

MARCO LEGAL, POLÍTICAS Y NORMATIVAS DE SALUD ORIENTADA A LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR "Ley 1887 VS Ley 3323"

Dr. Wilfredo Villarroel LaFuente - Especialista en Geriátría y Gerontología

Dr. Alberto Vilcaez Flores - Especialista en Medicina Interna

Dr. Raúl Copana Olmos - Interno Facultad de Medicina U.M.S.S

RESUMEN

En Bolivia un 7% de la población es Adulta Mayor (AM), de los cuales el 61% vive en la pobreza; por ello el año 1998 se promulgo la Ley 1887 que pone en vigencia el Seguro Medico Gratuito de Vejez (SMGV) que tiene una cobertura del 16% de la población, la mayoría (88%) acude a la Caja Nacional de Salud (CNS) y esta a su vez esta colapsada por la demanda de servicios, ahora el actual gobierno plantea una nueva Ley basándose en la previa. La normativa legal es un tema que debe ser conocido por todos los funcionarios públicos, especialmente de aquellos que trabajamos en salud.

El presente trabajo ha efectuado una revisión de la Ley del SMGV y la actual Ley vigente del SSPAM, para ver la factibilidad de su aplicación, diferencias y similitudes. Encontramos que ambas Leyes presentan muchas más similitudes que diferencias, con la diferencia que la actual Ley es mucho mas ambiciosa (SSPAM), quiere satisfacer las necesidades en salud del 80 al 100% de los adultos mayores del área urbana como rural, por lo que tendrá que erogar mayor cantidad de prestaciones, y el concurso de todos los hospitales y centros de salud; además de la participación de la sociedad civil, por lo complicado de su implementación. Creemos que puede ser factible en la medida en que trabajen juntos todos los actores en salud para con nuestros ancianos y principalmente los municipios velen por su aplicabilidad.

PALABRAS CLAVES:

Adulto mayor, Seguro Medico Gratuito de Vejez, Ley 1887, Seguro de Salud Para el Adulto Mayor, Ley 3323

SUMMARY

In Bolivia a 7% of the population is Older Adult (AM), of which the 61% lives in the poverty; because of it was promulgated the law 1889 that puts in force the Health Insurance for Elderly (SMGV), that has a cover of 16% of the population, the majority (88%) goes to the National Caja of Health (CNS) and this as well is collapsed by the demand of services, now the present government puts in force a new law based on the previous one. The legal norm is a subject that must be known by all the officials government, especially of that we worked in health. The present work has carried out an exhaustive revision of the previous law of the SMGV and the present effective law referring to the SSPAM, to see the feasibility of its application, differences and similarities. We find that both laws present/display many more similarities than differences, with the difference that the present law is much more ambitious (SSPAM), wants to as much satisfy the needs in health from the 80 to the 100% of all our adults majors of the urban area as rural, reason why it will have to distribute greater amount of benefits, and the contest of all the hospitals and centers of health; besides the participation of the civil society, by the complicated

thing of its implementation. We think that he can be feasible insofar as all the actors in health towards our old ones work together and mainly the municipalities' guard by their applicability.

KEY WORDS: Greater adult, Safe Gratuitous Doctor of Oldness, Law 1887, Surely of Health For the Greater Adult, Law 3323

INTRODUCCIÓN

La vejez en si misma no es un problema consiste en la marginación, la enfermedad y la pobreza, que no permiten alcanzar una vida digna. La vejez que es solo antecesora de la muerte biológica, en la sociedad actual constituye una muerte social; por ello debe devolverse el sentido de la vida, que como tal debe ser vivida con todos los derechos inherentes a la misma". 3

Existe a nivel mundial (aunque con el mayor énfasis en los países altamente desarrollados) una clara tendencia demográfica al crecimiento de sectores poblacionales de la tercera edad, en razón fundamentalmente a las mejores condiciones del nivel de vida, aspectos que conlleva una vida cada vez más saludable y por consiguiente una mayor expectativa de vida y por la disminución de la tasa de fecundidad. 2 En tal sentido los Estados confrontan el desafío de generar políticas y programas dirigidos especialmente a este sector poblacional con la finalidad de garantizar, aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud a fin de promover el envejecimiento en actividad y reducir los índices de discapacidad. El sector generalmente es excluido de acciones prioritarias en el campo de la salud y además las enfermedades que se presentan con mayor preponderancia suelen demandar mayores costos y más esfuerzos

El presente estudio tiene como objetivo: Identificar las similitudes y diferencias entre el anterior seguro medico gratuito de vejez y el actual seguro de salud para el Adulto Mayor, además de analizar la factibilidad y la aplicabilidad de la Ley vigente en el marco actual.

Ley SMGV vs SSPAM

El envejecimiento de las poblaciones a nivel mundial es un fenómeno de aparición reciente en el mundo que se da con más impacto en los países desarrollados, pero que también esta presente en Bolivia; Según el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística (INE) un 7% de la población en el país es mayor de 60 años o Adulta Mayor (AM), estaríamos hablando de 579.259 habitantes, de los cuales el 61% vive en la pobreza ósea 301551 ancianos. 1

Tabla 1. Datos estadísticos de la población Adulta Mayor en Bolivia el año 2001.

DATOS ESTADISTICOS	
Población total de Bolivia	8.274.325 Hab.
Población Boliviana mayor a 60 años	579.259 Hab.
Porcentaje de personas mayores de 60 años	7%
Población mayor a 60 años asegurada a seguridad social	363.291 Hab.
Porcentaje de Cobertura Seguridad Social en mayores de 60 años	63%
* Fuente: Censo nacional de población y Vivienda 2001	

Posteriormente a establecer al AM como grupo político - social estratégico para el desarrollo de Bolivia se promulga la Ley 1887 que pone en vigencia el Seguro Medico Gratuito de Vejes (SMGV) y la Ley del Adulto Mayor; Actualmente la cobertura del SMGV es del 16% de los adultos mayores, de los cuales el 88% recibe prestaciones en la Caja Nacional de Salud (CNS)2 y posteriormente a la promulgación del Seguro de

Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM).⁴ El colapso de infraestructura y financiamiento en la CNS hace que la atención del SMGV del cada vez más difícil y disminuya la calidad y calidez de atención con el AM, que se caracteriza por sufrir poli patología y requerir muchos fármacos y estudios para su atención ³.

Tabla 2. Población Boliviana Mayor de 60 años con cobertura del Seguro Médico Gratuito de Vejez.

DATOS DE COBERTURA DEL SMGV	
Población con SMGV - CNSS	121.392 Hab. (21%)
Población con otro seguro de salud	167.337 Hab. (29%)
Población sin seguro de salud	290.635 Hab. (50%)

* Fuente: CNS 2002

Se efectuó un estudio retrospectivo de la anterior Ley 1887 del 1997 y la revisión de la Ley vigente para el adulto mayor Ley 3323, y se han identificado sus similitudes así como sus principales diferencias, con el objeto, con el objeto de verificar su aplicabilidad.

Tabla 1. Similitudes y diferencias de las Leyes 1887 y 3323 para el Adulto Mayor

SMGV	SSPAM
Puesto en vigencia a través de la ley No 1886 y el Decreto Supremo No 25186 desde el 10 de octubre de 1998.	LEY 3323 del 16 de enero del 2006 crea al seguro de salud para el adulto mayor, reglamentado con el DS: 28968 del 13 de diciembre del 2006
El gobierno conjuntamente los municipios fueron los responsables de su implementación	Los municipios en coordinación con el DILOS, tienen la responsabilidad de implementar el SSPAM.
La atención se centralizo solo al área urbana donde la CNS o otras cajas fueron responsables de la atención.	La atención se amplia tanto al área urbana y al área rural, se prevee una atención por niveles.
La atención solo era brindada por la CNS y otras caja (PETROLERA, CORDES, CAMINOS BANCARIA).	Se incorpora en la atención a todos los centros y puestos de salud por niveles incluyendo instituciones privadas, ONGs.
Del financiamiento: El 60% por el tesoro general de la nación y el 40% por los municipios.	Del financiamiento: Coparticipación Tributaria Impuesto Directo a los Hidrocarburos Ingresos propios.
Los desembolsos eran Semestral	Los desembolsos son cuatrimestrales.
Establece una prima anual de \$us.-56 Para atención en la CNS y otros seguros	Prima anual Bs.- 450.80 desgregado para la atención por niveles

1. INE Encuesta Continua de Hogares. 2001
2. OPS–OMS “Informe final de la reunión de consulta sobre formulación de políticas de salud para los ancianos en América Latina y el Caribe”, Serie Informes Técnicos, n. 24. 1992
3. OPS–OMS “Encuesta multicéntrica: Salud Bienestar y Envejecimiento. 2001
4. Ministerio de salud y deportes. Gaceta oficial. Agosto 2008.

RESULTADOS:

- Existen más similitudes que diferencias entre ambas Leyes.
- Las prestaciones son casi las mismas solo que disgregadas por niveles con la diferencia que en el primer nivel se incluye la medicina tradicional.
- Entre las diferencias es que la actual Ley abarca mas hacia el área rural siendo el primer nivel la puerta de entrada de los pacientes.
- Con la actual Ley existe la posibilidad que otras instituciones ONG o de la iglesia puedan participar del seguro.
- El desembolso económico con la Ley del SMGV era cada 6 meses con el SSPAM es cuatrimestre por lo que se preveo retrasos en los desembolsos.
- Con la actual Ley se profundiza más la descentralización en salud ya que ahora los municipios son los que tienen la responsabilidad de su implementación y fiscalización con participación de la sociedad civil
- Con la anterior Ley solo se llevo a cubrir al 1/3 de la población por que solo se circunscribía al área urbana con el actual se prevé llegar del 80 al 100% ampliando sus prestaciones al área rural.
- No existe con la actual Ley un manual específico de prestaciones por niveles como las del SUMI.

CONCLUSIONES:

La actual Ley para la salud del adulto mayor si bien es mas ambiciosa y va a cubrir a la mayoría de la población contemplado en este grupo de edad, pero va a tener mas dificultades en su aplicación, por que atención es por niveles, para este tipo de atención todos los hospitales centros y puestos de salud no tienen capacidad instalada en infraestructura equipamiento y recursos humanos, y los ingresos que se pretende general con la atención de los mismos no va a cubrir los gastos efectuados por que este grupo de edad requiere demasiadas prestaciones por lo que es muy difícil que se puedan efectivizar convenios. Va ser muy difícil estructurar una red de servicios por niveles.

DISCUSIÓN.

Se ha efectuado una discusión amplia sobre la aplicabilidad de la presente Ley de seguro de salud para el adulto mayor, si bien es casi una copia de la anterior Ley, al igual que con la anterior va tener serias dificultades en su aplicabilidad, por que todos nuestros puestos y centros de salud por niveles, no tiene capacidad instalada en infraestructura y equipamiento para albergar en su seno a este grupo población, no existe el personal capacitado en la atención de estos pacientes por el momento necesita de un manual de prestaciones que no las hay. Si bien tiene aspectos que rescatar por que con la presente Ley se pretende llegar a un mayor grupo población que se encontraba desprotegido con el anterior seguro como son los adultos mayores de área rural, se esta ofreciendo mucho sin tomar en cuenta las limitaciones que tenemos en salud.

RECOMENDACIONES

- Se debe priorizar la socialización a todo nivel con la actual Leyes, ya que con la anterior existió mucho desconocimiento del mismo.

- La campaña debe de contar con mensajes en Español, Quechua, Aymará y Guaraní
- Se debe trabajar en la capacitación de recursos niveles en geriatría y gerontología en Todos los niveles de atención.
- Se debe prever la suficiente implementación en infraestructura equipamiento y dotación del Personal necesario y la construcción de centros gerontológico en todo el territorio Nacional. Prever el oportuno desembolso de recursos económicos.
- Prever la mayor participación de la sociedad civil con el control social.
- Prever la sostenibilidad de la actual Ley a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. OPS–OMS “Informe final de la reunión de consulta sobre formulación de políticas de salud para los ancianos en América Latina y el Caribe”, Serie Informes Técnicos, n. 24. 1992
2. OPS–OMS “Encuesta multicéntrica: Salud Bienestar y Envejecimiento. 2001
3. (SABE) en América Latina y el Caribe”, Informe Preliminar, División de Promoción y Protección de la Salud, mayo.2000
4. Pereyra, A., M. Rossi y P. Triunfo “El gasto en cuidados médicos de las familias uruguayas”, Trimestre Económico, n. 277, enero-marzo. 2003
5. Salas, C. “On the empirical association between poor health and low socioeconomic status at old age”, Health Economics, n. 11. 2002
6. Wise, David (ed.) The Economics of Aging, National Bureau of Economic Research, The University of Chicago Press. 1989
7. INE Encuesta Continua de Hogares. 2001
8. Ministerio de Salud y Deportes. Gaceta Oficial. Agosto del 2008.
9. Plan estratégico de salud 2006 – 2010 Ministerio de Salud y Deportes.
10. Código de Salud Boliviano