. El plazo de dos meses reconocido por el Decreto Ley N.º 13214 puede operar como antecedente mínimo, pero debe complementarse con reglas especiales.

Cuando la enfermedad haya sido diagnosticada o el tratamiento haya comenzado antes de la baja, la atención deberá mantenerse hasta el alta, estabilización, conclusión del ciclo terapéutico o transferencia efectiva a otra entidad.

En maternidad, la continuidad debe abarcar gestación, parto, puerperio y atención inmediata del recién nacido, aunque la relación laboral concluya durante ese periodo.

La pérdida de la condición de beneficiario tampoco debe producir interrupción inmediata de un tratamiento indispensable. Debe existir un periodo de transición y coordinación con el régimen que corresponda.

La entidad deberá notificar previamente la baja de beneficiarios, exponer la causa y permitir la presentación de descargos. No será suficiente modificar su estado en el sistema.

La ley debe establecer portabilidad entre entes gestores. El cambio de empleo o sector no obligará a reiniciar tratamientos, repetir exámenes recientes ni tramitar nuevamente autorizaciones ya concedidas.

Durante la transición, la entidad de origen continuará atendiendo hasta que la receptora asuma efectivamente el caso. Los costos se compensarán conforme a reglas nacionales.

Debe regularse la coordinación con el Sistema Único de Salud. Cuando una persona pierda la cobertura contributiva y no tenga otro seguro, su incorporación al sistema público deberá realizarse de manera automática o simplificada.

La transición no debe generar un periodo sin protección. La información de afiliación y baja debe remitirse en tiempo real a la plataforma correspondiente.

En materia de incapacidad temporal, la ley debe sustituir la remisión al derogado artículo 16. El subsidio de enfermedad se reconocerá mientras exista incapacidad temporal certificada y clínicamente revisada.

El régimen deberá diferenciar: **a)** incapacidad temporal de corta duración; **b)** incapacidad prolongada con posibilidad de recuperación; **c)** rehabilitación y retorno gradual al trabajo; y **d)** probable incapacidad permanente.

Los plazos de revisión no serán límites automáticos de cobertura. Servirán para evaluar la evolución, ajustar el tratamiento y determinar si corresponde iniciar un procedimiento de invalidez.

Cuando se inicie la calificación de incapacidad permanente, la atención y el ingreso sustitutivo deberán mantenerse hasta que exista una resolución firme y se active efectivamente la prestación correspondiente.

La demora administrativa no podrá dejar a la persona sin subsidio ni cobertura. La institución responsable del retraso deberá asumir las consecuencias financieras.

Debe definirse quién paga el subsidio. Puede mantenerse un sistema de pago inicial por el empleador y reembolso por el ente gestor, pero la ley debe prever pago directo cuando el empleador se encuentre en mora, haya cesado actividades o incumpla injustificadamente.

El trabajador no debería verse obligado a iniciar un juicio laboral para recibir un subsidio ya certificado por el ente gestor. La entidad podrá pagar y repetir contra el empleador cuando corresponda.

La certificación de incapacidad debe estar vinculada con el tratamiento y el puesto de trabajo. La revisión deberá considerar posibilidades de adaptación, rehabilitación y retorno gradual, evitando altas prematuras o prolongaciones injustificadas.

Debe establecerse un procedimiento administrativo urgente para controversias de vigencia. La persona podrá solicitar una medida provisional cuando la suspensión amenace su salud, tratamiento, ingreso de subsistencia o la protección de sus beneficiarios.

La autoridad deberá resolver dentro de un plazo máximo breve y podrá ordenar: **a)** habilitación provisional; **b)** continuidad del tratamiento; **c)** entrega de medicamentos; **d)** reconocimiento temporal del beneficiario; **e)** atención externa; **f)** pago provisional del subsidio; o **g)** transferencia inmediata a otra entidad.

La medida provisional se mantendrá mientras se determina la situación definitiva y podrá condicionarse a verificaciones posteriores, sin exigir garantías económicas al asegurado.

La ASUSS deberá contar con competencia legal para ordenar atención provisional, corregir registros, supervisar la continuidad y resolver recursos. Sus potestades restrictivas y sancionadoras deben estar expresamente definidas por ley.

En el plano contable, los entes gestores deberán registrar por separado los costos de prestaciones otorgadas durante mora patronal, conservación de derechos y transiciones entre regímenes. Esta información permitirá recuperar deudas, calcular reservas y evaluar la suficiencia de los periodos de conservación.

La protección de la persona no elimina la disciplina contributiva. La actualización debe fortalecer simultáneamente la fiscalización, el cobro coactivo, la interoperabilidad de planillas y la responsabilidad patronal.

Desde una perspectiva sistémica, la intervención debe desarrollarse en cuatro planos. En el nivel legal deben definirse afiliación, vigencia, continuidad, conservación, subsidios, responsabilidades y recursos. En el plano reglamentario deben establecerse documentos, procedimientos y plazos operativos. En el ámbito institucional deben fortalecerse fiscalización, atención al asegurado y coordinación entre entidades. En el componente tecnológico debe implementarse un registro único, interoperable y trazable.

Mientras no se apruebe la actualización integral, las disposiciones vigentes deben aplicarse conforme a la Constitución y a la Ley N.º 3505. Los límites temporales de los artículos 16 y 17 no pueden ser aplicados ni revividos por normas inferiores.

Las referencias al plazo de veintiséis semanas contenidas en el artículo 36 y en el Decreto Ley N.º 13214 deben entenderse desplazadas en cuanto reproduzcan la limitación derogada. La atención debe responder a necesidad clínica y el subsidio debe mantenerse durante la incapacidad temporal, sujeto a evaluación y a la transición oportuna hacia el régimen correspondiente.

El artículo 19 debe armonizarse con el Decreto (Ley) N.º 13214. No resulta admisible exigir el pago previo cuando la persona fue afiliada o demuestra una relación laboral y el incumplimiento corresponde al empleador.

En las prestaciones ordinarias, la entidad puede verificar razonablemente el campo de aplicación y las condiciones legales. En emergencias, tratamientos en curso y situaciones de especial vulnerabilidad, debe priorizarse la atención y resolver después la responsabilidad financiera.

La interpretación protectora no significa arbitrariedad. Toda decisión debe fundarse en norma vigente, hechos comprobados, prueba pertinente y proporcionalidad. También debe preservar la sostenibilidad mediante el cobro efectivo al sujeto obligado.

Finalmente, la experiencia acumulada por el INASES, la ASUSS y los entes gestores debe incorporarse a un marco legal común. Los reglamentos pueden desarrollar formularios, medios de acreditación, plazos de actualización y protocolos de continuidad.

Sin embargo, la definición de la vigencia, las condiciones de acceso, la responsabilidad por la mora, los periodos de conservación, las garantías de continuidad, el régimen de subsidios, las vías de impugnación y las sanciones debe establecerse mediante ley.

La finalidad de la actualización debe ser impedir que una inconsistencia administrativa o un incumplimiento ajeno transforme a una persona formalmente asegurada en un paciente sin atención. La recaudación debe dirigirse contra el obligado; la protección sanitaria debe mantenerse en favor del trabajador y de sus beneficiarios.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

V.4. Incapacidad temporal con parámetros de cálculo desactualizados

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 13, 14, 18, 35 a 39, 45, 46, 48, 109, 115, 232, 256, 298.II.16 y 410; Código de Seguridad Social, especialmente sus arts. 36 a 42, 81, 125, 126, 155, 156, 157 y 209; Reglamento del Código de Seguridad Social, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 5315, particularmente sus arts. 56 a 60, 75 a 78, 125, 126, 158 a 164, 489 a 492 y 526; Decreto Ley N.º 13214, elevado a rango de ley por la Ley N.º 006, especialmente sus arts. 16, 27 a 35 y disposiciones concordantes; Ley N.º 3505; Ley N.º 1516, de modificación del artículo 31 del Decreto Ley N.º 13214; Ley N.º 924; Decreto Supremo N.º 21637; Ley N.º 3131, del Ejercicio Profesional Médico; Decreto Supremo N.º 28562; Decreto Supremo N.º 3561, de creación de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo; Ley N.º 2341, de Procedimiento Administrativo, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N.º 27113; Ley N.º 1178, de Administración y Control Gubernamentales; Ley N.º 065, de Pensiones, y su reglamentación, respecto de la coordinación entre incapacidad temporal e invalidez permanente.

En el ámbito sectorial deben considerarse el Reglamento para el Otorgamiento de Bajas Médicas y Reembolso de Subsidios de Incapacidad Temporal, aprobado mediante Resolución Administrativa INASES N.º 162/2015 y homologado mediante Resolución Ministerial N.º 0614/2015; el Reglamento Único de Prestaciones de la Seguridad Social de Corto Plazo; los reglamentos internos homologados de los entes gestores; y las resoluciones administrativas de la ASUSS relativas a certificación médica, reembolso, fiscalización, auditoría médica y prestaciones económicas.

Diagnóstico: La incapacidad temporal constituye una contingencia en la que la persona asegurada, a causa de enfermedad, maternidad, accidente común o riesgo profesional, se encuentra transitoriamente imposibilitada de realizar su trabajo y, como consecuencia, enfrenta una suspensión o disminución de sus ingresos. La prestación económica tiene por

finalidad sustituir parcialmente la remuneración mientras dure la imposibilidad laboral, evitando que la enfermedad o el accidente se conviertan también en una causa inmediata de desprotección económica.

El Código de Seguridad Social reconoce el subsidio de enfermedad desde el cuarto día de incapacidad; el subsidio de maternidad durante el descanso anterior y posterior al parto; y el subsidio derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional. Sin embargo, los artículos 36 a 38 regulan principalmente las condiciones de nacimiento y duración del derecho, sin establecer una fórmula completa y actualizada para calcular su cuantía.

Los artículos 39 a 42 cumplen una función de enlace entre la incapacidad temporal y la incapacidad permanente. El régimen parte de la idea de que la persona recibe tratamiento y subsidio durante un periodo transitorio y que, cuando la lesión o enfermedad se consolida y disminuye definitivamente su capacidad laboral, corresponde activar una renta de incapacidad o invalidez.

Este diseño requiere una coordinación clara entre tres momentos: la certificación de la incapacidad temporal, el mantenimiento del subsidio mientras exista posibilidad de recuperación y la transición hacia rehabilitación, retorno al trabajo o calificación de incapacidad permanente. En la práctica, estos momentos no siempre se encuentran debidamente articulados.

El Reglamento del Código, aprobado en 1959, desarrolló una fórmula propia para el subsidio de enfermedad. Su artículo 57 estableció una prestación equivalente al cien por ciento del salario mínimo nacional, más el setenta por ciento del excedente del salario base sobre dicho mínimo. Asimismo, fijó como límite máximo el 92,5 % del salario base, relacionándolo con el salario neto y con un impuesto a la renta propio del régimen tributario de la época.

El artículo 58 definió el salario base como el promedio de los tres meses anteriores a la enfermedad, pero mantuvo topes monetarios expresados en valores nominales completamente desactualizados. Esta fórmula se vincula con una moneda, una estructura salarial y un sistema tributario que sufrieron transformaciones sustanciales.

El artículo 59 introdujo reducciones adicionales durante la hospitalización. La prestación podía disminuir al cuarenta, sesenta u ochenta por ciento del subsidio calculado, según la existencia y cantidad de familiares a cargo. Esta regla respondía a la presunción de que la hospitalización reducía los gastos personales del asegurado.

Tal presunción resulta discutible en el contexto actual. La hospitalización no elimina las obligaciones de vivienda, alimentación familiar, servicios básicos, educación, créditos u otros gastos permanentes. También puede generar costos adicionales de transporte, cuidado,

medicamentos o acompañamiento. La reducción basada en el estado familiar puede producir diferencias difíciles de justificar entre trabajadores con igual salario e idéntica incapacidad.

El Decreto (Ley) N.º 13214 modificó posteriormente el régimen y estableció en su artículo 28 que los subsidios de incapacidad temporal por enfermedad común, maternidad o riesgo profesional serían equivalentes al setenta y cinco por ciento del salario cotizable percibido al inicio de la incapacidad. Esta regla constituye un cambio sustancial. Sustituye la fórmula progresiva del Reglamento por una tasa uniforme de reemplazo y utiliza como referencia el salario cotizable. Al tratarse de una disposición posterior y de jerarquía legal, debe prevalecer sobre los artículos reglamentarios que resulten incompatibles.

No obstante, el ordenamiento no contiene una derogación expresa y sistemática de los artículos 57 a 59 del Reglamento. Esta omisión permite que subsistan interpretaciones divergentes sobre la fórmula aplicable, el periodo que debe utilizarse para determinar el salario base, las reducciones por hospitalización y el tratamiento de los primeros días de incapacidad.

La coexistencia aparente de ambas fórmulas afecta la seguridad jurídica. Un ente gestor puede aplicar directamente el setenta y cinco por ciento del salario cotizable, mientras otro puede recurrir a normas reglamentarias anteriores para determinar la base, los topes o las reducciones.

El concepto de “salario cotizable percibido al inicio de la incapacidad” tampoco se encuentra desarrollado con suficiente precisión. No queda claramente establecido si debe tomarse el salario del mes inmediatamente anterior, el promedio de varios periodos o la remuneración devengada en el mes en que comenzó la incapacidad.

Esta ambigüedad adquiere particular relevancia cuando la remuneración contiene componentes variables, como comisiones, bonos de producción, horas extraordinarias, recargos nocturnos, trabajo en domingos o feriados, primas periódicas, pagos por rendimiento o remuneraciones en especie.

La utilización exclusiva del salario del último mes puede producir distorsiones. Si el trabajador recibió ingresos excepcionalmente bajos por causas estacionales, vacaciones o reducción temporal de actividad, el subsidio no reflejará su ingreso habitual. Del mismo modo, un pago extraordinario en el último periodo puede elevar artificialmente la base.

El promedio de tres meses previsto por el Reglamento ofrece cierta estabilidad, pero puede resultar insuficiente en actividades estacionales o con alta variabilidad. Un periodo de seis o doce meses podría reflejar mejor la capacidad contributiva habitual, aunque también podría perjudicar a quien recibió un incremento salarial reciente.

La normativa tampoco regula con claridad los cambios salariales inmediatamente anteriores a la incapacidad. Debe determinarse si un ascenso, recategorización, incremento general o ajuste retroactivo se incorpora a la base y desde qué momento.

Otro problema se presenta cuando el salario declarado es inferior al efectivamente pagado. La subdeclaración patronal reduce las cotizaciones y, posteriormente, el subsidio. Si el ente gestor utiliza únicamente la planilla reportada, la consecuencia de la infracción patronal se traslada al trabajador incapacitado.

La verdad material exige permitir que el salario real sea acreditado mediante papeletas, contratos, transferencias bancarias, registros contables, convenios colectivos y otros medios. La entidad deberá recalcular la prestación y recuperar del empleador las diferencias contributivas correspondientes. La subdeclaración es un instrumento empresarial y también del dependiente para limitar o evadir obligaciones, debe tratarse en el contexto de incentivos y desincentivos y no solamente mediante el procesamiento de la información y la penalización.

Las personas que trabajan para dos o más empleadores también plantean una dificultad. El Código reconoce que las cotizaciones parciales deben computarse conjuntamente, pero el procedimiento actual no siempre integra oportunamente las distintas remuneraciones para calcular el subsidio.

La incapacidad puede impedir el desempeño de todos los trabajos o solamente de una ocupación determinada. Una lesión puede imposibilitar una actividad física y permitir otra labor compatible. La regulación debe distinguir la incapacidad total para la actividad laboral habitual de la incapacidad específica respecto de uno de varios empleos.

La norma tampoco desarrolla suficientemente la situación de trabajadores a tiempo parcial, trabajadores estacionales, remunerados del hogar, personas remuneradas por obra o comisión y asegurados con menos de un mes de antigüedad. La ausencia de reglas uniformes puede generar cálculos discrecionales.

El artículo 30 del Decreto Ley N.º 13214 mantiene el inicio del subsidio por enfermedad común a partir del cuarto día. Los tres primeros días conforman un periodo de espera que, según el Reglamento, debe ser cubierto por el empleador.

La distribución de responsabilidades no se encuentra suficientemente sistematizada. Debe aclararse si esos primeros tres días tienen naturaleza salarial, constituyen una prestación patronal o forman parte del subsidio, así como su tratamiento en recaídas, enfermedades sucesivas, hospitalización inmediata y contratos de corta duración.

En riesgos profesionales, el artículo 29 del Decreto (Ley) N.º 13214 reconoce el subsidio desde el primer día de la incapacidad calificada, superando la regla original del artículo 38 del Código, que lo situaba desde el cuarto día. Esta diferencia se justifica porque el riesgo se encuentra directamente relacionado con la actividad laboral y no corresponde trasladar al trabajador parte de la pérdida económica.

La calificación de la contingencia resulta, por tanto, determinante. Si un accidente de trabajo es registrado inicialmente como enfermedad o accidente común, la persona puede perder tres días de prestación y recibir un tratamiento financiero distinto. La controversia de origen no debería retrasar el pago; corresponde otorgar provisionalmente la prestación y ajustar posteriormente la responsabilidad financiera.

En maternidad, el artículo 31 del Decreto Ley N.º 13214 reconoce cuarenta y cinco días antes y cuarenta y cinco días después del parto. La Ley N.º 1516 permite diferir parcialmente el periodo prenatal y acumularlo al posnatal, de manera excepcional y previo cumplimiento de controles prenatales.

El cálculo monetario del subsidio de maternidad sigue sujeto al artículo 28 y debe distinguirse de las asignaciones familiares prenatal, de natalidad y lactancia. Estas últimas poseen diferente finalidad, fuente y régimen de pago, por lo que no sustituyen el ingreso dejado de percibir durante el descanso de maternidad.

El artículo 32 dispone que los subsidios sean pagados directamente por el empleador y posteriormente reembolsados por el ente gestor. Este mecanismo pretende asegurar continuidad del ingreso, pero genera dificultades cuando el empleador atraviesa insolvencia, se encuentra en mora, cesó actividades o simplemente se niega a pagar.

La persona trabajadora puede contar con una incapacidad certificada y, pese a ello, no recibir el subsidio porque el empleador condiciona el pago al reembolso previo. Esta práctica invierte el diseño legal y coloca sobre el asegurado el riesgo financiero de la relación entre empleador y ente gestor. También tiene efectos sobre la subdeclaración ya que mediante el condicionamiento mencionado el empleador recontrata verbalmente al trabajador con incapacidad certificada pagándole un monto menor al que percibía originalmente o fraccionando el pago en el de la planilla y el realizado en efectivo y no contabilizado.

El reembolso también puede retrasarse por observaciones documentales, falta de planillas, mora contributiva, presentación tardía del certificado o diferencias en el cálculo. Cuando la empresa soporta durante meses el costo, puede trasladar la demora al trabajador o resistirse a cumplir nuevas bajas.

Los procedimientos continúan dependiendo en gran medida de formularios físicos, certificados originales, firmas y copias. La pérdida del documento o su presentación fuera de plazos breves

puede afectar el reconocimiento del subsidio, aunque la incapacidad se encuentre registrada en la historia clínica.

El Reglamento de 1959 exigía presentar la baja al empleador dentro de veinticuatro horas, bajo pérdida del salario o subsidio por el tiempo de retraso. Una sanción automática de esta naturaleza resulta desproporcionada cuando la persona se encuentra hospitalizada, carece de apoyo familiar o enfrenta imposibilidad material.

La regulación sectorial de 2015 modernizó parcialmente el procedimiento de certificación y reembolso, pero no sustituyó las reglas legales de cálculo. Su función principal consiste en uniformar la emisión de bajas médicas, duración de los certificados, documentación y trámite de reembolso.

La incapacidad temporal tampoco debe analizarse exclusivamente como un gasto. Constituye un instrumento de protección de la salud y de prevención de daños. Obligar a trabajar a una persona enferma puede agravar su condición, prolongar la recuperación, aumentar accidentes y facilitar contagios.

Una tasa de reemplazo insuficiente puede generar presentismo laboral: la persona continúa trabajando porque no puede asumir la pérdida de ingresos. Este fenómeno afecta al trabajador, a sus compañeros y a la productividad institucional.

La tasa uniforme del setenta y cinco por ciento puede ser adecuada en ciertos niveles salariales, pero insuficiente para trabajadores de bajos ingresos y hogares con cargas familiares elevadas. Una reducción del veinticinco por ciento puede comprometer alimentación, vivienda, transporte o medicamentos.

La fórmula tampoco toma en cuenta que algunos descuentos dejan de ser aplicables durante la incapacidad, mientras otros continúan. Para evaluar la suficiencia debe compararse el subsidio con el ingreso neto disponible y no únicamente con el salario bruto.

El parámetro requiere además actualización actuarial. La tasa de sustitución debe equilibrar suficiencia, incentivos para la recuperación, sostenibilidad financiera y prevención de abusos. No puede fijarse de manera indefinida sin evaluar evolución salarial, costo de vida, composición familiar y duración promedio de las incapacidades.

La Ley N.º 3505 derogó los límites temporales aplicables a la asistencia médica, pero no estableció una regulación integral de la duración de las prestaciones monetarias. El artículo 30 del Decreto Ley N.º 13214 conserva un máximo de veintiséis semanas prorrogable por otras veintiséis cuando ello permita evitar la invalidez.

Esta diferencia obliga a distinguir atención sanitaria y sustitución de ingresos. La asistencia no puede concluir por un plazo abstracto cuando persiste la necesidad médica. El subsidio

económico, en cambio, puede someterse a revisiones y límites, siempre que exista una transición efectiva hacia rehabilitación, retorno laboral o prestación por incapacidad permanente.

El vencimiento del periodo no debería dejar a la persona sin ingreso mientras las instancias competentes demoran la calificación de invalidez. La Administración debe iniciar anticipadamente el procedimiento y mantener una protección transitoria hasta que la nueva prestación se haga efectiva.

La fragmentación normativa repercute en la planificación financiera. Los entes gestores no siempre utilizan metodologías uniformes para registrar días subsidiados, salario de referencia, reembolsos pendientes, contingencias de origen laboral y procesos prolongados.

Sin información homogénea no es posible conocer el costo real de la incapacidad temporal, detectar variaciones injustificadas, evaluar sectores con alta siniestralidad o proyectar reservas.

Valoración dogmática: Los pagos extraordinarios, indemnizaciones, aguinaldos y beneficios que no constituya incapacidad temporal es una prestación sustitutiva de ingresos vinculada directamente con los derechos a la seguridad social, la salud, el trabajo digno y la subsistencia. Su finalidad consiste en evitar que la imposibilidad médica de trabajar produzca la pérdida total de los medios de vida.

El artículo 45 de la Constitución incluye la enfermedad, la maternidad, los riesgos profesionales, laborales y de campo, la discapacidad y otras contingencias dentro del ámbito de la seguridad social. Asimismo, somete el sistema a los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, economía, oportunidad y eficacia.

La prestación debe ser suficiente para cumplir su función protectora. Una tasa formalmente reconocida puede resultar constitucionalmente ineficaz si la base de cálculo excluye parte sustancial de la remuneración, se encuentra desactualizada o permite retrasos prolongados.

La suficiencia no exige necesariamente sustituir el cien por ciento del salario en todas las contingencias. El legislador dispone de margen para fijar una tasa razonable, pero debe evitar que la reducción coloque al asegurado y su familia por debajo de condiciones compatibles con una existencia digna.

El subsidio no es una liberalidad del empleador ni del ente gestor. Constituye un derecho condicionado a la existencia de incapacidad certificada y al cumplimiento de las condiciones legales aplicables. Una vez acreditadas, la prestación debe pagarse de manera oportuna.

La tasa de reemplazo debe analizarse en función de la base. Un porcentaje elevado aplicado sobre un salario sub-declarado puede producir una prestación insuficiente. Por ello, la protección requiere definir con precisión qué conceptos integran el salario cotizable y cómo se corrigen las declaraciones inexactas.

La primacía de la realidad laboral obliga a utilizar la remuneración efectivamente percibida cuando sea superior a la declarada. El trabajador no puede asumir las consecuencias económicas de la evasión o subdeclaración patronal.

El principio de igualdad exige tratar de forma equivalente contingencias semejantes y justificar las diferencias. La distinta fecha de inicio entre enfermedad común y riesgo profesional posee una razón objetiva; en cambio, la reducción durante hospitalización según cargas familiares requiere una justificación contemporánea que el régimen histórico no proporciona.

El estado civil o la composición familiar no deberían utilizarse para disminuir el subsidio sobre la presunción de que la persona hospitalizada tiene menores gastos. Una diferenciación de esa naturaleza puede resultar incompatible con igualdad, dignidad y protección familiar.

La equidad puede justificar, por el contrario, una garantía mínima reforzada para salarios bajos. Una tasa uniforme tiene impacto proporcionalmente más grave en quienes destinan la mayor parte de su ingreso a necesidades básicas.

Podría establecerse un piso equivalente al salario mínimo o a un porcentaje superior para los niveles salariales inferiores, acompañado de una tasa general para los demás ingresos. Cualquier diseño debe basarse en estudios actuariales y evitar incentivos a la subdeclaración.

El salario cotizable debe reflejar la capacidad económica habitual. No puede limitarse arbitrariamente al salario básico cuando otras remuneraciones regulares integran el ingreso laboral y fueron o debieron ser objeto de cotización y en remuneración regular pueden recibir tratamiento distinto. La ley debe enumerar los componentes incluidos y excluidos, evitando que la definición dependa de prácticas de cada ente gestor.

La prestación también debe mantener relación con el ingreso neto. La finalidad no es que el trabajador obtenga durante la incapacidad una ventaja económica injustificada, pero tampoco que soporte una pérdida incompatible con la subsistencia.

Los convenios de la OIT ofrecen un parámetro de adecuación, no una autorización para fijar automáticamente el mínimo internacional. El Estado que ya reconoce un nivel superior no debería reducirlo sin una justificación rigurosa, particularmente por el principio de progresividad.

La tasa nacional del setenta y cinco por ciento supera formalmente los mínimos internacionales aplicables. Sin embargo, su evaluación debe considerar la definición del salario, las cargas familiares, el costo de vida y la regularidad del pago.

La oportunidad forma parte del contenido esencial. Un subsidio reconocido varios meses después no cumple plenamente su función, porque la contingencia económica se produce durante la incapacidad. El reembolso tardío al empleador tampoco justifica la demora en el pago al trabajador.

El diseño de pago indirecto no puede convertir al empleador en una barrera. Si este incumple, el ente gestor debe contar con un mecanismo de pago directo y repetir posteriormente contra el obligado.

La mora patronal debe diferenciarse del derecho del trabajador. El incumplimiento contributivo activa fiscalización, cobro e intereses contra el empleador, pero no debe extinguir automáticamente una prestación cuando la relación laboral y la incapacidad se encuentran acreditadas.

El certificado médico cumple una doble función: justifica la ausencia y acredita la contingencia para la prestación. Su emisión constituye un acto técnico que debe considerar diagnóstico funcional, exigencias del puesto, duración probable y necesidad de tratamiento.

La incapacidad no depende únicamente del diagnóstico. Una misma enfermedad puede impedir ciertas actividades y permitir otras. La evaluación debe relacionar el estado de salud con las funciones concretas del trabajo.

El médico tratante debe conservar independencia clínica, pero sus decisiones pueden someterse a auditoría. La auditoría no puede utilizarse para negar retroactivamente el subsidio sin un procedimiento contradictorio y una fundamentación técnica suficiente.

La revisión de incapacidades prolongadas debe orientarse a recuperación, rehabilitación y retorno seguro, no exclusivamente a reducir días subsidiados. El alta prematura puede provocar recaídas, accidentes o agravamiento.

El retorno gradual al trabajo constituye una alternativa entre incapacidad total y alta completa. La ley puede permitir jornadas reducidas, adaptación temporal de funciones y subsidios parciales cuando sean clínicamente adecuados.

La incapacidad parcial temporal no se encuentra suficientemente desarrollada. Una regulación moderna debe permitir sustituir la parte del ingreso perdida cuando la persona pueda trabajar con reducción de jornada o en una función de menor remuneración durante la recuperación.

La protección de maternidad requiere un enfoque reforzado. El subsidio permite que la trabajadora suspenda la actividad sin perder completamente sus ingresos y protege tanto su salud como la del recién nacido.

La posibilidad de diferir parte del periodo prenatal no debe transformarse en presión empresarial. Debe responder a una decisión libre, evaluación médica y condiciones de trabajo compatibles con la gestación.

La incapacidad por riesgo profesional debe incorporar el principio de responsabilidad objetiva del sistema frente a contingencias laborales. Su reconocimiento desde el primer día evita que el trabajador soporte económicamente un daño vinculado con el trabajo.

Cuando exista controversia sobre el origen, debe aplicarse una prestación provisional. La disputa entre entes, empleador o instancias calificadoras no debería dejar a la persona sin ingreso.

El tránsito hacia invalidez permanente requiere coordinación entre el seguro de corto plazo y el Sistema Integral de Pensiones. La persona no puede quedar desprotegida porque una entidad considera concluida la temporalidad mientras otra todavía no reconoce la invalidez.

La seguridad jurídica exige reglas legales claras sobre duración, revisión y transición. Las comisiones, juntas médicas y entidades calificadoras deben actuar dentro de plazos compatibles con la continuidad económica.

La reserva legal resulta central. La tasa de reemplazo, la base de cálculo, los días de espera, la duración, las causas de suspensión y las responsabilidades de pago afectan el contenido del derecho y no deberían quedar determinados por manuales o instructivos.

La reglamentación administrativa puede desarrollar operaciones de cálculo, formularios, certificación y reembolso, pero no modificar el porcentaje legal ni excluir componentes salariales sin autorización legislativa.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: La actualización del Código de Seguridad Social e integrar en una sola disposición legal el régimen de incapacidad temporal por enfermedad común, maternidad, accidente común y riesgos profesionales, derogando expresamente las fórmulas reglamentarias incompatibles.

La ley deberá definir la incapacidad temporal como la situación clínicamente comprobada en la que una alteración de salud impide total o parcialmente realizar el trabajo habitual durante un periodo limitado, con posibilidad razonable de recuperación, rehabilitación o adaptación.

La regulación debe diferenciar: **a)** enfermedad y accidente común; **b)** accidente de trabajo y enfermedad profesional; **c)** maternidad; **d)** incapacidad total temporal; **e)** incapacidad parcial temporal; **f)** recaída; **g)** continuación de una misma contingencia; y **h)** tránsito hacia incapacidad permanente.

La cuantía debe fijarse mediante una tasa legal clara. El porcentaje del setenta y cinco por ciento puede conservarse como regla general, sujeto a evaluación actuarial periódica y a mecanismos que aseguren suficiencia para trabajadores de bajos ingresos.

La ley debe considerar un piso protector. El subsidio no debería ser inferior a un porcentaje suficiente del salario mínimo nacional ni reducir el ingreso disponible por debajo del umbral definido para garantizar subsistencia, salvo cuando la jornada o la remuneración ordinaria fueran legítimamente inferiores.

La fórmula debe evitar que el subsidio supere el ingreso neto habitual, pero el límite debe definirse con criterios actuales y no mediante referencias históricas a impuestos o porcentajes reglamentarios obsoletos.

Debe derogarse expresamente la fórmula del artículo 57 del Reglamento en todo lo incompatible con la regla legal vigente, así como los topes monetarios nominales del artículo 58 y las reducciones por hospitalización del artículo 59.

El salario cotizable deberá definirse como el total de la remuneración regular, en dinero o especie, sobre la cual se efectuaron o debieron efectuarse aportes al seguro social de corto plazo.

La norma deberá identificar expresamente los componentes incluidos, tales como salario básico, comisiones regulares, bonos de producción, horas extraordinarias habituales, recargos y otros pagos remunerativos.

Quedarán excluidos los conceptos indemnizatorios, reembolsos de gastos y beneficios que legalmente no constituyan remuneración, sin perjuicio de reglas especiales para pagos periódicos.

Como regla, la base podrá calcularse sobre el promedio de los últimos tres o seis meses inmediatamente anteriores a la incapacidad. Para actividades estacionales, variables o discontinuas podrá utilizarse un periodo de hasta doce meses.

Cuando exista un incremento salarial general, ascenso o recategorización vigente antes del inicio de la incapacidad, deberá incorporarse al cálculo, aunque todavía no aparezca en la última planilla procesada.

Si la antigüedad fuera inferior al periodo de referencia, el promedio se calculará sobre los días o meses efectivamente trabajados. Si la incapacidad comienza antes del primer pago, se utilizará el salario acordado contractualmente o el correspondiente a la categoría laboral.

En caso de subdeclaración, el trabajador podrá acreditar el salario real por cualquier medio lícito. El ente gestor pagará la diferencia y ejercerá acción de cobro contra el empleador por cotizaciones, intereses y sanciones.

Cuando existan varios empleadores, se sumarán las remuneraciones cotizables de las actividades afectadas por la incapacidad, hasta el límite legal que se establezca.

La norma deberá evitar doble percepción incompatible. Si la incapacidad impide solo uno de varios trabajos, el subsidio compensará la pérdida correspondiente a esa actividad, sin afectar ingresos derivados de labores médicamente compatibles.

Debe regularse la incapacidad parcial temporal. Cuando la persona pueda reincorporarse con jornada reducida o funciones adaptadas, recibirá la remuneración por el trabajo efectivamente realizado y un subsidio proporcional por la pérdida de ingresos.

La adaptación requerirá evaluación médica, acuerdo operativo y respeto a la remuneración. No podrá imponerse una función incompatible ni utilizarse para reducir permanentemente el salario.

En enfermedad común, la ley deberá definir expresamente la responsabilidad por los tres primeros días. Podrá mantenerlos a cargo del empleador, eliminarlos progresivamente o establecer reglas diferenciadas para hospitalización, enfermedades graves, recaídas y trabajadores de bajos ingresos.

Si se conserva el periodo de espera, no debería aplicarse nuevamente en recaídas de la misma enfermedad dentro de un plazo determinado.

En riesgos profesionales, el subsidio se reconocerá desde el primer día. La falta o demora en la denuncia patronal no perjudicará al trabajador cuando el accidente o la enfermedad puedan acreditarse por otros medios.

Cuando exista duda sobre el origen, se otorgará provisionalmente el subsidio correspondiente a enfermedad común o riesgo profesional, según el criterio más protector y la evidencia inicial. La compensación financiera se resolverá posteriormente.

La duración del subsidio por enfermedad común y riesgo profesional debe coordinarse con la Ley N.º 3505. La asistencia sanitaria continuará conforme a necesidad clínica, mientras la prestación económica estará sujeta a revisión periódica y a plazos razonables legalmente establecidos.

Los plazos no operarán como extinción automática. Antes de su vencimiento, el ente gestor deberá evaluar: **a)** evolución clínica; **b)** posibilidad de recuperación; **c)** rehabilitación; **d)** adaptación o retorno gradual; **e)** necesidad de ampliar la temporalidad; y **f)** procedencia de iniciar la calificación de incapacidad permanente. Si se inicia un procedimiento de invalidez, el subsidio deberá mantenerse hasta que exista una decisión firme y la nueva prestación sea efectivamente pagada, evitando vacíos de cobertura.

La práctica acumulada por ASUSS, INASES y los Entes Gestores de Salud necesita sistematización legal. La reglamentación administrativa puede desarrollar formularios, plazos operativos y protocolos, pero no sustituye las reglas de fondo sobre titularidad, financiamiento, procedimiento, impugnación y sanción. Esas materias deben quedar fijadas por ley para preservar seguridad jurídica.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

V.5. Riesgos profesionales y nuevas formas de trabajo

Base normativa

Constitución Política del Estado, especialmente sus arts. 15, 18, 35 a 39, 45, 46, 48, 49, 109 y 115; Código de Seguridad Social, arts. 27 a 35 y las disposiciones concordantes sobre incapacidad temporal, prestaciones económicas, invalidez y muerte derivadas de riesgos profesionales; Reglamento del Código de Seguridad Social, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 5315; Decreto Ley N.º 13214, elevado a rango de ley por la Ley N.º 006; Ley General del Trabajo, particularmente sus arts. 67 a 74; Reglamento de la Ley General del Trabajo; Decreto Ley N.º

16998, Ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar; Decreto Supremo N.º 2935, como referencia sectorial sobre identificación de peligros, evaluación de riesgos, ergonomía y factores psicosociales; Decreto Supremo N.º 4570, relativo a condiciones especiales de trabajo mediante tecnologías de información; Decreto Supremo N.º 3561, de creación de la ASUSS; Ley N.º 3131 y su reglamentación; Ley N.º 065, de Pensiones, respecto de invalidez y muerte por riesgo profesional o laboral; Ley N.º 348, en lo relativo a violencia laboral contra las mujeres; y las normas administrativas emitidas por el Ministerio de Trabajo y la ASUSS sobre accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, bajas médicas, auditoría y rehabilitación.

Como marco técnico de referencia deben considerarse los instrumentos de la Organización Internacional del Trabajo sobre seguridad y salud en el trabajo, particularmente la Recomendación N.º 194 y su Lista de Enfermedades Profesionales revisada en 2010

Diagnóstico: El Código de Seguridad Social define el accidente de trabajo como una lesión orgánica o trastorno funcional producido por una causa externa, súbita y violenta, ocurrida con ocasión o como consecuencia del trabajo. La enfermedad profesional, en cambio, se configura como un estado patológico de evolución lenta y progresiva provocado por los agentes nocivos incluidos en la lista anexa al Código.

Esta regulación responde a un modelo industrial tradicional, construido alrededor de accidentes visibles, exposición a sustancias, trabajo minero, maquinaria, esfuerzo físico y enfermedades asociadas con agentes previamente identificados. El sistema presupone un lugar de trabajo determinado, un empleador fácilmente identificable y una relación causal relativamente directa entre la actividad desarrollada y la lesión o enfermedad.

Las formas contemporáneas de organización productiva han modificado estos presupuestos. El trabajo puede ejecutarse desde el domicilio, mediante plataformas digitales, en espacios compartidos, durante desplazamientos permanentes o bajo sistemas de control algorítmico. También existen relaciones triangulares en las que intervienen empresas contratantes, intermediarias, subcontratistas, plataformas y prestadores formalmente independientes.

En el teletrabajo, el centro laboral se desplaza total o parcialmente hacia el domicilio u otro espacio elegido o autorizado. Esto genera riesgos ergonómicos por mobiliario inadecuado, posturas prolongadas, movimientos repetitivos, iluminación deficiente y exposición continua a pantallas. También aparecen riesgos vinculados con aislamiento, extensión de la jornada, conexión permanente, sobrecarga de tareas y dificultad para separar el tiempo laboral de la vida personal.

La Ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar fue concebida principalmente para establecimientos físicos y excluye expresamente determinadas labores ejecutadas en el domicilio del trabajador. Esta exclusión resulta difícil de armonizar con una realidad en la que el domicilio puede transformarse jurídicamente en lugar habitual de prestación de servicios.

El trabajo mediante plataformas plantea problemas adicionales. La empresa puede organizar digitalmente la actividad, fijar tarifas, asignar pedidos, establecer rutas, evaluar el rendimiento y aplicar bloqueos o penalizaciones, aunque presente al trabajador como independiente. La calificación jurídica de la relación determina quién debe afiliar, cotizar, prevenir riesgos y responder por accidentes.

Las personas que prestan servicios de reparto, transporte o mensajería se encuentran expuestas a accidentes viales, violencia, condiciones climáticas, fatiga, presión por tiempos de entrega y jornadas extensas. Si son consideradas automáticamente trabajadoras independientes, el riesgo puede quedar trasladado íntegramente a quien posee menor capacidad económica y de negociación.

Los factores psicosociales también han adquirido mayor relevancia. La sobrecarga, el hostigamiento, la violencia laboral, el acoso, la inseguridad contractual, el control permanente, la falta de autonomía y las metas desproporcionadas pueden producir ansiedad, depresión, agotamiento profesional y otros trastornos. Sin embargo, el catálogo histórico del Código no ofrece una respuesta suficiente para estas contingencias.

Las enfermedades musculoesqueléticas constituyen otro ámbito insuficientemente desarrollado. Los movimientos repetitivos, las posturas forzadas, el levantamiento de cargas y el trabajo prolongado con dispositivos pueden generar lesiones de columna, tendinitis, síndrome del túnel carpiano y otros trastornos cuya aparición suele ser gradual.

La exposición a agentes biológicos adquirió especial visibilidad durante epidemias y emergencias sanitarias. Personal de salud, limpieza, transporte, laboratorio, atención al público y otros sectores puede encontrarse sometido a una exposición superior a la de la población general. No obstante, reconocer una infección como profesional exige demostrar que el riesgo estuvo vinculado con el trabajo y no únicamente con la circulación comunitaria del agente.

La lista cerrada del Código puede producir exclusiones cuando la enfermedad no está expresamente enumerada, aunque exista evidencia médica y ocupacional suficiente. Al mismo tiempo, una cláusula excesivamente abierta y sin parámetros técnicos podría generar decisiones contradictorias o reconocimientos sin nexo causal comprobado.

La fragmentación institucional agrava el problema. El Ministerio de Trabajo interviene en prevención, inspección y cumplimiento de normas laborales; los entes gestores prestan atención, califican incapacidades temporales y realizan auditorías; la ASUSS supervisa la seguridad social de corto plazo; y el Sistema Integral de Pensiones atiende las consecuencias permanentes de invalidez o muerte.

La ausencia de intercambio oportuno de información puede retrasar la calificación del origen, la atención, el subsidio y la transición hacia prestaciones permanentes. Además, los registros de accidentes y enfermedades no siempre utilizan definiciones uniformes, lo que dificulta conocer la incidencia real y diseñar políticas preventivas.

Valoración dogmática: El artículo 46 de la Constitución reconoce el derecho al trabajo digno, con seguridad industrial, higiene y salud ocupacional. Esta garantía debe interpretarse en concordancia con los derechos a la vida, integridad, salud y seguridad social, así como con el principio de protección de las relaciones laborales.

El riesgo profesional no debe reducirse a una lesión física producida dentro de una fábrica. Jurídicamente comprende toda contingencia que mantenga una relación causal suficiente con la actividad laboral, las condiciones en que se desarrolla o la organización del trabajo.

La obligación patronal posee una dimensión preventiva. El empleador no cumple únicamente afiliando al trabajador o comunicando el accidente; debe identificar peligros, evaluar riesgos, adoptar medidas de control, proporcionar equipos, capacitar, vigilar la salud y adaptar el trabajo a las capacidades de la persona. Esta obligación debe aplicarse también cuando el trabajo se realiza fuera del establecimiento. La distancia física no elimina el poder de dirección ni la responsabilidad preventiva. Sin embargo, el control del empleador debe respetar la intimidad y la inviolabilidad del domicilio, por lo que las evaluaciones deben efectuarse mediante consentimiento, autodiagnósticos guiados, asistencia técnica y mecanismos proporcionales.

En las plataformas digitales debe aplicarse la primacía de la realidad. La denominación de “socio”, “colaborador” o “prestador independiente” no puede excluir la protección cuando existan subordinación, control, dependencia económica o integración en la actividad empresarial.

La determinación del origen profesional debe sustentarse en criterios técnicos y no únicamente en la presencia de la enfermedad en una lista. Debe examinarse la historia clínica y laboral, la intensidad y duración de la exposición, el puesto desempeñado, los factores extralaborales, la evidencia científica y la frecuencia de la enfermedad en el grupo expuesto.

La lista de enfermedades debe producir una presunción favorable cuando se acrediten la enfermedad y la exposición correspondiente. Fuera de la lista, el trabajador debe conservar la posibilidad de probar el nexo causal mediante peritajes, estudios epidemiológicos, evaluación del puesto y otros medios pertinentes.

El principio ***pro persona*** exige resolver las dudas interpretativas en favor de la protección, pero no elimina la necesidad de prueba. Su función consiste en evitar que la ausencia de una denominación formal impida valorar científicamente una contingencia posiblemente laboral.

La protección debe comprender prevención, atención médica, subsidio temporal, rehabilitación, readaptación y reinserción. Cuando la incapacidad se consolide, debe existir una transición inmediata hacia el régimen de invalidez por riesgo profesional, sin vacíos de atención o ingresos.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Se requiere aprobar una regulación legal actualizada de riesgos profesionales que sustituya el sistema exclusivamente basado en una lista histórica por un modelo mixto.

La ley debe contener una lista nacional revisable de enfermedades profesionales y una cláusula abierta que permita reconocer otras patologías cuando se establezca un nexo causal suficiente. La lista deberá actualizarse periódicamente por una comisión técnica integrada por el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud, la ASUSS, los entes gestores, especialistas en salud ocupacional y representantes de trabajadores y empleadores.

La regulación deberá reconocer expresamente riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales y organizacionales. También debe incluir enfermedades musculoesqueléticas, trastornos mentales asociados con exposiciones laborales comprobadas, violencia y acoso, fatiga, exposición digital prolongada y contingencias derivadas de epidemias.

En teletrabajo deberán establecerse obligaciones sobre evaluación ergonómica, equipos adecuados, pausas, organización de jornada, derecho a desconexión, prevención de aislamiento y reporte de accidentes. La calificación de un accidente deberá considerar el horario, la actividad realizada, las instrucciones recibidas y la conexión funcional con el trabajo, sin presumir que todo accidente ocurrido en el domicilio posee origen profesional.

Para las plataformas digitales corresponde fijar criterios legales que permitan identificar al verdadero empleador o sujeto responsable. Cuando la plataforma controle aspectos esenciales de la prestación, deberá asumir obligaciones de afiliación, prevención, información, seguros y reporte de accidentes.

Debe crearse un procedimiento único de calificación del origen profesional, con plazos breves, acceso al expediente, prueba técnica, segunda valoración e impugnación. Mientras exista controversia, la persona deberá recibir atención y subsidio provisional, resolviéndose posteriormente la compensación entre instituciones.

La ASUSS y el Ministerio de Trabajo deben implementar un registro interoperable de accidentes, enfermedades, exposiciones y medidas preventivas. La información permitirá detectar sectores de riesgo, orientar inspecciones, actualizar la lista y calcular necesidades financieras.

La actualización debe actuar simultáneamente en el plano legal, reglamentario, institucional y tecnológico. La ley debe definir sujetos protegidos, contingencias, responsabilidades, prestaciones, procedimientos y sanciones. Los reglamentos deben desarrollar metodologías de evaluación, formularios, protocolos y criterios de exposición. Las instituciones deben coordinar prevención, atención y rehabilitación. La tecnología debe garantizar reporte inmediato, trazabilidad e intercambio de información.

Mientras no exista una actualización integral, el régimen vigente debe aplicarse conforme a la Constitución. La lista histórica no debe interpretarse como obstáculo absoluto cuando exista evidencia suficiente del nexo laboral. Toda decisión negativa debe explicar los antecedentes clínicos y ocupacionales, la prueba valorada y las razones técnicas de la conclusión.

La experiencia acumulada por el INASES, la ASUSS y los entes gestores debe transformarse en una regulación legal coherente. Los elementos esenciales del derecho, las obligaciones empresariales, la calificación, las vías de impugnación y las sanciones no pueden permanecer dispersos en instructivos internos.

El objetivo final consiste en construir un sistema capaz de anticipar los riesgos emergentes, proteger a quienes trabajan bajo modalidades tradicionales o digitales y asegurar que la innovación productiva no se traduzca en reducción de derechos laborales y de seguridad social.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

V.6. Rehabilitación e inserción laboral insuficientemente ejecutadas

Base normativa

CSS art. 35; CPE art. 70; Ley 223 - Ley General para Personas con Discapacidad en Bolivia; Ley 977 – Inserción Laboral.

Diagnóstico: El artículo 35 establece de manera anticipada una obligación de readaptación y ocupación laboral de las personas rehabilitadas. Sin embargo, esta previsión permanece

aislada y no se articula eficazmente con la legislación contemporánea en materia de discapacidad, inserción laboral y ajustes razonables.

Valoración dogmática: La seguridad social no debe limitarse a brindar atención médica o conceder subsidios. Su función comprende también la recuperación de la capacidad funcional, la garantía de una rehabilitación integral y la promoción de la reinserción laboral. Este enfoque contribuye a reducir los costos de largo plazo y materializa el respeto a la dignidad de la persona trabajadora.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Crear, mediante ley, un programa de rehabilitación, reinserción y seguimiento laboral que cuente con financiamiento suficiente, indicadores de evaluación y una distribución clara de responsabilidades institucionales.

Desde una perspectiva sistémica, la deficiencia identificada no se circunscribe al texto de la disposición, sino que se proyecta sobre la gestión administrativa, la planificación financiera, la calidad de los servicios y la información disponible para la persona asegurada. En consecuencia, la intervención debe desarrollarse de manera simultánea en los ámbitos legal, reglamentario, institucional y tecnológico.

La función del operador jurídico consiste en reconstruir el sentido de la norma vigente conforme a la Constitución. Para ello, debe identificar las derogaciones expresas y tácitas, adoptar la interpretación más favorable a los derechos a la salud y a la seguridad social, y controlar la debida motivación de toda decisión que restrinja su ejercicio. La aplicación de una dogmática protectora no excluye el rigor jurídico, sino que exige razones verificables, prueba pertinente y un estricto juicio de proporcionalidad.

Finalmente, el conocimiento acumulado por la ASUSS, el INASES y los Entes Gestores de salud debe dejar de operar como un conjunto de prácticas dispersas y consolidarse en un marco legal coherente. La reglamentación administrativa resulta adecuada para organizar aspectos operativos, como formularios, plazos y protocolos; sin embargo, las reglas estructurales relativas a la titularidad de los derechos, el financiamiento, el procedimiento, los mecanismos de impugnación y el régimen sancionatorio deben establecerse mediante ley.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

CAPÍTULO VI. Diagnóstico del Título III: asignaciones familiares

Idea rectora

Este bloque precisa la función dogmática de la materia examinada, ubica su grado de vigencia material y explica las tensiones que surgen entre el texto de 1956, la Constitución de 2009, el desarrollo reglamentario y la jurisprudencia constitucional aplicable.

La revisión de este bloque se plantea como una lectura sustantiva, no meramente descriptiva. Se valora su arquitectura dogmática, su vigencia material, las actualizaciones posteriores que incidieron en su alcance y su compatibilidad con la Constitución de 2009. La finalidad es identificar qué conserva utilidad jurídica y qué debe ser depurado, actualizado o integrado.

VI.1. Asignaciones familiares parcialmente sustituidas

Base normativa

CSS arts. 83 a 128; Ley 924; DS 21637 art. 25; DS 3546; SCP 0406/2023-S4.

Diagnóstico: El artículo 35 establece de manera anticipada una obligación de readaptación y ocupación laboral de las personas rehabilitadas. Sin embargo, esta previsión permanece aislada y no se articula eficazmente con la legislación contemporánea en materia de discapacidad, inserción laboral y ajustes razonables.

Valoración dogmática: La seguridad social no debe limitarse a brindar atención médica o conceder subsidios. Su función comprende también la recuperación de la capacidad funcional, la garantía de una rehabilitación integral y la promoción de la reinserción laboral. Este enfoque contribuye a reducir los costos de largo plazo y materializa el respeto a la dignidad de la persona trabajadora.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Crear, mediante ley, un programa de rehabilitación, reinserción y seguimiento laboral que cuente con financiamiento suficiente, indicadores de evaluación y una distribución clara de responsabilidades institucionales.

Desde una perspectiva sistémica, la deficiencia identificada no se circunscribe al texto de la disposición, sino que se proyecta sobre la gestión administrativa, la planificación financiera, la calidad de los servicios y la información disponible para la persona asegurada. En consecuencia, la intervención debe desarrollarse de manera simultánea en los ámbitos legal, reglamentario, institucional y tecnológico.

La función del operador jurídico consiste en reconstruir el sentido de la norma vigente conforme a la Constitución. Para ello, debe identificar las derogaciones expresas, adoptar la interpretación más favorable a los derechos a la salud y a la seguridad social, y controlar la debida motivación de toda decisión que restrinja su ejercicio. La aplicación de una dogmática protectora no excluye el rigor jurídico, sino que exige razones verificables, prueba pertinente y un estricto juicio de proporcionalidad.

Finalmente, el conocimiento acumulado por la ASUSS, el INASES y los Entes Gestores de Salud debe dejar de operar como un conjunto de prácticas dispersas y consolidarse en un marco legal coherente. La reglamentación administrativa resulta adecuada para organizar aspectos operativos, como formularios, plazos y protocolos; sin embargo, las reglas estructurales relativas a la titularidad de los derechos, el financiamiento, el procedimiento, los mecanismos de impugnación y el régimen sancionatorio deben establecerse mediante ley.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

VI.2. Protección de maternidad y primera infancia

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 13, 14, 18, 45.III y V, 48, 58, 59, 60, 62, 66, 109, 115, 298.II.16 y 410; Código de Seguridad Social, arts. 4, 83 a 128, 132, 144 a 149 y 156; Reglamento del Código de Seguridad Social, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 5315; Ley N.º 924; Decreto Supremo N.º 21637, art. 25; Decreto Supremo N.º 2892; Decreto Supremo N.º 3319; Decreto Supremo N.º 3546; Decreto Supremo N.º 4414; Decreto Supremo N.º 3561; Ley N.º 548, Código Niña, Niño y Adolescente; Ley N.º 603, Código de las Familias y del Proceso Familiar; Ley N.º 2341 y Decreto Supremo N.º 27113; Reglamento de Fiscalización y Control del Régimen de Asignaciones Familiares aprobado mediante Resolución Administrativa ASUSS N.º 0101/2021; y demás normas técnicas relativas a calificación, entrega, compensación retroactiva y fiscalización.

Como parámetros convencionales resultan aplicables el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, arts. 9, 10 y 12; la Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 3, 6, 24, 26 y 27; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, arts. 11 y 12; y el Protocolo de San Salvador, arts. 9, 10, 15 y 16.

Diagnostico

El Código de Seguridad Social estructuró las asignaciones familiares como un régimen autónomo, diferenciado del seguro de enfermedad y maternidad. Los arts. 83 a 128 contemplaban cinco prestaciones: subsidio matrimonial, de natalidad, de lactancia, familiar y de sepelio. El modelo se financiaba mediante una contribución patronal afectada, un sistema de reparto simple, un Fondo Nacional de Compensación y una reserva de previsión destinada a absorber desequilibrios.

La actualización de 1987 produjo una sustitución material, aunque no una depuración legislativa formal y sistemática. El art. 25 del DS N.º 21637 dejó de reconocer el subsidio matrimonial y el subsidio familiar e incorporó el subsidio prenatal, manteniendo natalidad, lactancia y sepelio. Simultáneamente, trasladó el pago, costo y responsabilidad inmediata de las prestaciones a los empleadores.

La transformación alteró la técnica de protección. El régimen original distribuía colectivamente el riesgo familiar mediante aportes y compensación; el régimen posterior configuró una obligación patronal directa, vinculada con los eventos familiares concretos de su personal. Esta mutación no fue acompañada de una ley integral que derogara expresamente los arts. 83 a 128, redefiniera el sistema financiero y estableciera la relación entre las disposiciones codificadas y la regulación reglamentaria posterior.

Se presenta, por tanto, una antinomia entre vigencia formal y eficacia material. El Código conserva prestaciones, beneficiarios, mecanismos de continuidad y reglas financieras que dejaron de aplicarse en su configuración original, mientras el contenido operativo se encuentra en decretos supremos y reglamentos administrativos. La consecuencia es una estructura normativa estratificada, de difícil reconstrucción para empleadores, beneficiarios y autoridades fiscalizadoras.

El DS N.º 3546 fijó en Bs2.000 el valor de cada subsidio. La sustitución de la referencia al salario mínimo nacional por una suma nominal eliminó la actualización automática que acompañaba a las variaciones salariales. Sin una fórmula legal de indexación, la suficiencia real de la prestación queda condicionada a actualizaciones reglamentarias discrecionales y discontinuas.

La responsabilidad patronal directa genera, además, una segmentación financiera. Empresas con igual masa salarial pueden soportar cargas diferentes según el número de embarazos, nacimientos y lactantes de su personal. Al no existir una compensación general efectiva, la distribución de costos deja de operar sobre una comunidad amplia de riesgo y se concentra en cada unidad empleadora.

Esta configuración puede generar incentivos adversos en la contratación de mujeres en edad reproductiva, especialmente en empresas pequeñas o con baja capacidad financiera. Aunque una decisión discriminatoria sería jurídicamente ilícita, el sistema de financiamiento directo incorpora objetivamente un costo diferencial asociado con la maternidad y puede producir discriminación indirecta.

La mora, insolvencia o cierre del empleador también compromete la efectividad del derecho. El beneficiario depende de la capacidad y voluntad de pago de quien mantiene la relación laboral, aun cuando las asignaciones poseen naturaleza obligatoria y constitucional. La falta de entrega oportuna desplaza sobre la madre y el recién nacido el riesgo financiero empresarial.

En los subsidios prenatal y de lactancia, la temporalidad es esencial. Su entrega persigue una finalidad nutricional vinculada con una etapa biológica específica. Cuando los productos se entregan después del embarazo o una vez superado el primer año de vida, la prestación en especie pierde idoneidad funcional. La reparación debe transformarse en compensación monetaria retroactiva, sin que ello convierta la entrega dineraria en modalidad ordinaria.

La fijación reglamentaria de beneficiarios, modalidades, cuantías y consecuencias del incumplimiento evidencia una insuficiencia de rango normativo. Los elementos esenciales de una prestación de seguridad social —titularidad, hecho causante, cuantía, duración, financiamiento, pérdida del derecho, retroactividad y sanciones— se encuentran sujetos a reserva legal material.

Valoración dogmática

Las asignaciones familiares son prestaciones no contributivas respecto del beneficiario individual, pero integradas al sistema de seguridad social y vinculadas con una relación laboral protegida. Su finalidad es compensar parcialmente las cargas económicas producidas por embarazo, nacimiento, alimentación del lactante y fallecimiento de hijos beneficiarios.

No constituyen liberalidades, beneficios graciables ni componentes salariales sujetos a negociación. Son derechos sociales de fuente normativa, exigibles desde la configuración del hecho causante y autónomos respecto del subsidio de incapacidad temporal por maternidad.

Su fundamento constitucional es múltiple: seguridad social, maternidad protegida, salud, vida, igualdad, protección familiar e interés superior de la niña o niño. Esta convergencia determina una tutela reforzada y limita la aplicación de formalismos que impidan su otorgación oportuna.

La sustitución parcial mediante decreto plantea una objeción de jerarquía normativa. Conforme a los arts. 109 y 410 de la Constitución, el contenido esencial de los derechos y las restricciones

a su ejercicio deben establecerse por ley. Un decreto puede reglamentar modalidades de entrega, pero no debería suprimir prestaciones legales, alterar estructuralmente su financiamiento o redefinir de manera permanente el catálogo de derechos sin habilitación legislativa suficientemente determinada.

No obstante, la continuidad normativa y la jurisprudencia han reconocido como régimen operativo los cuatro subsidios previstos en el art. 25 del DS N.º 21637 y modificados por el DS N.º 3546. La respuesta técnicamente correcta no consiste en desconocer administrativamente ese régimen, sino en exigir su consolidación legislativa y depuración expresa.

La solidaridad resulta debilitada cuando el costo se individualiza en cada empleador. En materia de maternidad y niñez, la carga no debe ser tratada exclusivamente como costo empresarial asociado a una trabajadora, sino como contingencia social distribuida mediante mecanismos colectivos. La socialización del financiamiento reduce incentivos discriminatorios y garantiza continuidad frente a insolvencia.

La prestación debe satisfacer los principios de suficiencia, oportunidad y adecuación. Una cuantía nominal sin mecanismo de actualización puede perder aptitud protectora. Su revisión debe considerar inflación, salario mínimo, costo de la canasta nutricional, evidencia sanitaria y sostenibilidad financiera.

La entrega en especie responde a una finalidad nutricional legítima, pero debe respetar calidad, inocuidad, pertinencia cultural y valor equivalente. La selección de productos no puede obedecer únicamente a criterios de absorción de producción nacional o contratación administrativa.

La jurisprudencia constitucional ha precisado que el retraso vulnera el contenido sustantivo del derecho. Cuando la finalidad temporal ya no puede alcanzarse mediante productos, la compensación monetaria constituye una técnica restitutoria y no un beneficio nuevo. El empleador no puede obtener ventaja de su propio incumplimiento.

Criterios para la adecuación y actualización normativa

Codificación legal, aprobar un capítulo legal que derogue expresamente las disposiciones desplazadas y consolide lo subsidio prenatal, natalidad, lactancia y sepelio, definiendo titulares, hechos causantes, duración, modalidades y continuidad. **Financiamiento solidario**, sustituir progresivamente la responsabilidad patronal individual por un fondo compensatorio financiado mediante una prima patronal uniforme, con pago garantizado aun en casos de mora, insolvencia o cierre empresarial. **Actualización objetiva**, establecer una fórmula anual de

indexación vinculada al salario mínimo nacional y al costo técnico de la canasta nutricional, previa evaluación financiera y sanitaria. **Pago oportuno y** retroactividad, **fijar** plazos perentorios; mantener la entrega en especie como modalidad ordinaria del prenatal y lactancia; y ordenar compensación monetaria automática cuando la mora vuelva materialmente inútil la prestación. **Gestión interoperable**, implementar un registro nacional entre empleadores, entes gestores, ASUSS, registro civil y autoridad laboral, con calificación digital, trazabilidad de entrega y alertas de incumplimiento. **Fiscalización y** sanción, **tipificar** la omisión, retraso, entrega incompleta, sustitución irregular y alteración documental, sin perjuicio del pago retroactivo, actualización, intereses y responsabilidad administrativa correspondiente.

La intervención debe limitar la reglamentación administrativa a composición de paquetes, procedimientos, formularios y controles técnicos. La titularidad, cuantía, financiamiento, retroactividad, impugnación y sanciones deben quedar establecidas por ley.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

VI.3. Subsidio matrimonial y cambios constitucionales de familia

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 13, 14, 45.III y V, 48, 62, 63, 64, 109, 115, 256, 298.II.16 y 410; Código de Seguridad Social, arts. 1, 2, 4 y 83 a 91; Reglamento del Código de Seguridad Social, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 5315, especialmente sus disposiciones sobre concepto, finalidad, titularidad, acreditación, pago y extinción del subsidio matrimonial; Ley N.º 924; Decreto Supremo N.º 21637, art. 25; Decreto Supremo N.º 3561; Ley N.º 603, Código de las Familias y del Proceso Familiar, particularmente sus arts. 1 a 6, 137, 164 a 167 y 173 a 175; Ley N.º 2341 y Decreto Supremo N.º 27113.

Como marco convencional resultan aplicables el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, arts. 2.1, 9 y 10; la Convención Americana sobre Derechos Humanos, arts. 1.1, 2, 17, 24 y 26; y el Protocolo de San Salvador, arts. 3, 9 y 15. Estos instrumentos imponen igualdad, protección de la familia, progresividad y prohibición de regresiones injustificadas en la protección social.

Diagnóstico:

Los arts. 83 a 91 del Código configuraron el subsidio matrimonial como una asignación mensual destinada a la sociedad conyugal, con hijos o sin ellos. El Reglamento le atribuyó la finalidad específica de compensar parcialmente los gastos de vivienda derivados de la constitución del hogar.

La prestación se estructuró sobre un modelo familiar patriarcal. El pago debía realizarse al "jefe de familia"; si ambos cónyuges estaban asegurados, correspondía exclusivamente al esposo; y únicamente la esposa abandonada podía sustituirlo como perceptora, previa demostración judicial del abandono. La titularidad económica no se vinculaba con la necesidad objetiva del hogar, sino con una posición familiar definida por razón de sexo.

El art. 91 establecía, además, que las uniones concubinarias debían "legalizar" su estado mediante matrimonio para acceder al subsidio. La unión de hecho no era reconocida como una forma familiar equivalente, sino como una situación incompleta que debía transformarse en matrimonio formal.

Este diseño es incompatible con el parámetro constitucional actual. El art. 62 de la Constitución protege a las familias y garantiza igualdad de derechos, obligaciones y oportunidades de sus integrantes. El art. 63 equipara los efectos jurídicos del matrimonio y de la unión libre estable, singular y sin impedimento. La Ley N.º 603 reconoce la pluralidad familiar, elimina la noción jurídica de jefatura masculina y establece igualdad en la dirección, mantenimiento y responsabilidades del hogar.

El subsidio matrimonial quedó materialmente desplazado por la actualización de 1987. El art. 25 del DS N.º 21637 reconfiguró las asignaciones familiares y mantuvo únicamente los subsidios prenatales, de natalidad, lactancia y sepelio. Sin embargo, no se produjo una derogación legislativa expresa y ordenada de los arts. 83 a 91.

Existe, por tanto, una disociación entre vigencia formal y operatividad material. El texto codificado continúa incorporando una prestación que no se paga y reglas familiares que resultan constitucionalmente inadmisibles. Esta situación afecta la certeza del sistema, dificulta identificar el catálogo vigente y permite que disposiciones obsoletas permanezcan dentro de una norma formalmente aplicable.

La supresión material tampoco fue acompañada de una evaluación pública sobre la finalidad protectora que cumplía la prestación, los recursos liberados, la existencia de medidas equivalentes ni el impacto sobre hogares de trabajadores de menores ingresos. La sustitución se produjo dentro de una reorganización general del financiamiento, pero sin una norma legal que explicara si la contingencia protegida había desaparecido o había sido absorbida por otras políticas.

Actualmente, la concesión de una asignación por el solo hecho de contraer matrimonio resultaría difícil de justificar. El vínculo conyugal no demuestra por sí mismo una necesidad económica, una carga familiar o una situación de vulnerabilidad. Una prestación de esta naturaleza podría favorecer a hogares sin necesidad y excluir a familias monoparentales, extensas, reconstituidas, adoptivas o sustentadas por personas responsables que no mantienen una relación conyugal.

La dificultad, por consiguiente, no se resuelve extendiendo mecánicamente el antiguo subsidio a las uniones libres. Aunque esta equiparación eliminaría una parte de la discriminación, mantendría una prestación fundada exclusivamente en el estado conyugal, sin atender la diversidad familiar ni la capacidad económica.

Valoración dogmática:

El subsidio matrimonial pertenecía al régimen de asignaciones familiares y tenía naturaleza de prestación de seguridad social. Su finalidad era compensatoria: pretendía aliviar una carga económica asociada con la constitución y mantenimiento inicial del hogar.

Como prestación social legalmente reconocida, su eliminación debe analizarse desde la progresividad y la prohibición de regresividad. Sin embargo, estos principios no producen la petrificación absoluta de cada prestación histórica ni obligan a mantener indefinidamente beneficios cuya estructura perdió racionalidad constitucional.

El legislador puede transformar, sustituir o reorganizar una prestación, siempre que la medida persiga una finalidad constitucional legítima, se sustente en evidencia suficiente, preserve niveles adecuados de protección y no reduzca arbitrariamente la cobertura de grupos vulnerables.

El examen de regresividad requiere determinar: la finalidad original de la prestación; la población beneficiaria; el nivel de protección alcanzado; la medida que la reemplaza; el impacto distributivo; la disponibilidad de alternativas menos restrictivas; y la relación entre la reducción del derecho y los objetivos financieros o sociales invocados.

La mera referencia a restricciones presupuestarias no constituye justificación suficiente. Debe demostrarse que la modificación es necesaria, razonable y proporcional, que los recursos fueron utilizados conforme a prioridades constitucionales y que se preservó el contenido esencial de la protección familiar. No obstante, la progresividad debe evaluarse sobre la protección efectiva y no sobre la conservación nominal de una figura jurídica. La sustitución de un subsidio matrimonial desactualizado por una prestación familiar de mayor cobertura, mejor focalización y neutralidad respecto del estado civil puede constituir una evolución y no una regresión.

El principio de igualdad impide reintroducir la antigua estructura de pago al esposo o al jefe de familia. Cualquier prestación vinculada con un hogar conyugal debe reconocer idénticos efectos al matrimonio y a la unión libre constitucionalmente válida, permitir que las personas determinen al perceptor y aplicar criterios neutrales respecto del sexo.

La pluralidad familiar exige una distinción adicional. La equivalencia jurídica entre matrimonio y unión libre no agota la protección constitucional de las familias. Existen grupos familiares sustentados en filiación, adopción, parentesco, cuidado, convivencia intergeneracional u otras relaciones que también merecen protección, aunque no generen todos los efectos patrimoniales de un vínculo conyugal.

En consecuencia, la forma de constitución familiar solo puede utilizarse como criterio de acceso cuando guarde relación directa con la contingencia protegida. Cuando el objetivo sea compensar gastos de cuidado, vivienda o manutención, los criterios relevantes deben ser la responsabilidad familiar, el número de dependientes, los ingresos, la discapacidad, la maternidad, la niñez o la vulnerabilidad, y no el estado civil considerado aisladamente.

La reserva legal exige que cualquier nueva asignación determine mediante ley sus titulares, hecho causante, cuantía, financiamiento, duración, compatibilidades, procedimiento y mecanismos de impugnación. La potestad reglamentaria puede concretar formularios, acreditación y pago, pero no crear exclusiones sustantivas.

Criterios para la adecuación y actualización normativa:

Depuración normativa: derogar expresamente los arts. 83 a 91 del Código y las disposiciones reglamentarias que reproducen jefatura masculina, preferencia del esposo y obligación de convertir la unión libre en matrimonio, n**o reactivación automática,** evitar la restauración del subsidio matrimonial como pago general por estado civil, al no constituir el matrimonio, por sí solo, un indicador suficiente de contingencia social o necesidad económica. **Prestación familiar sustitutiva,** evaluar técnicamente una asignación de apoyo al hogar basada en responsabilidades de cuidado, ingresos, número de dependientes, discapacidad y vulnerabilidad, con independencia de la forma familiar. **Neutralidad familiar y de género,** cuando una prestación se vincule con una pareja, reconocer en igualdad al matrimonio y a la unión libre acreditada conforme a la Constitución y la Ley N.º 603, eliminando toda regla de preferencia masculina. **Evaluación de regresividad,** exigir memoria económica, estudio actuarial, análisis distributivo y justificación de equivalencia protectora antes de suprimir, reducir o sustituir una asignación familiar. **Financiamiento legal,** determinar mediante ley si la prestación será contributiva, patronal, fiscal o de financiamiento mixto, evitando trasladar costos sin respaldo a los entes gestores. **Gestión interoperable,** articular los registros de la ASUSS, entes gestores, empleadores y SERECI para verificar matrimonio, unión libre, filiación y composición familiar, con protección de datos personales. **Garantías procedimentales,** establecer resolución motivada, subsanación, verdad material, impugnación y prohibición de

denegaciones sustentadas exclusivamente en ausencia de un certificado cuando la situación familiar pueda comprobarse por otros medios legalmente válidos.

La intervención debe sustituir una prestación basada en la sociedad conyugal jerarquizada por una política de protección familiar constitucionalmente neutral, técnicamente focalizada y jurídicamente exigible.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

CAPÍTULO VII. Diagnóstico del Título IV: régimen económico y sostenibilidad financiera

Idea rectora

La sección ordena el contenido normativo bajo análisis, determina su vigencia material y muestra cómo dialogan, o entran en tensión, el Código de 1956, la Constitución de 2009, la regulación reglamentaria y los criterios constitucionales relevantes.

El análisis se concentra en la función jurídica real del bloque, y no solo en su redacción. Por eso examina su estructura dogmática, la vigencia material de sus reglas, las actualizaciones que alteraron su sentido y la interpretación constitucional exigible desde 2009. El objetivo es depurar lo vigente, actualizar lo insuficiente e integrar lo disperso.

VII.1. Financiamiento basado en aporte patronal del 10%

Base normativa

CSS art. 5 modificado; Ley 924 art. 3; DS 21637; DS 3561.

Diagnóstico: El financiamiento de las prestaciones correspondientes a enfermedad, maternidad y riesgos profesionales de corto plazo descansa principalmente en el aporte patronal equivalente al diez por ciento del total ganado de las personas trabajadoras aseguradas. La suficiencia de este esquema depende de la existencia de relaciones laborales formales, del registro oportuno de empleadores y trabajadores, de una fiscalización efectiva y del cumplimiento regular de las obligaciones contributivas por parte de los empleadores públicos y privados.

Esta estructura presenta una elevada sensibilidad frente a la informalidad laboral, la evasión, la mora patronal y la sub-declaración salarial. Cuando disminuye la cantidad de aportantes o se retrasa el pago de las cotizaciones, los entes gestores enfrentan dificultades para sostener la continuidad, oportunidad y calidad de las prestaciones, pese a que la demanda de servicios de salud no se reduce en la misma proporción. La ausencia de mecanismos suficientes de compensación y evaluación financiera puede, además, profundizar las diferencias existentes entre entidades con distinta composición poblacional, capacidad recaudatoria y nivel de riesgo sanitario.

Valoración dogmática: La configuración de una base contributiva limitada al empleo formal genera tensiones respecto de los principios de solidaridad, suficiencia financiera, universalidad y sostenibilidad. En una economía caracterizada por elevados niveles de informalidad, el

esfuerzo contributivo se concentra en un sector reducido de empleadores y trabajadores formalmente registrados, mientras las necesidades de atención aumentan como consecuencia del envejecimiento de la población asegurada, la prevalencia de enfermedades crónicas, la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias y el incremento general de los costos médicos.

La solidaridad no puede comprenderse únicamente como la transferencia de recursos entre personas sanas y enfermas o entre distintos niveles de ingreso. También exige una distribución equilibrada de las cargas entre empleadores, sectores económicos y entes gestores. Por ello, la sostenibilidad del seguro social de corto plazo requiere una relación razonable entre ingresos contributivos, población protegida, perfil patogénico y epidemiológico, costo de las prestaciones y reservas financieras. La estabilidad del sistema no debe alcanzarse mediante la restricción injustificada de derechos, sino a través de una adecuada planificación, una gestión eficiente de los recursos y una ampliación progresiva de la base de financiamiento.

Criterios para la adecuación y actualización normativa:

El Ente Gestor asumirá medidas que deben acompañarse de acciones orientadas a ampliar la base contributiva, fortalecer la inspección y control para reducir la evasión y la sub - declaración salarial, mejorar la recuperación de aportes en mora por efecto de cotizaciones no pagadas, pagadas parcialmente o determinadas por los Entes Gestores de Salud y facilitar la incorporación de sectores laborales actualmente excluidos o insuficientemente protegidos.

Desde una perspectiva sistémica, la deficiencia identificada no se limita a la formulación de una disposición normativa. Sus efectos se proyectan sobre la gestión recaudatoria, la planificación financiera, la disponibilidad de recursos, la calidad y continuidad de las prestaciones, así como sobre la información con la que cuentan las personas aseguradas para conocer y ejercer sus derechos. En consecuencia, la intervención debe articular actualizaciones en los ámbitos legal, reglamentario, institucional y tecnológico.

En el plano legal, deben definirse con claridad las fuentes de financiamiento, los sujetos obligados, la base de cálculo, los mecanismos de compensación, las responsabilidades institucionales y las consecuencias del incumplimiento. En el ámbito reglamentario, corresponde desarrollar procedimientos de afiliación, recaudación, fiscalización, recuperación de mora y control financiero. A nivel institucional, resulta necesario fortalecer las capacidades técnicas de la autoridad reguladora y de los entes gestores. En el componente tecnológico, deben implementarse sistemas interoperables que permitan verificar la afiliación, controlar aportes, detectar inconsistencias y producir información financiera y actuarial confiable.

La aplicación del régimen vigente debe realizarse conforme a la Constitución y a los principios que orientan el derecho a la salud y a la seguridad social. Esto exige identificar las disposiciones derogadas expresa o tácitamente, resolver las contradicciones normativas

mediante criterios de jerarquía, especialidad y temporalidad, y adoptar la interpretación que otorgue mayor protección efectiva a la persona asegurada. Toda decisión que limite suspenda o difiera una prestación debe encontrarse suficientemente motivada y sustentada en hechos comprobables, prueba pertinente y criterios de proporcionalidad.

La orientación protectora del sistema no autoriza decisiones arbitrarias ni elimina la necesidad de preservar su equilibrio financiero. Por el contrario, obliga a compatibilizar la garantía de las prestaciones con una administración responsable de los recursos. Las restricciones fundadas exclusivamente en deficiencias internas de gestión, falta de coordinación institucional o incumplimientos imputables al empleador no deberían trasladarse automáticamente a la persona asegurada, especialmente cuando esta ha cumplido las obligaciones que le corresponden.

Finalmente, la experiencia acumulada por la ASUSS, el INASES y los entes gestores debe sistematizarse e incorporarse en un marco jurídico coherente. La regulación administrativa resulta adecuada para desarrollar aspectos operativos, como formularios, plazos, procedimientos de control y protocolos de actuación. Sin embargo, las reglas estructurales relativas a los sujetos protegidos, las obligaciones contributivas, las fuentes de financiamiento, los mecanismos de compensación, las garantías procedimentales, los medios de impugnación y el régimen sancionatorio deben contar con regulación legal expresa. Esta distribución normativa permite fortalecer la seguridad jurídica, limitar la discrecionalidad administrativa y asegurar una aplicación uniforme del régimen de seguridad social de corto plazo.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

VII.2. Aporte estatal del 1% y desajustes presupuestarios

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 35, 37 y 45; Ley N.º 924, art. 3; Decreto Supremo N.º 21637; Ley N.º 2042, art. 27; Decreto Supremo N.º 27488; Decreto Supremo N.º 3561, art. 10; y Ley N.º 1178.

El artículo 3 de la Ley N.º 924 estableció un aporte estatal equivalente al uno por ciento (1%) sobre el total ganado de las personas aseguradas del país. Este aporte fue concebido como un mecanismo de apoyo financiero destinado a cubrir los desajustes presupuestarios que eventualmente se produjeran en los distintos entes gestores de la seguridad social. Su administración fue encomendada al entonces Instituto Boliviano de Seguridad Social, entidad a la que también se asignaron funciones de dirección, planificación, supervisión, control y evaluación del sistema.

La previsión respondía a una lógica de responsabilidad financiera compartida: el régimen de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales de corto plazo se financiaba principalmente mediante el aporte patronal del diez por ciento (10%), mientras que el Estado debía intervenir con recursos propios para compensar desequilibrios extraordinarios y preservar la continuidad de las prestaciones. El aporte estatal no constituía, por tanto, una subvención ordinaria de libre disposición, sino un mecanismo específico de estabilización financiera del sistema.

Sin embargo, de la revisión documental efectuada no se identificaron antecedentes suficientes que demuestren que dicho aporte estatal hubiera sido presupuestado, recaudado, transferido, administrado y distribuido de manera regular, verificable y sostenida entre los entes gestores. Por esta razón, técnicamente corresponde señalar que la obligación **no se habría materializado de forma efectiva**, antes que afirmar categóricamente su absoluta inexistencia histórica, conclusión que requeriría una auditoría presupuestaria y contable del Tesoro General de la Nación, del extinto Instituto Boliviano de Seguridad Social y de las entidades que posteriormente asumieron funciones de regulación y supervisión.

La desaparición del Instituto Boliviano de Seguridad Social y la ausencia de una regulación actual que determine expresamente cuál entidad debe administrar el aporte estatal, cómo debe calcularse, en qué cuenta debe depositarse, qué requisitos habilitan su distribución y qué mecanismos de control deben aplicarse han producido una obsolescencia institucional del mecanismo. La norma conserva una previsión financiera formal, pero carece actualmente de una estructura operativa claramente identificable que permita exigir su cumplimiento y verificar sus resultados.

La situación resulta particularmente relevante porque, en la práctica contemporánea, el flujo financiero previsto originalmente se encuentra materialmente invertido. En lugar de que el Estado transfiera recursos a la seguridad social de corto plazo para compensar sus desequilibrios, son los entes gestores los que destinan una parte de sus recursos contributivos al financiamiento de funciones y programas estatales.

En primer lugar, el artículo 27 de la Ley N.º 2042 dispone que el cinco por ciento (5%) del total de los recursos provenientes de aportes para salud de las entidades públicas de seguridad social debe transferirse al Ministerio de Salud y Deportes para financiar programas nacionales de prevención de enfermedades.

El Decreto Supremo N.º 27488 reglamentó el destino de estos recursos, priorizando su aplicación al Programa Ampliado de Inmunización, particularmente para la adquisición de vacunas, jeringas y la cobertura de gastos operativos vinculados con dicho programa.

La aplicación efectiva de esta transferencia no constituye únicamente una previsión normativa. Una auditoría interna del propio Ministerio de Salud y Deportes examinó los recursos correspondientes al cinco por ciento (5%) transferidos por Entes Gestores de Salud y seguros delegados durante la gestión 2010, registrados como transferencias de recursos específicos y ejecutados por el Programa Ampliado de Inmunización. La auditoría también identificó deudas de algunos entes gestores, inconsistencias en la información, deficiencias en los procesos de transferencia y observaciones en la documentación de respaldo de determinados gastos.

En segundo lugar, el artículo 10 del Decreto Supremo N.º 3561 establece que la ASUSS se financia, entre otras fuentes, con el cero coma cinco por ciento (0,5%) del total de las cotizaciones percibidas por los entes gestores de la seguridad social de corto plazo. Estos recursos deben destinarse exclusivamente al funcionamiento y cumplimiento de los objetivos institucionales de la autoridad supervisora, con la excepción prevista para el Seguro Social Universitario Estudiantil.

Debe aclararse que ambas transferencias poseen bases de cálculo y finalidades diferentes. El cinco por ciento (5%) previsto por la Ley N.º 2042 se calcula sobre los recursos percibidos por concepto de aportes para salud y se destina a programas nacionales de prevención. El cero coma cinco por ciento (0,5%) regulado por el Decreto Supremo N.º 3561 se calcula sobre el total de las cotizaciones percibidas por los entes gestores y financia el funcionamiento institucional de la ASUSS.

En consecuencia, el régimen financiero actual evidencia una asimetría estructural: mientras no se cuenta con evidencia suficiente de la aplicación regular del aporte estatal del uno por ciento (1%) previsto para apoyar a los entes gestores, estos deben efectuar transferencias

obligatorias al Ministerio de Salud y Deportes y a la ASUSS con cargo a los recursos contributivos destinados al régimen de corto plazo.

Esta configuración implica que los recursos originados principalmente en el aporte patronal del diez por ciento (10%) no se destinan íntegramente a la atención de las personas aseguradas y beneficiarias. Una parte financia programas nacionales de prevención y otra parte sostiene el funcionamiento de la autoridad reguladora y supervisora. Ello no significa que tales finalidades sean ilegítimas, puesto que la prevención de enfermedades y la supervisión del sistema constituyen funciones esenciales; sin embargo, exige evaluar si las transferencias son proporcionales, transparentes y compatibles con la suficiencia financiera de los entes gestores. Además, estas aplicaciones contables y destinos de gasto muestran que el sistema financiero de salud boliviano se administra con criterios contables de caja y bancos; es decir la masa de recursos no se capitaliza, ni sirve para incentivar la generación de empleo mediante el mercado de capitales y de dinero, sino que simplemente es un flujo monetario de ingreso y salida con estancias bancarias diferenciadas que tampoco contribuye al manejo de las mesas de dinero y, por tanto, es capital desperdiciado que no va dirigido a la inversión ni a la profundización del sistema de capitales en el país.

El problema no radica únicamente en la existencia de estas obligaciones y de sus destinos de gasto, sino en la ausencia de un balance financiero integral que determine el impacto conjunto del aporte patronal, las transferencias al Ministerio, el financiamiento de la ASUSS, la atención de rentistas, el crecimiento de la población beneficiaria, la carga de enfermedades crónicas, el costo de medicamentos y las necesidades de infraestructura y recursos humanos.

Tampoco se encuentra claramente desarrollado un mecanismo mediante el cual los recursos transferidos al Ministerio de Salud y Deportes retornen indirectamente al sistema contributivo en forma de servicios, vacunas, programas preventivos, asistencia técnica o reducción verificable de la carga de enfermedad de la población asegurada. La ausencia de trazabilidad limita la posibilidad de establecer si la transferencia genera un beneficio proporcional para las personas cuyos aportes originaron los recursos.

Desde la perspectiva de la gobernanza financiera, también resulta problemático que la entidad encargada de supervisar y fiscalizar a los entes gestores dependa parcialmente de transferencias provenientes de las propias entidades reguladas. Aunque este modelo de financiamiento no es jurídicamente incompatible con la función supervisora, requiere reglas especialmente estrictas de independencia técnica, transparencia presupuestaria, rendición de cuentas y prohibición de cualquier trato diferenciado entre entidades aportantes.

Valoración dogmática

El artículo 45 de la Constitución Política del Estado reconoce la seguridad social como un derecho de todas las bolivianas y los bolivianos y dispone que su prestación debe regirse por los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Asimismo, establece que su dirección y administración corresponden al Estado.

La dirección estatal no puede limitarse a regular, fiscalizar y recibir recursos del sistema. Comprende también la obligación de establecer condiciones financieras que permitan la continuidad, suficiencia y calidad de las prestaciones. La falta de aplicación del aporte estatal inicialmente previsto revela una brecha entre el diseño normativo y la práctica presupuestaria.

La solidaridad financiera debe operar en ambas direcciones. Resulta legítimo que los entes gestores contribuyan a programas preventivos de alcance nacional y al sostenimiento de la autoridad supervisora; no obstante, también corresponde que el Estado intervenga cuando existan desequilibrios estructurales derivados de factores que no sean imputables a una administración deficiente, como la composición demográfica de la población, la elevada proporción de rentistas, la dispersión territorial, la atención de enfermedades de alto costo o la insuficiencia de la base contributiva.

El principio de economía exige que las transferencias produzcan resultados verificables y eviten duplicidades. Los entes gestores ya desarrollan acciones de prevención, promoción, vacunación y vigilancia epidemiológica dentro de su población asegurada. Por ello, la transferencia al Ministerio debe articularse con las actividades preventivas de los Entes Gestores, evitando que un mismo servicio sea financiado simultáneamente por diferentes fuentes sin coordinación o rendición de cuentas.

El principio de equidad exige que el impacto de las transferencias no sea idéntico sobre entidades con situaciones financieras sustancialmente distintas. La deducción de un mismo porcentaje puede representar una carga proporcionalmente mayor para Entes Gestores con bajos salarios promedio, alta cantidad de beneficiarios, elevado número de rentistas o costos territoriales superiores. Una evaluación exclusivamente porcentual puede desconocer las diferencias reales de capacidad financiera y riesgo sanitario.

La afectación específica de estos recursos impone, además, obligaciones reforzadas de control. El Ministerio de Salud y Deportes debe demostrar que los recursos provenientes del cinco por ciento (5%) fueron incorporados presupuestariamente, ejecutados en los programas legalmente establecidos y respaldados mediante documentación suficiente. Las observaciones identificadas en auditorías anteriores demuestran la necesidad de fortalecer la conciliación, trazabilidad y fiscalización del uso de estos fondos.

En relación con la ASUSS, el financiamiento proveniente del cero coma cinco por ciento (0,5%) debe acompañarse de información pública sobre montos recaudados, presupuesto aprobado, ejecución por partidas, resultados de supervisión y relación entre costo regulatorio y desempeño institucional. La autonomía técnica de la autoridad debe preservarse frente al Ministerio de Salud y Deportes y frente a los entes gestores que contribuyen a su financiamiento.

La presunta inaplicación del aporte estatal del uno por ciento (1%), combinada con la vigencia efectiva de las transferencias a cargo de los entes gestores, configura una brecha normativa, institucional y financiera. Normativa, porque subsiste una disposición cuya exigibilidad y procedimiento no están claramente definidos; institucional, porque desapareció la entidad originalmente encargada de administrarla; y financiera, porque el sistema contributivo transfiere recursos al Estado sin que opere de manera equivalente el mecanismo estatal de compensación previsto originalmente.

Criterios para la adecuación y actualización normativa

Debe realizarse una auditoría jurídica, presupuestaria, contable e institucional que determine: **a)** si el aporte estatal del uno por ciento (1%) fue incorporado en los presupuestos públicos desde la promulgación de la Ley; **b)** si existieron depósitos, cuentas fiscales, fondos de reserva o transferencias efectivas**; c)** qué entidades recibieron los recursos y bajo qué criterios; **d)** qué institución asumió las funciones del extinto Instituto Boliviano de Seguridad Social en lo referido a la administración del fondo; **e)** si existen obligaciones pendientes del Estado derivadas de la falta de aplicación del mecanismo; y **f)** cuál sería el impacto fiscal y actuarial de su eventual restitución.

La futura legislación debe definir expresamente si el aporte estatal del uno por ciento (1%) será restablecido, sustituido o derogado. No resulta técnicamente adecuado conservar una obligación formal que carece de institución administradora, procedimiento presupuestario y mecanismo de distribución.

En caso de mantenerse el aporte estatal, debe constituirse un mecanismo nacional de compensación financiera de la seguridad social de corto plazo, financiado mediante recursos inscritos expresamente en el Presupuesto General del Estado. La ley debe establecer su fuente, periodicidad, administración, fórmula de distribución, condiciones de acceso, mecanismos de control y régimen de rendición de cuentas.

La distribución no debe efectuarse automáticamente ni en partes iguales. Debe considerar variables objetivas, entre ellas: **a)** población asegurada y beneficiaria; **b)** proporción de rentistas; **c)** nivel salarial promedio; **d)** carga epidemiológica; **e)** enfermedades crónicas y de alto costo; **f)** dispersión territorial; **g)** capacidad instalada; **h)** déficit de infraestructura; **i)** gasto

administrativo**; j)** recuperación de mora patronal; y **k)** cumplimiento de indicadores de calidad y eficiencia.

La compensación estatal no debe utilizarse para cubrir déficits producidos por gastos injustificados, contratación irregular, deficiente recuperación de aportes o incumplimiento de obligaciones administrativas. No obstante, las medidas correctivas dirigidas contra el ente gestor no pueden traducirse en suspensión o reducción de las prestaciones de las personas aseguradas.

También debe efectuarse una evaluación actuarial consolidada de todas las cargas que recaen sobre los recursos de la seguridad social de corto plazo. El análisis debe incluir el aporte patronal del diez por ciento (10%), la transferencia del cinco por ciento (5%) al Ministerio de Salud y Deportes, el cero coma cinco por ciento (0,5%) destinado a la ASUSS, la cobertura de rentistas, los costos administrativos y las obligaciones prestacionales.

La transferencia al Ministerio de Salud y Deportes debe someterse a mecanismos de trazabilidad que permitan identificar: **a)** el monto transferido por cada ente gestor; **b)** la fecha de transferencia; **c)** el programa financiado; **d)** el gasto ejecutado; **e)** los bienes o servicios adquiridos; **f)** la población beneficiada; **g)** los saldos no ejecutados; y **h)** los resultados sanitarios obtenidos.

El Ministerio debe publicar anualmente un informe específico sobre el uso del cinco por ciento (5%), diferenciado de su presupuesto general. El informe debe permitir establecer qué parte se destinó a vacunas, jeringas, funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunización y otros programas nacionales de prevención.

Asimismo, debe crearse un mecanismo de coordinación entre el Ministerio, la ASUSS y los entes gestores para evitar duplicidad de programas preventivos. La planificación nacional de vacunación, vigilancia epidemiológica y prevención debe precisar qué actividades corresponden al Ministerio y cuáles a los Entes Gestores de Salud.

Respecto al financiamiento de la ASUSS, debe evaluarse la posibilidad de establecer un esquema mixto que combine las transferencias de los entes gestores con una asignación del Tesoro General de la Nación. Esta medida permitiría distribuir el costo de la supervisión entre el sistema contributivo y el Estado, reforzando la independencia financiera de la autoridad.

Finalmente, la reforma debe superar la actual contradicción entre una disposición que formalmente obliga al Estado a contribuir al sostenimiento del sistema y una práctica en la que la seguridad social de corto plazo financia parcialmente al Ministerio de Salud y Deportes y a su propia entidad supervisora. El objetivo no debe consistir en eliminar toda transferencia, sino en construir un régimen equilibrado, transparente y actuarialmente sustentado, en el cual las

obligaciones financieras del Estado y de los entes gestores sean recíprocas, verificables y compatibles con la protección efectiva de las personas aseguradas.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

VII.3. Aporte de rentistas y presión del sector pasivo

Base normativa

CSS art. 131; Decreto Supremo N° 24469 (de 22 de enero de 1997), reglamentado específicamente mediante **la** Resolución Administrativa SPVS-IP N° 007/98; Ley 065; Decreto Supremo Nº0822; Decreto Supremo N.º 24668.

Diagnóstico: El régimen vigente garantiza a rentistas y pensionados la continuidad de las prestaciones de salud mediante una contribución calculada sobre la renta o pensión percibida que se encuentra de manera referencial en la R.A. del 3% emitida por la Superintendente de Pensiones, Valores y Seguros, cuya cuantía es inferior al aporte que financia la cobertura de la población laboralmente activa. Esta diferencia responde a una finalidad protectora, pues evita que el acceso a la atención sanitaria se interrumpa precisamente en una etapa de la vida caracterizada por una mayor vulnerabilidad y necesidad de servicios médicos.

Sin embargo, el esquema genera tensiones financieras en los entes gestores cuya población protegida presenta una proporción creciente de rentistas, pensionados y beneficiarios. La concentración de personas de edad avanzada, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, el uso intensivo de medicamentos y la necesidad de controles, tratamientos y procedimientos de larga duración incrementan el costo promedio de la atención. Este gasto no necesariamente guarda correspondencia con los ingresos provenientes de los descuentos aplicados a las rentas o pensiones.

La situación se agrava cuando la distribución de la población pasiva entre los entes gestores es desigual. Las entidades que concentran un mayor número de rentistas soportan una carga asistencial superior, aunque su capacidad de recaudación y su población activa cotizante no aumenten en la misma proporción. La ausencia de mecanismos de compensación ajustados

por riesgo puede, por tanto, producir desequilibrios estructurales y profundizar las diferencias en la oportunidad, continuidad y calidad de las prestaciones.

Valoración dogmática: La protección sanitaria de rentistas y pensionados constituye una manifestación de los principios de continuidad, solidaridad, integralidad y universalidad de la seguridad social. El tránsito de la actividad laboral a la condición pasiva no puede provocar la pérdida o disminución arbitraria de la cobertura de salud, especialmente cuando las necesidades asistenciales tienden a incrementarse con la edad.

No obstante, la solidaridad intergeneracional no puede descansar exclusivamente en una contribución reducida de la población pasiva ni en la capacidad financiera particular de cada ente gestor. Su efectividad exige una distribución transparente y equilibrada de las cargas entre trabajadores activos, empleadores, pensionados, entes gestores y, cuando corresponda, el Estado. La solidaridad no elimina la necesidad de sostenibilidad financiera; por el contrario, requiere que el sistema disponga de recursos suficientes y previsibles para cumplir sus obligaciones en el tiempo.

El envejecimiento de la población protegida y el aumento de las enfermedades crónicas obligan a superar una concepción puramente nominal de la cobertura. No basta con reconocer formalmente el derecho a la atención médica si los recursos transferidos resultan insuficientes para financiar medicamentos, consultas especializadas, internaciones, procedimientos diagnósticos y tratamientos prolongados. La eficacia del derecho depende de que la cobertura se encuentre respaldada por una planificación financiera y actuarial compatible con el perfil real de la población asegurada.

La sostenibilidad tampoco debe buscarse mediante el incremento aislado de los descuentos aplicados a las rentas o pensiones, pues una medida de esa naturaleza podría afectar la suficiencia económica de personas que, por su edad o condición de salud, requieren una protección reforzada. La respuesta debe orientarse a distribuir adecuadamente el riesgo, mejorar la eficiencia del gasto, prevenir enfermedades y establecer fuentes de financiamiento complementarias cuando los recursos contributivos resulten insuficientes.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Realizar un estudio actuarial nacional sobre la cobertura sanitaria de rentistas, pensionados y sus beneficiarios. Este estudio debe identificar la cantidad de personas protegidas por cada ente gestor, su composición por edad y sexo, la relación entre población activa y pasiva, la prevalencia de enfermedades crónicas, la frecuencia de utilización de servicios y el costo promedio de las prestaciones.

La evaluación debe proyectar, en horizontes de corto, mediano y largo plazo, los ingresos provenientes de los descuentos de salud y los gastos necesarios para sostener la cobertura.

Asimismo, debe permitir identificar déficits estructurales, necesidades de inversión, diferencias de riesgo entre entidades y eventuales insuficiencias de las fuentes actuales de financiamiento.

Sobre la base de estos resultados, corresponde establecer un mecanismo nacional de compensación entre entes gestores, sustentado en criterios objetivos y verificables. La fórmula debería considerar, entre otras variables, el número de rentistas y beneficiarios, la estructura etaria, la carga de enfermedad, el costo de las prestaciones, la capacidad contributiva de la población activa y las condiciones territoriales de acceso a los servicios. La compensación no debe premiar la ineficiencia administrativa, sino corregir desequilibrios derivados de la distribución desigual de riesgos y cargas asistenciales.

También debe transparentarse el costo real de la cobertura de la población pasiva. Para ello, los entes gestores deberían producir y publicar información homogénea sobre ingresos por descuentos de salud, número de personas cubiertas, gasto asistencial, consumo de medicamentos, costos administrativos, frecuencia de uso de los servicios y resultados sanitarios. Esta información permitiría evaluar la suficiencia del financiamiento, orientar decisiones regulatorias y fortalecer el control social.

Desde una perspectiva sistémica, la deficiencia identificada no se limita a la formulación del artículo ni al porcentaje de la contribución. Sus efectos se proyectan sobre la afiliación, la transferencia de recursos, la programación presupuestaria, la disponibilidad de medicamentos, la organización de los servicios y la continuidad de los tratamientos. También inciden en la capacidad de rentistas y pensionados para conocer el ente gestor que les corresponde, verificar sus descuentos y ejercer oportunamente sus derechos.

En consecuencia, la intervención debe articular medidas en los ámbitos legal, reglamentario, institucional y tecnológico. En el plano legal, corresponde definir los principios de financiamiento, los sujetos protegidos, las fuentes de recursos y las bases del mecanismo de compensación. La reglamentación debe precisar los procedimientos de afiliación, descuento, transferencia, conciliación y rendición de cuentas. En el ámbito institucional, deben delimitarse las responsabilidades de las entidades de largo plazo, la autoridad reguladora y los entes gestores de salud. En el componente tecnológico, se requieren sistemas interoperables que permitan verificar afiliaciones, transferencias, beneficiarios y prestaciones otorgadas.

La aplicación del régimen vigente debe realizarse conforme a la Constitución y bajo los principios de favorabilidad, continuidad y protección reforzada de las personas adultas mayores. El operador jurídico debe identificar las disposiciones derogadas expresa o tácitamente, resolver las posibles contradicciones mediante criterios de jerarquía, especialidad y temporalidad, y adoptar la interpretación que otorgue mayor eficacia a los derechos a la salud y a la seguridad social.

Toda decisión que niegue, limite, suspenda o difiera la atención de un rentista o pensionado debe contar con una motivación suficiente, sustentada en hechos comprobables, prueba pertinente y criterios de proporcionalidad. Las deficiencias de coordinación entre entidades, los retrasos en la transferencia de descuentos o las inconsistencias de registro no deberían trasladarse automáticamente a la persona asegurada cuando estas circunstancias no le sean imputables.

La orientación protectora del sistema no implica desconocer sus restricciones financieras. Exige, más bien, que cualquier medida de racionalización sea necesaria, idónea y proporcionada, y que no afecte el contenido esencial del derecho. La sostenibilidad debe alcanzarse mediante planificación actuarial, prevención, eficiencia administrativa y distribución equitativa de cargas, no mediante barreras informales o restricciones carentes de fundamento normativo.

Finalmente, la experiencia acumulada por la ASUSS, el INASES y los entes gestores debe sistematizarse e incorporarse en un marco jurídico coherente. La regulación administrativa puede desarrollar aspectos operativos, como los procedimientos de afiliación, los formularios, los plazos de transferencia y los mecanismos de conciliación. Sin embargo, la titularidad del derecho, las fuentes y reglas esenciales de financiamiento, los mecanismos de compensación, las garantías procedimentales, las vías de impugnación y el régimen sancionatorio deben establecerse en una norma con rango de ley. Esta delimitación contribuirá a fortalecer la seguridad jurídica, reducir la discrecionalidad y asegurar una protección uniforme de rentistas y pensionados.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

VII.4. Cobro coactivo y mora patronal

Base normativa

CPE arts. 45, 48.IV, 50, 109.II, 115.II, 117.I, 119, 120 y 180; CSS arts. 204, 206, 207, 215 a 224; DL N.º 10173, art. 32; RCSS arts. 587 a 589, 603 y 609 a 622; DL N.º 13214, DS N.º 25714; DS N.º 27786; DS N.º 3008; Ley N.º 1209; Ley N.º 1602, de Abolición de Prisión y Apremio Corporal por Obligaciones Patrimoniales; Código Procesal del Trabajo; Ley N.º 025; Ley N.º 1178, DS N.º 3561;

Ley N.º 164, DS N.º 1793; Ley N.º 1080, de Ciudadanía Digital; y DS N.º 3525. SSCC 0732/2001-R, 1227/2003-R, 0195/2004-R, 0168/2006-R, 0358/2007-R; AS 97/2017, relativo a la validez sustantiva de la nota de cargo y a la improcedencia del cobro de cotizaciones respecto de personas que no mantuvieron una relación laboral dependiente.

Diagnóstico: El cobro oportuno de las cotizaciones devengadas constituye una función esencial para preservar la suficiencia financiera del seguro social de corto plazo. Los aportes patronales no representan un crédito ordinario de los entes gestores, sino recursos afectados al financiamiento de prestaciones de salud, maternidad y riesgos profesionales. Su falta de pago reduce la liquidez institucional, altera la programación presupuestaria y puede comprometer la adquisición de medicamentos, la contratación de servicios, el mantenimiento de infraestructura y la continuidad de la atención.

El ordenamiento vigente reconoce a los entes gestores amplias facultades de fiscalización y cobro. A partir de la información obtenida mediante planillas, declaraciones patronales e inspecciones, pueden determinar cotizaciones omitidas y emitir notas de cargo para iniciar el proceso coactivo social ante la jurisdicción laboral. Este diseño respondió a la necesidad de proporcionar al sistema una vía rápida y privilegiada de recuperación de sus recursos.

Sin embargo, el procedimiento conserva una estructura normativa fragmentada y predominantemente preconstitucional. Sus reglas se encuentran distribuidas entre el Código de Seguridad Social, su Reglamento, decretos, decretos supremos y normas posteriores que modifican aspectos específicos del cálculo, la mora y la presentación de planillas. Esta dispersión dificulta determinar con precisión qué disposiciones permanecen vigentes, cuáles fueron modificadas y cuáles deben considerarse incompatibles con la Constitución.

La configuración tradicional del proceso atribuye a la nota de cargo una fuerza ejecutiva especialmente intensa, establece plazos breves para el pago y la defensa, y permite adoptar medidas patrimoniales desde el inicio de la ejecución. Al no existir una regulación suficientemente desarrollada de la etapa administrativa previa, pueden presentarse controversias sobre la conformación del título coactivo, la existencia de la relación laboral, los periodos reclamados, la base salarial utilizada, los pagos ya efectuados, los intereses, la actualización y las multas incorporadas a la liquidación.

La jurisprudencia ha mostrado que no basta con la emisión formal de una nota de cargo. El título debe responder a una obligación cierta, exigible, individualizada y respaldada documentalmente. No corresponde cobrar cotizaciones por personas respecto de las cuales no se haya demostrado una relación laboral dependiente, ni incorporar conceptos heterogéneos sin distinguir salarios, honorarios profesionales, servicios civiles o pagos sujetos a un régimen jurídico diferente.

También se observan problemas recurrentes en la citación. La brevedad del procedimiento no exime al órgano judicial de verificar que la demanda y el auto de solvendo hayan sido comunicados válidamente al empleador, a su representante legal o a la persona que cuente con legitimación para asumir defensa. La citación defectuosa, practicada en un domicilio incorrecto o dirigida a una persona que ya no representa a la empresa, puede generar indefensión y afectar la validez de las actuaciones posteriores.

La actualización de las deudas plantea dificultades adicionales. La liquidación debe exponer separadamente el capital adeudado, los periodos comprendidos, la base de cálculo, la tasa aplicable, los intereses, la actualización, las multas y los pagos parciales. La utilización de fórmulas dispersas o de índices que no se encuentran suficientemente actualizados reduce la transparencia y dificulta tanto la defensa del empleador como el control judicial.

Existe, además, una tensión entre el artículo 3 del Decreto Supremo N.º 25714, que prevé plazos de prescripción para las cotizaciones del seguro social de corto plazo, y el artículo 48.IV de la Constitución, que reconoce el carácter privilegiado, preferente e imprescriptible de los aportes a la seguridad social no pagados. La resolución de esta contradicción exige diferenciar los periodos anteriores y posteriores a la Constitución de 2009, aplicar la jerarquía normativa y evitar la traslación automática de criterios jurisprudenciales desarrollados para otros componentes del sistema de seguridad social.

Finalmente, la tramitación predominantemente física favorece la acumulación de expedientes, las demoras en las citaciones, la reiteración de liquidaciones y la pérdida de información. La falta de interoperabilidad entre los entes gestores, la ASUSS, el Ministerio de Trabajo, los registros empresariales, las administraciones tributarias y otras entidades públicas dificulta identificar empleadores, verificar relaciones laborales, controlar modificaciones societarias y detectar oportunamente la mora.

Valoración dogmática: La potestad de recaudación debe interpretarse a partir de la naturaleza constitucional de los recursos perseguidos. La falta de pago de las cotizaciones afecta no solo el patrimonio del ente gestor, sino también el financiamiento de derechos fundamentales. Por esta razón, el ordenamiento puede reconocer a los créditos de la seguridad social privilegios, mecanismos ejecutivos especiales y medidas dirigidas a impedir que la mora patronal se consolide.

No obstante, el carácter social del crédito no elimina las garantías del sujeto coactivado. La eficacia recaudatoria y el debido proceso no son objetivos incompatibles. Un procedimiento de cobro es más eficaz cuando el título se encuentra correctamente formado, la deuda puede verificarse, la citación es válida y las medidas de ejecución responden a reglas previsibles. Las actuaciones defectuosas no fortalecen la recaudación, sino que generan nulidades, acciones constitucionales, dilaciones y mayores costos administrativos y judiciales.

El derecho a la defensa exige una oportunidad real para conocer la liquidación, acceder a sus antecedentes, formular observaciones, presentar descargos y cuestionar errores materiales o jurídicos. La rapidez del proceso puede justificar plazos abreviados, pero no términos tan reducidos que conviertan la contradicción en una garantía meramente formal. Tampoco resulta compatible con el debido proceso impedir toda revisión del título o condicionar de manera general el acceso a la prueba y a los recursos al pago previo íntegro de la obligación discutida.

La nota de cargo debe ser entendida como un título ejecutivo cualificado, no como un acto inmune al control judicial. Antes de dictar el auto de solvendo, la autoridad jurisdiccional debe verificar, al menos, la competencia del ente emisor, la identificación del obligado, la existencia de una relación laboral o del presupuesto jurídico que origina la cotización, la determinación de los periodos, la claridad de la liquidación, la exigibilidad de la deuda y la ausencia de duplicidad manifiesta.

Las medidas precautorias deben cumplir los principios de idoneidad, necesidad y proporcionalidad. El embargo, la retención de fondos y la anotación preventiva pueden ser legítimos para asegurar el resultado del proceso, pero su alcance debe guardar relación con el monto reclamado y no debe producir una paralización innecesaria de la actividad económica del empleador. La autoridad judicial debe motivar la medida, determinar los bienes afectados y permitir su sustitución cuando exista una garantía suficiente.

El apremio corporal requiere un tratamiento especialmente restrictivo. La jurisprudencia constitucional ha establecido que no puede disponerse de manera automática ni utilizarse como primera respuesta frente al incumplimiento patrimonial. Su eventual aplicación exige citación válida, ejecutoria de la resolución, previa persecución de los bienes, comprobación de la insolvencia y verificación de que la medida se dirige contra la persona legalmente responsable. El arraigo, por su parte, no debe confundirse con el apremio ni aplicarse extensivamente como mecanismo ordinario de cobro.

La responsabilidad por la mora corresponde al empleador y no debe trasladarse a la persona trabajadora asegurada. Las deficiencias en el pago, registro o transferencia de las cotizaciones no deberían ocasionar automáticamente la suspensión de prestaciones cuando el trabajador ha prestado servicios y la obligación contributiva era de cargo patronal. El sistema debe cobrar al incumplidor sin desproteger al titular del derecho a la salud.

La Ley N.º 1178 cumple una función complementaria en relación con los entes gestores públicos. Permite examinar la responsabilidad de las autoridades y servidores que, por acción u omisión, dejan prescribir acciones, no fiscalizan oportunamente, emiten títulos defectuosos, permiten la pérdida de documentación o incumplen las tareas de recuperación de cartera. Sin embargo, esta ley no sustituye la regulación específica del proceso coactivo social ni debe confundirse con el procedimiento coactivo fiscal.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Aprobar una regulación legal integral del procedimiento de determinación y cobro de aportes del seguro social de corto plazo, diferenciando claramente la fase administrativa de fiscalización y liquidación de la fase judicial de ejecución.

La etapa administrativa debería comenzar con una orden de fiscalización o un mecanismo automatizado de detección de mora. Cuando existan diferencias u omisiones, el ente gestor tendría que emitir una vista o informe preliminar de cargo que identifique los hechos observados, las personas comprendidas, los periodos, la base salarial, el porcentaje aplicado y los accesorios calculados. El empleador debería contar con un plazo razonable para acceder al expediente, presentar planillas, contratos, comprobantes de pago y demás descargos pertinentes.

Concluida la etapa de contradicción, la autoridad competente del ente gestor emitiría una resolución determinativa motivada. Solo cuando esta resolución adquiera firmeza administrativa podría expedirse la nota de cargo con calidad de título coactivo. De esta forma, el proceso judicial no sustituiría la labor de determinación administrativa, sino que se concentraría en controlar la regularidad del título y ejecutar una obligación previamente establecida.

La nota de cargo debería contener, como requisitos esenciales: **a)** identificación completa del empleador y de su representante legal; **b)** descripción del hecho que origina la obligación; **c)** individualización de las personas trabajadoras comprendidas; **d)** periodos objeto de cobro; **e)** total ganado o base de cotización empleada; **f)** porcentaje contributivo aplicado; **g)** capital, intereses, actualización y multas, expuestos separadamente; **h)** pagos parciales o compensaciones reconocidas; **i)** fundamento normativo de cada concepto**; j)** constancia de la notificación y firmeza de la resolución determinativa; y **k)** identificación de la autoridad responsable de su emisión.

La falta de alguno de los elementos esenciales debería impedir el inicio de la ejecución o dar lugar a la subsanación del título, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas correspondientes.

El proceso judicial podría estructurarse como un procedimiento monitorio social especializado. Recibida la demanda, la autoridad judicial realizaría un control inicial de competencia, legitimación, liquidez, exigibilidad y regularidad formal del título. Admitida la acción, dispondría la citación válida del empleador y, cuando sea necesario, medidas cautelares proporcionales destinadas a preservar el patrimonio suficiente para cubrir la deuda.

La primera citación debería practicarse personalmente o mediante un domicilio electrónico registrado y previamente validado. Las notificaciones digitales tendrían que generar

constancias verificables de envío, recepción, fecha, hora, identidad del receptor e integridad del documento. La notificación por cédula o edicto debería conservar carácter subsidiario y emplearse únicamente después de agotar diligencias razonables de localización.

El régimen de excepciones debe ampliarse y sistematizarse. Además del pago, deberían admitirse la inexistencia de la obligación, falta de fuerza coactiva del título, incompetencia, falta de legitimación, error de cálculo, duplicidad de cobro, pago parcial, compensación legalmente procedente, cosa juzgada y cualquier otra defensa vinculada con la validez o exigibilidad de la obligación. Su formulación no debería suspender automáticamente todas las medidas de aseguramiento, pero sí impedir la ejecución definitiva hasta que las cuestiones sustanciales sean resueltas.

El acceso a los recursos no debe quedar condicionado al pago previo de la totalidad de la deuda controvertida. Podría exigirse el pago de la parte expresamente reconocida o, en determinados casos, la constitución de una garantía razonable, siempre que esta no se convierta en una barrera desproporcionada para ejercer el derecho de impugnación.

Las medidas cautelares deberían aplicarse de manera gradual. En primer término, correspondería identificar y afectar bienes o fondos suficientes para cubrir el capital y los accesorios razonablemente calculados. La autoridad judicial tendría que evitar embargos excesivos, permitir la sustitución de garantías y proteger los bienes indispensables para la continuidad de servicios esenciales. El remate solo debería proceder una vez resueltas las defensas y firme la obligación.

Los convenios de pago deben integrarse al procedimiento con reglas uniformes sobre requisitos, garantías, plazo máximo, intereses, efectos del incumplimiento y reanudación de la ejecución. Su otorgamiento no puede depender exclusivamente de decisiones discrecionales del ente gestor. Debe responder a criterios públicos que permitan recuperar la deuda sin comprometer innecesariamente la continuidad de empresas viables.

En el componente tecnológico, corresponde crear una cuenta contributiva única por empleador, interoperable con los registros de la ASUSS, los entes gestores, el Ministerio de Trabajo y las entidades competentes en materia tributaria y empresarial. Esta herramienta debería permitir consultar planillas, pagos, observaciones, liquidaciones, convenios, procesos judiciales y saldos actualizados, con trazabilidad de cada modificación.

La digitalización debe abarcar el expediente administrativo y judicial, la firma digital de resoluciones y notas de cargo, las notificaciones electrónicas, el cálculo automatizado de intereses y actualizaciones, la presentación remota de descargos y el seguimiento público del estado del trámite. La automatización no debe sustituir la motivación ni el control humano,

especialmente cuando existan diferencias sobre la relación laboral, la base contributiva o la identidad del obligado.

La ASUSS debería establecer estándares nacionales de fiscalización, liquidación, emisión de títulos, gestión de cartera y reporte estadístico. Los entes gestores tendrían que publicar periódicamente información sobre aportes facturados, recaudación efectiva, mora acumulada, antigüedad de cartera, notas de cargo emitidas, procesos iniciados, montos recuperados, convenios vigentes, causas de nulidad y tiempos promedio de tramitación.

Desde una perspectiva sistémica, las deficiencias del proceso coactivo no se agotan en la redacción de sus disposiciones. Inciden directamente en la liquidez de los entes gestores, la programación financiera, la provisión de medicamentos e insumos, la calidad de la atención y la continuidad de las prestaciones. También afectan a los empleadores, que requieren liquidaciones comprensibles y mecanismos eficaces para corregir errores, y a las personas aseguradas, que deben conocer si sus aportes fueron pagados sin que la mora patronal limite indebidamente sus derechos.

Por ello, la actualización debe operar simultáneamente en cuatro planos. En el ámbito legal, corresponde establecer las etapas del procedimiento, los requisitos del título, las defensas, los recursos y los límites de las medidas de ejecución. En el plano reglamentario, deben desarrollarse formularios, metodologías de cálculo, protocolos de fiscalización y estándares de interoperabilidad. En el nivel institucional, se requiere especialización del personal, control de calidad de las notas de cargo y coordinación entre entidades. En el componente tecnológico, deben implementarse expedientes electrónicos, bases de datos interoperables y mecanismos de trazabilidad.

Actualización del Título coactivo insuficientemente modernizado: La Nota de Cargo requiere una regulación contemporánea que establezca expresamente: identificación del empleador; periodos adeudados; trabajadores comprendidos; base de cálculo; alícuota; pagos acreditados; multas e intereses; fundamento legal; autoridad emisora; medios de impugnación; fecha de exigibilidad. Mejorar el régimen de excepciones excesivamente restrictivo, que limita la defensa. La Ley N.º 065 ofrece un modelo más garantista, aunque todavía abreviado, al admitir inexistencia de obligación e incompetencia.

La actualización debe velar por la regulación de la deuda, estableciéndose que los periodos posteriores pueden incorporarse al proceso antes del remate, siempre que: sean líquidos; estén debidamente determinados; se notifique al empleador; se preserve su derecho a formular observaciones. Considerar además la falta de articulación clara entre fiscalización y cobro.

Debe distinguirse normativamente, entre fiscalización; determinación de deuda; intimación administrativa; emisión del título; proceso coactivo; ejecución y remate; responsabilidad

administrativa o penal, cuando corresponda. Incluyendo en el capítulo correspondiente la falta de un régimen de responsabilidad por omisión institucional. La legislación debería determinar consecuencias cuando las autoridades o funcionarios de las entidades gestoras: no fiscalicen; permitan la acumulación injustificada de mora; no giren oportunamente la Nota de Cargo; dejen paralizar procesos; permitan prescripción cuando jurídicamente fuera aplicable; omitan medidas precautorias; produzcan daño económico a la entidad gestora.

La actualización del Código debería crear un procedimiento propio, uniforme y constitucionalizado para el corto plazo, sin trasladar mecánicamente todos los elementos penales del sistema de pensiones.

La interpretación del régimen vigente debe efectuarse bajo control de constitucionalidad. Esto exige identificar derogaciones expresas y tácitas, resolver antinomias mediante los principios de jerarquía, competencia, especialidad y temporalidad, y excluir las disposiciones preconstitucionales que anulen materialmente la defensa o impongan restricciones desproporcionadas. La protección de la seguridad social no habilita decisiones arbitrarias; exige títulos válidos, hechos comprobados, liquidaciones verificables y resoluciones debidamente motivadas.

Finalmente, la experiencia acumulada por la ASUSS, el INASES y los entes gestores debe sistematizarse en una normativa con jerarquía legal. Los reglamentos y resoluciones administrativas pueden desarrollar los aspectos operativos de la fiscalización, la presentación de planillas, el cálculo, las notificaciones y la gestión documental. En cambio, la determinación de los sujetos obligados, la conformación del título coactivo, las garantías de defensa, las excepciones, los recursos, las medidas cautelares, las consecuencias del incumplimiento y el régimen sancionatorio deben ser definidos por ley. Solo esta delimitación permitirá conciliar eficacia recaudatoria, sostenibilidad financiera, debido proceso y seguridad jurídica.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

CAPÍTULO VIII. Diagnóstico del Título V: gestión, entes gestores y supervisión

Idea rectora

El capítulo sitúa el bloque normativo dentro del sistema de seguridad social de corto plazo, identifica qué aspectos conservan utilidad operativa y contrasta el texto originario con la Constitución de 2009, los reglamentos vigentes y la jurisprudencia aplicable.

El examen de este bloque va más allá de la descripción literal de sus artículos. Revisa su estructura dogmática, su vigencia material, las actualizaciones que modificaron su alcance y la forma en que debe interpretarse conforme a la Constitución Política del Estado de 2009. El propósito es distinguir lo jurídicamente útil de lo que requiere derogación, actualización o integración normativa.

VIII.1. Modelo institucional pre-ASUSS

Base normativa

CPE arts. 18, 35 a 45, 50, 109, 115, 232 a 235, 241, 242 y 298.II.16; Código de Seguridad Social, arts. 160 a 191, 201 y 206 a 208; Ley N.º 924 art. 3; DS N.º 21637; DS N.º 22101; DS N.º 24271; DS N.º 3561; DS N.º 4857, modificado por el DS N.º 5164; Ley N.º 1178, DS N.º 23318-A, Ley N.º 2341, Ley N.º 025, del Órgano Judicial; Ley N.º 031, Marco de Autonomías y Descentralización; Ley N.º 341, de Participación y Control Social; Ley N.º 777, del Sistema de Planificación Integral del Estado; Ley N.º 974, de Unidades de Transparencia y Lucha contra la Corrupción; Ley N.º 164, General de Telecomunicaciones, Tecnologías de Información y Comunicación; Decreto Supremo N.º 1793; Ley N.º 1080, de Ciudadanía Digital; y Decreto Supremo N.º 3525. DS N.º 23716, INASES; DS N.º 25798 y N.º 28813, que regularon y adecuaron su estructura; y los Decretos Supremos N.º 3091, N.º 3385 y N.º 3453.

Base normativa ampliada

Diagnóstico: El Título V del Código de Seguridad Social conserva una organización institucional diseñada para las condiciones administrativas, laborales y económicas existentes al momento de su promulgación. Sus disposiciones atribuyen la tuición del sistema al entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, mediante una Dirección General de Seguridad Social, y distribuyen la gestión entre Entes Gestores cuya denominación, estructura y ámbito de actuación han sido modificados, sustituidos o reorganizados por normas posteriores.

El Código regula de manera detallada la estructura de la antigua Caja Nacional de Seguridad Social, incluyendo un Consejo de Administración, un Consejo Ejecutivo, una Gerencia General, una Gerencia Técnica, comisiones de prestaciones y administraciones regionales. Asimismo,

concentra en una misma entidad la gestión de los seguros de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte, además de las asignaciones familiares. Esta configuración perdió correspondencia con el ordenamiento posterior, que separó la administración de las prestaciones de corto y largo plazo y diversificó los entes gestores.

Las actualizaciones introducidas desde 1987 no sustituyeron integralmente el Título V, sino que fueron superponiendo nuevas estructuras sobre el texto codificado. La Ley N.º 924 y el Decreto Supremo N.º 21637 redefinieron la administración del sistema; el Decreto Supremo N.º 23716 creó el INASES como órgano de control del corto plazo; y disposiciones posteriores modificaron reiteradamente la autoridad responsable de la regulación, fiscalización y supervisión. Finalmente, el Decreto Supremo N.º 3561 creó la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS.

Como resultado, el régimen institucional vigente no puede reconstruirse mediante la lectura exclusiva del Código. Es necesario consultar un conjunto disperso de leyes, decretos supremos, reglamentos, resoluciones administrativas y normas orgánicas del Órgano Ejecutivo. Esta dispersión dificulta identificar con precisión las competencias del Ministerio de Salud y Deportes, de la ASUSS, de los directorios de los entes gestores y de sus máximas autoridades ejecutivas.

La ASUSS se configura actualmente como una institución pública descentralizada, técnica y operativa, con personalidad jurídica y patrimonio propio, independencia administrativa, financiera, legal y técnica, bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes. Su finalidad consiste en regular, controlar, supervisar y fiscalizar la seguridad social de corto plazo, protegiendo los intereses de las personas aseguradas y beneficiarias.

Por normativa vigente asigna competencias extensas: emisión de regulación sectorial; fiscalización y sanción administrativa; auditorías médicas, operacionales, especiales y financieras; homologación de estatutos, reglamentos, planes estratégicos, programas operativos y presupuestos; evaluación de infraestructura sanitaria; aprobación de afiliaciones y desafiliaciones; acreditación de establecimientos; control de asignaciones familiares; producción de información estadística; atención de quejas; y evaluación de la creación, fusión o supresión de entes gestores y otras relacionadas. Que son insuficientes para ejercer rectoría de la Seguridad Social a Corto Plazo debiendo cambiar su estatus legal a ser incluido en un capítulo especial de la Ley de Seguridad Social.

La falta de regulación también genera zonas de superposición entre la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes, además de otras instituciones Estatales, y las funciones regulatorias de la ASUSS. El Ministerio ejerce la conducción sanitaria, formula políticas públicas, establece normas nacionales y coordina la respuesta ante emergencias generando inseguridad jurídica. La ASUSS, por su parte, regula, supervisa y fiscaliza específicamente la seguridad social de

corto plazo. Cuando esta distribución no se encuentra claramente delimitada, pueden producirse duplicidad de requerimientos, instrucciones contradictorias o vacíos de responsabilidad.

Otra dificultad se presenta en la relación entre supervisión y autonomía de gestión. Los entes gestores poseen personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica, financiera y legal. Sin embargo, dicha autonomía no implica independencia respecto de las políticas nacionales de salud, las normas de seguridad social, los sistemas de administración y control gubernamental ni la fiscalización sectorial.

El régimen de gobierno interno de los entes gestores también permanece fragmentado. La composición, forma de designación, atribuciones y responsabilidad de sus directorios y gerencias dependen de normas de distinta época y jerarquía. No existe un estatuto legal general que asegure criterios uniformes de idoneidad, representación, incompatibilidad, transparencia, duración de mandatos, rendición de cuentas y prevención de conflictos de interés.

La participación de trabajadores, empleadores, rentistas y beneficiarios constituye un componente histórico de la seguridad social. Sin embargo, su diseño debe actualizarse para evitar que la participación social se reduzca a una representación formal o se confunda con la administración directa de decisiones técnicas. El control social debe permitir acceso a información, vigilancia de resultados y formulación de observaciones, sin sustituir las responsabilidades propias de los órganos de dirección y gestión.

También se advierte una insuficiencia de mecanismos homogéneos de información. Los entes gestores producen datos sobre afiliación, recaudación, prestaciones, medicamentos, recursos humanos, infraestructura y ejecución presupuestaria mediante sistemas que no siempre son compatibles entre sí. Esta fragmentación impide que la ASUSS y el Ministerio cuenten con información oportuna para supervisar riesgos, comparar resultados y adoptar decisiones regulatorias.

Valoración dogmática: La organización institucional de la seguridad social no constituye una cuestión meramente administrativa. Su diseño condiciona la efectividad de los derechos a la salud y a la seguridad social. Una prestación reconocida normativamente puede resultar ineficaz cuando no existe una distribución clara de competencias, la autoridad responsable carece de información suficiente o los mecanismos de supervisión no permiten corregir oportunamente las deficiencias de gestión.

La Constitución atribuye al Estado la dirección y administración de la seguridad social, con control y participación social. Esta previsión debe interpretarse conforme a los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad,

interculturalidad y eficacia. La gobernanza institucional debe orientarse, por tanto, a garantizar resultados y no limitarse al cumplimiento formal de procedimientos administrativos.

La unidad de gestión no exige necesariamente la existencia de un único ente prestador. Exige que los distintos componentes del sistema actúen bajo principios, estándares, sistemas de información y objetivos comunes. La pluralidad de Entes Gestores puede mantenerse siempre que exista una regulación nacional capaz de evitar desigualdades injustificadas, duplicidades, segmentación de riesgos y diferencias arbitrarias en la calidad de las prestaciones.

Para ese efecto, deben distinguirse cuatro funciones. La rectoría comprende la formulación de políticas nacionales y la conducción sanitaria del sistema. La regulación consiste en emitir normas técnicas y administrativas generales. La supervisión y fiscalización tienen por objeto verificar el cumplimiento de esas normas y corregir desviaciones. La gestión corresponde a los entes responsables de recaudar aportes y otorgar prestaciones. La concentración o confusión de estas funciones debilita la rendición de cuentas y dificulta identificar responsabilidades.

La ASUSS debe contar con suficiente independencia técnica para fiscalizar a los entes gestores y adoptar decisiones sustentadas en criterios sanitarios, financieros, actuariales y jurídicos. Sin embargo, la independencia técnica no equivale a ausencia de control. Sus decisiones deben sujetarse a legalidad, transparencia, motivación, responsabilidad por la función pública y revisión administrativa y jurisdiccional.

La potestad normativa de la autoridad de supervisión debe limitarse al desarrollo técnico y operativo de la ley. No puede crear por vía administrativa nuevos sujetos obligados, modificar las fuentes esenciales de financiamiento, restringir prestaciones, establecer sanciones no previstas legalmente ni alterar las garantías de impugnación. Tales materias se encuentran sujetas a reserva legal por su incidencia en derechos, obligaciones y patrimonio.

La potestad sancionadora requiere una regulación particularmente precisa. La ley debe definir las infracciones, las sanciones aplicables, los criterios de graduación, los plazos de prescripción, las autoridades competentes y el procedimiento. La remisión genérica a reglamentos administrativos no satisface plenamente los principios de legalidad, tipicidad, debido proceso y proporcionalidad.

La autonomía de los entes gestores es de carácter funcional e instrumental. Su finalidad consiste en permitir una administración especializada de los recursos y prestaciones, pero no los exime de cumplir las políticas nacionales de salud, las reglas de seguridad social, los sistemas de control gubernamental ni las decisiones legítimas de la autoridad supervisora. Al mismo tiempo, la supervisión no puede convertirse en administración cotidiana ni sustituir injustificadamente a los órganos internos de gobierno.

La tuición ministerial debe entenderse como una relación de dirección política y verificación del cumplimiento de las políticas estatales, no como una facultad ilimitada para intervenir en cada decisión técnica de la ASUSS. La ley debe identificar los actos sujetos a coordinación, homologación o conocimiento del Ministerio y aquellos que corresponden exclusivamente a la autoridad reguladora.

La participación social debe estructurarse con reglas de representación, publicidad y rendición de cuentas. Los representantes deben actuar en defensa del interés colectivo de la población protegida y no como delegados de intereses particulares. Asimismo, deben estar sujetos a incompatibilidades y obligaciones de transparencia equivalentes a las exigidas a quienes ejercen funciones de dirección.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Aprobar una ley marco de la seguridad social de corto plazo o incorporar al Código un título integral sobre gobernanza institucional que sustituya las estructuras históricas y sistematice las actualizaciones posteriores.

La ley debería establecer, en primer término, la arquitectura institucional del sistema, integrada al menos por:

a) El Ministerio de Salud y Deportes, como órgano rector de la política sanitaria nacional;

b) La ASUSS, como autoridad especializada de regulación, supervisión, fiscalización y control;

c) Los entes gestores de la seguridad social de corto plazo, como responsables de la afiliación, recaudación y otorgación de prestaciones;

d) Los seguros delegados y demás entidades expresamente reconocidas por ley; y

e) Las instancias de participación y control social.

El Ministerio de Salud y Deportes debería tener competencias expresas para formular políticas nacionales; establecer estándares sanitarios generales; conducir la respuesta ante emergencias y riesgos de salud pública; coordinar la seguridad social con los demás componentes del Sistema Nacional de Salud; y evaluar los resultados globales de la política sectorial.

La ASUSS debería recibir mediante ley las atribuciones de emitir regulación técnica; supervisar la calidad y oportunidad de las prestaciones; fiscalizar la gestión financiera y actuarial; acreditar establecimientos; controlar el uso de las cotizaciones; realizar auditorías; requerir información;

atender quejas; imponer medidas correctivas y sanciones; y producir información pública sobre el desempeño del sistema.

La ley debe diferenciar las funciones de regulación, fiscalización, decisión sancionadora y resolución de recursos. Cuando estas competencias sean ejercidas dentro de la misma institución, deberán asignarse a unidades orgánicas distintas para preservar imparcialidad y evitar que la autoridad que investiga y acusa sea la misma que resuelve definitivamente.

La máxima autoridad ejecutiva de la ASUSS debería ser designada mediante un procedimiento público que considere formación especializada, experiencia, idoneidad y ausencia de conflictos de interés. La norma debe establecer duración del mandato, causales objetivas de remoción, incompatibilidades, prohibiciones posteriores al ejercicio del cargo y obligaciones de declaración de intereses.

El Consejo Técnico Consultivo debe contar con una regulación legal básica. Su composición debe asegurar participación equilibrada de entes gestores, trabajadores activos, rentistas, empleadores, profesionales especializados y representantes estatales. Sus recomendaciones no deberían sustituir las decisiones de la autoridad ejecutiva, pero deben constar en actas públicas y ser consideradas en la elaboración de regulación de alcance general.

Los entes gestores deben conservar autonomía de gestión dentro de parámetros comunes. La ley debe uniformar los requisitos básicos de sus estatutos, la composición y responsabilidad de sus directorios, los criterios para la selección de gerentes, las incompatibilidades, las obligaciones de información y los mecanismos de rendición de cuentas, con miras a superar la actual dispersión normativa y la heterogeneidad existente en su conformación, administración, fiscalización y gobierno institucional.

La reforma no debe desconocer la especialidad ni la población protegida por cada ente gestor; sin embargo, debe establecer **estándares mínimos obligatorios y uniformes** sobre estructura administrativa, composición y atribuciones de los directorios, designación meritocrática de autoridades ejecutivas, incompatibilidades, duración de mandatos, rendición de cuentas, transparencia, control interno, responsabilidad por la gestión y supervisión externa. La representación en los directorios debe responder a criterios de equilibrio, legitimidad y gobernanza tripartita, garantizando la participación efectiva del Estado, de los empleadores y de los trabajadores asegurados, evitando tanto la concentración sectorial como la interferencia de los órganos directivos en funciones ejecutivas u operativas.

Asimismo, corresponde delimitar de forma expresa las competencias del Directorio, la Máxima Autoridad Ejecutiva y la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo, fortaleciendo la rectoría, regulación y fiscalización estatal previstas para los Entes Gestores. En consecuencia, el nuevo Código debería contener una **Ley Marco de Organización y**

Gobernanza, aplicable transversalmente a todos los Entes Gestores, permitiendo regulaciones especiales únicamente cuando se encuentren objetiva y técnicamente justificadas. Esta armonización aseguraría igualdad institucional, seguridad jurídica, eficiencia administrativa, control social y uniformidad en la protección del derecho constitucional a la seguridad social, sin eliminar la autonomía de gestión necesaria para atender las particularidades de cada sector asegurado.

Los directorios deberían concentrarse en la aprobación de políticas institucionales, planes, presupuestos, inversiones y evaluación de resultados. Las gerencias serían responsables de la gestión operativa. Esta separación evitaría que los órganos de gobierno interfieran en contrataciones, designaciones o decisiones clínicas individuales y permitiría atribuir responsabilidades con mayor precisión.

La norma debe establecer un sistema de supervisión basado en riesgos. La ASUSS debería clasificar a los entes gestores conforme a indicadores de solvencia, liquidez, mora patronal, crecimiento de costos, reservas, calidad asistencial, tiempos de espera, disponibilidad de medicamentos, infraestructura, recursos humanos y cumplimiento de obligaciones de información.

Cuando se detecten deficiencias, la respuesta regulatoria debería ser gradual. Podrían aplicarse recomendaciones, planes de regularización, medidas correctivas obligatorias, vigilancia intensiva, restricciones temporales sobre determinados actos, sanciones y, en situaciones extremas, intervención administrativa. Cada medida debe contar con causales, plazos, límites y mecanismos de impugnación definidos legalmente.

La fiscalización de un ente gestor solo debería proceder ante riesgos graves para la continuidad de las prestaciones, el patrimonio institucional o los derechos de las personas aseguradas. La ley debe precisar su duración, la autoridad competente, las facultades del interventor, el control de sus actos y el plan de restitución de la gestión ordinaria. No debe utilizarse como mecanismo discrecional de sustitución de autoridades.

En materia financiera, la ASUSS debe verificar la suficiencia de reservas, la ejecución presupuestaria, la razonabilidad de los gastos administrativos y la correspondencia entre ingresos contributivos y costos asistenciales. La homologación de presupuestos no debe reducirse a un trámite formal, sino apoyarse en estudios actuariales, perfiles epidemiológicos y metas de gestión.

También debe establecerse un régimen uniforme de transparencia. Los entes gestores y la ASUSS deberían publicar periódicamente información sobre afiliación, ingresos, mora, gastos administrativos, inversiones, contratación de servicios, disponibilidad de medicamentos,

tiempos de espera, infraestructura, recursos humanos, auditorías, sanciones y cumplimiento de planes correctivos.

Las personas aseguradas deben disponer de un procedimiento común para presentar consultas, reclamos y denuncias. La ley debe diferenciar la reclamación prestacional ante el ente gestor, la denuncia regulatoria ante la ASUSS y los recursos administrativos contra decisiones definitivas. La dispersión actual genera confusión sobre la autoridad competente y los plazos aplicables.

La transformación institucional requiere un componente tecnológico común. Debe crearse una plataforma nacional interoperable de seguridad social de corto plazo que integre información de empleadores, asegurados, beneficiarios, cotizaciones, mora, prestaciones, medicamentos, referencias, bajas médicas, infraestructura, presupuestos y resultados de supervisión.

La plataforma debe permitir que la persona asegurada consulte su afiliación, aportes declarados, beneficiarios registrados, prestaciones autorizadas, reclamos y decisiones administrativas. El acceso debe respetar la protección de datos personales, la confidencialidad clínica y los principios de seguridad de la información.

La ASUSS debería utilizar herramientas de análisis de datos para identificar riesgos financieros, concentración de enfermedades, deficiencias de abastecimiento, incrementos injustificados de costos y posibles irregularidades. Las decisiones automatizadas no pueden sustituir la valoración técnica ni producir por sí solas restricciones de derechos.

Desde una perspectiva sistémica, la desactualización del Título V incide en la gestión cotidiana, la programación financiera, la calidad de los servicios y la posibilidad de que la población asegurada identifique a la autoridad responsable de proteger sus derechos. La solución debe articular cuatro niveles de intervención.

En el plano legal, corresponde definir la estructura institucional, las competencias, las potestades regulatorias y sancionadoras, las garantías de impugnación y los mecanismos de control social. En el plano reglamentario, deben desarrollarse procedimientos, metodologías de supervisión, formularios, indicadores y protocolos técnicos. En el ámbito institucional, deben fortalecerse las capacidades profesionales, actuariales, financieras, jurídicas y sanitarias. En el componente tecnológico, deben implementarse sistemas interoperables y mecanismos de trazabilidad.

La actualización debe incluir disposiciones derogatorias expresas y una tabla de correspondencia normativa. No resulta suficiente utilizar fórmulas generales que deroguen todas las normas contrarias, pues estas trasladan al intérprete la responsabilidad de identificar

incompatibilidades. Deben señalarse de manera precisa los artículos del Código y las disposiciones reglamentarias que quedan sustituidos, modificados o conservados.

Mientras no se apruebe una actualización integral, el Título V debe aplicarse mediante una interpretación constitucional y sistemática. Las referencias a órganos inexistentes deben entenderse sustituidas por las autoridades que actualmente ejercen funciones equivalentes, siempre que exista continuidad material de competencias y que la sustitución no implique crear potestades sancionadoras o restrictivas sin fundamento legal.

Las contradicciones deben resolverse mediante los criterios de jerarquía, competencia, especialidad y temporalidad. La aplicación preferente de una norma posterior no supone la derogación total de la anterior, sino únicamente de las disposiciones incompatibles. Toda decisión que incida en los derechos de las personas aseguradas o en la autonomía de un ente gestor debe identificar expresamente su fundamento competencial.

La orientación protectora de la seguridad social no autoriza la ampliación discrecional de competencias. Exige que las autoridades actúen con base en normas previas, hechos comprobados, prueba suficiente y decisiones motivadas. La protección de los derechos y la seguridad jurídica son exigencias complementarias.

Finalmente, el conocimiento acumulado por el INASES, la ASUSS y los entes gestores debe sistematizarse e incorporarse al nuevo marco legal. La experiencia administrativa permite identificar procedimientos, indicadores y prácticas que han demostrado utilidad, pero su consolidación no puede depender únicamente de resoluciones internas o instructivos.

La reglamentación administrativa es adecuada para desarrollar metodologías de supervisión, formularios, plazos, protocolos, indicadores y sistemas de información. En cambio, la estructura de gobierno, la naturaleza y autonomía de las instituciones, las competencias esenciales, las potestades sancionadoras, las reglas de intervención, los derechos de impugnación y las responsabilidades de las autoridades deben establecerse mediante ley. Esta actualización permitiría conciliar rectoría estatal, independencia técnica, autonomía de gestión, participación social y protección efectiva de los derechos.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.

Variable	Evaluación
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

VIII.2. Gobernanza de entes gestores y rendición de cuentas

Base normativa

CPE arts. 18, 35 a 45, 48.IV, 109, 115, 232 a 235, 241, 242 y 298.II.16; CSS Título V, arts. 160 a 191, 201 y 206 a 208; Reglamento del Código de Seguridad Social, en sus disposiciones sobre organización, administración, patrimonio, inversiones, contabilidad, fiscalización y control de los entes gestores; Ley N.º 924; DS N.º 21637; DS N.º 3561; Ley N.º 1178, DS N.º 23318-A, DS N.º 23215, DS N.º 0181, Ley N.º 2042, Ley N.º 777 DS N.º 3246, Normas Básicas del Sistema de Programación de Operaciones; Ley N.º 004; Ley N.º 974; Ley N.º 341, Ley N.º 2341, DS N.º 27113; Ley N.º 164, DS N.º 1793; Ley N.º 1080, DS N.º 3525.

Resolución Administrativa ASUSS N.º 003/2025; Resolución Administrativa ASUSS N.º 006/2025; el Reglamento de Fiscalización de Servicios de Salud, Resolución Administrativa ASUSS N.º 163/2025; Resolución Administrativa ASUSS N.º 153/2025; y Resolución Administrativa ASUSS N.º 175/2025.

Diagnóstico: Los entes gestores de la seguridad social de corto plazo administran recursos provenientes principalmente de cotizaciones obligatorias destinadas a financiar prestaciones de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. Aunque estos recursos integran el patrimonio institucional de cada entidad y se gestionan bajo un régimen de autonomía administrativa, técnica, financiera y legal, se encuentran afectados de manera específica al cumplimiento de una finalidad constitucional: garantizar los derechos a la salud y a la seguridad social de las personas aseguradas y beneficiarias.

Desde una perspectiva doctrinal, las cotizaciones poseen características parafiscales, pues son prestaciones obligatorias establecidas por el ordenamiento, recaudadas por entidades especializadas y destinadas a financiar un régimen concreto de protección social. Esta particularidad impide asimilarlas a ingresos comerciales ordinarios o considerarlas recursos de libre disposición. Su administración está sometida a legalidad, finalidad, eficiencia, transparencia, sostenibilidad y control.

La autonomía patrimonial de los entes gestores no equivale a titularidad irrestricta sobre los recursos. Las cotizaciones, reservas, rendimientos, bienes, infraestructura y demás activos del sistema constituyen medios instrumentales para otorgar prestaciones. En consecuencia, las decisiones sobre gasto, inversión, contratación, disposición patrimonial o creación de reservas deben guardar una relación objetiva con las necesidades de la población protegida y con la sostenibilidad del seguro.

El Título V del Código de Seguridad Social contiene reglas sobre dirección, administración, patrimonio, inversiones y organización de los Entes Gestores, pero responde a una estructura institucional histórica. Las actualizaciones posteriores incorporaron nuevos sistemas de administración y control gubernamentales, autoridades de supervisión, modalidades de contratación, instrumentos de planificación y obligaciones de transparencia sin consolidarlos en una regulación legal unitaria.

Esta dispersión genera incertidumbre respecto del alcance de las competencias de los directorios, gerencias, unidades administrativas, unidades de auditoría interna y órganos de control social. También dificulta distinguir entre decisiones de gobierno institucional, actos de gestión ordinaria, funciones de fiscalización interna y potestades de supervisión externa de la ASUSS.

Los órganos directivos no siempre cuentan con reglas uniformes sobre composición, idoneidad, incompatibilidades, duración de mandatos, conflictos de interés, acceso a información y responsabilidad. La representación sectorial, aunque constituye una expresión histórica de participación social, requiere mecanismos que aseguren competencia técnica, independencia de criterio y rendición de cuentas.

La ausencia de un modelo moderno de gobierno corporativo público favorece la concentración de decisiones, la interferencia de los directorios en actividades operativas, la politización de designaciones y la dificultad para individualizar responsabilidades. Cuando no existe una separación clara entre dirección estratégica, administración ejecutiva, control interno y supervisión externa, las deficiencias pueden atribuirse genéricamente a la institución sin determinar qué órgano adoptó, ejecutó o dejó de controlar la decisión.

En materia financiera, la programación presupuestaria puede reducirse a una distribución incremental de recursos basada en gastos históricos, sin suficiente vinculación con la población asegurada, el perfil epidemiológico, las metas asistenciales, los tiempos de espera, la disponibilidad de medicamentos o los resultados sanitarios. Un presupuesto formalmente ejecutado no necesariamente representa una gestión eficaz si no se traduce en prestaciones oportunas y de calidad.

La ejecución presupuestaria, considerada aisladamente, tampoco constituye un indicador suficiente de desempeño. Una entidad puede alcanzar un elevado porcentaje de gasto y mantener deficiencias en abastecimiento, infraestructura, productividad médica o resolución de reclamos. De manera inversa, una baja ejecución puede revelar problemas de planificación, contrataciones fallidas, debilidad administrativa o retrasos que afectan directamente a las personas aseguradas.

Las compras de medicamentos, equipos, insumos, alimentos, servicios médicos y obras sanitarias representan áreas especialmente sensibles. La combinación de alta demanda, urgencia asistencial, mercados concentrados y especificaciones técnicas complejas puede generar riesgos de direccionamiento, sobreprecio, fraccionamiento, adquisiciones de baja calidad, vencimiento de productos o dependencia injustificada de determinados proveedores.

Las normas generales de contratación pública resultan aplicables, pero deben complementarse con reglas sectoriales que consideren la continuidad de los tratamientos, la seguridad del paciente, la calidad sanitaria, la intercambiabilidad de medicamentos, el costo total de propiedad de los equipos, el mantenimiento, la disponibilidad de repuestos y la capacitación del personal. La oferta de menor precio no siempre representa la alternativa más eficiente cuando no satisface las condiciones técnicas y asistenciales necesarias.

El control interno suele concentrarse en la revisión documental y presupuestaria, sin integrar suficientemente los riesgos clínicos, farmacéuticos, actuariales, tecnológicos y de continuidad operativa. Una factura correctamente registrada no demuestra, por sí sola, que el medicamento fue oportunamente entregado, que el equipo funciona, que la prestación fue necesaria o que el gasto produjo un resultado sanitario adecuado.

La auditoría financiera y la auditoría médica cumplen funciones distintas pero complementarias. La primera examina la confiabilidad de los estados financieros, el cumplimiento normativo y la adecuada utilización de recursos. La segunda evalúa la pertinencia, calidad, oportunidad y seguridad de la atención. La falta de coordinación entre ambas puede impedir la identificación de gastos formalmente regulares, pero clínicamente innecesarios, o de prestaciones médicamente justificadas que no fueron adecuadamente contratadas o registradas.

La auditoría médica interna puede verse limitada cuando depende jerárquicamente de las mismas autoridades o unidades cuyas decisiones debe revisar. A ello se añade la necesidad de garantizar que quienes ejercen funciones de auditoría cuenten con formación especializada, habilitación profesional, independencia, acceso a la documentación clínica y ausencia de conflictos de interés.

La auditoría externa de la ASUSS tampoco debe entenderse como una sustitución automática del control interno. La responsabilidad primaria por la corrección de la gestión corresponde a cada ente gestor. La autoridad supervisora debe evaluar la eficacia de los controles, verificar el cumplimiento de estándares, identificar riesgos sistémicos y exigir medidas correctivas.

En materia de transparencia, la publicación de presupuestos globales o estados financieros agregados resulta insuficiente. Las personas aseguradas necesitan información comprensible sobre ingresos, gastos administrativos, inversión sanitaria, abastecimiento, tiempos de espera,

producción de servicios, reclamos, auditorías y cumplimiento de planes correctivos. La información debe permitir evaluar no solo cuánto se gastó, sino qué resultados se obtuvieron.

La fragmentación tecnológica constituye otra debilidad estructural. Los sistemas de afiliación, cotizaciones, contabilidad, presupuesto, compras, farmacia, almacenes, historias clínicas, recursos humanos y reclamos no siempre se encuentran integrados. Esta situación dificulta seguir el recorrido de los recursos desde su recaudación hasta la prestación efectivamente otorgada.

Valoración dogmática: La administración de los recursos de la seguridad social debe comprenderse como una función fiduciaria en sentido material. Aunque no se configure necesariamente un fideicomiso en términos civiles o comerciales, quienes gobiernan y administran los entes gestores reciben recursos ajenos afectados a una finalidad específica y deben utilizarlos exclusivamente en beneficio del sistema y de su población protegida.

Este deber fiduciario comprende, al menos, obligaciones de lealtad institucional, diligencia, prudencia, imparcialidad, transparencia y rendición de cuentas. Las autoridades deben evitar conflictos de interés, obtener información suficiente antes de decidir, evaluar los riesgos de sus actos y anteponer la finalidad de protección social a intereses corporativos, políticos, personales o sectoriales.

Los recursos de la seguridad social no pueden utilizarse como fondos disponibles para objetivos extraños a la cobertura sanitaria. Toda transferencia, inversión, contratación o disposición patrimonial debe contar con fundamento normativo, competencia de la autoridad, respaldo técnico y vinculación directa o indirecta con las prestaciones y la sostenibilidad institucional.

La afectación específica de los recursos también impone límites al Estado. La dirección estatal de la seguridad social no autoriza a utilizar sus fondos para cubrir obligaciones generales del Tesoro, financiar políticas ajenas al régimen contributivo o compensar insuficiencias presupuestarias de otros sectores. Cualquier modificación sustancial del destino de las cotizaciones requiere fundamento legal y compatibilidad con la Constitución.

La eficiencia no debe identificarse exclusivamente con reducción del gasto. En seguridad social, una decisión es eficiente cuando utiliza los recursos de manera que maximiza la protección sanitaria, evita costos prevenibles y garantiza continuidad. La postergación de una consulta, la falta de un medicamento o el retraso de una cirugía pueden reducir momentáneamente el gasto, pero producir complicaciones y costos superiores en el futuro.

La economicidad exige considerar el costo total de las decisiones. La adquisición de equipos sin mantenimiento, medicamentos próximos a vencer, infraestructura sin personal o sistemas informáticos incompatibles puede cumplir formalmente una partida presupuestaria, pero constituye una utilización ineficiente de los recursos.

La oportunidad es igualmente relevante. En salud, una prestación tardía puede resultar inútil o causar daños irreversibles. Por ello, la evaluación de la gestión debe incorporar tiempos de acceso, continuidad de tratamientos, resolución diagnóstica y capacidad de respuesta ante emergencias, además de indicadores financieros.

El principio de calidad obliga a relacionar la gestión administrativa con resultados asistenciales. Las decisiones presupuestarias, contractuales y organizativas deben evaluarse por su impacto en seguridad del paciente, efectividad clínica, continuidad, accesibilidad y satisfacción de la población protegida.

La transparencia cumple una función sustantiva y no meramente formal. La información pública permite detectar desviaciones, comparar resultados, ejercer control social y exigir responsabilidad. Sin datos homogéneos, oportunos y verificables, la autonomía de gestión puede transformarse en opacidad institucional.

La rendición de cuentas debe diferenciar responsabilidad política, ejecutiva, administrativa, civil y penal. No toda gestión deficiente configura corrupción o daño económico, pero la ausencia de resultados, la reiteración de incumplimientos y la inobservancia de recomendaciones de auditoría pueden generar responsabilidad cuando sean atribuibles a acciones u omisiones concretas.

La imposición de sanciones debe respetar legalidad, tipicidad, culpabilidad, debido proceso y proporcionalidad. La ineficiencia no puede sancionarse mediante conceptos indeterminados sin identificar deberes, indicadores, metas y circunstancias imputables. Sin embargo, tampoco debe quedar sin consecuencias cuando derive de incumplimientos graves, decisiones manifiestamente irrazonables, negligencia reiterada o resistencia injustificada a adoptar medidas correctivas.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Incorporar en una ley marco de la seguridad social de corto plazo un capítulo específico sobre gobierno institucional, administración fiduciaria, transparencia, control, auditoría y responsabilidad de los entes gestores.

La ley debe declarar expresamente que las cotizaciones, reservas, rendimientos, bienes y demás recursos de los entes gestores se encuentran afectados exclusivamente al

cumplimiento de las finalidades de la seguridad social de corto plazo. Toda utilización distinta debe ser nula y generar las responsabilidades correspondientes.

Asimismo, debe reconocerse que la autonomía de gestión se ejerce dentro de los límites establecidos por la Constitución, la ley, los sistemas de administración y control gubernamentales y la regulación sectorial. La autonomía debe proteger la administración técnica y especializada, pero no puede invocarse para sustraerse de la fiscalización, ocultar información o apartarse de estándares nacionales.

La norma debe establecer un modelo de gobierno corporativo público basado en la separación de funciones. El directorio debe encargarse de la orientación estratégica, aprobación de políticas, supervisión de la gerencia y evaluación de resultados. La máxima autoridad ejecutiva debe conducir la gestión operativa y responder por la ejecución de planes, presupuestos y decisiones. Las unidades de auditoría interna y transparencia deben actuar con independencia funcional.

Los miembros de directorios y las máximas autoridades ejecutivas deben cumplir requisitos de idoneidad, experiencia y probidad. La ley debe establecer incompatibilidades, prohibiciones, causales de remoción, reglas sobre conflictos de interés y deberes de declaración patrimonial y de intereses.

Las decisiones de los directorios deben constar en actas íntegras, identificar los informes técnicos y jurídicos considerados y registrar el sentido del voto de sus integrantes. Quien se aparte de una recomendación técnica relevante debe exponer las razones de su decisión. La aprobación colegiada no debe diluir la responsabilidad individual.

Debe prohibirse la participación de autoridades, servidores, representantes o familiares comprendidos en los grados definidos por ley en contrataciones o decisiones en las que tengan interés directo o indirecto. La abstención debe ser obligatoria y quedar documentada.

La planificación institucional debe partir de diagnósticos demográficos, epidemiológicos, financieros, actuariales y territoriales. El plan estratégico, el programa operativo anual y el presupuesto deben vincular recursos con metas de cobertura, acceso, calidad y sostenibilidad.

El presupuesto por resultados debe contener, como mínimo, indicadores sobre: **a)** población asegurada y beneficiaria; **b)** recaudación, mora y recuperación de aportes; **c)** gasto asistencial y administrativo por persona protegida; **d)** ejecución de inversiones; **e)** disponibilidad y quiebre de existencias de medicamentos; **f)** tiempos de espera para consulta, diagnóstico, cirugía y rehabilitación; **g)** frecuencia de hospitalizaciones evitables; **h)** continuidad de tratamientos crónicos; **i)** productividad y distribución del personal sanitario; **j)** reclamos recibidos, resueltos

y pendientes; **k)** cumplimiento de recomendaciones de auditoría; y **l)** resultados de calidad y seguridad del paciente.

Los indicadores deben definirse mediante metodologías homogéneas que permitan comparar entes gestores, regiones y establecimientos. La comparación debe ajustarse por tamaño de población, perfil de riesgo, complejidad asistencial y condiciones territoriales, a fin de evitar conclusiones distorsionadas.

La ASUSS debe publicar un tablero nacional de desempeño con información periódica, desagregada y comprensible. La publicidad debe comprender presupuestos, estados financieros, indicadores asistenciales, contratación, auditorías, sanciones, planes de mejora y grado de cumplimiento.

La información clínica individual y los datos personales deben permanecer protegidos. La transparencia institucional debe operar mediante datos agregados, anonimización, control de accesos y medidas de seguridad, sin afectar la confidencialidad de las historias clínicas.

La ley debe establecer un sistema integral de gestión de riesgos. Cada ente gestor debe identificar riesgos financieros, actuariales, clínicos, farmacéuticos, tecnológicos, legales, laborales, de corrupción y de continuidad operativa. El directorio debe aprobar un mapa de riesgos y evaluar periódicamente las medidas de mitigación.

El control interno debe incorporarse a todos los procesos y no limitarse a revisiones posteriores. Las unidades responsables de afiliación, recaudación, compras, almacenes, farmacia, prestaciones, recursos humanos y tecnología deben establecer controles preventivos, alertas y mecanismos de trazabilidad.

La unidad de auditoría interna debe depender funcionalmente de la máxima autoridad colegiada o de una instancia que asegure su independencia. Su personal debe ser seleccionado por mérito, contar con estabilidad funcional y no participar en las operaciones que posteriormente auditará.

La auditoría financiera debe coordinarse con la auditoría médica, operativa y de sistemas. Los planes anuales deben priorizar áreas de mayor riesgo y considerar denuncias, variaciones de costos, concentración de proveedores, incrementos inusuales de prestaciones y debilidades reiteradas de control.

La auditoría en salud debe contar con reglas legales mínimas sobre competencia profesional, independencia, recusación, acceso al expediente, metodología, contradicción y efectos del

informe. Los auditores deben poseer formación acreditada y autorización para ejercer la función.

Los informes de auditoría deben distinguir observaciones administrativas, deficiencias clínicas, indicios de responsabilidad, oportunidades de mejora y situaciones que requieren intervención inmediata. No toda diferencia médica constituye negligencia, ni toda irregularidad documental configura daño económico.

Las recomendaciones deben incluir responsables, plazos e indicadores de cumplimiento. La falta de implementación debe ser informada al directorio, a la ASUSS y, cuando corresponda, a la Contraloría General del Estado o a las instancias competentes.

En contratación pública deben establecerse reglas sectoriales adicionales para medicamentos, dispositivos, equipamiento, servicios médicos e infraestructura. Las especificaciones técnicas deben ser elaboradas por equipos multidisciplinarios y estar sustentadas en necesidades epidemiológicas, consumo histórico, evidencia clínica y costo total. Establecer un sistema especial de radicación impositiva en todos los niveles gubernamentales o de tramitación tributaria.

Debe prohibirse el fraccionamiento destinado a eludir modalidades de contratación, el direccionamiento de especificaciones, la recepción de bienes que no cumplan requisitos y la modificación contractual carente de justificación. Las compras de emergencia deben ser excepcionales, temporales, documentadas y sometidas a control posterior inmediato. Sin embargo, todas esas recomendaciones no solucionan los problemas generados con el potencial conflicto de interés, el tráfico de influencias y el peculado. El sistema de compras no debería estar integrado en la gestión de los entes de la seguridad social de salud, sino ser realizado por otro tipo de entidades.

Los contratos de equipamiento deben contemplar instalación, capacitación, mantenimiento preventivo y correctivo, repuestos, garantía, interoperabilidad y costos de operación. La evaluación no debe limitarse al precio de adquisición.

En medicamentos, la gestión debe integrar programación, compra, almacenamiento, distribución, prescripción y dispensación. Los sistemas de información deben generar alertas sobre quiebres de existencias, vencimientos, sobreconsumo, rotación insuficiente y variaciones injustificadas.

La publicación de contrataciones debe incluir convocatoria, especificaciones, proponentes, informe de evaluación, adjudicación, contrato, modificaciones, recepción, pagos y cumplimiento. Las excepciones deberán proteger únicamente información legalmente reservada.

La participación y el control social deben institucionalizarse sin sustituir las responsabilidades técnicas y administrativas. Los trabajadores, empleadores, rentistas y beneficiarios deben acceder a información, formular observaciones, participar en rendiciones públicas y conocer el cumplimiento de planes de mejora.

La ley debe establecer un régimen de infracciones y sanciones para autoridades, directivos y servidores de los entes gestores. Deben considerarse, entre otras conductas: **a)** destinar recursos a fines ajenos a la seguridad social; **b)** ocultar o alterar información financiera o sanitaria; **c)** incumplir deliberadamente obligaciones de publicación; **d)** obstruir auditorías o fiscalizaciones; **e)** aprobar gastos sin respaldo técnico o presupuestario; **f)** omitir controles esenciales; **g)** incumplir reiteradamente medidas correctivas; **h)** participar en decisiones con conflicto de interés; **i)** realizar contrataciones contrarias a la normativa; y **j)** provocar, por negligencia grave, interrupciones evitables de prestaciones esenciales.

Las sanciones deben graduarse según gravedad, daño, beneficio obtenido, reincidencia, grado de responsabilidad y acciones de corrección. Pueden comprender amonestación, multa, suspensión, destitución, inhabilitación y remisión de antecedentes a las instancias civiles, coactivas fiscales o penales.

La sanción institucional al ente gestor no debe traducirse en una reducción automática de recursos que perjudique a las personas aseguradas. Las medidas deben dirigirse prioritariamente contra los responsables y acompañarse de planes de regularización que aseguren la continuidad de las prestaciones.

La ASUSS debe ejercer supervisión basada en riesgos y no limitarse a controles documentales uniformes. Los entes con mayores niveles de déficit, mora, gasto administrativo, desabastecimiento, reclamos o incumplimiento de auditorías deben quedar sujetos a vigilancia intensificada.

Las medidas de supervisión deben aplicarse gradualmente: recomendación, requerimiento de información, plan correctivo, fiscalización especial, restricción de determinados actos, sanción y, en casos graves, intervención temporal. Las causales, duración, alcance y recursos deben establecerse legalmente.

En el ámbito tecnológico debe implementarse una plataforma interoperable que vincule afiliación, cotizaciones, presupuesto, contabilidad, contrataciones, almacenes, farmacia, prestaciones, auditorías y reclamos. Cada operación debe conservar trazabilidad sobre usuario, fecha, documento de respaldo y modificación realizada.

La interoperabilidad debe permitir verificar que los recursos presupuestados se transformaron en bienes recibidos, servicios prestados y resultados asistenciales. La digitalización no debe

consistir únicamente en sustituir documentos físicos por archivos electrónicos, sino en integrar procesos y generar controles automáticos.

Los sistemas pueden emitir alertas sobre duplicidad de pagos, compras por encima de precios de referencia, concentración de proveedores, fraccionamiento, consumos atípicos, vencimiento de medicamentos, inconsistencias de inventario y desviaciones de metas. Estas alertas deben originar revisión humana y no producir sanciones automáticas.

Desde una perspectiva sistémica, las deficiencias de gobierno y control no se limitan a la organización interna de los entes gestores. Repercuten en la recaudación, la planificación financiera, el abastecimiento, la infraestructura, la oportunidad de las prestaciones y la capacidad de las personas aseguradas para comprender cómo se utilizan los recursos destinados a su protección.

La intervención debe operar simultáneamente en cuatro planos. En el nivel legal deben fijarse la naturaleza y afectación de los recursos, los deberes de las autoridades, la estructura de gobierno, las obligaciones de transparencia, el régimen de auditoría y las responsabilidades. En el plano reglamentario deben desarrollarse metodologías, indicadores, procedimientos de contratación y estándares técnicos. En el ámbito institucional deben fortalecerse las capacidades directivas, financieras, actuariales, clínicas y tecnológicas. En el componente digital deben implementarse sistemas interoperables y trazables.

Mientras no se apruebe una actualización integral, las disposiciones vigentes deben aplicarse mediante una lectura constitucional y sistemática. El intérprete debe identificar las normas derogadas expresa o tácitamente, armonizar el Código con la Ley N.º 1178, el Decreto Supremo N.º 3561 y las normas posteriores, y privilegiar la solución que otorgue mayor eficacia a los derechos a la salud y a la seguridad social.

La interpretación protectora no permite desconocer las reglas de competencia, presupuesto, contratación o control. La protección de los asegurados exige una administración legal, técnicamente sustentada y financieramente responsable. No existe contradicción entre garantía de derechos y disciplina administrativa; la segunda constituye un instrumento de la primera.

Toda decisión que limite suspenda o difiera una prestación debe identificar su fundamento normativo, la autoridad competente, los hechos acreditados y las alternativas consideradas. La falta de presupuesto o de insumos no constituye por sí sola una motivación suficiente cuando deriva de deficiencias previsibles de planificación, contratación o gestión.

Finalmente, la experiencia acumulada por el INASES, la ASUSS y los entes gestores debe sistematizarse en un marco jurídico con jerarquía legal. Los reglamentos administrativos

pueden desarrollar formularios, metodologías de auditoría, indicadores, plazos, protocolos y sistemas de información. Sin embargo, la afectación de los recursos, los deberes fiduciarios, la estructura de gobierno, las potestades de fiscalización, las obligaciones de transparencia, las garantías procedimentales, los medios de impugnación y el régimen sancionatorio deben establecerse mediante ley.

Esta actualización permitiría transformar el control formal en un sistema de rendición de cuentas orientado a resultados, vincular el gasto con la calidad de las prestaciones y asegurar que cada decisión administrativa se encuentre justificada por la protección efectiva de la población asegurada.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

VIII.3. Calidad, habilitación y fiscalización sanitaria

Base normativa

CPE arts. 15, 18, 35 a 45, 46, 48, 109, 115, 232 a 235, 241, 242 y 298.II.16; Código de Seguridad Social, DL N.º 13214, Ley N.º 006; Ley N.º 924; DS N.º 21637; DS N.º 3561, Ley N.º 1178, Ley N.º 777, Ley N.º 341, Ley N.º 2341, DS N.º 27113; Ley N.º 3131, DS N.º 28562, Ley N.º 3131; Ley N.º 1737, Ley N.º 453, Ley N.º 164, Ley N.º 1080, y las normas nacionales sobre gestión hospitalaria, expediente clínico, bioseguridad, habilitación, acreditación, referencia y contrarreferencia, auditoría en salud y seguridad del paciente.

RA ASUSS N.º 094/2018, que aprueba el Reglamento Único de Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo; el Reglamento de Auditoría en Salud de la Seguridad Social de Corto Plazo; el Reglamento del Auditor en Salud; el Reglamento de Notificaciones en Auditoría Médica Externa; el Reglamento de Fiscalización de Servicios de Salud; el Reglamento de Supervisión de Calidad de los Establecimientos y Servicios de Salud; los reglamentos de acreditación, gestión de calidad, vigilancia epidemiológica y expediente clínico; las normas de diagnóstico y tratamiento; y las demás disposiciones técnicas aprobadas por la ASUSS.

Como parte del bloque de convencionalidad deben incorporarse el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, arts. 9 y 12; el Protocolo de San Salvador, arts. 9 y 10; los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo N.° 102 y 130; y la Observación General

N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, especialmente sus criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Diagnóstico: La supervisión de la seguridad social de corto plazo no puede reducirse a verificar la afiliación de empleadores y trabajadores, el pago de cotizaciones o el cumplimiento formal de los requisitos administrativos. Tales aspectos son indispensables para el funcionamiento del régimen, pero no demuestran por sí mismos que las personas aseguradas reciban las prestaciones que jurídicamente les corresponden.

La existencia de una afiliación vigente o de un establecimiento registrado representa únicamente una cobertura nominal. El derecho se materializa cuando la persona puede obtener una cita en un plazo clínicamente razonable, acceder al profesional y al nivel de atención que necesita, recibir los estudios diagnósticos indicados, disponer de medicamentos y completar el tratamiento sin barreras administrativas, territoriales, económicas o tecnológicas injustificadas.

El aseguramiento formal puede coexistir con listas de espera prolongadas, distribución discrecional de fichas, cancelación reiterada de consultas, falta de especialistas, equipos fuera de servicio, desabastecimiento de medicamentos, demoras en autorizaciones y referencias que no se concretan. En tales condiciones, la prestación existe en los registros institucionales, pero no se encuentra efectivamente disponible para la persona protegida.

La oportunidad constituye una dimensión esencial de la calidad. En materia sanitaria, una prestación tardía puede perder utilidad clínica, permitir la progresión de una enfermedad o generar complicaciones evitables. Por ello, no basta con registrar que la consulta, el examen o la cirugía fueron finalmente realizados; es necesario medir el tiempo transcurrido desde la solicitud, la indicación médica o la identificación de la necesidad hasta la atención efectiva.

El sistema actual no siempre diferencia los tiempos de espera según prioridad clínica. Una consulta preventiva, un control de enfermedad crónica, una sospecha oncológica, una emergencia y una cirugía electiva no pueden evaluarse con el mismo parámetro. La regulación debe establecer estándares diferenciados conforme a gravedad, riesgo de deterioro, urgencia y evidencia clínica.

La distribución de fichas o cupos constituye una de las principales puertas de entrada al sistema. Cuando su asignación depende de filas presenciales, horarios restringidos, llamadas sin respuesta o plataformas inestables, se generan barreras que afectan especialmente a personas adultas mayores, con discapacidad, enfermedades crónicas, responsabilidades de cuidado o residencia distante del establecimiento.

La digitalización de citas puede ampliar el acceso, pero también producir exclusión cuando se convierte en el único canal disponible. Todo sistema debe mantener modalidades presenciales,

telefónicas y asistidas, además de mecanismos preferentes para personas que enfrentan barreras tecnológicas o requieren atención prioritaria.

El abastecimiento de medicamentos constituye otro componente crítico. No es suficiente que un fármaco se encuentre incluido en el formulario terapéutico o que haya sido prescrito. La prestación solo se completa cuando el medicamento se encuentra disponible, se entrega en la cantidad necesaria, cumple condiciones de calidad y puede utilizarse durante todo el periodo indicado.

La falta de medicamentos puede provocar interrupción de tratamientos, adquisición privada con autorización y reembolso del gasto de bolsillo, sustituciones no justificadas o agravamiento de la enfermedad. El desabastecimiento debe registrarse como una falla prestacional y no únicamente como un problema logístico o de contratación.

La supervisión debe examinar toda la cadena farmacéutica: programación de necesidades, adquisición, almacenamiento, distribución, prescripción, dispensación, farmacovigilancia y uso racional. Un almacén central con existencias no demuestra disponibilidad efectiva si los medicamentos no llegan oportunamente a las farmacias de los establecimientos o no son entregados a las personas aseguradas.

La referencia y contrarreferencia también presenta dificultades estructurales. En numerosos casos, el primer nivel identifica la necesidad de atención especializada, pero la referencia se limita a la entrega de un formulario y deja a la persona asegurada la responsabilidad de localizar un establecimiento, obtener una cita y gestionar autorizaciones.

Una referencia efectiva exige aceptación por el establecimiento receptor, programación de la atención, transferencia de información clínica y seguimiento del resultado. La contrarreferencia debe permitir que el establecimiento de origen conozca el diagnóstico, el tratamiento realizado y las indicaciones de continuidad. Sin este circuito, la atención se fragmenta y aumenta el riesgo de duplicidad, pérdida de información y abandono terapéutico.

Las referencias entre entes gestores, establecimientos contratados o prestadores externos requieren reglas adicionales sobre autorización, pago, intercambio de datos y responsabilidad clínica. Las diferencias administrativas entre instituciones no deben impedir ni retrasar la atención cuando el ente gestor de origen carezca de capacidad resolutiva.

La calidad comprende también el trato digno. Las personas aseguradas tienen derecho a recibir información comprensible, ser tratadas con respeto, preservar su intimidad y confidencialidad, participar en las decisiones clínicas y formular reclamos sin sufrir represalias. El maltrato, la discriminación, la exposición pública de diagnósticos o la negativa a proporcionar información constituyen vulneraciones sustantivas, aunque la prestación médica haya sido otorgada.

La seguridad del paciente debe ocupar un lugar central en la supervisión. Los errores de medicación, infecciones asociadas a la atención, fallas de identificación, caídas, complicaciones quirúrgicas, retrasos diagnósticos y deficiencias en la comunicación entre equipos pueden causar daños evitables. La inexistencia de reportes no necesariamente demuestra seguridad; puede revelar ausencia de sistemas de detección o una cultura institucional que sanciona el reporte y favorece el ocultamiento.

El sistema requiere mecanismos de notificación de incidentes y eventos adversos que distingan el aprendizaje institucional de la determinación de responsabilidades. Los eventos deben analizarse para identificar causas clínicas, organizativas, tecnológicas y humanas, sin reducir automáticamente el problema a la conducta individual del profesional interviniente.

La supervisión de calidad tampoco puede depender exclusivamente de documentos elaborados por el propio establecimiento. Los registros administrativos pueden reportar cumplimiento formal sin reflejar la experiencia real de quienes buscan atención. Es necesario contrastar los datos institucionales con expedientes clínicos, observación directa, entrevistas, encuestas, reclamos y verificación independiente.

La información disponible se encuentra frecuentemente fragmentada entre los sistemas de afiliación, citas, farmacia, laboratorio, imágenes, hospitalización, referencia, facturación, auditoría y reclamos. La falta de interoperabilidad impide reconstruir el recorrido de la persona asegurada y evaluar si la prestación fue integral y continua.

Los indicadores producidos por los entes gestores no siempre utilizan definiciones uniformes. Un mismo concepto como tiempo de espera, consulta otorgada, medicamento disponible o reclamo resuelto, puede calcularse de manera distinta entre instituciones. Esto impide comparar resultados y favorece la presentación de datos que no reflejan la situación real.

También existe el riesgo de concentrar la evaluación en indicadores de producción: número de consultas, cirugías, recetas o estudios realizados. Estas cifras son necesarias, pero no permiten determinar si la atención fue oportuna, segura, pertinente y resolutiva. Una mayor cantidad de actos médicos no equivale automáticamente a mejores resultados.

La ausencia de publicación periódica limita el control social. Las personas aseguradas desconocen los tiempos promedio de espera, el grado de abastecimiento, los resultados de auditoría, la cantidad de eventos adversos, el porcentaje de reclamos resueltos o el cumplimiento de los planes de mejora. Esta opacidad dificulta ejercer derechos y exigir responsabilidad institucional.

Valoración dogmática: El derecho a la seguridad social de corto plazo posee naturaleza prestacional. Su cumplimiento exige conductas positivas del Estado, de la autoridad supervisora y de los entes gestores. No basta con reconocer la titularidad del derecho ni con

mantener estructuras administrativas; deben organizarse recursos, personal, infraestructura y procedimientos capaces de otorgar prestaciones reales.

La cobertura formal constituye una condición necesaria, pero no suficiente. El derecho solo puede considerarse satisfecho cuando la prestación es materialmente accesible, clínicamente adecuada, oportuna, continua, segura y respetuosa de la dignidad de la persona.

La disponibilidad exige establecimientos, personal, medicamentos, equipos e insumos suficientes. La accesibilidad comprende dimensiones territoriales, económicas, informativas, administrativas y tecnológicas. La aceptabilidad requiere respeto a la dignidad, confidencialidad, cultura, género y decisiones de la persona. La calidad supone competencia profesional, evidencia científica, seguridad y capacidad resolutiva.

Estos componentes son interdependientes. Un establecimiento puede contar con infraestructura adecuada, pero resultar inaccesible por falta de citas. Puede ofrecer consultas oportunas, pero carecer de medicamentos. Puede disponer de especialistas, pero mantener prácticas de trato discriminatorio. La evaluación debe considerar el conjunto del proceso asistencial.

La oportunidad no debe entenderse como un objetivo administrativo deseable, sino como parte del contenido del derecho. Cuando el retraso incrementa el riesgo de daño o reduce la posibilidad de recuperación, la demora se convierte en una forma de denegación material de la prestación.

La continuidad también integra el contenido protegido. El sistema debe evitar interrupciones entre niveles de atención, cambios de establecimiento, transiciones entre condición activa y pasiva, modificaciones laborales o retrasos imputables al empleador. La persona no puede quedar sin tratamiento por problemas de coordinación que no le son atribuibles.

La calidad posee una dimensión individual y otra sistémica. En el plano individual, protege a cada persona frente a prácticas inseguras, negligentes o indignas. En el plano sistémico, obliga a organizar procesos que prevengan errores, detecten riesgos y permitan aprendizaje continuo.

La auditoría médica no debe limitarse a buscar responsabilidades después de producido el daño. Su finalidad principal es preventiva y correctiva. Debe evaluar estructura, proceso y resultados, identificar causas de las deficiencias y recomendar modificaciones verificables.

La medición mediante indicadores no sustituye la valoración jurídica ni clínica. Los indicadores son instrumentos para detectar riesgos, comparar desempeño y orientar decisiones. No pueden utilizarse mecánicamente para sancionar sin verificar la calidad de los datos, las condiciones institucionales y el perfil de riesgo de la población atendida.

Las comparaciones entre entes gestores deben ajustarse por edad, sexo, carga de enfermedad, complejidad, dispersión territorial y composición de la población asegurada. De otro modo, una institución que atiende personas con mayor riesgo podría aparecer injustificadamente como menos eficiente.

La publicación de resultados cumple una función de garantía. La transparencia permite a la población conocer el desempeño de su ente gestor, identificar barreras y participar en el control. También favorece la corrección temprana de problemas y reduce la discrecionalidad institucional.

Sin embargo, la transparencia debe respetar la confidencialidad clínica y la protección de datos personales. Los indicadores deben publicarse de forma agregada y anonimizada. La identificación individual solo corresponde cuando resulte necesaria para la atención, auditoría o investigación legalmente autorizada.

La supervisión debe mantener independencia respecto de las entidades fiscalizadas. La información declarada por los entes gestores requiere validación, auditoría y contraste con fuentes externas. Sin verificación, el sistema corre el riesgo de convertir el reporte en una actividad formal orientada a mostrar cumplimiento.

Las consecuencias por incumplimiento deben responder a legalidad, tipicidad, gradualidad y proporcionalidad. No toda desviación de un indicador constituye una infracción sancionable. Debe distinguirse entre variaciones justificadas, deficiencias corregibles, incumplimientos reiterados y conductas graves que ponen en riesgo la vida, la salud o la continuidad de las prestaciones.

La imposición de consecuencias tampoco puede perjudicar a la población protegida. Reducir recursos a un establecimiento con bajo desempeño puede agravar las deficiencias. Las medidas deben dirigirse a corregir la gestión, fortalecer capacidades y determinar responsabilidades personales cuando corresponda.

La interpretación protectora no autoriza a la ASUSS a crear por reglamento infracciones o sanciones sin suficiente fundamento legal. La potestad regulatoria puede definir estándares, metodologías e indicadores, pero las consecuencias restrictivas, las intervenciones institucionales y las sanciones deben estar previstas en una norma con rango de ley.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Crear mediante ley un Sistema Nacional de Información, Evaluación y Calidad de la Seguridad Social de Corto Plazo, dirigido por la ASUSS y articulado con el Ministerio de Salud y Deportes, los entes gestores, los seguros delegados y las instancias de participación y control social.

El sistema debe tener como objetivos: **a)** medir el acceso efectivo a las prestaciones; **b)** evaluar oportunidad, continuidad, integralidad y calidad; **c)** detectar riesgos sanitarios y financieros; **d)**

comparar resultados mediante metodologías homogéneas; **e)** informar a la población asegurada; **f)** orientar la planificación y el presupuesto; **g)** verificar el cumplimiento de estándares; **h)** exigir planes de mejora; y **i)** determinar responsabilidades cuando existan incumplimientos jurídicamente imputables.

La ley debe establecer un conjunto mínimo nacional de indicadores, sin impedir que la ASUSS incorpore otros mediante regulación técnica. Los indicadores deben organizarse en dimensiones de estructura, proceso, resultados, experiencia de la persona, equidad y sostenibilidad.

Los indicadores de estructura deberían comprender: **a)** número de establecimientos por nivel de atención; **b)** población asegurada asignada a cada establecimiento; **c)** disponibilidad de camas, consultorios, quirófanos y unidades críticas; **d)** cantidad y distribución de profesionales por especialidad; **e)** cobertura de turnos y guardias; **f)** funcionamiento y tiempo de inactividad de equipos médicos; **g)** disponibilidad de ambulancias; **h)** capacidad de laboratorio e imagenología; **i)** accesibilidad física para personas con discapacidad; y **j)** disponibilidad de sistemas de información.

Los indicadores de acceso y oportunidad deberían incluir: **a)** tiempo promedio y mediano para obtener consulta de medicina general; **b)** tiempo de espera por especialidad; **c)** tiempo para estudios de laboratorio e imagen; **d)** tiempo entre indicación y cirugía; **e)** porcentaje de citas canceladas por la institución; **f)** porcentaje de personas que no consiguen cita; **g)** tiempo de atención en emergencias según categoría de triaje; **h)** tiempo para autorización de prestaciones externas; **i)** espera para rehabilitación; y **j)** oportunidad de controles prenatales y de enfermedades crónicas.

No debe utilizarse únicamente el promedio, porque puede ocultar esperas extremas. Deben publicarse medianas, percentiles y proporción de casos que superan el estándar máximo.

Los indicadores de medicamentos e insumos deberían comprender: **a)** porcentaje de recetas dispensadas íntegramente en la primera presentación; **b)** disponibilidad de medicamentos esenciales; **c)** días de desabastecimiento por producto; **d)** interrupciones de tratamientos crónicos; **e)** medicamentos próximos a vencer o vencidos; **f)** rotación de inventarios; **g)** tiempo de reposición; **h)** sustituciones farmacológicas; **i)** eventos adversos asociados a medicamentos; y **j)** gasto de bolsillo declarado por falta de provisión institucional.

El indicador de disponibilidad no debe calcularse únicamente a partir de existencias centrales. Debe verificar que el medicamento se encuentre disponible en el punto de dispensación y sea efectivamente entregado a la persona asegurada.

Los indicadores de referencia y contrarreferencia deberían medir: **a)** porcentaje de referencias aceptadas; **b)** tiempo hasta la atención del establecimiento receptor; **c)** referencias rechazadas y causa; **d)** porcentaje de casos con contrarreferencia; **e)** continuidad del tratamiento después

del retorno; **f)** referencias realizadas fuera del ente gestor; **g)** traslados de emergencia oportunos; **h)** duplicidad de estudios por falta de información; e **i)** pérdida de seguimiento.

Los indicadores de calidad y seguridad deberían incluir: **a)** infecciones asociadas a la atención en salud; **b)** errores de medicación**; c)** caídas de pacientes; **d)** eventos quirúrgicos adversos; **e)** lesiones por presión; **f)** reingresos no programados; **g)** mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo; h) complicaciones potencialmente evitables; **i)** cumplimiento de listas de verificación quirúrgica; **j)** identificación correcta del paciente; **k)** cumplimiento de higiene de manos; **l)** eventos centinela; **m)** oportunidad diagnóstica; y **n)** implementación de recomendaciones de auditoría.

El reporte de eventos adversos debe diseñarse con un enfoque de aprendizaje y cultura justa. La notificación voluntaria y confidencial debe proteger a quien informa de buena fe, sin impedir la investigación de dolo, ocultamiento, negligencia grave o incumplimientos deliberados.

Los indicadores de continuidad deberían evaluar: **a)** seguimiento de enfermedades crónicas; **b)** abandono de tratamiento; **c)** continuidad después del alta hospitalaria; **d)** cumplimiento de controles posteriores; **e)** transición entre atención pediátrica y adulta; **f)** continuidad de rentistas y pensionados; **g)** tratamiento durante cambios de empleador o ente gestor; y **h)** atención de personas con enfermedades de alto costo.

Los indicadores de trato digno y experiencia de la persona deberían comprender:

a) información recibida sobre diagnóstico y tratamiento; **b)** respeto a intimidad y confidencialidad; **c)** consentimiento informado; **d)** percepción de trato respetuoso; **e)** discriminación reportada; **f)** barreras culturales o lingüísticas; **g)** tiempo destinado a la consulta; **h)** claridad de las instrucciones; **i)** reclamos por maltrato; y **j)** satisfacción con la respuesta institucional.

Las encuestas no deben aplicarse exclusivamente dentro del establecimiento ni por el personal responsable de la atención. Deben existir mecanismos independientes, muestras representativas y canales accesibles para personas adultas mayores, con discapacidad o sin acceso digital.

Los indicadores de reclamos deberían medir: **a)** cantidad de reclamos por mil personas aseguradas; **b)** materia del reclamo; **c)** tiempo de respuesta; **d)** porcentaje resuelto dentro del plazo; **e)** decisiones favorables al asegurado; **f)** reincidencia; **g)** cumplimiento de la solución; y **h)** casos derivados a auditoría o procedimiento sancionador.

Una disminución del número de reclamos no debe interpretarse automáticamente como mejora. Puede reflejar desconocimiento, desconfianza o dificultades de acceso al mecanismo. Debe analizarse junto con encuestas, denuncias y resultados de supervisión.

Los indicadores de equidad deben desagregarse, cuando sea jurídica y técnicamente posible, por sexo, edad, discapacidad, condición activa o pasiva, territorio, área urbana o rural, pertenencia cultural y tipo de establecimiento. La finalidad es detectar diferencias injustificadas en acceso, oportunidad y resultados.

La ASUSS debe aprobar fichas técnicas para cada indicador. Estas deben definir objetivo, fórmula, numerador, denominador, fuente de datos, periodicidad, responsable, criterios de exclusión, desagregación, estándar esperado y procedimiento de validación.

Los indicadores deben vincularse con estándares explícitos. La publicación de cifras sin parámetros de cumplimiento no permite determinar si el resultado es adecuado. Los estándares pueden establecer umbrales máximos, mínimos o metas progresivas según la naturaleza de la prestación.

La fijación de tiempos máximos debe basarse en criterios clínicos. La regulación puede establecer categorías de prioridad, por ejemplo: emergencia inmediata, urgencia, sospecha de enfermedad grave, control prioritario, atención ordinaria y procedimiento electivo.

Cuando un ente gestor no pueda atender dentro del plazo máximo, debe activar un mecanismo de garantía. Este puede consistir en ampliación de horario, derivación a otro establecimiento, compra de servicios o transferencia temporal de la prestación, sin trasladar costos injustificados a la persona asegurada.

Toda cancelación institucional debe ser registrada, comunicada y reprogramada prioritariamente. No debe obligarse al asegurado a reiniciar el trámite ni a competir nuevamente por una ficha cuando la cancelación sea imputable al establecimiento.

En materia de medicamentos, la falta de disponibilidad debe generar una respuesta institucional inmediata. El ente gestor debe localizar existencias en otro establecimiento, realizar una provisión alternativa o adoptar otro mecanismo autorizado que garantice la continuidad terapéutica. La simple anotación de “sin existencia” no constituye cumplimiento de la prestación.

La ASUSS debe realizar auditorías periódicas de calidad de datos. Estas deben verificar consistencia, completitud, trazabilidad, duplicidad, manipulación, subregistro y correspondencia con expedientes clínicos, inventarios y registros de atención.

El sistema debe incorporar auditoría externa independiente. Esta podrá ser realizada por equipos especializados seleccionados mediante procedimientos transparentes, universidades públicas, organismos técnicos o entidades acreditadas, bajo reglas que garanticen competencia, imparcialidad y ausencia de conflictos de interés.

La auditoría externa no debe depender económicamente de la unidad o establecimiento directamente evaluado. Sus informes deben publicarse, protegiendo datos personales y secretos clínicos.

La evaluación debe combinar información cuantitativa y cualitativa. Los indicadores estadísticos deben complementarse con visitas in situ, revisión de expedientes, entrevistas, observación de procesos y análisis de casos trazadores.

La experiencia acumulada por el INASES, la ASUSS y los entes gestores debe sistematizarse en una ley de seguridad social de corto plazo. La regulación administrativa es adecuada para definir fichas técnicas, estándares, formularios, plazos de reporte, protocolos y procedimientos de auditoría. Sin embargo, el contenido esencial de las prestaciones, los tiempos máximos garantizados, las obligaciones de continuidad, las competencias fiscalizadoras, las garantías de reclamación y el régimen sancionador requieren regulación legal.

Esta actualización permitiría transitar desde una supervisión centrada en afiliación y cumplimiento documental hacia un modelo de garantía efectiva, en el que la calidad se mida por la capacidad real del sistema para brindar atención oportuna, segura, continua y digna.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

CAPÍTULO IX. Diagnóstico del Título VI: procedimientos, coactivo social y debido proceso

Idea rectora

La finalidad de este apartado es precisar el alcance dogmático del bloque revisado, distinguir vigencia formal y vigencia material, y exponer los puntos de fricción entre el diseño de 1956, el marco constitucional vigente y la regulación administrativa posterior.

Este análisis no se agota en reproducir el contenido legal. Estudia la estructura dogmática del bloque, su vigencia efectiva, las actualizaciones que cambiaron su sentido y la interpretación que impone la Constitución Política del Estado de 2009. Con ello se separa lo todavía operativo de lo que necesita derogación, actualización o integración normativa.

IX.1. Procedimientos administrativos dispersos

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 13, 14, 18, 24, 45, 109, 115, 117, 119, 120, 232, 235, 256, 298.II.16 y 410; Código de Seguridad Social, Título VI, arts. 192 a 230; Reglamento del Código de Seguridad Social, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 5315, particularmente las disposiciones sobre instancias de los Entes Gestores, reclamaciones, apelaciones, procedimiento coactivo social y sanciones; Ley N.º 2341, de Procedimiento Administrativo; Decreto Supremo N.º 27113; Decreto Supremo N.º 3525, en materia de actuaciones y mecanismos digitales; Decreto Supremo N.º 3561, de creación de la ASUSS; Ley N.º 025, del Órgano Judicial; Código Procesal del Trabajo; Ley N.º 620, respecto del control contencioso-administrativo; Ley N.º 254, Código Procesal Constitucional; y reglamentos sectoriales de la ASUSS sobre afiliación, prestaciones, auditoría, fiscalización, sanciones y reclamaciones. DL 10173

Diagnóstico: El denominado “régimen jurídico-administrativo” del Título VI no responde a la técnica contemporánea de un procedimiento administrativo sistematizado. Contiene reglas de distinta naturaleza jurídica: obligaciones de inscripción patronal, afiliación de trabajadores, responsabilidad contributiva, pago directo de prestaciones, valor probatorio de los registros institucionales, deber de resolver solicitudes, fiscalización, imposición de multas, cobro de aportes, recursos y prescripción.

Esta heterogeneidad impide identificar una secuencia procedimental común. El Código no determina de manera completa las fases de iniciación, admisión, subsanación, instrucción, prueba, informes, medidas provisionales, resolución, notificación, impugnación y ejecución. Tampoco distingue adecuadamente entre procedimiento prestacional, procedimiento de afiliación, procedimiento fiscalizador, procedimiento determinativo de deuda, procedimiento sancionador y procedimiento de ejecución coactiva.

La regulación vigente se encuentra distribuida entre el Código, su Reglamento, el Decreto Ley N.º 13214, la Ley N.º 2341, el DS N.º 27113, el DS N.º 3561, resoluciones administrativas de la ASUSS y reglamentos internos de cada ente gestor. Esta dispersión produce superposición de normas, duplicidad de trámites y diferencias institucionales respecto de requisitos, plazos, autoridades competentes y recursos.

El artículo 201 del Código constituye un antecedente relevante del deber administrativo de resolver, obliga a la caja a pronunciarse sobre toda solicitud de prestación o reclamación, comunicar la decisión por escrito y expresar los motivos de la negativa. Sin embargo, su formulación no contiene los elementos que actualmente integran la motivación suficiente: determinación de los hechos, valoración de la prueba, identificación de la normativa aplicable, exposición del razonamiento y pronunciamiento sobre todas las cuestiones planteadas.

El artículo 198 atribuye valor de plena prueba a los registros y documentos emanados de la caja o que se encuentren en su poder. Aplicada literalmente, esta disposición establece una ventaja probatoria institucional difícilmente compatible con la igualdad procedimental, el derecho a la defensa y la verdad material. Los documentos administrativos pueden beneficiarse de presunción de legitimidad o autenticidad, pero no deben constituir prueba irrebatible cuando existan otros elementos capaces de demostrar errores de afiliación, cotización, identificación o registro.

La regla debe interpretarse como una presunción relativa susceptible de contradicción. La persona asegurada debe poder aportar contratos, papeletas salariales, registros médicos, certificaciones, transferencias, documentos laborales y cualquier otro medio lícito. La entidad está obligada a contrastar sus bases de datos con la realidad comprobada y no puede considerar infalible su propio sistema informático.

La dispersión también afecta la competencia. El Código atribuye decisiones a consejos, comisiones, gerencias y órganos jurisdiccionales cuya denominación o estructura fue modificada. El Reglamento conserva referencias al Consejo Ejecutivo y a la Sala de Seguridad Social de la antigua Corte Nacional del Trabajo. La extinción o transformación de estos órganos impide una aplicación literal de las reglas de instancia.

La competencia administrativa no puede presumirse ni reconstruirse únicamente mediante analogía institucional. Debe derivar de una norma válida que identifique órgano, materia, grado, territorio y alcance de la potestad. Esta exigencia es especialmente rigurosa respecto de sanciones, liquidaciones de deuda, suspensión de prestaciones y decisiones que agotan la vía administrativa.

El DS N.º 3561 atribuye a la ASUSS facultades de regulación, supervisión, fiscalización, auditoría e imposición de sanciones. No obstante, la norma no conforma por sí sola un procedimiento general aplicable a todas las controversias. Los entes gestores continúan emitiendo actos en materias prestacionales y contributivas, mientras la ASUSS interviene como regulador, fiscalizador o autoridad revisora según la naturaleza del asunto.

Esta pluralidad puede generar incertidumbre sobre la instancia competente. No siempre es claro si la persona debe reclamar ante el establecimiento de salud, la administración regional, una comisión de prestaciones, la máxima autoridad del ente gestor o la ASUSS. Tampoco existe uniformidad absoluta sobre cuándo una queja constituye recurso, denuncia regulatoria, solicitud de auditoría o reclamación prestacional.

La ausencia de clasificación provoca que una petición sea rechazada por denominación incorrecta. Este resultado contradice el informalismo y la obligación de reconducir la solicitud conforme a su contenido material. La Administración debe identificar la pretensión real y tramitarla por la vía jurídicamente adecuada.

En materia de plazos, el diseño histórico no contiene plazos uniformes respecto de la evaluación de descargos previo a la emisión de la nota de cargo, como los tres días para reclamar determinadas multas o los cinco días para apelar resoluciones de los Entes Gestores. Tales plazos deben analizarse a la luz del derecho efectivo de defensa, la complejidad técnica de la controversia y la situación de salud de la persona interesada.

La exigencia prevista en el artículo 219 de depositar previamente el monto de la multa para obtener la revisión administrativa responde a la técnica del *solve et repete*. Su aplicación automática restringe el acceso al recurso y puede producir indefensión cuando el depósito resulte económicamente imposible o desproporcionado. Una garantía de cobro no debe vaciar el derecho a impugnar. En el trascurso del tiempo esta actividad no es aplicable.

La notificación constituye otro punto crítico. La comunicación verbal, las anotaciones en formularios, los mensajes informales o la mera modificación de un estado digital no reúnen necesariamente las condiciones de una notificación válida. Para activar plazos debe existir identificación del acto, texto íntegro, autoridad emisora, fecha verificable y constancia de recepción o acceso.

La digitalización habilita mecanismos de notificación electrónica, pero no elimina las garantías. El canal debe encontrarse previamente habilitado, permitir autenticar al destinatario, asegurar integridad documental y dejar constancia verificable. La notificación digital tampoco puede excluir a personas sin conectividad, habilidades tecnológicas o acceso regular a dispositivos.

La dispersión procedimental repercute directamente en el coactivo social. La ejecución judicial de aportes presupone una fase administrativa válida de fiscalización, determinación y liquidación. Si la inspección, la valoración de descargos, la cuantificación de la deuda o la notificación del pliego presentan defectos, estos se trasladan al título coactivo.

Por ello, el proceso coactivo no puede ser examinado de manera aislada. La fuerza ejecutiva de la nota o pliego de cargo depende de que la obligación sea determinada por autoridad competente, con base legal, motivación, liquidez, exigibilidad y oportunidad de contradicción. La ejecutividad no sanea los vicios de la fase administrativa previa.

Se evidenció una inoportuna implantación de controles para las obligaciones de las empresas, venciendo el plazo establecido de 2 (dos) años dispuesto por el Código Actual.

Valoración dogmática: El procedimiento administrativo de seguridad social posee naturaleza instrumental y garantista. No constituye una formalidad separada del derecho sustantivo, sino el mecanismo mediante el cual se determina afiliación, cobertura, prestación, cotización, deuda, responsabilidad o sanción.

En materia prestacional, la función del procedimiento es asegurar tutela administrativa efectiva. En materia fiscalizadora, debe establecer la realidad contributiva. En materia sancionadora, limita el ejercicio del poder punitivo. En materia coactiva, constituye el presupuesto de formación de un título ejecutable.

La especialidad de la seguridad social no desplaza las garantías generales de la Ley N.º 2341. El Código y sus reglamentos operan como normativa especial respecto del objeto, los sujetos y determinadas actuaciones; la legislación administrativa general integra sus vacíos y proporciona el estatuto mínimo de competencia, motivación, prueba, notificación, impugnación y ejecución.

La relación entre ambas fuentes no puede resolverse mediante una aplicación mecánica del principio de especialidad. Una norma especial anterior a la Constitución no prevalece cuando reduce garantías constitucionales. La especialidad es válida dentro del marco de supremacía constitucional, debido proceso y tutela efectiva.

La verdad material adquiere particular intensidad porque la información relevante suele encontrarse distribuida entre empleador, ente gestor, ASUSS y persona asegurada. La Administración debe investigar de oficio, consultar registros y requerir documentos, en lugar de trasladar toda la carga probatoria al administrado.

El informalismo no significa ausencia de procedimiento. Impone que los defectos subsanables, la denominación incorrecta del recurso o la falta de documentos disponibles en registros públicos no determinen rechazo automático. La forma debe servir a la decisión correcta y no convertirse en una barrera autónoma.

La motivación debe ser reforzada cuando la decisión niegue o suspenda prestaciones, determine deudas, imponga sanciones o habilite ejecución coactiva. La intensidad de la justificación debe guardar relación con la gravedad de la afectación.

En materia sancionadora rigen legalidad, tipicidad, irretroactividad desfavorable, culpabilidad, presunción de inocencia, proporcionalidad y *non bis in idem*. Las infracciones no pueden construirse mediante cláusulas abiertas cuya aplicación dependa exclusivamente de criterios administrativos.

El silencio negativo tampoco resulta suficiente para prestaciones urgentes. Su función es habilitar la impugnación frente a la inactividad, pero no sustituye la obligación de resolver ni protege adecuadamente cuando están comprometidos medicamentos, hospitalización o continuidad terapéutica.

La reserva legal exige que las etapas esenciales, los recursos, los efectos del silencio, las medidas provisionales, las infracciones y las sanciones se encuentren en una norma con rango de ley. Los reglamentos pueden desarrollar técnicas operativas, pero no alterar el contenido del derecho de defensa.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Procedimiento especializado: aprobar por ley un procedimiento administrativo de seguridad social de corto plazo aplicable a la ASUSS y a todos los entes gestores, t**ipología procedimental,** diferenciar afiliación, prestaciones, fiscalización, determinación contributiva, sanción, reclamación e impugnación. **Instancias uniformes,** definir expresamente autoridades de primera instancia, recursos de revocatoria y jerárquico, agotamiento de vía y control jurisdiccional. **Motivación reforzada,** exigir relación de hechos, prueba, fundamento normativo, cálculo y decisión en todo acto restrictivo o determinativo. **Prueba contradictoria,** convertir el valor de los registros institucionales en presunción refutable y aplicar verdad material e impulso de oficio. **Tutela urgente,** incorporar medidas provisionales para garantizar prestaciones cuando la demora pueda ocasionar daño grave o irreversible. **Notificación interoperable,** establecer expediente único, domicilio digital voluntario, constancia de acceso y canales alternativos no digitales. **Depuración orgánica:** eliminar referencias a órganos extinguidos y reconstruir legalmente las competencias administrativas y jurisdiccionales. **Conexión con el coactivo,** condicionar la fuerza ejecutiva del título a una determinación administrativa motivada, líquida, exigible y válidamente notificada. **Reserva legal,** limitar los reglamentos de la ASUSS a formularios, plazos operativos, protocolos y especificaciones técnicas, manteniendo en la ley las garantías,

recursos y sanciones. La actualización debe transformar un conjunto disperso de reglas históricas en un procedimiento uniforme, constitucionalmente adecuado y capaz de articular protección prestacional, fiscalización contributiva y ejecución social sin sacrificar el debido proceso. **Oportunidad.** En la actualización del código de seguridad social se debe establecer que las inspecciones de control de empresas sean oportunas a efecto de verificar que los beneficiarios, gocen de forma oportuna el derecho a la salud.

Finalmente, la experiencia acumulada por el INASES, la ASUSS y los entes gestores debe integrarse en un marco legal coherente. La reglamentación administrativa puede desarrollar formularios, expedientes, plazos internos, protocolos y canales tecnológicos. Sin embargo, la titularidad de los derechos, las condiciones esenciales de acceso, las garantías procedimentales, los recursos, la tutela urgente, los efectos del silencio, las potestades de supervisión y el régimen sancionatorio deben quedar establecidos por ley.

La aprobación de un procedimiento administrativo especializado permitiría sustituir la actual dispersión por un sistema común, accesible y constitucionalmente adecuado, en el que la diversidad institucional no se traduzca en desigualdad y la decisión administrativa funcione como una verdadera garantía del derecho a la seguridad social de corto plazo.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con la inclusión en un capítulo del código actualizado, ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

IX.2. Debido proceso en coactivo social

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 23, 45, 109, 115, 116, 117, 119, 120, 178 y 180; Código de Seguridad Social, arts. 215 a 224 y 225 a 230; Decreto Ley N.º 10173, art. 32, modificatorio del art. 223 del Código; Reglamento del Código de Seguridad Social, arts. 588 y 609 a 622; Ley N.º 1602, especialmente sus arts. 6, 11 y 12; Código Procesal del Trabajo, arts. 1 a 4 y disposiciones sobre citación, prueba, recursos y ejecución; Ley N.º 025, arts. 59 y 73; Ley N.º 2341 y Decreto Supremo N.º 27113, como parámetros integradores de la fase administrativa de fiscalización y determinación; y Ley N.º 254 respecto de la tutela constitucional.

Constituyen precedentes relevantes la SC 1227/2003-R, relativa a citación, indefensión y apremio ilegal; la jurisprudencia constitucional sobre excepcionalidad del apremio en obligaciones laborales

y de seguridad social; y la jurisprudencia del Tribunal Supremo de Justicia sobre fuerza coactiva de la nota de cargo, prescripción, liquidez, exigibilidad y control de las resoluciones dictadas en ejecución social.

Diagnóstico: El coactivo social constituye un proceso jurisdiccional especial dirigido a la recuperación expedita de cotizaciones, aportes, recargos, intereses, multas y demás acreencias de las entidades gestoras. Su estructura responde a la naturaleza finalista de los recursos de seguridad social: la mora patronal afecta fondos destinados a financiar prestaciones de salud, subsidios y contingencias protegidas.

El procedimiento histórico se concentra en la cognición. Presentada la demanda con nota de cargo, el juez debe examinar su fuerza coactiva y dictar auto de solvendo, disponiendo pago, embargo, retención de fondos y anotación preventiva. El ejecutado dispone de tres días para formular excepciones o reclamos, seguidos de un periodo probatorio breve y de una resolución motivada.

La sumariedad es constitucionalmente legítima únicamente cuando el título contiene una obligación previamente determinada, líquida, vencida y exigible.

La principal deficiencia radica en la débil separación entre fase administrativa y fase judicial. La nota de cargo es elaborada unilateralmente por el ente Gestor sobre la base de inspecciones, planillas, liquidaciones o determinaciones internas.

La nota de cargo debe identificar, como mínimo, al sujeto obligado; periodos reclamados; número de trabajadores; masa salarial; tasa aplicable; capital; pagos imputados; intereses; recargos; multas; fundamento normativo y operación matemática. La ausencia de estos elementos impide verificar la liquidez y transforma el título en una afirmación unilateral no controlable.

La SC 1227/2003-R evidenció una segunda deficiencia estructural: la aceleración del cobro puede conducir a medidas ejecutivas sin citación válida. En ese caso se ordenaron conminatorias, apremio y allanamiento sin constancia cierta de que la demanda y el auto de solvendo hubieran sido comunicados en el domicilio real del coactivado.

La citación no es una formalidad accesoria. Constituye el acto que integra al demandado al proceso, activa el plazo para excepcionar y legitima la continuación de la ejecución. Sin emplazamiento válido no existe rebeldía, preclusión ni ejecutoria oponible.

La notificación mediante cédula requiere búsqueda real, identificación concreta del domicilio, representación circunstanciada del funcionario y constancia verificable de entrega. La

referencia genérica a un “domicilio señalado” no satisface el estándar de certeza cuando existen otros domicilios conocidos o comunicados en el expediente.

El juez tiene un deber activo de control. No puede limitarse a reproducir la solicitud de la entidad coactivante. Antes de ordenar embargo, remate o apremio debe verificar competencia, personería, fuerza coactiva del título, citación, ejecutoria y correspondencia entre la persona contra quien se dirige la medida y el sujeto obligado.

El régimen de excepciones presenta formulación imprecisa. La referencia a “excepciones dilatorias o reclamos” no identifica taxativamente defensas relativas a incompetencia, falta de personería, inhabilidad del título, pago, prescripción, duplicidad, error de cálculo o inexistencia de obligación. Esta indeterminación favorece decisiones disímiles sobre admisión y prueba.

También existe tensión en la apelación. El depósito previo del importe total ejecutado como requisito para conceder el recurso reproduce una modalidad de *solve et repete*. Aunque persigue asegurar la recaudación, puede impedir el control de segunda instancia cuando la capacidad económica del ejecutado sea insuficiente o cuando precisamente se controvierta la existencia o cuantía de la deuda. Procedimiento utilizado antiguamente cuando se entraba vigente la tuición del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Las medidas precautorias se adoptan simultáneamente con el auto de solvendo. Su anticipación puede justificarse por riesgo de ocultamiento patrimonial, pero la normativa no desarrolla con precisión suficiencia, proporcionalidad, sustitución, reducción o levantamiento. Un embargo manifiestamente superior al crédito transforma la cautela en afectación patrimonial excesiva.

La mayor tensión constitucional se presenta con el apremio corporal. La legislación especial lo conserva excepcionalmente en materia de seguridad social, pero su emisión no puede ser automática. Requiere título ejecutoriado, citación válida, incumplimiento, verificación de insolvencia o ineficacia de la ejecución patrimonial, identificación individual del obligado y resolución judicial fundamentada.

La condición de representante legal no basta por sí sola para ordenar una restricción de libertad. Debe determinarse si la persona ejercía efectivamente la representación relevante, fue legalmente emplazada, conoció la obligación y se encuentra comprendida por el título y la decisión ejecutoriada.

Valoración dogmática: El coactivo social es un proceso de ejecución especial, pero contiene un espacio limitado de cognición. El juez no revisa nuevamente toda la relación contributiva; controla la validez del título y resuelve las defensas capaces de impedir, extinguir o modificar su fuerza ejecutiva.

La ejecutividad de la nota de cargo no equivale a irrevisabilidad. Su presunción es relativa y queda subordinada a competencia, legalidad, determinación suficiente, motivación, liquidez, vencimiento y exigibilidad.

La protección de la recaudación constituye una finalidad constitucional legítima porque preserva recursos afectados a derechos sociales. Sin embargo, la finalidad protectora del crédito no convierte al ente gestor en autoridad exenta de contradicción ni permite sacrificar el derecho de defensa.

La sumariedad es compatible con el debido proceso cuando conserva un núcleo mínimo: conocimiento efectivo, tiempo razonable, defensa técnica, acceso a prueba pertinente, decisión motivada y recurso efectivo. Los plazos abreviados deben computarse desde una citación válida y admitir restitución cuando exista impedimento no imputable.

La igualdad procesal exige compensar la asimetría informativa. La entidad coactivante controla planillas, inspecciones, liquidaciones y registros; por ello debe acompañar el expediente administrativo íntegro y no solamente la nota de cargo.

La motivación judicial debe ser reforzada. El auto de solvendo debe explicar por qué el documento posee fuerza coactiva; la resolución de excepciones debe valorar cada prueba y responder cada agravio; y toda medida precautoria o corporal debe justificar idoneidad, necesidad y proporcionalidad.

El apremio tiene naturaleza excepcional y subsidiaria respecto de la ejecución patrimonial. Su fundamento no puede ser el mero impago, sino la concurrencia estricta de los presupuestos legales después de agotarse o demostrarse insuficientes los medios patrimoniales.

La SC 1227/2003-R impone un deber jurisdiccional de saneamiento. Antes de restringir la libertad, la autoridad debe revisar de oficio la legalidad de la citación y de las actuaciones precedentes, aunque el coactivante solicite la medida y el expediente aparente ejecutoria formal.

La nulidad procesal debe regirse por especificidad, trascendencia y finalidad. La irregularidad en la citación es trascendente cuando impide oponer excepciones; en cambio, un defecto que no produzca indefensión y haya cumplido su finalidad no justifica retroacción automática.

La exigencia de depósito previo para apelar debe superar un juicio de proporcionalidad. Es constitucionalmente objetable cuando bloquea de manera absoluta la revisión de una deuda controvertida. La garantía de cobro puede alcanzarse mediante embargo, caución, pago de la parte no discutida u otras medidas menos restrictivas.

Criterios para la adecuación y actualización normativa:

Título coactivo, exigir identificación del deudor, periodos, base contributiva, tasa, capital, pagos, intereses, multas, fundamento legal y liquidación reproducible. **Fase administrativa previa,** regular fiscalización, vista de cargo, descargos, prueba, resolución determinativa y notificación antes de la judicialización. **Control judicial inicial,** obligar al juez a verificar competencia, personería, liquidez, exigibilidad, prescripción aparente y regularidad del expediente administrativo. **Citación,** establecer citación personal prioritaria, domicilio verificable, reglas estrictas para cédula y edictos, y nulidad cuando exista indefensión material. **Excepciones,** tipificar incompetencia, falta de personería, inhabilidad del título, pago, prescripción, duplicidad, error de liquidación, cosa juzgada y otras defensas extintivas demostrables. **Medidas precautorias,** sujetar embargo, retención y anotación a suficiencia, proporcionalidad, sustituibilidad y control contradictorio inmediato. **Apelación efectiva,** eliminar el depósito íntegro como barrera absoluta y sustituirlo por garantía razonable o pago de la parte no controvertida. **Apremio excepcional,** exigir ejecutoria, citación válida, incumplimiento, insolvencia comprobada, agotamiento patrimonial y resolución individualizada y motivada. **Expediente digital,** integrar fiscalización, nota de cargo, citación, cálculo, pagos, medidas y recursos con trazabilidad y firma digital. **Reserva legal,** establecer mediante ley los presupuestos del título, defensas, medidas, recursos y apremio; reservar al reglamento únicamente formularios y operaciones técnicas.

La actualización debe preservar la eficacia recaudatoria sin mantener una ejecución automática. El crédito social requiere tutela reforzada, pero su cobro solo es legítimo cuando se sustancia ante juez competente, sobre título verificable y con defensa real, motivación suficiente y medidas proporcionales.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

IX.3. Barreras probatorias y formalismo

Base normativa

Constitución Política del Estado, arts. 13, 14, 24, 45, 62, 63, 109, 115, 117, 119, 180.I, 232, 256 y 410; Ley N.º 2341, especialmente sus arts. 4, 16, 18, 30, 46 a 48 y disposiciones sobre prueba, subsanación, motivación e impugnación; Decreto Supremo N.º 27113, en materia de impulso de

oficio, verdad material, admisión y producción probatoria, acceso al expediente y saneamiento procedimental; Código de Seguridad Social y Reglamento aprobado mediante DS N.º 5315, en cuanto regulan afiliación, beneficiarios, derechohabientes, registros y acreditación de prestaciones; Ley N.º 603, respecto del matrimonio, unión libre, filiación y medios de comprobación; Ley N.º 548; Ley N.º 223; Decreto Supremo N.º 3561; Reglamento Técnico de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación de la Seguridad Social de Corto Plazo; Reglamento Único de Prestaciones; y demás normativa sectorial emitida por la ASUSS.

Resultan aplicables los principios pro persona, favorabilidad, igualdad material, informalismo, eficacia, buena fe, verdad material, impulso de oficio, proporcionalidad, prevalencia del derecho sustantivo, facilidad probatoria y prohibición de indefensión.

Diagnóstico: El régimen de seguridad social de corto plazo conserva una estructura probatoria predominantemente documental. La afiliación de beneficiarios, el reconocimiento de derechohabientes, la acreditación de dependencia económica, la comprobación de uniones libres y el acceso a prestaciones suelen condicionarse a certificados, formularios, legalizaciones, registros y documentos emitidos por distintas autoridades.

La documentación cumple una función legítima: individualiza al titular, evita duplicidades, verifica el vínculo jurídico y protege los recursos del sistema. El problema surge cuando se convierte en una exigencia acumulativa, rígida o imposible de cumplir, aun cuando el hecho relevante puede comprobarse mediante registros públicos, antecedentes institucionales o prueba alternativa suficiente.

Debe diferenciarse entre requisito sustantivo y requisito instrumental. El primero integra el supuesto legal de la prestación, por ejemplo, filiación, vínculo conyugal, convivencia jurídicamente reconocible o dependencia económica. El segundo únicamente facilita su comprobación, como una fotocopia, formulario, certificado actualizado o legalización. La ausencia de un instrumento específico no equivale necesariamente a inexistencia del derecho.

La fragmentación registral intensifica la carga. El asegurado puede verse obligado a obtener información que ya posee el SERECI, el SEGIP, el ente gestor, el empleador u otra entidad pública. Esta reiteración vulnera economía, eficacia e impulso de oficio y traslada al administrado las deficiencias de coordinación institucional.

Las barreras afectan con mayor intensidad a personas adultas mayores, personas con discapacidad, residentes rurales, migrantes internos, niñas y niños, sobrevivientes de violencia, familias con documentación incompleta y personas dependientes económicamente. La igualdad formal en la exigencia documental puede producir exclusión material.

En las uniones libres, el error consiste en confundir inexistencia de registro con inexistencia absoluta del vínculo. La Ley N.º 603 admite su registro y, cuando exista controversia o falta de

inscripción, su comprobación por la vía legal correspondiente. La Administración no puede exigir matrimonio como única fuente de protección ni desconocer una resolución o registro válido de unión libre.

No obstante, la flexibilidad tampoco autoriza al ente gestor a declarar discrecionalmente un estado familiar reservado a la autoridad competente. Debe distinguirse entre admitir prueba provisional para proteger una prestación urgente y reconocer definitivamente un vínculo con efectos personales y patrimoniales generales.

La dependencia económica presenta mayor complejidad. No siempre existe un documento único que la acredite. Puede inferirse de convivencia, ausencia de ingresos propios, transferencias, manutención, discapacidad, estudios, declaraciones tributarias y otros indicios concordantes. Exigir exclusivamente una certificación formal puede impedir el reconocimiento de situaciones reales.

También existen barreras en la acreditación laboral. La falta de aviso de afiliación, planilla procesada o última cotización puede deberse al empleador o al propio ente gestor. En el Código Actualizado se debe poner relevancia que la persona no debe soportar automáticamente la pérdida de cobertura cuando puede demostrar la relación mediante contrato, papeleta salarial, registros de asistencia, depósitos u otros elementos, siendo que esta es obligación del Ente Gestor.

Valoración dogmática: La prueba en seguridad social cumple una función instrumental: verificar el hecho causante sin convertir el procedimiento en una barrera autónoma. Su régimen debe equilibrar protección efectiva, seguridad jurídica, sostenibilidad financiera y prevención del fraude.

La verdad material obliga a la autoridad a reconstruir los hechos realmente ocurridos. No puede limitarse a afirmar que un documento no fue presentado cuando la información es accesible en registros propios o de otras entidades.

El informalismo protege frente a defectos no esenciales y permite subsanación. No elimina los requisitos legales ni exime de probar el derecho; impide que errores de forma, denominaciones incorrectas o documentos sustituibles produzcan rechazo inmediato.

El principio pro persona actúa como criterio interpretativo cuando existen varias lecturas jurídicamente admisibles. No crea por sí solo hechos, vínculos familiares o periodos contributivos. Su aplicación debe apoyarse en evidencia suficiente y en una motivación jurídicamente controlable.

La carga probatoria debe distribuirse según disponibilidad y facilidad. El solicitante debe aportar los antecedentes razonablemente accesibles; el empleador debe probar afiliación, salarios y cotizaciones bajo su control; y el ente gestor debe consultar sus registros, requerir información e impulsar la investigación.

Corresponde admitir prueba documental, registral, electrónica, médica, laboral, testimonial, indiciaria y pericial, según la naturaleza del hecho. La valoración debe ser conjunta, razonada y sujeta a sana crítica, sin otorgar carácter absoluto a los registros institucionales.

Las bases de datos administrativas gozan de presunción relativa de exactitud, no de infalibilidad. Cuando existen contradicciones, la autoridad debe verificar fecha de actualización, fuente, trazabilidad y consistencia con otros elementos.

En prestaciones vinculadas con salud, subsistencia, maternidad o niñez, el estándar procedimental debe ser reforzado. Cuando exista apariencia suficiente del derecho y riesgo de daño grave, procede protección provisional mientras concluye la verificación.

La presunción favorable debe ser iuris tantum, delimitada y refutable. Puede operar cuando concurran indicios serios, coherentes y verificables, pero no cuando exista prueba positiva de incompatibilidad, fraude o ausencia del presupuesto legal.

Toda denegación debe identificar el hecho no probado, explicar por qué la evidencia resulta insuficiente, señalar los medios de subsanación y justificar la necesidad y proporcionalidad del requisito exigido.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Catálogo legal de prueba, establecer por ley los hechos que deben acreditarse y admitir medios equivalentes, evitando listas documentales cerradas. **Diferenciación normativa,** separar requisitos constitutivos, medios probatorios preferentes y formalidades subsanables. **Carga dinámica,** asignar la prueba a quien disponga de mayor facilidad material, técnica o institucional para producirla. **Consulta de oficio,** prohibir exigir documentos disponibles en registros públicos interoperables o en poder del propio ente gestor. **Subsanación obligatoria,** impedir el rechazo directo por omisiones corregibles; la autoridad deberá precisar el defecto y otorgar plazo razonable. **Presunciones refutables,** reconocer provisionalmente vínculo, dependencia o vigencia cuando existan indicios plurales y concordantes, sin impedir control posterior. **Tutela provisional,** mantener atención, medicamentos o prestaciones esenciales cuando la demora probatoria pueda causar daño grave. **Interoperabilidad,** integrar ASUSS, entes gestores, SERECI, SEGIP, empleadores y registros laborales mediante consultas seguras y trazables. **Motivación probatoria,** exigir exposición individualizada de la prueba admitida, rechazada y valorada, así como de las razones de suficiencia o insuficiencia. **Prevención del fraude,**

incorporar verificación posterior, recuperación de pagos indebidos y sanciones legalmente tipificadas, sin utilizar el control como barrera previa indiscriminada.

La actualización debe sustituir el modelo de “documento único obligatorio” por un sistema de acreditación funcional, interoperable y contradictorio, en el que el derecho sustantivo prevalezca sin renunciar a la comprobación objetiva de sus presupuestos.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

CAPÍTULO X. Diagnóstico de los Títulos VII y VIII: disposiciones especiales y transitorias

Idea rectora

El presente capítulo examina las disposiciones especiales, finales y transitorias del Código de Seguridad Social desde una perspectiva dogmática, constitucional y operativa. Su análisis no se limita a reproducir el contenido histórico de los artículos, sino que procura determinar su situación jurídica actual, su grado de eficacia, las modificaciones introducidas por normativa posterior y su compatibilidad con el orden constitucional vigente.

La revisión exige diferenciar cuatro categorías jurídicas: **a)** disposiciones formalmente vigentes y materialmente aplicables; **b)** disposiciones modificadas o desplazadas por legislación posterior; **c)** normas transitorias cuyo supuesto de aplicación o plazo de ejecución se agotó; y **d)** preceptos que, aun sin derogación expresa, no pueden aplicarse en sentido contrario a la Constitución Política del Estado.

Este bloque debe interpretarse a partir de la supremacía constitucional, la aplicación directa de los derechos fundamentales y los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, oportunidad e interculturalidad que informan el derecho a la salud y a la seguridad social. Los artículos 18 y 45 de la Constitución reconocen el acceso a la salud y a la seguridad social como derechos fundamentales, mientras que el artículo 410 impone la sujeción de toda disposición infraconstitucional a la Constitución. En ese marco, las reglas dictadas en 1956

solo conservan eficacia en cuanto resulten compatibles con el actual sistema constitucional de protección social.

La Ley N.º 475 y su modificación mediante la Ley N.º 1152 ampliaron la protección sanitaria de la población no cubierta por la seguridad social de corto plazo y establecieron bases para avanzar hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito. Estas leyes no sustituyeron integralmente el régimen contributivo administrado por los entes gestores, pero modificaron el contexto jurídico dentro del cual deben interpretarse las disposiciones territoriales, sectoriales y transitorias del Código.

La finalidad del diagnóstico es establecer qué disposiciones mantienen una función normativa efectiva, cuáles poseen únicamente valor histórico o interpretativo y cuáles deben ser derogadas, reformuladas, sistematizadas o trasladadas a la legislación reglamentaria.

X.1. Disposiciones transitorias agotadas

Base normativa

Código de Seguridad Social, artículos 254 a 258 y disposiciones concordantes; Constitución Política del Estado, artículos 18, 45, 109 y 410; Ley N.º 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia; Ley N.º 1152, modificatoria de la Ley N.º 475, hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

Diagnóstico: Las disposiciones comprendidas en este grupo respondieron a las condiciones institucionales, territoriales, financieras y sanitarias existentes al momento de promulgación del Código de Seguridad Social. Su función consistía en ordenar la implantación progresiva del seguro social, establecer etapas iniciales de aplicación y permitir la ampliación territorial de las prestaciones conforme a la infraestructura y capacidad administrativa disponibles en 1956.

En la actualidad, los plazos, etapas y presupuestos excepcionales que justificaron estas normas se encuentran materialmente agotados. Por consiguiente, tales disposiciones no deben continuar siendo tratadas como reglas ordinarias para restringir la afiliación, diferir la cobertura o condicionar el ejercicio de derechos a la habilitación progresiva de servicios originalmente prevista.

El agotamiento de una disposición transitoria no equivale necesariamente a su derogación formal. Significa que el supuesto temporal o institucional para el cual fue creada ya se produjo y concluyó, de modo que la norma pierde aptitud para regular situaciones nuevas. Su conservación dentro del texto codificado, sin una aclaración expresa sobre su falta de eficacia actual, genera incertidumbre respecto de su aplicabilidad y dificulta la identificación del derecho vigente.

El modelo constitucional vigente exige que la cobertura sanitaria y de seguridad social sea interpretada conforme a criterios nacionales de universalidad, igualdad material, accesibilidad y continuidad. La progresividad no puede utilizarse como fundamento para perpetuar restricciones históricas ni justificar retrocesos injustificados en niveles de protección ya alcanzados.

La Ley N.º 475 estableció las bases para la universalización de la atención integral en salud, y la Ley N.º 1152 amplió la población beneficiaria no cubierta por la seguridad social de corto plazo. Este desarrollo legislativo confirma que las antiguas disposiciones de implantación territorial progresiva no constituyen actualmente el parámetro central para determinar el acceso a servicios sanitarios.

Valoración dogmática: Desde la teoría de las normas, una disposición transitoria se caracteriza por regular el tránsito entre dos situaciones jurídicas o por ordenar la implantación temporal de una institución. Una vez cumplido su objeto, conserva relevancia para reconstruir el proceso histórico de aplicación de la ley, pero deja de operar como regla general para situaciones posteriores.

Mantener estas disposiciones dentro del cuerpo principal del Código, sin depuración ni anotación legislativa, afecta la certeza sobre el régimen aplicable; la coherencia interna del ordenamiento; la previsibilidad de las decisiones administrativas; la comprensión de los derechos por parte de los asegurados; la planificación institucional y financiera de los entes gestores.

La depuración normativa no debe confundirse con la eliminación de antecedentes jurídicos. El contenido histórico puede preservarse en una memoria legislativa, exposición de motivos, disposición derogatoria o anexo de antecedentes, sin mantener artificialmente su apariencia de norma operativa.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: La obsolescencia de estas disposiciones trasciende el plano formal. Su permanencia puede repercutir en: criterios desiguales de afiliación y cobertura; interpretaciones territoriales restrictivas; planificación insuficiente de infraestructura y recursos humanos; fragmentación de registros administrativos; dificultades para la portabilidad de la atención; barreras para el ejercicio oportuno de prestaciones; decisiones carentes de fundamentación constitucional.

Se debe declarar expresamente agotadas las disposiciones transitorias cuyo objeto ya fue cumplido; trasladar su contenido histórico a una memoria normativa o disposición de antecedentes; conservar únicamente aquellas reglas que aún posean una función jurídica actual; sustituir las referencias a la implantación territorial progresiva por reglas nacionales de cobertura, accesibilidad, continuidad y coordinación; establecer disposiciones transitorias

nuevas únicamente para ordenar la implementación de la reforma; evitar que materias sustantivas permanezcan reguladas mediante resoluciones administrativas dispersas.

La experiencia acumulada por el Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES, la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS y los entes gestores debe ser sistematizada. Los formularios, protocolos técnicos, mecanismos de registro y aspectos operativos pueden desarrollarse reglamentariamente; sin embargo, la titularidad de los derechos, las condiciones esenciales de afiliación, el financiamiento, las prestaciones, los procedimientos, los recursos de impugnación y las sanciones deben contar con fundamento legal expreso.

X.2. Reglas sectoriales especiales desactualizadas

Base normativa

CSS arts. 282 a 286 y concordantes; DS 21637; normativa de cajas sectoriales.

Diagnóstico: Algunas disposiciones finales incorporaron trabajadores temporales, bancos, seguros y sectores específicos bajo reglas de transición. Con la legislación actual, la afiliación debe seguir reglas generales y reglamentos ASUSS actualizados.

Valoración dogmática: Las normas especiales pueden generar privilegios o exenciones injustificadas si se aplican sin contexto. La igualdad requiere que sectores comparables tengan cargas y derechos comparables.

Criterios para la adecuación y actualización normativa: Depurar reglas sectoriales, conservar únicamente regímenes especiales constitucionalmente justificados y homologados por ASUSS.

En términos sistémicos, la falla no queda encerrada en el texto de la disposición. Se desplaza hacia la gestión, la planificación financiera, la calidad del servicio y la información disponible para el asegurado. Por tanto, la intervención debe operar simultáneamente en el plano legal, reglamentario, institucional y tecnológico.

La labor del operador jurídico consiste en reconstruir la norma vigente conforme a la Constitución. Debe separar derogaciones expresas y tácitas, aplicar la lectura más favorable a la salud y a la seguridad social, y controlar la motivación de cualquier decisión restrictiva. La dogmática protectora requiere razones verificables, prueba pertinente y proporcionalidad estricta.

El conocimiento acumulado por ASUSS, INASES y los Entes Gestores de salud debe dejar de operar como práctica dispersa y pasar a una norma legal. La reglamentación es valiosa para gestionar formularios, plazos y protocolos, pero las reglas estructurales de titularidad, financiamiento, procedimiento, impugnación y sanción pertenecen a la ley.

Variable	Evaluación
Tipo de problema	Obsolescencia normativa, fragmentación regulatoria y necesidad de adecuación constitucional.
Derechos afectados	Seguridad social, salud, igualdad, debido proceso y protección familiar, según el eje analizado.
Nivel de intervención	Actualización legal con desarrollo reglamentario ASUSS y armonización de reglamentos de Entes Gestores.
Riesgo de no intervenir	Aplicación desigual, litigiosidad, barreras de acceso, ineficiencia financiera y debilitamiento de la confianza pública.

CAPÍTULO XI. Jurisprudencia constitucional, autos supremos y precedentes administrativos

Idea rectora

Este bloque precisa la función dogmática de la materia examinada, ubica su grado de vigencia material y explica las tensiones que surgen entre el texto de 1956, la Constitución de 2009, el desarrollo reglamentario y la jurisprudencia constitucional aplicable.

11.1. Función correctiva de la jurisprudencia

Función correctiva, integradora y sistematizadora de la jurisprudencia

Base normativa

Constitución Política del Estado, especialmente sus arts. 13, 14, 18, 35 a 45, 109, 115, 117, 119, 180, 196, 202, 203, 256 y 410; Código de Seguridad Social y su Reglamento; Ley N.º 027, del Tribunal Constitucional Plurinacional; Ley N.º 254, Código Procesal Constitucional; Ley N.º 2341, de Procedimiento Administrativo; Decreto Supremo N.º 27113; Ley N.º 025, del Órgano Judicial; Decreto Supremo N.º 3561; reglamentos y resoluciones administrativas de la ASUSS; Convención Americana sobre Derechos Humanos, arts. 8, 25 y 26; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, arts. 9 y 12; y Protocolo de San Salvador, arts. 9 y 10.

Diagnóstico: La jurisprudencia constitucional ha desempeñado una función decisiva en la adecuación del Código de Seguridad Social al orden constitucional contemporáneo. Ante la ausencia de una actualización legislativa integral, las sentencias constitucionales han depurado disposiciones discriminatorias, delimitado la potestad reglamentaria, ampliado la protección de las personas en situación de vulnerabilidad, garantizado la efectividad de las prestaciones y sometido los procedimientos administrativos y coactivos a las exigencias del debido proceso.

Esta intervención jurisprudencial no responde a casos aislados. Tiene carácter estructural porque el Código fue aprobado bajo un modelo constitucional, institucional y social distinto del vigente. Su lenguaje, sus categorías familiares, sus estructuras administrativas y varios de sus procedimientos preceden a la Constitución de 2009, a la consolidación del bloque de constitucionalidad y al desarrollo contemporáneo de los derechos económicos, sociales y culturales.

La función correctiva de la jurisprudencia se manifiesta, al menos, en cuatro dimensiones.

La primera es una función **depuradora**. Se ejerce cuando el Tribunal Constitucional declara la inconstitucionalidad de una expresión o disposición que establece diferencias incompatibles con la igualdad, la dignidad o la prohibición de discriminación. En estos casos, la decisión no se limita a resolver una controversia individual, sino que modifica la configuración normativa aplicable.

La segunda es una función **interpretativa e integradora**. Opera cuando una disposición antigua admite varios sentidos posibles y el órgano jurisdiccional selecciona aquel que resulta compatible con la Constitución, el bloque de constitucionalidad y los principios de la seguridad social. La norma no es eliminada, pero su aplicación queda condicionada por un entendimiento constitucionalmente adecuado.

La tercera es una función **protectora**. Se presenta en las acciones de defensa mediante las cuales se restituye el ejercicio de derechos concretos vulnerados por decisiones administrativas, omisiones patronales, negativas prestacionales o formalismos excesivos. En estos casos, la sentencia constitucional no necesariamente modifica el texto legal, pero impide que su aplicación produzca resultados contrarios a la vida, la salud, la seguridad social, la maternidad, la niñez o la dignidad.

La cuarta es una función **procedimental**. La jurisprudencia ha incorporado al régimen de seguridad social las garantías de citación válida, defensa, contradicción, motivación, valoración de la prueba, verdad material, plazo razonable, impugnación y proporcionalidad de las medidas restrictivas. Este desarrollo resulta especialmente relevante en procesos coactivos sociales, procedimientos de afiliación, reconocimiento de prestaciones y asignaciones familiares.

La jurisprudencia también ha contribuido a corregir la utilización de normas reglamentarias para imponer requisitos no previstos legalmente. Los reglamentos pueden desarrollar las condiciones operativas de afiliación, calificación y otorgación de prestaciones, pero no pueden reproducir discriminaciones declaradas inconstitucionales, restringir beneficiarios reconocidos por ley ni introducir condiciones que alteren el contenido esencial del derecho.

La protección jurisprudencial ha sido particularmente intensa respecto de mujeres embarazadas, madres, padres progenitores, niñas y niños, personas con enfermedades graves, personas con discapacidad, rentistas y trabajadores sometidos a procedimientos coactivos o administrativos. La intensidad de la tutela se justifica por la conexión de la seguridad social con la vida, la salud, el mínimo vital y la dignidad.

No obstante, la corrección jurisprudencial presenta limitaciones. La sentencia suele resolver una controversia concreta, depende de la activación de una acción judicial y, con frecuencia, llega después de que la persona ha sufrido una negativa, una demora o una interrupción de la

prestación. Un sistema de seguridad social no debería exigir litigios sucesivos para reconocer derechos que ya fueron definidos de manera reiterada por la jurisdicción constitucional.

También existen dificultades para identificar el precedente aplicable. Las entidades gestoras pueden utilizar decisiones aisladas, fragmentos descontextualizados o criterios superados, sin distinguir entre la razón decisoria, las consideraciones complementarias y los hechos particulares del caso. Esta práctica genera respuestas contradictorias y reduce la previsibilidad.

La falta de sistematización afecta igualmente a las personas aseguradas. El acceso a una prestación puede depender de que conozcan una sentencia constitucional, invoquen correctamente su número o interpongan una acción de defensa. La eficacia de un derecho fundamental no debería quedar condicionada a la capacidad técnica o económica de la persona para localizar y utilizar jurisprudencia especializada.

Valoración dogmática

La jurisprudencia constitucional es una fuente vinculante para la interpretación y aplicación del régimen de seguridad social. Las decisiones del Tribunal Constitucional Plurinacional deben ser observadas por autoridades judiciales, administrativas y reguladoras, particularmente en aquello que constituye la razón jurídica determinante del fallo.

Sin embargo, no todas las resoluciones producen los mismos efectos. Debe distinguirse entre:

a) Sentencias dictadas en procesos de control normativo, que pueden declarar la inconstitucionalidad total o parcial de una disposición;

b) Sentencias interpretativas, que conservan la norma bajo un entendimiento compatible con la Constitución;

c) Sentencias pronunciadas en acciones de defensa, que reparan vulneraciones concretas y fijan criterios sobre el alcance de los derechos; y

d) Autos Supremos, que uniforman la aplicación de la legislación dentro de la jurisdicción ordinaria, pero no poseen la misma naturaleza ni los mismos efectos que las decisiones constitucionales de control normativo.

Esta distinción impide afirmar que toda sentencia “expulsa” una norma. La expulsión normativa corresponde a las decisiones de inconstitucionalidad. En las acciones de amparo o de libertad, lo habitual es que el tribunal deje sin efecto el acto lesivo, disponga una actuación concreta y establezca un criterio que debe ser observado en casos análogos.

Tampoco resulta técnicamente adecuado atribuir a todos los operadores un control difuso entendido como facultad para inaplicar libremente una ley. El régimen boliviano reconoce la supremacía de la Constitución, la aplicación directa de los derechos y la obligatoriedad de la jurisprudencia constitucional, pero mantiene una presunción de constitucionalidad de las normas mientras no exista una declaración del órgano competente.

El deber del operador jurídico consiste, en primer término, en interpretar la legislación desde y conforme a la Constitución. Debe preferir, entre varios sentidos posibles, aquel que preserve la igualdad, la dignidad, la salud, la seguridad social, la defensa y la eficacia material de las prestaciones.

Cuando exista un precedente constitucional aplicable, la autoridad debe identificarlo, reconstruir su razón decisoria y justificar su aplicación al caso concreto. No basta con citar el número de una sentencia; es necesario explicar la semejanza entre los hechos, el problema jurídico y el estándar utilizado.

El apartamiento de un precedente exige una motivación reforzada. La autoridad debe demostrar que el caso presenta diferencias jurídicamente relevantes, que el criterio fue modificado por una decisión posterior o que existe una norma constitucional o legal sobreviniente que altera el marco de análisis.

La interpretación conforme tiene límites. No puede utilizarse para sustituir al legislador, crear prestaciones sin base normativa, alterar fuentes de financiamiento o reconstruir completamente una disposición cuyo contenido resulte inequívocamente incompatible con la Constitución. Cuando la contradicción sea insuperable, deberán activarse los mecanismos de control constitucional correspondientes.

La aplicación del principio ***pro persona*** tampoco autoriza decisiones carentes de fundamento. Su función consiste en seleccionar la norma o interpretación que otorgue una protección más amplia, siempre dentro de un razonamiento jurídico verificable. Debe articularse con competencia, prueba, motivación, sostenibilidad y proporcionalidad.

En materia prestacional, la jurisprudencia ha demostrado que los formalismos no pueden prevalecer sobre la protección efectiva de la vida y la salud. Sin embargo, la favorabilidad no elimina la necesidad de acreditar los presupuestos sustantivos de la prestación. La autoridad debe investigar la verdad material, facilitar la prueba y evitar requisitos innecesarios, pero también debe justificar técnicamente el reconocimiento del derecho.

La seguridad jurídica exige que los estándares jurisprudenciales reiterados sean trasladados a la legislación. La jurisprudencia puede corregir, integrar y orientar, pero no debe convertirse en el sustituto permanente de una actualización normativa que el legislador ha omitido realizar.

Criterios para la adecuación y actualización normativa

La actualización del Código debe incorporar expresamente los estándares jurisprudenciales consolidados en materia de igualdad, cobertura familiar, protección reforzada, asignaciones familiares, continuidad de las prestaciones, debido proceso, motivación, verdad material y ejecución coactiva.

Para ello, corresponde adoptar las siguientes medidas:

1. Codificación de los estándares constitucionales

La nueva legislación debe traducir los criterios jurisprudenciales en reglas generales y accesibles. Entre otros aspectos, deberá reconocer:

- **a)** Cobertura familiar sin discriminación por sexo, género, estado civil, origen de la filiación o condición económica no prevista por ley;
- **b)** Protección reforzada de mujeres embarazadas, progenitores, niñas, niños, personas con discapacidad, enfermedades graves o incapacidad temporal que puede ser extensible a padres, madres o tutores Legales;
- **c)** Continuidad de las prestaciones cuando el incumplimiento sea imputable al empleador o a la administración;
- **d)** Otorgación oportuna de asignaciones familiares;
- **e)** Prohibición de requisitos reglamentarios que restrinjan derechos reconocidos por ley;
- **f)** Citación válida, defensa y diferenciar la etapa prejudicial;
- **g)** Motivación de las decisiones prestacionales;
- **h)** Valoración integral de la prueba y aplicación de la verdad material; e
- **i)** Tutela inmediata cuando la demora pueda causar daño grave o irreparable.

2. Distinción legal de los efectos jurisprudenciales

La ley debe diferenciar las disposiciones declaradas inconstitucionales, las normas sometidas a interpretación conforme y los estándares derivados de acciones de defensa. Esta clasificación evitará que los entes gestores apliquen textos expulsados o traten como derogada una disposición que únicamente fue interpretada.

3. Tabla oficial de vigencia y jurisprudencia

La actualización debería acompañarse de una tabla que identifique:

a) artículos vigentes;

b) disposiciones derogadas expresa o tácitamente;

c) frases declaradas inconstitucionales;

d) interpretaciones constitucionalmente obligatorias;

e) reglamentos afectados; y

f) precedentes relevantes para cada materia.

Esta herramienta deberá actualizarse periódicamente y estar disponible en formato digital.

4. Sistema de precedentes administrativos de la ASUSS

La ASUSS debe sistematizar sus decisiones definitivas, clasificarlas por materia y publicar versiones anonimizadas. Los criterios reiterados sobre afiliación, prestaciones, medicamentos, riesgos profesionales, asignaciones familiares y recursos administrativos deben ser accesibles para todos los entes gestores.

Los precedentes administrativos no podrán modificar la ley ni apartarse de la jurisprudencia constitucional. Su finalidad será uniformar la gestión y evitar que casos equivalentes reciban respuestas distintas.

5. Motivación jurisprudencial obligatoria

Toda resolución que niegue, limite, suspenda o difiera una prestación deberá examinar la jurisprudencia relevante invocada por la persona interesada. La omisión de pronunciamiento sobre un precedente directamente aplicable constituirá un defecto de motivación.

6. Revisión periódica de reglamentos

La ASUSS deberá revisar los reglamentos sectoriales para eliminar requisitos incompatibles con la jurisprudencia. La revisión deberá abarcar afiliación de beneficiarios, asignaciones familiares, riesgos profesionales, prestaciones médicas, auditorías, recursos y procesos sancionadores.

7. Capacitación institucional

Los servidores de los entes gestores y de la ASUSS deberán recibir formación periódica sobre jurisprudencia constitucional, derechos humanos, argumentación jurídica, igualdad, perspectiva de género, protección de grupos vulnerables y debido proceso.

8. Seguimiento legislativo y regulatorio

Cada nueva sentencia que declare la inconstitucionalidad de una norma o establezca un cambio relevante de precedente deberá activar un procedimiento institucional de revisión del Código, sus reglamentos, formularios, sistemas informáticos y prácticas administrativas.

Matriz jurisprudencial depurada

Variable	Evaluación		
Resolución	**Materia**	**Criterio jurídico verificado**	**Estándar incorporable a la actualización**
SC 0062/2003	Art. 14 del CSS; esposo y padre beneficiarios	Declara inconstitucional la exigencia de que el esposo y el padre sean reconocidos como inválidos para acceder como beneficiarios, al establecer una diferencia basada en el sexo.	Cobertura familiar neutral, igualdad entre asegurados y prohibición de requisitos diferenciados por género.
SC 1227/2003-R	Proceso coactivo social promovido por la CNS	Concede tutela porque el coactivado fue apremiado sin haber sido citado válidamente con la demanda y el auto de solvendo, quedando en indefensión.	Citación efectiva, conocimiento íntegro del proceso, defensa previa y prohibición de apremio fundado en actuaciones defectuosas.
SCP 0278/2016-S1	Contenido constitucional de la seguridad social	Sistematiza el alcance del art. 45 de la CPE y los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.	Interpretación integral del régimen y obligación estatal de proteger contingencias inmediatas y mediatas.
SCP 0859/2018-S3	Enfermedad grave, incapacidad temporal y estabilidad laboral	Vincula seguridad social, vida, salud, dignidad y estabilidad laboral reforzada de personas con enfermedad grave o incapacidad temporal.	Protección reforzada, continuidad de cobertura y prohibición de desvinculación que agrave la vulnerabilidad sanitaria.
SCP 0471/2015-S2	Asignaciones familiares y estado civil	Protege el acceso a las asignaciones familiares frente a una negativa vinculada con el estado civil de la progenitora y refuerza los derechos de la niña o niño.	Prohibición de discriminación por estado civil y prevalencia de la protección de la maternidad y la niñez.
SCP 0776/2012	Subsidios prenatales, de natalidad y de lactancia	Reconoce la exigibilidad de las asignaciones familiares y su conexión con la vida, la salud, la maternidad y la protección especial del nuevo ser.	Cumplimiento oportuno y obligatorio de las asignaciones familiares, independientemente de dificultades administrativas.
SCP 0406/2023-S4	Falta de pago de subsidios de lactancia	Reitera la excepción a la subsidiariedad cuando están comprometidas asignaciones familiares de personas sujetas a protección reforzada y rechaza que problemas presupuestarios justifiquen el incumplimiento.	Tutela constitucional inmediata, previsión presupuestaria obligatoria y pago oportuno de los subsidios.
Auto Supremo 112b/2014	Coactivo social de la CNS contra una entidad pública	Examina la prescripción, la interrupción, la liquidez, la fuerza coactiva de la nota de cargo y los efectos del reconocimiento de una deuda antigua.	Título coactivo verificable, reglas claras de prescripción e interrupción y control judicial de la liquidación.

Variable	Evaluación		
Auto Supremo 341/2021	Prescripción en proceso coactivo social	Analiza una deuda posterior a la Constitución de 2009 y la incidencia del art. 48.IV de la CPE sobre la imprescriptibilidad de aportes sociales no pagados.	Regulación legal expresa de temporalidad, imprescriptibilidad y tratamiento diferenciado de obligaciones anteriores y posteriores a la CPE.
Auto Supremo 153/2021	Pago de subsidios prenatal, de natalidad y de lactancia	Examina el incumplimiento patronal y la procedencia de la compensación retroactiva, así como la controversia sobre pago en especie o en dinero.	Reglas claras sobre forma de entrega, compensación retroactiva y consecuencias del incumplimiento oportuno.
Auto Supremo 0163/2022	Subsidio de lactancia dentro de un proceso laboral	Confirma el reconocimiento del subsidio como parte de los derechos reclamados, pero su análisis se integra en un litigio más amplio sobre beneficios laborales.	Puede utilizarse como precedente complementario sobre obligatoriedad y valoración probatoria, pero no como fundamento principal del régimen de asignaciones familiares.

Síntesis de intervención legislativa

La jurisprudencia ha impedido que la antigüedad del Código se traduzca automáticamente en desprotección. Ha eliminado diferencias discriminatorias, limitado excesos reglamentarios, protegido a personas vulnerables y sometido la gestión de la seguridad social a las garantías del debido proceso.

Sin embargo, esta función correctiva no debe perpetuar un modelo en el que el contenido efectivo de los derechos dependa de la interposición de acciones constitucionales. La reiteración de litigios sobre materias ya resueltas demuestra una deficiencia normativa e institucional.

La actualización debe convertir los estándares jurisprudenciales en reglas legales generales, previsibles y uniformes. La reglamentación podrá desarrollar formularios, metodologías, protocolos y mecanismos operativos, pero no redefinir la titularidad de los derechos, introducir restricciones sustantivas ni alterar las garantías de defensa.

Mientras la actualización no se produzca, los operadores deberán aplicar el Código bajo los principios de supremacía constitucional, interpretación conforme, aplicación directa de los derechos y observancia de los precedentes vinculantes. No podrán reproducir textos declarados inconstitucionales ni mantener prácticas administrativas incompatibles con criterios constitucionales consolidados.

Esta reconstrucción no supone que cada autoridad pueda invalidar discrecionalmente la ley. Exige interpretar la normativa dentro de sus posibilidades constitucionales, aplicar los precedentes pertinentes y acudir a los mecanismos de control cuando la contradicción sea insuperable.

La sistematización legal de la jurisprudencia permitirá reducir la litigiosidad, uniformar las decisiones de los entes gestores y asegurar que la protección de los derechos no dependa del conocimiento especializado, la capacidad económica o la persistencia procesal de cada persona asegurada.

11.2. Estándares que deben incorporarse al futuro texto legal

Estándar	Contenido operativo
Interpretación pro persona	Toda duda debe resolverse en favor de acceso efectivo a salud y seguridad social.
No discriminación	Los beneficiarios deben definirse sin sesgos de género, discapacidad, estado civil o forma familiar.
Continuidad asistencial	La atención médica no debe interrumpirse por formalismos imputables a empleador o administración.
Debido proceso administrativo	Toda decisión restrictiva debe ser motivada, notificada y susceptible de impugnación.
Debido proceso coactivo	El cobro de aportes exige título claro, liquidación verificable, citación válida y defensa.
Verdad material	La administración debe buscar la verdad material y no rechazar prestaciones por defectos documentales subsanables.
Protección reforzada	Maternidad, niñez, discapacidad, enfermedad grave y vejez exigen trato preferente.

Interpretación pro persona: Toda duda debe resolverse en favor de acceso efectivo a salud y seguridad social. Este estándar debe convertirse en una regla legal expresa, acompañada de procedimientos, plazos y consecuencias administrativas concretas. La experiencia muestra que los principios constitucionales alcanzan plena eficacia cuando el diseño institucional los traduce en obligaciones verificables.

No discriminación: Los beneficiarios deben definirse sin sesgos de género, discapacidad, estado civil o forma familiar. Este estándar debe convertirse en una regla legal expresa, acompañada de procedimientos, plazos y consecuencias administrativas concretas. La experiencia muestra que los principios constitucionales alcanzan plena eficacia cuando el diseño institucional los traduce en obligaciones verificables.

Continuidad asistencial: La atención médica no debe interrumpirse por formalismos imputables a empleador o administración. Este estándar debe convertirse en una regla legal expresa, acompañada de procedimientos, plazos y consecuencias administrativas concretas.

La experiencia muestra que los principios constitucionales alcanzan plena eficacia cuando el diseño institucional los traduce en obligaciones verificables.

Debido proceso administrativo: Toda decisión restrictiva debe ser motivada, notificada y susceptible de impugnación. Este estándar debe convertirse en una regla legal expresa,

acompañada de procedimientos, plazos y consecuencias administrativas concretas. La experiencia muestra que los principios constitucionales alcanzan plena eficacia cuando el diseño institucional los traduce en obligaciones verificables.

Debido proceso coactivo: El cobro de aportes exige título claro, liquidación verificable, citación válida y defensa. Este estándar debe convertirse en una regla legal expresa, acompañada de procedimientos, plazos y consecuencias administrativas concretas. La experiencia muestra que los principios constitucionales alcanzan plena eficacia cuando el diseño institucional los traduce en obligaciones verificables.

Verdad material: La administración debe buscar la realidad sustantiva y no rechazar prestaciones por defectos documentales subsanables. Este estándar debe convertirse en una regla legal expresa, acompañada de procedimientos, plazos y consecuencias administrativas concretas. La experiencia muestra que los principios constitucionales alcanzan plena eficacia cuando el diseño institucional los traduce en obligaciones verificables.

Protección reforzada: Maternidad, niñez, discapacidad, enfermedad grave y vejez exigen trato preferente. Este estándar debe convertirse en una regla legal expresa, acompañada de procedimientos, plazos y consecuencias administrativas concretas. La experiencia muestra que los principios constitucionales alcanzan plena eficacia cuando el diseño institucional los traduce en obligaciones verificables.

11.3. Regulación ASUSS y transición administrativa

La creación de la ASUSS mediante DS 3561 de 2018 constituye uno de los cambios institucionales más importantes de la seguridad social de corto plazo. La autoridad tiene finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la SSCP, proteger intereses de trabajadores asegurados y beneficiarios, y homologar normativa específica emitida por entes gestores.

Los reglamentos de prestaciones, afiliación, desafiliación, reafiliación, fiscalización y calidad emitidos o administrados por ASUSS han ordenado ámbitos que el Código no desarrolla adecuadamente. Sin embargo, la proliferación reglamentaria es un síntoma de vacío legal: la autoridad reglamenta porque la ley no contiene categorías modernas suficientes.

La referencia a la Resolución Administrativa ASUSS N.º 035/2026 resulta relevante porque muestra la necesidad de actualizar trámites a la Gestora Pública, documentación tributaria, interoperabilidad, oficina virtual, comité técnico y asignación de ente gestor. Estos elementos deben trascender el plano reglamentario y conectar con una ley marco que otorgue estabilidad y jerarquía.

Norma / instrumento	Función	Lectura diagnóstica
DS 3561/2018	Crea ASUSS y define finalidad, estructura y atribuciones.	Debe incorporarse al cuerpo legal de la SSCP.
Reglamento Único de Prestaciones ASUSS	Ordena prestaciones del seguro social de corto plazo.	Debe articularse con derechos del paciente, calidad y continuidad.
RA ASUSS 065/2018	Reglamento específico de afiliación, reafiliación y desafiliación.	Antecedente reglamentario de ordenamiento operativo.
RA ASUSS 038/2022	Actualización del régimen de afiliación y desafiliación.	Norma de transición previa al reglamento técnico de 2026.
RA ASUSS 035/2026	Reglamento técnico de afiliación, desafiliación y reafiliación.	Introduce actualización documental, interoperabilidad en el marco de las políticas nacionales del Ente Rector (AGETIC).
Reglamentos de Entes Gestores	Normativa interna de CNS, Caja Petrolera, Caja Bancaria, COSSIMIL, Cordes, Caminos, universitarias y otras.	Debe homologarse, publicarse y armonizarse bajo estándares ASUSS.

CAPÍTULO XII. Hallazgos finales, conclusiones y agenda de actualización

Idea rectora

La sección ordena el contenido normativo bajo análisis, determina su vigencia material y muestra cómo dialogan, o entran en tensión, el Código de 1956, la Constitución de 2009, la regulación reglamentaria y los criterios constitucionales relevantes.

12.1. Hallazgos dogmáticos

1. El Código de Seguridad Social conserva valor histórico y residual, pero ya no expresa de forma autosuficiente el régimen vigente de seguridad social de corto plazo.
2. La Constitución de 2009 transformó la seguridad social en derecho fundamental de acceso universal y obligó a reinterpretar el modelo contributivo-corporativo de 1956.
3. La legislación de pensiones desplazó la materia de largo plazo y dejó al Código centrado en enfermedad, maternidad, riesgos profesionales y asignaciones familiares.
4. La Ley 1152 y el avance del SUS exigen coordinación normativa entre seguridad social contributiva y salud universal para población no asegurada.
5. La ASUSS se convirtió en autoridad central de control y supervisión, pero su rol no está codificado dentro del texto legal de 1956.
6. Los procedimientos administrativos y coactivos deben rediseñarse bajo debido proceso, verdad material, notificación válida y tutela urgente.
7. La sostenibilidad financiera requiere estudios actuariales, ampliación de base contributiva, compensación interinstitucional y transparencia del aporte estatal.
8. La actualización no debe limitarse a cambios terminológica: debe reconstruir la arquitectura legal de la SSCP.

12.2. Conclusiones principales

Primera. El Código de Seguridad Social de 1956 fue un instrumento avanzado para su tiempo, pero su estructura responde a un modelo de Estado, mercado laboral y medicina social que ya no coincide con la realidad constitucional boliviana. Su conservación sin texto ordenado produce inseguridad jurídica.

Segunda. La seguridad social de corto plazo debe ser comprendida como un régimen contributivo de salud y prestaciones económicas inmediatas, integrado al sistema nacional de salud, pero diferenciado del Sistema Único de Salud por fuente de financiamiento, población asegurada y entes gestores.

Tercera. La fragmentación normativa ha alcanzado un nivel que dificulta la aplicación uniforme. El operador debe consultar Código, Reglamento, DL 13214, Ley 924, DS 21637, CPE, Ley 065, Ley 1152, DS 3561, reglamentos ASUSS y jurisprudencia. Esa complejidad justifica una codificación actualizada.

Cuarta. La universalidad constitucional exige superar exclusiones históricas. El nuevo régimen debe incorporar trabajadores independientes, sectores informales, trabajo doméstico, trabajo temporal, economía comunitaria y nuevas modalidades laborales mediante fórmulas graduales y sostenibles.

Quinta. El régimen de prestaciones debe actualizarse a estándares de derechos de pacientes, salud mental, enfermedades crónicas, riesgos psicosociales, seguridad del paciente, interculturalidad y continuidad terapéutica.

Sexta. Las asignaciones familiares requieren depuración legal. El texto debe distinguir prestaciones vigentes, prestaciones sustituidas y prestaciones que requieren rediseño, preservando protección reforzada de maternidad, niñez y familia.

Séptima. La sostenibilidad financiera debe abordarse con transparencia y técnica actuarial. El aporte del 10%, el aporte estatal del 1%, la cobertura de rentistas, el gasto administrativo y la inversión sanitaria deben someterse a evaluación periódica pública.

Octava. Los procedimientos administrativos y coactivos requieren una actualización profunda. Sin debido proceso no existe seguridad social legítima; sin recaudación eficiente no existe seguridad social sostenible.

Novena. La jurisprudencia constitucional debe ser codificada en reglas legales. La igualdad de beneficiarios, la protección contra formalismos, el acceso oportuno a prestaciones y el debido proceso coactivo no deben depender de litigios repetidos.

Décima. La siguiente etapa técnica debe consistir en la elaboración de un texto ordenado diagnóstico, una matriz de vigencia y una agenda legislativa por bloques, sin confundir diagnóstico con propuesta normativa definitiva.

12.3. Agenda de actualización por fases

Fase	Eje	Contenido	Producto
Fase 1	Depuración normativa	Identificar artículos vigentes, derogados, tácitamente incompatibles, históricos y reglamentarios.	Texto ordenado de vigencia.
Fase 2	Codificación dogmática	Definir principios, sujetos, prestaciones, financiación, gestión, supervisión y procedimientos.	Anteproyecto de ley marco de SSCP.
Fase 3	Reglamentación ASUSS	Actualizar reglamentos de prestaciones, afiliación, fiscalización, calidad e interoperabilidad.	Reglamentos armonizados.
Fase 4	Homologación de Entes Gestores	Revisar estatutos, manuales y reglamentos internos de entes gestores.	Catálogo normativo unificado.
Fase 5	Implementación gradual	Establecer transición financiera, tecnológica y administrativa.	Plan nacional de implementación.
Fase 6	Evaluación	Medir acceso, oportunidad, sostenibilidad, calidad y satisfacción de usuarios.	Informe anual público de SSCP.

Fase 1 - Depuración normativa: Identificar artículos vigentes, derogados, tácitamente incompatibles, históricos y reglamentarios. El producto esperado es texto ordenado de vigencia. Para que la fase sea viable, debe contar con participación de ASUSS, entes gestores, trabajadores, empleadores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y órganos legislativos competentes.

Fase 2 - Codificación dogmática: Definir principios, sujetos, prestaciones, financiación, gestión, supervisión y procedimientos. El producto esperado es anteproyecto de ley marco de SSCP. Para que la fase sea viable, debe contar con participación de ASUSS, entes gestores, trabajadores, empleadores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y órganos legislativos competentes.

Fase 3 - Reglamentación ASUSS: Actualizar reglamentos de prestaciones, afiliación, fiscalización, calidad e interoperabilidad. El producto esperado es reglamentos armonizados. Para que la fase sea viable, debe contar con participación de ASUSS, entes gestores, trabajadores, empleadores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y órganos legislativos competentes.

Fase 4 - Homologación de Entes Gestores: Revisar estatutos, manuales y reglamentos internos de entes gestores. El producto esperado es catálogo normativo unificado. Para que la fase sea viable, debe contar con participación de ASUSS, entes gestores, trabajadores, empleadores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y órganos legislativos competentes.

Fase 5 - Implementación gradual: Establecer transición financiera, tecnológica y administrativa. El producto esperado es plan nacional de implementación. Para que la fase sea viable, debe contar con participación de ASUSS, entes gestores, trabajadores, empleadores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y órganos legislativos competentes.

Fase 6 - Evaluación: Medir acceso, oportunidad, sostenibilidad, calidad y satisfacción de usuarios. El producto esperado es informe anual público de SSCP. Para que la fase sea viable, debe contar con participación de ASUSS, entes gestores, trabajadores, empleadores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y órganos legislativos competentes.

CAPÍTULO ANEXO I. Matriz diagnóstica por títulos y materias

Idea rectora

El capítulo sitúa el bloque normativo dentro del sistema de seguridad social de corto plazo, identifica qué aspectos conservan utilidad operativa y contrasta el texto originario con la Constitución de 2009, los reglamentos vigentes y la jurisprudencia aplicable.

La siguiente matriz organiza los principales problemas identificados. No constituye cuadro de correspondencia entre norma vigente y propuesta normativa; su función es estrictamente diagnóstica y sirve para priorizar la revisión técnica del Código.

Título	Materia	Base normativa	Prioridad	Criterio diagnóstico
Título I	Campo de aplicación dependiente del trabajo subordinado	CSS arts. 1 a 11; Reglamento DS 5315 arts. 7, 18 a 24; CPE art. 45; Ley 1152.	**Crítico**	Reformular el campo subjetivo con criterios de ciudadanía social, dependencia económica, actividad productiva y capacidad contributiva, sin desnaturalizar el seguro social obligatorio.
Título I	Fragmentación corporativa de entes gestores	CSS art. 5; Ley 924; DS 21637; DS 3561.	**Alto**	Consolidar un sistema de supervisión con estándares obligatorios comunes, mecanismos de compensación y reglas de movilidad de asegurados basadas en estudios actuariales transparentes.
Título I	Persistencia de exclusiones sectoriales	DS 5315 arts. 19 a 24; CPE arts. 45 y 46; Ley 2450 y normativa de trabajadoras asalariadas del hogar; Ley 1152.	**Alto**	Derogar expresamente las fórmulas excluyentes y reemplazarlas por regímenes especiales de afiliación progresiva, contribución proporcional y cobertura familiar.
Título I	Terminología preconstitucional	CSS arts. 1, 14, 35 y concordantes; SC 0062/2003; Ley 223; Ley 977.	**Alto**	Actualizar la nomenclatura legal y establecer cláusula interpretativa de igualdad, no discriminación y protección reforzada.
Título II	Prestaciones en especie sin enfoque integral de derechos de pacientes	CSS arts. 14 a 35; CPE arts. 18, 35, 37 y 45; Ley 3131; Reglamento Único de Prestaciones ASUSS.	**Alto**	Codificar un catálogo actualizado de derechos de usuarios asegurados y beneficiarios, articulado con el Reglamento Único de Prestaciones y la normativa sanitaria nacional.
Título II	Discriminación de género corregida por jurisprudencia	CSS art. 14; SC 0062/2003; CPE arts. 14, 45 y 63; Ley 348.	**Alto**	Reescribir el régimen de beneficiarios con lenguaje neutral, reconocimiento de unión libre, familias diversas y protección de dependientes conforme a la CPE y Ley 603.
Título II	Vigencia de derechos y barreras de acceso	CSS arts. 16, 17, 19 y 36; Ley 3505; DL 13214; SCP 0859/2018-S3.	**Alto**	Establecer legalmente reglas de continuidad asistencial, responsabilidad del empleador moroso y protección inmediata del trabajador y beneficiarios.

Título	Materia	Base normativa	Prioridad	Criterio diagnóstico
Título II	Incapacidad temporal con parámetros de cálculo desactualizados	CSS arts. 36 a 42; Reglamento DS 5315 art. 57; DL 13214 arts. 30 y ss.; CPE art. 45.	**Alto**	Actualizar condiciones, porcentajes, base de cálculo, duración, prórroga, auditoría y mecanismos de impugnación médica con criterios uniformes ASUSS.
Título II	Riesgos profesionales y nuevas formas de trabajo	CSS arts. 27 a 35 y 43 a 82; DL 13214; Ley General del Trabajo; CPE art. 46.	**Alto**	Modernizar la lista de enfermedades profesionales, incorporar riesgos psicosociales y establecer coordinación entre ASUSS, Ministerio de Trabajo y entes gestores.
Título II	Rehabilitación e inserción laboral insuficientemente ejecutadas	CSS art. 35; CPE art. 70; Ley 223; Ley 977; DS 3549.	**Alto**	Crear un programa legal de rehabilitación, reinserción y seguimiento laboral con financiamiento, indicadores y responsabilidades institucionales.
Título III	Asignaciones familiares parcialmente sustituidas	CSS arts. 83 a 128; Ley 924; DS 21637 art. 25; DS 3546; SCP 0406/2023-S4.	**Alto**	Depurar el Título III y consolidar un régimen actualizado de asignaciones familiares, compatible con CPE, DS 21637, DS 3546 y jurisprudencia sobre imprescriptibilidad e irrenunciabilidad.
Título III	Protección de maternidad y primera infancia	CSS arts. 93 a 100; DS 21637; DS 3546; CPE arts. 45, 48 y 60.	**Alto**	Establecer plazos perentorios de pago, control digital, sanción efectiva por demora y unificación de criterios de acreditación de beneficiarios.
Título III	Subsidio matrimonial y cambios constitucionales de familia	CSS arts. 83 a 91; CPE arts. 62 y 63; Ley 603.	**Alto**	Revisar el sentido de prestaciones familiares y sustituir prestaciones obsoletas por apoyos focalizados, universales o contributivos compatibles con tipos familiares actuales.
Título IV	Financiamiento basado en aporte patronal del 10%	CSS art. 5 modificado; Ley 924 art. 3; DS 21637; DS 3561.	**Crítico**	Incorporar evaluación actuarial periódica, transparencia de costos, reglas de compensación y medidas de ampliación de base contributiva.
Título IV	Aporte estatal del 1% y desajustes presupuestarios	Ley 924 art. 3; DS 21637; Ley 1178; DS 3561.	**Alto**	Definir fórmula de distribución del aporte estatal basada en población asegurada, riesgo, déficit, desempeño y necesidad de inversión sanitaria.
Título IV	Aporte de rentistas y presión del sector pasivo	CSS art. 131; Ley 065; normativa de rentistas y entes gestores.	**Alto**	Realizar estudio actuarial nacional de pasivos, definir compensaciones inter- Entes Gestores y transparentar el costo real de cobertura de rentistas.
Título IV	Cobro coactivo y mora patronal	CSS arts. 223 y ss.; DL 13214; Ley 1178; SC 1227/2003-R; Autos Supremos sociales.	**Crítico**	Diseñar un procedimiento coactivo social actualizado, digitalizado y compatible con garantías constitucionales.
Título V	Modelo institucional pre-ASUSS	CSS arts. 160 a 191; DS 21637; DS 3561.	**Alto**	Incorporar a la ley la estructura actual de gobernanza, competencias de ASUSS, relación con Ministerio de Salud y obligaciones de entes gestores.
Título V	Gobernanza de entes gestores y rendición de cuentas	CSS Título V; Ley 1178; DS 3561; reglamentos ASUSS.	**Alto**	Establecer deberes legales de transparencia, publicación de indicadores, presupuesto por

Título	Materia	Base normativa	Prioridad	Criterio diagnóstico
				resultados y sanciones por desvío o ineficiencia.
Título V	Calidad, habilitación y fiscalización sanitaria	DS 3561; Reglamento Único de Prestaciones ASUSS; reglamentos de calidad.	**Alto**	Crear un sistema nacional de indicadores de SSCP con publicación periódica, auditoría externa y consecuencias por incumplimiento.
Título VI	Procedimientos administrativos dispersos	CSS arts. 192 a 237; Ley 2341; DS 27113; DS 3561; reglamentos ASUSS.	**Alto**	Aprobar un procedimiento administrativo especializado de seguridad social de corto plazo, con plazos, recursos, notificación digital y medidas de tutela urgente.
Título VI	Debido proceso en coactivo social	CSS arts. 223 y ss.; SC 1227/2003-R; CPE arts. 115, 117 y 120.	**Crítico**	Regular expresamente requisitos de título coactivo, liquidación, notificación, excepciones, medidas precautorias y control judicial.
Título VI	Barreras probatorias y formalismo	CPE arts. 45, 115 y 180; Ley 2341; jurisprudencia pro persona.	**Alto**	Incorporar reglas de prueba flexible, interoperabilidad registral y presunción favorable cuando exista evidencia suficiente de vínculo o dependencia.
Títulos VII y VIII	Disposiciones transitorias agotadas	CSS arts. 254 a 258 y concordantes; CPE art. 45; Ley 475; Ley 1152.	**Alto**	Reubicar el contenido histórico en disposiciones derogatorias o memoria normativa, preservando solo reglas vigentes con función actual.
Títulos VII y VIII	Reglas sectoriales especiales desactualizadas	CSS arts. 282 a 286 y concordantes; DS 21637; normativa de Entes Gestores sectoriales.	**Alto**	Depurar reglas sectoriales, conservar únicamente regímenes especiales constitucionalmente justificados y homologados por ASUSS.

CAPÍTULO ANEXO II. Fichas analíticas por grupos de artículos

Idea rectora

La finalidad de este apartado es precisar el alcance dogmático del bloque revisado, distinguir vigencia formal y vigencia material, y exponer los puntos de fricción entre el diseño de 1956, el marco constitucional vigente y la regulación administrativa posterior.

AII.1. Arts. 1-5 CSS: Naturaleza, fines, contingencias y financiación inicial

Elemento	Contenido
Materia regulada	Naturaleza, fines, contingencias y financiación inicial
Diagnóstico sintético	Requiere lectura conjunta con CPE art. 45, Ley 924, DS 21637 y Ley 065. Define finalidad protectora, pero mezcla corto y largo plazo.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 1** pone de relieve que Arts. 1-5 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de naturaleza, fines, contingencias y financiación inicial mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La regla técnica aconsejable es distinguir con precisión el valor histórico del valor operativo. El primero explica el origen del sistema; el segundo determina si la disposición todavía puede producir derechos u obligaciones actuales. Cuando ambos planos se mezclan, aumenta la inseguridad jurídica, se multiplican los trámites y se debilita el control público.

Para una futura actualización, la ficha debe servir como unidad mínima de revisión. Cada grupo de artículos reclama una decisión expresa: conservar, modificar, derogar, trasladar al reglamento, incorporar jurisprudencia o dejar como disposición histórica. Si esa decisión no se adopta, la dispersión normativa continuará reproduciéndose.

AII.2. Arts. 6-11 CSS: Campo de aplicación y sujetos protegidos

Elemento	Contenido
Materia regulada	Campo de aplicación y sujetos protegidos
Diagnóstico sintético	Debe reinterpretarse para superar exclusión de independientes, rurales, temporales y nuevas modalidades laborales.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 2** pone de relieve que Arts. 6-11 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de campo de aplicación y sujetos protegidos mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La recomendación técnica parte de una distinción básica: una cosa es el valor histórico y otra el valor operativo. El valor histórico permite entender el origen del sistema; el operativo define si la norma genera hoy derechos u obligaciones. Si se confunden esos planos, aparecen inseguridad, trámites innecesarios y menor control público.

En clave de actualización, cada ficha funciona como una unidad básica de trabajo. Sobre cada grupo de artículos debe decidirse expresamente si se mantiene, modifica, deroga, reglamenta, integra jurisprudencia o se conserva solo como memoria histórica. Sin esa definición, la fragmentación normativa seguirá intacta.

AII.3. Arts. 14-19 CSS: Beneficiarios y vigencia de derechos

Elemento	Contenido
Materia regulada	Beneficiarios y vigencia de derechos
Diagnóstico sintético	Impactado por SC 0062/2003, Ley 3505 y reglas de continuidad asistencial.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 3** pone de relieve que Arts. 14-19 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de beneficiarios y vigencia de derechos mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

El criterio técnico debe separar la memoria normativa de la vigencia funcional. La primera explica cómo nació el sistema; la segunda indica si una disposición sigue creando derechos u obligaciones en la actualidad. Confundir ambas dimensiones produce incertidumbre jurídica, sobrecarga administrativa y pérdida de control público.

Para ordenar la actualización, la ficha debe utilizarse como módulo mínimo de análisis. Cada bloque de artículos requiere una determinación concreta: mantenerlo, modificarlo, derogarlo, remitirlo a reglamento, codificar jurisprudencia o reconocerlo como histórico. La ausencia de una decisión expresa mantiene la dispersión del sistema.

AII.4. Arts. 20-35 CSS: Prestaciones en especie y rehabilitación

Elemento	Contenido
Materia regulada	Prestaciones en especie y rehabilitación
Diagnóstico sintético	Necesita integración con derechos de pacientes, salud mental, rehabilitación e inclusión laboral.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 4** pone de relieve que Arts. 20-35 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de prestaciones en especie y rehabilitación mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La lectura técnica exige diferenciar el peso histórico de una norma y su capacidad operativa actual. El valor histórico orienta la comprensión del sistema; el operativo determina consecuencias jurídicas vigentes. Cuando esa diferencia se omite, se generan dudas, trámites reiterados y debilitamiento de la supervisión pública.

La ficha debe operar como unidad de revisión normativa en la etapa posterior. Cada grupo de artículos necesita una decisión clara: permanencia, modificación, derogación, traslado reglamentario, incorporación jurisprudencial o conservación histórica. No decidir equivale a prolongar la misma dispersión que el diagnóstico identifica.

AII.5. Arts. 36-42 CSS: Subsidios por enfermedad y maternidad

Elemento	Contenido
Materia regulada	Subsidios por enfermedad y maternidad
Diagnóstico sintético	Requiere actualización de base de cálculo, duración, auditoría médica y reglas de teletrabajo.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 5** pone de relieve que Arts. 36-42 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de subsidios por enfermedad y maternidad mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La pauta recomendada consiste en no mezclar historia normativa con vigencia efectiva. El dato histórico explica la formación del sistema, mientras el valor operativo muestra si la disposición todavía crea derechos u obligaciones. La confusión entre ambos niveles alimenta inseguridad jurídica, burocracia y control público insuficiente.

A efectos de actualización, la ficha permite trabajar por bloques manejables. En cada grupo de artículos debe definirse si corresponde mantener, modificar, derogar, reglamentar, incorporar criterios jurisprudenciales o archivar como disposición histórica. La falta de definición expresa perpetúa el desorden normativo.

AII.6. Arts. 43-82 CSS: Invalidez y riesgos profesionales

Elemento	Contenido
Materia regulada	Invalidez y riesgos profesionales
Diagnóstico sintético	Las materias de largo plazo fueron desplazadas; riesgos profesionales requieren actualización técnica.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 6** pone de relieve que Arts. 43-82 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de invalidez y riesgos profesionales mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La regla técnica aconsejable es distinguir con precisión el valor histórico del valor operativo. El primero explica el origen del sistema; el segundo determina si la disposición todavía puede producir derechos u obligaciones actuales. Cuando ambos planos se mezclan, aumenta la inseguridad jurídica, se multiplican los trámites y se debilita el control público.

Para una futura actualización, la ficha debe servir como unidad mínima de revisión. Cada grupo de artículos reclama una decisión expresa: conservar, modificar, derogar, trasladar al reglamento, incorporar jurisprudencia o dejar como disposición histórica. Si esa decisión no se adopta, la dispersión normativa continuará reproduciéndose.

AII.7. Arts. 83-91 CSS: Subsidio matrimonial

Elemento	Contenido
Materia regulada	Subsidio matrimonial
Diagnóstico sintético	Prestación histórica con vigencia material discutible; exige rediseño bajo protección familiar actual.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 7** pone de relieve que Arts. 83-91 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de subsidio matrimonial mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La recomendación técnica parte de una distinción básica: una cosa es el valor histórico y otra el valor operativo. El valor histórico permite entender el origen del sistema; el operativo define si la norma genera hoy derechos u obligaciones. Si se confunden esos planos, aparecen inseguridad, trámites innecesarios y menor control público.

En clave de actualización, cada ficha funciona como una unidad básica de trabajo. Sobre cada grupo de artículos debe decidirse expresamente si se mantiene, modifica, deroga, reglamenta, integra jurisprudencia o se conserva solo como memoria histórica. Sin esa definición, la fragmentación normativa seguirá intacta.

AII.8. Arts. 92-100 CSS: Subsidio de natalidad y lactancia

Elemento	Contenido
Materia regulada	Subsidio de natalidad y lactancia
Diagnóstico sintético	Modificado por DS 21637 y DS 3546; protegido por jurisprudencia constitucional.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 8** pone de relieve que Arts. 92-100 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de subsidio de natalidad y lactancia mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

El criterio técnico debe separar la memoria normativa de la vigencia funcional. La primera explica cómo nació el sistema; la segunda indica si una disposición sigue creando derechos u obligaciones en la actualidad. Confundir ambas dimensiones produce incertidumbre jurídica, sobrecarga administrativa y pérdida de control público.

Para ordenar la actualización, la ficha debe utilizarse como módulo mínimo de análisis. Cada bloque de artículos requiere una determinación concreta: mantenerlo, modificarlo, derogarlo, remitirlo a reglamento, codificar jurisprudencia o reconocerlo como histórico. La ausencia de una decisión expresa mantiene la dispersión del sistema.

AII.9. Arts. 101-128 CSS: Subsidio familiar y sepelio

Elemento	Contenido
Materia regulada	Subsidio familiar y sepelio
Diagnóstico sintético	Necesita depuración de prestaciones vigentes y articulación con programas sociales.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 9** pone de relieve que Arts. 101-128 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de subsidio familiar y sepelio mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La lectura técnica exige diferenciar el peso histórico de una norma y su capacidad operativa actual. El valor histórico orienta la comprensión del sistema; el operativo determina consecuencias jurídicas vigentes. Cuando esa diferencia se omite, se generan dudas, trámites reiterados y debilitamiento de la supervisión pública.

La ficha debe operar como unidad de revisión normativa en la etapa posterior. Cada grupo de artículos necesita una decisión clara: permanencia, modificación, derogación, traslado reglamentario, incorporación jurisprudencial o conservación histórica. No decidir equivale a prolongar la misma dispersión que el diagnóstico identifica.

AII.10. Arts. 129-159 CSS: Régimen económico

Elemento	Contenido
Materia regulada	Régimen económico
Diagnóstico sintético	Contiene reglas afectadas por Ley 924, DS 21637, Ley 065 y cambios institucionales.

Elemento	Contenido
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 10** pone de relieve que Arts. 129-159 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de régimen económico mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La pauta recomendada consiste en no mezclar historia normativa con vigencia efectiva. El dato histórico explica la formación del sistema, mientras el valor operativo muestra si la disposición todavía crea derechos u obligaciones. La confusión entre ambos niveles alimenta inseguridad jurídica, burocracia y control público insuficiente.

A efectos de actualización, la ficha permite trabajar por bloques manejables. En cada grupo de artículos debe definirse si corresponde mantener, modificar, derogar, reglamentar, incorporar criterios jurisprudenciales o archivar como disposición histórica. La falta de definición expresa perpetúa el desorden normativo.

AII.11. Arts. 160-191 CSS: Gestión y órganos institucionales

Elemento	Contenido
Materia regulada	Gestión y órganos institucionales
Diagnóstico sintético	Superado parcialmente por DS 3561 y creación de ASUSS.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 11** pone de relieve que Arts. 160-191 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de gestión y órganos institucionales mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción

sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La regla técnica aconsejable es distinguir con precisión el valor histórico del valor operativo. El primero explica el origen del sistema; el segundo determina si la disposición todavía puede producir derechos u obligaciones actuales. Cuando ambos planos se mezclan, aumenta la inseguridad jurídica, se multiplican los trámites y se debilita el control público.

Para una futura actualización, la ficha debe servir como unidad mínima de revisión. Cada grupo de artículos reclama una decisión expresa: conservar, modificar, derogar, trasladar al reglamento, incorporar jurisprudencia o dejar como disposición histórica. Si esa decisión no se adopta, la dispersión normativa continuará reproduciéndose.

AII.12. Arts. 192-222 CSS: Afiliación, fiscalización y sanciones

Elemento	Contenido
Materia regulada	Afiliación, fiscalización y sanciones
Diagnóstico sintético	Debe armonizarse con RA ASUSS 035/2026, Ley 2341 y procedimientos digitales.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 12** pone de relieve que Arts. 192-222 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de afiliación, fiscalización y sanciones mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La recomendación técnica parte de una distinción básica: una cosa es el valor histórico y otra el valor operativo. El valor histórico permite entender el origen del sistema; el operativo define si la norma genera hoy derechos u obligaciones. Si se confunden esos planos, aparecen inseguridad, trámites innecesarios y menor control público.

En clave de actualización, cada ficha funciona como una unidad básica de trabajo. Sobre cada grupo de artículos debe decidirse expresamente si se mantiene, modifica, deroga, reglamenta, integra jurisprudencia o se conserva solo como memoria histórica. Sin esa definición, la fragmentación normativa seguirá intacta.

AII.13. Arts. 223-237 CSS: Coactivo social y recursos

Elemento	Contenido
Materia regulada	Coactivo social y recursos
Diagnóstico sintético	Debe reconstruirse bajo debido proceso, citación válida y defensa efectiva.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 13** pone de relieve que Arts. 223-237 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de coactivo social y recursos mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

El criterio técnico debe separar la memoria normativa de la vigencia funcional. La primera explica cómo nació el sistema; la segunda indica si una disposición sigue creando derechos u obligaciones en la actualidad. Confundir ambas dimensiones produce incertidumbre jurídica, sobrecarga administrativa y pérdida de control público.

Para ordenar la actualización, la ficha debe utilizarse como módulo mínimo de análisis. Cada bloque de artículos requiere una determinación concreta: mantenerlo, modificarlo, derogarlo, remitirlo a reglamento, codificar jurisprudencia o reconocerlo como histórico. La ausencia de una decisión expresa mantiene la dispersión del sistema.

AII.14. Arts. 238-253 CSS: Registro individual y disposiciones complementarias

Elemento	Contenido
Materia regulada	Registro individual y disposiciones complementarias
Diagnóstico sintético	Afectado por SEGIP, normativa tributaria, interoperabilidad y bases de datos digitales.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 14** pone de relieve que Arts. 238-253 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de registro individual y disposiciones complementarias mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La lectura técnica exige diferenciar el peso histórico de una norma y su capacidad operativa actual. El valor histórico orienta la comprensión del sistema; el operativo determina consecuencias jurídicas vigentes. Cuando esa diferencia se omite, se generan dudas, trámites reiterados y debilitamiento de la supervisión pública.

La ficha debe operar como unidad de revisión normativa en la etapa posterior. Cada grupo de artículos necesita una decisión clara: permanencia, modificación, derogación, traslado reglamentario, incorporación jurisprudencial o conservación histórica. No decidir equivale a prolongar la misma dispersión que el diagnóstico identifica.

AII.15. Arts. 254-286 CSS: Disposiciones transitorias y especiales

Elemento	Contenido
Materia regulada	Disposiciones transitorias y especiales
Diagnóstico sintético	Mayormente histórico; requiere depuración y conservación solo de reglas operativas vigentes.
Lectura constitucional	Debe aplicarse conforme a universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
Riesgo de aplicación literal	Restricción de derechos, duplicidad normativa, litigiosidad, desprotección o inseguridad administrativa.
Criterio técnico	Depurar vigencia, actualizar terminología, codificar jurisprudencia y armonizar reglamentos ASUSS.

La **ficha 15** pone de relieve que Arts. 254-286 CSS no admite una lectura aislada ni desconectada del bloque normativo posterior. La materia de disposiciones transitorias y especiales mantiene relevancia dogmática, aunque su aplicación práctica exige una reconstrucción sistemática. El examen debe integrar la evolución constitucional, la normativa de salud y pensiones, la regulación administrativa de ASUSS y la experiencia de los entes gestores.

La pauta recomendada consiste en no mezclar historia normativa con vigencia efectiva. El dato histórico explica la formación del sistema, mientras el valor operativo muestra si la disposición

todavía crea derechos u obligaciones. La confusión entre ambos niveles alimenta inseguridad jurídica, burocracia y control público insuficiente.

A efectos de actualización, la ficha permite trabajar por bloques manejables. En cada grupo de artículos debe definirse si corresponde mantener, modificar, derogar, reglamentar, incorporar criterios jurisprudenciales o archivar como disposición histórica. La falta de definición expresa perpetúa el desorden normativo.

CAPÍTULO ANEXO III. Catálogo de problemas críticos y variables de evaluación

Idea rectora

Este capítulo examina el bloque desde una perspectiva dogmática y práctica: identifica su nivel real de vigencia, ordena sus fuentes y explica las tensiones entre el Código, la Constitución, los reglamentos y la jurisprudencia constitucional.

Problema	Dimensión	Manifestación	Indicador sugerido
Universalidad	Cobertura	Brecha entre titularidad constitucional y afiliación dependiente del empleo formal.	Porcentaje de población cubierta por SSCP y población sin cobertura contributiva.
Oportunidad	Prestaciones	Demora en atención, autorizaciones, medicamentos y pago de subsidios.	Tiempo promedio de atención, entrega de medicamentos y pago de subsidios.
Equidad	Gestión	Desigualdad de infraestructura y calidad entre Entes Gestores.	Camas, especialistas, presupuesto por asegurado, quejas y resoluciones.
Sostenibilidad	Finanzas	Base contributiva estrecha y presión del sector pasivo.	Relación activos/pasivos, costo por asegurado, gastos administrativos.
Transparencia	Control	Información fragmentada y limitada publicidad de indicadores.	Publicación de estados financieros, auditorías y datos de desempeño.
Debido proceso	Procedimientos	Notificaciones deficientes y medidas coactivas sin defensa suficiente.	Nulidades, amparos, tiempos de proceso y errores de liquidación.
Interoperabilidad	Administración	Bases de datos inconexas entre ASUSS, Entes Gestores, Gestora Pública, SIN y SEGIP.	Trámites digitales, certificados automáticos, validación cruzada.
Calidad	Prestación médica	Ausencia de estándares uniformes y fiscalización orientada a resultados.	Indicadores de seguridad del paciente, derivaciones y auditoría médica.

Universalidad: Brecha entre titularidad constitucional y afiliación dependiente del empleo formal. Esta variable diagnóstica debe medirse mediante porcentaje de población cubierta por SSCP y población sin cobertura contributiva. Sin indicadores verificables, la actualización normativa no podrá distinguir con precisión entre problemas de texto legal, problemas de gestión y problemas de financiamiento.

Oportunidad: Demora en atención, autorizaciones, medicamentos y pago de subsidios. Esta variable diagnóstica debe medirse mediante tiempo promedio de atención, entrega de medicamentos y pago de subsidios. Sin indicadores verificables, la actualización normativa no podrá distinguir con precisión entre problemas de texto legal, problemas de gestión y problemas de financiamiento.

Equidad: Desigualdad de infraestructura y calidad entre Entes Gestores. Esta variable diagnóstica debe medirse mediante camas, especialistas, presupuesto por asegurado, quejas y resoluciones. Sin indicadores verificables, la actualización normativa no podrá distinguir con precisión entre problemas de texto legal, problemas de gestión y problemas de financiamiento.

Sostenibilidad: Base contributiva estrecha y presión del sector pasivo. Esta variable diagnóstica debe medirse mediante relación activos/pasivos, costo por asegurado, gastos administrativos. Sin indicadores verificables, la actualización normativa no podrá distinguir con precisión entre problemas de texto legal, problemas de gestión y problemas de financiamiento.

Transparencia: Información fragmentada y limitada publicidad de indicadores. Esta variable diagnóstica debe medirse mediante publicación de estados financieros, auditorías y datos de desempeño. Sin indicadores verificables, la actualización normativa no podrá distinguir con precisión entre problemas de texto legal, problemas de gestión y problemas de financiamiento.

Debido proceso: Notificaciones deficientes y medidas coactivas sin defensa suficiente. Esta variable diagnóstica debe medirse mediante nulidades, amparos, tiempos de proceso y errores de liquidación. Sin indicadores verificables, la actualización normativa no podrá distinguir con precisión entre problemas de texto legal, problemas de gestión y problemas de financiamiento.

Interoperabilidad: Bases de datos inconexas entre ASUSS, Entes Gestores, Gestora Pública, SIN y SEGIP. Esta variable diagnóstica debe medirse mediante trámites digitales, certificados automáticos, validación cruzada. Sin indicadores verificables, la actualización normativa no podrá distinguir con precisión entre problemas de texto legal, problemas de gestión y problemas de financiamiento.

Calidad: Ausencia de estándares uniformes y fiscalización orientada a resultados. Esta variable diagnóstica debe medirse mediante indicadores de seguridad del paciente, derivaciones y auditoría médica. Sin indicadores verificables, la actualización normativa no podrá distinguir con precisión entre problemas de texto legal, problemas de gestión y problemas de financiamiento.

CAPÍTULO ANEXO IV. Fuentes normativas y jurisprudenciales de referencia

Idea rectora

Este bloque precisa la función dogmática de la materia examinada, ubica su grado de vigencia material y explica las tensiones que surgen entre el texto de 1956, la Constitución de 2009, el desarrollo reglamentario y la jurisprudencia constitucional aplicable.

Norma / resolución	Materia	Utilidad diagnóstica
Ley de 14/12/1956	Código de Seguridad Social	Base histórica del sistema; actualmente vigencia parcial para corto plazo y asignaciones familiares.
DS 5315/1959	Reglamento del Código de Seguridad Social	Desarrollo originario reglamentario con 674 artículos y anexos técnicos.
DL 13214/1975	Actualizaciones al Sistema Boliviano de Seguridad Social	Afiliación, vigencia de derechos, prestaciones, cotización y organización.
Ley 924/1987	Cotizaciones y financiamiento	Define aporte patronal del 10% y aporte estatal del 1%.
DS 21637/1987	Reestructuración del Sistema Boliviano de Seguridad Social	Estructura, asignaciones familiares, administración y financiamiento.
Ley 1178/1990	SAFCO	Control gubernamental y responsabilidad por administración de recursos.
Ley 1732/1996	Pensiones	Deroga normas del sistema de reparto y separa largo plazo.
Ley 3505/2006	Derogaciones por derecho a salud y vida	Incide en arts. 16, 17 y remisiones que afecten salud y vida.
CPE 2009	Constitución Política del Estado	Parámetro superior de interpretación y validez.
Ley 065/2010	Sistema Integral de Pensiones	Regula largo plazo y prestaciones de pensiones.
Ley 475/2013 y DS 1984/2014	Prestaciones de Servicios de Salud Integral	Amplía cobertura de salud para población no cubierta por SSCP.
Ley 603/2014	Código de las Familias y del Proceso Familiar	Familias, unión libre, identidad y protección familiar.
Ley 1152/2019	Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito	Amplía población beneficiaria sin SSCP.
DS 3561/2018	Creación de ASUSS	Autoridad de regulación, control, supervisión y fiscalización de SSCP.
RA ASUSS 065/2018	Afiliación, reafiliación y desafiliación	Antecedente reglamentario del registro y movilidad entre entes gestores.
RA ASUSS 038/2022	Reglamento específico de afiliación	Actualización posterior, abrogada según fuentes de 2026 por RA 035/2026.
RA ASUSS 035/2026	Reglamento Técnico de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación	Actualización documental, interoperabilidad, comité técnico y asignación de ente gestor.
SC 0062/2003	Igualdad en beneficiarios	Inconstitucionalidad de frase discriminatoria del art. 14 CSS.

Norma / resolución	Materia	Utilidad diagnóstica
SC 1227/2003-R	Debido proceso coactivo social	Protege defensa ante falta de citación válida.
SCP 0278/2016-S1	Derecho a seguridad social	Principios constitucionales de la seguridad social.
SCP 0859/2018-S3	Seguridad social y salud	Protección reforzada en enfermedad grave y prestaciones oportunas.
SCP 0406/2023-S4	Subsidios familiares	Tutela directa de subsidios prenatal, natalidad y lactancia.

CAPÍTULO ANEXO V. Glosario dogmático operativo

Idea rectora

La sección ordena el contenido normativo bajo análisis, determina su vigencia material y muestra cómo dialogan, o entran en tensión, el Código de 1956, la Constitución de 2009, la regulación reglamentaria y los criterios constitucionales relevantes.

Término	Definición
Seguridad social de corto plazo	Régimen contributivo que otorga prestaciones de salud, maternidad, riesgos profesionales, subsidios de incapacidad temporal y asignaciones familiares bajo administración de entes gestores.
Ente gestor	Caja o entidad de salud que administra prestaciones de seguridad social de corto plazo para una población asegurada.
Beneficiario	Persona protegida por su vínculo familiar o dependencia con el trabajador asegurado, conforme a ley y reglamentos aplicables.
Derechohabiente	Persona con derecho a prestaciones derivadas del asegurado, especialmente ante muerte u otras contingencias reconocidas.
Universalidad	Principio por el cual toda persona debe poder acceder a seguridad social, con diseño progresivo y sin exclusiones arbitrarias.
Integralidad	Principio que exige atención completa de la contingencia: prevención, curación, rehabilitación, prestaciones económicas y reinserción cuando corresponda.
Unidad de gestión	Dirección normativa y administrativa coherente del sistema, con estándares comunes y supervisión efectiva, aunque existan varios entes gestores.
Coactivo social	Procedimiento destinado al cobro de aportes y obligaciones de seguridad social, sujeto a debido proceso y defensa.
Verdad material	Principio administrativo que obliga a buscar la realidad sustantiva por encima de defectos formales subsanables.
Protección reforzada	Mayor intensidad de tutela para maternidad, niñez, discapacidad, enfermedad grave, vejez y personas en situación de vulnerabilidad.

Seguridad social de Corto Plazo: Régimen contributivo que otorga prestaciones de salud, maternidad, riesgos profesionales, subsidios de incapacidad temporal y asignaciones familiares bajo administración de entes gestores. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Ente Gestor: Caja o entidad de salud que administra prestaciones de seguridad social de corto plazo para una población asegurada. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Beneficiario: Persona protegida por su vínculo familiar o dependencia con el trabajador asegurado, conforme a ley y reglamentos aplicables. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Derechohabiente: Persona con derecho a prestaciones derivadas del asegurado, especialmente ante muerte u otras contingencias reconocidas. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Universalidad: Principio por el cual toda persona debe poder acceder a seguridad social, con diseño progresivo y sin exclusiones arbitrarias. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Integralidad: Principio que exige atención completa de la contingencia: prevención, curación, rehabilitación, prestaciones económicas y reinserción cuando corresponda. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Unidad de gestión: Dirección normativa y administrativa coherente del sistema, con estándares comunes y supervisión efectiva, aunque existan varios entes gestores. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Coactivo social: Procedimiento destinado al cobro de aportes y obligaciones de seguridad social, sujeto a debido proceso y defensa. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Verdad material: Principio administrativo que obliga a buscar la realidad sustantiva por encima de defectos formales subsanables. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Protección reforzada: Mayor intensidad de tutela para maternidad, niñez, discapacidad, enfermedad grave, vejez y personas en situación de vulnerabilidad. Dentro del diagnóstico, este concepto ayuda a diferenciar una lectura meramente administrativa de una interpretación del Código de Seguridad Social orientada por la Constitución y por la eficacia real del derecho.

Cierre editorial

El diagnóstico muestra que la actualización del Código de Seguridad Social no puede seguir postergándose mediante ajustes administrativos aislados. La seguridad social de corto plazo requiere una nueva arquitectura legal que preserve la memoria institucional del sistema, pero que deje atrás exclusiones, ambigüedades y procedimientos incompatibles con la Constitución. El desafío no es solo jurídico; también es financiero, sanitario, tecnológico y democrático.

La actualización debe sostenerse en una premisa central: la persona asegurada y su familia no son usuarios pasivos de una caja, sino titulares de un derecho fundamental. El empleador no es un simple pagador de aportes, sino un sujeto obligado a garantizar incorporación y continuidad. La caja no es propietaria de los recursos, sino administradora fiduciaria de un patrimonio social. La ASUSS no es una instancia decorativa, sino el órgano técnico llamado a ordenar, fiscalizar y transparentar la SSCP.

Bajo esa comprensión, el presente documento queda estructurado como base técnica para la discusión institucional, la elaboración de un texto ordenado, la definición de una agenda legislativa y el rediseño reglamentario del sistema.

ANEXO VI. Fichas técnicas ampliadas para discusión institucional

Este anexo desarrolla fichas técnicas de lectura rápida destinadas a equipos jurídicos, autoridades administrativas, asesores legislativos, entes gestores y representantes de trabajadores y empleadores. Cada ficha resume una materia crítica, su fundamento normativo, el problema de aplicación, la lectura dogmática y el criterio operativo que debe orientar una eventual actualización. Su finalidad no es sustituir el análisis por títulos, sino ofrecer una herramienta de trabajo para organizar mesas técnicas y priorizar decisiones normativas.

VI.1. Afiliación del empleador

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS arts. 6 y 192; DL 13214; RA ASUSS 035/2026
Problema principal	La afiliación del empleador es el punto de entrada al sistema y condiciona la protección de todos los trabajadores dependientes. El problema actual reside en la coexistencia de requisitos históricos, formularios de cada caja, reglas ASUSS y validaciones tributarias que han cambiado por la transición del NIT al Registro Nacional de Contribuyentes. E...
Criterio operativo	Crear ventanilla única digital, interoperabilidad con SIN, Gestora Pública y SEGIP, y sanción automática por omisión sin afectar la atención del trabajador.

Problema de aplicación. La afiliación del empleador es el punto de entrada al sistema y condiciona la protección de todos los trabajadores dependientes. El problema actual reside en la coexistencia de requisitos históricos, formularios de cada caja, reglas ASUSS y validaciones tributarias que han cambiado por la transición del NIT al Registro Nacional de Contribuyentes. Esta dispersión puede transformar una obligación simple en un trámite complejo, especialmente para pequeñas empresas, empleadores nuevos y entidades públicas con unidades desconcentradas.

Lectura dogmática. La obligación de afiliación debe ser inmediata, verificable y digital. El empleador no puede trasladar al trabajador las consecuencias de su omisión. La administración, por su parte, debe tener potestad sancionadora y mecanismos de afiliación de oficio cuando exista evidencia de relación laboral. El estándar constitucional es claro: el derecho a la seguridad social no nace del formulario, sino de la relación jurídica protegida.

Criterio técnico. Crear ventanilla única digital, interoperabilidad con SIN, Gestora Pública y SEGIP, y sanción automática por omisión sin afectar la atención del trabajador. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado

legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.2. Afiliación del trabajador

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS art. 6; DL 13214 art. 6; CPE art. 45
Problema principal	La afiliación del trabajador sigue dependiendo en gran medida de la diligencia del empleador y de la oportunidad con que se comunican novedades de alta, baja y modificación salarial. En la práctica, la demora puede impedir atención médica, generar observaciones de caja o dejar sin cobertura a beneficiarios familiares. Esta situación es incompatible...
Criterio operativo	Permitir afiliación provisional a solicitud del trabajador con cargo posterior al empleador y fiscalización ASUSS.

Problema de aplicación. La afiliación del trabajador sigue dependiendo en gran medida de la diligencia del empleador y de la oportunidad con que se comunican novedades de alta, baja y modificación salarial. En la práctica, la demora puede impedir atención médica, generar observaciones de caja o dejar sin cobertura a beneficiarios familiares. Esta situación es incompatible con la finalidad protectora del sistema.

Lectura dogmática. El trabajador asegurado es titular de un derecho fundamental y no simple objeto de registro. La ley debe reconocer acción directa del trabajador para pedir afiliación, denunciar omisión y solicitar atención provisional mientras se regulariza la relación administrativa. El incumplimiento patronal debe generar responsabilidad del empleador, no suspensión de la protección.

Criterio técnico. Permitir afiliación provisional a solicitud del trabajador con cargo posterior al empleador y fiscalización ASUSS. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.3. Beneficiarios familiares

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS art. 14; SC 0062/2003; CPE arts. 14, 45 y 63; Ley 603
Problema principal	La categoría de beneficiario fue construida bajo un modelo familiar tradicional y patriarcal. La sentencia constitucional que eliminó la exigencia de invalidez para determinados beneficiarios corrigió una discriminación expresa, pero no agota todos los problemas. Persisten dificultades en unión libre, dependencia económica, hijos mayores de edad co...
Criterio operativo	Reformular el catálogo legal de beneficiarios y establecer prueba flexible e interoperable con SERECI, SEGIP y registros de discapacidad.

Problema de aplicación. La categoría de beneficiario fue construida bajo un modelo familiar tradicional y patriarcal. La sentencia constitucional que eliminó la exigencia de invalidez para determinados beneficiarios corrigió una discriminación expresa, pero no agota todos los problemas. Persisten dificultades en unión libre, dependencia económica, hijos mayores de edad con discapacidad, familias reconstituidas y documentación civil incompleta.

Lectura dogmática. El régimen de beneficiarios debe seguir criterios de igualdad material, realidad familiar y protección reforzada. La unión libre reconocida por la CPE no puede recibir trato inferior al matrimonio. La administración debe valorar certificados, declaraciones, registros y pruebas complementarias con verdad material, evitando exigir sentencia judicial cuando otro documento público suficiente acredite el vínculo.

Criterio técnico. Reformular el catálogo legal de beneficiarios y establecer prueba flexible e interoperable con SERECI, SEGIP y registros de discapacidad. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.4. Vigencia de derechos tras cesantía

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS arts. 19 y 36; DL 13214 art. 24; Ley 3505; SCP 0859/2018-S3
Problema principal	La conservación de prestaciones después de la baja laboral es una cuestión crítica en enfermedad, embarazo, tratamientos crónicos y accidentes. Las reglas históricas fueron diseñadas para un empleo estable y no contemplan rotación laboral, contratos temporales, tercerización o despidos durante enfermedad. El resultado puede ser interrupción de trat...

Elemento	Desarrollo
Criterio operativo	Establecer periodo legal de cobertura poslaboral, continuidad obligatoria para tratamientos iniciados y responsabilidad patronal por baja irregular.

Problema de aplicación. La conservación de prestaciones después de la baja laboral es una cuestión crítica en enfermedad, embarazo, tratamientos crónicos y accidentes. Las reglas históricas fueron diseñadas para un empleo estable y no contemplan rotación laboral, contratos temporales, tercerización o despidos durante enfermedad. El resultado puede ser interrupción de tratamientos cuando la persona más necesita protección.

Lectura dogmática. La vigencia de derechos debe leerse con continuidad asistencial. La pérdida del vínculo laboral no puede interrumpir tratamientos en curso ni dejar sin atención una contingencia originada durante la relación protegida. La responsabilidad financiera podrá discutirse entre empleador, caja o sistema público, pero el asegurado no debe quedar expuesto.

Criterio técnico. Establecer periodo legal de cobertura poslaboral, continuidad obligatoria para tratamientos iniciados y responsabilidad patronal por baja irregular. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.5. Mora patronal

Elemento	Desarrollo
Base normativa	Ley 924; DS 21637; CSS arts. 223 y ss.; SC 1227/2003-R
Problema principal	La mora patronal afecta sostenibilidad, pero no siempre es visible para el trabajador. Si la caja suspende prestaciones por deuda empresarial sin un procedimiento claro, se castiga al sujeto protegido por una conducta ajena. Al mismo tiempo, la tolerancia excesiva con grandes morosos debilita el financiamiento general.
Criterio operativo	Implementar alertas tempranas de mora, continuidad de atención al trabajador, ejecución coactiva digital y responsabilidad solidaria de representantes cuando corresponda.

Problema de aplicación. La mora patronal afecta sostenibilidad, pero no siempre es visible para el trabajador. Si la caja suspende prestaciones por deuda empresarial sin un procedimiento claro, se castiga al sujeto protegido por una conducta ajena. Al mismo tiempo, la tolerancia excesiva con grandes morosos debilita el financiamiento general.

Lectura dogmática. La dogmática de la seguridad social exige separar dos relaciones: la relación prestacional entre asegurado y ente gestor, y la relación contributiva entre empleador y sistema. La primera debe protegerse; la segunda debe ejecutarse con firmeza, debido proceso y sanciones proporcionadas.

Criterio técnico. Implementar alertas tempranas de mora, continuidad de atención al trabajador, ejecución coactiva digital y responsabilidad solidaria de representantes cuando corresponda. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.6. Subsidio por enfermedad

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS arts. 36 a 42; DS 5315 art. 57; DL 13214 arts. 30 y ss.
Problema principal	El subsidio por enfermedad cumple una función de sustitución temporal de ingresos. Las normas vigentes contienen remisiones históricas, fórmulas de cálculo y plazos que requieren actualización. La ausencia de regulación moderna produce diferencias entre Entes Gestores y controversias sobre días cubiertos, prórrogas, altas médicas y base salarial.
Criterio operativo	Actualizar base de cálculo, plazos, prórroga, auditoría médica, junta evaluadora y recurso contra alta o rechazo.

Problema de aplicación. El subsidio por enfermedad cumple una función de sustitución temporal de ingresos. Las normas vigentes contienen remisiones históricas, fórmulas de cálculo y plazos que requieren actualización. La ausencia de regulación moderna produce diferencias entre Entes Gestores y controversias sobre días cubiertos, prórrogas, altas médicas y base salarial.

Lectura dogmática. El subsidio debe equilibrar protección del ingreso y control técnico. No puede ser tan bajo que empuje al trabajador enfermo a reincorporarse prematuramente, ni tan opaco que permita discrecionalidad. La decisión médica que suspende, prorroga o niega incapacidad debe ser motivada y revisable.

Criterio técnico. Actualizar base de cálculo, plazos, prórroga, auditoría médica, junta evaluadora y recurso contra alta o rechazo. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.7. Subsidio de maternidad

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CPE arts. 45, 48 y 60; CSS; DS 21637; DS 3546
Problema principal	La maternidad exige protección reforzada antes, durante y después del parto. Las reglas históricas deben armonizarse con estabilidad laboral, salud materna, controles prenatales, lactancia y protección de la niñez. Cualquier demora en subsidios o atención puede generar daño irreversible.
Criterio operativo	Establecer trámite preferente, pago oportuno, atención inmediata del recién nacido y control sancionador por incumplimiento.

Problema de aplicación. La maternidad exige protección reforzada antes, durante y después del parto. Las reglas históricas deben armonizarse con estabilidad laboral, salud materna, controles prenatales, lactancia y protección de la niñez. Cualquier demora en subsidios o atención puede generar daño irreversible.

Lectura dogmática. La prestación de maternidad no es un beneficio accesorio, sino un derecho fundamental compuesto. Integra salud, ingreso, nutrición, cuidado y protección familiar. La interpretación debe ser antiformalista y sensible a la situación de vulnerabilidad temporal de madre y recién nacido.

Criterio técnico. Establecer trámite preferente, pago oportuno, atención inmediata del recién nacido y control sancionador por incumplimiento. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.8. Subsidio de natalidad

Elemento	Desarrollo
Base normativa	Arts. 48.IV y 410.II de la CPE CSS arts. 93, art. 230 y ss.; DS 21637 art. 25; DS 3546; SCP 0406/2023-S4, Auto Supremo 625/2019, del Código de Seguridad Social.
Problema principal	El subsidio de natalidad fue transformado por normas posteriores en una prestación de monto actualizado. Su finalidad es cubrir gastos inmediatos por nacimiento. El problema recurrente es el retraso, la exigencia de documentos redundantes y la confusión entre obligación del empleador y control del ente gestor.
Criterio operativo	Crear plazo breve e improrrogable de pago, formulario único y sanción por retraso injustificado.

Las asignaciones familiares y los subsidios prenatal, de natalidad, lactancia y sepelio, una vez cumplido el hecho generador, que da lugar a su otorgación, constituyen derechos laborales y de seguridad social de cumplimiento obligatorio, irrenunciables e imprescriptibles, conforme a los arts. 45 y 48.I, III y IV de la Constitución Política del Estado. En consecuencia, la obligación del empleador subsiste hasta que la prestación sea efectivamente entregada o pagada al beneficiario o, cuando éste no concurra a recibirla pese a haber sido notificado de manera personal, comprobable y suficiente, hasta que el empleador efectúe su consignación en la cuenta, fondo o mecanismo institucional establecido por la normativa. La inactividad del beneficiario no extingue el derecho ni libera al empleador por el simple transcurso del tiempo; sin embargo, transcurridos dos años desde la notificación válida y la efectiva puesta a disposición de la prestación, podrá disponerse el archivo del trámite administrativo, sin perjuicio de que el derecho pueda ser nuevamente activado ante la autoridad competente.

Debe diferenciarse la existencia del derecho, que es imprescriptible, de la permanencia indefinida de un expediente administrativo abierto. El principio de oportunidad exige que el subsidio sea entregado en el momento en que ocurre la contingencia protegida, debido a su finalidad alimentaria, sanitaria y de protección de la maternidad y de la niñez; por ello, su incumplimiento oportuno es imputable principalmente al empleador obligado y no puede trasladarse al beneficiario mediante la pérdida del derecho. Cuando la prestación en especie haya dejado de cumplir su finalidad por el transcurso del tiempo, corresponde reconocer su equivalente monetario actualizado, disponer la consignación institucional de los montos no cobrados y permitir el archivo del expediente por inactividad, sin extinguir la facultad sustantiva de reclamación. Este mecanismo concilia la imprescriptibilidad constitucional con la seguridad jurídica, el orden contable, la eficiencia administrativa y la necesidad de evitar que las prestaciones permanezcan indefinidamente bajo custodia del empleador.

La jurisprudencia constitucional ha admitido que, cuando los subsidios prenatales o de lactancia no fueron entregados oportunamente y ya transcurrió el periodo en el que debían cumplir su función nutricional, su satisfacción puede efectuarse en dinero. También ha rechazado que el empleador invoque la preclusión para eludir una obligación que debía prever y cumplir oportunamente. El diagnóstico ya entiende la oportunidad como la exigencia de que la prestación llegue cuando ocurre la contingencia, pues su entrega tardía puede vaciar de contenido su finalidad.

Base jurídica del plazo de dos años. -

Actualmente **no existe una base normativa válida y específica que permita fijar en dos años la prescripción o caducidad de la reclamación de subsidios generados después de la Constitución de 2009**.

El plazo de dos años proviene históricamente del art. 120 de la Ley General del Trabajo y del art. 163 de su Decreto Reglamentario. Sin embargo, el Tribunal Supremo de Justicia ha establecido que esos plazos solamente producen efectos cuando la prescripción se hubiera consolidado antes del 7 de febrero de 2009. Cuando el derecho nació después de esa fecha, o el plazo anterior todavía no se había cumplido, prevalece la imprescriptibilidad establecida por el art. 48.IV de la CPE.

Por otra parte, el art. 230 del Código de Seguridad Social y los arts. 534 a 540 de su Reglamento establecían históricamente plazos diferentes: un año para natalidad, lactancia o sepelio y tres años para determinadas prestaciones familiares reconocidas y no cobradas. Por tanto, tampoco esas normas proporcionan una base para un plazo general de dos años; además, su aplicación posterior a 2009 ha sido desplazada por la supremacía constitucional en materia de asignaciones familiares.

El principio de oportunidad **sí está normativamente reconocido** en el art. 45.II de la CPE, aunque no se encuentre suficientemente desarrollado en una ley o reglamento específico. Su contenido consiste en que la prestación debe otorgarse en el momento útil para atender la contingencia; no autoriza a establecer una prescripción ni proporciona, por sí solo, un parámetro numérico de dos años.

Por ello, el plazo de dos años solo podría presentarse como un **criterio de política legislativa para ordenar o archivar el procedimiento**, sustentado en seguridad jurídica, economía administrativa, depuración contable y conservación razonable de documentación. No debe calificarse como prescripción ni como caducidad del derecho. Para que sea constitucionalmente admisible, tendría que contemplar: **a)** notificación personal y comprobable al beneficiario; **b)** acreditación de que la prestación estuvo efectivamente disponible; **c)** consignación obligatoria del monto por el empleador; **d)** suspensión del plazo por minoridad, discapacidad, fuerza mayor, falta de notificación o incumplimiento patronal; **e)** posibilidad de formular una nueva solicitud; **f)** prohibición de que los recursos no cobrados sean apropiados, revertidos o utilizados por el empleador.

La fórmula jurídicamente más segura sería: **“archivo del procedimiento por inactividad durante dos años, sin extinción del derecho sustantivo”**.

VI.9. Subsidio de lactancia

Elemento	Desarrollo
Base normativa	DS 21637; DS 3546; Autos Supremos sociales; SCP 0406/2023-S4
Problema principal	El subsidio de lactancia suele generar controversias sobre prueba, cálculo y continuidad. Su naturaleza alimentaria obliga a una respuesta administrativa rápida. Las Entes Gestores y empleadores deben coordinar la verificación sin imponer al beneficiario cargas excesivas.
Criterio operativo	Interoperar con SERECI, simplificar acreditación y establecer seguimiento mensual automatizado.

Problema de aplicación. El subsidio de lactancia suele generar controversias sobre prueba, cálculo y continuidad. Su naturaleza alimentaria obliga a una respuesta administrativa rápida. Las Entes Gestores y empleadores deben coordinar la verificación sin imponer al beneficiario cargas excesivas.

Lectura dogmática. El derecho de lactancia protege a la persona recién nacida y tiene dimensión de salud pública. La discusión documental no puede desconocer la realidad biológica y registral del nacimiento. La verdad material debe prevalecer sobre defectos menores.

Criterio técnico. Interoperar con SERECI, simplificar acreditación y establecer seguimiento mensual automatizado. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.10. Riesgos profesionales clásicos

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS Título II; DL 13214; DS 5315 anexos
Problema principal	El Código conserva una matriz industrial de riesgos profesionales. Si bien mantiene utilidad para accidentes típicos y enfermedades tradicionales, resulta insuficiente frente a cambios tecnológicos, bioseguridad, transporte urbano, violencia laboral y modalidades digitales de trabajo.
Criterio operativo	Actualizar periódicamente lista de enfermedades y lesiones, con participación técnica del Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y ASUSS.

Problema de aplicación. El Código conserva una matriz industrial de riesgos profesionales. Si bien mantiene utilidad para accidentes típicos y enfermedades tradicionales, resulta insuficiente frente a cambios tecnológicos, bioseguridad, transporte urbano, violencia laboral y modalidades digitales de trabajo.

Lectura dogmática. La calificación de riesgo profesional debe combinar lista normativa y criterio médico-laboral abierto. Un listado cerrado puede dejar fuera enfermedades emergentes o riesgos no previstos en 1959. La protección constitucional exige adaptar la contingencia al trabajo real.

Criterio técnico. Actualizar periódicamente lista de enfermedades y lesiones, con participación técnica del Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y ASUSS. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.11. Riesgos psicosociales

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CPE arts. 18, 35 y 46; normativa laboral y sanitaria
Problema principal	El estrés laboral, acoso, burnout, violencia organizacional y trastornos de salud mental se han convertido en riesgos relevantes. El Código no los contempla expresamente y las Entes Gestores tienden a tratarlos como enfermedad común, salvo prueba extraordinaria.
Criterio operativo	Incorporar riesgos psicosociales como categoría evaluable y crear protocolos de prevención y calificación.

Problema de aplicación. El estrés laboral, acoso, burnout, violencia organizacional y trastornos de salud mental se han convertido en riesgos relevantes. El Código no los contempla expresamente y las Entes Gestores tienden a tratarlos como enfermedad común, salvo prueba extraordinaria.

Lectura dogmática. La frontera entre enfermedad común y riesgo profesional debe analizarse con criterios de causalidad laboral, exposición, organización del trabajo y evaluación interdisciplinaria. Ignorar estos riesgos reproduce subprotección y costos ocultos.

Criterio técnico. Incorporar riesgos psicosociales como categoría evaluable y crear protocolos de prevención y calificación. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.12. Teletrabajo y plataformas

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CPE art. 46; normativa laboral reciente; CSS art. 6
Problema principal	El Código presupone centro de trabajo físico y relación laboral tradicional. El teletrabajo, trabajo híbrido y plataformas digitales cuestionan las categorías de accidente, jornada, lugar de prestación y empleador responsable.
Criterio operativo	Definir reglas de afiliación, accidentes en domicilio, ergonomía, desconexión y fiscalización de plataformas.

Problema de aplicación. El Código presupone centro de trabajo físico y relación laboral tradicional. El teletrabajo, trabajo híbrido y plataformas digitales cuestionan las categorías de accidente, jornada, lugar de prestación y empleador responsable.

Lectura dogmática. La protección debe seguir al trabajador y a la actividad, no solo al establecimiento. La dogmática laboral permite identificar subordinación, dependencia económica o control algorítmico como indicios de cobertura.

Criterio técnico. Definir reglas de afiliación, accidentes en domicilio, ergonomía, desconexión y fiscalización de plataformas. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.13. Rehabilitación integral

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS art. 35; CPE art. 70; Ley 223; Ley 977
Problema principal	La rehabilitación está reconocida en el Código, pero no opera como sistema integrado. Falta trazabilidad entre tratamiento, incapacidad, readaptación, inserción laboral y seguimiento. La consecuencia es que muchos casos terminan en incapacidad o abandono terapéutico.
Criterio operativo	Crear rutas de rehabilitación, juntas interdisciplinarias y convenios de reinserción con empleadores.

Problema de aplicación. La rehabilitación está reconocida en el Código, pero no opera como sistema integrado. Falta trazabilidad entre tratamiento, incapacidad, readaptación, inserción laboral y seguimiento. La consecuencia es que muchos casos terminan en incapacidad o abandono terapéutico.

Lectura dogmática. La rehabilitación es prestación de salud y medida de inclusión social. Debe planificarse desde el inicio de la contingencia, no cuando el daño ya es irreversible. El sistema gana sostenibilidad cuando recupera capacidad laboral y autonomía.

Criterio técnico. Crear rutas de rehabilitación, juntas interdisciplinarias y convenios de reinserción con empleadores. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.14. Medicamentos y abastecimiento

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CPE arts. 18 y 45; Reglamento Único de Prestaciones ASUSS
Problema principal	La atención sin medicamentos suficientes no satisface el derecho. Las quejas por desabastecimiento revelan que la prestación se fragmenta entre consulta, receta y compra externa, generando gasto de bolsillo en asegurados que ya financian el sistema mediante aportes.
Criterio operativo	Publicar indicadores de abastecimiento, compras transparentes y mecanismos de reembolso rápido cuando falte medicamento esencial.

Problema de aplicación. La atención sin medicamentos suficientes no satisface el derecho. Las quejas por desabastecimiento revelan que la prestación se fragmenta entre consulta, receta y compra externa, generando gasto de bolsillo en asegurados que ya financian el sistema mediante aportes.

Lectura dogmática. La seguridad social debe proteger financieramente al asegurado. Cuando el sistema prescribe pero no entrega, transfiere el costo al usuario y debilita la finalidad de solidaridad.

Criterio técnico. Publicar indicadores de abastecimiento, compras transparentes y mecanismos de reembolso rápido cuando falte medicamento esencial. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.15. Referencia y contrarreferencia

Elemento	Desarrollo
Base normativa	Ley 1152; normativa sanitaria; reglamentos ASUSS
Problema principal	La coexistencia entre Entes Gestores, hospitales públicos y servicios especializados exige reglas de derivación. Sin coordinación, el asegurado peregrina entre instituciones o espera autorizaciones incompatibles con urgencia médica.
Criterio operativo	Implementar protocolos obligatorios de referencia, autorizaciones digitales y compensación interinstitucional.

Problema de aplicación. La coexistencia entre Entes Gestores, hospitales públicos y servicios especializados exige reglas de derivación. Sin coordinación, el asegurado peregrina entre instituciones o espera autorizaciones incompatibles con urgencia médica.

Lectura dogmática. La red prestacional debe operar como sistema. La competencia institucional no puede prevalecer sobre la continuidad terapéutica. Los conflictos de pago deben resolverse entre entidades, no contra el paciente.

Criterio técnico. Implementar protocolos obligatorios de referencia, autorizaciones digitales y compensación interinstitucional. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.16. Calidad y seguridad del paciente

Elemento	Desarrollo
Base normativa	DS 3561; reglamentos ASUSS; CPE arts. 18 y 35
Problema principal	El Código no regula calidad con estándares modernos. La fiscalización histórica se centró en administración y cotización. Hoy se requiere medir eventos adversos, oportunidad, trato digno, historia clínica, comités de calidad y auditoría médica.
Criterio operativo	Adoptar indicadores nacionales de calidad, auditoría externa y publicación de resultados por ente gestor.

Problema de aplicación. El Código no regula calidad con estándares modernos. La fiscalización histórica se centró en administración y cotización. Hoy se requiere medir eventos adversos, oportunidad, trato digno, historia clínica, comités de calidad y auditoría médica.

Lectura dogmática. El derecho a la seguridad social incluye recibir prestaciones idóneas. Una atención tardía, negligente o insegura no cumple la obligación constitucional, aunque exista afiliación formal.

Criterio técnico. Adoptar indicadores nacionales de calidad, auditoría externa y publicación de resultados por ente gestor. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.17. Control del gasto administrativo

Elemento	Desarrollo
Base normativa	Ley 1178; DS 21637; DS 3561
Problema principal	El gasto administrativo debe ser razonable y proporcional al objeto sanitario. Cuando la burocracia consume recursos excesivos, se reduce la capacidad de atención, inversión y contratación de personal médico.
Criterio operativo	Fijar techos, indicadores de eficiencia y auditoría comparada entre Entes Gestores.

Problema de aplicación. El gasto administrativo debe ser razonable y proporcional al objeto sanitario. Cuando la burocracia consume recursos excesivos, se reduce la capacidad de atención, inversión y contratación de personal médico.

Lectura dogmática. Los recursos de seguridad social tienen destino finalista. La administración es medio, no fin. La transparencia presupuestaria es condición de legitimidad del aporte patronal y estatal.

Criterio técnico. Fijar techos, indicadores de eficiencia y auditoría comparada entre Entes Gestores. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.18. Inversión sanitaria

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS régimen económico; Ley 1178; DS 3561
Problema principal	El Código no contiene un modelo moderno de planificación de infraestructura, equipamiento, tecnología y mantenimiento. La falta de inversión o la inversión mal priorizada incrementan listas de espera y derivaciones externas.
Criterio operativo	Exigir planes quinquenales de inversión basados en demanda epidemiológica y población asegurada.

Problema de aplicación. El Código no contiene un modelo moderno de planificación de infraestructura, equipamiento, tecnología y mantenimiento. La falta de inversión o la inversión mal priorizada incrementan listas de espera y derivaciones externas.

Lectura dogmática. La sostenibilidad no es solo equilibrio contable; también exige capacidad resolutiva. Un ente gestor financieramente líquido pero incapaz de atender incumple su finalidad.

Criterio técnico. Exigir planes quinquenales de inversión basados en demanda epidemiológica y población asegurada. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.19. Interoperabilidad de datos

Elemento	Desarrollo
Base normativa	RA ASUSS 035/2026; SEGIP; SIN; Gestora Pública
Problema principal	La fragmentación de bases de datos aumenta trámites, duplicidades, afiliaciones erróneas y demoras. La actualización de requisitos en 2026 muestra que la SSCP necesita infraestructura digital permanente.
Criterio operativo	Crear historia administrativa única de asegurado, validación cruzada y certificados digitales obligatorios.

Problema de aplicación. La fragmentación de bases de datos aumenta trámites, duplicidades, afiliaciones erróneas y demoras. La actualización de requisitos en 2026 muestra que la SSCP necesita infraestructura digital permanente.

Lectura dogmática. El dato es instrumento de protección. La interoperabilidad bien regulada reduce barreras y fortalece fiscalización, siempre que respete privacidad y finalidad pública.

Criterio técnico. Crear historia administrativa única de asegurado, validación cruzada y certificados digitales obligatorios. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.20. Protección de datos personales

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CPE; normativa administrativa; salud
Problema principal	La digitalización de afiliación y prestaciones aumenta riesgos de exposición de datos médicos, familiares y laborales. Los Entes Gestores manejan información sensible que debe protegerse con estándares estrictos.
Criterio operativo	Incorporar reglas de protección de datos de salud y seguridad social, con auditoría tecnológica.

Problema de aplicación. La digitalización de afiliación y prestaciones aumenta riesgos de exposición de datos médicos, familiares y laborales. Los Entes Gestores manejan información sensible que debe protegerse con estándares estrictos.

Lectura dogmática. La eficacia administrativa no justifica vulnerar intimidad. El Estado debe compatibilizar interoperabilidad con confidencialidad, trazabilidad de accesos y responsabilidad por uso indebido.

Criterio técnico. Incorporar reglas de protección de datos de salud y seguridad social, con auditoría tecnológica. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.21. Fiscalización de empleadores

Elemento	Desarrollo
Base normativa	DL 13214; DS 3561; reglamentos ASUSS
Problema principal	La fiscalización debe identificar omisión de afiliación, subdeclaración salarial, mora, falsos independientes y uso indebido de bajas. Sin fiscalización efectiva, el sistema se financia de manera desigual.
Criterio operativo	Crear fiscalización basada en riesgo, cruces con planillas, SIN y Gestora Pública, y sanciones graduadas.

Problema de aplicación. La fiscalización debe identificar omisión de afiliación, subdeclaración salarial, mora, falsos independientes y uso indebido de bajas. Sin fiscalización efectiva, el sistema se financia de manera desigual.

Lectura dogmática. La potestad fiscalizadora tiene finalidad protectora y recaudatoria. Debe ejercerse con legalidad, proporcionalidad, motivación y herramientas de inteligencia de datos.

Criterio técnico. Crear fiscalización basada en riesgo, cruces con planillas, SIN y Gestora Pública, y sanciones graduadas. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.22. Fiscalización de entes gestores

Elemento	Desarrollo
Base normativa	DS 3561; Ley 1178; reglamentos ASUSS
Problema principal	Los entes gestores deben ser controlados no solo por legalidad formal, sino por resultados sanitarios, financieros y administrativos. La supervisión débil permite ineficiencias y prácticas dispares.
Criterio operativo	Fortalecer atribuciones sancionadoras, auditoría médica y financiera, y publicación obligatoria de hallazgos.

Problema de aplicación. Los entes gestores deben ser controlados no solo por legalidad formal, sino por resultados sanitarios, financieros y administrativos. La supervisión débil permite ineficiencias y prácticas dispares.

Lectura dogmática. La ASUSS debe actuar como garante técnico del sistema. Su función de control concreta el mandato constitucional de dirección y administración estatal.

Criterio técnico. Fortalecer atribuciones sancionadoras, auditoría médica y financiera, y publicación obligatoria de hallazgos. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.23. Procedimiento administrativo prestacional

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS Título VI; Ley 2341; CPE art. 115
Problema principal	Los trámites de prestaciones pueden ser lentos, heterogéneos y excesivamente documentales. El asegurado no siempre conoce plazos, recursos ni autoridad competente.
Criterio operativo	Aprobar procedimiento único de prestaciones SSCP con tutela urgente y silencio administrativo favorable en materias no médicas cuando sea viable.

Problema de aplicación. Los trámites de prestaciones pueden ser lentos, heterogéneos y excesivamente documentales. El asegurado no siempre conoce plazos, recursos ni autoridad competente.

Lectura dogmática. Un derecho fundamental requiere procedimiento idóneo. La ausencia de procedimiento claro equivale a barrera de acceso. Toda denegatoria debe ser motivada y revisable.

Criterio técnico. Aprobar procedimiento único de prestaciones SSCP con tutela urgente y silencio administrativo favorable en materias no médicas cuando sea viable. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.24. Notificación y defensa

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CPE arts. 115, 117 y 120; SC 1227/2003-R
Problema principal	La notificación deficiente aparece en coactivos, sanciones y trámites administrativos. Sin conocimiento real del acto, no existe defensa efectiva.
Criterio operativo	Regular notificación física, electrónica, edictal, constancia de recepción y nulidad por indefensión.

Problema de aplicación. La notificación deficiente aparece en coactivos, sanciones y trámites administrativos. Sin conocimiento real del acto, no existe defensa efectiva.

Lectura dogmática. El debido proceso no es formalismo, sino condición de legitimidad. La seguridad social puede tener procedimientos especiales, pero no procedimientos indefensos.

Criterio técnico. Regular notificación física, electrónica, digital, constancia de recepción y nulidad por indefensión. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.25. Recursos administrativos

Elemento	Desarrollo
Base normativa	Ley 2341; DS 27113; reglamentos ASUSS
Problema principal	El régimen de impugnación no siempre es claro para asegurados y empleadores. En materias médicas, financieras y de afiliación se requieren instancias técnicas y jurídicas diferenciadas.
Criterio operativo	Crear recursos especializados con plazos breves y revisión técnica independiente.

Problema de aplicación. El régimen de impugnación no siempre es claro para asegurados y empleadores. En materias médicas, financieras y de afiliación se requieren instancias técnicas y jurídicas diferenciadas.

Lectura dogmática. El recurso debe ser accesible, oportuno y eficaz. Un recurso meramente formal o excesivamente lento no satisface tutela administrativa.

Criterio técnico. Crear recursos especializados con plazos breves y revisión técnica independiente. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.26. Coactivo social digital

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CSS arts. 223 y ss.; Ley 1178; SC 1227/2003-R
Problema principal	El coactivo social puede modernizarse mediante títulos digitales, liquidaciones trazables, notificación electrónica y pagos en línea. Pero la digitalización no debe eliminar defensa ni control judicial.
Criterio operativo	Digitalizar con garantías: liquidación verificable, trazabilidad, oposición electrónica y control judicial efectivo.

Problema de aplicación. El coactivo social puede modernizarse mediante títulos digitales, liquidaciones trazables, notificación electrónica y pagos en línea. Pero la digitalización no debe eliminar defensa ni control judicial.

Lectura dogmática. La tecnología debe servir al debido proceso. Un sistema automático sin revisión puede amplificar errores de deuda, intereses o identidad del empleador.

Criterio técnico. Digitalizar con garantías: liquidación verificable, trazabilidad, oposición electrónica y control judicial efectivo. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.27. Participación social

Elemento	Desarrollo
Base normativa	CPE arts. 45 y participación ciudadana; tradición de cogestión
Problema principal	La seguridad social boliviana tiene tradición de participación laboral y patronal. Sin embargo, la representación debe actualizarse para evitar captura corporativa y garantizar voz de usuarios, rentistas, mujeres y sectores vulnerables.
Criterio operativo	Diseñar consejos consultivos con acceso a información, indicadores y rendición pública.

Problema de aplicación. La seguridad social boliviana tiene tradición de participación laboral y patronal. Sin embargo, la representación debe actualizarse para evitar captura corporativa y garantizar voz de usuarios, rentistas, mujeres y sectores vulnerables.

Lectura dogmática. La participación social legitima el sistema cuando es informada y transparente. No debe confundirse con interferencia política ni administración discrecional.

Criterio técnico. Diseñar consejos consultivos con acceso a información, indicadores y rendición pública. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.28. Coordinación con SUS

Elemento	Desarrollo
Base normativa	Ley 475; DS 1984; Ley 1152
Problema principal	La población no cubierta por SSCP accede al SUS, pero existen zonas grises: trabajadores no afiliados, beneficiarios en trámite, emergencias, derivaciones y servicios de alta complejidad.
Criterio operativo	Establecer reglas de cobertura, reembolso y derivación entre SSCP y SUS.

Problema de aplicación. La población no cubierta por SSCP accede al SUS, pero existen zonas grises: trabajadores no afiliados, beneficiarios en trámite, emergencias, derivaciones y servicios de alta complejidad.

Lectura dogmática. La coexistencia debe proteger al paciente. Ninguna institución debe rechazar atención urgente por disputa de cobertura. La compensación financiera debe resolverse después.

Criterio técnico. Establecer reglas de cobertura, reembolso y derivación entre SSCP y SUS. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.29. Homologación de reglamentos de Entes Gestores

Elemento	Desarrollo
Base normativa	DS 3561; reglamentos ASUSS; normativa interna de Entes Gestores
Problema principal	Cada caja posee normas internas, manuales, formularios y criterios operativos. La diversidad puede ser útil si responde a especialidad, pero problemática si produce desigualdad de derechos.
Criterio operativo	ASUSS debe homologar, publicar y revisar periódicamente reglamentos internos de entes gestores.

Problema de aplicación. Cada caja posee normas internas, manuales, formularios y criterios operativos. La diversidad puede ser útil si responde a especialidad, pero problemática si produce desigualdad de derechos.

Lectura dogmática. La igualdad material exige estándares mínimos comunes. La autonomía de gestión no autoriza diferenciar arbitrariamente prestaciones o trámites esenciales.

Criterio técnico. ASUSS debe homologar, publicar y revisar periódicamente reglamentos internos de entes gestores. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

VI.30. Rendición pública de cuentas

Elemento	Desarrollo
Base normativa	Ley 1178; DS 3561; normativa de transparencia
Problema principal	La ciudadanía y los aportantes requieren información sobre finanzas, prestaciones, listas de espera, compras, auditorías y sanciones. La opacidad debilita confianza y facilita ineficiencia.
Criterio operativo	Publicar informes anuales comparables por caja, con datos financieros, sanitarios y de calidad.

Problema de aplicación. La ciudadanía y los aportantes requieren información sobre finanzas, prestaciones, listas de espera, compras, auditorías y sanciones. La opacidad debilita confianza y facilita ineficiencia.

Lectura dogmática. La seguridad social administra recursos de finalidad pública. La transparencia es un deber jurídico y una condición de sostenibilidad social del aporte.

Criterio técnico. Publicar informes anuales comparables por caja, con datos financieros, sanitarios y de calidad. Esta recomendación debe leerse como una línea de diagnóstico institucional, no como articulado legislativo cerrado. Su concreción requiere validación actuarial, análisis presupuestario, consulta con entes gestores y compatibilización con la normativa administrativa vigente.

Síntesis final para toma de decisiones

La revisión ampliada confirma que el Código de Seguridad Social no requiere simples modificaciones puntuales, sino una reconstrucción normativa por capas. La primera capa debe depurar la vigencia; la segunda debe constitucionalizar principios y sujetos protegidos; la tercera debe modernizar prestaciones; la cuarta debe ordenar financiamiento; la quinta debe fortalecer gestión y supervisión; y la sexta debe garantizar procedimientos eficaces y respetuosos del debido proceso.

La seguridad social de corto plazo se encuentra en el centro de una tensión institucional: debe sostener prestaciones de salud cada vez más complejas con una base contributiva formal que no crece al mismo ritmo que las necesidades sanitarias. Esta tensión no se resuelve restringiendo derechos, sino ampliando base, mejorando recaudación, reduciendo ineficiencias, transparentando gasto y coordinando redes de atención.

La actualización futura debe conservar lo valioso del modelo histórico: solidaridad, obligatoriedad, protección familiar y administración especializada. Pero debe superar aquello que el tiempo volvió incompatible: exclusiones, fragmentación, lenguaje preconstitucional, procedimientos insuficientes, falta de interoperabilidad y ausencia de estándares uniformes de calidad.

ANEXO VII. Criterios de implementación por actor institucional

La eficacia del diagnóstico depende de transformar sus hallazgos en responsabilidades diferenciadas. El sistema de seguridad social de corto plazo no puede actualizarse solo desde la dogmática legal ni únicamente desde la administración sanitaria. Cada actor tiene un conjunto de deberes propios y una zona de coordinación obligatoria. Este anexo identifica esas responsabilidades para facilitar una etapa posterior de planificación, sin convertir el diagnóstico en propuesta normativa cerrada.

Actor	Responsabilidad diagnóstica	Criterio de cautela
Órgano Legislativo	Convertir el diagnóstico en ley actualizada, depurar derogaciones, definir sujetos protegidos, prestaciones, financiamiento, procedimientos y competencias de supervisión.	Evitar actualizaciones parciales que aumenten fragmentación; trabajar por bloques temáticos con exposición de motivos y matriz de vigencia.
Ministerio de Salud y Deportes	Articular la SSCP con la política nacional de salud, el SUS, redes de servicios, habilitación, calidad, medicamentos y gestión epidemiológica.	No confundir universalización sanitaria con absorción automática de obligaciones contributivas propias de los Entes Gestores.
ASUSS	Regular, controlar, supervisar y fiscalizar la SSCP; homologar reglamentos; generar base de datos; publicar información; establecer criterios de afiliación, prestaciones, fiscalización y calidad.	Fortalecer capacidad técnica, sancionadora, estadística y de auditoría médica-financiera.
Entes Gestores de Salud	Administrar prestaciones con oportunidad, calidad, transparencia y sostenibilidad; garantizar afiliación, atención, medicamentos, rehabilitación, subsidios y gestión de reclamos.	Abandonar prácticas heterogéneas injustificadas y someter reglamentos internos a homologación y publicación.
Empleadores públicos y privados	Afiliar, aportar, comunicar novedades, pagar asignaciones cuando corresponda, facilitar fiscalización y proteger estabilidad en contingencias de salud y maternidad.	Asumir que la omisión de afiliación o mora patronal vulnera un derecho fundamental y no solo una obligación administrativa.
Trabajadores y beneficiarios	Ejercer derechos, actualizar información, denunciar omisiones, participar en control social y utilizar vías de reclamo e impugnación.	Contar con mecanismos simples, gratuitos y accesibles para evitar que el desconocimiento se convierta en pérdida de protección.
Órgano Judicial y TCP	Controlar legalidad, debido proceso, ejecución coactiva y tutela constitucional de derechos de seguridad social.	Consolidar líneas jurisprudenciales que eviten formalismo y garanticen defensa.
Contraloría y control gubernamental	Fiscalizar administración de recursos, gasto, contratación, inversión y responsabilidad por daño económico.	Coordinar auditoría financiera con auditoría de desempeño sanitario, porque la eficiencia del gasto se mide también por prestaciones otorgadas.

VII. Órgano Legislativo

La responsabilidad del órgano legislativo debe ubicarse dentro de una arquitectura de corresponsabilidad pública. Convertir el diagnóstico en ley actualizada, depurar derogaciones, definir sujetos protegidos, prestaciones, financiamiento, procedimientos y competencias de supervisión. Esa función no puede ejercerse de forma aislada, porque la seguridad social de corto plazo articula derecho fundamental, financiamiento contributivo, administración sanitaria, potestad de supervisión y control jurisdiccional.

El criterio de cautela para este actor es el siguiente: Evitar actualizaciones parciales que aumenten fragmentación; trabajar por bloques temáticos con exposición de motivos y matriz de vigencia. En términos dogmáticos, cautela no equivale a inacción; significa actuar con competencia, evidencia, proporcionalidad y respeto a la jerarquía normativa. Una actualización apresurada, o solo reglamentaria, puede diferir el problema y aumentar la litigiosidad.

Durante la implementación, este actor debe generar información verificable, participar en mesas técnicas y someter sus decisiones al control público. La legitimidad de la actualización dependerá de que cada obligación pueda medirse, cada plazo tenga responsable y cada prestación cuente con financiamiento. Sin esa trazabilidad, la actualización quedará en el plano declarativo.

VII. Ministerio de Salud y Deportes

La responsabilidad del ministerio de salud y deportes debe ubicarse dentro de una arquitectura de corresponsabilidad pública. Articular la SSCP con la política nacional de salud, el SUS, redes de servicios, habilitación, calidad, medicamentos y gestión epidemiológica. Esa función no puede ejercerse de forma aislada, porque la seguridad social de corto plazo articula derecho fundamental, financiamiento contributivo, administración sanitaria, potestad de supervisión y control jurisdiccional.

El criterio de cautela para este actor es el siguiente: No confundir universalización sanitaria con absorción automática de obligaciones contributivas propias de los Entes Gestores. En términos dogmáticos, cautela no equivale a inacción; significa actuar con competencia, evidencia, proporcionalidad y respeto a la jerarquía normativa. Una actualización apresurada, o solo reglamentaria, puede diferir el problema y aumentar la litigiosidad.

En la fase de implementación, este actor debe aportar datos verificables, intervenir en espacios técnicos y aceptar control público sobre sus decisiones. La actualización será legítima solo si cada obligación es medible, cada plazo tiene responsable y cada prestación dispone de financiamiento. Sin trazabilidad, el cambio permanecerá como declaración de intención.

VII. ASUSS

La responsabilidad del ASUSS debe ubicarse dentro de una arquitectura de corresponsabilidad pública. Regular, controlar, supervisar y fiscalizar la SSCP; homologar reglamentos; generar base de datos; publicar información; establecer criterios de afiliación, prestaciones, fiscalización y calidad. Esa función no puede ejercerse de forma aislada, porque la seguridad social de corto plazo articula derecho fundamental, financiamiento contributivo, administración sanitaria, potestad de supervisión y control jurisdiccional.

El criterio de cautela para este actor es el siguiente: Fortalecer capacidad técnica, sancionadora, estadística y de auditoría médica-financiera. En términos dogmáticos, cautela no equivale a inacción; significa actuar con competencia, evidencia, proporcionalidad y respeto a la jerarquía normativa. Una actualización apresurada, o solo reglamentaria, puede diferir el problema y aumentar la litigiosidad.

Para implementar la actualización, este actor necesita producir evidencia verificable, trabajar en mesas técnicas y exponer sus decisiones al control público. La legitimidad dependerá de obligaciones medibles, plazos con responsables identificados y prestaciones con financiamiento definido. Sin esa cadena de trazabilidad, la actualización no superará el plano declarativo.

VII. Entes Gestores de Salud

La responsabilidad de los Entes Gestores de Salud debe ubicarse dentro de una arquitectura de corresponsabilidad pública. Administrar prestaciones con oportunidad, calidad, transparencia y sostenibilidad; garantizar afiliación, atención, medicamentos, rehabilitación, subsidios y gestión de reclamos. Esa función no puede ejercerse de forma aislada, porque la seguridad social de corto plazo articula derecho fundamental, financiamiento contributivo, administración sanitaria, potestad de supervisión y control jurisdiccional.

El criterio de cautela para este actor es el siguiente: Abandonar prácticas heterogéneas injustificadas y someter reglamentos internos a homologación y publicación. En términos dogmáticos, cautela no equivale a inacción; significa actuar con competencia, evidencia, proporcionalidad y respeto a la jerarquía normativa. Una actualización apresurada, o solo reglamentaria, puede diferir el problema y aumentar la litigiosidad.

Durante la implementación, este actor debe generar información verificable, participar en mesas técnicas y someter sus decisiones al control público. La legitimidad de la actualización dependerá de que cada obligación pueda medirse, cada plazo tenga responsable y cada prestación cuente con financiamiento. Sin esa trazabilidad, la actualización quedará en el plano declarativo.

VII. Empleadores públicos y privados

La responsabilidad del empleadores públicos y privados debe ubicarse dentro de una arquitectura de corresponsabilidad pública. Afiliar, aportar, comunicar novedades, pagar asignaciones cuando corresponda, facilitar fiscalización y proteger estabilidad en contingencias de salud y maternidad. Esa función no puede ejercerse de forma aislada, porque la seguridad social de corto plazo articula derecho fundamental, financiamiento contributivo, administración sanitaria, potestad de supervisión y control jurisdiccional.

El criterio de cautela para este actor es el siguiente: Asumir que la omisión de afiliación o mora patronal vulnera un derecho fundamental y no solo una obligación administrativa. En términos dogmáticos, cautela no equivale a inacción; significa actuar con competencia, evidencia, proporcionalidad y respeto a la jerarquía normativa. Una actualización apresurada, o solo reglamentaria, puede diferir el problema y aumentar la litigiosidad.

En la fase de implementación, este actor debe aportar datos verificables, intervenir en espacios técnicos y aceptar control público sobre sus decisiones. La actualización será legítima solo si cada obligación es medible, cada plazo tiene responsable y cada prestación dispone de financiamiento. Sin trazabilidad, el cambio permanecerá como declaración de intención.

VII. Trabajadores y beneficiarios

La responsabilidad del trabajadores y beneficiarios debe ubicarse dentro de una arquitectura de corresponsabilidad pública. Ejercer derechos, actualizar información, denunciar omisiones, participar en control social y utilizar vías de reclamo e impugnación. Esa función no puede ejercerse de forma aislada, porque la seguridad social de corto plazo articula derecho fundamental, financiamiento contributivo, administración sanitaria, potestad de supervisión y control jurisdiccional.

El criterio de cautela para este actor es el siguiente: Contar con mecanismos simples, gratuitos y accesibles para evitar que el desconocimiento se convierta en pérdida de protección. En términos dogmáticos, cautela no equivale a inacción; significa actuar con competencia, evidencia, proporcionalidad y respeto a la jerarquía normativa. Una actualización apresurada, o solo reglamentaria, puede diferir el problema y aumentar la litigiosidad.

Para implementar la actualización, este actor necesita producir evidencia verificable, trabajar en mesas técnicas y exponer sus decisiones al control público. La legitimidad dependerá de obligaciones medibles, plazos con responsables identificados y prestaciones con financiamiento definido. Sin esa cadena de trazabilidad, la actualización no superará el plano declarativo.

VII. Órgano Judicial y TCP

La responsabilidad del órgano judicial y TCP debe ubicarse dentro de una arquitectura de corresponsabilidad pública. Controlar legalidad, debido proceso, ejecución coactiva y tutela constitucional de derechos de seguridad social. Esa función no puede ejercerse de forma aislada, porque la seguridad social de corto plazo articula derecho fundamental, financiamiento contributivo, administración sanitaria, potestad de supervisión y control jurisdiccional.

El criterio de cautela para este actor es el siguiente: Consolidar líneas jurisprudenciales que eviten formalismo y garanticen defensa. En términos dogmáticos, cautela no equivale a inacción; significa actuar con competencia, evidencia, proporcionalidad y respeto a la jerarquía normativa. Una actualización apresurada, o solo reglamentaria, puede diferir el problema y aumentar la litigiosidad.

Durante la implementación, este actor debe generar información verificable, participar en mesas técnicas y someter sus decisiones al control público. La legitimidad de la actualización dependerá de que cada obligación pueda medirse, cada plazo tenga responsable y cada prestación cuente con financiamiento. Sin esa trazabilidad, la actualización quedará en el plano declarativo.

VII. Contraloría y control gubernamental

La responsabilidad del contraloría y control gubernamental debe ubicarse dentro de una arquitectura de corresponsabilidad pública. Fiscalizar administración de recursos, gasto, contratación, inversión y responsabilidad por daño económico. Esa función no puede ejercerse de forma aislada, porque la seguridad social de corto plazo articula derecho fundamental, financiamiento contributivo, administración sanitaria, potestad de supervisión y control jurisdiccional.

El criterio de cautela para este actor es el siguiente: Coordinar auditoría financiera con auditoría de desempeño sanitario, porque la eficiencia del gasto se mide también por prestaciones otorgadas. En términos dogmáticos, cautela no equivale a inacción; significa actuar con competencia, evidencia, proporcionalidad y respeto a la jerarquía normativa. Una actualización apresurada, o solo reglamentaria, puede diferir el problema y aumentar la litigiosidad.

En la fase de implementación, este actor debe aportar datos verificables, intervenir en espacios técnicos y aceptar control público sobre sus decisiones. La actualización será legítima solo si cada obligación es medible, cada plazo tiene responsable y cada prestación dispone de financiamiento. Sin trazabilidad, el cambio permanecerá como declaración de intención.

ANEXO VIII. Hoja de ruta mínima para la etapa posterior al diagnóstico

La etapa posterior debe evitar dos errores: elaborar una propuesta normativa sin depurar previamente la vigencia del Código; o limitarse a recopilar artículos sin definir una nueva dogmática del sistema. La hoja de ruta mínima debe combinar técnica legislativa, validación financiera, participación sectorial y prueba de implementación.

Paso	Actividad	Producto
1. Depuración de vigencia	Clasificar cada artículo del CSS y del Reglamento como vigente, derogado, modificado, tácitamente inaplicable, histórico o reglamentario.	Matriz de vigencia validada.
2. Diagnóstico financiero-actuarial	Cuantificar población activa, pasiva, beneficiaria, morosidad, costo prestacional, gasto administrativo e inversión requerida.	Informe actuarial y financiero.
3. Diseño dogmático	Definir principios, sujetos, contingencias, prestaciones, financiamiento, gestión, supervisión y procedimientos.	Modelo conceptual de la ley.
4. Consulta institucional	Recoger criterios de ASUSS, Entes Gestores, trabajadores, empleadores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y academia.	Actas de validación técnica.
5. Anteproyecto normativo	Redactar texto legal por bloques, con exposición de motivos y disposiciones transitorias.	Anteproyecto de ley de SSCP.
6. Reglamentación secundaria	Preparar reglamentos ASUSS compatibles con la nueva ley y homologación de normas internas de Entes Gestores.	Paquete reglamentario.
7. Piloto de implementación	Probar afiliación digital, certificaciones, prestaciones, notificación y fiscalización en fases.	Plan piloto y ajustes.
8. Evaluación y rendición	Medir resultados, corregir fallas y publicar informes periódicos.	Informe anual de implementación.

1. Depuración de vigencia: Clasificar cada artículo del CSS y del Reglamento como vigente, derogado, modificado, tácitamente inaplicable, histórico o reglamentario. El producto esperado es matriz de vigencia validada. Esta secuencia permite que la actualización no se agote en una sustitución nominal de artículos, sino que genere capacidad institucional real y reduzca riesgos de contradicción normativa.

2. Diagnóstico financiero-actuarial: Cuantificar población activa, pasiva, beneficiaria, morosidad, costo prestacional, gasto administrativo e inversión requerida. El producto esperado es informe actuarial y financiero. Esta secuencia permite que la actualización no se

agote en una sustitución nominal de artículos, sino que genere capacidad institucional real y reduzca riesgos de contradicción normativa.

3. Diseño dogmático: Definir principios, sujetos, contingencias, prestaciones, financiamiento, gestión, supervisión y procedimientos. El producto esperado es modelo conceptual de la ley. Esta secuencia permite que la actualización no se agote en una sustitución nominal de artículos, sino que genere capacidad institucional real y reduzca riesgos de contradicción normativa.

4. Consulta institucional: Recoger criterios de ASUSS, Entes Gestores, trabajadores, empleadores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y academia. El producto esperado es actas de validación técnica. Esta secuencia permite que la actualización no se agote en una sustitución nominal de artículos, sino que genere capacidad institucional real y reduzca riesgos de contradicción normativa.

5. Anteproyecto normativo: Redactar texto legal por bloques, con exposición de motivos y disposiciones transitorias. El producto esperado es anteproyecto de ley de SSCP. Esta secuencia permite que la actualización no se agote en una sustitución nominal de artículos, sino que genere capacidad institucional real y reduzca riesgos de contradicción normativa.

6. Reglamentación secundaria: Preparar reglamentos ASUSS compatibles con la nueva ley y homologación de normas internas de los Entes Gestores. El producto esperado es paquete reglamentario. Esta secuencia permite que la actualización no se agote en una sustitución nominal de artículos, sino que genere capacidad institucional real y reduzca riesgos de contradicción normativa.

7. Piloto de implementación: Probar afiliación digital, certificaciones, prestaciones, notificación y fiscalización en fases. El producto esperado es plan piloto y ajustes. Esta secuencia permite que la actualización no se agote en una sustitución nominal de artículos, sino que genere capacidad institucional real y reduzca riesgos de contradicción normativa.

8. Evaluación y rendición: Medir resultados, corregir fallas y publicar informes periódicos. El producto esperado es informe anual de implementación. Esta secuencia permite que la actualización no se agote en una sustitución nominal de artículos, sino que genere capacidad institucional real y reduzca riesgos de contradicción normativa.