

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE CIENCIA POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA
PLAN EXCEPCIONAL DE TITULACIÓN
PARA ANTIGUOS ESTUDIANTES NO GRADUADOS – PETAENG**



TRABAJO DIRIGIDO

PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS

**EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO
GRATUITO DE VEJEZ EN BOLIVIA DURANTE EL PERÍODO
1998 – 2006**

Postulante: Mario Castel Alurralde

Tutor: Mcs. Jorge Abel Kafka Zúñiga

**La Paz - Bolivia
2021**

DEDICATORIA

En homenaje a mi papá (+) y mamá (+), que no sólo me dieron la vida, también, me inculcaron valores de humildad, amor, respeto, perdón, gratitud, sensibilidad y comprensión.

A mis queridos hijos, que en todo momento, me animaron y apoyaron, para hacer del Trabajo Dirigido, una realidad y haber logrado percibir, la tranquilidad que el corazón y la mente necesitan.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque nunca me faltó su presencia.

A las Ex Autoridades de la CNS y amigos trabajadores de la Seguridad Social, que me brindaron su tiempo y conocimiento.

A los Profesores Catedráticos, quienes nos infundieron confianza y ánimo.

A mi Tutor, por su amplitud y orientación profesional.

A la vida, que me ha regalado los años que llevo, los cuales me enseñaron a comprender, que toda meta para ser alcanzada, debe estar precedida del esfuerzo y voluntad que se requieran.

RESUMEN

El Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), fue implementado entre el año 1998 al 2006, se constituye en una política pública de protección social de la población mayor de 60 años, que permite a este grupo poblacional el acceso a un conjunto gratuito de atenciones en todos los centros de la Caja Nacional de Salud (CNS).

El SMGV es una política de carácter público, cuyo propósito tiene que ver con la responsabilidad de resolver y dar respuesta a las múltiples necesidades del grupo poblacional de personas adultas mayores que forma parte integrante de la sociedad, transcurriendo por las principales etapas o fases del ciclo de las políticas públicas como el diseño, la implementación y evaluación. En este sentido, cuando abordamos el análisis de la política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, lo hacemos tomando en cuenta de manera prioritaria el proceso de hechura de la política como tal y su proceso de implementación.

Lo que se plantea, entonces es, analizar el proceso de diseño e implementación del Seguro Médico Gratuito de Vejez en el contexto político, económico, social e institucional, correspondiente a fines de la década del noventa y el primer quinquenio del nuevo milenio. La necesidad de articular el contexto del periodo con el diseño e implementación del SMGV, obedece a la necesidad de reconstruir el entramado del proceso de creación de dicha política, considerando las acciones emprendidas por los actores involucrados.

Para ello, la investigación parte de un enfoque predominantemente cualitativo y descriptivo, en tanto busca recoger información de los actores principales que participaron en el diseño e implementación del SMGV en la Caja Nacional de Salud, durante el periodo 1998 – 2006, con un alcance nacional, así como en sus reparticiones de carácter Regional y Distrital.

Los resultados de la investigación aportarán al análisis de las políticas públicas en el sector salud desde una perspectiva integral, considerando los aspectos políticos, económicos y normativos y los resultados alcanzados en la prestación de los servicios de salud a la población mayor de 60 años sin acceso a ningún otro tipo de seguro.

Palabras claves: Políticas públicas; Seguro Médico Gratuito de Vejez, Caja Nacional de Salud; personas adultas mayores; protección social

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
<i>AGRADECIMIENTO</i>	iii
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	3
MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	3
1. TÍTULO DEL TEMA	3
2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	3
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
3.1 Problema principal	5
3.2 Problemas secundarios	5
4. DELIMITACIÓN.....	6
4.1 Delimitación temática	6
4.2 Delimitación temporal.....	6
4.3 Delimitación espacial	6
5. OBJETIVOS	6
5.1. Objetivo General	6
5.2. Objetivos específicos	6
6. MARCO CONCEPTUAL.....	7
6.1 Seguridad Social y Protección social	7
6.2 La hechura de las políticas públicas.....	15
6.3 El ciclo de las políticas públicas.	17
i) La identificación	18
ii) La definición de los problemas públicos.....	19
iii) La hechura de las políticas.	19
iv) La implementación de las políticas públicas.	21
v) La evaluación de las Políticas Públicas	22
7. METODOLOGÍA	22

7.1. Método y enfoque	22
7.2 Método descriptivo.....	24
7.3. Método analítico.....	24
7.4. Técnicas.....	24
7.4.1. Técnica de investigación documental	25
7.4.2. Técnica de entrevistas	25
8. Fuentes	25
CAPÍTULO 2	27
EL CONTEXTO POLÍTICO	27
2.1. La democracia pactada y los gobiernos de coalición	27
2.2. La reforma institucional de la década del noventa.....	34
CAPÍTULO 3	42
CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	42
3.1. Constitución Política del Estado	43
3.2. Las leyes de descentralización	44
3.4. El Código de Seguridad Social. (Ley de 14 de diciembre de 1956)	45
3.5. Normas en favor de las personas adultas mayores.....	47
3.6. Política de salud y el Seguro Médico Gratuito de Vejez	48
CAPÍTULO 4	53
DIAGNÓSTICO	53
4.1. La dimensión social y económica	53
4.2La vejez y el envejecimiento en Bolivia	61
CAPÍTULO 5	72
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ	72
5.1. La hechura del Seguro Médico Gratuito de Vejez.....	72
5.1.1. Naturaleza de la política.....	72
5.1.2. Origen de la política pública del SMGV	73
5.1.3. Financiamiento del Seguro Médico Gratuito de Vejez	74
5.1.4. La cobertura	76

5.1.5. Los servicios de salud	77
5.1.6. La red de actores público privado	78
5.2. LA IMPLEMENTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ .	80
5.2.1. El proceso de implementación del SMGV	80
5.2.2 La Caja Nacional de Salud.....	81
5.2.3 La prestación de servicios de salud del SMGV	85
5.2.4 Las instancias encargadas de la implementación del SMGV.....	85
5.3 El proceso administrativo.....	86
5.3.1 Fases del proceso de implementación del SMGV	89
5.4 Los resultados.	91
5.5 LA EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ	98
5.5.1 Lo positivo	98
5.5.2 Lo negativo.....	101
CONCLUSIONES	105
PROPUESTA.....	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1- Bolivia: Índice de desarrollo humano según departamento, 2021.....	55
Tabla 2- Bolivia: Índice de desarrollo humano de los diez primeros y diez últimos municipios, 2001.....	56
Tabla 3 – Bolivia: Indicadores de crecimiento demográfico y de la estructura poblacional, 1950-2050	58
Tabla 4 – Bolivia: indicadores generales de situación de salud y compromiso con la salud	60
Tabla 5 – Distribución poblacional (porcentajes) según grupo de edad y año	63
Tabla 6 - DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA– GEOGRÁFICA DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD 1998 – 2006.....	82
Tabla 7 – Distribución de municipios para las cajas de salud - 1998	84
Tabla 8.....	84
Tabla 9 - POBLACIÓN ASEGURADA EN EL SMGV EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD 1998 - 2006.....	88
Tabla 10 - AUTORIDADES EJECUTIVAS CNS 1997 A 2006	91
Tabla 11 - RESUMEN NACIONAL DE CONSULTAS MÉDICAS Y DENTAL POR REGIONALES Y DISTRITALES , SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ - CNS	96
Tabla 12 - RESUMEN NACIONAL DE CONSULTAS MÉDICAS Y DENTAL POR ESPECIALIDADES, SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ - CNS.....	97
Tabla 13 - Deuda primas devengadas SMGV 60% T.G.N.(2 procesos coactivos)	103

Tabla 14 - Deuda primas devengadas SMGV 40% MUNICIPIOS (Procesos coactivos con diferentes situaciones procesales) 103

Tabla 15 - DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS PARA LAS CAJAS DE SALUD, ATENCIÓN SMGV SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 450 DE 16 DE OCTUBRE DE 1998 118

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolución IDH Bolivia por componentes, 1975-2001	54
Gráfico 2 – Componentes IDH, en Salud, Educación y ingresos	55
Gráfico 3 – Las primeras 10 posiciones – IDH - 2001	57
Gráfico 4 – Las últimas 10 posiciones – IDH - 2001	57
Gráfico 5 – Indicadores de la estructura poblacional (años)	59
Gráfico 6 - Distribución poblacional (porcentajes) según grupo de edad y año	63
Gráfico 7 – Tendencias de crecimiento de la población menor de 15 años	64
Gráfico 8 – Tendencias de crecimiento de la población mayor de 60 años	65
Gráfico 9 – Bolivia: Tasa de actividad económica según grandes grupos de edad, 2000-2050 (por 100)	67
Gráfico 10 – Bolivia: Población de adultos mayores según área de residencia, 1976-2012 (por 100)	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa Politico Municipal de Bolivia.....	37
Figura 2- Mapa Político Municipal de Bolivia (Descentralización)	38

PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS

EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ EN BOLIVIA DURANTE EL PERÍODO 1998 – 2006

INTRODUCCIÓN

El Trabajo titulado Protección Social y Políticas Públicas, “EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ DURANTE EL PERÍODO 1998 – 2006, Caso, Caja Nacional de Salud, es el resultado del seguimiento retrospectivo a una de las primeras Políticas Públicas que, en su momento, contó con disposiciones legales y procedimientos administrativos, que aseguraban y garantizaban su aplicación inmediata y accesible. En su concepción, esta política pública respondió a la necesidad de beneficiar a uno de los sectores sociales más vulnerables y desprotegidos como es la población de mayores de 60 años, que no tenía acceso a recibir prestaciones de salud de manera gratuita e integral.

El trabajo en sí, se caracteriza por ser descriptivo, con el afán de conocer el contexto y los antecedentes que permitieron pensar en una política pública de esta naturaleza. Más aún, con esta investigación se busca dar cuenta del proceso de diseño del Seguro Médico Gratuito de Vejez, como parte de la política gubernamental del periodo, y de su proceso de implementación en el ámbito municipal. Finalmente, a tiempo de realizar su evaluación se pretende identificar las mejores prácticas en el conjunto del ciclo de dicha política pública.

El capítulo primero, plantea el marco teórico, la justificación e importancia para la implementación de la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, SMGV en las áreas: técnica, social académica, económica y política. La formulación de los problemas, la delimitación espacial y temporal, los objetivos y el marco conceptual.

El capítulo segundo, está referido al panorama del contexto político caracterizado a finales de la década de los noventa y primeros años del decenio del 2000. En este contexto se toma en cuenta los procesos políticos a nivel nacional, las transformaciones socio políticas del periodo, dónde se destaca el nuevo escenario de intervención pública descentralizada con énfasis en el nivel municipal.

El capítulo tercero, es una visión del contexto institucional, desde un punto de vista jurídico legal, vinculado principal y necesariamente a la Constitución Política del Estado, las Leyes de Descentralización, el Código de Seguridad Social y la Ley del Seguro Médico Gratuito de Vejez.

El capítulo cuarto, denota el ámbito social y económico relativo a la vejez y el envejecimiento en Bolivia. En él se destaca la descripción de la problemática de las personas adultas mayores en un contexto externo e interno. Particular relevancia se otorga a la identificación de los problemas sociales, económicos y de salud de la población de la tercera edad en Bolivia, caracterizada como un sector vulnerable de la población.

El capítulo quinto, da a conocer el diseño e implementación del Seguro Médico Gratuito de Vejez, precisando temas sobre la hechura y proceso de implementación de la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez. Para ello, se revisa la naturaleza política del SMGV y la forma cómo se inscribe en la agenda pública, para luego pasar a analizar el proceso de implementación desde los campos de decisión administrativa y financiera y su impacto en las personas adultas mayores.

La secuencia de los contenidos anteriormente descritos, da pie a conocer el proceso de la implementación del SMGV en la Caja Nacional de Salud, observando su capacidad institucional en las áreas de salud, administrativa y operativa y su relacionamiento con los municipios y otros actores que participaron en diferentes fases del proceso de implementación del SMGV.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

1. TÍTULO DEL TEMA

Protección social y políticas públicas

El proceso de implantación del Seguro Médico Gratuito de Vejez en Bolivia durante el período 1998 – 2006.

Estudio de caso: Caja Nacional de Salud.

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Durante mucho tiempo, uno de los sectores de la población en el país, ha estado casi siempre postergado en ser reconocido en sus derechos y aspiraciones, sin duda es el grupo poblacional de las personas adultas mayores.

Tomando en cuenta que el proceso de envejecimiento reviste de atención e importancia dentro del ciclo natural de la vida de la especie humana, su tratamiento ha merecido continua preocupación en la búsqueda de soluciones reales y efectivas dirigidas a satisfacer las más premiosas necesidades de existencia de este grupo etario.

La problemática de la vejez se ha mostrado en varias dimensiones negativas en el desarrollo humano, tanto individual, como social, evidenciándose situaciones de discriminación y marginación de la sociedad hacia el adulto mayor, difíciles condiciones de vida, baja autoestima, baja cobertura de servicios de salud, educación y servicios básicos, principalmente en el área rural.

Este panorama sombrío por el que atraviesa la población de adultos mayores, ha colocado a las instancias nacionales, departamentales y locales en la responsabilidad de dar respuestas concretas, capaces de promover políticas, planes y programas que beneficien a una mejor calidad de vida.

En esa medida, conocer la hechura e implementación de la política pública del SMGV, se constituye en un estudio de caso de alta relevancia, en tanto, es una de las políticas centrales dirigidas a entender a un sector vulnerable de la población boliviana.

Técnica

Porque el análisis del proceso de diseño e implementación de la política pública del Seguro Médico de Vejez a cargo de la Caja Nacional de Salud, posibilitará identificar los problemas técnico - operativos considerados por los tomadores de decisiones gubernamentales, para la provisión de una adecuada prestación de servicios de salud para la población adulta mayor en Bolivia, en términos de eficacia y eficiencia.

Social

Porque al recolectar información sobre la población adulta mayor que no tiene acceso al Seguro Social de Corto Plazo provisto por el Estado, se contribuirá a realizar un diagnóstico de la situación socio económico de este grupo etario. Esos datos al ser analizados en términos históricos y comparativos permitirán realizar estudios comparados, por una parte, y la formulación de otras políticas sociales, por la otra, en beneficio de los adultos mayores. Desde esa perspectiva, contribuirá a acervo de los estudios de política social en el campo del estudio de las políticas públicas.

Académica

Porque este trabajo aportará a los estudios de análisis de las políticas públicas en el campo de la salud. En esa medida, contribuirá al desarrollo de criterios teórico, metodológico y técnico aplicados a la gestión pública y su posible comparación con otras entidades del sector público y programas y proyectos. De manera específica contribuirá al desarrollo de los estudios de caso en el campo de las políticas públicas.

Económica

Porque el análisis del proceso de implementación del Seguro Médico Gratuito de Vejez, permitirá identificar los factores que influyeron en el proceso de programación presupuestaria en el campo de la salud, contrastando la relación entre ingresos y gastos, así como una lectura desde la relación entre costos y beneficios.

Política

Porque aportará a analizar el entramado político e institucional que afecta a los cursos de acción en el nivel nacional y subnacional. En este sentido, contribuirá a identificar los aspectos políticos que intervienen al momento de diseñar e implementar una política pública y cómo ésta contribuye a fortalecer la legitimidad del Estado.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.1 Problema principal

¿Cómo se desarrolla el proceso de diseño e implementación de la política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, a cargo de la Caja Nacional de Salud durante el periodo 1998-2006?

3.2 Problemas secundarios

- ¿Cuáles son los marcos teóricos de las políticas públicas y la seguridad social?
- ¿Cuál es el marco político y legal para la implementación del Seguro Médico Gratuito de Vejez?
- ¿Cuál fue la situación de la población de adultos mayores anterior a la implementación del SMGV?
- ¿Cómo se diseñó e implementó la política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez?

4. DELIMITACIÓN

4.1 Delimitación temática

La investigación comprende el análisis de políticas públicas en el sector salud, específicamente, en el proceso de implementación e implantación del Seguro Médico Gratuito de Vejez en la Caja Nacional de Salud.

4.2 Delimitación temporal

Abarca el inicio, desarrollo y finalización del Seguro Médico Gratuito de Vejez, 1998 - 2006

4.3 Delimitación espacial

La participación Institucional de la Caja Nacional de Salud a través de las Regionales y Distritales, habilitadas como responsables de la ejecución y aplicación de los contenidos programáticos del Seguro Médico Gratuito de Vejez.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Analizar el proceso de diseño e implementación de la política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez a cargo de la Caja Nacional de Salud durante el periodo 1998 – 2006.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar el marco político e institucional del Seguro Médico Gratuito de Vejez.
- Describir la situación de la población de los adultos mayores que fueron beneficiarios del Seguro Médico Gratuito de Vejez.
- Analizar el proceso de diseño e implementación de la política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez.

- Evaluar la experiencia del proceso de implementación de la política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez en la CNS.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 Seguridad Social y Protección social

Al revisar los diferentes modelos de seguridad social, la mayoría, encuentran su base u orígenes en los modelos diseñados por Bismarck y Beveridge. En el Modelo Alemán de Bismarck (1883) debe destacarse la obligación impuesta a los empleadores y a los trabajadores para hacerlos corresponsables del financiamiento de la seguridad social. Resalta aún más la obligación que se impone a los empleadores para responder a los riesgos sociales que puedan sufrir los trabajadores.

El Modelo Inglés de William Beveridge (1941), perfila principios fundamentales como la solidaridad, universalidad, seguro social, asistencia, utilizados simultáneamente y de manera coordinada, así como la existencia de una entidad administrativa (González, 2002). Como puede apreciarse, Beveridge pugnaba porque las prestaciones se obtuvieran a cambio de contribuciones únicas y uniformes, independientemente del nivel de renta del asegurado. El fondo para las principales prestaciones: desempleo, incapacidad y jubilación estaría constituido por contribuciones de los asegurados, de los patrones y del Estado.

El concepto de seguridad social no es estático y va evolucionando a medida que las sociedades cambian. Inicialmente, la asistencia pública se centraba en evitar la pobreza, garantizando un ingreso mínimo que permitiera satisfacer las necesidades básicas. El objetivo fundamental era ofrecer una red de seguridad contra el riesgo de ser pobre.

Distintos actores (por ejemplo, gobiernos, autoridades locales e instituciones de caridad) fueron los primeros que prestaron algunas formas de asistencia; éstas estaban destinadas a los empleados del servicio civil y a las personas muy pobres que debían cumplir estrictos requisitos (por ejemplo, vivir en un hospicio) para recibir asistencia pública.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, en plena revolución industrial, los regímenes de asistencia social empezaron a cambiar debido a los cambios socioeconómicos que experimentaba la sociedad, siendo el más notorio, el trabajo asalariado. A partir de entonces, los trabajadores del sector industrial comenzaron a depender del salario o la venta de su mano de obra para ganarse el sustento.

Ahora bien, a falta de salario, la mayoría no disponía de ninguna forma de seguridad, pues ya no podían contar con estructuras tradicionales de protección como la familia ampliada. De ahí que el Estado empezara a interesarse más por garantizar el ingreso. Entonces, gobiernos y sociedades de ayuda mutua organizaron sistemas de ahorro, surgió el seguro privado y el Estado sancionó leyes que estipulaban que los empleadores debían contribuir al mantenimiento de los trabajadores enfermos y lesionados.

Ello no quita, que estas medidas distaran de proporcionar una protección adecuada y que se entendiera que los trabajadores debían tomar sus propias disposiciones para hacer frente a las contingencias de la vida. Con el paso del tiempo, el trabajo se fue organizando mejor y cobró mayor influencia por lo que en los países industrializados comenzaron a concebirse programas de protección social.

Los regímenes pasaron a ser obligatorios y aunque en un principio abarcaban solamente a determinadas categorías de trabajadores, poco a poco se fueron extendiendo a toda la población. También con el paso del tiempo, se fueron incorporando varias prestaciones y extendiendo su cobertura, entonces, comenzó a utilizarse el término “seguridad social” para referirse al conjunto de las mismas.

A partir de ese momento, los regímenes de protección social empezaron a desempeñar otro papel, ya que, a la función tradicional de red de seguridad, para garantizar que la gente pudiera satisfacer sus necesidades básicas, se añadió la cobertura de riesgos socioeconómicos para todos. Paulatinamente, los regímenes de protección social fueron cubriendo una gama más amplia de riesgos, tales como el desempleo, la invalidez de vejez, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

A su vez, se fijaron objetivos más ambiciosos de la función de red de seguridad y ésta se amplió para dar cabida a otras necesidades que las elementales para subsistir, es decir, la atención de salud, la vivienda y los servicios sociales. En la mayoría de los países industrializados, los regímenes de protección social pasaron a ser regímenes universales. Sin embargo, en los países en desarrollo, la cobertura se circunscribe a quienes tienen una relación de trabajo en la economía formal y, por lo tanto, excluye a la mayoría de la población.

En los instrumentos internacionales relativos a los derechos humanos fundamentales se reconoce que la protección social es necesaria, siendo ejemplos dignos de mención, el Artículo 22 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) que estipula: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social», y el Artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el que se reconoce “el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social” (Guerrero, 2006)

La protección social también ha ocupado el primer plano en foros internacionales. En la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, celebrada en Copenhague en 1995, fue el tema central y los gobiernos se comprometieron a formular y aplicar “una política que asegure que todos dispongan de protección económica y social adecuada durante el desempleo, las enfermedades, la maternidad, la crianza de los hijos, la viudez, la discapacidad y la vejez.”

En diferentes eventos internacionales como el XXIV Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, se subrayó la importancia de establecer y mejorar sistemas de protección social, así como de compartir prácticas idóneas en este campo. Más aún, en las diferentes Cumbres sobre Desarrollo Sostenible, se recalcó la necesidad de afianzar la dimensión social del desarrollo sostenible haciendo hincapié, entre otros, en la necesidad de seguir de cerca los resultados de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social.

Esto lleva a plantear que la comunidad internacional ha trabajado para lograr que el desarrollo social y el bienestar humano sean elementos fundamentales del desarrollo sostenible y la lucha contra la pobreza. A tales efectos, la comunidad internacional se ha unido en torno a una serie de valores, metas y estrategias comunes y ha venido desplegando esfuerzos en los cuales, la protección social desempeña un papel importante.

Por ejemplo, el mandato y la razón de ser de la OIT están plasmados en el Preámbulo de su Constitución que puede resumirse como sigue: contribuir a asegurar la paz permanente en el mundo mediante la promoción y la realización de la justicia social. Desde su fundación, el cometido primordial de la OIT ha sido formular políticas y elaborar programas internacionales para mejorar las condiciones de vida y de trabajo en el mundo entero. En este ámbito, la protección social siempre fue una cuestión fundamental para la Organización. El hecho de que más de la mitad de sus Convenios se traten cuestiones de protección social demuestra la función importante que ha cumplido la OIT en la evolución de esta última (Bonilla, 2003).

Según la definición de la OIT, la seguridad social es la protección que proporciona la sociedad a sus miembros mediante una serie de medidas públicas para protegerlos de carencias económicas y sociales que pueden obedecer a la inexistencia, o a una reducción radical, de los ingresos del trabajo a causa de diferentes eventualidades (enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, invalidez, vejez y muerte del sostén de la familia); proporcionar asistencia médica, y facilitar prestaciones a las familias con hijos. Varias normas de la OIT recogen este concepto de seguridad social.

Por definición, la protección social es más amplia e inclusiva que la seguridad social, pues incorpora medidas privadas u otras medidas para proporcionar seguridad social, pero, aun así, abarca medidas tradicionales de seguridad social tales como la asistencia social y el seguro social. Cabe señalar que de una sociedad a otra existen diferencias significativas en cuanto a la definición y el enfoque de la protección social. Los distintos valores,

culturas y tradiciones, así como la estructura institucional y política, inciden en la definición de la protección social y en la manera en que deber brindarse.

El alcance de la definición de la OIT es más amplio que el de las definiciones adoptadas por algunos países, lo que no implica un juicio de valores. El enfoque de la OIT en materia de protección social fue y sigue siendo modelado por la estructura tripartita, propia de la Organización, en la que gobiernos, empleadores y trabajadores tienen el mismo derecho a opinar sobre la formulación de sus políticas y la elaboración de sus programas.

La OIT siempre ha reconocido la existencia de varios actores en el ámbito de la protección social y, por lo tanto, el diálogo social y las alianzas son fundamentales para sus operaciones y sus esfuerzos en aras de una verdadera protección social para todos. De hecho, la incorporación efectiva y eficiente de la protección social en el proceso de globalización supone un reto significativo.

Ese reto no reside tanto en encontrar medios de realzar el alcance y la eficacia de la protección social, sino más bien en obtener los recursos necesarios para lograrlo. Recordemos que la extensión de la cobertura tiene repercusiones financieras considerables. Al respecto, la OIT inició una importante labor que demuestra que el costo de la extensión de la cobertura de protección social es razonable y que los costos de la falta de una protección social adecuada son más altos, pues se pagan en términos económicos, sociales y de desarrollo.

Para ello es también importante considerar el conjunto de normas jurídicas que rigen el funcionamiento de la redistribución de recursos. De hecho, esas normas determinan cuanto tiene que asignar la población activa a los beneficiarios, ya sea mediante impuestos o cotizaciones. El resultado de dicha redistribución (el nivel individual de las prestaciones y la redistribución del ingreso en el seno del grupo beneficiario) es crucial desde el punto de vista social.

En igual forma se debe considerar que la falta de información y de datos que sirvan de base para el diálogo y la toma de decisiones, así como la ocultación, son la antítesis de la transparencia y las verdaderas enemigas de la protección social. Al respecto, en muchos campos de la política pública impera una filosofía que opone lo interno y lo externo, o lo propio y lo ajeno, lo que crea divisiones no sólo entre los interlocutores sociales, sino también entre el personal y los usuarios de los servicios (o quienes defienden sus intereses), y entre los servicios y los organismos que se fragmentan en diversas unidades, departamentos, etc. En cambio, una política de transparencia y apertura implica que las organizaciones cuenten con una estrategia de comunicación y participación.

Esta última deberá ser polivalente, multiestratificada, es decir, dirigirse a distintas “audiencias” y utilizar diversos canales y ofrecer la posibilidad de que la gente dé a conocer sus propias necesidades. Además, el sistema de protección social debe comprender otros elementos esenciales de un enfoque abierto, a saber: mediadores; procedimientos de apelación; definición precisa de las responsabilidades de proveedores y sectores, y apertura de las instancias decisorias.

Por último, el seguimiento y el examen de los regímenes de protección social, así como de los mecanismos para hacer cumplir las disposiciones en la materia, son cruciales para la sostenibilidad de dichos regímenes. Por lo que atañe al futuro de la protección social, es importante establecer un proceso que sea abierto; por un lado, para prever y analizar constantemente la evolución del régimen de protección social a fin de detectar las flaquezas de las disposiciones vigentes y, por el otro, para estar al tanto de las necesidades emergentes.

Sin una estructura sólida de financiación y gestión, los sistemas de protección social no pueden llegar verdaderamente a todos los hombres y mujeres. Para entender los mecanismos financieros de dichos sistemas, es preciso conocer a fondo la dinámica de la población y sus incidencias; ser capaz de llevar a cabo la labor macroeconómica que exige la política social, a fin de poner la teoría en práctica y ver claramente la interdependencia

que existe entre lo que sucede en el mercado de trabajo y el desempeño de la protección social.

La sociedad en su conjunto carga con los costos y las consecuencias de la negligencia en materia de protección social, incluidos el Estado, las comunidades, el sector del voluntariado, las familias, las empresas y los ciudadanos. En efecto, esa negligencia, o el abandono de la protección social, traen aparejadas diversas series de costos y consecuencias. Las dos primeras son la pobreza y la vulnerabilidad, pues existe una clara correlación entre pobreza y vulnerabilidad, por un lado, y protección social precaria o inexistente, por el otro.

Se trata de costos enormes que perpetúan la exclusión social y también hacen que la gente se sienta insatisfecha y descontenta con la sociedad. Las poblaciones empobrecidas no sólo sufren porque se les priva de bienes, servicios y derechos esenciales, sino también porque pierden la posibilidad de realizar su propio potencial y contribuir positivamente al desarrollo colectivo en las esferas social, política y cultural.

El hecho de que mucha gente viva en la pobreza o esté desempleada supone una pérdida productiva para el Sector de la Protección Social. Por otra parte, sin protección social o algún otro medio de apoyo, se reclamarán aumentos de salario, costo que deberán sufragar los empleadores y/o el Estado. Por último, cabe señalar que, a largo plazo, los recortes de servicios sociales y servicios de salud pueden generar mayores gastos para el Estado.

La falta de inversión en prestaciones y servicios públicos no sólo entraña una disminución de la esperanza de vida, la salud, la educación y las capacidades, también compromete el futuro de las generaciones más jóvenes. De ahí que la reserva actual y futura del capital humano de un país también disminuya.

También en este caso, se puede identificar toda una serie de costos que conviene recordar. En primer lugar, se plantea la cuestión de la carga familiar. Cuando una familia recibe apoyo, por lo general, lo recibe del Estado. Por lo tanto, el hecho de que el Estado

recorte presupuestos o se retire de determinadas esferas compromete la futura sostenibilidad de la familia que ya sufre serios apremios.

Otro punto relevante tiene que ver con los costos en términos de valores tales como la confianza en la sociedad, la solidaridad social, etc. Actualmente, casi todo el mundo reconoce que estos valores no sólo constituyen una forma clave de capital social, también son esenciales para el funcionamiento de las sociedades democráticas. Si la gente pierde esos valores que, por lo general, están más arraigados en las sociedades basadas en la solidaridad social, entonces, el costo para la sociedad es enorme.

La negligencia o el abandono en materia de protección social reducen la legitimidad del Estado y, por consiguiente, pone en peligro el funcionamiento de la democracia. Si consideramos que estos costos son acumulativos, entonces, lo que están en juego es la propia sostenibilidad social. No sólo la cohesión y la estabilidad sociales corren peligro también existe el riesgo de que estallen revueltas políticas. Sin contar con que esta situación alimenta el extremismo político.

Además, también pueden estallar conflictos entre países debido a las desigualdades entre aquellos que se dotan de algún sistema de protección social y aquellos que no lo hacen. Por todo lo antedicho, es obvio que ningún país ni ninguna región pueden darse el lujo de dejar de lado o socavar la protección social a uno u otro nivel, y que habría que fomentar, principalmente, enfoques integrados, transparentes, participativos y con objetivos bien precisos.

El acceso efectivo a la protección social no es suntuario y se debería considerar como una inversión en las personas, la justicia social y la cohesión social que no sólo resulta sumamente rentable en términos económicos, sociales y ambientales, sino que, se convierte en un sólido e indispensable cimiento de un desarrollo pacífico y sostenible para todos. De ello se desprende, que la protección social forma parte del desarrollo dinámico de economías y sociedades modernas y abiertas.

Tampoco hay que olvidar que, a lo largo del tiempo, aporta beneficios acumulativos, por lo que puede considerarse una inversión y, por ende, un factor productivo. Los países pobres no pueden dejar de invertir en la protección social, si se proponen romper los círculos viciosos de la pobreza y el subdesarrollo y empezar a contribuir en forma positiva al desarrollo local, nacional, regional y mundial (OMS, 2015).

6.2 La hechura de las políticas públicas.

El estado contemporáneo define su legitimidad en términos de políticas públicas, es decir, a través de la intervención del estado en la sociedad y en la economía. Las políticas públicas son conjuntos de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento dado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.

Desde una perspectiva institucional como la del Banco Mundial se puede indicar que una política es un plan para alcanzar un objetivo de interés público (Banco Mundial, 2010). Dicho objetivo perfila las metas gubernamentales de mayor nivel como aquellas que requieren mayor gasto público, hecho que las hace objeto de un mayor interés público. La política pública también se la entiende, como un conjunto de actividades (programas, estrategias, procedimientos, leyes, reglamentos) dirigida hacia un objetivo general que se diferencia de un programa en el hecho que un programa es una intervención pública directa sobre una realidad social, que se usa, en conjunto con otros programas (y otros instrumentos de política), para implementar una política.

Se puede añadir que una política pública es un curso de acción o de inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos: las políticas públicas reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino que también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos diferentes valores, se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión (Kraft y Furlong, 2006). Una política pública es, en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones

que comporta y, en consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce. (Aguilar, 1996).

Una política pública se presenta, entonces, como un conjunto de actividades que emanan de uno o varios actores investidos de autoridad pública (Dye, 1995). En su desarrollo interviene una variedad de actores, gubernamentales y no gubernamentales. Los actores gubernamentales pueden pertenecer a uno o varios niveles de gobierno y administración: local, regional, o estatal. Los actores no gubernamentales (como sindicatos, iglesias, asociaciones, organizaciones no gubernamentales, etc.) también pueden operar en distintos ámbitos: local, regional, estatal o internacional.

Lo habitual es referirse a las políticas públicas identificando los sectores de la sociedad en los que se centra la intervención pública: así, hablamos de política educativa, política de salud, política energética, política fiscal, política exterior, política de igualdad, etc. Para operar en cada uno de estos sectores la autoridad pública dispone de una gran variedad de instrumentos.

Los gobiernos de todos los niveles desarrollan políticas públicas que pueden ser clasificadas en función de multitud de criterios. A continuación, se incluyen las clasificaciones más conocidas:

Las políticas sustantivas tienen que ver con lo que el gobierno va a hacer, como construir autopistas, abonar un subsidio por desempleo o prohibir la venta de alcohol a menores de edad. Se trata de políticas que directamente proporcionan a la gente ventajas y desventajas en relación a algo. Las políticas procedimentales tienen que ver con la manera en que se va a hacer algo o con quien va a emprender la acción. Entre ellas tenemos las que se refieren a los asuntos organizativos de las administraciones públicas, como cuál es el centro directivo responsable de aplicar la legislación sobre medio ambiente, o aquellas que especifican los procesos o procedimientos para llevar a cabo determinadas actividades.

Las políticas pueden ser clasificadas en función de su efecto sobre la sociedad y de las relaciones entre los actores involucrados en su formación.

Las políticas distributivas consisten en proporcionar bienes o servicios a determinado segmento de la población (individuos, grupos, empresas, etc.): las actuaciones públicas consistentes en dar asesoramiento jurídico a las pequeñas y medianas empresas constituyen una política distributiva. Las políticas regulatorias imponen restricciones o limitaciones al comportamiento de individuos y grupos, como el código de circulación.

Las políticas autorregulatorias son parecidas a las anteriores porque consisten en limitar o controlar algún sector o grupo, pero se diferencian de ellas en que son defendidas y apoyadas por el grupo como forma de proteger o promocionar los intereses de sus miembros. Los requisitos necesarios para la apertura de un establecimiento de farmacia configuran una política autorregulatoria.

Las políticas redistributivas son un esfuerzo deliberado del gobierno por cambiar la asignación de riqueza, ingresos, propiedades o derechos entre amplios grupos o clases sociales. Son las políticas más características del Estado del bienestar; en este sentido, uno de los ejemplos más conocido viene dado por los sistemas de seguridad social.

También podemos clasificar las políticas públicas en función del tipo de beneficio que suponen para sus beneficiarios. Las políticas materiales proporcionan ventajas o desventajas tangibles. Un programa de becas para estudiantes universitarios configura una política material. Las políticas simbólicas, por el contrario, apenas tienen influencia material real sobre la gente: asignan ventajas y desventajas no tangibles. Las campañas de lucha contra el racismo y la xenofobia constituyen una política simbólica. (Ochman, 2016).

6.3 El ciclo de las políticas públicas.

El modelo del ciclo de la política pública es un dispositivo analítico que sugiere que la política es un proceso que se desarrolla por fases (Aguilar, 2003). Esta concepción permite

comprender la política pública mediante sus distintos momentos de formación por medio de fases interdependientes de definición de la agenda, formulación, implementación y evaluación (Torres-Melo, 2013).

Las fases del ciclo son interdependientes, por lo que el replanteamiento de cualquiera de ellas afecta a las siguientes. El ciclo, como cualquier sistema, se “cierra” con un proceso de retroalimentación: la política pública no se extingue con la evaluación de sus resultados, sino que ésta puede dar lugar a una nueva definición del problema que inició el ciclo. Las principales fases del ciclo de las políticas públicas son las siguientes: i) la identificación ii) definición de problemas; ii) Hechura de las políticas iii) la adopción de la decisión; iiiii) la implementación; iiiiii) la evaluación.

i) La identificación

Esta fase incluye actividades de detección y selección de cuestiones y actividades de definición de problemas. La detección y la selección de cuestiones públicas: la agenda. En las sociedades occidentales, suele emerger un gran número de cuestiones que proceden de distintos sectores de la sociedad, que buscan la atención de los gobiernos. Ahora bien, no todas las cuestiones que preocupan a la sociedad acaban generando la formación de una política pública para solucionarlos.

Para estudiar estos procesos se utiliza el concepto de agenda, y se suele distinguir entre agenda sistémica, por una parte, y agenda política, institucional o de gobierno, por otra. La agenda sistémica está formada por el conjunto de cuestiones que los miembros de una comunidad política perciben como merecedoras de atención pública y que, además, caen dentro del ámbito competencial de la autoridad gubernamental a la que se dirigen; son las cuestiones que preocupan a la sociedad. La agenda política, institucional o de gobierno está formada por el conjunto de asuntos explícitamente aceptados para ser considerados seria y activamente por los decisores públicos; son las cuestiones que preocupan al gobierno. En líneas generales, la agenda de gobierno suele reflejar la evolución de la agenda sistémica.

ii) La definición de los problemas públicos.

En primer lugar, definir un problema significa que, una vez reconocido como tal e incluido en la agenda de algún gobierno, el problema es percibido por los distintos actores interesados; es objeto de exploración, articulación e incluso cuantificación; y, en algunos casos, pero no en todos, se da una definición oficial, o al menos provisionalmente aceptada, acerca de sus posibles causas, componentes y consecuencias.

En segundo lugar, que una situación concreta se convierta en problema público no es algo que se base sólo y únicamente en circunstancias objetivas: la elaboración de una situación no deseada como problema público depende en gran medida de su conexión con los valores dominantes en ese momento en la sociedad de que se trate y del poder de los actores que promueven su incorporación a la agenda de gobierno.

En tercer lugar, la definición de los problemas públicos plantea numerosas dificultades porque los problemas públicos son enrevesados, retorcidos, inéditos: no tienen una formulación definitiva; no suele haber criterios que establezcan cuando se ha llegado a la solución; la solución no es nunca verdadera o falsa, sino buena o mala, y carece, además, de una prueba inmediata y resolutoria.

iii) La hechura de las políticas.

Una vez que el gobierno conoce la existencia de un problema, lo define y rechaza la opción de no actuar sobre él, comienza la fase de formulación de políticas, que tiene que ver con el desarrollo de cursos de acción (alternativas, propuestas, opciones) aceptables y pertinentes para enfrentarse a los problemas públicos. Las políticas son concebidas, por lo tanto, como soluciones a los problemas públicos.

Esta fase incluye las siguientes actividades:

1) El establecimiento de metas y objetivos a alcanzar.

Los objetivos constituyen un elemento central en la acción pública: dan un sentido de propósito y de dirección a una organización y a sus políticas y programas. En la práctica, sin embargo, surgen numerosas dificultades a la hora de identificar los objetivos de las organizaciones y programas existentes y de especificar los objetivos para el desarrollo futuro de organizaciones y programas.

2) La detección y generación de alternativas que permitan alcanzar los objetivos.

El producto de esta actividad sería una lista de opciones de política pública, entre las que se pueden encontrar opciones ya conocidas o que cuentan con apoyos internos (identificación) y opciones desconocidas o que carecen de apoyos dentro de la organización (generación). Cada opción o alternativa debe ser caracterizada de forma tan precisa como sea posible.

3) La valoración y comparación de las alternativas.

Una vez que se han producido y definido las opciones, que están claras las ventajas y los inconvenientes de cada una de ellas vendría el momento de utilizar algún tipo de técnica que permita realizar el proceso de elección. Una de las técnicas más conocidas es el análisis coste-beneficio, que consiste en identificar los costes y beneficios asociados con cada alternativa y en la cuantificación económica de los mismos, con el propósito de facilitar la comparación entre las distintas opciones.

4) La selección de una opción o combinación de ellas.

Las técnicas mencionadas no adoptan decisiones. La decisión está en manos del decisor público. Las técnicas pueden, en el mejor de los casos, asistir a los decisores públicos y quizás persuadirles de la necesidad de adoptar una actitud más sistemática respecto a la identificación de criterios y datos relevantes, y respecto a la prueba de las premisas sobre

las que se basan los cálculos de probabilidades de que ocurran ciertos hechos o de que las políticas produzcan determinados impactos. Los primeros análisis de políticas públicas se centraban en la fase de formulación de las políticas.

5) La adopción de la decisión.

Esta fase está exclusivamente en manos de uno o varios decisores públicos: para que una política sea considerada pública ésta debe haber sido generada por medios gubernamentales, debe emanar de una autoridad pública. Otras fases del ciclo de las políticas públicas (la implementación, por ejemplo) pueden quedar parcialmente en manos de actores, individuos u organizaciones que no están investidos de autoridad pública: no es el caso de la fase de adopción de la decisión.

iv) La implementación de las políticas públicas.

Esta fase comienza una vez adoptada la decisión, y comprende todas las actividades y procesos desarrollados hasta que aparecen los efectos asociados con la intervención pública en cuestión. En ella las unidades administrativas correspondientes movilizan recursos económicos y humanos, sobre todo, para poner en práctica la política adoptada. Se trata de la puesta en marcha o ejecución de las políticas.

La implementación es la secuencia programada de acciones, de la que forman parte muchos actores y muchas operaciones, dirigida a producir con unos medios específicos los resultados esperados. Es un proceso de gran complejidad porque: por una parte, interviene una multitud de actores, cada uno de los cuales tiene sus propias perspectivas, actitudes e intereses, y cuyo grado de compromiso con los objetivos del proceso puede variar; por otra, hay una multitud de “puntos de decisión” (cada vez que se requiere un acto de acuerdo para que el programa siga adelante) y de “puntos muertos” (cada vez que se requiere que un actor por separado dé su aprobación). La fase de implementación ha sido conceptualizada adoptando varias perspectivas. La más familiar la equipara a un proceso descendente, de arriba abajo; estudios posteriores ponen de relieve la importancia

de concebirla también como un proceso ascendente, de abajo arriba. El modelo de arriba abajo concibe el desarrollo de una política como un proceso que fluye desde la cúspide de las organizaciones públicas hacia las posiciones jerárquicas inferiores y en el que el protagonismo corresponde a los decisores públicos. El modelo de abajo arriba sostiene que también requiere importancia el flujo de abajo arriba que permite adaptar la situación inicial a la multitud de contextos de implementación, y otorga el protagonismo del proceso a los implantadores.

v) La evaluación de las Políticas Públicas

Las unidades de evaluación de la administración pública determinan en qué medida se han logrado los objetivos de la política pública en cuestión. La evaluación cierra el ciclo de las políticas, y puede retroalimentar el proceso en cualquiera de sus fases. En la práctica, la evaluación no está tan extendida como sería deseable. La unidad de acción pública objeto de evaluación suele ser el programa. Un programa es un conjunto de actuaciones orientadas a la consecución de uno o varios objetivos y que consumen recursos de diverso tipo (humanos, financieros, legales, materiales, tecnológicos, etc.).

Evaluar programas en tanto que “paquetes” de recursos definidos con los que se pretende mitigar el estado de un problema mayor resulta más factible que evaluar políticas generales cuyo propósito es aliviar una situación social que no nos agrada. Así, por ejemplo, no se suele evaluar la política universitaria en su conjunto, sino las distintas titulaciones ofertadas por cada universidad, ya que es más fácil identificar los recursos de distinta índole involucrados en cada una de ellas.

7. METODOLOGÍA

7.1. Método y enfoque

El método de investigación describe con buenos detalles la forma en que se ha llevado a cabo la investigación. Este permite explicar la propiedad de los métodos utilizados y la validez de los resultados, incluyendo la información pertinente para entender y demostrar

la capacidad de replicación de los resultados de la investigación. El método incorpora la descripción y las bases de las decisiones metodológicas tomadas de acuerdo al tema de investigación.

La estructura metodológica en sintonía con el enfoque es una condición que asegura la validez del estudio. El término método, se origina de las raíces: meth, que significa meta y, odos, que significa vía. Es decir, el método es el camino que conduce a la meta. El Método de la Investigación busca responder a la pregunta ¿Cómo se desarrollará / desarrolló la investigación?

La presente investigación utiliza el enfoque cualitativo, el que se guía por áreas o temas significativos de investigación. A diferencia del enfoque cuantitativo que se orienta a definir con claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis, los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos.

Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio (Hernández, 2014, 7).

La investigación, por ende, parte de un proceso inductivo, recurrente, en el que se contrastarán múltiples realidades subjetivas aportando a una contextualización del objeto de estudio, es decir, analiza los factores que intervienen en la implementación del Seguro Médico Gratuito de Vejez. La estrategia metodológica pasa por el “estudio de caso” del Seguro Médico Gratuito de Vejez, realizado por la Caja Nacional de Salud, con el propósito de conocer el funcionamiento de las partes intervinientes y el todo. En su fase operacional, se combina el método descriptivo y el método analítico para la investigación.

7.2 Método descriptivo

En el método descriptivo se realiza una exposición narrativa, numérica y/o gráfica, bien detallada y exhaustiva de la realidad que se estudia. El método descriptivo busca un conocimiento inicial de la realidad que se produce de la observación directa del investigador y del conocimiento que se obtiene mediante la lectura o estudio de las informaciones aportadas por otros autores. Se refiere a un método cuyo objetivo es exponer con el mayor rigor metodológico, información significativa sobre la realidad en estudio con los criterios establecidos por la academia (Abreu, 2014). En su aplicación a la presente investigación se describirá el conjunto de factores económicos, políticos e institucionales que afectaron la sostenibilidad financiera del Seguro Médico Gratuito de Vejez en base a información recolectada de la Caja Nacional de Salud.

7.3. Método analítico

El método analítico, a partir del conocimiento general de una realidad realiza la distinción, conocimiento y clasificación de los distintos elementos esenciales que forman parte de ella y de las interrelaciones que sostienen entre sí. Se fundamenta en la premisa de que a partir del todo absoluto se puede conocer y explicar las características de cada una de sus partes y de las relaciones entre ellas.

El método analítico, entonces, permite aplicar posteriormente el método comparativo, permitiendo establecer las principales relaciones de causalidad que existen entre las variables o factores de la realidad estudiada. Es un método fundamental para toda investigación científica o académica y es necesario para realizar operaciones teóricas como son la conceptualización y la clasificación (Gutiérrez- González, 1990).

7.4. Técnicas

La técnica de investigación científica es un procedimiento típico, validado por la práctica, orientado generalmente, aunque no exclusivamente, a obtener y transformar información útil para la solución de problemas de conocimiento en las disciplinas

científicas. Toda técnica prevé el uso de un instrumento de aplicación; así, el instrumento de la técnica de Encuesta es el cuestionario; de la técnica de Entrevista es la Guía de tópicos de entrevista.

- 1) Técnica de Investigación Documental.
- 2) Técnica de Entrevistas.

7.4.1. Técnica de investigación documental

Técnicas de investigación documental (procedimientos orientados a la aproximación, procesamiento y recuperación de información contenida en documentos, independientemente del soporte documental en que se hallen) Ejemplos de estas técnicas son el aparato crítico (conjunto de apoyos al texto principal de un documento científico, según normas internacionales), las técnicas de lectura (aproximación al documento) y la reseña, el resumen, etc. (recuperación de la información). (Rojas, 2011). Este trabajo se desarrollará abordando el análisis de documentación oficial, institucional, y científica recuperando, resumiendo y sistematizando la información pertinente.

7.4.2. Técnica de entrevistas

Según Hernández Sampieri (2014), la entrevista es una de las técnicas más utilizadas en la investigación, se la puede definir como el arte de escuchar y captar información. Mediante esta técnica de investigación una persona (se lo conoce como el entrevistador) establece una charla o conversación con otra persona (se lo conoce como el entrevistado) con el objetivo de hablar de ciertos temas y con un fin determinado. Para el efecto el instrumento a utilizarse se refiere a una Guía de entrevista dirigida a usuarios del SMGV, ex autoridades y ex funcionarios de la Caja Nacional de Salud.

8. Fuentes

Existen dos tipos de fuentes documentales: las primarias (o de primera mano) y las secundarias (o de segunda mano). Las fuentes primarias son los escritos del autor sobre

una investigación. Las otras consisten en todos aquellos documentos que fueron elaborados por otras personas (Eco, 1991).

Por lo tanto, una traducción es una fuente secundaria, lo mismo que una antología. De acuerdo con algunos autores (Garza Mercado, 1988), la fuente primaria es “la que proporciona datos de primera mano, es decir, constituye una información en sí misma”, mientras que la fuente secundaria proporciona información acerca de dónde y cómo encontrar las fuentes primarias.

La presente investigación se apoyará en la revisión de las siguientes fuentes:

Fuentes primarias generales: convenios internacionales, tratados, textos y compilaciones.

Fuentes primarias especializadas: memorias institucionales de la CNS, revistas, boletines, resúmenes de simposios, tesis.

Fuentes secundarias generales: reseñas bibliográficas.

Fuentes secundarias especializadas: revistas de resúmenes, tales como la sinopsis.

CAPÍTULO 2

EL CONTEXTO POLÍTICO

CAPÍTULO 2

EL CONTEXTO POLÍTICO

2.1. La democracia pactada y los gobiernos de coalición

Tras 18 años de intervención militar (1964-1982) se dio paso a un tortuoso proceso de recuperación de la democracia. El primer gobierno democrático fue el de la Unidad Democrática y Popular (UDP), que triunfó por mayoría relativa en las elecciones nacionales de 1978, 1979 y 1980 (Exeni, 2016) a la cabeza de Hernán Siles Suazo. Procesos electorales que fueron desconocidos merced el fraude electoral, la maniobra congresal y el golpe de Estado respectivamente.

A pesar de ello, en octubre de 1982, Siles Suazo asumió la presidencia de la República merced a acuerdos políticos que le obligaron a reconocer el Congreso elegido de 1980. Esta combinación produjo un gobierno dividido, pues el partido gobernante era minoritario en el Parlamento y tenía que enfrentar la dura oposición del Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR) y de Acción Democrática Nacionalista (ADN), así como el faccionalismo interno del frente político gobernante.

En este escenario, el empresariado agroexportador del oriente, gestado durante el periodo dictatorial de la década del 70, no pudo evitar la arremetida sindical y popular, situación que le dejó poco espacio de movimiento, mucho más si se considera que junto a la recuperación democrática estalló una de las mayores crisis económicas del país que desembocó en un proceso hiperinflacionario inédito. La Central Obrera Boliviana (COB), por su parte, jugó sus cartas en defensa de intereses corporativos radicales de las organizaciones sociales, sobrecargando con ello las demandas dirigidas al gobierno.

Las clases medias, a su vez, se abalanzaron sobre el aparato estatal en busca de satisfacer sus intereses particulares: cargos, beneficios e incrementos salariales. Más aún, las diferentes organizaciones políticas de izquierda, que sin visión de sentido público,

reacios a la participación de la ciudadanía en los procesos decisorios, con una actitud y comportamiento elitista de la representación política, se enfrentaron entre sí por ocupar la mayor cantidad de puestos e influencia en las reparticiones públicas. El resultado final de este proceso de conato ideológico, social, económico y político fue la generación de un escenario de conflictos, 1.700 en el periodo 1982-1985, que paralizó al gobierno y le impidió tomar decisiones vinculantes.

La caída de la UDP en su ultimidad llevó a la izquierda a derrumbarse, arrastrando tras de sí al Estado del nacionalismo revolucionario, el capitalismo de Estado, el proyecto socialista y la capacidad de movilización del sindicalismo. Con ello, se abrió un proceso político de alta inestabilidad política, ingobernabilidad y caos social. Factores que crearon un clima político de incertidumbre e inseguridad en la ciudadanía.

La salida a la crisis pasó nuevamente por la negociación política, en clara contradicción con las formalidades constitucionales. La Iglesia Católica junto a las fuerzas políticas del oficialismo y la oposición presionaron por la renuncia de Siles Suazo y la convocatoria a elecciones anticipadas. Con ello se fracturó la institucionalidad democrática en tanto se violaba el principio del mandato fijo del Presidente y la sucesión constitucional. Esto último debido a que fruto de tales negociaciones se habilitó a Jaime Paz Zamora del MIR para postularse nuevamente a las elecciones presidenciales, siendo así que éste fue Vicepresidente de Siles Suazo.

El conflicto ideológico y político de este modo quedó resuelto con la caída de la izquierda en el poder y el sindicalismo organizado, situación que dio paso a una línea de ruptura signada por la emergencia del empresariado, nacional y transnacional, y a un alineamiento político en torno a los partidos conservadores. Articulación política que permitió la creación de un sistema multipartidario moderado que imbricó dos procesos políticos: uno estructural y otro de carácter coyuntural.

En términos de los procesos de larga duración, se debe señalar que el eje de conflicto entre los militares y las organizaciones sindicales, periodo que abarcó casi dos décadas de

la historia política del país, dividió a la sociedad boliviana en torno a la contradicción democracia versus dictadura y la lucha ideológica entre capitalismo - comunismo (derecha e izquierda). En términos coyunturales, los partidos de oposición, tras el adelantamiento de las elecciones nacionales, pasaron de una lógica de confrontación (amigo-enemigo) a una de búsqueda de consensos y cooperación, sobre una plataforma de alineamientos políticos ideológicos antiestatistas y a favor de la economía de mercado. (Mayorga, 1994).

El nuevo sistema de partidos se caracterizaba en esta etapa por tres elementos clave: una distancia ideológica relativamente leve entre los partidos grandes, una tendencia a la formación de coaliciones entre partidos de distintas posiciones, y una competencia partidaria predominantemente centrípeta. Así, los partidos que podían organizar el sistema partidario conformaron una suerte de eje o trípode que incluía al Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR), Movimiento de la Izquierda Revolucionaria (MIR) y Acción Democrática Nacionalista (ADN) (Mayorga, 2004).

Empero, al no existir un partido hegemónico en principio se dio una situación caótica entre los diferentes partidos políticos. Situación que se resolvió a través de una fórmula política orientada a enfrentar los tres problemas centrales del anterior periodo (inestabilidad, ingobernabilidad y caos social) y que se estructuró en torno a la distribución del poder entre los partidos de derecha. Esta fórmula fue denominada la “democracia pactada”, la que permitía alcanzar estabilidad, gobernabilidad y diseñar nuevas reglas de juego, mediante la formación de coaliciones legislativas y de gobierno pos electorales.

Según los procedimientos electorales si ninguno de los candidatos a la presidencia o a la vicepresidencia obtuviese mayoría absoluta de votos, el Congreso, en segunda vuelta congresal impulsada por todos los diputados y senadores recién elegidos, toma a tres de los que hubiesen obtenido el mayor número para uno u otro cargo, y de entre ellos hará la elección. Si, hecho el primer escrutinio, ninguno reuniese la mayoría absoluta de votos de los representantes concurrentes, la votación posterior se concretará a los dos que hubieran alcanzado el mayor número de sufragios. En caso de empate, se repetirá la votación hasta

que alguno de los candidatos obtenga la mayoría absoluta (Constitución Política del Estado, 1967, Art. 90).

Una vez alcanzados los acuerdos básicos para la selección presidencial se producía una distribución del poder entre los miembros de la coalición legislativa y gubernamental. Con ello, se actualizaba de manera reiterada un sentimiento patrimonial respecto del aparato público, el que era repartido entre el Presidente y los jefes de partido de la coalición gobernante (Malloy y Gamarra, 1995). A pesar de ello, la fórmula de la democracia pactada tuvo la virtud de permitir que los partidos políticos adquirieran un rol estratégico en la selección del Presidente de la República.

Este rol protagónico empero no fue utilizado en función de fortalecer su papel de mediación entre el Estado y la sociedad, sino que, por el contrario, los llevó a alejarse más de los intereses de la población, a un comportamiento de carácter excluyente y elitista, así como a desarrollar un sistema de representación desvinculado de los grupos y organizaciones sociales. En suma, se configuró un sistema partidista privilegiado pero al mismo tiempo cerrado y particularista.

Este sistema de partidos basado en los pactos legislativos y gubernamentales propició que se produjeran situaciones singulares, como el hecho de la elección de Jaime Paz Zamora como Presidente de la República, quien fue tercero en la elección nacional, o en la formación de coaliciones legislativas como la que se dio en el Pacto por la Democracia, en el que ADN renunció a disputar cargos en el ejecutivo, esto a pesar de haber ganado las elecciones. Situación que no volvería a repetirse en la formación de las venideras coaliciones políticas que, por el contrario, estuvieron marcadas por el “cuoteo” partidario.

La década del noventa, sin embargo, muestra como los partidos fundamentales de este sistema de partidos comienzan a debilitarse, al extremo de desaparecer de la arena política en el nuevo milenio, como es el caso de ADN y el MIR, y en menor medida al MNR que sobrevive de manera debilitada. En este mismo periodo emergen nuevas organizaciones políticas de corte populista como fueron en principio Conciencia de Patria (CONDEPA)

y Unidad Cívica Solidaridad (UCS), que después de una meteórica irrupción en la vida política en las elecciones de 1993, alcanzaron su pico más alto en 1997, para luego desmoronarse dramáticamente en las elecciones de 2002, esto debido al carácter funcional que asumieron al formar parte de distintas coaliciones de gobierno.

El potencial de cambio del neopopulismo fue rápidamente domesticado por la dinámica centrípeta del sistema partidista que logró absorberlos a la lógica de pactos a través de la cesión de cargos y puestos en el aparato público. Sus consecuencias, empero, no sólo afectaron a los movimientos populistas emergentes, sino también a la izquierda tradicional que al verse marginal se refugió en la sociedad civil y en nuevas organizaciones sindicales, campesinas e indígenas. Con este vaciamiento de representación de la izquierda y la revitalización de la sociedad civil no partidaria se crearon las condiciones para nuevos alineamientos políticos.

En el primer quinquenio del nuevo milenio se verificó el derrumbe del sistema multipartidista moderado, debido a su alejamiento de las necesidades de la población y a una forma de ejercicio del poder de carácter elitista. El fin del sistema multipartidista moderado del periodo neoliberal no sólo se relaciona con los problemas de legitimidad que enfrentó la clase política desde la década del noventa del siglo pasado, sino también con la profundización de un eje de conflicto, no tradicional y poco visible, vinculado a la disputa entre el sector cocalero y el gobierno norteamericano por la erradicación de los cultivos ilegales de hoja de coca en la región del chapare cochabambino. Clivaje que marcará en la segunda mitad de la primera década del siglo XXI la irrupción del Movimiento Al Socialismo como un nuevo fenómeno político.

Para comprender la situación política en el primer quinquenio del nuevo milenio es indispensable remontarse a las elecciones presidenciales y parlamentarias del 30 de junio de 2002, debido a los profundos efectos que tuvieron sobre el sistema de partidos. Estos efectos fueron fundamentalmente: a) una significativa reconfiguración de los partidos relevantes del sistema; b) una fuerte polarización entre los partidos predominantes y

nuevas fuerzas políticas; c) un avance cualitativo de la representación política por la inclusión de sectores indígenas y campesinos al sistema político; y d) una importante redistribución territorial del voto (Mayorga, 1991).

Las elecciones de junio de 2002 generaron una recomposición significativa del sistema de partidos políticos. A pesar de un evidente deterioro del sistema de partidos éste se mantuvo vigente. Lo que ocurrió fue un serio desgaste del sistema de partidos por la desaparición y declinación de algunos de sus componentes y la aparición de otros.

La descomposición del trípode MNR, MIR, ADN no trajo como consecuencia inmediata el derrumbe conjunto de los tres partidos que lo conformaban ni tampoco el colapso total del sistema de partidos. El trípode dejó de existir, pero el MNR y el MIR mantuvieron provisionalmente, aunque debilitados, su posición de partidos relevantes con capacidad de coalición para formar un nuevo gobierno.

En las elecciones de 2002, el MNR ganó las elecciones por una ligera mayoría relativa del 22,46 por ciento de los votos; sin embargo, obtuvo la bancada más fuerte (47 escaños) mientras que el MIR, con el 16,32 por ciento de los votos, se colocó como tercera fuerza parlamentaria con 31 escaños de un total de 157. Son estos resultados, así como la polarización y las presiones de la Embajada de Estados Unidos para evitar el ascenso del MAS, los que abrieron la posibilidad de que el MNR y el MIR armaran una difícil coalición parlamentaria y gubernamental, inicialmente con 78 escaños o el 49,67 por ciento del Congreso, para luego obtener la mayoría absoluta con el apoyo de UCS (83 escaños o el 52,85 por ciento del total de escaños).

El porcentaje de escaños del MNR y el MIR, como columna vertebral de la nueva coalición, significaba ya un serio debilitamiento de los partidos relevantes y de las coaliciones gobernantes si las comparamos con anteriores coaliciones como el Pacto por la Democracia en 1985 entre MNR y ADN, que tuvo el 75 por ciento (119 escaños), o el Acuerdo Patriótico en 1989 entre el MIR y ADN que logró el 60 por ciento (94 escaños).

El sistema de partidos sufrió también una sustancial modificación porque los dos partidos neopopulistas que surgieron a fines de la década de los ochenta se hundieron: UCS pasó a la marginalidad al obtener sólo el 5,5 por ciento de los votos y 5 escaños, y CONDEPA –un patético caso de muerte anunciada– colapsó totalmente con apenas el 0,36 por ciento de los votos, perdiendo así su personería jurídica.

La recomposición del sistema de partidos fue igualmente importante por otros dos factores: por un lado, nuevos movimientos campesinos se transformaron en movimientos políticos, logrando una representación política de carácter histórico como el sector cocalero del Chapare cochabambino y, por el otro, en términos de votos la Nueva Fuerza Republicana (NFR) se ubicó en el tercer lugar con el 20,91 por ciento de los votos, pero, en términos de escaños, en el cuarto lugar. Aunque el número efectivo de partidos se mantuvo inalterable en cuatro, es indudable que el sistema experimentó una notable transformación respecto a los actores que lo componían (Alenda, 2002).

A ello se sumó la polarización del sistema multipartidista a causa del surgimiento de movimientos políticos de tendencia fuertemente antisistémica -el MAS y el MIP- y, en menor medida, de la neopopulista NFR. El poder parlamentario logrado por el MAS y el MIP polarizó el sistema de partidos porque ambos se forjaron como movimientos políticos hostiles y/o ambiguos en relación con la democracia representativa y el modelo de economía de mercado. Se abrió así una nueva distancia ideológica con los partidos sistémicos.

Estos partidos capitalizaron el descontento acumulado por la crítica situación de pobreza y exclusión social y por los graves desaciertos del gobierno de Bánzer. El electorado se dividió casi en dos campos al decidirse por ofertas que proponían cambios radicales por la vía del desmontaje radical -aunque no dio su respaldo a otros candidatos antisistémicos como Costa Obregón- o por opciones de reforma moderada.

La polarización no fue sólo el resultado coyuntural de la insatisfacción de una parte considerable de la población, especialmente rural, con el rendimiento de los partidos y de

la política económica, sino que fue también un efecto del resurgimiento de tensiones étnico-culturales que estuvieron latentes desde la transición a la democracia y que asumieron ahora una forma política con los movimientos sociales de los cocaleros del Chapare y de los campesinos aymaras de La Paz.

Los movimientos campesinos dieron mayor impulso a las dimensiones étnico-culturales e ideológicas –la democracia comunitaria, el valor cultural-simbólico de la hoja de coca, el rechazo a la economía de mercado y la globalización– que ya estuvieron presentes en la práctica política de Evo Morales desde la formación del movimiento cocalero y su ingreso al Parlamento en 1997. Como reacción a la rígida política norteamericana y a la drástica erradicación de cocaleros en el gobierno de Bánzer y Quiroga, estos valores y principios fueron explotados crecientemente como dispositivos de justificación ideológica del principal objetivo en la lucha del movimiento cocalero: la defensa de la economía de la coca.

Es en este contexto que el MAS y el MIP surgieron como movimientos identitarios, definiendo su acción política y movilización según claves de contenido étnico. Estos movimientos comenzaron a explotar políticamente códigos discursivos insertos en el principio de la defensa de identidades colectivas indígenas para refundar el sistema político (Romero, 2016).

2.2. La reforma institucional de la década del noventa

Con el propósito de encarar la crisis de legitimidad, representatividad y credibilidad de las instituciones democráticas; además de sentar las bases para la integración de los pueblos indígenas originarios, en el año 1994, se realizó la reforma constitucional que introdujo algunas modificaciones en la ley de leyes.

Se reformó, por ejemplo, el procedimiento de elección congresal del presidente y vicepresidente de la República, a objeto de evitar que se desconozca la voluntad ciudadana expresada en las urnas y se elija al tercero y no al primero, como sucedió en las elecciones

de 1989. En primer lugar, se redujo como elegibles a los dos candidatos que hubiesen obtenido el mayor número de votos, es decir, el primero y segundo de las elecciones generales; en la norma modificada se preveía que la elección debía realizarse de entre los tres candidatos que obtuviesen la mayor votación; y en segundo lugar, se redujo las votaciones a realizar a tres votaciones, previendo que, si ninguno de los candidatos obtiene mayoría absoluta de votos de los miembros en el Congreso Nacional, se proclamará como Presidente de la República al candidato que obtuvo la mayoría relativa de votos en las elecciones generales; en la norma modificada se preveía que la votación se repitiera hasta que alguno de los candidatos obtenga la mayoría absoluta de votos.

También se modificó el sistema electoral de los diputados, introduciendo el sistema del doble voto, para que un 50% de diputados sean elegidos en circunscripciones uninominales por mayoría relativa; y un 50% restante en circunscripciones plurinominales departamentales en lista conjunta con el Presidente y Vicepresidente de la República y senadores.

Esto permitió una recuperación de la representatividad y legitimidad de los diputados elegidos en las circunscripciones uninominales; pues a diferencia de los diputados elegidos por lista en las circunscripciones plurinominales departamentales, quienes deben su elección a la imagen del candidato a la Presidencia de la República, los diputados elegidos por circunscripción uninominal deben su investidura a su representatividad y liderazgo personal en la circunscripción; además ello permite a los ciudadanos ejercer un control sobre sus representantes.

De otro lado, se definió que la estructura social del Estado es multiétnica y pluricultural, lo que constituye un reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la estructura social del Estado boliviano; sentando las bases para una integración material de los pueblos indígenas originarios al sistema constitucional. En coherencia con ello, se introdujo una norma que establece la obligación positiva para el Estado a objeto de que reconozca, respete y proteja los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos

indígenas que habitan en el territorio nacional, especialmente los relativos a sus tierras comunitarias de origen, garantizando el uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, su identidad, valores, lengua, costumbres e instituciones; ello significa que el Estado asume la obligación de respetar la prácticas democráticas de los pueblos indígenas basadas en sus usos, costumbres y tradiciones (Derpic, 2002).

Sobre la base de esta reforma constitucional, el Congreso Nacional expidió la Ley N° 1551 de Participación Popular de 20 de abril de 1994, que asigna a los gobiernos municipales la misión de cohesionar sectores sociales heterogéneos, con intereses también heterogéneos, para articularlos al sector público.

Se trata de una Ley que reconoce 311 municipios en el país e incorpora a los ciudadanos organizados territorialmente en las juntas vecinales o en los pueblos indígenas, que se constituyen en Organizaciones Territoriales de Base, al ejercicio del gobierno democrático en el nivel municipal, involucrándolos en la planificación participativa y el control social.

En consecuencia, la Ley de Participación Popular integra dialécticamente los conceptos y prácticas de la democracia formal o representativa y la democracia social o participativa, que a nivel teórico fueron siempre manejados como mutuamente excluyentes.

Figura 1 – Mapa Político Municipal de Bolivia



Una de las condiciones esenciales para el éxito de la participación popular radica en la transferencia de recursos financieros de los niveles estatales centrales y departamentales a los comunales. En este proceso se produjo la asignación de un porcentaje fijo del impuesto captado por el Estado (20% de la renta interna y aduanera), y su distribución de acuerdo al número de habitantes de los respectivos municipios. Con esto se pretende poner fin al detrimento histórico de las regiones rurales. Además de esto las municipalidades adquieren la facultad de captar impuestos comunales.

En cuanto a las restricciones en la asignación de recursos de los Gobiernos Municipales, se establece en la Ley Orgánica de Municipalidades, que la programación para gastos por servicios personales en ningún caso excederá al 50% de los ingresos captados, debiendo destinarse el saldo a la Inversión Pública. Otra restricción es la establecida en la Ley de Participación Popular, que dispone que los Gobiernos Municipales deben asignar por lo menos el 90% de los recursos de Coparticipación Tributaria a la inversión y el resto debe ser para gasto corriente.

Un año después de la implementación de la Ley de Participación Popular, se promulgó la Ley de Descentralización Administrativa (LDA), el 28 de julio de 1995. Bajo esta nueva normativa se establece una nueva estructura organizativa del Poder Ejecutivo a nivel Departamental, que significa un nuevo régimen de recursos económicos y financieros, con claros propósitos de buscar la eficiencia y eficacia de la Administración Pública en la prestación de servicios a la población.

Figura 2- Mapa Político Municipal de Bolivia (Descentralización)



Los bienes sujetos a transferencia son los hospitales de segundo y tercer nivel, hospitales de distrito, centros de salud, puestos sanitarios, establecimientos educativos públicos de los ciclos primario y secundario, campos deportivos, polifuncionales, con excepción de las instancias ligadas a la práctica deportiva nacional o internacional, casas de cultura, bibliotecas, museos, con excepción de aquellas consideradas patrimonio nacional.

Dicha Ley, asimismo, transfiere a las Prefecturas responsabilidades en las siguientes áreas: construcción y mantenimiento de carreteras, caminos secundarios, la electrificación rural, infraestructura de riego y apoyo a la producción, conservación y preservación del medio ambiente, promoción del turismo, programas de asistencia social, programas de fortalecimiento municipal y otros concurrentes con los Gobiernos Municipales.

El proceso de Descentralización significó traspasar a las Prefecturas gran parte de la responsabilidad por las inversiones en vialidad e infraestructura y el papel de estos en la inversión pública se vuelve más importante, respecto a los otros niveles de gobierno. También, se transfirieron las actividades de administración, supervisión y control por delegación del Gobierno Central de los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de educación, salud y asistencia social.

De este modo, el proceso de descentralización municipal y posteriormente departamental redefinió la asignación de competencias de los ingresos de los diferentes niveles de la administración gubernamental, los que se organizaron de la siguiente manera:

Los impuestos denominados nacionales son de dominio del Gobierno Central desde la formulación, aprobación, asignación de tasas, determinación de la base imponible y la administración. Dentro de esta línea, también se encuentra el Gravamen Aduanero Consolidado (GAC), porque así lo dispone la Constitución Política del Estado.

Los ingresos denominados municipales son los tributarios y no tributarios. En el primer caso tenemos: el IBIVA, el IMT y el ICE a chicha de maíz. A partir de la Ley 1606 la administración y el rendimiento de estos dos últimos impuestos son de dominio tributario municipal al igual que el IBIVA. Sin embargo, estas instancias del gobierno no tienen la competencia de fijar las alícuotas, base imponible, exenciones, reglamentaciones y además que su aprobación es definida por el Poder Legislativo.

Respecto a los ingresos no tributarios (tasas y patentes), a pesar de que son aprobadas por Ordenanza Municipal, es necesaria la aprobación del Ministerio de Hacienda y, posteriormente, del Poder Legislativo, teniendo estas instancias la atribución de modificar las alícuotas y bases de dichos ingresos.

Los ingresos propios de las Prefecturas estaban constituidos por las regalías y el IEHD. Los mayores porcentajes en la distribución de estos ingresos que consiguieron las regiones, se debieron principalmente a presiones cívicas.

Provisionalmente se puede indicar que las posibilidades de recaudar ingresos propios por parte de las instancias subnacionales fue reducida. Esto en la medida que no existía un sistema tributario municipal ni regional que les permitiese contar con los mecanismos necesarios para incrementar sus ingresos pues se limitaban a la recolección y administración de los mismos, lo que impide que los habitantes de cada municipio conozcan el costo de sus preferencias y tomen decisiones de acuerdo a ello.

Al iniciarse el proceso de descentralización de base municipal, en los municipios rurales principalmente se constató que la mayoría de los alcaldes asumieron su mandato procedentes de las organizaciones sociales, sindicatos agrarios, organizaciones vecinales, de organizaciones funcionales y otros por el interés político de un partido o agrupación ciudadana, sin conocimiento ni experiencia sobre el manejo administrativo; es decir, que desconocían el funcionamiento de la administración pública, los instrumentos operativos, técnicos, financieros y normativos de gestión, además, la inobservancia de la normativa nacional y municipal en vigencia.

Esta situación dio lugar a que, las comunidades continuaran con los mismos problemas históricos de estancamiento o retroceso, la ausencia de infraestructura productiva, caminos vecinales deficientes, infraestructura civil inadecuado, la deficiente atención de los servicios de salud de primer y segundo nivel, la educación tradicional en las unidades educativas y ausencia de nuevos emprendimientos para el desarrollo comunitario, son notables a momento del balance general.

Ello llevó a que las autoridades municipales, tanto alcaldes y concejales, fueran cuestionadas porque cometían el error de elegir a cualquier ciudadano sin conocimiento ni experiencia en la función pública, patrocinados por los partidos políticos y agrupaciones ciudadanas que no elegían “buenos” candidatos para el accionar en el gobierno municipal. Una mirada a la procedencia de los alcaldes mostraba que la mayoría eran promocionados por las organizaciones sociales, sindicatos agrarios, agrupaciones indígenas, organizaciones vecinales y otros.

Uno de los problemas de la mayoría de los alcaldes que llegaron al poder municipal, fue la conformación del equipo técnico o la burocracia mediante la contratación del personal, empezando desde el cargo jerárquico de las Secretarías o Direcciones hasta los técnicos de base y auxiliares, especialmente en las áreas de Finanzas municipales, Técnica y obras civiles, Desarrollo económico productivo, Desarrollo humano, Gobernabilidad y otras, donde se da preferencia a la militancia partidaria y a los “familiares” de las autoridades en función de gobierno.

La carrera administrativa y la selección meritocrática de profesionales con experiencia en municipalismo estuvieron ausentes en la mayoría de los municipios, situación que perturbó el buen funcionamiento de la administración de la gestión pública. El otro fenómeno fue el favorecimiento a los familiares, amigos y recomendados sin conocimiento ni experiencia, situación que desembocó en resultados frustrantes en la ejecución del POA, ineficiencia de la ejecución presupuestaria, indicios de malversación de fondos, manejo discrecional y ausencia de la ejecución física y capacidad de gasto de inversión, todo ello, en desmedro de la gestión municipal.

Otro de los problemas que afectó la gestión municipal fue la inestabilidad e ingobernabilidad que se manifestó en los diferentes gobiernos municipales. En muchos municipios, la sociedad civil organizada no reconoció legítimamente a sus autoridades políticas ni al control social, porque los candidatos no fueron propuestos ni elegidos en los espacios amplios de democracia directa, participativa ni comunitaria. Este fenómeno político sucedió porque los liderazgos surgieron por otras mediaciones en las organizaciones sociales, sindicales y funcionales. A esto se sumó el interés de los partidos políticos y agrupaciones ciudadanos que tenían hegemonía en el poder nacional o subnacional.

Las consecuencias fueron la crisis institucional, suspensión de las cuentas municipales, retraso en la ejecución física y financiera de los proyectos aprobados en el POA y perjuicio general para las comunidades rurales y urbanas.

CAPÍTULO 3

CONTEXTO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO 3

CONTEXTO INSTITUCIONAL

Si se considera que la salud es un derecho fundamental y que el Estado es el principal garante para su ejercicio pleno, entonces habría que abordar la salud desde un enfoque de derechos. Este enfoque nos lleva a pensar cuáles son las acciones que se implementan para permitir dicho ejercicio, y qué mecanismos existen para poder exigirlos. De la misma manera, un enfoque de derechos permite dar cuenta de la diversidad o heterogeneidad y la desigualdad dentro del sistema de salud.

La salud es un derecho básico reconocido por diferentes instrumentos internacionales. Estas normas ponen en vigencia el acceso universal a la asistencia sanitaria. A partir de la Resolución del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000), se establece la aplicación progresiva del derecho a la salud para las personas adultas mayores, lo que conlleva diversas obligaciones para los Estados, entre las cuales está una asistencia sanitaria posible, accesible, aceptable y de calidad, así como el deber de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.

Como gran parte de los países de América Latina, Bolivia asumió y ratificó el compromiso de cumplir con los derechos establecidos en diferentes instrumentos internacionales, generando mecanismos legales, institucionales y operativos para su aplicación. La exigencia cada vez mayor de aplicar modelos sociales inclusivos en salud, llevó al cuestionamiento de los enfoques verticales, medicalizados y excluyentes que postergaron el cuidado de la salud de varios sectores de la población de escasos recursos y con limitada protección social, entre ellos las personas mayores.

A ello se sumó el hecho de que las altas tasas de morbilidad materna e infantil, consideradas las más altas de América Latina, concentraron la atención de las políticas públicas y el financiamiento en salud en las madres y los niños. En el periodo en cuestión

se ha buscado modificar esta situación con políticas que, sin abandonar los programas materno-infantiles, promuevan servicios integrales y holísticos a otros sectores. A pesar de estos avances, el país aún enfrenta enormes desafíos para un cambio más estructural en su sistema de salud y que, en el caso de las personas mayores, se complejiza por los cambios demográficos y epidemiológicos que requieren respuestas más rápidas y oportunas.

A continuación se señalan las principales normas y disposiciones que proveen el marco de referencia para el manejo y dispensación de la atención de salud para las personas Adultas Mayores.

3.1. Constitución Política del Estado

La Constitución Política del Estado de 12 de agosto de 1994 establecía en el artículo 7, que toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio: a) a la vida, la salud y la seguridad social y b) a la seguridad social en la forma determinada por dicha Constitución y las leyes. En lo relativo a las rentas y presupuestos, en el artículo 146 se señala que los recursos departamentales, municipales, judiciales y universitarios recaudados por oficinas dependientes del Tesoro Nacional, no serán centralizados en dicho Tesoro, con lo que se dan las señas de un proceso de descentralización económica.

En el artículo 158, a su vez, se define que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población, para ello asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Bajo esa perspectiva, los regímenes de seguridad social se inspirarán en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social. Se

concluye en este apartado, artículo 164, que el servicio y asistencia sociales son funciones del Estado y sus condiciones serán determinadas por ley, donde las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio.

3.2. Las leyes de descentralización

La Ley N° 1551 de Participación Popular, de 20 de abril de 1994, a su vez, tiene por objeto promover y consolidar el proceso de Participación Popular, articulando a las comunidades indígenas, Pueblos Indígenas, Comunidades Campesinas y Juntas Vecinales, respectivamente, en la vida jurídica, política y económica del país. Procura mejorar la calidad de vida de la mujer y hombre bolivianos, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos. Fortalece los instrumentos políticos y económicos necesarios para perfeccionar la democracia representativa, facilitando la participación ciudadana y garantizando la igualdad de oportunidades en los niveles de representación a mujeres y hombres.

En ese marco, juegan un papel importante las organizaciones territoriales de base pues esta Ley, en su artículo 3, las reconoce como como sujetos de la Participación Popular, expresadas en las comunidades campesinas, pueblos indígenas y juntas vecinales, organizadas según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias. Más aún, en el artículo 8, entre los deberes de estas organizaciones se establece el identificar, priorizar, participar y cooperar en la ejecución y administración de obras para el bienestar colectivo, atendiendo preferentemente los aspectos de educación formal y no formal, mejoramiento de la vivienda, cuidado y protección de la salud, masificación del deporte y mejoramiento de las técnicas de producción.

Los recursos para las acciones en el ámbito local se definen en el artículo 19, a partir de los siguientes criterios: Son recursos municipales: a) el Impuesto a la Rente Presunta de Propietarios de Bienes que comprende el impuesto a la propiedad rural (IRPPB), el impuesto a los inmuebles urbanos (IRPPB), el impuesto sobre vehículos automotores,

moto-naves y aeronaves (IRPPB) y los patentes e impuestos establecidos por Ordenanza Municipal de conformidad a lo previsto por la C.P.E.

En materia de recursos es también necesario destacar, según el artículo 20, que la Coparticipación Tributaria es entendida como una transferencia de los recursos provenientes de los Ingresos Nacionales a favor de los Gobiernos Municipales, las Universidades Públicas, para el ejercicio de las competencias y para el cumplimiento de la Participación Popular. En este mismo sentido, se define que de la recaudación efectiva de las rentas nacionales definidas en el Artículo 19° Inc. A) de la Ley, el 20% será destinado a los Gobiernos Municipales y el 5% a las Universidades Públicas.

La Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa, de 28 de julio de 1995, por su parte, establece en el artículo 5, que para promover la Participación Popular; y canalizar los requerimientos de las organizaciones indígenas, campesinas y vecinales por medio de las instancias correspondientes del Poder Ejecutivo, se deberán canalizar los requerimientos, gestiones y relaciones de los Gobiernos Municipales en el marco de las competencias transferidas.

3.4. El Código de Seguridad Social. (Ley de 14 de diciembre de 1956)

El Código de Seguridad Social (CSS), en su artículo 1, se reconoce como 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.

En el artículo 2, señala que la aplicación de las normas de seguridad social, se efectuará mediante este Código constituido por el Seguro Social Obligatorio, las Asignaciones Familiares y sus disposiciones especiales que tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones comprendidas en el campo de aplicación del presente Código.

Para ello define, en su sentido conceptual y operativo que la cotización, artículo 13, es el aporte a los regímenes del Seguro Social y de Asignaciones Familiares para la cobertura de las cargas financieras y que asigna tanto al empleador como al asegurado, así como por su parte al Estado. En ese marco, los términos “prima”, “aporte”, “cotización”, “tasa” y “contribución” usados en el presente Código son sinónimos.

Para los casos en que los lugares donde la Caja no disponga de servicios sanitarios propios o contratados, artículo 20, ésta podrá autorizar, caso por caso, al asegurado el empleo de servicios sanitarios particulares, la Caja abonará al interesado el total que importe esta atención.

En ese mismo sentido, según el artículo 196, el trabajador por quien no se haya pagado las cotizaciones requeridas, no tendrá derecho al otorgamiento de las prestaciones sanitarias. La Caja cobrará al empleador negligente el doble de los gastos de dichas prestaciones, sin perjuicio del cobro coactivo de las cotizaciones devengadas. Conc. Arts. 476 y 484 REG.

Según el artículo 222, la Caja mediante su Departamento de Cotizaciones y Órgano de Inspección, ejercerá el control del pago de cotizaciones, a fin de determinar la mora eventual de los empleadores y aplicar necesariamente las sanciones previstas en el Artículo 221°. Para este fin, una vez constatada la infracción, la Caja girará al empleador una Nota de Cargo, con especificación de las cotizaciones devengadas, del importe de la multa y de los intereses por mora, la que se tramitará por la vía coactiva.

En el artículo 223, la Caja a base de la Nota de Cargo que gire, iniciará la acción coactiva ante el Juez del Trabajo, por las imposiciones, cotizaciones, primas, subsidios y aportes de cualquier naturaleza que le adeudare, siempre que ellos no fueron cubiertos en el término de 30 días de vencida la mensualidad correspondiente, así como las deudas, amortizaciones, descuentos y créditos concedidos tanto en el capital, intereses y multas, por la demora del pago de lo adeudado o por infracción de las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias vigentes sobre Seguridad Social.

Según el Reglamento del Código de Seguridad Social, artículo 1, la aplicación de las normas de Seguridad Social se efectuará de acuerdo al Código y a su Reglamento que estatuyen los regímenes del Seguro Social Obligatorio, de las Asignaciones Familiares y de la Vivienda Popular, que tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones comprendidas en su campo de aplicación.

3.5. Normas en favor de las personas adultas mayores

Desde 1948, los gobiernos de turno aprobaron leyes, decretos supremos y resoluciones ministeriales que benefician a las personas mayores de 60 años. La primera norma legal aprobada en favor de ese grupo de personas se expresó en el Decreto Supremo Nro. 1421 del 17 de diciembre de 1948, cuando era presidente de Bolivia Enrique Hertzog. Se instituyó el 26 de agosto como el Día del Anciano. 65 años después, el 1 de mayo de 2013, En el Gobierno de Evo Morales Ayma, mediante la Ley N° 369 “Ley General de las Personas Adultas Mayores”, se instituyó como el “Día de la Dignidad de las Personas Mayores.

La segunda, fue la Ley Nro. 1886 del 14 de agosto de 1998, “Ley de derechos y privilegios para los mayores y seguro médico gratuito de vejez”. Fue aprobada por el extinto presidente Hugo Banzer Suárez. Creó un régimen de descuentos y privilegios en favor de los ciudadanos de 60 o más años. Les permitía obtener el 20 por ciento de descuento en los servicios básicos (agua potable, alcantarillado y energía eléctrica). También tenían el mismo porcentaje de rebaja en los impuestos del inmueble del que son propietarios. Asimismo, considera el 20 por ciento de rebaja en los servicios de transporte de pasajeros, aéreos, ferroviario y fluvial, y en el transporte público terrestre interdepartamental e interprovincial.

El Artículo 7° de la Ley Nro. 1886 señala: “Se amplían las prestaciones de protección a la tercera edad, instituyéndose EL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ, extendiéndose su campo de aplicación a todos los ciudadanos bolivianos de 60 años o más, que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud con radicatoria permanente en el

territorio nacional”. El Poder Ejecutivo reglamentó la cobertura de este Seguro, su financiamiento a cargo del Tesoro General de la Nación y los Municipios, así como el régimen de prestaciones, que serán otorgados por todos los entes gestores del Sistema Boliviano de Seguridad Social.

3.6. Política de salud y el Seguro Médico Gratuito de Vejez

El gobierno posesionado el 6 de agosto de 1997 promovió algunas modificaciones en la estructura y funcionamiento del poder ejecutivo central. El 16 de septiembre de 1997 se dictamina la ley No. 1788 de “Organización del Poder Ejecutivo” que deroga a su predecesora la ley No. 1493 del 17 de septiembre de 1993. Esta ley establece la eliminación del Ministerio de Desarrollo Humano y crea catorce Ministerios. Se restablecen los Ministerios de Salud y Previsión Social; de Educación, Cultura y Deportes; y el de Vivienda y Servicios Básicos. Las Secretarías de Desarrollo Rural y Participación Popular pasan a componer otros Ministerios (de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural y de Desarrollo Sostenible y Planificación).

En el ámbito de sector salud se establece el “Plan Estratégico de Salud” (PES), que busca construir el Sistema Boliviano de Salud de acceso universal basado en la atención primaria. Este nuevo esquema se concentra en cinco pilares: 1) la salud familiar y comunitaria, 2) el escudo epidemiológico, 3) el seguro básico, 4) la Descentralización “efectiva” de Servicios de Salud, 4) el seguro social a corto plazo, 5) la promoción de municipios saludables, con participación y control sociales (Bossert, 2000).

En el marco de las modificaciones planteadas por el gobierno, se promueve ampliar el “Seguro Básico de Salud” (SBS). El SBS responde a las características particulares del país, en función del perfil epidemiológico y de los problemas que afectan a la mayoría de la población. El SBS busca ampliar los beneficios en salud destinando más recursos hacia aquellas intervenciones consideradas más efectivas.

El Seguro Básico de Salud está compuesto por paquetes dirigidos a diferentes grupos poblacionales: i) El paquete de Atención a la Niñez, el cual tiene como objetivo hacer un seguimiento al recién nacido hasta que éste cumpla los cinco años de edad; ii) El paquete de Promoción y Rehabilitación Nutricional, es un paquete paralelo al de atención a la niñez que tiene como objetivo principal monitorear y promocionar el crecimiento en menores de 5 años; iii) El paquete de Atención a la Mujer, busca resolver los problemas de salud relacionados con la salud sexual y reproductiva de la mujer, incluyendo las complicaciones del embarazo; iv) El paquete de Atención de la Población en General, que incluye la detección del cáncer uterino, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, malaria, tuberculosis y cólera.

Como complemento necesario a los paquetes de prestaciones del Seguro se adhieren los servicios de Laboratorio y Servicios Auxiliares de Diagnóstico, que incluyen hemograma completo, baciloscopía de esputo (tuberculosis), gota gruesa (malaria), papanicolau y ecografía. Finalmente se pretende incorporar un fondo especial para Traslado de Emergencias, en los casos que la referencia se considere necesaria.

En este marco, mediante Ley No 1886 de 14 de agosto de 1998 se crea un régimen de descuentos y privilegios en beneficio de los ciudadanos bolivianos de 60 o más años, merced al cual, tienen el derecho de obtener deducciones en las tarifas de servicios públicos, en las tarifas de transporte público en las modalidades señaladas en el artículo 6, en el impuesto a la propiedad de bienes inmuebles.

Para ser titular del beneficio, los servicios descritos en el artículo anterior, deberán estar facturados a nombre del beneficiario del servicio. En el caso de prestación de servicios públicos o de propiedad de bienes inmuebles, el derecho propietario o el contrato de servicios, deberá constar de un documento público anterior a la promulgación de la presente Ley.

Los beneficiarios que suscriban contratos de compra - venta de inmuebles, o sobre prestación de servicios públicos con posterioridad a la promulgación de la presente Ley,

deberán acreditar su derecho propietario exhibiendo el respectivo pago de impuestos a las transacciones y el trámite concluido sobre cambio de nombre, además del respectivo contrato de servicios o testimonio de compra - venta inscrito en Derechos Reales.

Tratándose de inquilinos, para el descuento de los servicios de agua, luz, deberán acreditar tal condición, mediante la exhibición de la factura por el pago de alquileres o del correspondiente contrato de anticresis.

En su artículo 3, se establece el siguiente régimen de descuentos y privilegios, que deberán ser otorgados por las empresas que proporcionan servicios públicos y distribución de energía eléctrica y agua de consumo doméstico. Estableciéndose igualmente que los descuentos otorgados en el artículo precedente, serán consolidados mensualmente por las entidades encargadas de ejecutarlos y emitirán una factura por el total de los descuentos a nombre del Tesoro General de la Nación. La administración tributaria, a su vez, emitirá un certificado de crédito fiscal en el que constará el monto del descuento consignado en la factura. Este certificado de crédito fiscal tenía un valor negociable con el cual podrían pagarse tributos fiscales.

El artículo 7, empero es central para la creación del Seguro de vejez, en él se establece que se amplían las prestaciones de protección a la tercera edad, instituyéndose EL SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ extendiéndose su campo de aplicación a todos los ciudadanos bolivianos de 60 o más años, que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud, con radicatoria permanente en el territorio nacional. El Poder Ejecutivo reglamentará la cobertura de este Seguro, su financiamiento se definió estaría a cargo del Tesoro General de la Nación y los Municipios, así como el régimen de prestaciones, que serán otorgadas por todos los entes gestores del sistema Boliviano de Seguridad Social.

El Decreto Supremo N° 25186, de 30 de septiembre de 1998, a su vez, establece el campo de aplicación del Seguro Médico Gratuito de Vejez, con carácter obligatorio para todas las personas e instituciones comprendidas en su campo de aplicación. En esa medida establece que los participantes son que intervienen en la gestión son el Gobierno Nacional

a través del Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Salud y Previsión Social, los Gobiernos Municipales, las Cajas de Salud del Sistema Boliviano de Seguro Social a corto plazo y el Instituto Nacional de Seguros de Salud.

Los beneficiarios, artículo 3, están comprendidos en el campo de aplicación, con derecho a las prestaciones de este Seguro, los bolivianos de ambos sexos, con radicaría permanente en el territorio nacional, que tengan 60 o más años edad, y no se encuentren asegurados en el Sistema del Seguro Social Obligatorio ni otro Seguro de Salud.

La acreditación del derecho, artículo 4, establece que, para ser titular del Seguro Médico Gratuito de Vejez, las personas deberán acreditar tal condición ante el Gobierno Municipal de su residencia principal, mediante la presentación de uno de los siguientes documentos:

- Cédula de Identidad
- Carnet de Registro Único Nacional (RUN) o la Cédula de Identificación Nacional (CIN) cuando entre en vigencia
- Libreta del Servicio Militar
- Cédula de Registro de Identificación Nacional

La afiliación, en esa medida, se realiza a través del Gobierno Municipal, que llenará bajo su responsabilidad, la Ficha de Afiliación Individual del asegurado que contendrá necesariamente los siguientes datos:

- a) Nombre y número de la Jurisdicción Municipal
- b) Ubicación geográfica del Municipio señalando Cantón, Provincia y Departamento.
- c) Nombres y apellidos del asegurado
- d) Estado civil
- e) Fecha de nacimiento y edad al día de la afiliación
- f) Número de Carnet de Identidad o documento que da origen a la afiliación

- g) Domicilio del asegurado
- h) Profesión u ocupación habitual

Para ello, todos los Gobiernos Municipales deberán necesariamente inscribir y afiliarse a las personas de su jurisdicción, a la Caja de Salud que determine el Ministerio de Salud y Previsión Social, a través del Viceministro de Previsión Social, en consideración al Reglamento de Acreditación Sistémica.

En lo operativo, dentro de los primeros 30 días de iniciado cada período semestral, el Gobierno Municipal, presentará a la Caja de Salud respectiva, un listado general de asegurados inscritos al 31 de diciembre y 30 de junio del año respectivo, acompañado de la relación de altas y bajas producidas durante el semestre. El pago de cotizaciones se efectuará en base a dicho listado. En igual forma, la Entidad Aseguradora abrirá un registro individual del asegurado y extenderá el Carnet respectivo, constituyéndose en el único documento válido para el otorgamiento de las prestaciones.

Las prestaciones del Seguro Médico Gratuito de Vejez, artículo 9, comprenden las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedad, de Medicina Preventiva y Accidentes no Profesionales, establecidos en el Código de Seguridad Social, su Reglamento y Disposiciones Conexas. El otorgamiento de las prestaciones es de carácter absolutamente gratuito para los asegurados y se sujetará a las regulaciones establecidas en las citadas normas legales.

El Seguro Médico Gratuito de Vejez, se financiará, a su vez, mediante una prima anual por cada asegurado de \$us. 56.-, que será pagada en la proporción del 60 % por el Tesoro General de la Nación y el 40% por los Gobiernos Municipales, por los asegurados de su jurisdicción.

En su gestión, el Seguro Médico Gratuito de Vejez, estará a cargo de todas las Cajas de Salud del Sistema Boliviano de Seguro Social. El Viceministro de Previsión Social, determinará la relación proporcional de beneficiarios, que cada Caja de Salud deba asegurar en forma obligatoria, tomando como base los registros de cada Municipio.

CAPÍTULO 4

DIAGNÓSTICO

CAPÍTULO 4

DIAGNÓSTICO

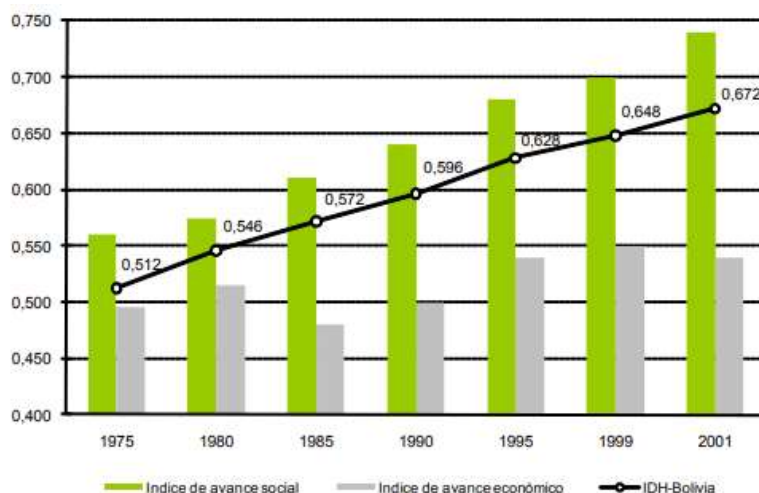
4.1. La dimensión social y económica

Bolivia en el 2004 alcanzó un Índice de Desarrollo Humano de 0,692, el cual se ubica dentro del rango de (0,500, 0.800) correspondiente a los países de desarrollo humano medio, ocupando la posición 30 dentro del total de 33 países y territorios que conforman América Latina y el Caribe, donde sólo Honduras, Guatemala y Haití se encontraban en puestos inferiores (PNUD, 2006).

Uno de los factores centrales para explicar este desempeño modesto de Bolivia, se localiza en un fuerte desequilibrio entre los aspectos sociales del desarrollo (salud y educación), y un notable estancamiento en la dimensión económica. Esto se debe a que la brecha entre el PIB per cápita del país es mucho menor a las que resultan de comparar los indicadores sociales, particularmente los relativos a educación.

Así, mientras que en términos desagregados el IDH de Bolivia combina una esperanza de vida al nacer de 64.4 años, una tasa de alfabetización de adultos de 86,7%, una tasa bruta combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria del 87%, y un PIB per cápita de \$2.720 (sic); los respectivos promedios regionales ascienden a: 72.2 años, 90,2%, 81%, y \$6.746,3. De este modo, los habitantes de Bolivia perciben al año un ingreso per cápita que es aproximadamente la tercera parte del ingreso per cápita de la región.

Gráfico 1 – Evolución IDH Bolivia por componentes, 1975-2001



Fuente: Picado, 2009 en base datos PNUD 2002-2003.

Un segundo rasgo respecto al IDH, consiste en la significativa desigualdad que impera entre diferentes grupos sociales y territorios del país. Desde la perspectiva del nivel de ingreso, el puntaje del IDH del 20% de la población más rica corresponde a 1,46 veces al puntaje del 20% de la población más pobre. Esto equivale a decir que el 20% más rico de la población boliviana se ubica dentro del grupo de desarrollo humano alto, comparable al de Polonia, mientras que el 20% más pobre se ubica en un nivel compatible al promedio de Pakistán.

Desde un enfoque territorial, se evidencia también la presencia de importantes inequidades. De entre los 9 departamentos del territorio boliviano siete de ellos con un nivel de desarrollo humano medio-medio (Santa Cruz, Tarija, Beni, La Paz, Cochabamba, Pando y Oruro), y dos con un nivel de desarrollo humano medio-bajo (Potosí y Chuquisaca). Los departamentos con mejores niveles de desarrollo humano se encuentran al Oriente (Santa Cruz) y al sur del país (Tarija), en tanto que los de menor nivel se ubican en las zonas altas del occidente y sobre todo en los valles centrales. Así, mientras en Santa

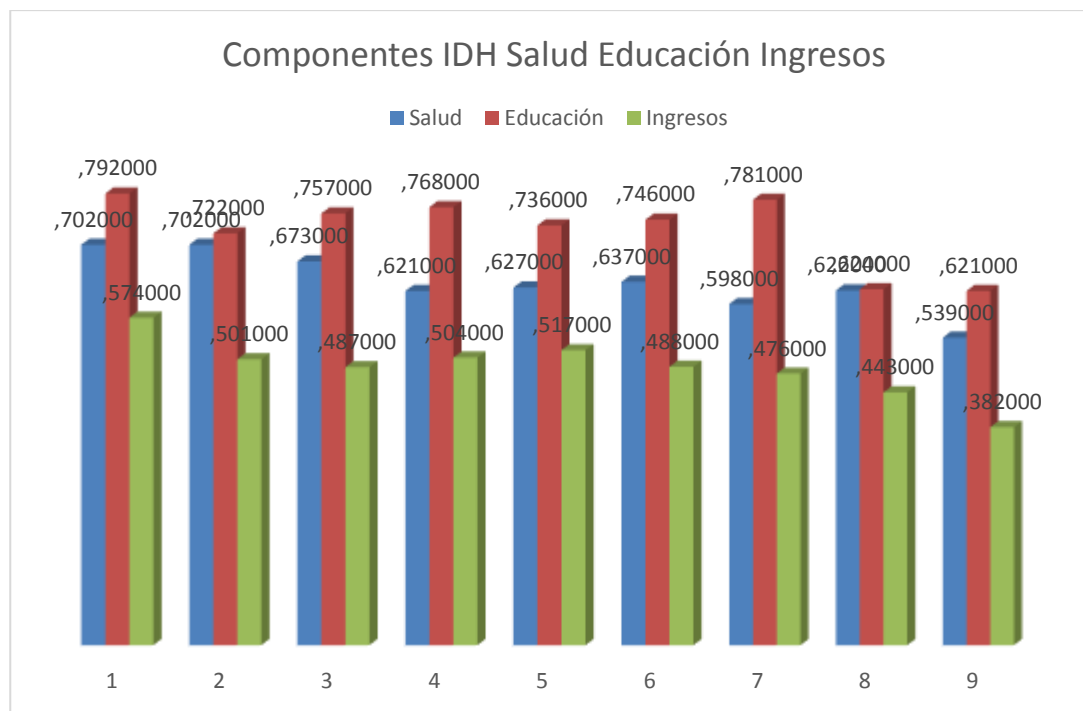
Cruz reside el 25.3% de la población del país, para Potosí y Chuquisaca ese porcentaje asciende en conjunto a un 11.5%.

Tabla 1- Bolivia: Índice de desarrollo humano según departamento, 2021

Departamento	% población	IDH	Componentes IDH			Diferencial IDH
			Salud	Educación	Ingresos	
			Salud	Educación	Ingresos	
Santa Cruz	25,34	0,689	0,702	0,792	0,574	1,34
Tanja	4,87	0,641	0,702	0,722	0,501	1,25
Beni	4,32	0,639	0,673	0,757	0,487	1,24
La Paz	27,90	0,631	0,621	0,768	0,504	1,23
Cochabamba	17,73	0,627	0,627	0,736	0,517	1,22
Pando	0,71	0,624	0,637	0,746	0,488	1,21
Oruro	4,60	0,618	0,598	0,781	0,476	1,20
Chuquisaca	6,38	0,563	0,622	0,624	0,443	1,10
Potosí	8,15	0,514	0,539	0,621	0,382	1,00
País	100,00	0,641	0,638	0,748	0,537	1,25

Fuente: PNUD, 2004.

Gráfico 2 – Componentes IDH, en Salud, Educación y ingresos



Fuente: PNUD, 2004.

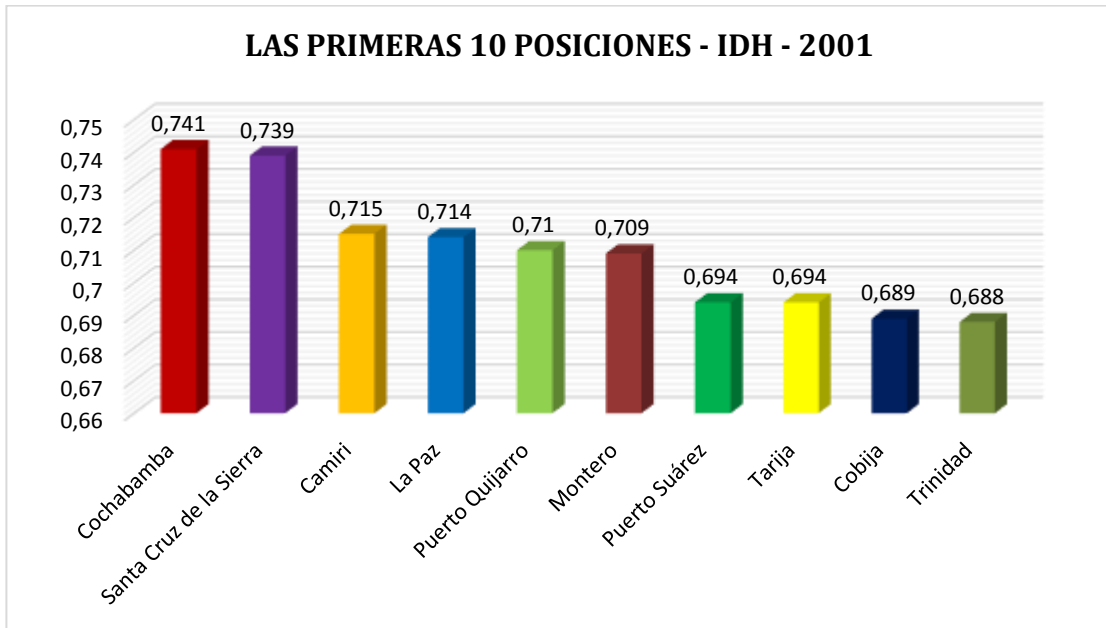
En el ámbito municipal, el ranking de los 314 municipios refleja también desigualdades en relación al IDH. Del total de los municipios del país, sólo 6, el 1.9%, son calificados como de desarrollo humano medio alto, que absorben el 31.1% del total de la población del país. El resto de los municipios (98.15), que absorben el 68.9% de la población, poseen un nivel de desarrollo humano menor. Lo particular del caso es que alrededor de la quinta parte del total de municipios, se ubica en una categoría de desarrollo humano “baja”.

Tabla 2- Bolivia: Índice de desarrollo humano de los diez primeros y diez últimos municipios, 2001

Ranking	Municipio	Departamento	% Población	IDH 2001	Componentes IDH			Diferencia IDH/1
					Salud	Educación	Ingresos	
Las primeras diez posiciones								
1	Cochabamba	Cochabamba	6.2	0.741	0.69	0.87	0.66	2.38
2	Santa Cruz de la Sierra	Santa Cruz	13.7	0.739	0.73	0.84	0.64	2.38
3	Camiri	Santa Cruz	0.4	0.715	0.72	0.81	0.62	2.3
4	La Paz	La Paz	9.6	0.714	0.66	0.86	0.62	2.3
5	Puerto Quijarro	Santa Cruz	0.2	0.71	0.73	0.81	0.59	2.29
6	Montero	Santa Cruz	1	0.709	0.72	0.81	0.59	2.28
7	Puerto Suárez	Santa Cruz	0.2	0.694	0.72	0.81	0.55	2.23
8	Tarija	Tarija	1.9	0.694	0.75	0.8	0.53	2.23
9	Cobija	Pando	0.3	0.689	0.7	0.83	0.54	2.22
10	Trinidad	Beni	1	0.688	0.69	0.84	0.54	2.21
Las últimas diez posiciones								
305	Vila Vila	Cochabamba	0.1	0.365	0.39	0.45	0.25	1.17
306	Tiquipaya	Potosí	0.3	0.363	0.47	0.42	0.2	1.17
307	San Pedro de Buena Vista	Potosí	0.3	0.362	0.4	0.47	0.22	1.16
308	Tacopaya	Cochabamba	0.1	0.361	0.43	0.47	0.18	1.16
309	Caripuyo	Potosí	0.1	0.36	0.26	0.56	0.26	1.16
310	Tacobamba	Potosí	0.2	0.358	0.47	0.37	0.23	1.15
311	Ocuri	Potosí	0.2	0.357	0.47	0.38	0.22	1.15
312	Presto	Chuquisaca	0.1	0.347	0.44	0.35	0.26	1.12
313	Colquechaca	Potosí	0.4	0.341	0.41	0.36	0.25	1.1
314	Arque	Cochabamba	0.1	0.311	0.41	0.34	0.18	1

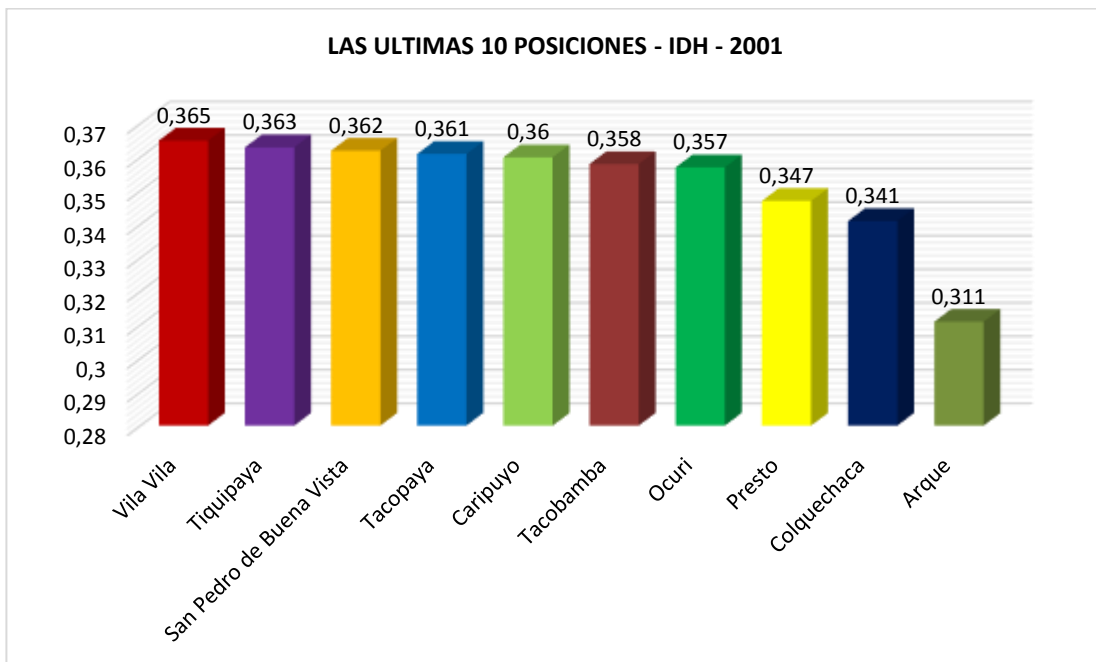
Fuente: Anuario Estadístico INE 2005, citado por Picado, 2009

Gráfico 3 – Las primeras 10 posiciones – IDH - 2001



Fuente: Anuario Estadístico INE 2005, citado por Picado, 2009

Gráfico 4 – Las últimas 10 posiciones – IDH - 2001



Fuente: Anuario Estadístico INE 2005, citado por Picado, 2009

Otro de los factores que influyen en el IDH medio en Bolivia es la desaceleración de la tasa de crecimiento anual de la población. Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), al 2005 la población de Bolivia era de 9.427.219 habitantes. Según estimaciones de la CEPAL, para el periodo, indicaban que en el 2050 Bolivia tendrá una población de 16.734.338 personas. Según zona geográfica: 62,1% urbano y 37,9% rural, será equivalente al registrado en los 25 años anteriores, lo cual muestra una desaceleración de la tasa de crecimiento anual de la población, producto de la dinámica demográfica: mortalidad, natalidad y migración internacional.

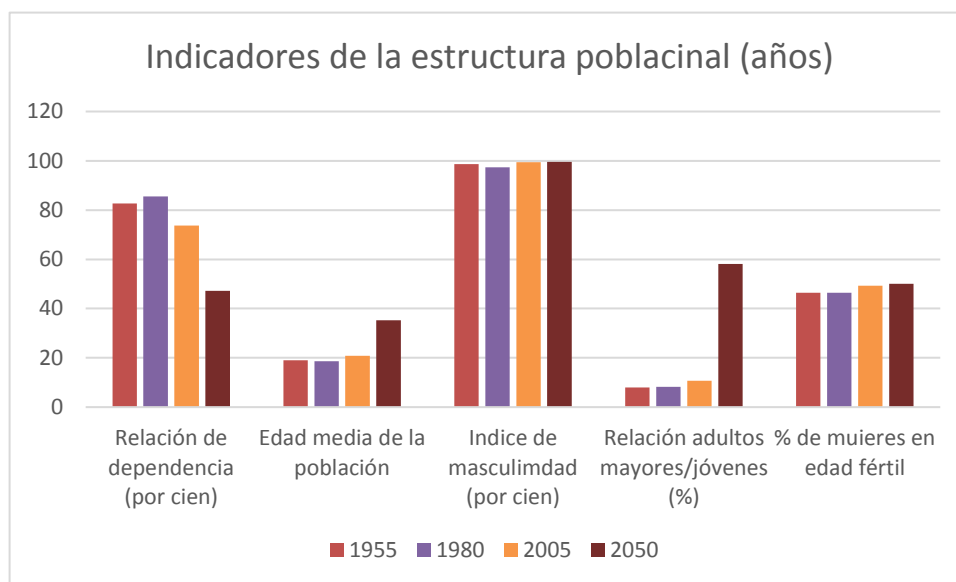
La tasa de natalidad que fue a principio de la década del 50 muy alta se redujo sistemáticamente a lo largo del tiempo. Por otro lado, han persistido niveles relativamente altos de mortalidad infantil, y parte de la población ha emigrado a otros países, especialmente en el periodo 1950-1980. Si bien entre 1950 y 2005 la expectativa de vida al nacer ha crecido significativamente (pasando de 40,4 en el quinquenio 1950-1955 a 71,7 en el quinquenio 2000-2005), esta pudo haber sido mayor si la tasa de mortalidad infantil no fuera tan alta.

Tabla 3 – Bolivia: Indicadores de crecimiento demográfico y de la estructura poblacional, 1950-2050

Indicadores de crecimiento demográfico (Quinquenios)	1950 - 1955	1975 - 1980	2000 - 2005	2045 - 2050
Tasa de crecimiento de la población (por cien)	2.1	2.4	2.2	0.6
Tasa bruta de natalidad (por mil)	47	41	30.5	13.6
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	175.7	131.2	55.6	14
Tasa de migración (por mil)	-2.1	-1.4	0	0
Esperanza de vida al nacer	40.4	50.1	63.8	76.4
Indicadores de la estructura poblacional (años)	1955	1980	2005	2050
Distribución de la población (%)				
0-14 años	47.9	42.5	38	20.3
15-64 años	54.7	53.9	57.6	67.9
65 y más	3.4	3.6	4.4	11.8
Relación de dependencia (por cien)	82.7	85.5	73.7	47.2
Edad media de la población	19	18.6	20.9	35.3
Índice de masculinidad (por cien)	98.7	97.3	99.4	99.6
Relación adultos mayores/jóvenes (%)	8	8.3	10.7	58.1
% de mujeres en edad fértil	46.4	46.4	49.3	50.1

Fuente: Estadística poblacional CELADE-CEPAL, citado por Picado 2009

Gráfico 5 – Indicadores de la estructura poblacional (años)



La dinámica demográfica de Bolivia se asocia a moderados cambios en la estructura de la población tanto desde el punto de vista de la edad como de la urbanización. Mientras que la proporción de personas de 15 a 64 años ha crecido en 5,3% (pasa de 54,7% en 1995 a 57,6% en 2005), la de 65 años y más lo ha hecho en un 29,4% (pasa de 3,4% en 1995 a 4,4% en el 2005). Como consecuencia de esta situación, la importancia relativa de la población entre 0 y 14 años decrece un 9,3% al pasar de 41,9% en 1955 a 38,0% en 2005. Producto de estas tendencias, se estima que la razón adultos mayores/jóvenes se incrementará de 8,0% (1955) a 58,1% (2050), mientras que la relación de dependencia disminuirá de 82,7% (1955) a 47,2% (2050).

El desplazamiento de la población hacia los principales centros urbanos desde el área rural es otro de los factores que también tienen relación con la localización de los problemas de desarrollo humano. Mientras en 1975 apenas 41,3% de la población total residía en áreas urbanas, en el 2001 dicha cifra alcanzó el 62,9%. Este desplazamiento ejerce una fuerte presión en términos de acceso a los servicios de seguridad social, haciendo necesaria la presencia de instituciones que, con un marco más amplio de recursos

y un uso más eficaz de los mismos, asuman los efectos del crecimiento poblacional mediante el aumento de la oferta de los servicios para cada grupo de demanda específico.

En relación a la salud en Bolivia, ésta se puede analizar en el periodo a partir de dos indicadores: a) generales del estado de salud; b) de compromiso con la salud. En relación al primero, se puede indicar que Bolivia presenta algunas situaciones desfavorables. Se estima que existe una probabilidad de 16% de nacer y no sobrevivir hasta los 40 años de edad, un 23% de la población padece de desnutrición, un 17% de la población no cuenta con acceso sostenible a fuentes de agua mejorada, y un 10% de los niños menores de cinco años tiene un peso inferior al normal, a ello se suman los casos de paludismo, tuberculosis y HIV/SIDA.

En relación al segundo, estos indicadores tampoco son favorables. Un 70% de la población tiene acceso a servicios de salud adecuados, entre el 50 y 79% tienen acceso sostenible a medicamentos esenciales asequibles, sólo un 59% de los partos son atendidos por personal sanitario especializado y el gasto público en salud asciende a un 4,3% del PIB.

Tabla 4 – Bolivia: indicadores generales de situación de salud y compromiso con la salud

Probabilidad de nacer y no sobrevivir hasta los 40 años de edad (% de la cohorte), 2000-2005	16
Personas desnutridas (% de la población total), 2001/2003	23
Niños con peso insuficiente para la edad (% de menores de 5 años), 1996-2004	8
Personas con VIH/SIDA	
Adultos (% entre 15-49 años), 2001	0,1
Mujeres (entre 15-49 años), 2001	1200
Niños (entre 0-14 años), 2001	160
Casos de paludismo (por 100, 000 habitantes), 2000	378
Casos de tuberculosis (prevalencia por cada 100.000 habitantes), 2004	290
B- Indicadores de compromiso con la salud: acceso, servicios y recursos	
Gasto en salud	
Público (% del PIB), 2003	4,3
Privado (% del PIB), 2003	2,4
Per cápita (PPAen US\$), 2003	176
Niños de un año totalmente inmunizados	
Contra la tuberculosis (%), 2001	93
Contra el sarampión (%), 2001	64
Niños con diarrea que reciben terapia con rehidratación oral y alimentación continuada (% de menores de 5 años), 1996-2004	54
Índice de prevalencia del uso de anticonceptivos (% de mujeres casadas ente 15 y 49 años), 1996-2004	58
Partos atendidos por personal sanitario especializado (%), 1996-2004	67
Médicos porcada 100.000 personas, 1990-204	263
Población con acceso a saneamiento sostenible (%), 2004	46
Población con acceso a fuentes de agua mejoradas (%), 2004	85
Población con acceso sostenible a medicamentos esenciales asequibles (%), 1999	50-79

Fuente: Picado, 2009 en base datos IDH, 2003-2006.

El factor más importante para completar este cuadro de la situación socioeconómica es la pobreza, en tanto ésta limita las condiciones para el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno. En materia económica, el desempeño de Bolivia presenta resultados mixtos. En el lado positivo, resalta el hecho de que la economía del país dio muestras de un mayor dinamismo. Si bien durante el periodo 1975-2001 el país experimentó, respecto a la región latinoamericana, una de las más bajas tasas de crecimiento del PIB per cápita (-0.4% como promedio anual), durante los últimos once años de ese periodo de crecimiento (1990-2001) el crecimiento fue algo más acelerado al ubicarse en 1.4% como promedio anual. A ello se une el hecho de que el valor actual del ingreso per cápita (\$2,720) es un 4.1% mayor al valor más alto (\$2.613) obtenido en 1978. Asimismo, los niveles de inflación disminuyeron moderadamente: la tasa promedio anual de inflación durante el periodo 2000-2001 es cinco veces inferior a la tasa promedio registrada en el periodo 1990-2001.

El resultado negativo tiene que ver con los altos niveles de pobreza. Según cifras del PNUD, en Bolivia el 79,9% de la población vive con dos o menos dólares diarios. Es sabido que la pobreza y la indigencia se manifiestan de modo distinto, en cuanto a magnitud, intensidad y características, en las áreas urbanas y rurales. La incidencia de la pobreza extrema expresada en términos porcentuales sigue siendo considerablemente superior en las áreas rurales que en las urbanas. El 58.0% de la población rural es indigente, a la vez que en las áreas urbanas la tasa asciende a 20,2%. Sin embargo, debido a la creciente urbanización, el número de indigentes urbanos ha venido en aumento respecto al número correspondiente en áreas rurales.

4.2 La vejez y el envejecimiento en Bolivia

El fenómeno del envejecimiento poblacional es parte de la demografía y puede ser entendido desde dos perspectivas: la primera tiene que ver con el aumento de la esperanza de vida, población más longeva, la disminución de la mortalidad y la natalidad, fenómenos estrechamente vinculados a las políticas de salud; el segundo tiene que ver con la

migración, particularmente en el área rural, esto en razón de la alta emigración rural de la población joven, resultando de ello que la población de adultos mayores (dependiente) con la activa (población de 15 a 59 años) se incrementa, es decir, existe una mayor población adulto mayor y una menor cantidad de 15 a 59 años, lo que produce un mayor envejecimiento poblacional. Se establece que el envejecimiento es un fenómeno que consiste en el aumento proporcional del número de ancianos, mejor denominados adultos mayores, que tienen 60 o más años, parámetro que recogen los estudios en Bolivia.

El tema del envejecimiento se aborda como preocupación internacional desde el año 1948 pasando por el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982), los Principios de las Personas de Edad (1991), la Declaración de Madrid (2002) y, en el último tiempo el Consenso de Montevideo (2013), donde se reconoce que existe un sustancial avance en relación del reconocimiento de la importancia de este grupo poblacional (OMS, 2019).

En ese marco, se visibiliza el envejecimiento diferenciado que existe entre varones y mujeres, también se logra poner en evidencia el envejecimiento acentuado a raíz de la migración de la población joven hacia un contexto cada vez más urbanizado. De este modo se puede verificar que ha medida, que han pasado los años, el estudio sobre el problema de la vulnerabilidad del adulto mayor, y también el beneficio del envejecimiento va adquiriendo cada vez mayor importancia.

En Bolivia se ha producido en los últimos 40 años una transformación en su composición poblacional. El cambio más importante se produjo entre 1990 y 2010, periodo en el que la tendencia hacia el declive proporcional de la población menor de 14 años comenzó a acentuarse, mientras en dirección contraria, la población en edad activa tendió a ocupar mayor relevancia seguida de la población mayor de 60 años.

Si en la década de los 70, la población menor de 15 años era de 42,9% respecto a la población total, las proyecciones al respecto señalan que este porcentaje disminuirá a 27% para el año 2030. En cambio, la población mayor, entre 15 y 59 años, crecerá hasta un

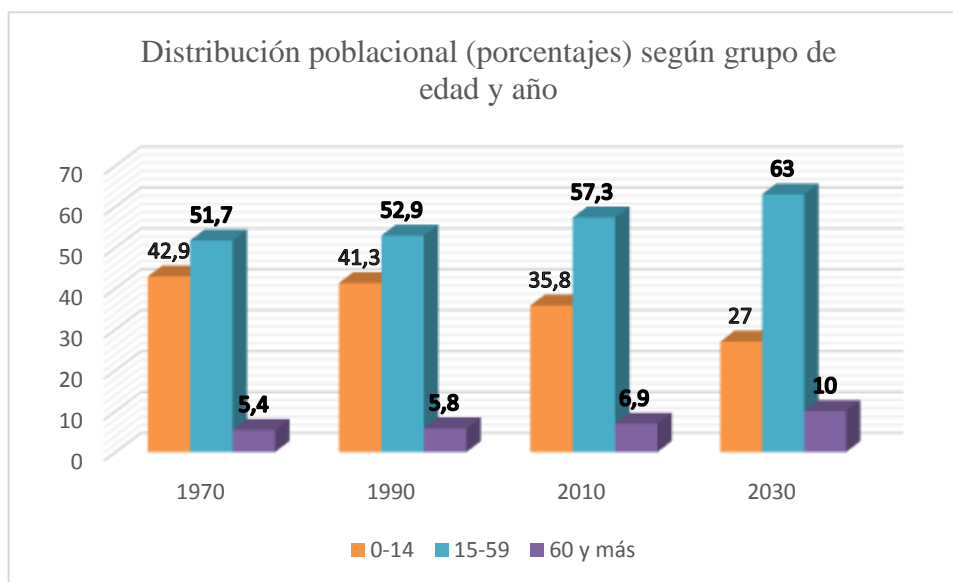
63%, siendo que en 1970 era del 51,7%, y la población de personas adultas mayores llegará a 10%, siendo que representaba par el mismo periodo solo el 5,4%.

Tabla 5 – Distribución poblacional (porcentajes) según grupo de edad y año

Grupo de edad	1970	1990	2010	2030
0-14	42.9	41.3	35.8	27
15-59	51.7	52.9	57.3	63
60 y más	5.4	5.8	6.9	10
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Salazar de la Torre, 2011.

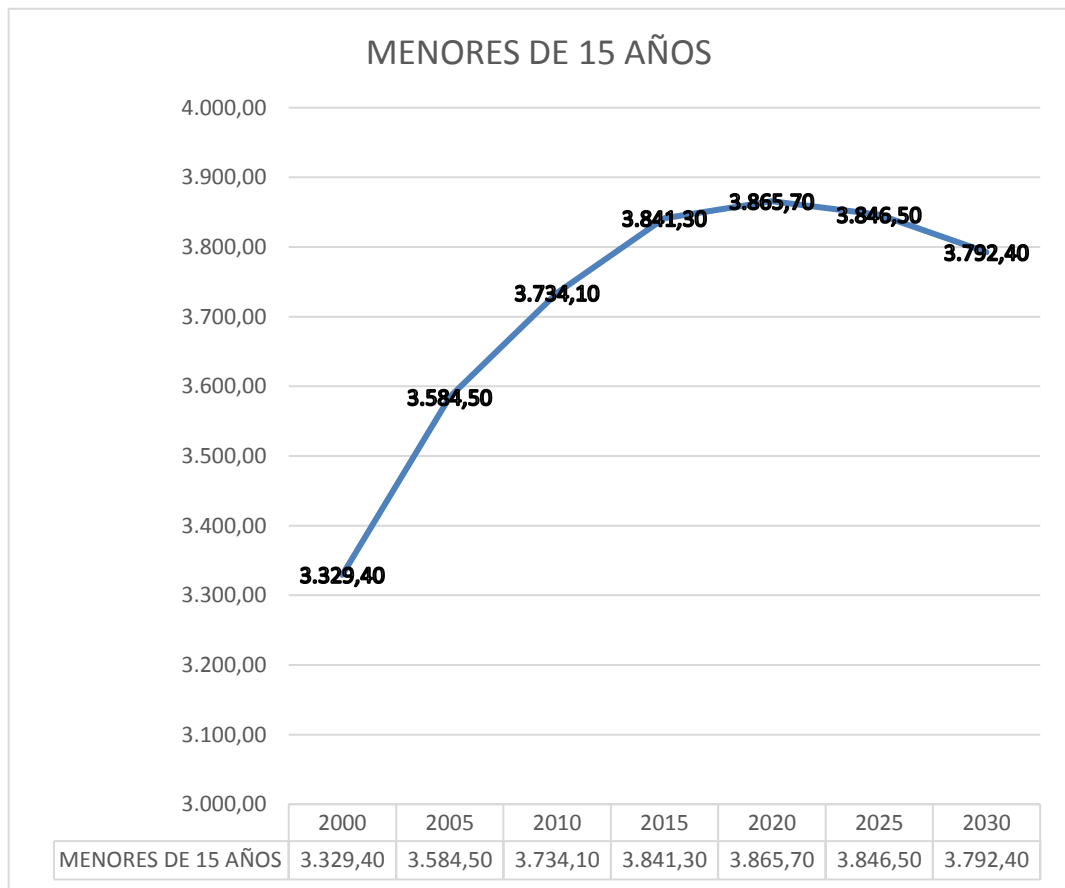
Gráfico 6 - Distribución poblacional (porcentajes) según grupo de edad y año



De acuerdo con datos del Ministerio de Salud y Deportes y el INE, la población mayor de 60 años en el año 2005, alcanzó las 615,773 personas de las cuales se estima que el 28%, es decir, 164,086 personas cuentan con aseguramiento formal en el régimen del seguro social obligatorio (SSO). Hasta ese mismo año, el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) había logrado afiliar a 182, 325 personas, quedando una población potencial para ser afiliada de 269, 362 personas, que representan el 59,6% de la población objetivo (Salazar, 2011).

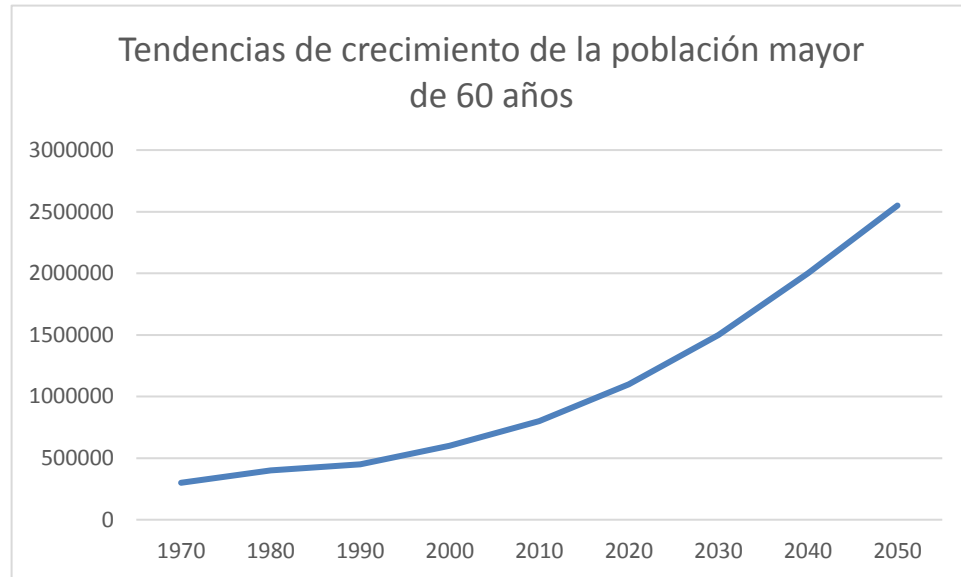
La transición demográfica iniciada a fines del siglo XX se proyecta en una doble perspectiva: por un lado, se observa que crecerá la población menor de 15 años, pero, por el otro lado, se prevé un mayor crecimiento de la población adulta mayor, tal es así que para mediados del siglo XXI este grupo poblacional se calcula que superará los 2 millones y medio de personas.

Gráfico 7 – Tendencias de crecimiento de la población menor de 15 años



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas.

Gráfico 8 – Tendencias de crecimiento de la población mayor de 60 años



Fuente: INE, 2004, UNFPA, 2007

Si se considera que la población mayor de 60 años tiende a ser inactiva en el plano laboral, el país se ve obligado a ampliar los derechos de protección social y jubilación que atendía a una minoría. Según el MECOVI 2002, cerca del 22 de los varones y alrededor del 13% de las mujeres gozaron de una jubilación, en su mayoría, por su capacidad para acceder a fuentes laborales con cierto grado de formalidad.

Al respecto, se puede concluir que en Bolivia se pasó de una transición moderada, en el periodo 1995-2000, a una etapa de transición avanzada, durante el periodo 2000-2005. En el interregno, Bolivia recién empieza a tratar la temática de la población adulta mayor en 1998, con la elaboración de un estado de situación de la población de la tercera edad con base en el censo de 1992, temática que recién se abordará con mayor profundidad a partir del año 2002 en el marco del Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento.

De acuerdo al estudio sobre el envejecimiento y las condiciones de vida de los adultos mayores en Latinoamérica, éste se ubica entre los grupos más desprotegidos (Huenchuan, 2013) y se constituye en un fenómeno que afecta de manera particular al universo

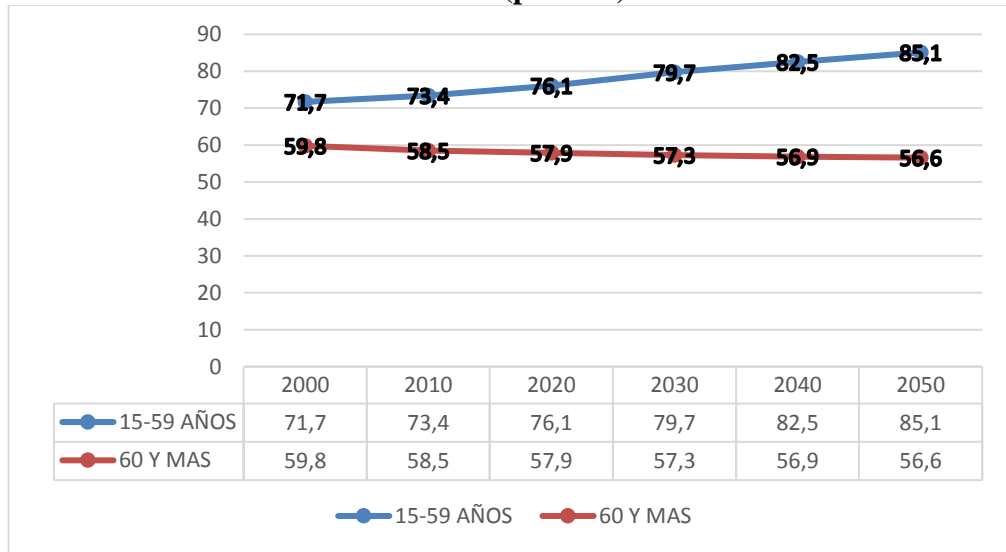
femenino, con mayor viudez femenina, sumada además a la menor participación económica de éstas y, por ende, con una menor cobertura social, constituyendo un grupo de alta vulnerabilidad que requiere de asistencia especializada a través de programas sociales (Peláez & Ribotta, 2008, citado por Pinto 2015)

Los estudios sobre el envejecimiento y vulnerabilidad de los adultos mayores en Bolivia se agrupan en las siguientes 6 dimensiones: i) Capital humano (salud, educación), ii) Empleo (ahorro, actividades económicas), iii) Protección social (seguro de salud, jubilación, tipo de hogar), iv) Ingresos, v) Rasgos demográficos y vi) Hábitat (características vivienda).

Estas dimensiones son analizadas por Pinto (2015) en los siguientes términos: En relación al capital humano, los estudios de carácter transversal muestran una población que demanda atención en salud y que, por las características de enfermedad, no se cuenta con profesionales especializados. Si bien existe la atención a este grupo poblacional no se alcanzó a contar con un servicio de atención especializada como demanda este grupo poblacional. En lo que se refiere a la educación, son evidentes los altos niveles de analfabetismo dentro este grupo poblacional. En ambos casos se aprecian las brechas existentes entre área urbana y rural, lo que provoca el riesgo de tener una población más enferma y relegada a las innovaciones tecnológicas, pudiendo convertirse en una carga para la sociedad.

En relación al empleo, se muestra una mayor participación de los adultos mayores en actividades informales, lo que no asegura un bienestar económico individual ni familiar. Este hecho afecta sus capacidades de ahorro y contribuye a crear una población necesitada de trabajar, discriminada en el trabajo y sin recursos materiales de apoyo cuando no puedan realizar actividades laborales.

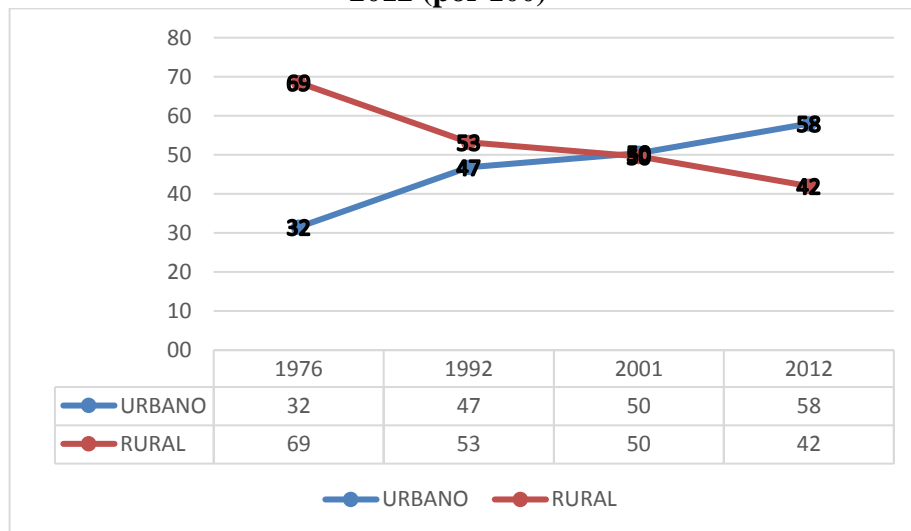
Gráfico 9 – Bolivia: Tasa de actividad económica según grandes grupos de edad, 2000-2050 (por 100)



Fuente: CELADE, 2012

En lo que se refiere a protección social, se puede ver que es donde mayor elaboración de estudios existen, mostrando los bajos niveles de jubilación, el impacto de la emigración rural de los jóvenes sobre los adultos mayores que se quedan a cargo de los nietos, o cuando estos adultos mayores deben emigrar a zonas urbanas por obligación y salir de su entorno cultural y enfrentar el entorno rural.

Gráfico 10 – Bolivia: Población de adultos mayores según área de residencia, 1976-2012 (por 100)



Fuente: Pinto, 2012.

También se muestra los altos niveles de maltrato, abandono y desprotección que sufren los adultos mayores al interior de su entorno familiar. También se plantea una mirada de género, es decir, cómo afecta a la mujer tanto el cuidado de los adultos mayores como los bajos niveles de jubilación que enfrentan (CEPAL, 2008) (OISS, 2008) (Paul, 2012).

En relación a la pobreza, los estudios plantean que los adultos mayores viven en una situación de alta incidencia de pobreza que afecta más a las mujeres y que es mayor en el área rural. Sólo un mínimo porcentaje de adultos mayores contaría con ingresos por jubilación, el resto o tiene que trabajar para asegurar sus ingresos o no cuenta con ellos. También reconocen la importancia del aporte de los adultos mayores en el interior de la familia, en especial cuando son jefes de hogar.

En el ámbito demográfico, Bolivia se encuentra en un proceso de envejecimiento (alguno de ellos lo caracteriza en tardío e incipiente, y que existe un nivel de envejecimiento entre el área urbano y rural, siendo en éste último mayor. En relación al tema de género, se destaca la mayor longevidad de las mujeres en relación a los hombres y cómo por este factor existe mayor porcentaje de viudas que tienen que enfrentar la última etapa de sus vidas solas. El factor de emigración de los jóvenes también afecta directamente a los adultos mayores, principalmente aquellos que nuevamente tienen que asumir la jefatura del hogar.

En el aspecto del hábitat, los estudios del periodo dan cuenta de las características precarias de vivienda en las que viven la mayoría de los adultos mayores: sin agua potable ni servicios sanitarios; así como un alto índice de carencia habitacional, siendo más crítica esta situación en el área rural que la urbana. En esta dimensión se hace evidente la no consideración de problemas que aquejan a los adultos mayores como son los niveles de derecho propietario y su incidencia en los adultos mayores, ni tampoco que la dimensión de hábitat no se centra únicamente en vivienda, sino que va más allá: en el desarrollo de entornos físicos y sociales favorables, en los que toda la sociedad nos vemos involucrada.

De manera más específica, fue el Defensor del Pueblo, la entidad que realizó un estudio para conocer la situación de la población de adultos mayores en situación de abandono. En ese marco, define a la población adulta mayor en situación de abandono como aquella que comprende el segmento de 60 a 90 años, que está desamparada y desprotegida con relación al ejercicio de sus derechos.

Según dicho estudio, esta población carece de servicios de agua y saneamiento, reside en viviendas precarias, tiene muy bajos niveles educativos y severo déficit en la atención de salud. Tomando como referencia el Mapa de la Pobreza en Bolivia, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, la población adulta mayor en abandono está ubicada en la condición de marginalidad, en función de una situación extremadamente limitada para poder satisfacer sus necesidades básicas.

La secuencia de indefensión, discriminación, maltrato, abandono, afecta en general a todos los adultos mayores, se incrementa cuando estos son pobres, y se torna crítica al estar sujetos a la condición de abandono que profundiza su vulnerabilidad, con severas implicancias en el desconocimiento de sus derechos, así como en su baja autoestima, baja autovaloración y un envejecimiento pasivo. Los datos al respecto son los siguientes:

- Los datos de la Pobreza permiten proyectar un total de 33.474 adultos mayores en abandono (5,90 % del total de la población).
- Sólo el 21% de los adultos mayores tiene sus necesidades básicas satisfechas, el 16 % está en el umbral de la pobreza y el 63 % en pobreza (27,10 % en pobreza moderada; 30,01 % en indigencia y 5,90 en marginalidad).
- El grupo de adultos mayores más afectados es el de mayor edad (90 años o más).
- Hay una carencia sobre una cultura de envejecimiento que posibilite a los adultos mayores una vida digna.

- Las mayores concentraciones de adultos mayores en situación de abandono se registran en los departamentos de Potosí (15,94 %), Chuquisaca (9,88 %), La Paz (5,93 %), Cochabamba (5,49) % y Oruro (4,04 %).
- Los establecimientos de acogida no cuentan con suficientes recursos humanos, económicos, ni de infraestructura que garanticen un servicio óptimo, a pesar de lo cual -con todas sus limitaciones- se desempeñan como la única alternativa para las personas mayores en abandono, y se debe resaltar que muchos de ellos son resultado de la iniciativa particular, aunque se debe reconocer que casi siempre tienen algún apoyo de las prefecturas.
- Sus servicios cubren sólo a 1.448 adultos mayores, cantidad muy insuficiente si se considera que la población en abandono suma 33.474. En términos relativos solo se estaría cubriendo al 4,32% del total. Esto quiere decir que el 95% todavía está en situación de extrema vulnerabilidad. En la práctica solo uno de cada diez adultos mayores en abandono logra la protección por la vía del establecimiento de acogida, el resto queda librado a su fatalidad
- En la situación actual, son muy escasas las soluciones al abandono en los contextos familiares y comunitarios, por lo tanto, el establecimiento de acogida o la “vida en calle” parecieran ser las primeras y últimas opciones.
- Se carece de políticas públicas nacionales, departamentales y/o municipales sobre el tema. Sólo las prefecturas de Beni, Cochabamba, Pando y Potosí y el municipio de La Paz cuentan con programas dirigidos a los adultos mayores en abandono, empero, su orientación general todavía no supera la práctica conocida como asistencialista, y se carece de políticas públicas claras para evitar el maltrato de los mismos.
- Se carece de información clara y fidedigna sobre el estado de los derechos humanos de los adultos mayores.

- No existe una planificación institucional para trabajar estratégicamente el problema de la violación de los derechos humanos de los adultos mayores.

Esta es la dura realidad que deriva de una sociedad y un estado, que no han generado entornos, contextos familiares y comunitarios que respeten los derechos de las personas mayores. Este grupo colectivo, como otros, se encuentra invisibilizado, carece de posibilidades de enunciación en el espacio político, generando una de las experiencias de violación a los derechos humanos más desatendidas por parte del Estado.

CAPÍTULO 5

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ

CAPÍTULO 5

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ

5.1. La hechura del Seguro Médico Gratuito de Vejez

La hechura de la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez y su implementación entre 1998 y 2005 se constituye en una valiosa experiencia para analizar el ciclo de las políticas públicas en Bolivia. Esto no sólo por el hecho de articular a diversos actores públicos, sino también porque responde a la necesidad de atención de uno de los sectores más vulnerables de la población, como es el de los adultos mayores.

Su diseño respondió a los lineamientos de política establecidos por el gobierno elegido del Gral. Hugo Banzer Suarez para el sistema de salud y para el efecto se consideró la sostenibilidad de la política pública en términos económicos, las instancias que participarían y el cuadro administrativo encargado de su implementación en los diferentes niveles de gobierno: nacional, departamental y municipal, así como de la Caja Nacional de Salud.

5.1.1. Naturaleza de la política

La política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, SMGV, fue una política de corte incremental, implantada por la Caja Nacional de Salud de manera gradual en diferentes municipios del país. En su diseño e implementación participaron diferentes factores y actores sociales y políticos, los que impulsaron la atención de las personas adultas mayores no aportantes al seguro social.

Se trata también de una política de carácter redistributivo, es decir, una política orientada a proporcionar servicios de salud a las personas adultas mayores, a partir de los 60 años que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud y que tengan radicaría permanente en el territorio nacional. Esta política, por su naturaleza distributiva estuvo

orientada a garantizar un bienestar mínimo a los ciudadanos de la tercera edad, la mayoría de los cuales no tenían acceso a la prestación de servicios de salud por atravesar una situación de pobreza. Con ello, el gobierno pretendió atender a un sector vulnerable de la población que requería atención pública prioritaria mediante su inclusión en la seguridad social del país.

Esta política se constituyó en una pieza de la agenda política del gobierno, incorporándola dentro de una política institucional, en el marco de las reformas estructurales de segunda generación. Política institucional que pretendía paliar los efectos de la aplicación de las reformas estructurales de corte económico de la segunda mitad de la década del ochenta y responder a la deuda social heredada de su visión estrictamente económica.

5.1.2. Origen de la política pública del SMGV

La necesidad de diseñar e implantar el Seguro Médico Gratuito de Vejez fue producto de los problemas derivados del Seguro Nacional de Vejez (SNV), principalmente aquellos vinculados a su financiamiento. Este Seguro Nacional de Vejez se creó mediante D.S. N° 24448 de 20 de diciembre de 1996, con el propósito de brindar asistencia médica obligatoria y gratuita a las personas mayores de 65 años de edad, residentes en el territorio nacional, que no se encuentran aseguradas en el Sistema de Seguridad Social a corto plazo.

En este primer seguro de atención a los adultos mayores, participaban en la gestión del Seguro Nacional de Vejez: El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Desarrollo Humano, la Secretaría Nacional de Salud, la Caja Nacional de Salud y la Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad, además de los Gobiernos Municipales. Los Gobiernos Municipales fueron encargados de elaborar un registro de todas las personas mayores de 65 años que habitan en su jurisdicción y las afiliarán en la Caja Nacional de Salud.

Para las prestaciones del Seguro Nacional de Vejez se estableció que éstas estarían a cargo de la Caja Nacional de Salud, conforme a lo establecido en el Código de Seguridad

Social y sus Reglamentos. Su financiamiento, por su parte, se sostenía en el aporte de la Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad que consistía en el 85% de los recursos provenientes del Canon de Concesión y de la extensión de licencias y el 100% de los importes correspondientes a los premios prescritos, que serán abonados a los Gobiernos Municipales en proporción al número de beneficiarios del Seguro Nacional de Vejez, residentes en su jurisdicción territorial.

En caso de producirse un superávit en la cuenta individual del Gobierno Municipal, éste será utilizado como contraparte para financiar programas de beneficencia y salubridad. De producirse un déficit que impida cubrir el costo de la prima, éste será pagado por el respectivo Gobierno Municipal. Tal diseño de financiación se mostró insostenible en el tiempo, debido a la variabilidad en la recaudación de los recursos económicos y la falta de compromiso de los gobiernos municipales para cubrir los gastos del Seguro.

De este modo, frente a las debilidades de sostenibilidad financiera del Seguro Nacional de Vejez, se planteó la necesidad de diseñar una nueva política pública que, a tiempo de resolver el problema de la financiación en la atención de los adultos mayores asegure una estructura organizativa que garantice su implementación. En este escenario se identificó el papel central que jugarían los gobiernos municipales y la estructura desconcentrada de la Caja Nacional de Salud.

En el análisis de la necesidad de esta nueva política se destaca el hecho de que en su formulación no participo la población, ni los sectores organizados de las personas mayores. Fue por el contrario una política decidida a nivel de la cúpula política y definida en términos verticales dentro de la agenda de gobierno (Lindblom, 1991).

5.1.3. Financiamiento del Seguro Médico Gratuito de Vejez

El Seguro Médico Gratuito de Vejez asigna como fuentes de financiamiento a dos instancias institucionales, el Tesoro General de la Nación y los Municipios. La prima de

cotizaciones anual establecida en el Artículo 10° del Decreto Supremo N° 25186 de 30 de septiembre de 1998, fija en 56 dólares americanos, que se paga en dos cuotas semestrales, cada una de 28 dólares, de los cuales el T.G.N. paga el 60% o sea \$us. 16.80 y los Municipios el 40%, es decir \$us.11.20 con recursos de coparticipación.

El pago de las primas de cotizaciones se efectúa con base a las listas de altas (número de asegurados) y bajas producidas durante el semestre y que el Municipio presenta a la Regional o Distrital de la Caja Nacional de Salud en los primeros 30 días de iniciado cada período semestral.

Con base a los listados de altas y bajas, la Regional o Distrital de la Caja Nacional de Salud, procede al llenado del Formulario FORM-SMGV- I “SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES”, aplicando para ello el Tipo de Cambio Promedio del Dólar que semestralmente el Vice Ministerio de Tesoro y Crédito Público hace conocer a la Caja Nacional de Salud, multiplicando luego por el número de asegurados del semestre correspondiente y restando las bajas del semestre anterior.

A su vez la Regional o Distrital de la Caja Nacional de Salud, presenta al Municipio correspondiente, el Formulario de Solicitud de Pago de Cotizaciones y el Formulario SMGV-II- Resumen Semestral de Cotizaciones acompañando los listados de altas y bajas. El Municipio tiene plazo de 15 días a partir de la fecha de presentación, para que otorgue su conformidad y autorice el pago de primas. Si en este plazo no existirán observaciones se dará por aprobado.

La Administración Regional o Distrital de la CNS, remite la documentación derivada del Municipio a la Dirección General de Seguros de Salud del Ministerio de Salud para su validación.

El Ministerio de Salud y Previsión de Salud, aprobada la solicitud de pago, tramita ante el Tesoro General de la Nación el pago del 60% de la prima semestral que corresponda,

sujetándose al procedimiento de ejecución presupuestaria del gasto y afectando su presupuesto.

El 40%, será tramitado mediante el Formulario FORM. SMGV-I “Solicitud de Pago de Cotizaciones” y el Municipio procederá al débito automático de los recursos de Participación Popular.

5.1.4. La cobertura

En Bolivia y de acuerdo al Censo realizado el año 2001, el 7% de la población es adulta mayor (615.773 hombres y mujeres mayores de 60 años aproximadamente). La mayoría de estas personas vive en condiciones de pobreza, sin educación ni documentación lo que impide en la generalidad de los casos, el acceso a los beneficios otorgados por el Estado: pensión social universal (Renta Dignidad) y seguros de salud para las personas adultas mayores.

Según los datos del INE, el 63% de las personas adultas mayores de Bolivia vive en pobreza o extrema pobreza, el 59% vive con menos de \$us. 1 al día. Tan sólo el 23% del total de personas adultas mayores cuenta con algún tipo de jubilación. Su situación es extremadamente carencial y en condiciones de analfabetismo o semianalfabetismo, no son respetados ni reciben el trato adecuado cuando pretenden ejercer sus derechos. Los más afectados dentro de los pobres son las personas mayores que sólo hablan quechua, aymara o alguna otra lengua originaria y que además tienen problemas con sus documentos de identidad.

En este marco, la cobertura en el acceso al Seguro Médico Gratuito de Vejez, se amplía de modo cuantitativo respecto al Seguro Nacional de Vejez, vigente desde 1996, y, es que, el rango de edad se amplía como beneficio real para los Adultos Mayores a partir de los 60 años, siendo así que anteriormente se cubría únicamente a población mayor de 65 años. El acceso a los servicios y la protección de la salud, reflejaban una situación inequitativa y desventajosa, debido a las condiciones que experimentan los habitantes de la mayor

parte de los Municipios del país y los grupos sociales de menores ingresos para acceder, tanto en el Seguro Social como en el sistema público.

Sin embargo, con base y sustento en el Artículo 9° del Decreto Supremo Reglamentario N° 25186, el acceso a los servicios de atención médica muestra que el espíritu social del Seguro Médico Gratuito de Vejez, pone énfasis en su carácter solidario, inclusivo, integrador y participativo, principios básicos y universales consagrados en el Código de Seguridad Social.

La Caja Nacional de Salud, a partir de la puesta en vigencia de la Ley N° 1886, desarrolla tareas de socialización a cargo de su unidad específica, la Coordinación Nacional del SMGV, traducidas en acciones de difusión y capacitación sobre los alcances de dicha norma, dirigidas a autoridades, funcionarios, operadores del personal administrativo y sanitario institucional distribuidos en las Regionales y Distritales, eventualmente a grupos de adultos mayores y funcionarios de los municipios.

Los objetivos básicos de las tareas de difusión y capacitación están orientadas a conocer los derechos y beneficios que confiere el SMGV a los adultos mayores, las obligaciones y responsabilidades de los Entes Gestores para la otorgación de las prestaciones de salud, priorizando la ampliación de la cobertura en el acceso a los servicios sanitarios y la afiliación de la población adulta mayor.

5.1.5. Los servicios de salud

Los servicios de atenciones de salud que la Caja Nacional de Salud otorga en el Seguro Médico Gratuito de Vejez, se resumen en la siguiente descripción:

- Consultas Médicas.
- Atención en Consultorios, Policlínicos y Postas médicas.
- Exámenes Auxiliares de Diagnóstico.
- Exámenes de laboratorio, Rayos X.
- Ecografías y otros.

- Hospitalización. - Atención en Hospitales y Centros de Especialización durante el tiempo que requiera la recuperación del paciente.
- Intervenciones Quirúrgicas. - Operaciones de cualquier naturaleza que requiera el paciente.
- Provisión de Medicamentos. - Entrega de los medicamentos que prescriba el médico en forma gratuita.
- Medicina Preventiva. - Ayuda profesional médica, psicológica, social e integral.
- Atención Odontológica. - Atenciones dentales.

5.1.6. La red de actores público privado

En el transcurso de la puesta en vigencia del Seguro Médico Gratuito de Vejez, también participaron organizaciones no gubernamentales, instituciones como Defensorías de Pueblo, Asociaciones de Adultos Mayores, Medios de Comunicación, entre otros, quienes, en su momento y oportunidad, han contribuido significativamente en el devenir y consolidación de dicho Seguro. Destacan entre ellos HelpAge Internacional, ONG en pro de las personas adultas mayores, la Dirección Generacional del Ministerio de Justicia y el papel de los medios de comunicación.

En este último caso, se puede señalar que el Ministerio de Salud a través del Viceministerio de Previsión Social, la Dirección Nacional de Seguros y la Coordinación Nacional del Seguro Médico Gratuito de Vejez, son los encargados de asumir las tareas de difusión, capacitación e información de las disposiciones legales que norman el Seguro. Para tal efecto, se dispuso de material de comunicación informativa consistente en afiches cartillas, textos, trípticos.

En tareas conjuntas, las Coordinaciones Nacionales del SMGV del Ministerio de Salud y la Caja Nacional de Salud, desarrollaron cursos informativos, talleres y reuniones interinstitucionales con la participación de autoridades y funcionarios de los Gobiernos Municipales y personal de las Regionales y Distritales de la CNS.

Las tareas de difusión y capacitación de los alcances de la Ley Derechos y Privilegios para Adultos Mayores, desarrolladas por la Caja Nacional de Salud a través de su Coordinación Nacional del SMGV, tuvieron como aliado estratégico a los medios de comunicación radial y televisivo, cuando se visitaba jurisdicciones municipales provinciales, regionales y distritales de la CNS. El caso particular más representativo es el referido a la emisión televisiva conducido por el periodista Jhonn Arandia en su programa “Todo a Pulmón” ATB - Cadena A” año 2005.

El acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención, principalmente, por parte de los Adultos Mayores beneficiarios del Seguro Médico Gratuito de Vejez, ha sido masivamente recurrente y requerido. Para ello, los Policlínicos y Puestos médicos establecidos en las Regionales y Distritales de la Caja Nacional de Salud, inicialmente, pudieron habilitarse como oportunos espacios de visitas cotidianas, lo que permitió la posibilidad de propiciar la conformación representativa de Asociaciones o grupos de Adultos Mayores. Esta actividad asociativa se evidencia con más nitidez en las poblaciones urbanas, capitales y ciudades o poblaciones intermedias como La Paz, Cochabamba, Montero, El Alto.

De hecho, las Asociaciones o agrupaciones de Adultos Mayores, contribuyeron de modo cualitativo en pro de la gestión del SMGV, animando a esa población a su registro, en vista de su necesidad de realizar consultas médicas periódicamente, asimismo, han sido vías que canalizaron los reclamos, el respeto a los derechos, a visualizar el mejoramiento de los servicios sanitarios.

Un logro de relevancia, fue la creación de Centros de Día Comunitarios, como es el caso de la Clínica Geriátrica de la CNS en La Paz, donde se tiene como funciones básicas el “acoger durante el día” a las personas Adultas Mayores para propiciar su socialización, recreación, actividad física, cultural, artesanal, o de terapia ocupacional, y de formación de redes sociales, constituyéndose en espacios de referencia social y de acogimiento. En

algunos casos, (áreas rurales y provinciales) los Adultos Mayores, reciben por lo menos, una comida al día a cargo de parroquias u ONGs.

5.2. LA IMPLEMENTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ

La implementación de la política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez se realiza bajo una visión jerarquizada del proceso y por etapas. Adopta la forma de Ley y es diseñada “arriba” por los decisores y transmitida hacia “abajo” a sus subordinados que se encargan de ejecutarla. Se trata del modelo Top - down, de “arriba hacia abajo”.

En esta política, la elaboración y puesta en práctica son dos ámbitos separados. Las autoridades jerárquicas intentan que las normas entren en vigor con el mayor apego posible a las intenciones del ejecutivo y ratificada por el legislativo. De ese modo, el éxito de la implementación se logra considerando los siguientes aspectos: (a) los resultados alcancen las metas dispuestas en la ley; (b) los objetivos normativos sean claros y estén perfectamente definidos; y (c) los recursos (materiales y humanos) sean suficientes.

En este contexto, la comunicación interorganizativa, la conformidad por parte de los ejecutores con las reglas establecidas, así como cierto dominio del entorno político, económico y social se convierten en elementos centrales.

5.2.1. El proceso de implementación del SMGV

Al momento de analizar el entramado organizacional gubernamental, entendido como aquellos que influyen en los procesos de toma de decisiones a nivel jerárquico y aquellos que desempeñan un papel estratégico en la implementación de la política pública, debemos destacar que los cargos públicos y los intereses de la burocracia son centrales para entender la trayectoria de un determinado curso de acción, esto debido principalmente las posiciones de las diferentes autoridades públicas, definidas por las reglas de juego del gobierno, que distribuyen la autoridad en el aparato público.

5.2.2 La Caja Nacional de Salud

En este entramado de grupos de interés la Caja Nacional de Salud (CNS) juega un rol estratégico que vale la pena describir. La CNS es una institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, encargada de la gestión, aplicación y ejecución del Régimen de Seguridad Social a Corto Plazo como ser Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales y Asignaciones Familiares que comprenden los subsidios, natalidad, lactancia y sepelio.

Se tiene el Seguro de Trabajador Dependiente, Rentistas, Seguro Médico Gratuito de Vejez, SMGV, Seguro de Salud Para el Adulto Mayor, SSPAM, Seguro Voluntario, Seguro del Abogado, Niños Huérfanos, Niños Especiales, Instituto de Ceguera, Seguro Para Excombatientes y Viudas; la Institución tiene la obligación de atender a sus asegurados y beneficiarios para poder acceder a los derechos de la Seguridad Social.

La Caja Nacional de Salud para el logro de sus objetivos, tiene una organización administrativa desconcentrada geográficamente en Administraciones Regionales y Distritales; encargada de la gestión aplicación y ejecución del Régimen de Seguridad Social a Corto Plazo: Enfermedad, Maternidad, y Riesgos Profesionales, instituidos por el Código de Seguridad Social, su Reglamento y demás disposiciones conexas.

Tabla 6 - DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA- GEOGRÁFICA DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD 1998 – 2006

REGIONALES	AGENCIAS DISTRITALES	PUESTOS MÉDICOS			
LA PAZ		Viacha	Colquiri		
		Chojlla	Caranavi		
		Challana	Viloco		
		Pacuni	Cracoles		
COCHABAMBA		Quillacollo	Sacaba		
		Sarcobamba	Kami		
		Villa Tunari	Punata		
		Aiquile	Taquiña		
		Irpa	Irpa (COBOCE)		
SANTA CRUZ	VALLEGRANDE CAMIRI MONTERO	La Bélgica	San Miguel de Velasco		
		Comarapa	Yapacaní		
		Roboré	Mairana		
		San Ignacio de Velasco	Samaipata		
		San Matías	Puerto Suárez		
		San José de Chiquitos	Chochis		
		San Martín de Porres	Saipina		
		El Torno	Concepción		
		Santiago de Chiquitos	Puerto Quijarro		
		Portachuelo	Warnes		
		San Carlos			
		ORURO		Challapata	Huanuni
				Machacamara	Opoqueri
Pazña	Poopó				
Huari	Allied Deals				
Caracollo	Challana				
POTOSÍ	TUPIZA UNCÍA UYUNI ATOCHA	Punutuma	LLica		
		Huari Huari	Vila - Vila		
		Villazón	Colcha K		
		Oploca	Tasna Rosario		
		Abaroa	Buen Retiro		
		Churquini	Tatasi		
		Tolamayu	Cotani		
		Cotagaita	Ánimas		
		San Vicente	Chorolque		
		Chilcobija	Sagrario		
		Yana Mallcu Chayanta	Siete Suyos		
		Colquechaca	Telamayu		
		Amayapampa	Fierro Uno		
		Catavi	Chuquihuta		
		Betanzos	Morados		
		Colavi	Concepción		
		Pucro	Pulacayo		
		Calasaya	Totorani		
		Santa Bárbara			
		SUCRE	CAMARGO	Padilla	San Lucas
Monteagudo	Fancesa				
TARIJA	YACUIBA	Bermejo			
		Villamontes			
TRINIDAD	GUAYARAMERÍN RIBERALTA	Magdalena	San Ramón		
		Rurrenabaque	Santa Rosa del Yacuma		
		San Ignacio de Moxos	Baures		
		San Borja	Santa Ana del Yacuma		
COBILJA		Reyes	San Joaquin		

Fuente: CNS. Anuarios 1998 - 2006

En consideración a que el Sistema de Seguridad Social de Bolivia (Cajas de Salud) participa como responsable de las prestaciones de salud a los adultos mayores protegidos por el Seguro Médico Gratuito de Vejez, SMGV, la Caja Nacional de Salud, CNS, conlleva la mayor responsabilidad de dichas prestaciones, precisamente porque a diferencia de las otras, es la que tiene presencia establecida en todos los Departamentos de Bolivia a través de sus Regionales Departamentales (9), Agentes Distritales (10) y el establecimiento de Puestos Médicos (99) en principales, ciudades, municipios, cantones, áreas mineras.

La responsabilidad asignada y asumida por la Caja Nacional de Salud en relación al Seguro Médico Gratuito de Vejez, está establecida en la Ley N° 1886 de 14 de agosto de 1998, LEY DE DERECHOS Y PRIVILEGIOS PARA LOS MAYORES Y SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ, que en el Artículo 7° señala: “Se amplían las prestaciones de protección a la tercera edad, instituyéndose EL SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ extendiéndose su campo de aplicación a todos los ciudadanos bolivianos de 60 o más años, que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud, con radicatoria permanente en el territorio nacional.

En su operacionalización, el Poder Ejecutivo reglamentó la cobertura de este Seguro, definiendo su financiamiento a cargo del Tesoro General de la Nación y los Municipios, así como el régimen de prestaciones, que serán otorgadas por todos los entes gestores del sistema Boliviano de Seguridad Social.

La relación de las Cajas de Salud intervinientes en la aplicación de la gestión, aplicación y ejecución del Seguro Médico Gratuito de Vejez, es establecida a través de la Resolución Ministerial N° 450 de 16 de octubre de 1998 que en su Punto Segundo, establece:

“Apruébese la relación de Municipios que corresponde a cada Caja de Salud para la consiguiente inscripción del Municipio y afiliación de las personas de su jurisdicción para la atención del Seguro Médico Gratuito de Vejez”

Las Cajas de Salud involucradas en la prestación de servicios a las personas adultas mayores son las siguientes:

Tabla 7 – Distribución de municipios para las cajas de salud - 1998

Departamento	Municipios	CNS	CPS	C. Caminos	C. Cordes	C. Bancaria
LA PAZ	75	65	7			3
COCHABAMBA	44	44				
SANTA CRUZ	47	32	12		3	
CHUQUISACA	29	27	2			
ORURO	34	34				
POTOSÍ	36	36				
TARIJA	11	6	3		2	
BENI	19	17		2		
PANDO	15			15		
TOTALES	310	261	24	17	5	3
%		84%	8%	5%	2%	1%

Fuente: Elaboración según resolución Ministerial N° 450

Tal como se refleja en las tablas 6 y 7, la Caja Nacional de Salud es la que tiene mayor presencia en el ámbito municipal a nivel nacional, seguida muy de lejos por la Caja Petrolera de Salud y la Caja de Salud de Caminos, dejando a la Caja Cordes y la Caja de Salud Bancaria con una participación bastante reducida.

Para la atención del Seguro Médico Gratuito de Vejez, las Cajas de Salud tuvieron a cargo un número proporcional de Municipios, establecido en relación a la cobertura y alcance espacial que tienen en el territorio nacional. Dicha distribución estaba sustentada en la Resolución Ministerial N° 450 de 16-10-1998 y que en términos porcentuales es la siguiente:

Tabla 8

CAJA	MUNICIPIOS	%
Caja Nacional de Salud	261	84%
Caja Petrolera de Salud	24	8%
Caja Caminos	17	5%
Caja CORDES	5	2%
Caja Bancaria	3	1%

5.2.3 La prestación de servicios de salud del SMGV

Los servicios de salud que cubrió el Seguro Médico Gratuito de Vejez dirigidos a los adultos mayores de 60 años se concentraron en los siguientes aspectos: las consultas médicas, es decir, la atención en Consultorios, Policlínicos y Postas médicas; exámenes auxiliares de diagnóstico, que incluyen exámenes de laboratorio, Rayos X, Ecografías y otros; hospitalización, referida a atención en Hospitales y Centros de Especialización durante el tiempo que requiera la recuperación del paciente; intervenciones quirúrgicas, que comprende operaciones de cualquier naturaleza que requiera el paciente; provisión de medicamentos, que considera la entrega de los medicamentos que prescriba el médico en forma GRATUITA; la medicina preventiva, que comprende ayuda profesional médica, psicológica, social e integral y; la atención odontológica.

Para recibir las prestaciones de salud otorgadas por la Caja Nacional de Salud, la persona Adulta Mayor, presenta el Formulario AVC-04-A, pudiendo el titular del mismo recibir atención en cualquier punto del país. El Seguro Médico Gratuito de Vejez, comprendía todas las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedad, Medicina Preventiva y Accidentes No Profesionales establecidas en el Código de Seguridad Social.

5.2.4 Las instancias encargadas de la implementación del SMGV

El curso de las acciones y procesos diseñados para la implementación del Seguro Médico Gratuito de Vejez como una Política Pública, requiere de los actores y operadores intervinientes, con el propósito de alcanzar resultados esperados de manera eficiente y eficaz. Eficiente en términos de desarrollar competencias adecuadas y oportunas, y eficaz, en la medida de lograr satisfacer las necesidades la población de Adultos Mayores. Para este objeto, las instancias a cargo del SMGV son:

- 1) Ministerio de Salud y Previsión Social
 - a) Ministro (a)
 - b) Viceministerio de Previsión Social

- c) Dirección General de Seguros de Salud
- d) Dirección del Adulto Mayor
- e) Coordinación Nacional del SMGV

2) Caja Nacional de Salud

Gerencia General – Instancia Ejecutiva

a) Nivel Salud. -

-Gerencia de Servicios de Salud

-Jefaturas médicas de Regionales y Distritales

-Personal operativo de base: médicos, personal de enfermería, Auxiliares, laboratoristas, técnicos, manuales.

b) Nivel Administrativo. -

-Gerencia de Servicios Generales

-Unidades de Afiliación, Vigencia de Derechos, Cotizaciones, Cobranzas, Coactiva, Trabajo Social, Coordinación Nacional SMGV – CNS

5.3 El proceso administrativo

La puesta en marcha del Seguro Médico Gratuito de Vejez se desarrolló después del diseño organizacional y de la medición de las capacidades de prestación de servicios de la Caja Nacional de Salud mediante la elaboración de un protocolo administrativo que recabara la información necesaria de los beneficiarios.

Desde el punto de vista del registro, el proceso administrativo diseñado por la Caja Nacional de Salud para la atención de los adultos mayores de 60 años se desarrolló a través de los siguientes pasos: inscripción, afiliación, bajas y el listado de altas y bajas.

En relación al registro, el primer paso para que la persona Adulta Mayor, tenga acceso a recibir prestaciones de salud por el Seguro Médico Gratuito de Vejez en la Caja Nacional de Salud, está referido a su inscripción en el Municipio más próximo a su lugar de vivienda, presentado para el efecto uno de los siguientes requisitos que acredite que la persona Adulta Mayor tiene 60 años o más:

- Cédula de Identidad
- Carnet de Registro único Nacional (RUN)
- Libreta de Servicio Militar
- Cédula de Registro de Identificación Nacional (RIN)

A su vez, el Municipio, procede al registro e inscripción de la persona mayor, utilizando para el efecto el Formulario denominado Ficha de Inscripción Municipal del SMGV, en el que se llena los datos del Adulto Mayor: nombre y apellidos, lugar de vivienda, dirección, fecha de nacimiento, edad, estado civil, documento de inscripción, firma o huella digital que plasma como declaración voluntaria, consignando que los datos del Formulario son veraces, que no tiene ningún tipo de seguro de salud y tiene residencia en el Municipio.

La acreditación de la residencia de la persona Adulta Mayor se demuestra al realizar la inscripción en la jurisdicción municipal, no importando el lugar de nacimiento que puede ser distinto, lo que significa que el derecho a la inscripción nace por el lugar a la residencia y no por el lugar de nacimiento.

La afiliación, se realiza con la Ficha de Inscripción, la persona Adulta Mayor, se aproxima a las oficinas de la Regional o Distrital de la Caja Nacional de Salud. El personal asignado, procede a su Afiliación, utilizando para ello el Formulario denominado AVISO DE AFILIACIÓN AVC-04-A, en el que se toman los datos de la persona y se consigna la Matrícula del Asegurado.

El Formulario AVC-04-A, es el documento válido para su presentación en el Centro de salud de la CNS y el derecho de la persona Adulta Mayor para que se le otorgue las prestaciones de salud que se requieran.

Respecto a las bajas, en los casos de fallecimiento, cambio de residencia a otro departamento, región o distrito, doble inscripción, renuncia al Seguro; la persona o

familiar, dará aviso correspondiente para proceder a su BAJA. Para el efecto la CNS proporcionará el Formulario denominado *AVISO DE BAJA AVC-07-A (Anexos).

El listado de altas y bajas considera que dentro los primeros 30 días de iniciado cada período semestral, el Gobierno Municipal presentará a la Regional o Distrital de la Caja Nacional de Salud, un listado general de los Inscritos Adultos Mayores y las Bajas producidas al 30 de junio ó 31 de diciembre del año respectivo.

Fruto de este procedimiento administrativo y el monitoreo del SMGV, la población asegurada fue oscilando entre el año 1998 al 2006 de acuerdo a los datos de la siguiente tabla, en la que se introducen también, los datos poblacionales obtenidos en los Censos nacionales procesados por el Instituto Nacional de Estadística, INE, correspondiente a los años 1992 y 2001.

Tabla 9 - POBLACIÓN ASEGURADA EN EL SMGV EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD 1998 - 2006

GESTION	Nº AFILIADOS SMGV - CNS	POBLACIÓN ASEGURADA CNS	%ASEGURADA A CNS	%POBLACIÓN NASEGURADA A SMGV-CNS	POBLACIÓN BOLIVIA CENSO 1992 (INE)	POBLACIÓN BOLIVIA CENSO 2001 (INE)
1998	18.620	1.704.524	26,63	1,09	6.399.936	8.274.325
1999	53.662	1.716.622	26,82	3,13		
2000	87.682	1.851.540	28,93	4,74		
2001	114.063	1.879.554	22,72	6,07		
2002	126.619	1.923.607	23,25	6,58		
2003	141.621	2.033.265	24,57	6,97		
2004	155.087	2.171.485	26,24	7,14		
2005	177.566	2.158.103	27,29	7,86		
2006	205.784	2.298.937	27,78	8,95		

Fuente: Anuarios CNS e INE

El cuadro, demuestra el alcance que tuvo el SMGV en el aseguramiento de las personas adultas mayores a la Caja Nacional de Salud, en el período que tuvo vigencia la Ley N° 1886. La población asegurada al SMGV en la CNS, arroja porcentajes bajos y no precisamente aquellos óptimos que se esperaban, con relación al número total de la población de Adultos Mayores 615.773 (INE. Censo 2001); sin embargo, en un análisis

cualitativo, los derechos y privilegios para con los adultos mayores, específicamente en el área de salud han representado avances importantes referidos en la dotación paulatina y gradual de recursos humanos, profesionales, administrativos y paralelamente de insumos, medicamentos y readecuación y habilitación de ambientes exclusivos para la otorgación de las prestaciones de salud.

5.3.1 Fases del proceso de implementación del SMGV

1ª FASE - Elaboración, aprobación y promulgación de la normativa legal

Se tiene la Ley N° 1886, promulgada el 14 de agosto de 1998, Decreto Supremo N° 25186 de 30 de septiembre 1998 y disposiciones legales conexas.

2ª FASE. -Contempla dos momentos imprescindibles:

a) Difusión y capacitación sobre los alcances de las normas del SMGV

La difusión y capacitación está bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y Previsión Social a través de sus Unidades específicas, como son la Dirección General de Seguros de Salud y la Coordinación Nal. del SMGV, dirigidas a autoridades, personal médico, administrativo de los Municipios y de las Cajas de Salud.

Por parte de la Caja Nacional de Salud, la Unidad administrativa para la difusión y capacitación es la Coordinación Nacional del SMGV – CNS

b) Provisión de materiales administrativos necesarios (ANEXOS)

Por parte del Ministerio de Salud y Previsión Social

- Ficha de Inscripción Municipal
- Formulario SMGV – I SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES
- Formulario SMGV – II RESUMEN SEMESTRAL DE COTIZACIONES
- Nómina de Asegurados (SEMESTRAL)

- Nómina de Bajas (SEMESTRAL)
- Afiches
- Normativa legal del SMGV

Por parte de la Caja Nacional de Salud

- AVC – 04 A AVISO DE AFILIACIÓN
- AVC – 07 A AVISO DE BAJA
- Trípticos

3ª. FASE. -Aplicación y ejecución de la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez en la Caja Nacional de Salud.

La responsabilidad en la aplicación y ejecución del SMGV, la conllevan, desde las Autoridades Ejecutivas hasta las administrativas - operativas de la Institución:

- ✓ Honorable Directorio
- ✓ Presidente Ejecutivo
- ✓ Gerente General
- ✓ Gerente de Servicios de Salud
- ✓ Gerente Servicios Generales
- ✓ Administradores Regionales
- ✓ Agentes Distritales
- ✓ Coordinador Nacional SMGV – CNS
- ✓ Jefes Médicos
- ✓ Jefes de las Áreas Administrativas específicas

Autoridades de la Caja Nacional de Salud que desempeñaron funciones ejecutivas en el período 1997 – 2006, período de vigencia del SMGV:

Tabla 10 - AUTORIDADES EJECUTIVAS CNS 1997 A 2006

GESTIÓN	NOMBRE	CARGO
1997 - 2001	Dr. Jaime Gallo Garabito	Presidente Ejecutivo
1999	Lic. Amalia Irigoyen	Gerente General
1999 - 2001	Ing. Jaime Ascarrunz Eduardo	Gerente General
2001	Dr. Juan Manuel Arriarán Cuéllar	Presidente Ejecutivo
2001	Dr. Héctor Chávez La Faye	Gerente General
2002 - 2003	Lic. Gabriel Arteaga Cabrera	Gerente General
2004 - 2005	Lic. Lexin Arandia Saravia	Gerente General
2006	Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia	Gerente General
2011	Dr. Saúl Peredo Ledezma	Gerente General

4ª FASE. - Adecuación de los Recursos Institucionales de la CNS, para la atención del Seguro Médico Gratuito de Vejez, SMGV.

Dadas las circunstancias y características del contexto que se tuvo para la implementación de la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez en el período 1998 – 2006, la Caja Nacional de Salud, dispone para la atención y otorgación de las prestaciones de salud por el SMGV los recursos institucionales con que cuenta:

- a) Infraestructura: Consistente en Hospitales, Policlínicas y Puestos Médicos.
- b) Recursos humanos: De salud y Administrativos.
- c) Materiales e insumos: Parque automotor, implementos sanitarios, mobiliarios y de oficina.

5.4 Los resultados.

En el contexto temporal en que se implantó el Seguro Médico Gratuito de Vejez, fines de la década de los años noventa, las condiciones de vida de las personas mayores en nuestro país, se caracterizaron por la extrema pobreza en la que vivían, estando afectados por situaciones de exclusión social, falta de posibilidades de participar en actividades de desarrollo, muy limitado acceso a la atención sanitaria, la falta de redes de servicios sociales, viviendas que no reúnen condiciones dignas. Estas condiciones de vida han tenido que desembocar en el deterioro de la salud y muy especialmente en las mujeres adultas. Por ello, la salud, es una de las preocupaciones básicas de los Adultos Mayores.

Frente a este panorama, el Seguro Médico Gratuito de Vejez, se constituyó en un alivio y esperanza para las personas Adultas Mayores, para poder acceder a servicios médicos de las Cajas de Salud del Sistema de Seguridad Social, en busca de encontrar la cura de sus dolencias y preocupaciones de salud.

“El mayor de sesenta años no tenía atención, se le brindaba una atención médica que nunca había tenido” (Entrevista al Ex Gerente General de la CNS, Dr. Saúl Peredo Ledezma, 20 de octubre 2020 hrs. 21:30 vía whatsapp).

Una de las razones que daba cuenta sobre el porqué fueron las Cajas de Salud quienes debían asumir las tareas de brindar las atenciones sanitarias a la población de Adultos Mayores por el Seguro Médico Gratuito de Vejez, fue el referido a que los recursos con los que contaban a nivel de infraestructura, recursos humanos, equipamiento, insumos y logística estaban en mejores condiciones que los del Sistema Público de Salud.

En la Caja Nacional de Salud, sin duda, una vez implantado la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, se dieron las bases esenciales sanitarias, desde el acceso relativamente sostenible a la consulta médica en el primer nivel, de ahí en más y de manera progresiva, hasta la resolución de patologías de alta complejidad.

“Gracias al Seguro Médico Gratuito de Vejez, la Caja Nacional de Salud, fue la primera Institución que tuvo que habilitar un Centro específico a un comienzo, como ha sido la Clínica Geriátrica para atender exclusivamente a las persona mayores de sesenta años” (Entrevista al Director de la Clínica Geriátrica de la CNS, Dr. Julio Aranibar Escarcha, 22 de octubre 2020 hrs. 20:30 vía whatsapp).

Con la puesta en ejecución del mandato de la norma del Seguro Médico Gratuito de Vejez, en la Caja Nacional de Salud, en sus diferentes áreas asistenciales a nivel nacional, regional y distrital, hubo readecuaciones y re-funcionalidades para propiciar la inclusión social en la atención sanitaria al grupo de las personas mayores que no contaban con ningún tipo de seguro de salud. De esta manera, el problema principal referido a la

inmediata y obligatoria otorgación de prestaciones de salud al grupo etéreo estaba inicialmente resuelto.

No obstante, de las limitaciones y posibilidades, en el proceso mismo de la realización y aplicación del Seguro Médico Gratuito de Vejez, la Política Pública de este Seguro, cumplió sus alcances y objetivos apegados a los principios básicos de la Seguridad Social: Solidaridad, inclusión del grupo social de Adultos Mayores en atenciones de salud; Universalidad, atención sanitaria a toda la población de Adultos Mayores que lo requiera; Integralidad, cobertura amplia en las atenciones de salud a los Adultos Mayores; Participación, interacciones socio-recreativas inclusivas entre profesionales de salud, administrativos con los Adultos Mayores; Eficiencia, disponer y utilizar todos los recursos en beneficio de los Adultos Mayores.

En opinión del Sr. Lorenzo Mamani Marino, Responsable de la Unidad de Cotizaciones – Cobranzas de la Caja de Salud Caminos (entrevista realizada el día jueves 22 de octubre de 2020, hrs. 16:30, modalidad interpersonal), “...una de las experiencias institucionales que se asimilaron, luego de la participación de las Cajas de Salud en la gestión de la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, se centró en posibilitar **la ampliación de cobertura a favor de los beneficiarios de la tercera edad**, tal como sucedió en la Cajas consideradas como pequeñas, como la Petrolera, CORDES y la Caja Caminos...”

Pero, como toda Política Pública, perfectible en el tiempo, durante la gestión y aplicación del Seguro Médico Gratuito de Vejez, también se advirtió claras y evidentes exclusiones sociales y de salud, tales como: a) el carácter inequitativo en el acceso a los servicios de salud de grupos de Adultos Mayores con menores ingresos económicos; b) el modelo de atención sanitaria dio mayor énfasis a la atención médica curativa, especialmente la de tipo hospitalario, en detrimento de las acciones básicas de atención primaria; c) alta medicalización de los servicios, la resolución de los problemas de salud de las personas adultas mayores, estuvo vinculada, en la mayoría de los casos, al único

recurso que es la prescripción farmacéutica, d) no se superaron principales barreras de orden geográfico, lo que dio lugar a mantener la elevada dispersión poblacional, así como poca accesibilidad caminera, sobre todo en el área rural.

Entre las barreras de orden cultural, parece ser que la principal barrera es la actitud excluyente del personal de salud. Por una parte, la población de 60 y más años de edad de origen indígena no se expresa en español y el personal de salud generalmente no conoce los idiomas nativos como el aymará, quechua y guaraní, tampoco se contaba con medios alternativos para atender esta deficiencia, es decir, “no hay conciencia institucional” para realizar acciones que cierren esta brecha; se podría por ejemplo, incorporar en la planta de personal a personas indígenas que ayuden en la comunicación o promover redes de voluntariado que ayuden en la comunicación.

Subyacen a esta situación prejuicios sociales que devienen en una concepción social negativa acerca del envejecimiento. Se considera a las personas mayores como personas sin derecho y como personas “que al haber vivido” deben dejar de vivir a los demás. No hay un concepto de envejecimiento como un proceso continuo presente en el ser humano desde su concepción hasta su muerte.

“Hemos entrado ya en la vida de países con un envejecimiento que no puede seguir siendo ignorado, tiene que haber un modelo gerontológico donde se puede identificar un problema, no necesariamente de salud, no nos olvidemos que ahora estamos medicalizando, estamos medicalizando mucho”. “**problemas de soledad**, se derivaban como somatizaciones para atenderlos y si el médico no entiende bien el problema, solo medicaliza, consecuentemente la medicalización acarreó aspectos negativos”. Sin embargo, “...el Seguro Médico Gratuito de Vejez, identificando todas estas cosas, nos ha enseñado a que nosotros debemos consolidar la atención gerontológica, no tanto la geriátrica, eso es lo que nos ha enseñado el Seguro de Vejez y eso nos ha ayudado bastante para elevar nuestra calidad en la atención a los pacientes ancianos” (Entrevista al Director

de la Clínica Geriátrica de la CNS, Dr. Julio Aranibar Escarcha, 22 de octubre 2020 hrs. 20:30 vía whatsapp).

Esta concepción social, acerca del envejecimiento, genera en la población y en el personal de salud un sentido de “postergación” en la atención de las necesidades de las personas adultas mayores, postergación que se hace mucho más visible cuando se trata de la atención de los beneficiarios del Seguro Médico Gratuito de Vejez; pues, existe la convicción de que no hay retribución económica adecuada para la prestación de este servicio y que el mismo genera pérdidas a la Institución.

Se ha advertido, además, aspectos discriminatorios y de desconocimiento de derechos de las personas adultas mayores, traducidos en el maltrato en los ámbitos administrativos y de salud, expresiones como “si no tienes documento de identidad no te atenderemos”, “prolongados tiempos de espera”, “falta de medicamentos”, “no escuchan sus dolencias”, “apenas se los mira”, “vuélvase para sus análisis”, “falta de interés” entre otros, son las quejas y situaciones de las personas mayores que acuden a los servicios de salud.

En resumen, el Seguro Médico Gratuito de Vejez, como Política Pública implantada en la Caja Nacional de Salud, cumplió los objetivos básicos propuestos en la norma, además sirvió de base y como referencia para los siguientes seguros públicos como el SSPAM y el SUS.

Los logros de la política pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, implementado entre 1998 y 2005, por parte de la Caja Nacional de Salud se refleja en los siguientes cuadros, organizados de acuerdo a la estructura nacional, regional y distrital de la CNS.

**Tabla 11 - RESUMEN NACIONAL DE CONSULTAS MÉDICAS Y DENTAL
POR REGIONALES Y DISTRITALES, SEGURO MÉDICO GRATUITO DE
VEJEZ - CNS**

REGIONALES- DISTRITALES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTALES	78,852	97,266	159,290	238,117	273,231	261,454	295,444	360,740	398,909
LA PAZ	20,751	37,060	56,268	68,470	72,568	78,951	94,524	117,113	132,296
COCHABAMBA	9,500	11,841	17,092	23,862	30,916	8,505	14,613	23,122	25,042
SANTA C RUZ	19,676	31,845	27,864	65,990	84,596	98,484	97,001	109,032	122,377
CAMIRI	774	-	1,089	-	-	-	-	-	-
VALLEGRANDE	1,828	-	1,919	5,545	6,207	5,667	5,621	6,974	7,122
MONTERO	-	-	2,014	10,993	11,470	13,592	11,428	12,154	15,532
ORURO	4,612	23	6,092	4,714	3,735	5,707	11,005	12,519	13,679
POTOSÍ	1,950	2,899	7,426	9,195	9,044	1,704	5,526	8,044	9,968
TUPIZA	5,891	398	7,798	8,647	9,433	7,560	10,361	10,690	11,144
UNCÍA	2,126	267	2,959	2,049	2,804	2,193	2,630	2,356	2,900
UYUNI	921	923	1,778	2,178	2,262	2,135	1,886	1,643	1,832
ATOCHA	169	495	818	782	810	929	762	3,909	1,204
SUCRE	1,702	1,155	2,419	14,406	9,958	2,203	5,894	14,881	20,552
CAMARGO	-	-	531	2,027	1,535	633	1,704	2,050	2,292
TARIJA	991	6,706	12,564	9,395	14,836	16,233	15,428	18,698	19,159
YACUIBA	1,833	-	1,923	-	-	-	-	-	-
TRINIDAD	2,653	300	3,703	6,156	10,186	12,872	10,132	10,649	7,270
RIBERALTA	2,208	-	3,124	-	-	-	-	-	-
GUAYARAMERÍN	608	3,354	1,909	3,708	2,871	4,086	6,929	6,906	6,540
COBLJA	659	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALES	78,852	97,266	159,290	238,117	273,231	261,454	295,444	360,740	398,909

Fuente: CNS. Anuario 1998 - 2006

A partir de estos datos se puede señalar que el SMGV tuvo un mayor impacto en los municipios de los departamentos del eje central del país: La Paz, Santa Cruz, Cochabamba. En igual medida, las Distritales que tuvieron un desempeño significativo en la prestación de los servicios fueron, Montero, Tupiza, Guayamerón, Uncía y Valle Grande.

Tabla 12 - RESUMEN NACIONAL DE CONSULTAS MÉDICAS Y DENTAL POR ESPECIALIDADES, SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ - CNS

ESPECIALIDADES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTALES	78,852	97,266	159,290	238,117	273,231	261,454	295,444	360,740	398,909
MED.GRAL.	17,193	22,601	54,451	79,747	93,527	108,798	109,468	141,623	150,831
MED.FAM.	43,369	56,826	67,923	80,620	87,422	60,905	77,011	88,896	109,696
CIR.GRAL.	1,766	718	1,751	5,803	6,324	6,724	7,564	10,283	10,813
GINECOLG.	495	244	877	1,284	1,506	2,066	2,394	2,150	2,205
OTORRIN.	549	1,042	2,097	4,018	4,141	2,422	3,689	4,351	4,724
OFTALMO.	2,202	2,065	3,153	6,319	6,751	6,908	7,848	9,493	9,312
TRAUMAT.	1,204	1,431	2,430	3,471	4,583	4,554	6,926	6,759	7,240
CARDIOLO.	1,472	1,620	3,220	7,112	9,664	10,989	12,312	13,580	14,325
NEUROLOG.	632	527	848	2,398	2,741	2,945	2,693	3,726	4,364
PSIQUIATRIA	168	775	1,125	1,662	1,787	1,868	2,612	2,027	3,413
REUMATO.	266	361	639	985	993	583	613	835	1,244
GERIATRIA	1,514	626	4,126	7,990	5,756	2,878	4,465	-	-
UROLOGIA	621	573	2,072	3,040	5,041	5,543	6,929	8,509	9,140
NEUMOLOG.	671	615	1,571	3,008	3,274	3,739	3,935	4,418	5,331
EMERGENC.	6,080	6,831	7,372	22,331	24,886	26,574	30,482	44,053	40,006
DENTAL	650	411	1,633	1,857	4,945	5,328	7,056	9,271	10,257
MED.TRABA.	-	-	-	1	-	-	-	-	-
GINECO-OBS.	-	-	257	871	876	250	272	380	254
DERMATOL.	-	-	923	1,241	2,541	1,814	1,483	1,706	2,625
ENDOCRINO.	-	-	844	1,293	1,478	1,076	1,769	2,188	3,039
GASTROENT.	-	-	1,206	1,670	1,969	1,947	1,939	1,938	3,083
NEFROLOGÍA	-	-	377	612	722	1,040	1,357	1,789	3,622
ONCOLOGÍA	-	-	175	266	1,154	1,434	1,467	1,816	1,881
PROCTOLOG.	-	-	98	353	784	734	645	759	523
HEMATOLO.	-	-	122	165	366	335	515	190	981
TOTALES	78,852	97,266	159,290	238,117	273,231	261,454	295,444	360,740	398,909

Fuente: Anuario CNS 1998 - 2006

En relación a las consultas médicas y de especialidad brindadas en el marco del SMGV se debe señalar que estas alcanzaron más de 2.163.303 atenciones. Del conjunto de intervenciones se realizaron en su mayoría en medicina general y medicina familiar y en menor medida en las otras especialidades.

En suma, los datos de las tablas 11 y 12, muestran un crecimiento aproximado de un 27% anual, de la necesidad de las personas aseguradas en el SMGV en acudir a los servicios de salud con que cuenta la Caja Nacional de Salud. Esta realidad, obviamente, también tuvo un impacto negativo en la calidad de las atenciones de salud, pues, en momentos se llegó a colapsar los servicios de salud, afectando de modo directo a la población asegurada en el Seguro Obligatorio de Corto Plazo.

Empero, a decir de Iván Salinas Miranda (1990) “...La implementación de estos nuevos Seguros como son el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) y el Seguro Básico de Salud (SBS), evaluados en función a tres factores de producción: recursos humanos, financieros y materiales, estos Seguros no tienen el sustento técnico económico financiero, sino más bien político, ocasionan serios desfases en el régimen económico financiero de la Caja Nacional de Salud”.

5.5 LA EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ

En consideración a que la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, caso Caja Nacional de Salud, ha sido objeto de análisis, estudio e investigación en el Trabajo Dirigido, relativo al proceso de su implementación y la vigencia que tuvo en el período 1998 – 2006, indudablemente, da lugar a realizar una síntesis evaluativa ex post, enmarcada en términos de resultados obtenidos e impacto causado.

Esta evaluación considera la identificación de las mejores prácticas, así como el análisis de los aspectos positivos y negativos.

5.5.1 Lo positivo

a) Área social

-La norma del Seguro Médico Gratuito de Vejez, tiene alcance universal para los Adultos Mayores de 60 años o más.

- “Las Cajas de Salud pusieron todo el esfuerzo institucional necesario para el tema de la afiliación de los ancianos de la tercera edad al Seguro Médico Gratuito de Vejez y también se desarrollaron tareas para hacer conocer los derechos que tienen los Adultos Mayores como el acceso gratuito a recibir prestaciones de salud en todos los niveles de atención, entrega de medicamentos, cirugías e internaciones”. (Entrevista al Responsable de la Unidad de Cobranzas y Cotizaciones, Caja de Salud Caminos, Sr. Lorenzo Mamani Marino, 22 de octubre de 2020, hrs. 16:30, modalidad interpersonal)

b) Área de salud

- Se cumplió con la otorgación de prestaciones de salud en los 3 niveles de atención.
- El desarrollo en la aplicación y ejecución del SMGV, promovió la formación y capacitación de médicos y profesionales en especialidades como la Geriatría y Gerontología.
- Se logró crear y readecuar consultorios médicos exclusivos para la atención del SMGV.
- En varias Regionales y Distritales, se logró construir, equipar servicios médicos, dental, laboratorios, con recursos provenientes del SMGV. Tal el caso de la Distrital de Guayaramerín. Año 2005. Compra y equipamiento del servicio dental.
- “Un otro beneficio, fue que la Caja les daba equidad de atención, eso sí hay resaltar que, nunca ha habido una diferencia, es decir, los que estaban asegurados por el Seguro Médico Gratuito de Salud y otra suerte para los que estaban asegurados en la Caja, ambos tenían la misma atención”. (Entrevista al Ex Gerente General de la CNS, Dr. Saúl Peredo Ledezma, 20 de octubre 2020 hrs. 21:30).

c) Área financiera

- Se desarrollaron tareas y acciones conjuntas con las Cajas de Salud participantes del SMGV: Caja Nacional de Salud, CNS – Caja Petrolera de Salud, CPS, Caja CORDES y Caja de Salud Caminos, dirigidas a presentar reclamos al Ministerio de Salud y Previsión Social para el pago de primas de cotizaciones y deudas generadas por el SMGV.

d) Área política

- La Política Pública del SMGV, sirvió como base y referente para la creación e implementación de las siguientes Políticas Públicas de Salud como el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor, SSPAM, Seguro de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, PSSI, Sistema Único de Salud, SUS.

e) Área Institucional

- El buen trato, respeto, tolerancia, fueron asimilados y puestos en práctica de manera paulatina y progresiva, por el personal médico y administrativo en la atención y relación interpersonal a los Adultos Mayores.
- Se desarrollaron acciones de coordinación, seguimiento y supervisión permanentes a las Administraciones Regionales y Distritales en las etapas de inicio y vigencia en el desarrollo y aplicación del SMGV.

“La evaluación de la participación de la Caja Nacional de Salud en el Seguro Médico Gratuito de vejez es sumamente positivo, como una respuesta patriótica a una necesidad social y como ejemplo para las otras instancias. Mucha gente del Seguro de Vejez que ha sido atendida en el SSPAM, siempre ha venido reclamando, ¿por qué no nos atiende la Caja?, pues, creo, que hemos sido un ejemplo de atención en ellos, gracias a Dios tener un Centro específico, lo que no hay en otro Seguro. Después de 22 Años encontramos profesionales más jóvenes que ya manejan terminología geriátrica, Es porque la Institución se está empapando de lo que es más la Geriátrica y la Gerontología. No debemos olvidarnos que todo este crecimiento se debe al Seguro Médico Gratuito de Vejez”...

Estamos tomando más conciencia gerontológica, seguiremos avanzando, estamos con bases muy sólidas para seguir haciendo lo que yo llamo una “cultura gerontológica”, ese es el mejor balance, que la gente entienda, que la gente conozca que el envejecimiento se apoya, es un proceso más dentro de la vida...

La mejor experiencia que se ha tenido ha sido la refería haber constituido la fuerza institucional, la misma tiene seis caras: una cara somática, una cara funcional, económica, psicológica, una social y el problema del anciano es multifactorial. Por ello, la Caja en este momento a través de su accionar en Geriátrica y Gerontología, es una referencia nacional.” (Entrevista al Director de la Clínica Geriátrica de la CNS, Dr. Julio Aranibar Escarcha, 22 de octubre 2020 hrs. 20:30).

5.5.2 Lo negativo

a) Área social

- Insuficiente apoyo de profesionales Gerontólogos a las necesidades individuales, familiares y comunitarios de los Adultos Mayores.
- Problemas y dificultades de los Adultos Mayores, para acceder a los servicios de inscripción, atenciones de salud, derechos y privilegios que otorga el SMGV.
- Se dieron casos aislados de actitudes de discriminación, en la atención oportuna a los requerimientos y necesidades de los Adultos Mayores en los procesos de inscripción, afiliación y otorgación de prestaciones de salud.

b) Área de salud

- En muchos casos, no se desarrollaron servicios móviles de atención de servicios médicos y administrativos a los Adultos Mayores que viven en el área rural, puesto que presentaron mayores dificultades para acceder a los servicios médicos y administrativos que proporciona el SMGV, viviendas muy alejadas y distantes.

“Refiriéndonos al área rural decíamos, la gente del campo antes venía a buscar herramienta, ahora viene a buscar medicamento, claro ahí fue el cuestionamiento de que por qué se puso al Seguro, Gratuito, eso de alguna manera sembró en nuestros ancianos, especialmente en el área rural, de que ahora ya tenían un ingreso irrestricto a tener medicamentos y los niveles en el área rural, no cubríamos mucho con la Caja Nacional de Salud, era más nuestro accionar ciudadano”

“En un comienzo, yo creo que fue negativo, porque hemos ido sembrando enfermedad en gente que realmente no estaba enferma y tenía cambios por el pasar del tiempo, lo que tenía algo superficial que podía ser manejado con una estrategia de autocuidado, de alguna forma hemos ido enfermando más a la gente al comienzo” (Entrevista al Director de la Clínica Geriátrica de la CNS, Dr. Julio Aranibar Escarcha, 22 de octubre 2020 hrs. 20:30).

c) Área institucional

-Disfuncionalidad por parte de los Municipios, en los procesos administrativos de inscripción a los Adultos Mayores de sus jurisdicciones.

-No se logró alcanzar o aproximarse al 100% de inscripción y afiliación de la población de Adultos Mayores, en los Municipios de las urbes ciudadanas, ciudades intermedias y Municipios Provinciales.

d) Área política

-La ingobernabilidad en los Municipios, ocasionó: pérdida o extravío de la documentación.

-Insuficiencia de voluntad institucional para la suscripción de Convenios entre Municipios y las Cajas de Salud para la prestación de atenciones de salud en aquellos lugares donde las Cajas no cuentan con infraestructura instalada.

-En la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, no se previó la inclusión de la Medicina Tradicional, Ancestral y los conocimientos naturistas de las personas,

autoridades y curanderos que son parte inherente en el quehacer de los pueblos y comunidades.

-En varias Regiones, Distritos y Municipios no se logró eliminar o superar las barreras arquitectónicas, culturales, idiomáticas, lo que impidió que los diferentes servicios sanitarios y administrativos que se otorgan a los beneficiarios del SMGV no sean de calidad, en su lugar se tornen ineficientes y poco o nada eficaces.

e) Área financiera

-Incumplimiento en el pago oportuno de las primas de cotizaciones del SMGV, lo que generó deudas devengadas por el T.G.N. 60% y por los Gobiernos Municipales 40%.

-Consecuencia del incumplimiento en el pago de las primas de cotizaciones 60% T.G.N. y 40% Municipios, la CNS procedió a la instauración de Procesos Coactivos Sociales, mismos que en la actualidad se encuentran con diferentes situaciones procesales.

-Iliquidez del T.G.N. para el pago de las primas de cotizaciones por el 60%.

- Producto del incumplimiento en el pago oportuno de primas de cotizaciones, se tienen procesos coactivos por los siguientes montos totales:

Tabla 13 - Deuda primas devengadas SMGV 60% T.G.N. (2 procesos coactivos)

Regionales	Bs. 51.773.495.22
Regional La Paz (Municipios Provinciales)	Bs. 31.173.869.93

Tabla 14 - Deuda primas devengadas SMGV 40% MUNICIPIOS (Procesos coactivos)

Municipios provinciales Departamento La Paz	Bs. 18.124.053,21
Municipios Provinciales Departamentales Cochabamba	Bs. 5.514.297,79
Municipio Total Departamento Oruro	Bs. 22.479,24

TOTAL, DEUDA PRIMAS DEVENGADAS SMGV Bs. 106.608.195,39

“En el ámbito administrativo, fue muy tedioso en sus procesos administrativos (el SMGV), lo que perjudicó en el desembolso de los recursos económicos de forma oportuna para las Cajas de Salud”.

“Por otra parte, debido al cambio frecuente de autoridades en los Municipios, no se pudo interactuar de la forma más adecuada, esto hizo que se acumulara la documentación en las Alcaldías, con el perjuicio de retrasar el pago de las deudas de forma inoportuna”. (Entrevista al Jefe de la Unidad de Bienes, Servicios y Contrataciones, Caja de Salud CORDES. Lic. Jhonny Aguirre Ledezma, 22 de octubre de 2020, hrs. 12:15, Modalidad interpersonal)

CONCLUSIONES

El Seguro Médico Gratuito de Vejez implementado a finales de la década del noventa se convierte, a la luz del análisis de políticas públicas, en una política gubernamental de corte vertical y procesual, de carácter exclusivista. Se trata de un esfuerzo político desarrollado en el marco de las acciones emprendidas por los gobiernos de entonces (Hugo Banzer-Tuto Quiroga y Gonzalo Sánchez de Lozada) para paliar en parte la deuda social heredada de la implementación de las medidas de ajuste estructural en Bolivia.

Siguiendo la lógica del proceso de toma de decisiones elitario que marcó la gestión pública del Estado Liberal, el SMGV respondió en su diseño a las definiciones de la cúpula política y las personas más cercanas al entorno presidencial, respondiendo, por un lado, a la necesidad de resolver el problema de financiamiento del anterior Seguro de Vejez, focalizado en los aportes de la Lotería Nacional y los gobiernos municipales y, por el otro, a la necesidad de impulsar una política social de atención de uno de los sectores más vulnerables de la sociedad.

La ausencia de un diagnóstico previo que diera cuenta de la situación de los adultos mayores en el país, así como la ausencia de estudios técnicos que midieran la relación costo – beneficio fueron rasgos centrales de esta política pública, de ahí que su definición estuviera señalada de manera escueta en el artículo 7 de la Ley 1886, de 14 de agosto de 1998, donde se señala la ampliación de las prestaciones de protección a la tercera edad, extendiéndose ésta a partir de los 60 años, ampliando el rango en 5 años más respecto al Seguro de Vejez anterior.

El problema de financiamiento pasó por tanto a depender de Tesoro General de la Nación y de los gobiernos Municipales, con lo que se pensó se resolvería el problema de sostenibilidad financiera que asegurara la atención en salud a los adultos mayores que no contaban con ningún seguro de salud. En esta medida si bien se requiere atender a esta población vulnerable la sostenibilidad financiera siempre estuvo en riesgo debido

principalmente a la ingobernabilidad municipal, que propiciaba el cambio de las autoridades ediles, y la asignación no prioritaria de recursos económicos al sector de salud.

En este sentido se puede concluir que el sector de salud, a pesar de los esfuerzos gubernamentales parciales, no ha logrado ser atendido de manera prioritaria, aspecto que afecta estructuralmente no sólo la infraestructura y equipamiento de los centros de salud, sino también la calidad y la calidez en la atención de los adultos mayores. En ese sentido, si bien en la lógica política se obtienen réditos electorales al anunciar este tipo de seguros de salud, los costos en la calidad de atención quedan escondidos a los reflectores de los medios de comunicación y la población en general.

Más aún, la carencia de una visión técnica en el proceso de hechura de la política pública hace que no se consideren aspectos relevantes en la calidad de los servicios, su focalización territorial y la identificación de las mejores alternativas para su implementación, prueba de ellos es la forma dispersa de ejecución del SMGV en los diferentes municipios, siendo así que aquellos de las ciudades capital cuentan con recursos suficientes para la prestación de los servicios y otros de las zonas más pobres del país no llegaron a beneficiarse de dicha política.

En igual forma, las debilidades institucionales y estructurales de la Caja Nacional de Salud también afectaron la óptima implementación del SMGV. El financiamiento del nivel central no siempre se ejecuta de manera regular y periódica, lo que genera vacíos en el financiamiento de este tipo de Seguros, así como incertidumbre sobre las capacidades de los centros de salud. Más aún, la formulación de políticas públicas atendiendo a criterios de corto plazo afecta la sostenibilidad de las políticas y un diseño integral de largo plazo.

En el otro lado de la moneda, en la perspectiva de visualizar la construcción cualitativa de una Política Pública, se tiene que considerar como base fundamental, la activa participación de los protagonistas beneficiarios en todas las fases que implican su puesta

en ejecución, obviamente, desde las etapas de su estudio de factibilidad, problemáticas y necesidades, consideradas como desafíos para solucionarlos.

Su valor en el ámbito público radica en asegurar una útil, consistente y sostenible política que permita en lo interno: orientar la asignación presupuestaria, cautelar la calidad del gasto y la definición de nuevas prioridades de programas, y en lo externo, contar con elementos suficientes para responder de manera efectiva a las demandas de los ciudadanos.

Definida de esta manera, el accionar de una Política Pública de salud debiera contener un mecanismo articulador y transversal, pues tiene el potencial de vincular los contenidos de formulación de las políticas públicas con su implementación, con la gestión de los recursos y los efectos sociales, y además, refleja la interacción entre los distintos sectores, así como también, la coordinación entre las diferentes instituciones públicas, entre las regiones y los niveles de gobierno (central, sectorial, estatal municipal), y con la sociedad civil.

En el caso específico de la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, se tuvo una visión de una política con características pragmáticas e imperativas. A nivel de las instancias identificadas como operadores, como las Cajas de Salud, los Municipios y el propio Gobierno representado por el Ministerio de Salud y Previsión Social, no se establecieron espacios de análisis, organización, planificación, que posibilitaran la construcción y estructura del Seguro Médico Gratuito de Vejez, considerada como Política Pública de Salud, lo que indudablemente, dio lugar a su implementación e implementación de arriba hacia abajo.

Sin embargo, desde el punto de vista social y político, la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, causó un impacto positivo, principalmente en la población de las personas Adultas Mayores de 60 años o más y también en sus familias y su entorno.

El no contar con un seguro de salud, dejó de ser un impedimento insuperable, pues, precisamente el Seguro Médico Gratuito de Vejez, permitió el acceso directo a hacer uso del derecho más fundamental que tienen los Adultos Mayores que es el derecho a la salud, a la vida, a través de la otorgación de prestaciones de salud.

En el plano social, el impacto fue significativo, por cuanto su inclusión como grupo etéreo, en las estructuras sanitarias de la Seguridad Social de Corto Plazo, garantizó y aseguró el amparo y protección de sus condiciones de vida, así estas hayan sido mínimas, y el relacionamiento social con la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

En el nivel político, el impacto tal vez no tuvo los resultados óptimos esperados, pero marcó un tiempo y espacio traducido en el desafío de poner en práctica la interacción de instituciones como las Cajas de Salud, Municipios, Ministerios y el propio Gobierno.

Producto de los hechos y experiencias suscitados por la Política Pública del Seguro Médico Gratuito de Vejez, se precisa, en términos de gestión, construir e implementar un modelo de atención en salud, no solamente dirigido a poblaciones de Adultos Mayores, sino a la población en general, tal que responda a las necesidades y demandas en una realidad concreta basado en un conjunto de principios, valores, normas e instrumentos que lo distinguan y hagan posible su puesta en práctica para trascender de una situación NO deseada a otra DESEADA, anteponiendo en todo momento el requisito básico que es la voluntad política.

Por tanto, deben existir compromisos que se sitúen por encima de la coyuntura y hacer que las acciones deban trascender los tiempos políticos o administrativos de una gestión gubernamental, es decir, de lo que se trata es de implementar un proceso de construcción colectiva y de ajuste continuo a las condiciones institucionales y de contexto.

PROPUESTA

El punto de partida ineludible y necesario para la formulación de una propuesta de mejora en la prestación de los servicios de salud a las personas adultas mayores, está en estrecha y directa relación con las posibilidades con que cuenta el sector público, que permitan, en el tiempo, contar con una Política Pública de Salud sustentable y confiable, orientada a satisfacer las principales necesidades de la población.

En este sentido, la Política Pública de Salud dirigida a la población de las personas adultas mayores debe contemplar dos aspectos necesariamente intervinculados e interdependientes el uno del otro: lo político, en términos del proceso de decisión y, lo técnico, en sentido de sus procedimientos y operatividad.

a) Lo político

La política y las políticas públicas son entidades diferentes, pero que se influyen de manera recíproca. Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Pero mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos.

Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno y de la oposición. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda de establecer políticas públicas sobre determinados temas, o de influir en ellas. A su vez, parte fundamental del quehacer del gobierno se refiere al diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas. El objetivo de los políticos consiste en llegar a establecer políticas públicas de su preferencia, o bloquear aquellas que les resultan inconvenientes.

En ese marco, los tomadores de decisiones, que busquen ampliar su legitimidad y su capacidad de mantenerse en los cargos públicos, deben considerar al momento de impulsar políticas públicas de salud, la participación de la población en general y de manera específica de los grupos meta a quienes irá dirigida la acción gubernamental, en este caso

de la población de adultos mayores del país, en los distintos momentos del ciclo de las políticas públicas. La participación ciudadana implica de esa manera en un requisito imprescindible que debe considerar el gobierno para la formulación de sus políticas sociales. Por ende, se propone una adecuada distribución de competencias entre los diferentes responsables de los niveles de gobierno nacional y subnacionales y la transversalización de la participación en los diferentes ciclos de las políticas públicas.

Política Pública Nacional.- Con base a la selección, identificación de los fundamentales objetivos de interés público y social de la población de personas adultas mayores, el Gobierno tendrá a su cargo la elaboración y difusión de la norma legal que asegure el cumplimiento y la provisión de servicios de salud que deben ser alcanzados y supervisados de manera continua.

Políticas Públicas Regionales y Locales.- La responsabilidad de los gobiernos subnacionales: Departamentales y Municipales, deberá ser determinante en la consecución de los resultados y objetivos trazados, a través de normas regulatorias específicas propias para su jurisdicción y población, con el único propósito de precautelar la vida y salud de la población adulta mayor y su entorno.

Tanto la política nacional como las subnacionales, contendrán interacciones y lineamientos de apropiación social y de interés colectivo, (la vida y salud de los Adultos Mayores pertenezca a todos) que aseguren el cumplimiento de los objetivos planteados, y que en el tiempo contengan infaltables características como la estabilidad, vale decir, actores políticos con capacidad de concertar y preservar la coherencia y coordinación de la política pública de salud y hacer de ésta una confiable y creíble Política de Estado.

b) Lo técnico

Los cimientos ideológicos traducidos en términos técnico – operativos orientados hacia la consecución de una administración de la Política Pública de Salud para la población de mayores, deberá presentar en todas y cada una de las etapas de su puesta en ejecución y

aplicación, como condición sine qua non, caracteres irreductibles como la transparencia, eficiencia, eficacia, solidaridad y equidad.

Empero, la Propuesta planteada, sólo podrá alcanzar niveles de óptimos de resultados factibles, si acaso el pilar fundamental, demuestra sostenibilidad y garantía en el cumplimiento de las metas y objetivos, dicho pilar, es el financiamiento y los recursos económicos que se requieran. En esta perspectiva, considerando que la acción política es parte de la política pública se plantea atender el proceso de formulación, implementación y evaluación de dichos cursos de acción atendiendo a los siguientes criterios:

- Fundamentación amplia y no sólo específica (¿cuál es la idea?, ¿a dónde vamos?).
- Estimación de costos y de alternativas de financiamiento.
- Factores para una evaluación de costo-beneficio social.
- Beneficio social marginal comparado con el de otras políticas (¿qué es prioritario?).
- Consistencia interna y agregada (¿a qué se agrega?, o ¿qué inicia?).
- De apoyos y críticas probables (políticas, corporativas, académicas) y Oportunidad política.
- Lugar en la secuencia de medidas pertinentes (¿qué es primero?, ¿qué condiciona qué?).
- Claridad de objetivos
- Funcionalidad de los instrumentos
- Indicadores (costo unitario, economía, eficacia, eficiencia).

Estos criterios, sumados a la decisión de los políticos, consideramos permitirá atender de mejor manera la elaboración de políticas públicas en el área de salud, respondiendo de ese modo a las necesidades y demandas de los sectores vulnerables de la sociedad como el de la población de adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2014). El método de la investigación. Daena: International Journal of Good Conscience. 9(3), 195-204. Diciembre.
- Alenda, S. (2002). Condepa y UCS. ¿fin del populismo?, Opiniones y Análisis, vol. 57, pp.85-121.
- Anuarios estadísticos, Caja Nacional de Salud, 1998 a 2006. Sección archivo, Oficina Nacional
- Beveridge, W. (1943). Seguridad social y servicios afines. Informe presentado al Parlamento de Gran Bretaña el 22 de noviembre de 1942. Buenos Aires: Losada.
- Boneti, L. (2017). Políticas Públicas por dentro. 1ª ed. Ciudad Autónoma Buenos Aires: Libro digital, PDF
- Bonilla, A. (2003). La protección social: Una inversión constante durante todo el ciclo de vida para propiciar la justicia social, reducir la pobreza y fomentar el desarrollo sostenible. Ginebra: OIT.
- Bossert, Thomas, et. al. (2000). La descentralización de los servicios de salud en Bolivia. LACHSR Health Sector Reform Initiative 35, june
- Derpic, C. (2002). Consideraciones acerca de la reforma constitucional de 1994: el caso indígena. Rev Cien Cult [online]. n.10, pp. 9-15. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232002000100002&lng=pt&nrm=iso
- Dye, T. (1995). Understanding Public Policy, New Jersey: Prentice Hall.
- Eco, U. (1991). Cómo se hace una tesis. México: Gedisa.

- Exeni, J.L. (2016). Democracia Impactada. Coaliciones políticas en Bolivia (1985-2003). (1ra. ed.) Bolivia: Plural Editores.
- Garza Mercado, A. (2000). Normas de estilo bibliográfico para ensayos semestrales y tesis. México: El Colegio de México.
- González, J. (2002). Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 1, núm. 2, Bogotá-Colombia: Pontificia Universidad Javeriana Bogotá: Colombia, 18-24.
- Gutiérrez, R. y González S., J. (1990). Metodología del trabajo intelectual. 10ª ed. México: Esfinge.
- Guerrero C. (2006). El concepto de la Protección Social, Cuadernos de Protección Social, No. 3. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (2014). Metodología de la investigación, 6ta ed. México: McGraw Hill.
- Huenchuan, S. (2013) Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe La hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lindblom, C. E. (1991) El proceso de elaboración de políticas públicas. México: MAP-Miguel Ángel Porrúa Editores.
- Malloy, J. & Gamarra, E. (1995) The Patrimonial Dynamics of Party Politics in Bolivia. La construcción de instituciones democráticas. Sistema de Partidos en América Latina. Editado por Scott Mainwaring y Timothy R. Scully. Chile: CIEPLAN, 327-354.
- Mayorga, R. A. (1991). ¿De la anomia política al orden democrático?. La Paz, Cebem.

- Mayorga, R.A. (1994) Gobernabilidad y reforma política. La experiencia de Bolivia. *América Latina Hoy*, núm. 8, Salamanca España: Universidad de Salamanca. 35-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30800805> Extraído el 9 de diciembre de 2020.
- Mayorga, R.A. (2004) La crisis del sistema de partidos políticos en Bolivia: causas y consecuencias. *Cuadernos del CENDES*, vol. 21, núm. 57, septiembre-diciembre, Caracas Venezuela: Universidad Central de Venezuela, 83-114.
- Méndez, J. (2020). *Políticas Públicas. Enfoque estratégico para América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica y El Colegio de México.
- Merino, M. (2013) *Políticas Públicas: Ensayo sobre la intervención del estado en la solución de problemas públicos*. Colección Gobierno y Políticas Públicas, México: Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- OMS (2015) *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud*. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud.
- Peláez, E., & Ribotta, B. (2008). *Sociedad y Adulto mayor en América Latina - Estudios sobre envejecimiento en la Región*. En ALAP, *Envejecimiento y condiciones de vida de los adultos mayores en Latinoamérica: Comparación de tres países*. Rio de Janeiro: ALAP, 69-88.
- Picado, G. y Fabio Durán (2009) *República de Bolivia - Diagnóstico del sistema de seguridad social*. Serie Documentos de Trabajo, 214. Lima: OIT/ Oficina Subregional para los Países Andinos.
- Pinto, V. (2015). Una aproximación a la vulnerabilidad socio demográfica de los adultos mayores en Bolivia entre los años 2002 y 2012. *Temas Sociales*, (37), 149-193. Recuperado en 03 de junio de 2021, de

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0040-29152015000200008&lng=es&tlng=es.

- Rojas C., I. (2011). Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. *Tiempo de Educar*, vol. 12, núm. 24, julio-diciembre, Toluca México: Universidad Autónoma del Estado de México, 277-297.
- Romero, S. (2016). Sistema de partidos en Bolivia (1952-2015): del partido hegemónico al partido predominante. Flavia Freidenberg (Edit) *Los sistemas de partidos en América Latina, 1978-2015, Cono Sur y Países Andinos*, Tomo 2, México: UNAM-INE, Noviembre, 271-338.
- Salazar de la Torre, Cecilia, et. al. (2011) *Personas adultas mayores: desiguales y diversas. Políticas públicas y envejecimiento en Bolivia. Cuadernos de Futuro 29. Informe de Desarrollo Humano*. La Paz: PNUD.
- Salinas, Iván (2000). Impacto económico e institucional por la implementación de Nuevos Seguros en la Caja Nacional de Salud. *Trabajo Dirigido. Período 1990 – 1998*. La Paz – Bolivia: UMSA.
- Sánchez-Castañeda, Alfredo (2004) *Derecho a la seguridad social*, Enciclopedia Jurídica Mexicana, 2^a. T. III, Ed. México: UNAM-Porrúa, 191-194.
- Sartori, Giovanni (2005) *Partidos y sistema de partidos*. 2da. Ed., Madrid: Alianza Editorial.
- Villaruel, W. (2009) Marco legal, políticas y normativas de salud orientada a la atención integral del adulto mayor. "Seguro Médico Gratuito de Vejez Vs Seguro de Salud Para el Adulto Mayor". *Revista Médica*. v20, No 30, junio, Cochabamba.

DOCUMENTOS OFICIALES

Declaración Universal de Derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. Índice de Desarrollo Humano en los municipios de Bolivia, 2004.

LEYES, DECRETOS Y RESOLUCIONES

Constitución Política del Estado, 1967.

Ley N° 1551 de Participación Popular.

Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa

Ley N° 1886 de 14 de agosto de 1998, Ley de Derechos y Privilegios Para los Mayores y Seguro Médico Gratuito de Vejez.

Decreto Supremo N° 25186 de 30 de septiembre de 1998, que reglamente el financiamiento, derechos, obligaciones y responsabilidades de las personas e instituciones que participan de la Ley N° 1886.

Resolución Multi Ministerial N° 003/98 de 15 de octubre de 1998, que crea la Coordinación Nacional del SMGV.

Resolución Ministerial N° 0450 de 16 de octubre de 1998, que aprueba la vigencia de las Fichas de Inscripción ante el Municipio y la relación de Municipios asignados a cada Caja de Salud.

Resolución N° 0564 de 15 de diciembre de 1998, que faculta a las Cajas de Salud a suscribir Convenios con el Sistema Público de Salud.

Resolución Bi-Ministerial N° 064 de 13 de julio de 1999, que norma el proceso de Cobranza y Pago de Primas de Cotizaciones del SMGV.

Resolución Ministerial N° 218835 de 26 de julio de 1999, que faculta a las Cajas de Salud a suscribir acuerdos con los Gobiernos Municipales para la recuperación de aportes por el anterior Seguro Nacional de Vejez, establecido por Decreto Supremo N° 24448 de 20/12/1996.

Instructivo de Inscripción, Afiliación, Baja y Vigencia de Derechos de Asegurados del Seguro Médico Gratuito de Vejez, vigente desde julio de 1999.

Resolución Ministerial N° 0504 de 8 de noviembre de 1999, que determina la vigencia del Instructivo para el Trámite de Cobranza y Pago de las Primas de Cotizaciones por el SMGV, a favor de las Administraciones Regionales de las Cajas de Salud.

Instructivo para el Trámite y Pago de Primas de Cotizaciones de noviembre 1999.

Resolución Ministerial N° 0317, que aclara y ratifica las dos fuentes de financiamiento para el funcionamiento del SMGV en 60% TGN y 40% Municipios.

Resolución Bi-Ministerial N° 001 de 24 de febrero de 2003, que modifica el párrafo II del Artículo 9° de la Resolución Bi-Ministerial N° 064 de 13 de julio de 1999.

Resolución Bi-Ministerial N° 0005 de 4 de junio de 2007, que tiene por objeto reglamentar la Cobranza y Pago del 100% de la Prima de Cotizaciones del Seguro Médico Gratuito de Vejez por la Gestión 2006. Pago que efectuarán los Gobiernos Municipales a las Cajas de Salud.

ANEXOS

Tabla 15 - DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS PARA LAS CAJAS DE SALUD, ATENCIÓN SMGV SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 450 DE 16 DE OCTUBRE DE 1998

DEPARTAMENTO DE LA PAZ

		C.P.S.	C. CORDES	C. CAMINOS	C. BANCARIA
1	La Paz (ciudad)	Umala			Copacabana
2	Palca	AyoAyo			S. Pedro de Tiquina
3	Mecapaca	Calamarca			Tito Yupanqui
4	Achocalla	Patacamaya			
5	El Alto (ciudad)	Colquencha			
6	Viacha	Collana			
7	Guaqui				
8	Tiwanacu				
9	Desaguadero				
10	Caranavi				
11	Sica Sica				
12	Inquisivi				
13	Quime				
14	Cajuata				
15	Colquiri				
16	Ichoca (*)				
17	Licoma Pampa				
18	Achacachi				
19	Ancoraimes				
20	Sorata				
21	Guanay				
22	Tacacoma				
23	Tipuani				
24	Quiabaya				
25	Combaya				
26	Chuma				
27	Ayata				
28	Aucapata				
29	Corocoro				
30	Caquiaviri				
31	Calacoto				
32	Comanche				
33	Charaña (*)				
34	Waldo Ballivián				
35	Pacajes				
36	Santiago de Callapa				
37	Puerto Acosta				
38	Mocomoco				
39	Carabuco				
40	Apolo				
41	Pelechuco				

42	Luribay				
43	Sapahaqui				
44	Yaco				
45	Malla				
46	Cairoma				
47	Chulumani				
48	Irupana				
49	Yanacachi				
50	Palos Blancos				
51	La Asunta				
52	Pucarani				
53	Laja				
54	Batallas				
55	Puerto Pérez				
56	Coripata				
57	Ixiamas				
58	S. Buena Ventura				
59	G.J.J. Pérez- Charazani				
60	Curva				
61	Papel Pampa				
62	Chacarilla (*)				
63	Santiago de Machaca				
64	Catacora				
65	Mapiri (*)				
66	Teoponte (*)				
67	S. Andrés de Machaca				
68	Jesús de Machaca				
69	Taraco				

DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA

	C.N.S.	C.P.S.	C. CORDES	C. CAMINOS	C. BANCARIA
1	Cochabamba (ciudad)				
2	Quillacollo				
3	Sipe Sipe				
4	Tiquipaya				
5	Vinto				
6	Colcapirhua				
7	Aiquile				
8	Pasorapa				
9	Omereque				
10	Ayopaya				
11	Morochata (*)				
12	Sacaba				
13	Colomi				
14	Villa Tunari				
15	Punata				
16	Villa Rivero				
17	San Benito				
18	Tacachi (*)				
19	Cuchumuela (*)				
20	Tarata				
21	Anzaldo				
22	Arbieto				
23	Sacabamba				
24	Cliza				
25	Toco				
26	Tolata				
27	Capinota				
28	Santibañez				
29	Sicaya				
30	Tapacarí				
31	Totora				
32	Pojo				
33	Porona				
34	Chimoré				
35	Puerto Villarroel				
36	Arani				
37	Vacas				
38	Arque				

	C.N.S.	C.P.S.	C. CORDES	C. CAMINOS	C. BANCARIA
39	Tacopaya				
40	Bolivar				
41	Tiraque				
42	Mizque				
43	Vila Vila (*)				
44	Alalay				
45	Entre Ríos				

DEPARTAMENTO SANTA CRUZ					
	C.N.S.	C.P.S.	C. CORDES	C. CAMINOS	C. BANCARIA
1	Santa Cruz de la Sierra	San José de Chiquitos	Mineros		
2	Cotoca	Pailón	Gral. Agustín Saavedra		
3	Porongo (Ayacucho)	Roboré	Okinawa Uno		
4	La Guardia	Lagunillas	San Pedro		
5	El Torno	Charagua	Fernandez Alonso		
6	S. Ignacio de Velasco	Cabezas	Warnes		
7	S. Miguel de Velasco	Cuevo			
8	S. Rafael de Velasco	Gutiérrez			
9	Buena Vista	Camiri			
10	San Carlos	Boyube			
11	Yapacaní	Puerto Suárez			
12	Portachuelo	Puerto Quijarro			
13	Santa Rosa del Sara				
14	Valle Grande				
15	Trigal				
16	Moro Moro				
17	Postrer Valle				
18	Pucará				
19	Samaipata				
20	Mairana				
21	Quirusillas				
22	Montero				
23	Concepción				
24	San Javier				
25	San Julián				
26	San Matías				
27	Comarapa				
28	Saipina				
29	Ascención de Guarayos				

	C.N.S.	C.P.S.	C. CORDES	C. CAMINOS	C. BANCARIA
30	Urubichá				
31	El Puente				
32	S. Antonio de Lomerío (*)				
33	San Ramón				
34	El Carmen Villa Rivero				
35	San Juan				
36	Cuatro Cañadas				

DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA

	C.N.S.	C.P.S.	C.CORDES	C.CAMINOS	C.BANCARIA
1	Sucre (ciudad)	Yotala			
2	Azurduy	Poroma			
3	Tarvita				
4	Zudañez				
5	Presto				
6	Mojocoya				
7	Icla				
8	Padilla				
9	Tomina				
10	Sopachuy				
11	Villa Alcalá				
12	El Villar				
13	El Villar				
14	Monteagudo				
15	S. Pablo de Huacareta				
16	Tarabuco				
17	Yampareaz				
18	Camargo				
19	San Lucas				
20	Incahuasi				
21	Villa Serrano				
22	Villa Abecia (Camataqui)				
23	Culpina				
24	Las Carreras				
25	Villa Vaca Guzmán				
26	Macharetí (*)				
27	Ravelo				
28	Huacaya				

DEPARTAMENTO DE ORURO

	C.N.S.	C.P.S.	C.CORDES	C.CAMINOS	C.BANCARIA
1	Oruro (ciudad)				
2	Caracollo				
3	El Choro (*)				
4	Challapata				
5	Santiago de Quillacas				
6	Huanuni				
7	Machacamarca				
8	Poopó				
9	Pazña				
10	Antequera				
11	Eucaliptus				
12	Santiago de Huari				
13	Totora				
14	Corque				
15	Choquecota				
16	Curahuara de Carangas				
17	Turco				
18	Huachacalla				
19	Escara				
20	Toledo				
21	Santiago de Andamarca				
22	Salinas de G. Mendoza				
23	Pampa Aullagas				
24	La Rivera (+)				
25	Todos Santos (*)				
26	Carangas (*)				
27	Sabaya				
28	Cipasa (*)				
29	Chipaya (*)				
30	Santiago de Huayllamarca				
31	Soracachi				

DEPARTAMENTO DE POTOSÍ

	C.N.S.	C.P.S.	C.CORDES	C.CAMINOS	C.BANCARIA
1	Potosí (ciudad)				
2	Tinguipaya				
3	Yocalla				
4	Belén de Urmiri (*)				
5	Uncía				
6	Chayanta				
7	Llallagua				
8	Betanzos				
9	Chaquí				
10	Tacobamba				
11	Colquechaca				
12	Pocoata				
13	Ocurí (*)				
14	Toro Toro				
15	Cotagaita				
16	Vitichi				
17	Tupiza				
18	Atocha				
19	Colcha K				
20	San Pedro de Quemes				
21	San Pablo de Lípez				
22	Mojinete				
23	S. Antonio de Esmoruco				
24	Sacaca				
25	Caripuyo (*)				
26	Puna				
27	Caiza D				
28	Uyuni				
29	Tomave				
30	Porco				
31	Arapampa				
32	Acasio				
33	Llica				
34	Tagua (*)				
35	Villazón				
36	San Agustín				

DEPARTAMENTO DE TARIJA

	C.N.S.	C.P.S.	C.CORDES	C.CAMINOS	C.BANCARIA
1	Tarija (ciudad)	Yacuiba	Padcaya		
2	Uriondo	Caraparí	Bermejo		
3	Yunchará	Villamontes			
4	San Lorenzo				
5	El Puente				
6	Entre Ríos				

DEPARTAMENTO DE BENI

	C.N.S.	C.P.S.	C.CORDES	C.CAMINOS	C.BANCARIA
1	SanJavier			Trinidad (ciudad)	
2	Guayaramerín			Riberalta	
3	Reyes				
4	Rurrenabaque				
5	San Borja				
6	Santa Rosa del Yacuma				
7	Santa Ana del Yacuma				
8	San Ignacio de Moxos				
9	Loreto				
10	San Andrés				
11	San Joaquín				
12	San Ramón				
13	Puerto Siles (*)				
14	Magdalena				
15	Baures				
16	Huacaraje				
17	Exaltación				

DEPARTAMENTO DE PANDO

	C.N.S.	C.P.S.	C.CORDES	C.CAMINOS	C.BANCARIA
1				Cobija (ciudad)	
2				Porvenir	
3				Bolpebra	
4				Bella Flor	
5				Puerto Rico	
6				San Pedro (San Pablo)	
	C.N.S.	C.P.S.	C.CORDES	C.CAMINOS	C.BANCARIA
7				Filadelfia	
8				Puerto Gonzalo Moreno	
9				San Lorenzo (Exaltación)	
10				El Sena	
11				Santa Rosa del Abuná	
12				Ingavi (Humaita)	
13				Nueva Esperanza	
14				Villa Nueva	

Fuente: D.S. N° 28750 de 20-06-2006 ANEXOS
(*) Municipios que no participaron del SMGV

DEFINICIONES BÁSICAS

Caja Nacional de Salud (C.N.S). -Es una Institución descentralizada y con autonomía de gestión, de ámbito nacional con Unidades Administrativas Regionales y Distritales con administración desconcentrada, que se financia con recursos propios provenientes de aportes patronales del sector público y privado a cuenta de trabajadores activos y pasivos, sin fines de lucro, con personería jurídica, y patrimonio independiente, encargada de la gestión, aplicación y ejecución del Régimen de Seguridad de Corto Plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales).

En el caso del Seguro Médico Gratuito de Vejez, la C.N.S. es el mayor Ente Gestor de la Seguridad a Corto Plazo encargado de la gestión y aplicación de dicho Seguro.

Ministerio de Hacienda. - Es la Institución Gubernamental parte de Poder Ejecutivo, responsable de asignar y proveer los recursos económicos para la gestión del Seguro Médico Gratuito de Vejez.

Tesoro General de la Nación (T.G.N.). - Es la instancia encargada del pago de las primas de cotizaciones en la proporción del 60%.

Ministerio de Salud y Previsión Social. - Es órgano del Poder Ejecutivo responsable del control, supervisión, seguimiento, aplicación de normas referidas al Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV).

Gobiernos Municipales. -Son las instancias locales responsables tanto de la inscripción de las personas Adultas Mayores de 60 años o más y como del pago proporcional del 40% de la prima de cotizaciones.

Ley N° 1886. - Norma promulgada el 14 de agosto de 1998 por el Ministerio de Salud y Previsión Social “Ley de Derechos y Privilegios para los Mayores y Seguro Médico Gratuito de Vejez”.

Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV). - Es una de las prestaciones contempladas en la Ley N° 1886 que otorga atenciones de salud de manera gratuita a las Personas Mayores de 60 años o más con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no tengan ningún tipo de Seguro de Salud.

Beneficiarios. - Son las Personas Mayores de 60 años o más favorecidas por la Ley N° 1886.

Prestaciones. - Atenciones de salud que se otorgan de manera gratuita a las Personas Mayores de 60 años o más favorecidas por la Ley N° 1886.

Prima. - Es el costo económico anual que se paga a las Cajas de Salud que atienden el S.M.G.V. cuya cuantía está fijada en \$us. 56, que se paga en dos cuotas semestrales, cada una de \$us. 28 por el número de asegurados inscritos en los Municipios, siendo responsable el T.G.N con el pago del 60% y los Gobiernos Municipales del 40%.

Afiliación. - Es el registro individual del asegurado que realiza el Ente Gestor inserto en el Formulario administrativo correspondiente, el cual se constituye en el único documento válido para el otorgamiento de las prestaciones.

Vigencia de Derechos. – Es el tiempo durante el cual los beneficiarios de la Ley N° 1886 reciben la atención gratuita de prestaciones de salud, cumpliendo con los requisitos establecidos para este efecto.

Código de la Seguridad Social. - es la norma establecida por Ley del 14 de diciembre de 1956, es el conjunto de disposiciones que tienden 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.

Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES). - Es la instancia que supervisa las funciones que realizan los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo

Anexos

<i>MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL VICE-MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL DIRECCION GENERAL DE SEGUROS DE SALUD DIRECCION GENERAL DE ENTES GESTORES</i>			
SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ FICHA DE INSCRIPCION MUNICIPAL			
N° _____			
Municipio _____	N° _____	Departamento _____	
Provincia _____		Cantón _____	
Nombres y Apellidos _____			
Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Edad _____			
Sexo _____		Estado Civil _____	
Documento de Inscripción			
<input type="checkbox"/>	CEDULA DE IDENTIDAD	N° _____	
<input type="checkbox"/>	RUN	N° _____	
<input type="checkbox"/>	LIBRETA MILITAR	N° _____	
<input type="checkbox"/>	RIN	N° _____	
Dirección / Domicilio			
Ciudad _____	Población _____	Comunidad _____	
Barrio _____	Calle _____	N° _____	
Fecha de Inscripción _____			
DECLARO VOLUNTARIAMENTE QUE LOS DATOS DE ESTE FORMULARIO SON VERACES, QUE NO TENGO NINGUN SEGURO DE SALUD Y TENGO RADICATORIA EN ESTE MUNICIPIO, FIRMO EN CONSTANCIA PARA FINES LEGALES.			
Firma del Beneficiario _____		Encargado de Inscripción del Municipio _____	
1) Original para la C. N. S. 2) Copia 1 Ministerio de Salud y Prevision Social 3) Copia 2 Interesado 4) Copia 3 Municipio			

SMGV - FORM - I

**SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ
SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES**

ENTIDAD SOLICITANTE : _____
 REGIONAL : _____
 SEMESTRE : _____
 DEPARTAMENTO : _____
 PROVINCIA : _____
 MUNICIPIO : _____
 NUMERO DE AFILIADOS AL : _____

No. DE AFILIADOS	60% T.G.N.	40% MUNICIPIO	TOTAL COTIZACION
	\$us.	\$us.	\$us.
	Bs.	Bs.	Bs.

LUGAR Y FECHA : _____

ADMINISTRADOR REGIONAL

ENCARGADO DE COTIZACIONES

CONFORMIDAD :

El Gobierno Municipal de _____, da su conformidad a la liquidación que precede y autoriza al Tesoro General de la Nación a pagar por su cuenta a la Administración Regional de la Caja de Salud citada, la suma de (_____ BOLIVIANOS) que corresponden a su aporte al Seguro Médico Gratuito de Vejez en aplicación del Art. 10 del D.S. No. 25186 y a descontar dicha suma de los recursos de Participación Popular que le corresponde.

LUGAR Y FECHA : _____

H. ALCALDE MUNICIPAL

OFICIAL MAYOR ADMINISTRATIVO

SE ADJUNTA NOMINA DE ASEGURADOS AL _____

NOMINA DE ASEGURADOS

MUNICIPIO DEPARTAMENTO

PERIODO

NUMERO AFILIADOS PERIODO ANTERIOR

NUMERO AFILIADOS PRESENTE PERIODO

NUMERO BAJAS

TOTAL ASEGURADOS AL

NOMINA DE ASEGURADOS

No.	NOMBRE	FECHA DE INSCRIPCION	DOCUMENTO IDENTIDAD	NUMERO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				

FIRMA Y SELLO
RESPONSABLE

CAJA NACIONAL DE SALUD DEPARTAMENTO NACIONAL DE AFILIACION				Form. AVC - 07 - A
AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ LEY N°. 1886 D.S. N°. 25186				
(1) Ap. PATERNO	(2) Ap. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Asegurado	
GRUZ	PEÑA	VALENTINA	25-5621 CPV	
(5) FECHA DE BAJA			(6) MOTIVO DE BAJA	
DIA	MES	AÑO	FALLECIMIENTO	
29	SEPTIEMBRE	2004		
(7) MUNICIPIO	(8) PROVINCIA	(9) DEPARTAMENTO		
NEGRO MORO	VALLERGRANDE	SANTA CRUZ		
(11) <u>Vallergrande, Junio de 2004</u>			(12) SELLO Y FECHA DE RECEPCION	
LUGAR Y FECHA				

Edu. Oficio C.N.S. Report 006

Form. AVC - 04 - A				CAJA NACIONAL DE SALUD DEPARTAMENTO DE AFILIACION NACIONAL				AVISO DE AFILIACION SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ LEY # 1886 D.S. # 25186			
AP. PATERNO		AP. MATERNO		NOMBRE		Número de Asegurado					
ROJAS		VALVERDE		LUIS		40-0426-RVL.					
Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo	Estado Civil	Documento de Identidad		Número			
Día	Mes	Año									
25	Abril	1940	63	MASC.	CASADO	1962647- BC.					
Domicilio del Asegurado											
Zona			Calle			Número		Localidad			
								EL ASTILLERO			
Municipio						Número del Municipio					
M. ALCALDIA MUNICIPAL DE NEGRO MORO						17-913-0007					
<u>Vallergrande, Mayo 10 de 2004</u> Lugar y Fecha <u>Suis Rojas Vallergrande</u> Firma Asegurado											

Edu. Oficio C.N.S. Report 006

10. Foto - anexos

DIFUSIÓN Y DISTRIBUCIÓN – TRÍPTICO – SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ – CAJA NACIONAL DE SALUD

CUALES SON LOS REQUISITOS PARA EL SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ?

Tener 60 años o más.
 Crear el documento de identidad (Carné de identidad, RUN o libreta de Servicio Militar) inscribirse en el Municipio donde se tiene residencia permanente.
 Todo el trámite de inscripción y afiliación es de carácter GRATUITO.

¿ Dónde se atiende el Seguro Médico Gratuito de Vejez ?

El Seguro Médico Gratuito de Vejez, es otorgado por todos los Centros de Salud del Sistema Boliviano de Seguridad Social: Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera, Caja Costera, Caja de Caracás y Caja Bancaria Estatal.

Cada Municipio, tiene asignada la Caja que debe otorgar la atención.


¿ Quién paga las atenciones del Seguro Médico Gratuito de Vejez ?

Es un servicio Gratuito para el Asegurado, el costo es cubierto con los recursos que pagan todos los bolivianos.


¿ Cómo se financia el Seguro Médico Gratuito de Vejez ?

Mediante el pago de una prima o aporte anual, que es cubierta en un 60% por el Tesoro General de la Nación y el 40% por el municipio.

Seguro Médico Gratuito de Vejez PARA LOS BOLIVIANOS



NUESTRO DERECHO A LA SALUD ES UN RAZÓN PARA VIVIR MEJOR.



COORDINACIÓN NACIONAL SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ
 Av. Arce N° 2410
 Tel.: (02) 440538

COORDINACIÓN SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ CAJA NACIONAL DE SALUD
 OFICINA CENTRAL: Av. Mar. SANTA CRUZ
 Edif. Abasco, Grupos LA PAZ, BOLIVIA
 Tel.: (02) 336133 Fax.: (02) 334440

Ministerio de Salud Y PREVISION SOCIAL

Coordinación Seguro Médico Gratuito de Vejez



Seguro Médico Gratuito de Vejez
Un seguro para los mayores





¿ Qué es el Seguro Médico Gratuito de Vejez ?

El Seguro Médico Gratuito de Vejez es un derecho de todos los ciudadanos bolivianos de ambos sexos mayores de 60 años de edad a recibir atención médica sin costo alguno (GRATUITA) que busca conservar la salud de los adultos mayores.

¿ Qué ofrece el Seguro Médico Gratuito de Vejez ?

El Seguro Médico Gratuito de Vejez, ofrece atención médica general, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, provisión de medicamentos, exámenes auxiliares de diagnóstico y servicios odontológicos.

SERVICIOS QUE PRESTA EL SEGURO MEDICO GRATUITO DE VEJEZ

CONSULTAS MÉDICAS

Atención en consultorios médicos por cualquier enfermedad.

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Exámenes de laboratorio, Rayos X y otros.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Operaciones de cualquier naturaleza que requiera el paciente.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Atenciones Dentales.

HOSPITALIZACIÓN

Intervención en Clínicas u Hospitales durante el tiempo que requiere la recuperación del paciente.

PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Entrega de los medicamentos que prescribe el médico en forma gratuita.





CAJA NACIONAL DE SALUD – MONTERO-SANTA CRUZ – SMGV – AÑO 2000



CAJA NACIONAL DE SALUD – GUAYAMERIN-BENI – SMGV – AÑO 2003



**BENEFICIARIA DEL SMGV – HOSPITAL OBRERO NRO. 7 – CAJA
NACIONAL DE SALUD – TARIJA – AÑO 2006**



**CLÍNICA GERIÁTRICA
- LA PAZ - AÑO 2005
ACTIVIDADES
RECREACIONALES -
ADULTOS MAYORES**

