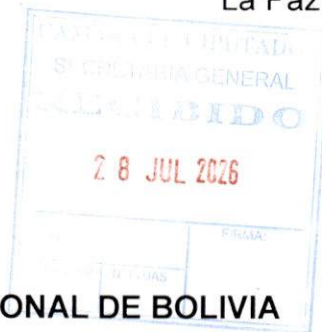




ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

La Paz, 22 de julio de 2026

Señor:
Dip. Roberto Julio Castro Salazar
PRESIDENTE
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
Presente. -



Ref. REMITE PROYECTO DE LEY.

De mi mayor consideración:

PL-667/25

Por medio de la presente, conforme lo dispuesto en el Art. 162, parágrafo I, numeral 2 y Art. 163 de la Constitución Política del Estado, concordante con el Art. 116 inc. b). y Art. 117 del Reglamento General de la Cámara de Diputados, tengo a bien presentar el **PROYECTO DE LEY "DE ACCESO DIGITAL Y MODERNIZACIÓN PARA LA RESERVA DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD"**, para su tramitación conforme al procedimiento legislativo.

Sin otro particular, me despido de usted con las consideraciones más distinguidas.

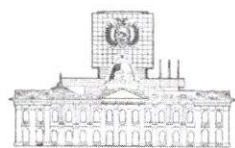
Atentamente.

Cc/Arch

CAMS-72430561

Lic. Liliana Mery Echenique Sanchez
DIPUTADA NACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL

Efray Cielo Berrios Mander
DIPUTADA NACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

CÁMARA DE DIPUTADOS
A LA COMISIÓN DE
EDUCACIÓN Y SALUD
SECRETARÍA GENERAL

**PROYECTO DE LEY DE ACCESO DIGITAL Y MODERNIZACIÓN PARA LA RESERVA
DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES.

1.1. HISTORICOS

SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS) EN BOLIVIA.

PL-667/25

El Sistema Único de Salud (SUS) en Bolivia surge como una política pública orientada a garantizar el acceso universal, gratuito e integral a los servicios de salud para toda la población boliviana que no cuenta con seguro social de corto plazo. Su implementación representa uno de los cambios más importantes dentro del sistema sanitario nacional, enfocado en la equidad, inclusión social y el fortalecimiento del derecho a la salud.

Los antecedentes del SUS se remontan a diferentes procesos históricos de transformación del sistema sanitario boliviano. Durante gran parte del siglo XX, la atención médica estuvo limitada principalmente a sectores asalariados cubiertos por las cajas de salud, mientras que amplios sectores rurales e indígenas tenían acceso restringido a servicios médicos básicos.

A partir de la década de 1950, el Estado boliviano inició procesos de fortalecimiento institucional en salud mediante la creación de hospitales públicos, programas de vacunación y unidades sanitarias departamentales. Posteriormente, con la promulgación del Código de Seguridad Social en 1956, se consolidó la atención médica para trabajadores asegurados mediante instituciones como la Caja Nacional de Salud.

Durante las décadas siguientes, el sistema de salud atravesó múltiples reformas orientadas a ampliar la cobertura sanitaria. En la década de 1990 se impulsó la descentralización administrativa y la municipalización de los servicios de salud, fortaleciendo la atención primaria y promoviendo la participación comunitaria.

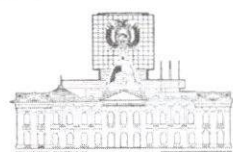
a) El año 1994, Bolivia inició importantes procesos de reforma sanitaria mediante la Participación Popular y la descentralización de competencias hacia los municipios, priorizando la atención primaria, la salud materno-infantil y la ampliación de cobertura en áreas rurales y periurbanas.

Posteriormente, se implementaron distintos modelos de aseguramiento público como el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), el Seguro Básico de Salud (SBS), el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), los cuales constituyeron antecedentes directos del actual SUS.

La Constitución Política del Estado promulgada el año 2009 reconoció a la salud como un derecho fundamental y estableció la obligación del Estado de garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud para toda la población.

En este contexto, el Sistema Único de Salud fue implementado oficialmente el año 2019 con el objetivo de eliminar las barreras económicas de acceso a la atención médica y brindar cobertura integral a millones de bolivianos sin seguro social.

Entre los principales objetivos del SUS se encuentran garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, fortalecer el primer nivel de atención, reducir las tasas de





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

morbi-mortalidad materna e infantil, ampliar la cobertura de medicamentos esenciales y mejorar la capacidad de respuesta del sistema sanitario nacional.

Asimismo, el SUS busca consolidar un modelo de atención basado en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, interculturalidad, participación comunitaria y articulación entre la medicina tradicional y la medicina científica convencional.

El fortalecimiento del Sistema Único de Salud plantea desafíos a corto, mediano y largo plazo relacionados con la infraestructura hospitalaria, la dotación de recursos humanos, el equipamiento médico, el financiamiento sostenible y la mejora continua de la calidad de atención.

En el largo plazo, el SUS tiene como finalidad consolidar un sistema sanitario inclusivo, equitativo y universal, que permita mejorar las condiciones de vida de la población boliviana mediante servicios de salud accesibles, integrales y humanizados, priorizando especialmente a los sectores más vulnerables de Bolivia.

a) El Decreto Supremo N° 24303 del 24 de mayo de 1996, asegura en el caso particular de la maternidad proporcionando a las mujeres gestantes, la necesaria atención médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo, el parto, el puerperio y las emergencias obstétrica.

b) El Sistema Único de Salud (SUS) en Bolivia, establecido formalmente el 20 de febrero de 2019 mediante la Ley N° 1152, garantiza atención médica gratuita, universal y sin restricciones a ciudadanos sin seguro social. Evolucionó de seguros parciales (SUMI, 2002) para cubrir a toda la población, enfocándose en un modelo de atención familiar, comunitaria e intercultural.

La Ley N° 1152 creó el SUS bajo la premisa de la salud como derecho fundamental, financiado por el Estado. Está diseñada para la población sin seguro a corto plazo, abarcando más de 5 millones de pacientes anualmente.

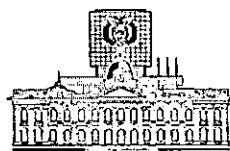
Se basa en una red de primer, segundo y tercer nivel, buscando que la atención se inicie en el primer nivel (centros de Salud) para descongestionar hospitales de mayor complejidad.

El SUS continúa evolucionando, integrando la atención de enfermedades crónicas y fortaleciendo el financiamiento nacional para asegurar la sostenibilidad del sistema.

1.2. SOCIO-ECONOMICOS

La salud en Bolivia está fuertemente influenciada por factores socioeconómicos que se caracteriza por un sistema mixto con brechas de acceso, alta dependencia del gasto de bolsillo (82% del gasto privado).

Pese a la promulgación de la Ley N° 1152 del Sistema Único de Salud (SUS) en 2019, que garantiza atención gratuita, integral y obligatoria para personas sin seguro social, persisten barreras estructurales, deficiencias en infraestructura, falta de recursos humanos (10 médicos /10.000 Hab.).





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL CÁMARA DE DIPUTADOS

Otro aspecto de la deficiencia de este servicio llega a ser la forma en que se accede a las fichas de atención médica, los pacientes deben ir en busca de estas fichas, en horas de la noche, para que al día siguiente se les dispense una ficha luego de haber esperado pernoctando en la calle fuera de los hospitales con la consiguiente incomodidad y efectos en la salud de los pacientes.

Sobre este aspecto, existe una baja densidad de personal de salud para la atención y alta dependencia de importaciones de medicamentos, exacerbada por la crisis económica.

El Sistema Único de Salud - SUS ha buscado ampliar la cobertura, pero el sistema aún enfrenta el desafío de mejorar la eficiencia organizativa y garantizar la sostenibilidad financiera.

La pobreza geográfica determina la calidad de atención. A pesar de los esfuerzos por reducir la brecha, los hogares más pobres enfrentan una mayor carga económica por salud.

Existe una baja protección financiera. La falta de cobertura total del SUS obliga a gastos de bolsillos, lo que puede empobrecer a los hogares. El financiamiento público depende parcialmente de los recursos del gas que tienen una proyección en declive.

Se estima que aproximadamente 2.2 millones de personas carecen de acceso seguro a la salud, con atención precaria en el sistema público. 1.8 de esas personas están en áreas urbanas y 200 mil en el área rural.

La educación, la vivienda, el acceso al agua potable y el empleo influyen directamente en la longevidad y la calidad de vida, siendo determinantes sociales críticos de la salud.

II. SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA

Bolivia cuenta con una extensa red de centros de salud distribuidos en todo el país, incluyendo más de 3.800 establecimientos públicos, privados y de seguridad social, principalmente de primer nivel. Destacan la Caja Nacional de Salud (CNS) con diversos policlínicos y hospitales, y el sistema CIES que ofrece servicios en las principales ciudades. La mayoría de estos centros están enfocados en la atención primaria y se encuentran organizados en redes departamentales.

Los centros de salud dependientes del Estado en Bolivia incluyen centros de Salud y hospitales de primer nivel, segundo y tercer nivel, y hasta cuarto nivel gestionados por el Ministerio de Salud, SEDES (Servicios Departamentales de Salud, Gobiernos Municipales (DILOS) y la propia (CNS, Cossmil, Caja Petrolera, etc). Asimismo, incluyen policlínicos como CMFA Viacha, puestos médicos rurales y hospitales municipales.

2.1. SEGURIDAD SOCIAL – CAJAS DE SALUD

Constituida por diversas Cajas de Salud (Caja Nacional de Salud, cajas sectoriales como la Caja Bancaria Estatal, Caja Petrolera de Salud, COSSMIL, Caja de Caminos, seguros Universitarios etc.) que cubren a trabajadores dependientes y sus beneficiarios, financiado por cotizaciones laborales. Cuenta con filiales y administraciones departamentales en La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija, Oruro, Potosí, Beni y Pando y Chuquisaca.

Se financian mediante cotizaciones de empleadores, trabajadores y el Estado.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

Ofrecen atención de primer, segundo y tercer nivel (hospitalarios, incluyendo el Hospital Obrero N° 1 como referente de especialidad).

Son entes descentralizados con autonomía de gestión y patrimonio propio, bajo el control técnico del INASES (institución Nacional de Seguros de Salud).

A partir del 2017 sus funciones fueron absorbidas por la ASUSS.

2.2. CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL (ATENCION PRIMARIA)

Son puestos y centros de salud en áreas urbanas y rurales encargados de la atención básica.

Ej.: La Paz: Chasquipampa, Mallasilla, Cota Cota, Mallasa, Ovejuyo, Alto Obrajes, Achumani Pro Salud, Bajo Llojeta.

Los centros de primer nivel son la base del sistema y se encuentran en constante monitoreo por los SEDES (Servicios Departamentales de Salud) para la vigilancia epidemiológica.

2.3. HOSPITALES MUNICIPALES SEGUNDO NIVEL:

Los hospitales municipales de segundo nivel brindan atención médica especializada, hospitalización, urgencias 24/7, laboratorio y farmacia, enfocándose en especialidades básicas como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general.

Por Ejemplo; en el municipio de La Paz, estos incluyen hospitales como La Portada, Cotahuma, Los Pinos, Merced y, en El Alto, el Hospital Municipal Los Andes.

Hospitales gestionados por el gobierno local, que ofrecen especialidades básicas (pediátrica, ginecología, cirugía, medicina interna, entre otros. Ejemplo:

- Hospital Boliviano-Holandés (LPZ)
- HOSPITAL BOLIVIANO COREANO (LPZ)
- Hospital Maternológico Poconas (CH)
- Hospital Ricardo Bachefer (TAR)
- Hospital 12 de Octubre (EL ALTO)
- El Alto: Redes de salud como Senkata,
- Los Andes en Santa Cruz.

En los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca, Tarija, Oruro, Beni y Pando, existe otros Centro de Salud municipales.

2.4. CENTROS DE SALUD DE TERCER NIVEL

Son hospitales de alta resolución, que cuenta con todas las especialidades médicas y prioriza la atención de enfermedades complejas como el cáncer. También posee servicios en psicología, tomografía, banco de sangre, entre otros.

Bolivia cuenta con una red de aproximadamente 39 Hospitales de tercer nivel que brinda atención médica especializada y de alta complejidad, financiados principalmente a través del Sistema Único de Salud. Estos Centros, ubicados en los principales departamentos, ofrecen subespecialidades, tecnología médica avanzada y terapias intensivas, siendo puntos de referencia clave tras la atención en primer y segundo nivel.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

A la fecha el sistema de salud boliviano tiene 8,4 millones de personas entre ellos los afiliados a las Cajas de Salud, también están las afiliadas al SUS y se está haciendo una atención de salud en los tres niveles (primer, segundo y tercer nivel. Se financia a 391 hospitales de tercer nivel.

Clínicas y hospitales como la Clínica Foianini (Santa Cruz), Hospital Arco Iris (La Paz), Clínica Seguro de la Banca (La Paz) y el Hospital Fray Quebracho (Yacuiba), que forman parte de los 39 hospitales que reciben recursos del SUS.

2.5. HOSPITALES DE CUARTO NIVEL (ALTA COMPLEJIDAD)

Institutos especializados como el Hospital del Sur (La Paz).

De los centros de alta complejidad, se proyectó el Instituto Gastroenterológico para ser edificado en la ciudad de La Paz, el Instituto Cardiológico en Tarija, el Instituto Oncológico en Cochabamba, y el Instituto de Nefrología-Neurocirugía en Santa Cruz.

De los cuatro Hospitales de Cuarto Nivel, el único que figura con avance es el Instituto Gastroenterológico en la ciudad de La Paz, con una ejecución física de 95% entrando en su fase final de equipamiento y puesta en marcha y ejecución financiera de 23,84%, según datos de la AISEM, publicados en su Rendición de Cuentas Inicial 2020.

III. SITUACION ACTUAL SOBRE EL ACCESO A LA TECNOLÓGICA EN LA ATENCION MEDICA EN BOLIVIA

3.1. Algunos Hospitales en Bolivia han implementado accesos tecnológicos para la reserva de fichas médicas, destacando el Hospital Santa Bárbara en Chuquisaca (<https://hospitalsantabarbara.org.bo>) solo para reconsulta con las diferentes especialidades; sin embargo, no son todos los centros de Salud los que cuentan con este servicio.

3.2. El Gobierno Municipal de Cochabamba ha implementado el fichaje electrónico en los hospitales municipales: Cochabamba, Norte y Sur. Con la implementación de esta tecnológica, la ciudadanía podrá sacar ficha médica desde su hogar; ya sea por su computadora o su celular, de esta manera se evita largas filas.

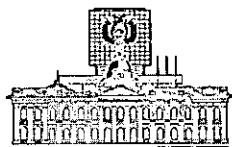
El fichaje electrónico consiste en habilitarse para consultas médicas por medio de la computadora, ingresando al portal web; también se puede usar el celular con la aplicación móvil.

3.3. El Gobierno Autónomo Municipal de Sacaba dio un importante paso tecnológico para mejorar la atención en salud de la población con el lanzamiento del fichaje electrónico en seis establecimientos de salud. El sitio www.reservadefichas.gamssms.com.bo. Línea 151 (Cochabamba). El sistema de fichaje electrónico también permite la reserva a través de esta línea telefónica.

3.4. En Cochabamba (Red Municipal): El municipio habilitó el fichaje electrónico a través del portal oficial del Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba, permite elegir el hospital de referencia y completar los datos para la consulta de forma virtual.

3.5. El Hospital de Clínicas permite obtener la ficha escaneando el código QR o el enlace: <https://hospitaldeclnicas.com.bo/ticket> que estará habilitado de lunes a viernes de 11.00 a hrs. 17.00. permitiendo que ningún paciente tenga que dormir para obtener un ticket de atención.

3.6. El Hospital de la Mujer (La Paz) habilitó una plataforma digital para la reserva de fichas.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL CÁMARA DE DIPUTADOS

Para las personas que no cuenten con ningún dispositivo, pueden acudir entre las 11.00 y las 17.00 en las oficinas de admisión del hospital de clínicas y el personal se encarga de sacar el ticket.

3.7. El Hospital de Tercer nivel de Montero en Santa Cruz, en la gestión 2025 implementó un sistema tecnológico que conecta toda la red de salud del norte cruceño, garantizando atención oportuna a miles de pacientes mediante el "SW Fichas Reserva Medisoft".

3.8. El Hospital Viedma cuenta con un sistema integrado de reserva digital en el cual se debe registrar primero en el hospital mediante el registro de la Cédula de Identidad.

3.9. El Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz junto al Hospital de Clínicas, implementan el proyecto "FILA UNO, PERNOCTE CERO", con el propósito de eliminar filas que realicen los pacientes para su atención médica.

En conclusión; son contados los Centros de Salud del país que cuentan con el acceso tecnológico para la obtención de fichas para la atención médica; es decir, que todo paciente pueda programar su visita médica desde una computadora o celular y evitarse las largas colas y el pernocte en los centros hospitalarios o lo que es peor en la calle.

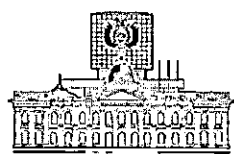
IV. DATOS ESTADISTICOS

- a) La población de Bolivia según los datos del Censo 2024 alcanza a 11.365.333 habitantes. De los cuales 5.682.498 son varones y 5.682.835 sin mujeres.
- b) El 72% se refiere a la población urbana, población que acude a un puesto, Centro u hospital de salud pública.
El 19,4% está recibiendo prestación del servicio de Salud en una Caja de Salud.
- c) El total de la población con cobertura de salud alcanza a 8.784.496 habitantes donde 4.259.906 son varones y 4.524.590 con mujeres. Significando el 79,1%.
- d) Población que por problemas de Salud acude o atiende su salud en el sistema de salud Público: Urbana 3.928.634, Rural 2.270.725.
- e) Población que por problemas de salud acude a establecimientos de salud como C.N.S., Cossmil, Caja Petrolera, Caja Bancaria, etc. u otras: Urbana 1.692.327, Rural 339.272.
- f) Población registrada en el SUS: Urbana 4.492.540, Rural 2.602.929.

V. MARCO NORMATIVO

1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

- a) Artículo 9, inciso 5: *Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.*
- b) Artículo 18, parágrafo I: *Todas las personas tienen derecho a la salud.*
- c) Artículo 35. I. *El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.*
- d) Artículo 36, Par. I, *El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.*
Par. II. *El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la Ley.*
- e) Artículo 37, *El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades*





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

- f) Artículo 38, II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.
- g) Art. 39, I, El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.
- h) Artículo 40, El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

2. LEY N° 1152 SISTEMA ÚNICO DE SALUD – SUS

- Artículo 2. (PRINCIPIOS) La presente Ley se rige por los siguientes principios:
 - a) Eficacia. Dar una respuesta efectiva a los problemas de salud o situaciones que inciden sobre el bienestar de una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad con estos servicios.
 - b) Oportunidad: Los Servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesitan, sin demoras ni postergaciones innecesarias que pudiesen ocasionar perjuicios, complicaciones y daños.
- Artículo 4, (AMBITO DE APLICACIÓN) La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las entidades Territoriales Autónomas y las entidades de Subsector Público de Salud.
- Artículo 19. (LINEAMIENTOS).

I. El SUS se desarrollará bajo los lineamientos de digitalización, interoperabilidad, gestión, administración y uso de tecnologías de información y comunicación, así como de simplificación y control de procesos y procedimientos de la Política Nacional de Gobierno Electrónico.

- Artículo 20, parágrafo I, El SUS permite por medios digitales: inciso
 - a) LA gestión integral de la salud en cuanto a registro de todos los componentes necesarios para la prestación de salud y la administración y asignación de recursos financieros.
 - b) La gestión e integración de la información de los servicios clínicos y la gestión administrativa-financiera de los establecimientos de salud.
 - c) La gestión del expediente clínico digital y carpeta digital.

Parágrafo III. La Agencia del Gobierno Electrónico y Tecnologías de y Comunicación – AGETIC brindará asesores y apoyo técnico para el Desarrollo e implementación el SUS.

3. LEY N°3323 SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR.

- Artículo 1°, (Objeto) Se crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito. Otorgará prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicación permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

4. LEY N° 475 DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL

- Art.1. (OBJETO), Inciso 1. Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
- **Artículo 2°. (Ámbito de aplicación)** La presente Ley es aplicable en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

5. CÓDIGO DE SEGURIDAD –SOCIAL Y SU REGLAMENTO.

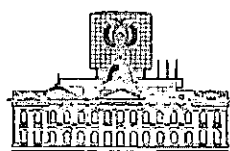
- **Artículo 1°.** El Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.
- **Artículo 3°.** El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familiares en los casos siguientes:
 - a) enfermedad;
 - b) maternidad;
 - c) riesgos profesionales;
 - d) invalidez;
 - e) vejez; y
 - f) muerte.

6. LEY N° 1223 ATENCIÓN, TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON CÁNCER.

- **Artículo 1°.- (Objeto).** El objeto de la presente Ley es garantizar el acceso universal e integral de las personas con cáncer, mediante la prestación de servicios de vigilancia epidemiológica, promoción, prevención, detección temprana, atención, tratamiento y cuidados paliativos, incluyendo acciones intersectoriales y transdisciplinarias, de manera progresiva y paulatina, de acuerdo al perfil epidemiológico y al financiamiento existente en el marco del Sistema Único de Salud y los principios establecidos en la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, "Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito.

VI. JUSTIFICACION.

Asimismo, corresponde señalar que existen avances y fuentes de financiamiento vinculadas a la transformación digital en salud. En este marco, desde la gestión 2021 se cuenta con apoyo financiero y técnico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), orientado al fortalecimiento de los sistemas de información, digitalización de procesos y modernización de la gestión sanitaria, constituyendo una base institucional para la implementación progresiva de herramientas tecnológicas que permitan mejorar el acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

UTILIZACION DE LA TECNOLOGIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS

6.1. Los Centros Médicos, hospitales de 1er nivel, deben encargar la producción de un software Libre para la gestión de fichas médicas para los servicios de Medicina General, Pediatría, Ginecología, psicología, fisioterapia, Odontología y PAI (programa ampliado de inmunidad) lo cual implica varios pasos.

- a) **Definición de requisitos:** mediante el cual se establecerá qué características debe tener el software, como la creación edición y almacenamiento de fichas médicas, considerando la seguridad de los datos.
- b) **Investigación y Planificación:** Investiga las herramientas y tecnologías que se pueden utilizar. Planifica la Estructura del software y el flujo de trabajo.
- c) **Elección de un lenguaje de programación:** Se debe seleccionar un lenguaje adecuado (por ejemplo; Python, JavaScript, etc) y un framework si es necesario.
- d) **Desarrollo del Software:** Debe considerar diseñar una interfaz amigable para que los usuarios puedan interactuar fácilmente con el sistema.
- e) **Funcionalidad:** Se refiere a programar las funciones necesarias, como la creación de fichas, búsqueda de registros, etc.
- f) **Pruebas:** Se debe realizar pruebas para asegurarse de que el software funciones correctamente y no tenga errores.
- g) **Mantenimiento y actualización:** Se debe considerar establecer un plan para actualizar el software y resolver cualquier problema que surja con el tiempo.

Las deficiencias en el acceso a fichas y citas médicas se caracterizan por una alta burocratización, esperas prolongadas de semanas o meses para especialistas, sistemas de agendamiento ineficientes y fragmentación de datos, en resumen, largas filas nocturnas y pernocte en la calle, lo que limita la atención oportuna y la calidad del servicio. Estas barreras son muy evidentes en el sector de salud pública en Bolivia, donde la falta de personal, infraestructura insuficiente y la utilización eficiente de la informática además del rechazo de pacientes por saturación impiden la atención oportuna.

El software Libre permite que cualquier persona, institución o comunidad acceda o utilice el programa sin costo, lo cual promueve la equidad en el acceso a herramientas tecnológicas en el ámbito de la salud.

Permite Facilidad de uso: Diseñar un sistema de acceso tecnológico a la obtención de fichas medicas que sea intuitivo y accesible para todos los usuarios, incluyendo médicos, enfermeras y personal administrativo.

Al Ser de código abierto, otros desarrolladores pueden revisar, modificar y mejorar el software, asegurando que no existan prácticas ocultas y que los datos estén protegidos adecuadamente.

Las Instituciones de salud, especialmente las de menor tamaño en el país al optar por este tipo de software pueden reducir sus costos en licencias y mantenimiento. Además, al





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL CÁMARA DE DIPUTADOS

facilitar el acceso al código, se incentiva la innovación y el desarrollo de nuevas funcionalidades que pueden beneficiar al usuario.

El sistema de salud de Bolivia en sus diversos ámbitos y niveles no ha logrado implementar en su totalidad hasta la fecha el acceso tecnológico para la obtención de fichas médicas, lo cual requiere la implementación de plataformas digitales integradas, aplicaciones móviles y sistemas de telemedicina que agilicen la gestión de turnos y reduzcan las esperas presenciales, desde tempranas horas de la madrugada y el pernocte de pacientes.

Esta deficiencia incide en la salud de los pacientes enfermos que recurren a los servicios de salud hasta horas de la madrugada, soportando bajas temperaturas, incomodidad, todo con el objeto de obtener una ficha médica.

Equilibrar la atención médica implica optimizar recursos, tecnología, generación de software libre, y personal para asignar fichas (turnos) de forma justa y eficiente. Esto se logra implementando sistemas electrónicos de agendamiento digital, priorizando la atención por riesgo, capacitando al personal, estableciendo protocolos claros y evaluando periódicamente la demanda, asegurando así una atención de calidad, oportuna y segura.

La falta de información detallada sobre los profesionales médicos en el sistema público de salud se debe principalmente a una gestión precaria, sistemas de información ineficientes o inexistentes, barreras administrativas. Esto se traduce en una mala calidad de los datos, falta de ítems actualizados y dificultades para el seguimiento del personal, complicando la transparencia y el acceso a la atención.

Asimismo, en los centros de salud, en algunos hospitales, solo entregan 2 o 5 fichas de especialidad diarias, en algunos casos solo algunos días para algunas especialidades y la solicitud de fichas en su afluencia en mucho mayo. Mientras que los usuarios del servicio pueden tener una emergencia.

Un sistema de salud que no prioriza la entrega diaria de fichas por especialidad suele generar crisis de demanda, obligando a los pacientes a largas esperas, pernóctes en las calles y saturación de servicios, evidenciando limitaciones en recursos humanos y gestión de citas.

Ambos problemas desencadenan en:

Filas nocturnas y pernocte: La falta de fichas diarias obliga a los pacientes a dormir fuera de los hospitales, en la calle.

Especialidades limitadas: La cantidad de fichas no cubre la demanda diaria, agotándose rápidamente.

Sistemas Precarios: La falta de recursos humanos y la infraestructura insuficiente impiden una atención fluida.

VI. CONCLUSION

Este proyecto de Ley denominado **“LEY DE ACCESO DIGITAL Y MODERNIZACIÓN PARA LA RESERVA DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**. Propone el establecer en todo el sistema médico público de Bolivia, en hospitales y centros de salud al acceso tecnológico a través de aplicaciones y/o de software libre,





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

acceso que posibilitara hacer la reserva o cita médica desde un computador o un teléfono móvil, sin tener que recurrir a largas colas en horas de la medianoche y madrugada o el pernocte en la calle, con el consiguiente perjuicio e incomodidad para todos los usuarios de estos centros de salud.

Este proyecto beneficiará a toda la población que accede a un seguro de salud público y también a los que son beneficiarios del seguro del SUS. Especialmente al adulto mayor quienes tienen menores posibilidades motrices por la edad y enfermedades.

El ingreso al Sistema Nacional de Salud, se realiza a través de los establecimientos de primer nivel de atención, los cuales constituyen la puerta principal de acceso para la población a los servicios de salud. Estos centros están orientados a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento inicial de las enfermedades, garantizando una atención cercana, oportuna e integral.

En el primer nivel de atención se brindan servicios esenciales como Medicina General, Pediatría, Ginecología, Psicología, Fisioterapia, Odontología y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), encargado de la vacunación y prevención de enfermedades inmunoprevenibles.

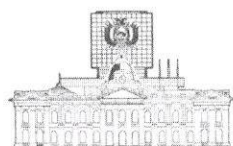
Una vez realizada la consulta médica en cualquiera de estos servicios, y de acuerdo con la valoración profesional efectuada por el personal de salud, el paciente podrá ser derivado de manera inmediata a una especialidad médica de tercer o cuarto nivel, cuando el caso así lo requiera.

Aclarar que ya existe un sistema de referencia y contrarreferencia inmediata a las sub especialidades de los niveles 2do, 3ero o 4to, realizadas obligatoriamente por el médico o servidor de salud, este sistema digital está cursando los primeros 4 meses de actividad con normativa legal, después de 1 año de prueba piloto.

Este sistema permite garantizar una atención organizada, eficiente y continua, priorizando el diagnóstico temprano, el seguimiento adecuado del paciente y el acceso oportuno a servicios especializados dentro de la red nacional de salud.


Lic. Liliara Mery Echenque Sanchez
DIPUTADA NACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL


Efray Cielo Berrios Mender
DIPUTADA NACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

**PROYECTO DE LEY DE ACCESO DIGITAL Y MODERNIZACIÓN PARA LA RESERVA
DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL:

DECRETA:

PL-667 / 25

CÁMARA DE DIPUTADOS
A LA COMISIÓN DE
EDUCACIÓN Y SALUD
SECRETARÍA GENERAL

Artículo 1° (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto garantizar el acceso equitativo, transparente y oportuno a los servicios de salud mediante la implementación obligatoria de sistemas digitales y tecnológicos, para la reserva de fichas de atención médica en los establecimientos públicos de salud en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia en el Primer Nivel.

Artículo 2° (PRINCIPIOS). La presente Ley se rige bajo los siguientes principios:

I. Eficacia: Garantizar procesos ágiles y eficientes para la obtención de fichas médicas, reduciendo tiempos de espera y eliminando la necesidad de filas presenciales prolongadas.

II. Oportunidad: Asegurar que el acceso a la reserva de atención médica se realice en el momento requerido por el paciente, evitando retrasos que puedan agravar su estado de salud.

III. Universalidad: Garantizar el acceso igualitario al sistema tecnológico de reserva de fichas para todas las personas beneficiarias del sistema público de salud, sin discriminación alguna por condición económica, social, cultural o territorial.

IV. Innovación Tecnológica: Promover la modernización continua del sistema público de salud mediante el uso responsable de herramientas tecnológicas orientadas a mejorar la gestión sanitaria.

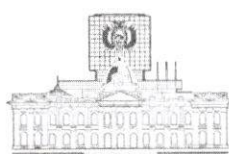
V. Atención Centrada en el Paciente: Priorizar la experiencia, dignidad y bienestar del paciente, facilitando un acceso simple, rápido y humanizado a los servicios médicos.

VI. Integración y Gestión de Datos: Permitir la recopilación y análisis de información estadística y administrativa que contribuya a mejorar la planificación, gestión hospitalaria y toma de decisiones en políticas públicas de salud.

VII. Accesibilidad: Garantizar que los sistemas tecnológicos sean comprensibles, inclusivos y accesibles para personas adultas mayores, personas con discapacidad y población en situación de vulnerabilidad.

Artículo 3° (ÁMBITO DE APLICACIÓN). La presente Ley es de aplicación obligatoria para:

- a) El nivel central del Estado.
- b) Las Entidades Territoriales Autónomas.
- c) El Sistema Único de Salud (SUS).





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

d) El Sistema Nacional de Seguridad Social de Corto Plazo, comprendido por las Cajas de Salud y entidades gestoras de seguros sociales de salud.

Artículo 4° (DEFINICIONES) Para efectos de la presente Ley se entenderá por:

a) Reserva digital de atención médica: mecanismo tecnológico que permite obtener una ficha médica mediante plataformas digitales.

b) Ficha médica electrónica: asignación de turno mediante sistema informático.

c) Plataforma digital de salud: herramienta tecnológica destinada a gestionar citas y atención.

d) Interoperabilidad: capacidad de comunicación entre sistemas de salud.

Artículo 5° (BENEFICIARIOS). Son beneficiarios de la presente Ley todas las bolivianas y bolivianos, personas en tránsito, beneficiarios asegurados que accedan a servicios del sistema público de salud.

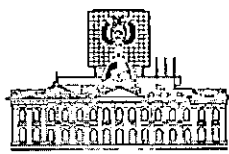
Artículo 6° (FINANCIAMIENTO). La implementación de los sistemas tecnológicos, plataformas digitales, interoperabilidad, historia clínica electrónica y demás herramientas previstas en la presente Ley, será financiada con recursos del **Tesoro General de la Nación**, recursos institucionales del **Ministerio de Salud y Deportes**, recursos provenientes de créditos y programas de inversión pública, así como de la cooperación internacional, donaciones y otros mecanismos de financiamiento legalmente establecidos.

Para la implementación de los sistemas de información y la transformación digital del sector salud, el Órgano Ejecutivo podrá utilizar los recursos previstos en el **Contrato de Préstamo N.º 4612/BL-BO**, suscrito con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), hasta por un monto de **US\$ 275.000.000 (Doscientos Setenta y Cinco Millones 00/100 Dólares Estadounidenses)**, de los cuales **US\$ 16.600.000** fueron destinados al **Componente 1: Estrategia CONE, Gestión y Formación de Recursos Humanos de Salud**, incluyendo **US\$ 5.334.000** para el **Subcomponente 1.2 Gestión y Sistemas de Información**, orientado al fortalecimiento de los sistemas de gestión hospitalaria, redes de salud y adquisición de software para la transformación digital del sector. Asimismo, el **Componente 2: Infraestructura y Equipamiento**, con una asignación de **US\$ 249.700.000**, contempla la adquisición de equipamiento, software e infraestructura tecnológica para los establecimientos de salud, conforme al plan de financiamiento aprobado.

Artículo 7° (IMPLEMENTACION DEL SERVICIO TECNOLÓGICO). Los establecimientos públicos en salud, deben:

I. La implementación de mecanismos digitales de reserva de fichas médicas en hospitales públicos, municipales y departamentales, Cajas de Salud y demás establecimientos en el 1er, 2do, 3er y 4to nivel en los servicios de Medicina general, Pediatría, Ginecología, PAI (programa ampliado de inmunización) y Psicología.

II. La habilitación de plataformas tecnológicas accesibles desde computadoras, teléfonos móviles u otros dispositivos electrónicos, que permitan a los pacientes o sus familiares gestionar la obtención de fichas médicas de manera remota, evitando filas, pernoctes y prácticas que vulneren la dignidad de las personas.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

III. La publicación de información institucional actualizada sobre los profesionales de salud que prestan servicios en cada establecimiento, incluyendo nombre completo, especialidad, subespecialidad, horarios de atención

Artículo 8° (PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD)

Los sistemas tecnológicos implementados para la reserva de fichas médicas deberán garantizar la protección, seguridad y confidencialidad de los datos personales y la información médica de los pacientes, conforme a los principios de privacidad, reserva y uso responsable de la información.

Las entidades comprendidas en la presente Ley, deberán adoptar mecanismos de seguridad informática que eviten el acceso no autorizado, alteración, pérdida o divulgación indebida de información contenida en las plataformas digitales de salud.

La información médica y personal de los pacientes únicamente podrá ser utilizada para fines asistenciales, administrativos y estadísticos relacionados con la prestación de servicios de salud.

Artículo 9° (ACCESIBILIDAD Y MODALIDADES ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN)

Los establecimientos de salud comprendidos en la presente Ley, deberán garantizar mecanismos alternativos y accesibles para la reserva de fichas médicas a favor de:

- a. Personas adultas mayores.
- b. Personas con discapacidad.
- c. Personas que habiten en áreas rurales o con limitada conectividad digital.
- d. Personas en situación de vulnerabilidad social o económica.

Para tal efecto, podrán habilitarse:

- a) módulos de atención asistida,
- b) líneas telefónicas,
- c) puntos de orientación,
- d) y otros mecanismos complementarios que faciliten el acceso universal al servicio.

En ningún caso la implementación tecnológica, podrá constituirse en una barrera para el acceso a la atención médica.

Artículo 10° (CAPACITACIÓN Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL)

El Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con las Entidades Territoriales Autónomas, establecimientos de salud y entidades aseguradoras comprendidas en la presente Ley, deberá promover programas permanentes de capacitación y fortalecimiento institucional dirigidos a:

- A. Personal médico.
- B. Personal administrativo.
- C. Operadores de sistemas tecnológicos.
- D. Personal de atención al usuario.

Las capacitaciones estarán orientadas al uso adecuado de plataformas digitales, atención humanizada, protección de datos personales y gestión eficiente de servicios de salud.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

Artículo 11° (IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA)

La implementación del Sistema de Acceso Tecnológico para la reserva de fichas médicas se realizará de manera progresiva y gradual, priorizando:

- a) Hospitales de mayor demanda y concentración poblacional.
- b) Capitales de departamento y ciudades intermedias.
- c) Establecimientos con capacidad tecnológica instalada.

El Ministerio de Salud y Deportes establecerá cronogramas, lineamientos técnicos y criterios de priorización para la implementación total del sistema en el territorio nacional.

Artículo 12° (SUPERVISIÓN Y FISCALIZACIÓN)

El Ministerio de Salud y Deportes será la instancia encargada de supervisar, fiscalizar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su reglamentación.

Las entidades y establecimientos de salud comprendidos en esta norma deberán remitir informes periódicos sobre:

- a) funcionamiento del sistema,
- b) niveles de atención,
- c) acceso ciudadano,
- d) fallas técnicas,
- e) y resultados de implementación.

El incumplimiento injustificado de las obligaciones establecidas en la presente Ley dará lugar a responsabilidades administrativas conforme a normativa vigente.

Artículo 13° (RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES)

El Ministerio de Salud:

- a) establecerá estándares técnicos;
- b) garantizará compatibilidad nacional;
- c) supervisará implementación.

Los municipios:

- a) implementarán en establecimientos bajo su dependencia.

SEDES:

- a) realizará seguimiento departamental.

Artículo 14° (REGLAMENTACIÓN)

El Órgano Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, reglamentará la presente Ley en un plazo no mayor a noventa (90) días calendario a partir de su publicación oficial.

La reglamentación deberá establecer:



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

- a) estándares tecnológicos,
- b) mecanismos de interoperabilidad,
- c) protocolos de seguridad digital,
- d) criterios de accesibilidad,
- e) y procedimientos de supervisión y evaluación del sistema.

DISPOSICIONES FINALES

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA. (IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA).

Los establecimientos de salud, comprendidos dentro del ámbito de aplicación de la presente Ley, deberán implementar progresivamente el Sistema de Acceso Tecnológico para la reserva de fichas médicas en un plazo máximo de doce (12) meses a partir de la publicación de la reglamentación correspondiente, conforme a cronogramas y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. (REGLAMENTACIÓN).

El Órgano Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, reglamentará la presente Ley en un plazo no mayor a noventa (90) días calendario a partir de su publicación oficial.

La reglamentación establecerá procedimientos técnicos, estándares de funcionamiento, mecanismos de accesibilidad, protección de datos, interoperabilidad y supervisión del sistema tecnológico de reserva de fichas médicas.

DISPOSICIÓN FINAL TERCERA. (ADECUACIÓN TECNOLÓGICA E INFRAESTRUCTURA).

Las entidades públicas, establecimientos de salud, Cajas de Salud y seguros sociales de corto plazo comprendidos en la presente Ley deberán realizar las adecuaciones tecnológicas, administrativas e infraestructura necesarias para garantizar el correcto funcionamiento de las plataformas digitales de reserva médica.

Asimismo, deberán garantizar condiciones mínimas de conectividad, soporte técnico y mantenimiento permanente del sistema.

DISPOSICIÓN FINAL CUARTA. (CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN).

El Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con las Entidades Territoriales Autónomas y establecimientos de salud, desarrollará programas de capacitación, socialización y orientación dirigidos al personal de salud y a la población beneficiaria, respecto al uso, funcionamiento y acceso al sistema tecnológico de reserva de fichas médicas.

Se priorizarán acciones de información dirigidas a adultos mayores, personas con discapacidad y sectores con limitado acceso digital.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

DISPOSICIÓN FINAL QUINTA. (EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA).

El Ministerio de Salud y Deportes realizará evaluaciones periódicas sobre la implementación, funcionamiento y resultados del Sistema de Acceso Tecnológico para la reserva de fichas médicas, con la finalidad de garantizar su mejora continua, eficiencia, transparencia y calidad de atención a la población.

Las entidades comprendidas en la presente Ley deberán remitir información estadística y administrativa requerida para fines de monitoreo, planificación y fortalecimiento de políticas públicas en salud.


Lic. Liliana Mery Echenique Sanchez
DIPUTADA NACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL


Efray Cielo Berrios Mendez
DIPUTADA NACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL

