

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**“SITUACIÓN DE LA OFERTA INTEGRAL DE SERVICIOS EN
LA RED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD – REFISS – NORTE
CENTRAL. LA PAZ – BOLIVIA, 2017”**

Postulante: Mauricio Torrico Gamarra

Tutor: Msc. Carlos Tamayo Caballero

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública
mención Gerencia en Salud**

La Paz – Bolivia

2017

CRÉDITOS

| Nombre Completo | Cargo |
|---------------------------------|--|
| Dra. Silvia Olivares L. | Coordinadora Técnica - Red Norte Central |
| Lic. María E. Antequera | Responsable Salud Pública |
| Lic. Enriqueta Patzi Parra | Trabajadora Social |
| Lic. Yuri P. Gómez García | Administrador |
| Lic. Carmen Peña y Lillo | Responsable Nutrición |
| Tec. Sonia Gamarra | Responsable Estadística |
| Sra. Doris Vidaurre | Apoyo Logístico |
| Sra. María Teresa Solís Pereira | Secretaria |
| Sr. Jorge Nina | Conductor |
| Dr. Arturo Beltrán Orozco | Odontólogo |

DEDICATORIA

Antes que nada doy gracias a DIOS por alcanzar un objetivo más en mi formación profesional.

Dedicando la presente Tesis a las personas que fueron pilares fundamentales de apoyo desde el inicio de la Especialidad y Maestría en Gerencia en Salud, me refiero a mi querida mamá Amelia y papá Julio quienes me enseñaron que con esfuerzo y dedicación todo se puede alcanzar; a los motores de mi vida que son mis hijitos amados Alexander Matias y Thiago Brayan cuyas sonrisas me alentaban en los momentos más duros enseñándome mucho con su inocencia y sinceridad; y una dedicación especial a aquella persona que hasta hace unos años me enseñaba mucho con la experiencia vivida, me refiero a mi querida abuelita Sara quien ahora es la estrella en el cielo que aún me guía. ¡GRACIAS, MUCHAS GRACIAS, QUERIDA FAMILIA!!!

AGRADECIMIENTOS

Dr. Carlos Tamayo Caballero, tutor de esta tesis, por su orientación y motivación continúa durante el proceso de elaboración.

Dr. Fernando Leanes, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Bolivia, por apoyar para lograr una atención en salud más equitativa en el país.

Dr. Julio Fernández, Organización Panamericana de la Salud (OPS) Bolivia, por sus enseñanzas en el manejo de la herramienta REFISS.

Dr. Freddy Valle, Director Técnico y a todo el personal del SEDES La Paz por su respaldo y colaboración en la ejecución del proyecto.

Dra. Silvia Olivares, Coordinadora de la Red Norte Central y todo el equipo técnico, por la generosa colaboración en el suministro de información.

Muchas gracias.

LISTADO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

| | |
|----------------|--|
| APS | Atención Primaria de la Salud |
| COMUSA | Consejos Municipales de Salud |
| COLOSAS | Consejos locales de salud |
| CPE | Constitución Política del Estado |
| D.S. | Decreto Supremo |
| DIMUSA | Dirección Municipal de Salud |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| MOF | Manual de Organización y Funciones |
| ONGs | Organización No Gubernamentales |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PDS | Plan de Desarrollo Sectorial |
| PDM | Planes de Desarrollo Municipal |
| PEI | Plan Estratégico Institucional |
| PES | Plan Estratégico de Salud |
| POA | <i>Plan Operativo Anual</i> |
| POAi | Plan Operativo Anual individual |
| REFISS | Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud |
| RRHH | Recursos Humanos |
| RISS | Redes Integradas de Servicios de Salud |
| SAFCI | Salud Familiar Comunitaria Intercultural |

| | |
|---------------|--|
| SALMI | Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos |
| SEDES | Servicios Departamentales de Salud |
| SIAL | Sistema de Información y Administración Logística |
| SICE | Sistema de Información Clínico-Estadístico |
| SICOFS | Sistema Informático de Control Financiero en Salud |
| SNIS | Sistema Nacional de Información en Salud |
| SNUS | Sistema Nacional Único de Suministro |
| SOAPS | Software de Atención Primaria en Salud |
| SOREH | Software de Recursos Humanos en Salud |
| SSCP | Seguridad Social de Corto Plazo |
| SSR | Salud Sexual y Reproductiva |

INDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| CRÉDITOS | I |
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTOS..... | III |
| LISTADO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS..... | IV |
| INDICE GENERAL | VI |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | XI |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | XIII |
| ÍNDICE DE ANEXOS..... | XIV |
| RESUMEN EJECUTIVO..... | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| 2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN..... | 6 |
| 2.1. Antecedentes | 6 |
| 2.2. Justificación | 12 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 13 |
| 3.1. Evolución del concepto de salud..... | 13 |
| 3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud..... | 15 |
| 3.3. El actual sistema boliviano de salud | 15 |
| 3.3.1. Red de Servicios de concepción funcional..... | 19 |
| 3.4. Procesos históricos de evolución de la Red de Servicios de Salud | 19 |
| 3.5. Marco Legal Boliviano en Salud..... | 20 |
| 3.6. Las Redes de Salud | 24 |
| 3.6.1. Funciones de la Red | 25 |

| | |
|---|----|
| 3.6.2. Componentes de la Red de Salud | 26 |
| 3.6.3. Principios de la Red de Salud | 27 |
| 3.6.4. Conformación de Redes De Salud | 29 |
| 3.6.5. Puerta de Entrada al Sistema de Salud..... | 29 |
| 3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS | 30 |
| 3.8. La Política Nacional SAFCI dentro del modelo operacional de la Atención Primaria en Salud (APS) | 34 |
| 3.8.1.- Los principios de la política SAFCI..... | 35 |
| 3.8.2.- La estrategia de la política SAFCI | 36 |
| 3.8.3.- Los componentes de SAFCI..... | 37 |
| 3.9. La Política Departamental respecto a las Redes Funcionales de Salud | 37 |
| 3.9.1. Objetivo de la Jefatura Unidad de Redes de Servicios de Salud | 41 |
| 3.10. La Política Municipal con respecto a Redes en Salud. | 42 |
| 3.11. La Atención Primaria de Salud y las Redes Funcionales Integradas de Servicios De Salud | 44 |
| 3.11.1. La Renovación de la Atención Primaria de Salud y otros Mandatos Regionales | 45 |
| 3.12. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI | 46 |
| 3.12.1. Las Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS) | 46 |
| 3.12.2. Planificación Municipal Participativa en Salud..... | 47 |
| 3.12.3. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud | 47 |
| 3.13.4. Atención Integral y Continua | 50 |
| 3.13.5. Capacidad Resolutiva | 50 |
| 3.13.6. Sistema Nacional de Referencia y Retorno..... | 50 |
| 3.13.6.1. Referencia y Retorno..... | 51 |
| 3.13.7. Medicina Tradicional | 52 |
| 3.13.7.1 Médicas y Médicos tradicionales ancestrales | 52 |
| 3.13.7.2 Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y Afrobolivianos. | 53 |
| 3.13.7.3 Partera o partero tradicional | 53 |
| 3.13.7.4 Naturistas..... | 53 |
| 3.13.7.5 Interculturalidad, Medicina Tradicional, Atención en los Servicios De Salud..... | 53 |
| 3.13.7.6 Salud y Enfermedad en un Contexto de Interculturalidad . | 54 |

| | |
|---|----|
| 4. CONTEXTO DEL MUNICIPIO..... | 55 |
| 4.1 Aspectos Generales Municipio de La Paz. | 55 |
| 4.1.1 División Política..... | 55 |
| 4.1.2 Macrodistrictos urbanos..... | 55 |
| 4.1.3 Macrodistrictos rurales..... | 55 |
| 4.1.4. Características Físico Naturales..... | 56 |
| 4.1.5 Características demográficas | 57 |
| 4.1.6 Crecimiento Intercensal | 57 |
| 4.1.7 Proyección población por macrodistrito..... | 58 |
| 4.1.8 Población del municipio por sexo según grupos de edad..... | 58 |
| 4.1.9 Índice de Desarrollo Humano (IDH) Municipal. | 59 |
| 4.1.10 Pobreza..... | 59 |
| 4.1.11 Acceso a los servicios de salud..... | 60 |
| 4.1.12 Indicadores de Salud | 62 |
| 4.1.13 Estructura de los Servicios de Salud del Municipio..... | 63 |
| 4.2. Contexto Red Norte Central..... | 63 |
| 4.2.1 Reseña Histórica..... | 63 |
| 4.2.2 Aspectos Generales..... | 64 |
| 4.2.3 Distribución Geográfica..... | 64 |
| 4.2.4 Población de la Red Norte Central | 65 |
| 4.2.5 Población de la Red Norte Central cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo | 65 |
| 4.2.6 Situación de Salud en la Red Norte Central..... | 66 |
| 4.2.7 Disponibilidad de establecimientos de salud..... | 67 |
| 4.2.8 Infraestructura Sanitaria..... | 68 |
| 4.2.9 Distribución de los Establecimientos de Salud según el Nivel de Atención | 69 |
| 4.2.9.1 Primer Nivel de Atención | 69 |
| 4.2.9.2 Segundo Nivel de Atención | 69 |
| 4.2.9.3 Tercer Nivel de Atención | 69 |
| 4.2.10 Recursos Humanos para la Salud en la Red Norte Central..... | 70 |
| 4.2.11 Disponibilidad de recursos humanos para la salud en Redes Urbanas del SEDES La Paz | 71 |
| 4.2.12 Distribución de los Recursos Humanos del subsector público departamento de La Paz..... | 72 |
| 4.3. Oferta Integral de Servicios en Bolivia..... | 74 |
| 4.3.1 Atención Integral de Salud..... | 74 |
| 4.3.2 Creación del programa Mi Salud | 75 |
| 4.3.3 Medicamentos e Insumos | 76 |
| 4.4 Medicina Tradicional y Salud Intercultural | 77 |
| 4.4.1 La Interculturalidad en salud..... | 77 |

| | |
|--|-----|
| 4.4.2 La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana | 78 |
| 4.5.- Programas y Proyectos | 79 |
| 4.5.1 Programa Ampliado de inmunización (PAI)..... | 79 |
| 4.5.2 Programa Nacional de Control de Chagas..... | 81 |
| 4.5.3 Programa Nacional Control de Dengue, Chikungunya y Zika..... | 81 |
| 4.5.4 Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC)..... | 81 |
| 4.5.5 Programa Nacional de Atención de Desastres..... | 82 |
| 4.5.6 Programa Nacional de Control de las ITS/VIH/SIDA | 84 |
| 4.5.7 Programa Nacional de Control de la Tuberculosis..... | 85 |
| 4.5.8 Programas de Prevención - Rehabilitación de la Discapacidad..... | 86 |
| 4.5.9 Envejecimiento Saludable..... | 87 |
| 4.5.10 Proyecto de TELE SALUD..... | 88 |
| 4.6.- Indicadores de Salud para la Oferta Integral de Servicios en Bolivia.... | 89 |
| 4.6.1 Indicadores Trazadores de la Situación de Salud de Bolivia.- | 89 |
| 4.6.2 Indicadores de Impacto en Bolivia.- | 92 |
| 4.6.3 Número de Establecimientos de Salud.- | 105 |
| 4.6.4 Atención Consulta Externa.- | 105 |
| 4.6.5 Atención al menor de 5 Años.- | 108 |
| 5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA..... | 112 |
| 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 114 |
| 7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 117 |
| 8. OBJETIVOS..... | 117 |
| 8.1. Objetivo General | 117 |
| 8.2. Objetivos Específicos | 117 |
| 9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 118 |
| 9.1. Técnica de Recolección de Datos..... | 118 |
| 9.2. Estructura del Instrumento | 118 |
| 9.3. Composición del Instrumento..... | 119 |
| 9.4. Proceso de Relevamiento de Datos y Análisis | 119 |
| 9.5. Proceso Investigativo | 121 |
| 9.6. Mediciones | 122 |

| | |
|---|-----|
| 9.6.1. Unidad de Observación | 123 |
| 9.6.2. Marco Muestral | 123 |
| 9.6.3. Plan de Análisis | 123 |
| 9.6.4. Análisis Estadístico | 124 |
| 10. RESULTADOS | 124 |
| 10.1 Análisis de Resultados Cuantitativos | 124 |
| 10.2 Resultados Gráficos | 125 |
| 10.2.1 Organización y Funcionamiento | 125 |
| 10.2.2 Acciones sobre Grupos de Poblaciones..... | 127 |
| 10.2.3 Atención a las Personas | 129 |
| 10.3 Promedio General de Variables Cumplidas..... | 131 |
| 10.4 Análisis de los Resultados | 132 |
| 11. DISCUSIÓN..... | 136 |
| 11.1 Implicación de Resultados | 136 |
| 11.2 Audiencias Interesadas en los Resultados..... | 136 |
| 12. CONCLUSIONES | 146 |
| 13. RECOMENDACIONES | 148 |
| 14.- PLAN DE INTERVENCION..... | 150 |
| 14.1 Marco Referencial | 150 |
| 14.2 Proceso Metodológico de Formulación del Plan | 151 |
| 14.3 Análisis FODA | 152 |
| 15.- MODIFICACIÓN A LA HERRAMIENTA..... | 156 |
| 16.- ANEXOS 1..... | 158 |
| 17.- ANEXOS 2..... | 163 |
| 18.- ANEXOS 3..... | 175 |
| 19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 179 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 1. Estructura del Sistema de Salud | 16 |
| TABLA 2. Redes de Salud Municipal | 21 |
| TABLA 3 . Articulación de las políticas sugeridas con el Plan de Desarrollo Municipal “La Paz 2040” | 44 |
| TABLA 4. Superficie del Municipio de La Paz, por área | 56 |
| TABLA 5. Municipio de La Paz: Indicadores de pobreza, según Macrodistrito, 2012 | 60 |
| TABLA 6. Municipio de La Paz: Persona que atendió la enfermedad o accidente, según Macrodistrito, 2012 | 61 |
| TABLA 7. Municipio de La Paz: Lugar de atención de la enfermedad o accidente, 2012..... | 61 |
| TABLA 8. Municipio de La Paz: Indicadores Socio demográficos, 2012..... | 62 |
| TABLA 9. Indicadores Principales de Salud. Municipio de La Paz. 2016 | 62 |
| TABLA 10. Estructura de Redes del Municipio de La Paz. 2016 | 63 |
| TABLA 11. Población de la Red Urbana N° 3 Norte Central, Según Distrito Municipal. 2016 | 65 |
| TABLA 12. Cobertura poblacional de la seguridad social a corto plazo..... | 66 |
| TABLA 13. Disponibilidad de establecimientos de salud en La Red N° 3 Norte Central según niveles de complejidad | 70 |
| TABLA 14. Disponibilidad de Recursos Humanos para la Salud en Redes Urbanas. | 72 |
| TABLA 15. Disponibilidad de Recursos Humanos para la salud en Redes Urbanas del Municipio de La Paz. Sedes La Paz. Gestión 2012 | 73 |
| TABLA 16. Médicos Mi Salud a Nivel Nacional 2015 | 75 |
| TABLA 17. Atenciones Realizadas por Mi Salud hasta la gestión 2015 | 76 |
| TABLA 18. Evaluación Comparativa entre Gestiones del PAI | 80 |
| TABLA 19. Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya, Zika | 81 |
| TABLA 20. Intervenciones Realizadas por el Programa Nacional de Desastres | 83 |
| TABLA 21. Intervenciones realizadas por el Programa de ITS – VIH SIDA..... | 85 |
| TABLA 22. Atenciones de Asesoramiento Genético | 86 |
| TABLA 23. Estudios Cromosómicos | 87 |
| TABLA 24. Equipos entregados a los Municipios e Interconsultas realizadas hasta la gestión 2015 | 89 |
| TABLA 25. Programa Mi Salud | 93 |
| TABLA 26. Programa Mi Salud Logros Alcanzados 2013 - 2016..... | 93 |
| TABLA 27. Residencia Médica SAFCI 2007 - 2016 | 94 |
| TABLA 28. Programa Multisectorial Desnutrición Cero | 95 |
| TABLA 29. TELESALUD 2006 – 2016..... | 96 |
| TABLA 30. Unidades de Discapacidad 2006 - 2016..... | 97 |
| TABLA 31. Seguros de Salud 2014 – 2016 | 98 |

| | |
|---|-----|
| TABLA 32. Programa Ampliado de Inmunización (PAI) | 98 |
| TABLA 33. Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2006 - 2016 | 99 |
| TABLA 34. Programa Nacional de Control de la Malaria 2006 - 2016 | 100 |
| TABLA 35. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA 2006 - 2016..... | 100 |
| TABLA 36. Programa Nacional de Zoonosis 2006 - 2016 | 101 |
| TABLA 37. Programa Nacional de Vigilancia y Control de Desastres 2006 - 2016 | 102 |
| TABLA 38. Programa Nacional de Chagas 2006 - 2016 | 103 |
| TABLA 39. Programa Nacional de Control y Prevención de Dengue, Chikungunya y Zika 2009 - 2016..... | 104 |
| TABLA 40. Diagrama de Alertas para Interpretación de Resultados REFISS | 120 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| FIGURA 1. Organización del Sector Salud..... | 10 |
| FIGURA 2. Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud | 18 |
| FIGURA 3. Relación entre Fragmentación y Desempeño de los Servicios de Salud | 31 |
| FIGURA 4. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia. 2013 | 59 |
| FIGURA 5. Número y Porcentaje de Incremento Acumulado de Establecimientos de Salud en Relación al Año 2005 todos los Niveles de Atención. Gestión 2005 - 2016 | 105 |
| FIGURA 6. Promedio de Consultas Externas Nuevas por Habitante/Año en la Población Menor, Mayor de 5 años y General. Gestión 2005 - 2015..... | 106 |
| FIGURA 7. Porcentaje de Consultas Externas Nuevas Según Ámbito en la Población General. Gestión 2005 – 2015..... | 107 |
| FIGURA 8. Porcentaje de Consultas Externas Nuevas según Sexo en la Población en General. Gestión 2005 - 2015..... | 108 |
| FIGURA 9. Promedio de Consultas Externas Nuevas por Habitante/ Año en Menores de 5 Años. Gestión 2005 - 2015 | 108 |
| FIGURA 10. Cobertura de Vacunación con BCG Dosis Única en Menores de 1 Año. Gestión 2005 - 2015 | 109 |
| FIGURA 11. Cobertura Vacunación con Pentavalente 3ra Dosis en Menores de 1 Año. Gestión 2005 – 2015 | 110 |
| FIGURA 12. Cobertura de Vacunación Antipoliomielítica 3ra Dosis en Menores de 1 Año. Gestión 2005 – 2015. | 110 |
| FIGURA 13. Cobertura de Vacunación con SRP en Niños(as) de 12 - 23 meses. Gestión 2005 – 2015 | 111 |
| FIGURA 14. Cobertura de Vacunación Anti Amarílica en Niños(as) de 12 - 23 meses. Gestión 2005 – 2015 | 111 |
| FIGURA 15. Tasa de Episodios de Enfermedades Diarreicas Agudas por 1000 en Menores de 5 Años. Gestión 2005 – 2015..... | 112 |
| FIGURA 16. Proceso Investigativo Participativo..... | 121 |
| FIGURA 17. Cumplimiento de los Indicadores de la Organización y Funcionamiento Red Nro. 3 Norte Central de la Ciudad de La Paz..... | 126 |
| FIGURA 18. Cumplimiento de los Indicadores de Acciones sobre Grupos de Población Red Nro. 3 Norte Central de la Ciudad de La Paz..... | 128 |
| FIGURA 19. Cumplimiento de los Indicadores de la Atención a las Personas Red Nro. 3 Norte Central de la Ciudad de La Paz..... | 130 |
| FIGURA 20. Promedio General de Variables Cumplidas para la Oferta Integral de Servicios Red Nro. 3 Norte Central de la Ciudad de La Paz | 132 |

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.-

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Organigrama SEDES - La Paz | 158 |
| Figura 2. Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud..... | 159 |
| Figura 3. División Política del Municipio de La Paz | 159 |
| Figura 4. Pirámide Poblacional Municipio de La Paz. 2016 | 160 |
| Figura 5. División Político Administrativa. Red Norte Central. 2016 | 160 |
| Figura 6. Isócrona Red N°3 Norte Central. 2016 | 161 |
| Figura 7. Flujo de ejecución de Planes en el Marco de la Política Pública | 161 |
| Figura 8. Proyección Poblacional al 2012 por Macrodistrito..... | 162 |

ANEXO 2.-

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Procesos Políticos Nacionales..... | 163 |
| Tabla 2. Superficie total, por macrodistrito y distrito, municipio de La Paz, 2012 | 164 |
| Tabla 3. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia 2013..... | 165 |
| Tabla 4. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia 2013..... | 166 |
| Tabla 5. Matriz de Problemas Causas y Soluciones | 166 |
| Tabla 6. Análisis de la Organización y Funcionamiento Red Nro. 3 Norte Central | 167 |
| Tabla 7. Análisis de las Acciones sobre Grupos de Población Red Nro. 3 Norte Central | 168 |
| Tabla 8. Análisis de la Atención a las Personas Red Nro. 3 Norte Central..... | 169 |
| Tabla 9. Matriz de Consolidación de Acciones Estratégicas | 170 |
| Tabla 10. Actores Internos Matrices Que Deben Ser Completados En El Taller | 170 |
| Tabla 11. Actores Externos De Apoyo | 171 |
| Tabla 12. Principales Indicadores Demográficos y de Salud. Municipio de La Paz. 2012..... | 171 |
| Tabla 13. Disponibilidad de establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel de Atención, Según Distrito Municipal. 2016 | 172 |
| Tabla 14. Evaluación de la Progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud | 174 |

ANEXO 3.-

| | |
|---|-----|
| Foto 1. Taller de Validación de Herramienta con personal del SEDES La Paz ... | 175 |
| Foto 2. Taller de Llenado de Herramienta REFISS – Dr. Carlos Tamayo..... | 175 |
| Foto 3. Taller de Llenado de Herramienta REFISS - Dr. Ramón Cordero del SEDES La Paz | 176 |
| Foto 4. Coordinación de la Red Norte Central..... | 176 |
| Foto 5. Coordinadora de la Red Norte Central. Dra. Silvia Olivares | 177 |
| Foto 6. Tec- Sonia Gamarra. Responsable de Estadística de la Red Norte Central | 177 |

Foto 7. Hospital La Merced. Hospital de 2do Nivel de la Red Norte Central 178
Foto 8. Taller Manejo de Herramienta REFISS en OPS – Dr. Pablo Castellón ... 178

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCION.- El presente trabajo enfocará los principales elementos de la Atención Primaria en Salud (APS) los cuales solo podrán efectivizarse si se trabaja en el marco de una coordinación, articulación y gestión de los diferentes prestadores bajo un paraguas organizacional denominado “RED FUNCIONAL INTEGRADA”, en la que todos brindan atención a una población (OPS, 2010). En base a la iniciativa de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en otros países de Latinoamérica es que se decidió que se tenía que adecuar y contextualizar este concepto, y su herramienta a la realidad Boliviana, que vendría a llamarse Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS), cuyo objetivo fundamental es el desarrollo y aplicación de una herramienta para la construcción de las redes funcionales y de este modo contribuir a mejorar la calidad de vida y el VIVIR BIEN de las personas, las familias y la comunidad entera, a través de un sistema de salud que resuelva los problemas oportunamente, aliado con una comunidad que promueve la participación de todos en el logro de su bienestar. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-** Dentro del análisis de la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz se detectan deficiencias relacionadas con su organización y funcionamiento, además de existir también deficiencias en las acciones sobre grupos de población y la atención a las personas. Llevando esto a la insatisfacción por parte de las personas que acuden alguno de los centros de salud que cubre la Red. **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.-** ¿Cuáles son las principales deficiencias dentro de la oferta integral de servicios en la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz?. **OBJETIVO GENERAL.-** Determinar las principales deficiencias en relación a la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz. **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.-** Diseño de Investigación, Descriptivo Observacional orientado a una investigación acción participativa. El diseño incluyo dos fases: cuantitativo y cualitativo **RESULTADOS.-** Se obtuvieron por la información brindada por parte de funcionarios clave del Servicio

Departamental de Salud La Paz y ejecutivos de la Red de Salud Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz. Los criterios analizados se relacionaban con la organización y funcionamiento; las acciones sobre grupos de población; y la atención a las personas cada criterio con diferentes variables a analizar donde las personas que brindaron la información debían responder en las casillas de “SI” y “NO”, en caso de que cumplan o no la variable en cuestión, además debían indicar las fuentes de verificación para cada variable. Tomando esto en cuenta se pudo determinar en el caso de la organización y funcionamiento de la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central que el 81% de las variables evaluadas si se cumplen y el 19% de las variables no se cumplen, siendo las deficiencias referidas a que la red no cuenta con registros y certificados de los servicios de Medicina Tradicional tomando a las parteras, naturistas, médicos tradicionales y guías espirituales; además tampoco existen mecanismos de integración entre unidades del sistema de salud y servicios de medicina tradicional; por último los sistemas de comunicación de la red no están integrados ni tampoco tienen otro mecanismo de comunicación y difusión. Referente al segundo criterio referido a las acciones sobre grupos de población el 91% de dichas variables si se cumplen, siendo el 9% que no se cumplen que tienen relación a que la Red no realiza acciones para la disminución de la proliferación de vectores. El último criterio se refiere a la atención a las personas, siendo el criterio donde más deficiencias se pudo encontrar ya que se obtuvo un porcentaje de 54% en relación a las variables que si cumplen, siendo el 46% las variables que no cumplen, este último porcentaje que no se cumple guarda relación con que en la Red no existen servicios de rehabilitación para aquellas personas que lo necesitan; tampoco están incluidos cuidados paliativos o de apoyo a enfermos crónicos del área de influencia; si bien es cierto existen programas y prácticas para personas con discapacidad, salud mental e intercultural, las mismas no son implementadas en los centros de salud que cubre la Red por último tampoco está implementada la telemedicina. **PROMEDIO GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS.-** La Red Nro. 3 Norte Central completó el 75%, ingresando de

acuerdo al diseño metodológico del presente trabajo al color amarillo de alerta, lo que significa que se debe mejorar el plan de oferta de servicios integral de la Red. **CONCLUSIONES.-** Se pudo determinar que si bien es cierto la Red cumple con la mayoría de las variables evaluadas, sin embargo presenta un porcentaje el cual se clasifica de color amarillo lo que nos indica que debemos trabajar en el plan de acción acerca de la oferta integral de servicios en la Red, siendo los principales problemas a superar los referidos a Medicina Tradicional, las acciones que se deben mejorar para la disminución de la proliferación de vectores, además de contar con servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad, sin olvidar a aquellos pacientes enfermos crónicos y con enfermedades mentales, por último también se debe implementar la telemedicina en la Red. **RECOMENDACIONES.-** Articular la Medicina Tradicional a los centros de salud de la Red Nro.3 Norte Central, previo censo del requerimiento real de dichos profesionales poniendo en marcha la Ley Nro.459. Efectivizar servicios de rehabilitación eficaces cumpliendo la Ley Nro. 223 referente a Ley General para personas con discapacidad. Programar campañas de concientización ciudadana, en forma conjunta con el SEDES y el Ministerio de Salud, en las que se expliquen los peligros que los vectores tienen para la salud pública cuando no están sometidas a ningún control sanitario.

1. INTRODUCCIÓN

El entorno socio económico del continente sudamericano, entre los que se encuentra nuestro país, es destacable por la inequidad y la exclusión social, persistiendo esta vulnerabilidad a nivel de los estratos bajos y medios.¹

Ante este panorama, los sistemas de salud cumplen con la obligación de resolver los dilemas de salud pública vinculados con la pobreza; a su vez deben afrontar los desafíos emergentes de la modificación demográfica y el perfil epidemiológico de transición que se expresa en la coexistencia de patologías pertenecientes al sector de las causas infecciosas y parasitarias, así como en el conjunto de enfermedades crónico degenerativas.²

Por su parte, el incremento en los niveles de insatisfacción con los servicios de salud y las demandas de mejora en la calidad de la atención, así como las peticiones de actualización de los equipos tecnológicos y la utilización de nuevas metodologías más efectivas, también son aspectos que deben ser resueltos por los sistemas de salud.

En tal sentido la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) han propuesto la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como un reto prioritario que busca resolver la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud, para lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos de la región a estos servicios.¹

De acuerdo con esta iniciativa, las RISS son el paraguas organizacional bajo el cual todos los prestadores de servicios de salud brindan atención a una población, de manera complementaria, eficiente, efectiva, garantizando la continuidad de la atención en el sistema y cubriendo el ciclo de la vida con calidad, ética y resolutivez.³

Al respecto, con base en la creación de un documento teórico sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la OPS/OMSⁱ diseñó una

ⁱ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

herramienta genérica que permite analizar la funcionalidad y el grado de integración de las redes e incorpora todos los componentes, características y principios que postula la APSⁱⁱ renovada. Ésta herramienta llamada Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS), para su aplicación en Bolivia, fue adecuada y contextualizada a la realidad del país.

El objetivo fundamental de las REFISSⁱⁱⁱ es el desarrollo y la construcción de las redes funcionales y de este modo contribuir a mejorar la calidad de vida y el Vivir Bien de las personas, las familias y la comunidad entera, a través de un sistema de salud que resuelva los problemas oportunamente, aliado con una comunidad que promueve la participación de todos en el logro de su bienestar.⁴

En este entendido, la aplicación de la herramienta REFISS permite realizar un diagnóstico acerca de la funcionalidad y el grado de integración de una red de salud con base en la medición de 14 atributos relacionados al modelo asistencial, la gobernanza, la organización - gestión y la asignación de incentivos a la red.

Los resultados obtenidos reflejan todos aquellos aspectos que requieren mejora, las fortalezas y el grado de prioridades que los tomadores de decisión deben otorgar a los hallazgos para implementar acciones concretas en sus planes operativos.⁵

La legislación vigente establece que el gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud, es el garante de la salud y su mandato fundamental es contribuir de forma efectiva a la protección social y garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Según el artículo 18^o de nuestra Carta Magna⁶ aprobada en el año 2009, todos los bolivianos tienen derecho a la salud y al mismo tiempo esta suprema norma determina que la salud es un fin y una función esencial del Estado.

La intención de la nueva política de gobierno es ejecutar medidas y tareas públicas de salud a fin de garantizar un derecho consagrado en nuestra suprema

ⁱⁱ Atención Primaria en Salud

ⁱⁱⁱ Redes Funcionales de Servicios de Salud

ley y responder en el espíritu del nuevo paradigma del proceso de cambio asumido, a las necesidades y genuinas pretensiones en salud del pueblo boliviano.

Por tanto, el objetivo de esta tesis es realizar el análisis situacional de las tareas efectuadas por la Red Nro. 3 Norte Central del municipio de La Paz en la gestión 2017, con respecto a una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud en el ámbito de la Red, los cuales incluyen servicios de salud pública, SSCP, ONG y privados tanto en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional de la Red. Esta tarea reviste gran importancia por tratarse de una estrategia que permite el enfoque integral de las necesidades poblacionales en salud y la resolución conjunta de las mismas propiciando la inclusión social en favor de la población boliviana.

2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Antecedentes

La salud, entendida como bienestar biopsicosocial, está determinada, en gran medida, por el nivel de desarrollo alcanzado por un país en el ámbito económico, político - social y de salud pública. No se trata de un fenómeno exclusivamente individual ni depende solamente del trabajo de los sistemas de salud, pues comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana.⁷

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales^{iv}, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina “factores determinantes básicos de la salud” y señala que son los siguientes: agua potable

^{iv} El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976 y el 1º de diciembre de 2007 fue ratificada por los 157 Estados.

y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género.⁸

Por estos motivos se hace necesaria la concertación de diversos mecanismos sociales que generan los procesos de salud y enfermedad, muchos de los cuales están fuera del alcance directo del sector de la salud y difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del sector o por cualquier otro sector de manera aislada.

Ello adquiere mayor relevancia cuando el objetivo es reducir las inequidades en salud, dado que hacer frente a ellas implica abordar los determinantes sociales de la salud.

En este sentido, considerando la realidad nacional y el contexto social boliviano, el once de junio de dos mil ocho, se promulgó el Decreto Supremo N° 29601⁹ que establece que el modelo de atención y de gestión en salud es el de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

Desde esa fecha con el objetivo de actuar sobre las determinantes de la salud, el modelo SAFCI^v se instituye como la estrategia primordial a fin de alcanzar el paradigma del Vivir Bien para todos los bolivianos y sus familias, así como para los habitantes de las comunidades rurales de nuestro país.

Asimismo, bajo la premisa de “Movilizados por el derecho a la salud y a la vida para Vivir Bien”, la máxima autoridad sanitaria representada por el Ministerio de Salud dispuso fortalecer las redes de salud, en sus dos elementos primordiales: la Red Municipal SAFCI, que constituye la matriz geomorfológica del territorio y la Red de Servicios que representa la noción funcional - espacial, tomando en cuenta que entre sus finalidades se tienen la conformación de conjuntos de talentos humanos, capacidades y habilidades de las personas, tanto

^v Salud Familiar Comunitaria Intercultural

del personal técnico de salud como de los pacientes, sus familias y las comunidades de las que ellos forman parte.

Aunque previamente a noviembre de 2008, se aprobaron una batería de normas que incluyen leyes, decretos y resoluciones que otorgaban el basamento legal para que actúen las redes de salud, estas no definían, estructuraban, ni reglamentaban su funcionamiento.

Con la finalidad de llenar ese vacío jurídico y ejercer la función de rectoría, el Ministerio de Salud elaboró también una norma que permite consolidar su política SAFCI para que los diferentes componentes del sistema de salud; sean estos del subsistema público, del subsistema de seguridad social de corto plazo, del privado con o sin fines de lucro y el de la medicina tradicional; coordinen todas sus capacidades con la noble misión de disminuir la exclusión en el ejercicio del derecho a la salud.

Esta normativa contempla que la política SAFCI, se transforme en el factor ordenador del fragmentado sistema de salud boliviano en los niveles tanto local, municipal, departamental y nacional bajo la conducción del Ministerio de Salud.

Por lo cual el 21 de noviembre de 2008, la máxima autoridad en salud emite la Resolución Ministerial N° 1036 que aprueba la Norma Nacional de Redes Municipales de Salud -SAFCI y Redes de Servicios¹⁰ de cumplimiento obligatorio y puesta en práctica también por los Servicios de Salud de los gobiernos subnacionales sean municipales o de la gobernación respectiva.

Este gran esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud, con la finalidad de recuperar su rol rector, amplía los alcances de la normativa pues incorpora a los establecimientos de la Iglesia Católica y la medicina tradicional; estos últimos, que desde el 6 de marzo del año 2006 tienen un Viceministerio encargado de los temas relacionados a su condición.¹¹

Continuando el proceso de descentralización iniciado en la década del 90, con la promulgación de la Ley de Marco de Autonomías “Andrés Ibáñez”¹² se ha

estructurado de diferente manera el sector salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

A nivel departamental, como dependencia de las gobernaciones se crean los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), quienes deben suministrar la infraestructura de salud y el mantenimiento respectivo de los hospitales de tercer nivel, asimismo debe dotar de equipos médicos, mobiliario, medicamentos, insumos médicos y generales, suministros, y encargarse de los servicios básicos, así como fiscalizar su uso, además de las gestión del talento humano.

Los Gobiernos Autónomos Municipales asumen la competencia sobre la construcción y mantenimiento de infraestructura, la compra de insumos y el respectivo desembolso de los dineros de gastos operativos para los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su territorio.

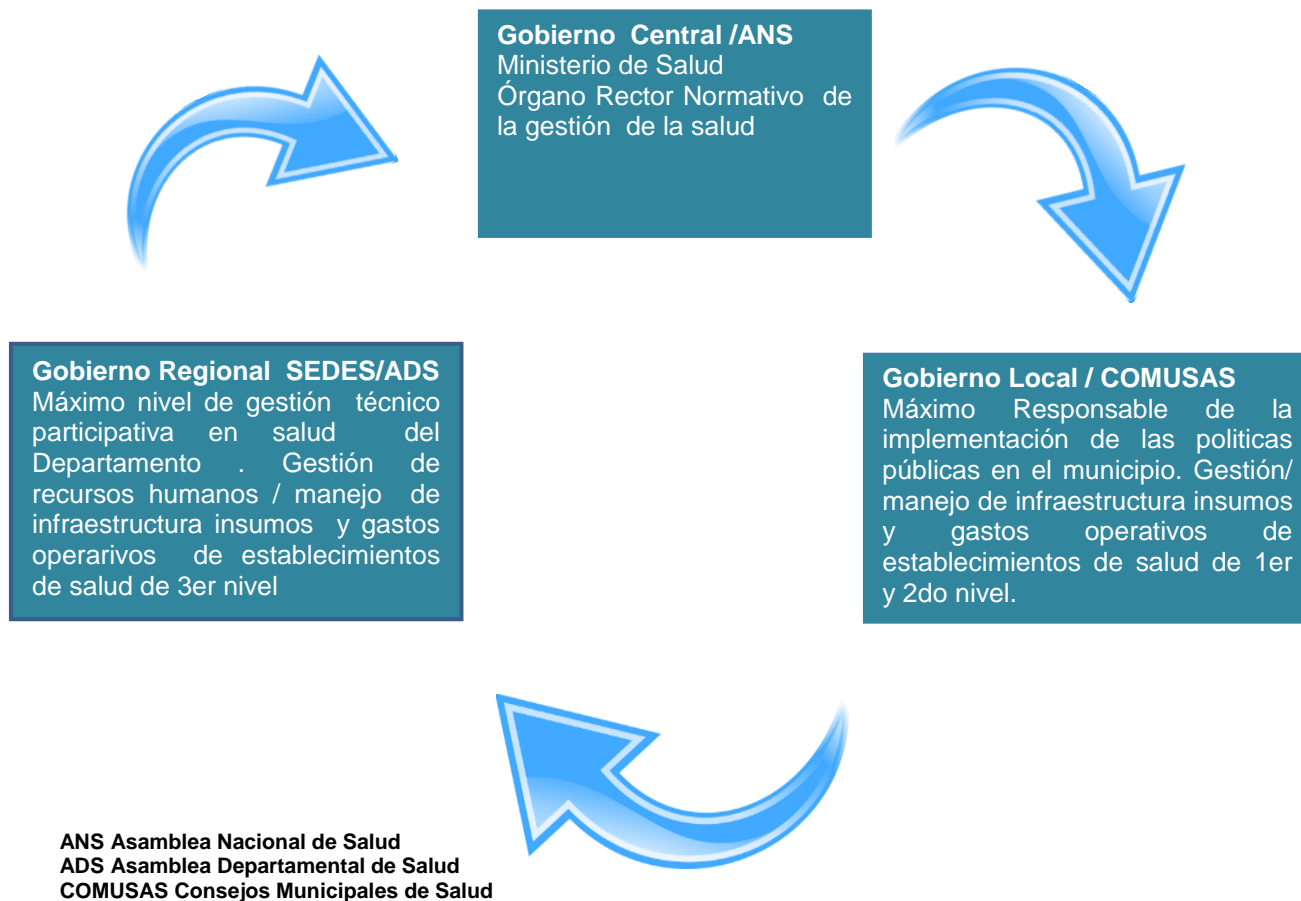
Del mismo modo los municipios son los responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria, mismas que son supervisadas por los Consejos Locales de Salud (COLOSAS), Consejos Municipales de Salud (COMUSAS) o la Autoridades Locales de Salud (ALS), en el que participan de representantes de los diversos actores en salud, como ser el SEDES^{vi}, alcaldes municipales y miembros del control social y la sociedad civil organizada.

Este importante cambio en el enfoque del modelo del sistema de salud, tiene como eje central la búsqueda de la integración de la comunidad en la prestación de servicios de salud con la medicina tradicional y las prácticas propias de las comunidades originarias, las cuales representan el 62% de la población boliviana, y se constituye en eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional, impulsando la interculturalidad, la participación comunitaria, la integralidad y la intersectorialidad.

Los actores importantes del sub sector de la salud pública en el que se mencionan algunas de sus atribuciones (Ver Figura 1):

^{vi} Servicio Departamental de Salud

FIGURA 1. Organización del Sector Salud



Re-elaboración: En base a información de la Dirección de Investigación e Información Municipal – Programa de Análisis e Investigación Estratégica Municipal, con fuente en Ley Marco de Autonomías y Descentralización N° 031

Así descrita, la compleja Red Nacional de Establecimientos de Salud de Bolivia, está constituida por seis subsectores: el Público, la Seguridad Social de corto plazo, las instituciones privadas con fines de lucro, los centros de la Iglesia, las ONG's^{vii} y la medicina tradicional. Su dirección está a cargo de los Coordinadores o Responsables que deben velar por la planificación, gestión y evaluación integral e integrada del área de su competencia asignada.

Todos estos actores establecen tres tipos de Redes de Salud, la primera es la Red Municipal SAFCI, conformada por los centros de primer y segundo nivel de

^{vii} Organismos No Gubernamentales

prestación de servicios de salud, el cual es dirigido por el Coordinador de Red que es nombrado por el respectivo SEDES^{viii}.

La Red de Salud Departamental conformada por las redes de salud municipales tanto urbanas como rurales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento, cuya autoridad y responsabilidad se visualiza en la persona del Director Técnico del SEDES.

Y la Red Nacional de Salud conformada por las dos anteriores.

En este contexto, las REFISS representan la columna vertebral operativa de la política nacional SAFCI, mediante la cual los paradigmas del proceso salud - enfermedad se efectivizan a través de prácticas sociales en salud y la prestación de servicios por parte de los componentes del sector en procura de garantizar el acceso universal, la cobertura e integralidad de los servicios para todos los bolivianos.

Para este modelo, cada Red representa un núcleo de acción estratégica del sector salud, pues dentro del contexto normativo se le asigna competencias y responsabilidades en la gestión de la salud pública, por tanto cada Coordinación de Red deberá desarrollar tareas importantísimas enmarcadas en el modelo SAFCI.

Si bien cada Red es una estructura funcional, vale la pena aclarar que en ella convergen también diversas condiciones geográficas, sociales, culturales, económicas, políticas, religiosas, por citar las más importantes, pero no la totalidad.

En este entendido la dinámica, la estructura, las funciones e iniciativas, la capacidad de sus miembros, la eficiencia en la resolución de las dificultades, la calidad de la prestación de servicios de salud, la planificación participativa con la sociedad civil y la transparencia en el ejercicio de funciones, son aspectos que

^{viii} Servicio Departamental de Salud

permitirán a cada Red lograr verdaderas transformaciones de las condiciones de salud de la población.

Bajo la dirección de los SEDES, las Coordinaciones de Red están obligadas a generar capacidades, áreas políticas y estrategias de concertación con los diversos actores del sector salud y la sociedad civil para cumplir con un mandato constitucional y garantizar el derecho a la salud.

2.2. Justificación

El Estado Plurinacional ha heredado una inmensa deuda social, en la que forma un componente importante la brecha en salud con el pueblo boliviano, deuda especialmente agravada, según indican las autoridades gubernamentales por las políticas neoliberales y por la pérdida de soberanía por la globalización que ha exacerbado la mercantilización de los servicios de salud, que en los hechos muchos sectores incluso los públicos “privatizaron la salud”.

En ese estado de situación, existen diversos estudios que muestran que el sistema de salud, no ha sido capaz de responder eficiente y oportunamente a las demandas y a las necesidades de los bolivianos.

Ese incumplimiento de garantizar el derecho a la salud se ha manifestado en los alarmantes índices de exclusión y autoexclusión del sistema. Es más, desde la óptica gerencial se puede afirmar que la ineficiencia de las distintas instancias de las redes de salud, atenta contra la vida de los seres humanos.

Por lo tanto la presente tesis permitirá conocer las actuales características del funcionamiento de las redes de servicios de salud de la Red Nro. 3 Norte Central de la ciudad de La Paz y su rol en el cumplimiento de la provisión de este derecho humano fundamental como es la salud a la población de esta urbe planteando consecuentemente acciones correctivas.

Nuestro país no posee ilimitadas cantidades de recursos económicos, por cuanto resulta importante evaluar su uso eficiente mediante los sistemas de planificación, de organización, de gestión y los datos obtenidos permitirán

establecer estrategias para mejorar el acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud.

Consecuentemente, mediante la aplicación de una herramienta validada para la medición del atributo Nro. 2, relacionado con la oferta integral de servicios del REFISS, la presente tesis contribuye a analizar aspectos inherentes a:

- Los componentes de la estructura y organización de la Red Nro. 3 Norte Central de la ciudad de La Paz.
- La participación de todos los actores sociales e institucionales en el abordaje y resolución de la problemática de salud a nivel municipal.
- El nivel de conocimiento e integración y el alineamiento de los servicios de salud y la coordinación entre los actores, para cumplir con los objetivos propuestos por la red.
- El tipo de planificación empleada en la gestión de la Red Nro. 3 Norte Central, desde la elaboración del POA y la participación de los actores en salud, la evaluación y el cumplimiento de objetivos y la existencia de indicadores claros y específicos que permitan valorar claramente la gestión.
- La evaluación del diseño y ejecución de las políticas públicas en el Estado Plurinacional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Evolución del concepto de salud

«*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los

representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.¹³

Para el investigador Echeverri (2006) la salud es: *“un derecho cardinal que abarca la esfera del ámbito individual, público y social, por lo tanto es transversal a todos los intereses y necesidades de los distintos habitantes agrupados que buscan la protección social del estado a través de la eficiente y equitativa prestación de servicios de salud, como tiene una alta vinculación con la dignidad humana pero fundamentalmente con la vida, los diversos actores reclaman su participación en la toma de decisiones sobre la utilización y destino de los recursos públicos”*¹⁴ .

Por tanto si comprendemos que la salud es un medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esta sería como la condición sine qua non, que favorece el desarrollo del potencial humano de cualquier persona. Las teorías antropológicas ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad.¹⁵ Bajo esta nueva conceptualización de la salud, las RISS impulsadas por la OPS “reflejan un interés renovado por la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región”.¹⁶

En Bolivia desde el 2006 con la elaboración del Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2006-2010 y bajo la consigna de “Movilizados por el derecho a la salud y la vida”, las autoridades de salud tienen la finalidad de velar por el pleno ejercicio del derecho a la salud, como parte de las garantías constitucionales, planteando desmercantilizar la salud para lograr un verdadero cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, a través de la estrategia de las redes de salud.¹⁷ En esta misma filosofía, la sociedad ha ido asumiendo roles cada vez más protagónicos buscando un estado de bienestar integral, universal e

incluyente que garantice el cumplimiento pleno de este derecho, para mejorar su vida y en síntesis para Vivir Bien.

3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud

Es el conjunto amplio y continuo de intervenciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y daños a la salud y cuidados paliativos, que las personas reciben a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud y ámbitos de desarrollo humano, de acuerdo a sus necesidades y a lo largo del curso y ciclos de vida (OPS/OMS. MAYO 2008).

3.3. El actual sistema boliviano de salud

El Sistema Nacional de Salud, es “el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud”¹⁸, su organización de acuerdo a la capacidad resolutive se refleja tres niveles de atención:

1. El **primer nivel de atención**, encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, está conformado por los puestos de salud, centros ambulatorios de salud, policlínicos y policonsultorios, la medicina tradicional y las brigadas móviles de salud. De acuerdo al *“Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer nivel de atención”*, este nivel es la PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD.
2. El **segundo nivel de atención** alcanza la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco - obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente traumatología.
3. El **tercer nivel de atención** está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, la internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta

tecnología y complejidad; sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

En la siguiente Tabla es posible observar los diferentes componentes del Sistema Público de Salud en Bolivia y sus principales funciones y atribuciones, comenzando desde el nivel central hasta los gobiernos municipales y locales que participan en el Sistema de Salud.¹⁹

TABLA 1. Estructura del Sistema de Salud

| INSTITUCIÓN | ROL |
|---|--|
| Ministerio de Salud | Rector del Sistema de Salud. Elabora la política nacional de salud y las normas nacionales que regulan el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud. |
| Servicio Departamental de Salud (SEDES) | Nivel máximo departamental de gestión técnica en salud. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, promueve la participación comunitaria y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir las políticas y normas de orden público. |
| Coordinación de Red en Salud | Articula la política nacional de salud con la política municipal de la Red mediante la asistencia técnica a la elaboración, sistematización y aplicación de la Estrategia de Salud-PDM y POAs |
| Consejo Municipal de Salud (COMUSA) | Es la máxima autoridad de salud en el ámbito municipal. Es la instancia de dirección que efectiviza el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de su competencia. Siendo su autoridad y competencia intransferibles. Está conformado por: el Alcalde Municipal, el Jefe médico del servicio de Salud y el Comité de Vigilancia. |
| Gobernación | Formula, aprueba y establece las condiciones para la implementación del Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional. |
| Gobierno Municipal | Formula y ejecuta participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal. |
| Gobierno Autónomo Indígena Originario o Campesinos | Formula y aprueba planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el riesgo, promoviendo la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la norma SAFCI. |

FUENTE: Marco de Asociación País (MAP). Op. Cit., Pág. 11.

A su vez, los establecimientos de salud conforman tres distintos tipos de Redes de Salud:¹⁴

1. La **Red de Salud Municipal**, conformada por los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Secretario de Salud (ex Director Municipal de Salud).

A partir de 2013 el Gobierno Municipal es corresponsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del primer y del segundo nivel de atención.

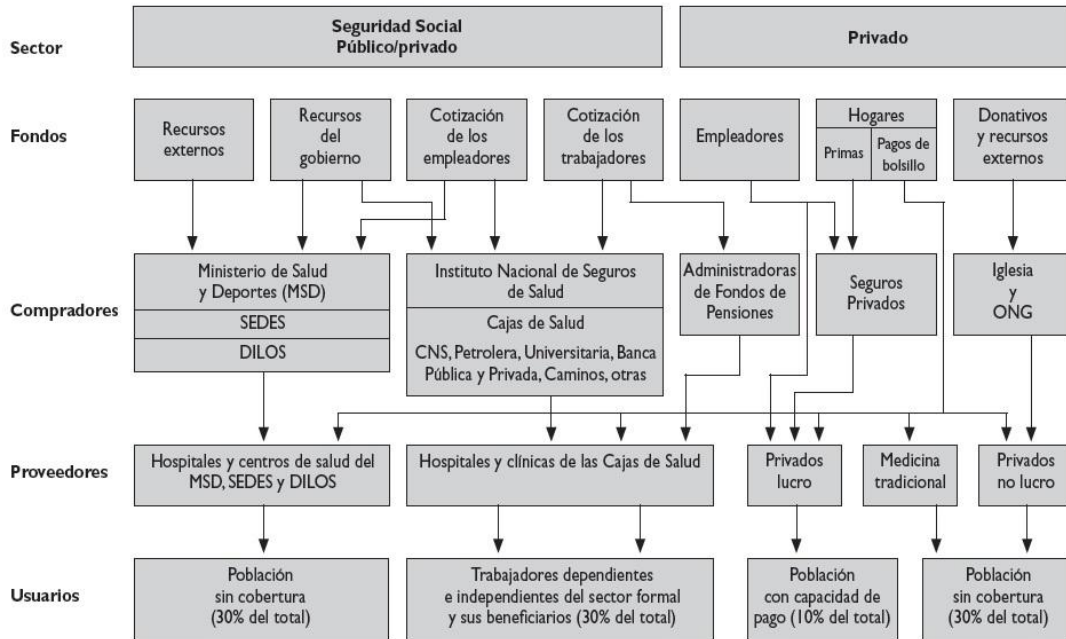
2. La **Red de Salud Departamental**, conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento.

La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el SEDES, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.¹⁹

3. La **Red Nacional** de establecimientos de salud está conformada en total por los 3553 establecimientos de salud de Bolivia, que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONG. De éstos el 92% corresponde al primer nivel de atención (“puestos de salud” y “centros de salud”), el 6,5% al segundo nivel (“hospitales básicos”) y el 1,5% al tercer nivel (“hospitales generales” e “institutos especializados”).¹⁹

En su estructura, el Sistema Nacional de Salud comprende los subsectores público, privado, de la seguridad social de corto plazo, las instituciones de convenio con y sin fines de lucro y el sector de la medicina tradicional, según es posible ver en la siguiente figura.

FIGURA 2. Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud



FUENTE: Sistema de Salud de Bolivia, Carmen Ledo, 2011¹¹

Por su parte, el subsector de la seguridad social a corto plazo, está constituido por las diferentes Cajas de Salud que prestan servicios a sus beneficiarios y dependen de la Unidad de Servicios del Ministerio de Salud. Para este efecto el empleador debe cotizar el 10% de los ingresos de la planilla total.

El asegurado y sus beneficiarios (esposa o conviviente, hijos, padre, madre y hermanos) acceden a la atención en las Cajas de Salud y cuentan con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional, con prestaciones en dinero y en especie.

Los subsectores público y de la seguridad social de corto plazo atienden además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: el Seguro Integral de Salud, dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años y a las personas mayores de 60 años; y las prestaciones de programas como Tuberculosis, Chagas, Malaria y otros.¹⁹

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones Privadas están constituidos por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia Católica y a productores de salud particulares.¹⁹

El subsector de las ONG's está constituido por establecimientos de salud que ofrecen diferentes servicios con el financiamiento proveniente de recursos externos.¹⁹

Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos provenientes de la coparticipación tributaria, IDH^{ix} municipal y recursos externos.¹⁹

3.3.1. Red de Servicios de concepción funcional

La finalidad de la Red de Servicios es asegurar la capacidad resolutive del sistema, y se encuentra conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; dependientes de los subsistemas: público, seguro de salud a corto plazo y privado, con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la Medicina Tradicional y la Estructura Social en Salud.¹⁰

3.4. Procesos históricos de evolución de la Red de Servicios de Salud

Desde su proclamación en 1978, la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido un tema ampliamente debatido. Su descripción multifacética en la declaración de Alma-Ata²⁰ es un excelente ejemplo de un compromiso bien elaborado pero ambiguo: tan difícil de repudiar como de acordar para su implementación.

Al mismo tiempo que el atractivo eslogan "Salud para Todos en el año 2000" tuvo una amplia aceptación retórica y el llamado pertinente de la declaración hacia un cambio socio-económico fue ampliamente ignorado.²¹

En el encuentro Iberoamericano de 2007, el presidente español José Luis Rodríguez Zapatero le preguntó a su homólogo boliviano cómo le podía ayudar a

^{ix} Impuesto Directo a los Hidrocarburos

mejorar la salud. La respuesta lacónica del primer mandatario Evo Morales “necesito ambulancias”²² reflejaba la necesidad urgente de su país para mejorar el acceso a los servicios de salud pero también pudo haber expresado su incertidumbre acerca de cómo seguir adelante.

En 2006, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia presentó un plan para rediseñar la política sanitaria.²³ Una revisión de tal documento deja ver una fuerte voluntad política y nuevas ideas interesantes: los autores hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos. Sin embargo, también se observan contradicciones evidentes, por ejemplo, mientras el acceso adecuado es eliminado como un determinante clave de la salud, aún es visto como objetivo a seguir, dichos cambios se pueden ver en el anexo 2, tabla 1 relacionado con los procesos políticos nacionales.

3.5. Marco Legal Boliviano en Salud

El marco legal de las Redes de Salud Municipal, SAFCI y la de Servicios, se sustenta desde la implementación de la Atención Primaria de Salud Renovada. En 1984 y con la instauración de los seguros públicos de salud, se evidenció la importancia de la interrelación de los establecimientos de salud.

Por ejemplo; el Seguro de Maternidad y Niñez, se hizo más patente cuando el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, instruyó que la atención del menor de cinco años, debía realizarse en todos los establecimientos de salud del subsistema público y del subsistema de las cajas de salud de los seguros a corto plazo.

Para lograr el cumplimiento del funcionamiento de redes, se promulgaron una serie de instructivos que procuran garantizar el trabajo en redes, algunas de las cuales detallamos a continuación:

TABLA 2. Redes de Salud Municipal

| Norma | Año | Propósito |
|--|------|--|
| Constitución Política del Estado ⁶ | 2009 | Establece las Bases fundamentales del Estado, derechos, deberes y garantías. La Estructura y organización funcional del Estado. En el ámbito de la salud define que: <i>“Toda persona tiene los derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad; así como a la seguridad social”</i> |
| Código de Seguridad Social | 1956 | Basado en los principios de solidaridad, universalidad, economía, unidad legislativa y de gestión. Está vinculada con el trabajador bajo el concepto de “Tesis laboral”, es decir, <i>“...la protección de los trabajadores dependientes, sujetos a horario y sobre todo a salario”</i> . |
| Decreto Ley N° 15629 Código de salud ²⁴ | 1978 | Código de Salud: asigna la responsabilidad de la <i>“definición de la política nacional de salud, la norma, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción”</i> . Además, establece la <i>“...regulación jurídica de las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población...”</i> , como parte de sus funciones. |
| Ley N° 1551 de Participación Popular | 1994 | Municipaliza el país, redistribuye los recursos económicos de forma proporcional al número de habitantes. Da legitimidad a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), cuya representación se expresa a través de los Comités de Vigilancia, cuyas funciones son fiscalización, planificación participativa y la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades propias de cada región. Se transfiere a título gratuito a favor de los gobiernos municipales, el derecho de propiedad de la infraestructura de los servicios públicos de salud y su mantenimiento. |
| D.S. 29894 Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional Evo Morales ²⁵ | 2009 | Establece la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, así como las atribuciones de la Presidenta o Presidente, Vicepresidenta o Vicepresidente y de las Ministras y Ministros. Define la estructura y atribuciones específicas de los ministerios, entre ellos del Ministerio de Salud. |

| | | |
|--|-------------|---|
| <p>LEY N° 031 Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”¹²</p> | <p>2010</p> | <p>Define a los Gobiernos Autónomos y sus fines:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover y garantizar el desarrollo integral, justo, equitativo y participativo del pueblo boliviano, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo nacional. 2. Favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando su diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización. <p>Además, define las funciones en salud de los diferentes niveles del Estado. Entre las competencias a nivel departamental está planificar la estructuración de Redes de Salud Funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política SAFCI.</p> |
| <p>Ley N° 777 Ley Del Sistema De Planificación Integral Del Estado - SPIE²⁶</p> | <p>2016</p> | <p>Establece el proceso de planificación del desarrollo integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Su ámbito de planificación comprende a las entidades territoriales autónomas, entre ellas a los gobiernos municipales.</p> |
| <p>DECRETO SUPREMO N.º 24447 - Reglamento de las Leyes N.º 1551 de Participación Popular y N.º 1654 de Descentralización Administrativa²⁷</p> | <p>1996</p> | <p>Determina los criterios para la creación de Distritos Municipales y la asignación de recursos.</p> |
| <p>Ley N.ª 2235 Ley del Diálogo 2000²⁸</p> | <p>2001</p> | <p>Define la distribución de Recursos del Diálogo 2000 para el ámbito de la salud pública.</p> |
| <p>LEY N.ª 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)²⁹</p> | <p>1990</p> | <p>Tiene como objetivo regular los Sistemas de Administración y Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública con el objeto de programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del sector público.</p> |
| <p>Decreto Supremo N.º 0181- Normas Básicas del Sistema de Administración de</p> | <p>2009</p> | <p>Establece los principios, normas y condiciones que regulan los procesos de administración de bienes y servicios y las obligaciones y derechos que derivan de éstos, en el marco de la Constitución Política del Estado^{Error! Marcador no definido.} y la Ley N° 1178; y establece</p> |

| | | |
|---|------|--|
| Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO) ³⁰ | | los elementos esenciales de organización, funcionamiento y de control interno, relativos a la administración de bienes y servicios. |
| Decreto Supremo 29601 - Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI ⁹ | 2008 | Tiene el objetivo de contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria, traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud. |
| R.M. 737 Reglamento de la SAFCI | 2008 | Establece el proceso de planificación en salud, por el cual los actores sociales, de salud y otros sectores, definen acciones concertadas, partiendo de un diagnóstico de sus necesidades de acuerdo con las determinantes socioculturales y económicas de la población. Pone énfasis en la programación de corto plazo y visión de mediano y largo plazo, en función del Sistema de Planificación en sus respectivos niveles de gestión, teniendo como resultado la incorporación del componente de salud en el plan de desarrollo municipal, departamental y nacional. |
| LEY 475 - Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia ³¹ | 2013 | Establece y regula la atención integral, la protección financiera en salud de la población de los grupos etarios que no se encuentren cubiertos por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. Determina el acceso a los servicios de salud integral e intercultural. Se define la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud. |
| LEY N° 1737 - Ley De Medicamento ³² | 1996 | Regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos, y productos medicinales naturales y tradicionales. |
| Ley 459 - Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana ³³ | 2013 | Regula el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud. También regula la estructura, organización y funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación; y los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos. Además, promueve y fortalece el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana. |

| | | |
|--|------|--|
| Ley 223 - Ley General para Personas con Discapacidad³⁴ | 2012 | El objeto de la presente Ley es garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral. |
| Ley 004 - Ley De Lucha Contra La Corrupción, Enriquecimiento Ilícito E Investigación De Fortunas “Marcelo Quiroga Santa Cruz” | 2010 | Establece mecanismos, y procedimientos en el marco de la Constitución Política del Estado ⁶ , leyes, tratados y convenciones internacionales, destinados a prevenir, investigar, procesar y sancionar actos de corrupción cometidos por servidoras y servidores públicos y ex servidoras y ex servidores públicos, en el ejercicio de sus funciones, y personas naturales o jurídicas y representantes legales de personas jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras que comprometan o afecten recursos del Estado, así como recuperar el patrimonio afectado del Estado a través de los órganos jurisdiccionales competentes. |
| Decreto Supremo N° 25233³⁵ | 1998 | Establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud. Define la necesidad de impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutoria en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario. |
| Resolución Administrativa Departamental N° 586/2014 - Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de Salud La Paz.³⁶ | 2014 | Establece la estructura de la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa. Como Visión establece que el SEDES afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de Redes funcionales, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política SAFCI. |

3.6. Las Redes de Salud

Las Redes de Servicios de Salud que se define como un conjunto integrado, interconectado e interdependiente de servicios de salud, con una capacidad de resolución, organizada en forma escalonada por niveles de complejidad, con oferta diferenciada y evitando duplicidades existentes en un espacio geográfico específico. Son responsables de producir un mejor estado de salud para su población.³⁷

Para el logro de este objetivo se debe integrar la gestión, aumentar la calidad y eficiencia de los servicios preventivos, promocionales y de atención en salud, mediante la separación de roles y funciones en el marco de la concepción de espacios públicos no estatales, considerando como ámbito geográfico poblacional el municipio.

Su carácter público privilegia el derecho al acceso a los servicios de salud, bajo principios de universalidad, equidad y solidaridad que pretende mejorar la calidad de vida de la población, garantizados por la Constitución Política del Estado.^{Error! Marcador no definido.}

También se entiende como público, la propiedad de los establecimientos de salud, incluidos en la Red, los bienes y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios de salud, de acuerdo con las leyes. La presencia de las organizaciones de la comunidad en todas las instancias, da su carácter comunitario a la Red.

3.6.1. Funciones de la Red

La Red debe contar con los elementos esenciales para su implementación y puesta en operación, conformando un conjunto de establecimientos y servicios de salud de variados niveles de complejidad, articulados funcionalmente con un esquema apropiado de relación administrativa, con el fin de asegurar la atención de salud y enfermedad, del individuo, la familia y la comunidad, con oportunidad, calidad y calidez, en proporción a la complejidad de la demanda de un ámbito geográfico-poblacional determinado, con la capacidad de expresar una organización apropiada de los servicios públicos, iglesias, ONGs., privados, medicina tradicional y la comunidad organizada, para dar una respuesta a la particular dinámica y expresión de los problemas de la salud de su población.³⁸

Las Redes tienen su propia particularidad, es decir, no todas son iguales; las diferencias están marcadas por la demanda y la oferta de cada una de ellas. Las Redes que se instalan en las áreas rurales y poco desarrolladas, serán distintas de las urbanas y/o urbano-marginales, según tamaño y dinámica poblacional.³⁸

La dinámica social será la que determine las expresiones del proceso salud-enfermedad en la población de un determinado territorio y será esta comprensión la que marque la estructuración eficiente, eficaz, articulada a la capacidad instalada y funcionalmente existente, para brindar atención oportuna y de calidad a los problemas en salud de la población, entonces el concepto de referencia y retorno, se redefinirá a partir de la pregunta: “qué y cuándo referir”, lo cual depende de la oportuna atención, complejidad del daño y capacidad resolutive de cada nivel de atención.³⁸

Cada Red enfrentará un conjunto de problemas particulares, por lo que; se tendrá que desarrollar, potencialidades, capacidades y competencias que serán los medios para asegurar la capacidad resolutive de la Red en la articulación de sus componentes y funciones.³⁸

3.6.2. Componentes de la Red de Salud

La Red debe estar estructurada por seis componentes; recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros, medicamentos e insumos médicos, instrumentos normativos y la participación comunitaria.³⁸

- **Recursos humanos.** El número de personal asignado a la Red, por nivel de atención diferenciado, entre personal de prestación de servicios asistenciales promocionales, preventivos y apoyo administrativo.³⁸
- **Recursos físicos.** Infraestructura, equipamiento, medios de transporte y comunicación. La Red se articula a través de los establecimientos de salud definidos por niveles de atención en el Modelo de Sanitario, con criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive.³⁸

- **Recursos financieros.** Son los recursos económicos que llegan a cada uno de los establecimientos de salud y que provienen de cuatro fuentes claramente definidas: Tesoro General de la Nación (TGN/Salarios), Municipio T.G.N, reembolsos y pagos por los Seguros Públicos, Cooperación internacional y generación propia por la venta de servicios.³⁸
- **Medicamentos e insumos médicos.** Los medicamentos, suministros e insumos médicos que la Red requiere para garantizar la atención oportuna de sus beneficiarios.³⁸
- **Instrumentos normativos.** Normas, Manuales, protocolos y procedimientos en el área asistencial y administrativo-gerencial; establecidos por los niveles nacional y departamental, para garantizar el desempeño profesional, la productividad y la capacidad de gestión de Red.³⁸
- **Participación comunitaria.** Dentro de la política enmarcada primero en la Ley de Participación Popular y actualmente por disposición de la Política SAFCI, que señala un modelo de atención y un modelo de gestión, se prioriza la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas al accionar de los establecimientos y de los programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, para el mejoramiento de la población y promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.³⁸

3.6.3. Principios de la Red de Salud

Los principios que orientan la construcción y funcionamiento de la Red de servicios de salud son:

- **Universalidad,** establecida en la Ley 475 y sus Decretos reglamentarios, así como el acceso universal a los otros programas del MS. Desde el 11 de junio del 2008, el Decreto Supremo N° 29601.⁹

- La **integración de la red de servicios**, que incorpora el análisis de todos los actores institucionales e intersectoriales que trabajan en la prestación de actividades de salud en el Municipio, focalizando las instituciones públicas Seguridad Social, proveedores de salud privados lucrativos y no lucrativos, para estructurarlas y orientarlas en un modelo de atención propio de la Red y el manejo conceptual y operativo de los sistemas de referencia y retorno.⁹
- El acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
La desigualdad en salud es un término empleado comúnmente en algunos países para indicar diferencias sistemáticas, evitables e importantes. Sin embargo, existe cierto tipo de ambigüedad acerca del término, ya que mientras que unos lo emplean para transmitir un sentido de injusticia, otros lo emplean para dar a entender “desigual” en un sentido puramente matemático. A esto se añade el problema de la traducción a algunos idiomas, donde sólo existe un término disponible para traducir tanto “inequality” como “inequity”. Para evitar confusión, la OMS ha elegido los términos “equity” (equidad) e “inequity” (inequidad) para la Estrategia Europea de Salud para Todos.
- **Enfoque de salud integral**, que orienta las acciones de salud pública local, incorpora la educación y promoción de la salud, control sanitario del ambiente, protección específica contra enfermedades prevenibles, detección precoz y prevención de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la rehabilitación.
- **Planificación participativa**, que orienta la gestión compartida con participación de la comunidad popular en salud, para garantizar la presencia de todos los actores sociales en salud en las decisiones que le competen.
- **Continuidad y permanencia**, expresa que la Red de salud garantiza la continuidad de la atención, a través de instrumentos de

seguimiento único al paciente en todo el curso de vida y al interior de la Red; asimismo, la Red al tener un centro de referencia de segundo nivel, a través de este garantiza la atención permanente durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

3.6.4. Conformación de Redes de Salud

Los requisitos fundamentales para la conformación de redes de salud son organizar un modelo integrado de asistencia y desarrollar un modelo de gestión, para el logro de un funcionamiento eficaz y eficiente de todo el Sistema Nacional de Salud y con capacidad de resolución.³⁵

3.6.5. Puerta de Entrada al Sistema de Salud

Son variadas las experiencias consistentes en establecer, como puerta de entrada al sistema de servicios de salud, que implica que los médicos generales a los que se responsabilizan por la autorización y coordinación de toda la atención necesaria ("gatekeepers").³⁹

Por el contrario, los sistemas con un primer nivel como puerta de entrada (médicos de atención primaria) generalmente requieren delimitación de la población a cargo y restringen la elección del proveedor, pero tienen un enorme potencial para garantizar la continuidad de la atención y la coordinación de los servicios.

En estos sistemas crece la posibilidad de evitar la duplicación, hacer un uso más eficiente de los recursos; además de existir una más clara división entre proveedores de atención primaria ("médico general", "médico de familia") y especialistas. Se refieren:

- a) Ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema.
- b) Clarificar la demanda.
- c) Brindar información sobre la situación de salud del individuo que consulta.
- d) Realizar procedimientos diagnósticos de baja complejidad.
- e) Realizar tratamientos.

- f) Coordinar con otras disciplinas.
- g) Realizar tareas de prevención.
- h) Registrar la información en historias clínicas unificadas de manera de garantizar la coordinación y la continuidad de la atención prestada⁴⁰.

3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS

La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por ende del bajo desempeño general de los sistemas de salud. Puede generar por sí misma o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos⁴¹, ver Figura 3.

La fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan (p. Ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales), o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema (p. Ej. la duplicación de exámenes de laboratorio que trae aparejado un incremento innecesario de los costos, los que a su vez disminuyen el nivel de financiamiento del sistema).

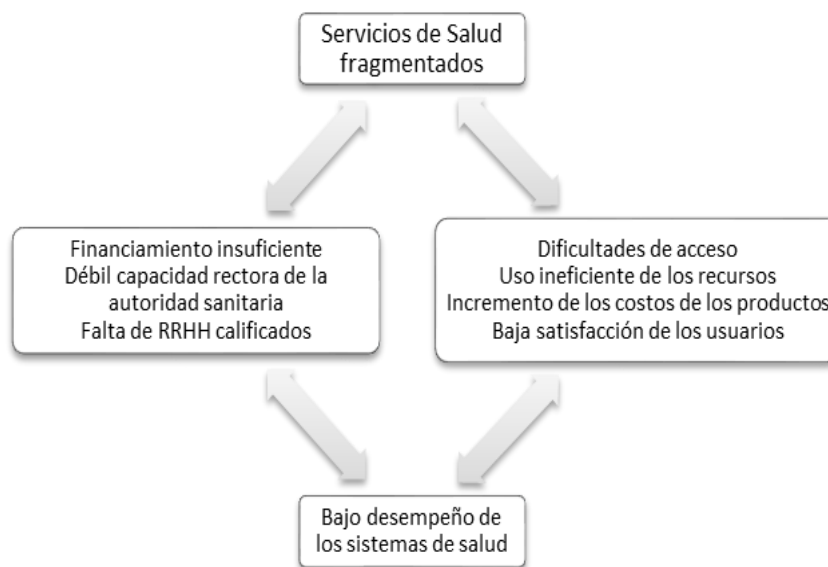
La fragmentación de los servicios de salud puede manifestarse de múltiples formas y puede reflejarse en los distintos niveles del sistema.

A nivel de la experiencia de las personas con el sistema, la fragmentación se manifiesta fundamentalmente como falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad en la atención, pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales, y la falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios.

La falta de acceso se manifiesta por la demanda reprimida a los servicios o por la postergación de la entrega de servicios. La falta de oportunidad se expresa

comúnmente como listas de espera, derivaciones tardías o la entrega de servicios con enfoque programático reducido (p. Ej. programas verticales).

FIGURA 3. Relación entre Fragmentación y Desempeño de los Servicios de Salud



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*, Washington, 2008.

“En términos de la falta de continuidad asistencial, ésta se manifiesta por ejemplo en la necesidad de tener que visitar múltiples sitios asistenciales y diversos prestadores para solucionar un único episodio de enfermedad. También se puede manifestar por la falta de una fuente regular de cuidado (por ejemplo la falta de un equipo de salud del 1er nivel de atención), o por el extravío de información clínica entre visitas médicas, o por la falta de cuidado a lo largo del tiempo en el manejo de condiciones crónicas. En una encuesta realizada a gestores/prestadores del primer nivel de atención, sólo el 45% de los entrevistados señaló que los pacientes son vistos por el mismo doctor/equipo de salud”⁴¹.

Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico, duplicaciones de las pruebas diagnósticas y llenado de múltiples formas administrativas en cada lugar de atención. Desde el punto de vista de la falta de

conformidad de los servicios, ésta se puede manifestar en el énfasis curativo en desmedro de las acciones de fomento y prevención, en el énfasis individual en desmedro de las acciones colectivas y de salud pública, en el trato impositivo y poco amable del personal de salud, o en la indicación de intervenciones no basadas en criterios y conocimiento científico y que no se ajustan a las preferencias culturales y/o de género de las personas.

Tomando en cuenta la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación para avanzar hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes del país, el Ministerio de Salud trabaja en la implementación de Redes Funcionales de Salud, concepto que está en sintonía con la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que llega en un momento de renovado interés mundial y regional.

Al respecto la OPS/OMS considera que las RISS son estrategias operativas importantes del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, que favorecen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales tales como, la cobertura y el acceso universal; el primer contacto con los servicios de salud; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar, la participación comunitaria y la acción intersectorial, entre otros.⁸

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, pueden definirse como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.⁴²

Según el Ministerio de Salud, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) pueden definirse como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población*

definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

Las RISS requieren de los siguientes atributos esenciales para su adecuado funcionamiento:

1. Modelo asistencial:

- Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
- Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

2. Gobernanza y estrategia:

- Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- Participación social amplia.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

3. Organización y gestión:

- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- Gestión basada en resultados. Asignación e incentivos: financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

3.8. La Política Nacional SAFCI dentro del modelo operacional de la Atención Primaria en Salud (APS)

El modelo APS hace gran énfasis en la promoción de la salud dentro de la comunidad, lo que es visto como una tarea clave del personal de salud.

Al mismo tiempo, considera el acceso a la atención institucional en cualquier nivel como una necesidad no satisfecha que debe ser atendida a través de una amplia serie de mediadas; entre ellas, mayor integración de la medicina tradicional, la inclusión de trabajadores sociales en los equipos de salud, control de los servicios de salud por organizaciones comunitarias y mejor coordinación de los tres niveles del sistema de salud.

En esta coyuntura la Constitución Política de Bolivia aprobada en 2008, en su (Artículo 18) señala el derecho a la salud que tienen todas las personas y que

el Estado garantiza la inclusión y el acceso a los servicios de salud, sin exclusión ni discriminación alguna. También se determina constitucionalmente que el sistema de salud es único, universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Y se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad. A su vez el sistema de salud se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

De esta manera ha sido implementada la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que se constituye en la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia y en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud pues complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.⁴³

El objetivo de la política SAFCI es contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud, esto se pretende alcanzar:

- Reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud.
- Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad.
- Aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos.
- Mejorar las condiciones de vida de la población.

3.8.1.- Los principios de la política SAFCI

La **participación social**, entendida como la capacidad de participación real y efectiva del pueblo organizado, mediante su representación legítima, para toma de decisiones en salud sobre la planificación, ejecución-administración,

seguimiento-control social de las acciones en salud. Considerar las necesidades y los problemas a través de las representaciones.⁴³

La **interculturalidad**, es la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud.⁴³

La **Intersectorialidad**, es la intervención coordinada entre la comunidad organizada y sector salud con otros sectores estatales (agua, vivienda, educación, saneamiento básico y otras), en base a alianzas estratégicas, para actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad.⁴³

La **integralidad**: Es el sentir, conocer y practicar la salud como “un todo”, que contempla la persona y su relación de armonía con la familia, comunidad, madre tierra, cosmos y el mundo espiritual, para desarrollar procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y daños de manera pertinente oportuna ininterrumpida e idónea.⁴³

3.8.2.- La estrategia de la política SAFCI

La promoción de la salud, que es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien.⁴⁴

Los mecanismos de la promoción de la salud:

- La educación en salud.
- La movilización social.
- La reorientación de los servicios de salud.
- Y las alianzas estratégicas

3.8.3.- Los componentes de SAFCI

- **La gestión participativa y control social**⁴⁴, que es la interacción de los actores sociales e institucionales para tomar decisiones sobre las acciones de salud de manera eficiente, armónica y equilibrada, dirigidas a transformar determinantes de la salud, reorientar los servicios de la salud, fortalecer la medicina tradicional y generar hábitos de protección de la salud, a través de la planificación, ejecución-administración y seguimiento-control social, se aplica mediante:
- **La atención integral intercultural en salud**, que es la forma de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad pertinente y oportunamente con capacidad resolutive de enfoque de red, horizontalmente con respeto y valoración de sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas en el marco de la complementariedad, reciprocidad con la medicina tradicional y se aplica mediante: La aplicación de la estrategia y componentes de la SAFCI, está liderada por la Dirección General de Promoción de Salud, sus unidades, programas y proyectos.⁴⁴

A pesar de los avances se han mantenido problemas de desigualdad y exclusión social, tanto con la población que aún no cuenta con ningún tipo de beneficio en los servicios de salud por no contar con ningún tipo de seguro y son los más vulnerables.

3.9. La Política Departamental respecto a las Redes Funcionales de Salud

La estructura política en salud a nivel departamental está establecida por la Ley Integral de Salud N° 475³¹ y la Ley Marco de Autonomías N° 031.12

Previo a la descripción de las mencionadas leyes, es preciso hacer una remembranza de cómo se creó el Servicio Departamental de Salud (SEDES), es así que debemos referirnos al Decreto Supremo N° 25233³⁵, de 27 de noviembre de 1998. El mencionado decreto se creó con el objeto de establecer el modelo

básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 y las disposiciones vigentes en la materia de salud.³⁶

En la citada norma, una de sus tres consideraciones indica: “que es necesario impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutive en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.”³⁶

En el Capítulo II. Gestión Descentralizada de Salud. Artículo 5º, indica que entre los Principios de Gestión Descentralizada de Salud, se encuentra el inciso c) que se refiere a la “Organización Operativa por Redes de Servicios. Los servicios de salud se prestan mediante redes, constituidas por establecimientos estructurados por niveles de atención y escalones de complejidad. La red se organiza en base a criterios de accesibilidad geográfica, población y capacidad resolutive. Los establecimientos de la red de servicios se articulan e intercomunican entre si mediante subsistemas y, específicamente mediante el subsistema de referencia y contrareferencia. Para conformar una red debe contarse, por lo menos, con establecimientos de primer y segundo nivel de atención”³⁶

Capítulo IV Nivel Técnico Artículo 12º, menciona que entre las funciones comunes a ejecutar las tareas técnicas del SEDES, dentro su correspondiente Unidad, en conformidad con el Manual de Organización y Funciones, el inciso

c) Jefatura de Coordinación Distrital, refiere que “Es responsable de dirigir y asesorar el relevamiento de las **redes de servicios**; normar el proceso de coordinación operativa de los servicios de salud; coordinar con las direcciones distritales, directores de hospitales de función departamental y organizaciones del sector privado los procesos de ampliación de cobertura y mejora de calidad en los

servicios; instrumentar el proceso de acreditación, certificación y evaluación de los establecimiento de salud”.³³

Ley 475. Ley de Ampliación de Prestaciones. El objetivo de esta ley es “Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, además de establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.”³¹

La Ley N° 475 menciona a las Redes funcionales, en su Capítulo II Requisitos para el acceso, prestaciones, capacidad resolutive de los establecimientos de salud, provisión de prestaciones y medios de promoción de la salud. Artículo 5°.- (Registro de beneficiarias y beneficiarios) Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley N° 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud. Artículo 6°.- (Acceso a los servicios de salud integrales e interculturales) El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.”³⁶

En el año 2010, después de que el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, realizó el dialogo departamental “Pacto por La Paz”, donde participaron sectores de desarrollo, organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas, y se definieron 14 estrategias orientadas a consolidar el desarrollo económico, social y político del Departamento, con la participación del gobierno central, departamental y municipal. Para el sector salud, el Pacto determinó el mandato de la “Construcción de una sociedad saludable y productiva”, donde en su 3er lineamiento establece: “Mejoramiento y cobertura de las redes funcionales de servicios de salud (evitando la fragmentación y segmentación de los servicios) en el departamento”³⁶

En fecha 17 de junio de 2014, con la RESOLUCION ADMINISTRATIVA DEPARTAMENTAL N° 586/2014, surge entre otros nueve Manuales de Funciones Individuales, el Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de Salud La Paz.³⁶

El MOF es un instrumento administrativo de carácter operativo, que establece la distribución formal de las diversas partes que integran la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa generalmente aceptados. Se constituye en el documento oficial de referencia, orientación y consulta del personal, respecto de las funciones que deben desempeñar en cada una de las Unidades y Áreas organizacionales.³⁶

Dentro de la VISIÓN del Servicio Departamental de Salud de La Paz, señala que: “Al 2020, el Servicio Departamental de Salud afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de **Redes funcionales**, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI”.³⁶

Cabe destacar que Redes y Servicios de salud integrales, se encuentran dentro del Eje 1, Programa1.1 de los OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL SEDES LA PAZ AL 2020.

En el Nivel Ejecutivo técnico, de la estructura organizacional del Servicio Departamental de Salud La Paz, se cuenta con la Unidad de Redes de Servicios de Salud.³⁴

No obstante el Nivel Operativo técnico, cuenta con: Área Redes Urbanas y Área Redes Rurales, que dependen de la Unidad de Redes de Servicios de Salud.³³

En el anexo 1, figura 1 se puede observar el Organigrama del Servicio Departamental de Salud de La Paz y las Redes Funcionales.

Entre las funciones de la Dirección Técnica del Sedes, se encuentra:

- Analizar, aprobar y realizar seguimiento a los planes, programas y proyectos de salud para el desarrollo departamental, presentado por las Redes de Salud, Hospitales, responsables de programas, en el marco del plan estratégico de salud, controlando y evaluando su ejecución”.³⁶
- Requerir informes a dirección sobre la gestión técnica administrativa y a través de él a los responsables de programas, redes y hospitales.³⁶
- Proponer la atención de las demandas y prioridades de las redes, hospitales y unidades desconcentradas de salud.³⁶

A lo largo del MOF, se aprecia que las distintas Unidades de Sedes, tienen relaciones de coordinación intra institucional con la Unidad de Redes de Servicio de Salud, todo esto en aras de evaluar el grado de cumplimiento, brindar soporte técnico, o supervisar la aplicación de las normas, metodologías e instrumentos del Sistema de Información en Salud de las Redes Integrales Funciones de Servicios de Salud (RIFSS) y de los establecimientos de salud, etc.

Unidad de Redes de Servicio de Salud depende de la Dirección Técnica SEDES La Paz y de esta Unidad dependen entre otras las Áreas de Redes Urbanas y Rurales. Sus relaciones inter institucionales son con el Ministerio de Salud y autoridades municipales, Comités de Vigilancia, Universidades Públicas y Privadas, y Cooperación Externa.³⁷

3.9.1. Objetivo de la Jefatura Unidad de Redes de Servicios de Salud

- Desarrollar la capacidad técnica y de gestión en los niveles de conducción y operativo, para el cumplimiento de la política sectorial, normas y programas, que fortalezcan los Redes Integrales y Funcionales de Servicios de Salud, la oferta de servicios con capacidad resolutive,

equidad, eficiencia y calidad, en beneficio de la población.³⁷ En el Anexo 1, figura 2 se encuentra el Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud.

3.10. La Política Municipal con respecto a Redes en Salud.

En este apartado se realizó la compilación de normas a nivel municipal referentes a Redes de Salud. Hacemos notar que los contenidos que a continuación se presentan, fueron obtenidos bajo fuentes primarias oficiales.

Con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, los Gobiernos Autónomos Municipales asumieron como responsabilidad la infraestructura, insumos y gastos operativos de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción. Al mismo tiempo, las municipalidades son las responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria⁴⁵.

| | |
|--|--|
| <p>Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” TÍTULO V CAPÍTULO III Alcances y competencias Artículo 81</p> | <p>Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.¹²</p> |
| <p>Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” TÍTULO V CAPÍTULO III Artículo 81</p> | <p>Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.¹²</p> |

En la Ley 475 Capítulo III **FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD** Artículo 10, hace referencia a la “Cuenta Municipal de Salud”, la cual está a cargo de los Gobiernos Autónomos Municipales. En su artículo N° 10, refiere que la Cuenta Municipal de Salud estará destinada a financiar las prestaciones que sean demandadas en establecimientos del primer segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal. Asimismo, aclara

que no existen pagos intermunicipales. Los costos son asumidos por el municipio donde se da la prestación. Además, señala en este mismo artículo que en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en las Cuentas Municipales de Salud, serán reasignados a las mismas para la siguiente gestión o podrán ser utilizados para la contratación de recursos humanos, fortalecimiento de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, o en programas especiales de salud^{Error! Marcador no definido.}.

Dentro de la Ley 475 se menciona a la SAFCI de la siguiente manera:

| | |
|--|---|
| <p>LEY N° 475 CAPÍTULO I ARTÍCULO 7. (ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD).</p> | <p>Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la Política SAFCI.³¹</p> |
|--|---|

En un artículo del Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N°475, menciona la coordinación y la capacidad resolutive de los establecimientos.⁴⁶

| | |
|---|--|
| <p>REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA LEY N° 475 CAPÍTULO III Artículo 9. (COMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN REDES FUNCIONALES).-</p> | <p>Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales que establezcan la complementación de los servicios de salud que garanticen la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de acuerdo a la Norma de Referencia y Contrarreferencia vigente emitida por el Ministerio de Salud.⁴⁶</p> |
|---|--|

Es menester referirnos al **Plan de Desarrollo Municipal "La Paz 2040"**, que en el campo de la salud busca fortalecer e impulsar un sistema de salud integral, moderna, incluyente, inclusiva, eficiente, intercultural, con calidad y calidez.⁴⁵ Es

así que en este plan hacen mención entre sus acciones estratégicas el fortalecimiento de las Redes de Salud articulado con el **Plan La Paz 2040**.⁴⁵

TABLA 3 . Articulación de las políticas sugeridas con el Plan de Desarrollo Municipal “La Paz 2040”

| ÁMBITO | POLÍTICA | ACCIONES ESTRATÉGICAS | ARTICULACIÓN CON EL PLAN LA PAZ 2040 |
|-------------|---|--|--|
| EN SERVICIO | Eje 1. Transformación de la Red de Servicios de Salud | Mejora de la oferta y calidad de los Servicios | <ul style="list-style-type: none"> - Eje 4. La Paz Feliz, Intercultural e Incluyente · Sub Eje. Salud y sanidad · Sub Eje. La Paz Equitativa e incluyente |
| | | Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de Servicios de las redes de Salud | |
| | | Implementación de los mecanismos para garantizar la Calidad en Salud. | |
| | | Fortalecer el sistema de referencia y retorno | |
| | | Acreditación de establecimientos de Salud | |
| | | Gestión Intersectorial e Interinstitucional | |

Fuente: La Salud en el Municipio de La Paz. 2013⁴⁵

3.11. La Atención Primaria de Salud y las Redes Funcionales Integradas de Servicios De Salud

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, además desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad”*Error! Marcador no definido.*

La declaración de Alma-Ata²⁰ sostiene que la Atención Primaria de Salud, *“...debe mantenerse mediante un **sistema integrado, funcional** y de sistemas de referencia...”*, *“...conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados”*⁴⁷.

La declaración de Montevideo⁴⁸ establece que *“...los modelos de atención de salud deben...”* *“...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”*⁴⁹

La Agenda de Salud para Las Américas⁵⁰ menciona que: *“fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos”*

3.11.1. La Renovación de la Atención Primaria de Salud y otros Mandatos Regionales

Como bien plantea el documento de la Organización Panamericana de la Salud, existen múltiples instancias de compromisos/mandatos internacionales no vinculantes que enfatizan la necesidad de avanzar hacia un cuidado integrado e integral de la salud.

Hacia finales de la década de los 80 la iniciativa de OPS/OMS sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS), también hablaba sobre la necesidad de organizar los servicios de salud en niveles de atención, desarrollar sistemas de referencia y contra-referencia, y hacer una planificación regional de los servicios de salud.

Como bien expresa el documento OPS, el objetivo de organizar servicios de salud en niveles de atención integrados y descentralizados fue nuevamente ratificado por los Estados Miembros en el año 2005, como parte del proceso de renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas.

En junio de 2007, la Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, señala la necesidad de: fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos, y en Julio del mismo año, el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6, la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales.

3.12. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI

3.12.1. Las Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS)

Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales, que establezcan la complementación de los servicios de salud, garantizando la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutive de los Establecimientos de salud, y a lo estipulado en la Norma de Referencia y Contra referencia vigente emitida por el Ministerio de Salud.⁵²

La Coordinación Técnica de Red, es la instancia de supervisión periódica, encargada de verificar el cumplimiento adecuado de los procesos técnicos implícitos a la atención de las personas beneficiarias, entre ellas: la correlación clínica administrativa de los establecimientos de salud⁹; además, es la instancia de supervisión permanente encargada de verificar el cumplimiento de normas vigentes de calidad de atención en los establecimientos de salud correspondientes.

La Unidad de gestión de calidad del SEDES: en coordinación con las Unidades de Planificación y Redes de Salud de los SEDES, son las Instancias

encargadas del seguimiento de la calidad de atención de los establecimientos de salud que brindan las atenciones de la Ley N°475.³¹

3.12.2. Planificación Municipal Participativa en Salud

Es el mecanismo de gestión pública para alcanzar el desarrollo humano sostenible en los municipios, en el que participan:

- Gobierno Autónomo Municipal
- La Comunidad
- El Sector Salud

Es la aplicación de los procedimientos y metodología de la planificación en el contexto municipal, a partir del cual, el gobierno local y la ciudadanía acuerdan el desarrollo municipal. Siendo así, los actores municipales los responsables del cumplimiento del proceso de planificación participativa, en el ámbito de sus competencias.⁵¹

A través de ella las autoridades municipales, el personal de salud de la red municipal y la comunidad organizada, toman decisiones en conjunto, basados en un análisis de la realidad de los servicios de salud, y determinan la mejor alternativa para cambiar la situación o mejorar la realidad actual.⁵¹

3.12.3. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud está conformado por:

3.13. La estructura estatal

Conformada por el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que con la capacidad de los subsistemas de salud garantiza la solución de los problemas de salud de la población y la gestión eficiente, efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional¹⁰

3.13.1. La estructura social

Compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud; involucrándose en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas.¹⁰ Está organizada de la siguiente manera:

a. Autoridad Local de Salud.

Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; es responsable de la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del establecimiento de salud, además de realizar seguimiento y control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.¹⁰

b. Comité Local de Salud.

Es la representación orgánica de las comunidades o barrios, pertenecientes territorialmente a la jurisdicción de un establecimiento de salud (puesto/ centro SAFCI, centro SAFCI con Camas, etc.), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y Control Social en Salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.¹⁰

c. Consejo Social Municipal de Salud.

Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del

DIMUSA, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DIMUSA); una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el POA, para las necesidades de salud de la población de su municipio.¹⁰

d. Consejo Social Departamental de Salud.

Es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio responsable de articular las necesidades y propuestas.¹⁰

3.13.2. La estructura intersectorial

Entendida como el espacio de deliberación con los representantes de los sectores alineados con la política sanitaria; para la solución de los problemas relacionados con las determinantes de la salud, controlando la ejecución de las acciones y sus resultados.¹⁰

Los espacios de deliberación son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, de la estructura social, estatal y los otros sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros) conformada por: Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres y cabildos. Los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales, son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres) donde se concretiza la gestión local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local existen dos tipos de espacios de deliberación que son: – La Reunión General de Planificación (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres,

cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades o barrios, tengan o no establecimientos de salud; para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables.¹⁰

3.13.3. El Comité de Análisis de Información en Salud, CAI, Comunal o Barrial

Espacio de deliberación para seguimiento y control, se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a las personas, familias y comunidades.¹⁰

3.13.4. Atención Integral y Continua

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación; ello requiere de la coordinación de todas las instituciones del Sistema de Salud y los niveles de atención de los Servicios de Salud. ¡Error! Marcador no definido.

3.13.5. Capacidad Resolutiva

Es el conjunto de acciones y servicios de determinada complejidad que realiza el establecimiento de salud, con el propósito de solucionar la causa por la que asiste o es referido el paciente.

3.13.6. Sistema Nacional de Referencia y Retorno

La finalidad de la Red de Servicios es asegurar la capacidad resolutiva del sistema, y se encuentra conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; dependientes de los subsistemas: público, seguro de salud

a corto plazo y privado, con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y retorno, complementados con la Medicina Tradicional y la Estructura Social en Salud.

3.13.6.1. Referencia y Retorno

El instrumento normativo que regula el componente de referencia y retorno, es la Norma Nacional de Referencia y Retorno, que establece reglas y subcomponentes que deben cumplirse por las diferentes instancias institucionales e intersectoriales⁵².

El componente de referencia y retorno: es el conjunto de mecanismos con que se articulan y complementan las actividades de los establecimientos de salud de la Red Municipal SAFCI, la Red de Servicios, instancias comunitarias e intersectoriales, a un de garantizar la resolución del problema de salud de la persona y su familia.

Definiéndose el criterio de referencia y retorno como los argumentos o parámetros, incluidos en las Normas Nacionales de Atención Clínica, que orientan tanto para la referencia como para el retorno de un paciente.

Por cuanto la Referencia es la remisión del paciente por un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive o instancia comunitaria de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios (establecimiento de salud, medicina tradicional, defensorías, etc.) a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud.

La instancia que refiere, tiene la responsabilidad de realizar el seguimiento respectivo, asegurando su retorno, debiendo registrarse todas las acciones en los documentos correspondientes.

Y el retorno es la acción consistente en un informe escrito de la valoración y el tratamiento realizado (diagnóstico, acciones de diagnóstico y tratamiento realizados, resultados de exámenes complementarios, indicaciones, recomendaciones), desarrollados por el establecimiento de salud que recibió al paciente referido al momento que realiza el alta, procediendo a la devolución del paciente al establecimiento de primer nivel, que le corresponde de acuerdo al lugar donde reside, con el objeto de que continúe con el seguimiento o finalización del tratamiento instituido, para su registro en el expediente clínico y carpeta familiar correspondientes.

En la Norma Nacional de Referencia y Retorno en el Capítulo II, se describe las 30 reglas del componente “Referencia y Retorno”.

3.13.7. Medicina Tradicional

Es extensa diversidad de doctrinas sobre la Medicina Tradicional, más debemos hacer hincapié al concepto que operan los integrantes de la Sociedad Boliviana de la Medicina Tradicional SOBOMETRA señalaron, *“actualmente la medicina tradicional es la práctica médica “mestiza” del área andina, con fuerte influencia religiosa, basada en la cosmovisión que la caracteriza como tal. Los terapeutas de esta práctica médica nativa son principalmente los Kallawayas, Jampiris, Yatiris, Parteros, e Ipayes. Las denominaciones para nombrar a los terapeutas indígenas son conocidas y empleadas de acuerdo a cada área geográfica específica”*⁵³.

3.13.7.1 Médicas y Médicos tradicionales ancestrales

Son las personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades, la medicina tradicional ancestral boliviana, recurriendo a procedimientos terapéuticos tradicionales; acudiendo a las plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas, la familia y la comunidad para el ¡Vivir Bien!³³

3.13.7.2 Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y Afrobolivianos.

Son las mujeres y los hombres que practican los fundamentos espirituales, históricos y culturales de los pueblos indígenas originarios, en complementariedad con la naturaleza y el cosmos; gozan de reconocimiento como autoridades espirituales en su comunidad y se constituyen en los guardianes para la conservación, reconstitución y restitución de todos los sitios sagrados de la espiritualidad ancestral milenaria.³³

3.13.7.3 Partera o partero tradicional

Son las mujeres y los hombres que cuidan y asisten a las mujeres antes, durante y después del parto, cuidan del recién nacido.³³

3.13.7.4 Naturistas

Son las mujeres y los hombres con amplios conocimientos de las plantas medicinales naturales nacionales y otros recursos de la naturaleza de diversas zonas geográficas de Bolivia, que aplican en la prevención y tratamiento de las dolencias y enfermedades.³³

3.13.7.5 Interculturalidad, Medicina Tradicional, Atención en los Servicios de Salud

Se entiende por interculturalidad a las relaciones equitativas, respetuosas y sinérgicas que desarrollan las personas o grupos de personas —con características culturales, religiosas, lingüísticas, de género y generacionales, y de diversas posiciones— a fin de construir una sociedad justa, armónica e incluyente. Es decir, que la interculturalidad puede ser considerada una estrategia importante, para alcanzar espacios de convivencia donde se respetan y valoran las diferencias culturales y de todo tipo, los mejores conocimientos, percepciones y actitudes con el propósito de alcanzar una vida armónica entre las personas, grupos de personas y de éstas con la naturaleza, donde el respeto a los derechos humanos de todo orden es deseable, posible y alcanzable.³³

Siendo los servicios de salud y la atención que se brinda en estos un espacio peculiar de relacionamiento entre el personal de salud y los usuarios, es importante que se desarrollen experiencias de interculturalidad favorables para todos, pero muy especialmente para los usuarios, donde se respeten sus saberes, creencias y prácticas en salud y medicina tradicional; de esta manera el nuevo Estado Plurinacional estará en mejores condiciones para lograr incrementar la calidez y las coberturas de la atención en salud y por tanto disminuir la morbimortalidad general, pero muy especialmente de las poblaciones vulnerables que coincidentemente son parte de las 36 nacionalidades y grupos étnicos existentes en Bolivia.³³

3.13.7.6 Salud y Enfermedad en un Contexto de Interculturalidad

Significa que, en estos casos de quejas y reclamos, se están incumpliendo los principios bioéticos fundamentales de autonomía y de justicia, que son el sustento del consentimiento informado, y que están, en este tipo de situaciones, por encima del principio de beneficencia.³³

Estos reclamos y quejas no son falencias de atención atribuibles exclusivamente al personal de salud, sino también son responsabilidades de la institución prestadora de servicios y finalmente del Estado, que se deben superar integralmente y lo más rápidamente posible. La implementación de las Normas Nacionales de Atención Clínica, en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, va dirigida también en este sentido, al igual que las siguientes medidas y cambios de actitudes:

- Se debe fomentar la implementación de un número suficiente de servicios de salud con prácticas interculturales, incluyendo traductores, promotores de salud y médicos tradicionales, de manera que los usuarios tengan la opción de ser atendidos también, si así lo solicitan, por la medicina tradicional.

- Se debe fomentar actividades y programas de fortalecimiento y difusión de la medicina tradicional en las familias, evitando su elitización y comercialización.
- Se debe impulsar la incorporación del parto intercultural en todos los servicios materno-infantiles a nivel urbano, y a nivel rural la capacitación de la totalidad de las parteras empíricas.

El personal de salud debe estar sensibilizado y capacitado en prácticas interculturales, como el respeto a los conocimientos, percepciones y actitudes de la salud-enfermedad, incluyendo el conocimiento de un idioma nativo.³³

4. CONTEXTO DEL MUNICIPIO

4.1 Aspectos Generales Municipio de La Paz.

Superficie: El Municipio de La Paz tiene una superficie total de 3020 km², en la cual se define que un 95% es rural y un 5% urbana.⁵⁴

4.1.1 División Política

El Municipio de La Paz se encuentra dividido en 23 distritos (2 Rurales y 21 Urbanos) y nueve macrodistritos, tal cual se puede ver en el anexo 2, tabla 2. Además también podemos observar en el anexo 1, figura 3 la División Política del Municipio de La Paz.

4.1.2 Macrodistritos urbanos

Los Macrodistritos urbanos suman siete y se hallan en el extremo Sur del municipio, concentran la mayor parte de la población.

4.1.3 Macrodistritos rurales

Los Macrodistritos Hampaturi y Zongo, corresponden al área rural del municipio y ocupan la mayor superficie del mismo.

TABLA 4. Superficie del Municipio de La Paz, por área

| Área | Superficie (Has) | % |
|--------|------------------|------|
| Urbana | 18,009,82 | 7,40 |
| Rural | 183,180,84 | 92,6 |
| TOTAL | 201,190,66 | 100 |

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

4.1.4. Características Físico Naturales

La topografía en las áreas circundantes al municipio es sumamente variada, desde la cumbre de la cordillera de Los Andes con alturas superiores a los 6000 msnm a los valles profundos de Los Yungas y Zongo, donde se desciende a 900 msnm.

El Municipio de La Paz, pertenece al área de influencia de los sistemas hidrográficos del Río La Paz, hacia el sur y del Río Zongo hacia el norte, separados ambos por la Cordillera Real; el Río La Paz desemboca en el río Boopi y luego en el río Alto Beni, para confluir finalmente en el Río Beni, afluente del Amazonas.

La cuenca del río de La Paz, cuenta con 5 cuencas hidrográficas: Choqueyapu, Orkojahuirá, Irpavi, Achumani, Huayñajahuirá y 4 sub cuencas importantes: Apumalla, San Pedro, Kalahahuirá y Achocalla que confluye.

El clima de La Paz ha sido caracterizado como “Clima tropical de alta montaña”, o “Tropical de ritmo diario”. Las características de circulación atmosférica global producen un desplazamiento de la Zona de Convergencia Intertropical, originando en el territorio paceño, un invierno seco, con ausencia de lluvias, esto provoca que la humedad durante los meses de mayo hasta octubre sea menor. Los fenómenos atmosféricos están íntimamente ligados a procesos energéticos; por lo tanto la radiación solar disponible en una región, determina las variaciones de los otros elementos climáticos. La cuenca del valle de La Paz de acuerdo a su latitud en la zona tórrida ecuatorial tiene un grado de radiación

pronunciado, el cual se incrementa en radiación ultravioleta por la baja densidad atmosférica, debido a las características altitudinales del Municipio⁵⁵.

4.1.5 Características demográficas

Según Censo 2012 del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Departamento de La Paz tenía 2.765.874 habitantes para el 2012; para el 2016 la proyección de población alcanzará a 2.842.031 habitantes y para el municipio de La Paz 925.376 de habitantes.

La distribución de habitantes por área es de 921.050 habitantes en el área urbana que equivale a un 99.5% y 4.325 habitantes en el área rural que equivale a un 0.5%. En el anexo 1, figura 4 se puede ver la Pirámide Poblacional del Municipio de La Paz 2016. El 68% de la población del municipio de La Paz, en edad productiva (15-64 años). La edad promedio en La Paz es 33 años en 2016, tres años por encima de los media nacional (30 años). Se advierte un proceso de envejecimiento de la población, fenómeno de las grandes ciudades, cuyo efecto es un cambio en la tipología de servicios y en el gasto público.

El municipio de La Paz para el Censo 2012 contaba con una población de 794.014 habitantes⁵⁶, donde el macrodistrito más populoso es Max Paredes con más de 180 mil habitantes, seguido por los macrodistritos Periférica y Cotahuma ambos con más de 170 mil personas, mientras que los menos poblados son los macrodistritos rurales de Hampaturi y Zongo.

4.1.6 Crecimiento Intercensal

Los datos históricos a partir de los censos realizados por el INE muestra que a principios del Siglo XX, La Paz era la ciudad con mayor población en el país, con una tasa de crecimiento intercensal de 3.2%, esta situación se mantuvo hasta principios de los años 90 aunque se presenta un desaceleración en ritmo de crecimiento poblacional.⁵⁷

Analizando específicamente el Municipio de La Paz, se pudo observar que entre los censos de 1992 y el 2011 la población en general creció en un 10.8%, La población de varones como mujeres creció en un 10.8%. La población de

varones como mujeres creció a tasas similares (10.9% y 10.7%). Los grupos de edad que más crecieron fueron los comprendidos entre los 4 y 59 años, y más de 70 años, seguidos de los grupos entre 20 y 29 años. En este periodo intercensal ya se mostraba que la tasa de crecimiento de menores de 0 a 4 años era negativa. Las proyecciones efectuadas por el INE, para el periodo 2001 y 2012 muestran un descenso constante de la tasa de crecimiento⁵⁸ entre los años 2001 y 2006, tendiendo a ser horizontal a partir de allí hasta la fecha, con una tasa que se sitúa entre el 0.03 y 0.04%, mientras que en el Censo de Población Vivienda en el 2012 fue de 0,3%.

4.1.7 Proyección población por macrodistrito

En el gráfico N° 2 (Ver anexo), se muestra la composición de la población de acuerdo al peso que tiene cada uno de los macrodistritos respecto al total del Municipio. En este sentido se puede ver que los macrodistritos de Max Paredes (20.76%), Periférica (20.07%), Cotahuma (19,32%, Sur (16,05%), San Antonio (14,59%) y la zona central (8,11%) son los que se concentran mayor número de habitantes en el Municipio. Entre los Macrodistritos de Mallasa (0.64%), Hampaturi (0.26%) y Zongo (0,21%) no alcanzan al 1% de la población de Paz.

4.1.8 Población del municipio por sexo según grupos de edad

El 31% de la población es menor de 20 años, lo que representa un grupo importante de población joven, mientras que la población de 20 a 59 años corresponde al 49% de la población que se encuentre en edad productiva. La proporción de niños entre 0 y 4 años en el Municipio de La Paz, alcanza 9.8%.

El 10% de la población tiene más de 60 años, comparativamente con el Municipio de El Alto en el cual sólo el 6% de la población es mayor de 60 años (un incremento de un 3,5% respecto al censo 2001), lo que nos habla de un aumento en la expectativa de vida del Municipio de La Paz, mayor que el municipio vecino de El Alto.

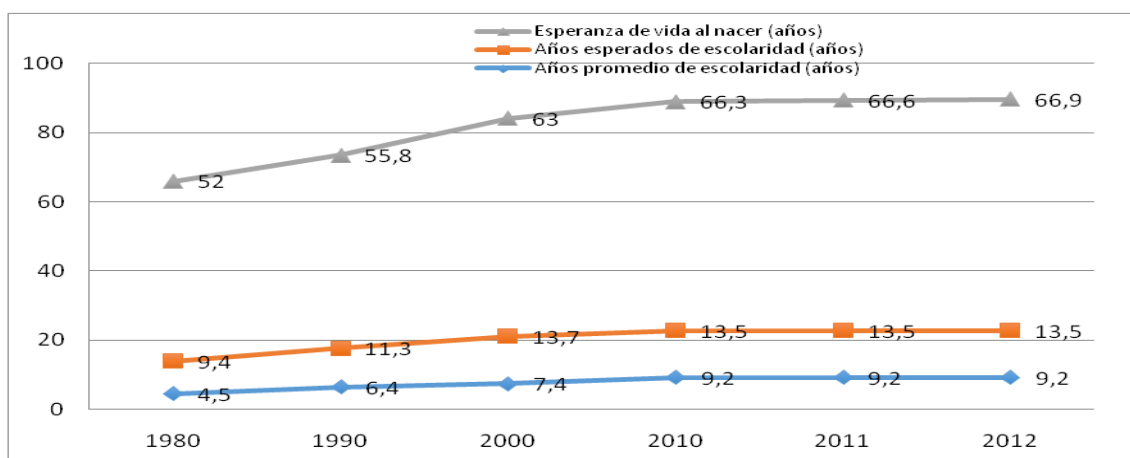
El promedio de Edad en el Municipio es de 29 años superior a la media nacional de 24 años, que se explica por el hecho de que toda la población urbana

concentrada tiene una mayor esperanza de vida por mejores condiciones de sus determinantes de Salud.

4.1.9 Índice de Desarrollo Humano (IDH) Municipal.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) se define como un indicador multidimensional de capacidades esenciales para el bienestar de las personas que comprende tres componentes o dimensiones: la longevidad (esperanza de vida al nacer), nivel educacional (combinación de la tasa de alfabetización, tasa de matriculación y años promedio de escolaridad) y el nivel de ingresos (índice de consumo per cápita), dichos datos los podemos observar en la parte destinada a anexo 2, tabla 3 la misma que tiene referencia con la tendencia del índice de desarrollo humano. De igual forma podemos observar en la siguiente figura la tendencia del índice de desarrollo humano.

FIGURA 4. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia. 2013



Fuente: Dirección de Salud 2014

4.1.10 Pobreza

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz ha presentado en su anuario estadístico del 2012 la situación de pobreza por Macro Distritos que se detalla en la tabla N° 5.

TABLA 5. Municipio de La Paz: Indicadores de pobreza, según Macrodistrito, 2012

| DETALLE | MUNICIPIO | MACRODISTRITO | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------|-------------|------------|-------------|------|---------|--------|-----------|-------|
| | | COTAHUMA | MAX PAREDES | PERIFÉRICA | SAN ANTONIO | SUR | MALLASA | CENTRO | HAMPATURI | ZONGO |
| Incidencia de pobreza por ingreso | 33,8 | 29,4 | 37 | 42,1 | 33,1 | 28,2 | 27,1 | 25,3 | 42,7 | 64,6 |
| Incidencia de insatisfacción en salud | 40,7 | 43,6 | 39,3 | 43,5 | 41,0 | 36,6 | 55,2 | 35,2 | 71,4 | 62,2 |
| Incidencia de pobreza por NBI | 19,7 | 18,5 | 22,3 | 20,5 | 19,5 | 19,5 | 33,6 | 9,9 | 76,0 | 69,5 |

Fuente: Encuesta Municipal de Pobreza 2012

La incidencia de pobreza medida por ingresos en el municipio de La Paz alcanzó a 33,8% el año 2012, lo que significa que existen aproximadamente 293 mil personas cuyo nivel de ingreso per cápita es inferior al valor de una canasta de alimentos y otras necesidades básicas (línea de pobreza). Los macrodistritos con una mayor población pobre según los datos de este indicador son los localizados en el sector rural del municipio, 64,6% de la población en Zongo y 42,7% de la población en Hampaturi. En el caso de los macrodistritos urbanos se identifica a Periférica con el mayor porcentaje de pobres (42,0%) y por otro lado los macrodistritos con menos población pobre son Centro, Mallasa y Sur, con 25,3% 27,1% y 28,2% respectivamente.

4.1.11 Acceso a los servicios de salud

Como se ve en el cuadro siguiente, a partir de la Encuesta Municipal a hogares 2012, la atención a las enfermedades o accidentes que sufrieron las personas durante el 2012 fue realizada en su mayoría por un médico (79,0%) y en un 6,4% de los casos no recibió atención alguna. El macrodistrito donde la mayor cantidad de personas acude a un médico es el macrodistrito Centro (89,6%) y donde menos acuden a la atención especializada es en el área rural (66,7% en Hampaturi y 65,6% en Zongo).

TABLA 6. Municipio de La Paz: Persona que atendió la enfermedad o accidente, según Macrodistrito, 2012

| QUIÉN LO ATENDIÓ DEBIDO A ESTA ENFERMEDAD O ACCIDENTE | MUNICIPIO | MACRODISTRITO | | | | | | | | |
|---|-----------|---------------|-------------|------------|-------------|------|---------|--------|-----------|-------|
| | | COTAHUMA | MAX PAREDES | PERIFÉRICA | SAN ANTONIO | SUR | MALLASA | CENTRO | HAMPATURI | ZONGO |
| Médico | 79,0 | 77,2 | 80,5 | 83,2 | 82,6 | 84,4 | 70,4 | 89,6 | 66,7 | 65,6 |
| Enfermera/ Auxiliar de enfermería | 3,0 | 2,7 | 1,0 | 4,7 | 2,8 | 1,9 | - | - | 5,3 | 7,5 |
| Responsable o promotor de salud | 1,7 | 1,2 | 2,2 | 0,4 | 1,1 | 2,5 | - | 0,8 | 0,8 | 5,4 |
| Farmacéutico | 3,1 | 4,4 | 4,8 | 2,3 | 2,0 | 2,5 | - | 3,0 | 3,8 | 1,6 |
| Un familiar | 4,6 | 4,4 | 4,5 | 4,7 | 3,1 | 1,9 | 3,7 | 3,0 | 8,3 | 8,6 |
| Naturista/ Curandero | 1,3 | 0,7 | 1,0 | 0,8 | 0,3 | 1,9 | - | - | 6,1 | 3,2 |
| Otra persona | 0,9 | 1,7 | 1,0 | 0,8 | 0,8 | 0,6 | - | 0,8 | - | - |
| No le atendieron | 6,4 | 7,6 | 5,1 | 3,1 | 7,3 | 4,4 | 25,9 | 3,0 | 9,1 | 8,1 |

Fuente: Encuesta Municipal a hogares, del Sistema de Monitoreo y Ajustes del JAYMA PDM 2012 (SISMA)

Por otro lado, los lugares donde acude la gente con mayor frecuencia para tratar sus enfermedades o accidentes son los hospitales públicos o el hospital general (36,5%) lo que muestra que no se tiene la cultura o costumbre de acudir a los centros y postas de salud de primer nivel, que deberían ser los lugares de atención en primera instancia y donde acuden solamente un 16% de las personas.

TABLA 7. Municipio de La Paz: Lugar de atención de la enfermedad o accidente, 2012

| LUGAR DE ATENCIÓN | MUNICIPIO | MACRODISTRITO | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|---------------|-------------|------------|-------------|------|---------|--------|-----------|-------|
| | | COTAHUMA | MAX PAREDES | PERIFÉRICA | SAN ANTONIO | SUR | MALLASA | CENTRO | HAMPATURI | ZONGO |
| Hospital General | 15,4 | 14,6 | 18,5 | 16,9 | 19,9 | 12,4 | 5,0 | 10,0 | 14,2 | 9,9 |
| Otro hospital público | 21,1 | 21,3 | 18,9 | 20,6 | 13,0 | 21,6 | 40,0 | 28,5 | 27,5 | 28,1 |
| Puesto, posta o centro de salud | 16,0 | 13,0 | 15,5 | 8,9 | 19,6 | 12,4 | 15,0 | 3,1 | 21,7 | 35,7 |
| Caja Nacional de Salud (CNS) | 16,7 | 16,5 | 16,2 | 20,6 | 21,8 | 19,0 | 10,0 | 24,6 | 5,8 | 3,5 |
| Clínica/Hospital privado | 15,4 | 17,3 | 15,8 | 19,8 | 12,4 | 17,7 | 15,0 | 23,1 | 9,2 | 6,4 |
| Consultorio/médico particular | 4,1 | 4,0 | 4,7 | 3,6 | 5,1 | 3,3 | 10,0 | 2,3 | 2,5 | 4,1 |
| Farmacia | 3,6 | 4,3 | 4,4 | 2,0 | 4,2 | 4,6 | - | 3,9 | 4,2 | 0,6 |
| Su casa | 5,6 | 7,2 | 5,1 | 4,0 | 2,7 | 2,6 | 5,0 | 1,5 | 15,0 | 9,9 |
| Otro lugar | 2,2 | 1,9 | 1,0 | 3,6 | 1,2 | 6,5 | - | 3,1 | - | 1,8 |

Fuente: Encuesta Municipal a hogares, del Sistema de Monitoreo y Ajustes del JAYMA PDM 2012 (SISMA)

Adicionalmente se puede mencionar que la tasa de mortalidad infantil del departamento de La Paz alcanza a 38,73 por mil nacidos vivos, la esperanza de vida en el departamento es de 67,2 años, siendo superior en el caso de las mujeres.

TABLA 8. Municipio de La Paz: Indicadores Socio demográficos, 2012

| DETALLE | INDICADOR |
|------------------------------------|---------------------------|
| Tasa de Mortalidad Infantil (2013) | 38,73 x mil nacidos vivos |
| Esperanza de vida al nacer | 67,2 |
| Hombres | 64,9 |
| Mujeres | 69,6 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas

4.1.12 Indicadores de Salud

En la tabla siguiente se muestran los indicadores de salud para el municipio. La esperanza de vida es de 67,9 años y se encuentra por encima de la media nacional. Y algunos de los indicadores principales.

TABLA 9. Indicadores Principales de Salud. Municipio de La Paz. 2016

| INDICADOR | VALOR |
|---|-------------------------|
| Esperanza de vida al nacer | 67,95 años |
| Tasa Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) | 51 x 1000 nacidos vivos |
| Cobertura Parto Institucional | 75% |
| Cobertura del Cuarto Control Prenatal | 53% |
| Cobertura Atención de Neumonías (menores 5 años) | 72 x 1000 Men. de 5 a. |
| Cobertura Diarreas (menores 5 años) | 30 x 1000 Men. de 5 a. |
| Cobertura de DPT/3ra. dosis pentavalente (menores de 1 año) | 86% |
| Cobertura 3ra. Dosis de hierro (menores 2 años) | 64% |

Fuente: Datos SNIS e INE

4.1.13 Estructura de los Servicios de Salud del Municipio

El municipio de La Paz cuenta en su territorio con cinco redes urbanas, a saber la Red N° 1 - Sur Oeste; la Red N° 2 - Nor Oeste; la Red N° 3 - Norte Central; la Red N° 4 - Este y la N° 5 o Red Sur.

TABLA 10. Estructura de Redes del Municipio de La Paz. 2016

| Redes Municipio La Paz | Población | Niveles de Atención | | | Nº De Familias | Establecimientos de 1er Nivel Necesarios Para 6 Visitas Domiciliarias Diarias | Brecha |
|------------------------|-----------|---------------------|------|------|----------------|---|--------|
| | | 1er. | 2do. | 3er. | | | |
| Red 1 Suroeste | 148.336 | 35 | 2 | 0 | 29.667 | 21 | 14 |
| Red 2 Noroeste | 160.799 | 17 | 1 | 1 | 32.160 | 23 | (6) |
| Red 3 Norte Central | 215.968 | 31 | 2 | 0 | 43.079 | 30 | 1 |
| Red 4 Este | 112.704 | 15 | 1 | 0 | 22.541 | 16 | (1) |
| Red 5 Sur | 127.385 | 22 | 2 | 0 | 25.477 | 18 | 4 |
| Total | 765.192 | 120 | 8 | 8 | 152.924 | 106 | 14 |

Fuente: Diagnóstico de Salud del Municipio. 2013

4.2. Contexto Red Norte Central

La Red Norte Central, es una entidad pública que forma parte del SEDES La Paz, encargada de cumplir complejas funciones sociales, administrativas y políticas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

4.2.1 Reseña Histórica

Ubicado al norte de la ciudad, el Macrodistrito III. Cuenta con importantes zonas como Achachicala, Vino Tinto, Limanipata, 27 de Mayo, 5 Dedos, Santiago de Lacaya, Rosasani, La Merced y Chuquiaguillo. Achachicala significa “Viejo=achachi; cala=piedra” se constituye en uno de los barrios más tradicionales de la zona norte en la urbe paceña hasta 1930 tenía una relación con el Distrito denominado Chacaltaya, siendo a inicios del siglo XX que logra una independencia como zona.

El barrio Central Agua de la Vida fue fundado el 20 de octubre de 1933, este sector es un pilar de la migración a estos lugares ya que en esos tiempos muchas zonas no contaban con servicios básicos, entre ellos agua potable sin embargo el

descubrimiento de agua de vertiente pozos hizo que muchas personas vayan en busca del líquido vital hasta estos lugares.

El Plan autopista su aparición es gracias a la construcción de la autopista. Este barrio que se halla ubicado en una de las curvas de la Autopista La Paz –El Alto, que tiene una relación directa con vecinos que estaban en albergues en al Av. Perú, estación central.

El barrio paceño del Calvario, en la tradicional Zona Norte de La Paz, está ubicado en las faldas del cerro que los antiguos aimaras denominaron Choquehuanca y que hacia fines del asentamiento incaico y el primer ingreso español al poblado prehispánico de Chuquiapu constituyó uno de los dos adoratorios principales de la cuenca. La fiesta zonal es el 3 de mayo, Día de la Cruz, que dicho en aymara es “Siway Sawa.

Kochapampa es el lugar de las vertientes y los pozos profundos, que se encontraban esos lugares donde se tenía una gran actividad de pastoreo. El barrio de Kochapampa, se constituye junto a las zonas de río Minasa, Villa el Carmen, Calajawira y Chuquiaguillo, como paso obligado para ir los Yungas.⁵⁹

4.2.2 Aspectos Generales

La Red Norte Central, es una entidad pública que forma parte del SEDES La Paz, encargada de cumplir complejas funciones sociales, administrativas y políticas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

4.2.3 Distribución Geográfica

Geográficamente la Red Norte Central ocupa 22 km² del territorio urbano paceño y tiene una extensión de 201.16 hectáreas de superficie total.

En su conformación forman parte la Zona Central, Zona El Rosario, Zona Miraflores, Villa Fátima, Plan Autopista, Achachicala, Zona 18 de mayo, Vino Tinto, Villa Pabón, Alto Miraflores Villa de la Cruz, Villa El Carmen y la Zona Tejada Sorzano.

La Red Norte Central está conformada por cinco Distritos Municipales: Distrito Municipal N° 1 que comprende parte de la Zona Central, Distrito Municipal N° 2, Distrito Municipal N° 11, Distrito Municipal N° 12 y Distrito Municipal N° 13, tal cual podemos ver en el anexo 1, figura 5 referente a la División Político Administrativa.

4.2.4 Población de la Red Norte Central

La Red Norte Central es la de mayor concentración poblacional pues de acuerdo a las proyecciones oficiales con las que se trabaja en la Red, se tiene un número de 215.968 habitantes. El crecimiento poblacional fue de 0,6%, con respecto a 2015.

TABLA 11. Población de la Red Urbana N° 3 Norte Central, Según Distrito Municipal. 2016

| Redes urbanas de salud | Total Habitantes |
|-------------------------------|-------------------------|
| Total Red | 215.968 |
| Distrito - 1 | 56.540 |
| Distrito - 2 | 28.292 |
| Distrito – 11 | 57.275 |
| Distrito – 12 | 41.768 |
| Distrito – 13 | 27.644 |

Fuente: Coordinación de Red Norte Central

De la población total 113.881 pertenecen al sexo femenino y 101.648 son varones; 22.516 son adultos mayores de 60 años, se proyecta 21.264 niños menores de 5 años. Se aprecia que existen 57.569 MEF, de estas se tuvo 6.923 embarazadas y 6.652 partos.

4.2.5 Población de la Red Norte Central cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo

Según la información del Anuario Estadístico 2012 del Instituto Nacional de Seguros de Salud⁶⁰ (INASES) y de las estimaciones de población que anualmente calcula el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en base al Censo de Población y Vivienda 2012 establecen que el 50.9% de la población de la Red está cubierta, formalmente, por los entes gestores de la seguridad social, con 109.928 afiliados.

TABLA 12. Cobertura poblacional de la seguridad social a corto plazo

| Red de salud | Población estimada según (censo 2012) | Población no asegurada | | Población asegurada (2012) | |
|---------------|---------------------------------------|------------------------|------------|----------------------------|------------|
| | | Nº | Porcentaje | Nº | Porcentaje |
| Norte Central | 215.968 | 106.040 | 49.1 | 109.928 | 50.9 |

Fuente: Anuario INASES gestión 2011 y Censo de Población y Vivienda 2012

4.2.6 Situación de Salud en la Red Norte Central

Dentro de la Red Norte Central, en los Distritos Municipales 1 y 2, 4 de cada 100 personas se encuentran en la línea de pobreza. Y si hablamos del Macrodistrito de la Periférica, esta cifra se incrementa a 50% de habitantes que se encuentran en el rango de pobreza.

La cobertura de salud del Primer Nivel a nivel de la Red, muestra un importante avance en cuanto al logro de la universalidad; para el 2016 la tasa de cobertura fue de 90,1%, cifra que es igual al promedio departamental y nacional de 90%.

La cobertura en el nivel secundario en La Paz se asemeja a la segunda mayor del país. Además, ha mostrado una tendencia creciente en el tiempo; la tasa de cobertura neta aumentó a 63,4% en 2008.

En La Paz, la mortalidad infantil para 2008 era de 63 niños por cada mil nacidos vivos. Esto significa, que en ese año murieron 4.453 niños antes de cumplir su primer año.

En la Red se atendieron institucionalmente 6.652 partos el 2016, lo que significa que el porcentaje de atención de partos atendidos por personal de salud capacitado fue de 62,7%.

Es importante recocer los siguientes indicadores de la gestión^x, tal como la prevención del Cáncer Cérvico Uterino que llegó en el 2016 a 19.890^{xi} casos que

^x Los datos corresponden a la presentación de la Rendición de Cuentas realizada en la presente gestión por el equipo de coordinación de la Red Norte Central – La Paz.

^{xi} Presentación en el CAI, muestra un total de 20559 casos y un porcentaje de cobertura del 36%.

equivale al 40 %; de un total de 6.688 referencias un promedio 557 y 396 contra referencias y un promedio de 33, en la gestión se logró 5,9% de efectividad de contra referencias muy por debajo de la norma.

4.2.7 Disponibilidad de establecimientos de salud

El Distrito Municipal N° 1 que cuenta con una población de 56.540 habitantes y dispone de seis establecimientos de salud, de los cuales dos son centros de salud ambulatoria correspondientes al sub sector público (C.S. Juancito Pinto y C.S.I. Asistencia Pública); un centro de salud ambulatoria correspondiente a la Iglesia Católica (CEMSE) y por parte de la Seguridad Social de Corto Plazo se dispone de un centro de salud ambulatoria (Caja CORDES), un policlínico (Policlínico Manco Kapac - CNS) y un centro de Salud Integral (CSBP).

El Distrito Municipal N° 2, con 28.292 habitantes, para la atención de la salud de la población en este distrito existen tres establecimientos de salud correspondientes únicamente a la Seguridad Social de Corto Plazo: dos policlínicos (Policlínico Villa Fátima y Policlínico Miraflores - CNS) y un Centro de Salud Integral (CBES).

El Distrito Municipal N° 11 de la Red Norte Central, que cuenta con una población de 57.275 habitantes y dispone de cinco establecimientos de salud. Al respecto, los cinco centros de salud ambulatoria correspondientes al sub sector público son C.S. Plan Autopista, C.S. Achachicala, C.S. 18 de Mayo, C.S. Vino Tinto, C.S. Agua de la Vida; y por parte de la Seguridad Social de Corto Plazo se cuenta con un policlínico (Pol. Central - CNS).

El Distrito Municipal N° 12 de la Red Norte Central cuenta con una población de 41.768 habitantes y dispone de cinco establecimientos de salud de primer nivel que corresponden al sub sector público (C.S. San Juan Lazareto, C.S. Alto Miraflores, C.S. Las Delicias Central y C.S. Calvario) y un establecimiento municipal de segundo nivel de atención (Hospital la Merced).

Finalmente, el Distrito Municipal N° 13 de la Red Norte Central cuenta con una población de 27.644 habitantes y dispone de dos establecimientos públicos de primer nivel de atención (C.S. San José Natividad y C.S. Chuquiaguillo) y dos establecimientos de segundo nivel de atención (Hospital Arco Iris y Hospital San Francisco de Asís). En el anexo 1, figura 6 se muestra la isócrona de la Red Norte Central.

Es la Red que concentra la mayor cantidad de establecimientos de tercer nivel de referencia local y nacional. Tenemos el Complejo Miraflores que posee varios establecimientos de salud especializados, como ser: Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, Instituto Nacional del Tórax, Instituto Nacional Oftalmológico. Además hospital de la Mujer, Hospital del Niño y el Hospital de Clínicas Universitario.

El Hospital Obrero N° 1, el Materno Infantil, el Hospital Militar COSSMIL. Además de los policlínicos del Caja Nacional de Salud como ser: Policlínicos Manco Kapac, Central, Miraflores, Villa Fátima, Especialidades La Paz.

Así mismo debemos destacar la presencia de centros oncológicos privados como ONCOVIDA, ONCOMED, Centro Oncológico de Diagnóstico.

4.2.8 Infraestructura Sanitaria

Con relación a la disponibilidad de establecimientos de salud de primer nivel, la red dispone de 31 establecimientos, de los cuales 18 son centros de salud ambulatoria, 1 centro de salud integral, 9 policlínicos y 2 centros de salud con características particulares. También cuenta con 4 establecimientos de segundo nivel.

Tratándose de población mayoritariamente concentrada, para el análisis de disponibilidad de establecimientos de salud del primer nivel de atención se establece como patrón referencial de rendimiento 6 visitas domiciliarias/día/por establecimiento de salud del primer nivel de atención, sin tomar en cuenta que el 45.8% de la población de la Red Urbana N° 3 Norte Central está cubierta por el seguro social obligatorio de corto plazo y que esta población es mayoritariamente

urbana, se observa que en general los establecimientos de salud de primer nivel de atención son suficientes para cumplir con las visitas domiciliarias. En efecto, con 31 establecimientos de salud de primer nivel de atención, el 100% centros de salud, se podría producir anualmente 55.800 visitas domiciliarias, cuando el promedio de familias de la Red es de 43.079 hogares. La producción de visitas podría incrementarse debido a que una mayor proporción de la población está protegida por la seguridad social de corto plazo, alrededor de un 45,8%.

4.2.9 Distribución de los Establecimientos de Salud según el Nivel de Atención

4.2.9.1 Primer Nivel de Atención:

- ✓ **Publico:** Plan Autopista, Achachicala, 18 de Mayo, Agua de la Vida, Alto Miraflores, El Calvario, Juancito Pinto, Bartolina Sisa, Asistencia Pública, San José Natividad, San Juan Lazareto, Villa Fátima Delicias, Delicias Central, Vino Tinto, Chuquiaguillo, Penitenciario Miraflores.
- ✓ **ONGs:** Promujer 3 de Mayo y Prosalud La Paz.
- ✓ **Seguridad Social:** Caja Cordes, Banca Privada, Policlínico Villa Fátima, Policlínico Central, Policlínico Miraflores, Policlínico Manco Kapac.
- ✓ **Iglesia:** San Francisco de Asis, CEMSE, San Antonio de Padua.
- ✓ **Privado:** Instituto Nacional de Nefrología.

4.2.9.2 Segundo Nivel de Atención

- ✓ **Seguridad Social:** Banca Estatal de Salud
- ✓ **GAML P:** Hospital Municipal La Merced
- ✓ **Privado:** Hospital Arco Iris.

4.2.9.3 Tercer Nivel de Atención

- ✓ **Publico** Hospital de Clínicas, Hospital de la Mujer, Hospital del Niño, Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, Instituto Nacional de Oftalmología, Instituto Nacional del Tórax, COSSMIL.

TABLA 13. Disponibilidad de establecimientos de salud en La Red N° 3 Norte Central según niveles de complejidad

| Redes Municipio La Paz | Población | Niveles de Atención | | | Nº De Familias | Establecimientos de 1er Nivel Necesarios Para 6 Visitas Domiciliarias Diarias | Brecha |
|------------------------------|-----------|------------------------|------|------|-------------------|--|--------|
| | | 1er. | 2do. | 3er. | | | |
| Red 3 Norte Central | 215.968 | 31 | 2 | 7 | 43.079 | 30 | 1 |
| Total Municipio | 765.192 | 120 | 8 | 8 | 152.924 | 106 | 14 |

Fuente: Base a datos del CPV 2012 y del SNIS del SEDES La Paz

4.2.10 Recursos Humanos para la Salud en la Red Norte Central

Utilizaremos el vocablo de “recursos humanos para la salud” a fin de representar exclusivamente a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, quienes tiene una relación más directa con los pacientes o la población a ser atendida y a su vez son los que cumplen con los objetivos de la atención primaria de salud y los respectivos programas de salud.

Si empleamos la tasa de densidad de recursos humanos para la salud propuesta por la OMS a las redes urbanas de La Paz, obtenemos una disparidad entre el primer nivel de salud donde obtenemos una tasa de 0,4% y en cambio si incluimos el tercer nivel este nos muestra una tasa de 1.6., misma que evidencia una mayor concentración de recursos humanos.

Para un mejor estudio de la existencia de recursos humanos en áreas urbanas de la ciudad de la Paz, debemos tomar en cuenta al 49.1% de la población, que es el porcentaje de población que no está protegida por la seguridad social de corto plazo.

El contingente del recurso humano en la Red tiene un verdadero desequilibrio en la asignación y por lo tanto en su distribución, debido a que el tercer nivel concentra una mayor cantidad de personal de salud, según estimaciones representa el 60.65%, segundo nivel 18.10% y primer nivel 21.25%.

Representando el personal administrativo un 29.69%, que junto a las auxiliares de enfermería representarían el 50% de los recursos humanos en salud.

4.2.11 Disponibilidad de recursos humanos para la salud en Redes Urbanas del SEDES La Paz

Para una mejor distribución de recursos humanos para la salud en las redes urbanas del departamento de La Paz se toma en cuenta solamente la población que no está cubierta por los entes gestores de la seguridad social de corto plazo que representa el 49.1% de la población total del departamento.

Dada esta situación el cálculo de la tasa de densidad de recursos humanos para la salud no se incluye a las auxiliares de enfermería, a diferencia de lo que sucede en las redes rurales en las que las auxiliares de enfermería tienen un papel importante en la prestación de servicios y se las toma en cuenta en el cálculo de lo que llamamos Tasa Modificada de Densidad de Recursos Humanos para la Salud.

En consecuencia, para las redes urbanas, la Tasa de Densidad de Recursos Humanos para la Salud, en apego a los que establece la OMS, resulta de la suma de médicos y licenciadas en enfermería por 10.000 habitantes.

La Red Norte Central de acuerdo con los resultados proyectados del Censo de Población y Vivienda, cuenta con una población de 215.968 habitantes, de la misma, el 50.9% está protegida por alguno de los entes gestores del seguro social obligatorio de corto plazo (109.928), mientras que el 49.1% (106.040) no accedería a este beneficio, siendo la potencial población para ser atendida por el servicio de salud del sector público.

La tasa de densidad de recursos humanos para la salud para la Red Norte Central es de 0.18 médicos por 1000 habitantes y de 1.9 profesionales en salud por 10.000 habitantes.

La Red Norte Central necesitan urgentemente la asignación de nuevos ítems de médicos, tratando de alcanzar, ya no la meta de 1 médico por 1.000 habitantes

que hemos usado para las redes rurales que trabajan con comunidades dispersas, sino a la meta de 1 médico para 2.000 habitantes pues estas redes trabajan con población concentrada.

TABLA 14. Disponibilidad de Recursos Humanos para la Salud en Redes Urbanas. Municipio de La Paz. Sedes La Paz. Gestión 2012

| Redes Departamento La paz | Población | Nº de Médicos | Número de Enfermeras | Número de aux. de Enf. | Total, médicos y enfermeras | Tasa de densidad de RR. HH para la salud x 10.000 hab. | Médicos x 1000 hab. |
|---------------------------------|------------------|---------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|--|---------------------|
| R. Urbanas La Paz | 375.427 | 219 | 26 | 182 | 245 | 6.5 | 0.6 |
| Hospitales 3r nivel L.P. | | 370 | 246 | 365 | 616 | | |
| Subtotal de La Paz Urb. | 375.427 | 589 | 272 | 547 | 861 | 22.9 | 1.6 |
| Redes Urbanas El Alto | 416.781 | 326 | 116 | 340 | 442 | 10.6 | 0.8 |
| Redes Rurales | 1.092.902 | 291 | 129 | 637 | 420 | 3.8 | 0.3 |
| Total departamento | 1.885.110 | 1.206 | 517 | 1.524 | 1.723 | 9.1 | 0.6 |

Fuente: En base a datos del CPV 2012 y SNIS-SEDES La Paz 2012

La disponibilidad promedio de médicos es igualmente mejor en el municipio de El Alto, 0.8 médicos por 1.000 habitantes; frente a la disponibilidad promedio de 0.6 médicos por 1.000 habitantes en las redes urbanas del municipio de La Paz.

4.2.12 Distribución de los Recursos Humanos del subsector público departamento de La Paz

En la siguiente Tabla, se observa la disponibilidad de recursos humanos para la salud en redes urbanas del Municipio de La Paz, en la gestión 2012.

TABLA 15. Disponibilidad de Recursos Humanos para la salud en Redes Urbanas del Municipio de La Paz. Sedes La Paz. Gestión 2012

| Redes Departamento La paz | Pob. | Nº de Médicos | Número Enfermeras | Número Aux. Enf. | Total, médicos y enfermeras | Tasa de densidad RR. HH x 10.000 hab. | Médicos X 1000 hab. |
|---------------------------|-----------|---------------|-------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| R. Urbanas La Paz | 375.427 | 219 | 26 | 182 | 245 | 6.5 | 0.6 |
| Hospitales 3r nivel L.P. | | 370 | 246 | 365 | 616 | | |
| Subtotal de La Paz Urb. | 375.427 | 589 | 272 | 547 | 861 | 22.9 | 1.6 |
| Redes Urbanas El Alto | 416.781 | 326 | 116 | 340 | 442 | 10.6 | 0.8 |
| Redes Rurales | 1.092.902 | 291 | 129 | 637 | 420 | 3.8 | 0.3 |
| Total departamento | 1.885.110 | 1.206 | 517 | 1.524 | 1.723 | 9.1 | 0.6 |

Fuente: Base a datos del CPV 2012 y SNIS-SEDES La Paz 2012.

Al interior de la Red y del municipio se evidencia la inequidad en la distribución de recursos humanos de salud en el departamento de La Paz, con una aglutinación mayor de recursos humanos en las áreas urbanas de La Paz y El Alto y una menor disponibilidad de estos recursos en las redes rurales del departamento.

En relación a la Tasa de densidad de recursos humanos para la salud en las redes urbanas del municipio de La Paz llega a 6.5 por 10.000 habitantes, esta tasa sube 22.9 si se incluyen los recursos humanos de los hospitales de 3er nivel de atención, tasa muy próxima al mínimo recomendable por la OMS. La tasa promedio de densidad de recursos humanos para la salud es de 10.6 por 10.000 habitantes en las redes urbanas y esta tasa promedio es aún más baja en las redes rurales del departamento de La Paz, pues baja a 3.8 por 10.000 habitantes.

El promedio de médicos es de 0.6 por 1.000 habitantes en las redes urbanas de La Paz, lo que significa un promedio de 1.714 habitantes por 1 médico,

mientras que esta disponibilidad sube a 637 habitantes por 1 médico, si en el cálculo se agregan los médicos de los hospitales de 3er nivel de atención. Es pues evidente que existe cierto déficit en la disponibilidad de médicos para las redes urbanas de La Paz.

La disponibilidad promedio de médicos en el subsector público del departamento de La Paz es de 0.6 médicos por 1.000 habitantes, vale decir que se dispone de 1 médico para atender las necesidades de salud de 1.563 habitantes, disponibilidad promedio más o menos aceptable, pero que esconde inequidades importantes al interior de las redes de salud del departamento, así ejemplo vemos que el promedio de disponibilidad de médicos en las redes urbanas del municipio de La Paz la disponibilidad de médicos es de 1.6 médicos por 1.000 habitantes.

4.3.- Oferta Integral de Servicios en Bolivia

4.3.1 Atención Integral de Salud

La atención integral de salud comprende la promoción de la salud, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico de las enfermedades, la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales y la rehabilitación.

La atención integral, para cada momento del curso de la vida, incluye la detección de signos y síntomas (señales), que permiten clasificar, diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente como corresponda a esa clasificación. El tratamiento, de acuerdo a la severidad de la clasificación, puede ser referencia o tratamiento hospitalario o en el hogar. Si el tratamiento debe ser realizado en el hogar, éste consiste en el tratamiento específico (con medicamentos) en caso de que sea necesario; orientación sobre prácticas adecuadas y promoción de la salud: orientación y aplicación de intervenciones; cuando volver de inmediato o cuando volver para control.

4.3.2 Creación del programa Mi Salud.-

Implementación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural mediante el programa Mi Salud que son médicos generales que han sido distribuidos a lugares con difícil acceso a servicios de salud, habiendo alcanzado resultados positivos para la población debido a que se realizaron las visitas domiciliarias, las salas de análisis de situación de salud y la gestión intersectorial y participativa en salud.

Este proceso se fortalece con la firma de convenios intergubernativos con Gobiernos Municipales, quienes dan la contraparte en contratación de recursos humanos técnicos, equipamiento, medicamentos e insumos y otros medios logísticos. Actualmente el Programa Mi Salud se encuentra con presencia en más de 250 municipios y con más de 2.000 médicos, entre especialistas SAFCI y médicos generales.

TABLA 16. Médicos Mi Salud a Nivel Nacional 2015

| RRHH ASIGNADOS POR DEPARTAMENTO | |
|--|-------------|
| LA PAZ | 346 |
| ORURO | 98 |
| POTOSI | 138 |
| COCHABAMBA | 404 |
| CHUQUISACA | 124 |
| TARIJA | 155 |
| SANTA CRUZ | 564 |
| BENI | 107 |
| PANDO | 65 |
| TOTAL | 2001 |

Fuente: Unidad de RRHH –Ministerio de Salud

TABLA 17. Atenciones Realizadas por Mi Salud hasta la gestión 2015

| ACTIVIDADES | CANTIDAD |
|---|------------------|
| INDICADOR DE ATENCIONES | |
| Atención en Consultorio | 2.831.507 |
| Atención en Domicilio | 3.121.688 |
| TOTAL DE ATENCIONES | 5.953.195 |
| VISITAS FAMILIARES | |
| Cantidad de Familias carpetizadas | 429.126 |
| Número de Familias carpetizadas con seguimiento | 565.931 |
| TOTAL DE VISITAS FAMILIARES | 995.057 |
| EDUCACIÓN EN SALUD | |
| Educación en Salud Individual | 2.219.270 |
| Charlas Educativas en Comunidades | 470.788 |

Fuente: Mi Salud- Ministerio de Salud

4.3.3 Medicamentos e Insumos.-

Se cuenta con una Política Nacional de Medicamentos y un plan de aplicación de la política Farmacéutica Nacional (PFN), actualizada el año 2011. Algunos aspectos de esta (Selección de medicamentos esenciales, financiación, fijación de precios, distribución y uso racional de medicamentos; reglamentación farmacéutica, fármaco vigilancia: desarrollo de recursos humanos, investigación, seguimiento y evaluación; medicina tradicional) no están vigilados o evaluados de manera regular; sin embargo, se avanzó en:

- ❖ La implementación del sistema de administración logística de medicamentos e insumos SALMI-SIAL para el manejo eficiente de los medicamentos en las farmacias de las redes de Salud y farmacias Institucionales Municipales.
- ❖ La promulgación Decreto Supremo N° 1008 que establece la economía de escala para la adquisición de medicamentos e insumos de salud.
- ❖ La Lista Nacional de Medicamentos (LINAME) actualizada cada dos años conforme a lo establecido en la ley del medicamento.
- ❖ La Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud (UNIMED) del Ministerio de Salud, representa la autoridad Reguladora de Medicamentos,

que regula el funcionamiento del Sistema nacional de Farmaco vigilancia (SNFCVG).

- ❖ Hay 26 fabricantes autorizados de productos farmacéuticos en Bolivia que cuentan con certificación de Buenas prácticas de Manufactura (BPM); los demás laboratorios nacionales están en proceso de certificación. En el país, no hay compañías farmacéuticas multinacionales que fabriquen medicamentos localmente.
- ❖ UNIMED, ha incorporado nuevas tecnologías en salud para el fortalecimiento de la fármaco vigilancia.
- ❖ Mediante el Decreto Supremo N°2905 de 21 de septiembre del 2016 se determina la creación de la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías de Salud “AGEMED” para la regulación de medicamentos.

4.4 Medicina Tradicional y Salud Intercultural.-

La Cosmovisión Andino Amazónica considera que la vida abarca a todo lo que existe, incluyendo obviamente al Cosmos y a nuestra Madre Tierra. (Aspectos que, por otra parte, tienen un fuerte respaldo en las ciencias modernas principalmente la Física Cuántica y de la Relatividad; las Matemáticas, Biología, Ecología, Teoría de Sistemas, Psicología Transpersonal y otras)

4.4.1 La Interculturalidad en salud.-

Salud, desde la cosmovisión de las culturas y naciones y pueblos indígenas originarios campesinos y afro bolivianos, es sentirse y encontrarse bien y compartir en equilibrio con uno mismo, la familia la comunidad y su entorno social cultural con la naturaleza y la espiritualidad.

“La interculturalidad, que se entiende como la interrelación, la interacción, la reciprocidad, la aceptación, la cohesión, la convivencia, el aprendizaje, la enseñanza, la participación, el encuentro y el diálogo entre las culturas en igualdad de condiciones”, en nuestro Estado Plurinacional, es el

principio, es la sangre que debe llenar nuestras venas, es el pensamiento que debe guiar nuestros actos.

Debemos aprender a ver lo que nos enseñaron a no ver; debemos reconocer la diferencia cultural como la oportunidad de aprender y la posibilidad de integrarnos, debemos empezar a educarnos en la interculturalidad, en nuestros hogares, en las universidades y en nuestros puestos de trabajo. Podemos rescatar saberes unos de los otros para el beneficio de todos.

“La aplicación del principio de Interculturalidad en la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural está orientada, entre otros, a eliminar la barrera cultural en el acceso a la atención de salud y a promover la participación social efectiva en la toma de decisiones”.

4.4.2 La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.-

La Medicina Tradicional no es única, son concepciones propias de cada nación del Estado Plurinacional de Bolivia. La Medicina Tradicional es la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias de diferentes culturas, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales.

“Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud”.

Los principios de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana recuperados por la Ley N° 459 son:

- ❖ Ama Qhilla, Ama Llulla y Ama Suwa (no seas flojo, no seas mentiroso, ni seas ladrón), jan Jairamti, jan qarimti, jan lunthatamti.
- ❖ Ayni, por el que las médicas y los médicos tradicionales ancestrales bolivianos, deben practicar la reciprocidad para ayudarnos unos con otros.
- ❖ Taypi, es el encuentro de conocimientos y saberes de las médicas y los médicos tradicionales, a través de la práctica de la reciprocidad, de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.
- ❖ Suma Qamaña, Ñandereko, Teko Kavi, Ivi Maraëi, Qhapaj Ñan, como principios ético-morales del “Vivir Bien” en la sociedad plural, asumidos en el ejercicio y la práctica de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- ❖ Equilibrio, como ente rector de la vida y salud vital, es una relación estrecha de la persona con la sociedad, con el medio ambiente, la naturaleza y el cosmos.
- ❖ Complementariedad, es el apoyo mutuo para conseguir un objetivo común con la práctica de la intra e interculturalidad.
- ❖ Honestidad, es una expresión ética de la calidad humana, es decir la verdad todo el tiempo, es el simple respeto a la verdad, implica la relación entre las personas y los demás y de la persona consigo misma.
- ❖ El trabajo comunitario, es el que se realiza en forma complementaria entre las entidades del Estado, médicas y médicos tradicionales, y entidades autónomas territoriales y organismos de cooperación, para el desarrollo y fortalecimiento de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- ❖ Interés social, como el ejercicio y práctica de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana en beneficio social, colectivo, comunitario, sin interés lucrativo ni de mercantilización.

4.5.- Programas y Proyectos.-

4.5.1 Programa Ampliado De Inmunización (PAI).-

El objetivo del programa es proteger contra enfermedades inmunoprevenibles a la población en general, priorizando puntualmente a la

población más vulnerable como son los niños(as) menores de cinco años y población en riesgo (personal de salud, mujeres embarazadas, enfermos crónicos, etc.) Asimismo en PAI en los últimos años ha incorporado al esquema nacional de vacunación nuevas vacunas en respuesta al perfil epidemiológico que el país presenta.

El último caso de poliomielitis en Bolivia se reportó en 1986, el de sarampión en el 2000 y el de Rubéola el 2006. El resto de las enfermedades prevenibles por vacuna (EPV) se encuentran en nivel de control. El último caso de Rubéola en el país se presentó el 2006, luego de que en 1998 su vigilancia fuera integrada con la vigilancia del sarampión y el año 2000 se introdujera la vacuna SRP (sarampión, rubéola y papera) al programa normal de inmunización.

TABLA 18. Evaluación Comparativa entre Gestiones del PAI

| PERIODO DE GESTION | 1997 - 2005 | 2006 – 2015 |
|--|--|---|
| Tipos de Vacunas | 5 Tipos | 11 Tipos |
| Enfermedades Preventivas | 10 | 19 |
| Dosis Aplicadas | 22.826.264 | 60.808.600 |
| Fuente de financiamiento para la compra de vacunas | Recursos de la cooperación y sin recursos del Estado | 80% con recursos del Estado Plurinacional |

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones – Ministerio de Salud

Se introdujeron al esquema nacional de vacunación, las vacunas contra la fiebre amarilla para los niños de 12 a 23 meses y antirotavírica contra diarreas graves. Se introdujo el esquema nacional de vacunación, la vacuna influenza trivalente (H1NI, H3N2, y Tipo B) y vacuna antineumocócica contra neumonías y meningitis. Campaña de seguimiento de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. Se ha declarado “América Libre de Rubéola 2015”. Se incorporara la vacuna papiloma humana (VPH) para las niñas 10 a 12 años de edad a partir de abril del 2017 de prevención contra el cáncer de cuello uterino.

4.5.2 Programa Nacional de Control de Chagas.-

El programa tiene por objeto contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad de Chagas, mediante la interrupción de la cadena de transmisión epidemiológica del *Trypanosoma cruzi* (vectorial, congénito, transfusional, trasplante de órganos, oral y accidental en laboratorio), desarrollando acciones integrales (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y multisectoriales (vivienda, educación, servicios básicos) para el control y vigilancia entomológico y epidemiológico con participación social.

4.5.3 Programa Nacional Control de Dengue, Chikungunya y Zika.-

El 2009 se controló la mayor epidemia de Dengue ocurrida en el país, con más de 60.000 casos reportados y 23 fallecidos, con una tasa de letalidad menor del 0,03%; para lo cual se implementaron 13 laboratorios de diagnóstico en el país mediante la técnica de (Mac-Elisa) en los municipios de Trinidad, Riberalta, Yacuiba, Caranavi, Villa Tunari, Cobija, Tarija, Sucre, Cochabamba, entre otros; y se incorporó en la malla curricular de educación escolar el tema de prevención del D-CHIK “Mi casa está libre de criaderos de mosquitos”.

TABLA 19. Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya, Zika

| LOGRO | CANTIDAD |
|--|-----------------|
| Nro de casos de Dengue atendidos | 33.979 |
| Nro de personas protegidas en municipios endémicos | 36.913 |
| ACTIVIDADES | CANTIDAD |
| Epidemia de Dengue: notificación de casos | 60.426 |
| Adquisición de minidosis de biolarvicida | 1.268.946 |
| Adquisición de litros de biolarvicida | 1.000 |

Fuente: Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya, Zika – Ministerio de Salud

4.5.4 Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC)

El objetivo del PMDC es contribuir a erradicar la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años priorizando a los menores de 2 años.

El PMDC tiene en marcha diversas estrategias, como el incentivo a la Lactancia Materna (Inmediata, Exclusiva y Prolongada), Alimentación Complementaria, Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A), consumo de alimento complementario Nutri bebé, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la infancia y Nutrición (AIEPI-NUT), creación de Unidades de Nutrición Integral (UNIs), implementación del Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario (SVIN), Incentivo Municipal (Dotación de Bs.350.000 a 155 municipios priorizados por el PMDC), acciones que repercuten en el ámbito multisectorial, debido a que los factores que predisponen a cursar con Desnutrición Crónica están en relación a determinantes sociales y de salud.

El 2008 se inició con la dotación del alimento complementario Nutri bebé para niñas y niños menores de 2 años, alcanzando al 2015 una cobertura de entrega de 92% de municipios. Se cuentan con 3 reglamentos actualizados de fortificación de alimentos de consumo: sal fortificada con yodo, harina de trigo fortificado con hierro y mezcla de vitaminas del complejo B y aceite vegetal fortificado con vitamina A. El 2013 se elaboraron las guías alimentarias en el ciclo de la vida. Para el 2015 se disponen de 159 Unidades de Nutrición Integral (UNI) ubicadas en 144 municipios del país (brazo operativo a nivel municipal). Ese año se elaboró y presentó el anteproyecto de la Ley de Promoción de Alimentación Saludable con el objeto de luchar contra la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad.

4.5.5 Programa Nacional de Atención de Desastres.-

El Programa Nacional de Atención de Desastres es el encargado de regular, adecuar, articular e implementar políticas, planes en coordinación con otros ministerios, sectores y organismos que coadyuvan en el proceso de atención en los desastres.

TABLA 20. Intervenciones Realizadas por el Programa Nacional de Desastres

| DEPARTAMENTO | ACTIVIDAD | ACUMULADO | RESULTADO ALCANZADO | PRESUPUESTO EJECUTADO | |
|--------------|--|-----------|---|-----------------------|------------|
| | | | | Parcial | Total |
| LA PAZ | Ejecutar actividades conjuntas con la unidad de epidemiología frente a epidemias Nacionales (Atención Médica Integral) | 1.174 | Se logra la Implementación de la prevención, control y atención a desastres | 468.726 | 12.602.767 |
| | Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida. | 6 | Numero de Capacitaciones para la Gestión de riesgos. | 100.000 | |
| | Conformación de los Equipos y estructura en Gestión de Riesgos del Ministerio de Salud | 9 | Número de equipos de Respuesta Rápida conformados. | 900.000 | |
| BENI | Atención Médica Integral en albergues | 46.684 | Número de Personas atendidas | 5.024.280 | |
| | Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida. | 1 | Numero de Capacitaciones para la Gestión de riesgos. | 31.000 | |
| PANDO | Atención Médica Integral en albergues | 5.412 | Número de Personas atendidas | 992.481 | |
| | Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida. | 1 | Número de Capacitaciones para la Gestión de riesgos. | 31.000 | |
| SANTA CRUZ | Atención Médica Integral en albergues | 19.083 | Número de Personas atendidas | --- | |
| | Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida | 1 | Número de Capacitaciones para la Gestión de riesgos. | 31.000 | |
| COCHA-BAMBA | Atención Médica Integral en albergues | 2.075 | Número de Familias Atendidas. | 5.024.280 | |

Fuente: Programa Nacional de Atención de Desastres – Ministerio de Salud

Los avances más importantes son:

- ❖ Conformación y estructuración de los equipos de respuesta rápida en los 9 departamentos con 180 integrantes, mejora de la capacidad resolutive del

Equipo de Respuesta Rápida (ERR) para la intervención en lugares con declaración de emergencias y desastres.

- ❖ Movilización en todo el territorio de equipos de salud para actividades de atención de emergencias y acompañamiento.
- ❖ Planes de emergencias y contingencias en los 9 departamentos para su ejecución, evaluación y readecuación, se realizó el mapeo de regiones con mayor vulnerabilidad para su priorización en medidas preventivas y promoción de la participación de las personas, familias y comunidades para sus contingencias.

Los entes gestores también realizan apoyo en campañas de atención a personas que tienen problemas de salud por desastres o contingencias ambientales.

4.5.6 Programa Nacional de Control de las ITS/VIH/SIDA.-

En este quinquenio se ha avanzado en:

- ❖ Simplificación de la dosis antirretroviral en el tratamiento a las PVVS, con los inicios de Tratamiento con la dosis única.
- ❖ Desconcentración de los servicios de los CDVIR: en prevención, diagnóstico de ITS/VIH/SIDA y atención a pacientes, hacia la red de servicios de salud.
- ❖ Incremento de la cobertura de pruebas de VIH y Sífilis en embarazadas hasta un 79%, para la prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita.
- ❖ Incremento del número de personas con conocimientos y utilizando el condón de forma correcta y consistente.
- ❖ Fortalecimiento de la logística de medicamentos para la gestión del suministro de medicamentos e insumos en el marco del SNUS.
- ❖ Sostenibilidad de la Gestión: Para que los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales realicen sus actividades en la respuesta Nacional a las ITS, las Hepatitis Virales y el VIH/SIDA, enmarcadas en el PEM 2013 – 2018.

- ❖ Gestión de Incremento del presupuesto del TGN (niveles nacional, departamental y municipal) para desarrollar las estrategias de prevención de las ITS, Hepatitis Virales y el VIH/SIDA, la atención y tratamiento integral de PVVS.
- ❖ Mejora de la información mediante la implementación del Sistema Informático Nacional de Monitoreo y Evaluación y la estandarización del reporte de la información.
- ❖ El Programa ejercerá el Control de las Hepatitis Virales.
- ❖ Incremento de la cobertura de promoción y atención hacia la población indígena: Se iniciaron algunos estudios para determinar la prevalencia de ITS y VIH en diferentes poblaciones indígenas originarias del país.
- ❖ Simplificación del algoritmo de diagnóstico de VIH: Se eliminó la prueba de Western Blott y el diagnóstico ahora se realiza solo con Pruebas Rápidas y un ELISA. Lo que ampliará la cobertura y el tratamiento oportunos.

TABLA 21. Intervenciones realizadas por el Programa de ITS – VIH SIDA

| Actividad | Beneficiarios | Monto ejecutado (bs) |
|--|----------------------|-----------------------------|
| Actividades de Prevención de las ITS/VIH/SIDA (IEC, distribución de condones de manera informada, y Tamizaje con pruebas rápidas de VIH a alrededor de personas durante el quinquenio) | 8.255.259 | Bs. 9.218.849 |
| Consultas/Atenciones/Laboratorio/Tratamiento Antirretroviral a pacientes con ITS/VIH/SIDA y a la población general en los CDVIR/CRVIR (Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia). | 786.987 | Bs. 79.56.6047 |
| TOTAL | 9.042.246 | Bs. 88.784.896 |

Fuente: Programa Nacional de Control de las ITS/VIH/SIDA – Ministerio de Salud

4.5.7 Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.-

En las gestiones 2010 al 2015 el Programa de Tuberculosis ha continuado realizando un trabajo específico en el manejo de la tuberculosis en:

- ❖ Tuberculosis multidrogo resistente (TB MDR), se realizó vigilancia de la tuberculosis drogo resistente en grupos de riesgo de resistencia (retratados, contactos de pacientes TB-DR y otros).
- ❖ Reacciones adversas a fármacos antituberculosos, se inicia la fármaco vigilancia en casos de tuberculosis y el reporte y notificación de estos casos con la utilización de la tarjeta amarilla de fármaco vigilancia.
- ❖ Con infección TB-VIH, se inicia las actividades colaborativas de TB-VIH a través de la oferta de la prueba rápida de VIH a pacientes con Tuberculosis.
- ❖ Referencia de casos de Tuberculosis con prueba rápida reactiva para confirmación de VIH, la notificación de casos que presentan infección TB-VIH y la realización de la quimioprofilaxis a PVVS.

4.5.8 Programas de Prevención - Rehabilitación de la Discapacidad.-

Asesoramiento Genético: El año 2010, con apoyo de genetistas de las brigadas cubanas de la Misión Moto Méndez, se inició el proceso asesoramiento genético a familias con algún cuadro congénito, a fin de prevenir nuevas discapacidades; desde el 2013, con apoyo de profesionales nacionales; un asesoramiento genético seguido de estudios cromosómicos y nuevamente asesoramiento basado en los resultados de los estudios.

TABLA 22. Atenciones de Asesoramiento Genético

| Gestión | Misión Moto Méndez y Ministerio de Salud | Ministerio de Salud | TOTAL |
|----------------|---|----------------------------|---------------|
| 2010 | 4.220 | | 4.220 |
| 2011 | 4.192 | | 4.192 |
| 2012 | 4.185 | | 4.185 |
| 2013 | | 4.794 | 4.794 |
| 2014 | | 11.037 | 11.037 |
| 2015 | | 9.884 | 9.884 |
| TOTAL | 12.597 | 25.715 | 38.312 |

Fuente: Unidad de Discapacidad – Ministerio de Salud

Se realiza actualmente un estudio piloto de pesquisa diagnostico intervención temprana del déficit auditivo en menores de 5 años.

TABLA 23. Estudios Cromosómicos

| Gestión | Misión Moto Méndez y Ministerio de Salud | Ministerio de Salud | TOTAL |
|----------------|---|----------------------------|--------------|
| 2010 | 104 | | 104 |
| 2011 | 102 | | 102 |
| 2012 | 103 | | 103 |
| 2013 | | 82 | 82 |
| 2014 | | 11 | 11 |
| 2015 | | 99 | 99 |
| TOTAL | 309 | 192 | 501 |

Fuente: Unidad de Discapacidad – Ministerio de Salud

Desde la gestión 2012 se implementan Centros de Rehabilitación con los servicios de: Mecanoterapia, Electroterapia, Termoterapia, Hidroterapia, Foniatría, Estimulación temprana, en los cuales la rehabilitación es un proceso global y continuo, de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como también su ajuste psicológico, social, vocacional, que les permita llevar de forma libre e independiente su propia vida.

4.5.9 Envejecimiento Saludable.-

Es el Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. Según el Censo 2012, hay 893.606 personas mayores de 60 años. En proporción la población menor a 5 años representa el 10% y la mayor a 60 años es el 9%.

El modelo del Envejecimiento Saludable concibe la resiliencia como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad (ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la

adaptación). Esta capacidad comprende los componentes intrínsecos de cada persona (por ejemplo, los rasgos psicológicos que ayudan a afrontar los problemas individuales y resolverlos de manera positiva o las reservas fisiológicas que permiten a una persona mayor recuperarse rápidamente después de una caída) y los componentes del entorno que pueden mitigar las carencias (por ejemplo, redes sociales fuertes a las que recurrir en momentos de necesidad o buen acceso a asistencia sanitaria y social).

Para definir políticas que fomenten el Envejecimiento Saludable, es preciso esforzarse por comprender mejor las necesidades diversas de las poblaciones de edad avanzada. Por lo mismo las esferas de acción prioritarias en materia de Envejecimiento Saludable son:

- ❖ Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente.
- ❖ Crear sistemas de cuidados a largo plazo.
- ❖ Crear entornos amigables con las personas mayores o mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión a los adultos mayores.

4.5.10 Proyecto de TELE SALUD.-

En virtud a la puesta en marcha del Satélite “Túpac Katari”, el Estado ha priorizado la implementación del proyecto “Tele salud para Bolivia”, el mismo que fue aprobado por la Ley N°396 del 22 de agosto de 2013.

Mediante el Proyecto Tele salud, se aplican tecnologías avanzadas de telecomunicaciones que facilitan el intercambio de información médica y la provisión de servicios de salud a distancia: Tele consulta; Tele diagnóstico y educación continua en gerencia, vigilancia epidemiológica e investigación, permitiendo que las familias, comunidades y recursos humanos de salud accedan a servicios y productos con los que no se contaba.

TABLA 24. Equipos entregados a los Municipios e Interconsultas realizadas hasta la gestión 2015

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIOS | E.S | UNIDADES TELE ENTREGADAS | INTERCONSULTAS REMOTAS REALIZADAS |
|--------------|------------|------------|--------------------------|--|
| Chuquisaca | 29 | 29 | 29 | 11.657 Interconsultas a nivel Nacional |
| La Paz | 87 | 87 | 87 | |
| Santa Cruz | 56 | 57 | 57 | |
| Oruro | 35 | 35 | 35 | |
| Potosí | 40 | 40 | 40 | |
| Cochabamba | 47 | 47 | 47 | |
| Tarija | 11 | 11 | 11 | |
| Pando | 15 | 15 | 15 | |
| Beni | 19 | 19 | 19 | |
| TOTAL | 339 | 340 | 340 | |

Fuente: Proyecto Telesalud – Ministerio de Salud

Tele salud permite la interconsulta con especialistas y/o personal multidisciplinario logrando dar acceso a la población que por falta de recursos no puede llegar a niveles de mayor complejidad y cuando se detecta un problema más complejo se realiza la referencia a un establecimiento de salud de mayor complejidad; además se puede utilizar los equipos y conexión de internet para la teleeducación que permite la capacitación continua al personal de salud.

4.6.- Indicadores de Salud para la Oferta Integral de Servicios en Bolivia.-

4.6.1 Indicadores Trazadores de la Situación de Salud de Bolivia.-

El desarrollo del sector salud en Bolivia se despliega en medio de un panorama de desigualdad social que determina y limita sus resultados. Se espera que el progreso en materia sanitaria esté estrechamente vinculado a los esfuerzos premeditados que se impulsen desde el sector salud y como respuesta al mayor desarrollo socioeconómico que se vaya verificando en el país.

El perfil epidemiológico presenta un patrón de transición, teniendo aún altas incidencias de enfermedades transmisibles, combinándose con un incremento paulatino en la prevalencia de enfermedades crónicas. A pesar de

que las zonas rurales cuentan con servicios de salud públicos, estos no responden adecuadamente a las necesidades de los más pobres y excluidos. La población rural no tiene acceso a servicios adecuados, debido a factores tanto exógenos, como endógenos al sistema de salud.

Factores exógenos como el analfabetismo entre las mujeres rurales (factor muy importante), la pobreza, las barreras geográficas, las desigualdades de género, la discriminación histórica de los indígenas, y viviendas y servicios básicos inadecuados representan un 60 por ciento de la exclusión.^{xii} El 40 por ciento restante lo constituye factores endógenos que incluyen insuficiencias sistémicas, como la incapacidad de resolver los problemas de salud, una cobertura limitada, los cambios frecuentes o incapacidad y poca receptividad de los proveedores de servicios de salud, así como las percepciones culturalmente diferentes en cuanto a la calidad en la atención.^{xiii}

Los problemas materno-infantiles siguen siendo un importante desafío para la salud en Bolivia. En 2008, la mortalidad infantil y de menores de 5 años de edad seguía siendo alta en zonas urbanas y mayor aun en zonas rurales. La mortalidad infantil en el país es de 50 por mil n.v (ENDSA 2008), donde las muertes neonatales contribuyen con un 54%, constituyéndose en la primera causa de mortalidad en menores de un año. El bajo peso al nacer es del 5% (ENDSA 2008). En salud infantil destaca un elevado índice de lactancia exclusiva en menores de 6 meses con 60.4% (ENDSA 2008), que contrasta con la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años cuantificada en 22%(ESNUT 2012). Si bien en los últimos años se ha observado una reducción de las enfermedades infecciosas en menores de 5 años, la prevalencia de diarrea aún es del 26% (ENDSA 2008). En niños de

^{xii} OPS. Exclusión en salud, Estudio de caso, Bolivia, Salvador, Nicaragua, México y Honduras. 2009.

^{xiii} OPS. Exclusión en salud, Estudio de caso, Bolivia, Salvador, Nicaragua, México y Honduras. 2009.

madres con menor escolaridad la prevalencia de baja talla para la edad fue de 50,9%, mientras que en hijos de madres con mayor escolaridad fue de 9,2%. Asimismo, en el quintil de mayor pobreza la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad fue de 46% y 6,5% en el quintil más rico.^{xiv}

El porcentaje de embarazo en adolescentes fue de 17,9%, con diferencias entre niveles educacionales (4.3% en mujeres con estudios superiores; 32% en mujeres con educación primaria) entre áreas rurales (35%) y urbanas (14%) y entre quintiles de mayor y menor pobreza (31% y 7,8%, respectivamente).^{xv} Los aporte a los niveles de fecundidad entre los 15 y 19 años es un 12% (ENDSA 2008), lo que se refleja en casos como el Hospital Materno Infantil de Trinidad/Beni, donde uno de cada 4 partos atendidos corresponde a madres adolescentes.

La muerte materna sigue siendo uno de los problemas de salud pública más graves, constituyéndose en un indicador de inequidad de género y por tanto, afectando el desarrollo del país. Las últimas mediciones oficiales sobre la Razón de la Muerte Materna han sido aquellas obtenidas por la Encuesta Post Censal del 2002 con una RMM de 235 por 100,000 n.v. o la de 229 por 100,000 n.v. de la ENDSA 2003. La principal causa de muerte materna en Bolivia es la hemorragia con un promedio de 33%, seguida por un 17% de infecciones y 9% de aborto y 5% de eclampsia.^{xvi}

La cobertura del control prenatal en general es alta, alrededor de 80% de mujeres asisten a sus controles prenatales, mientras que en las áreas rurales este porcentaje es de 69%. La atención del parto por personal calificado es de 60% a nivel nacional, siendo esta cifra inferior para el área rural donde sólo 39% fueron atendidas por personal de salud. El uso de métodos anticonceptivos modernos en el área rural es de solo 25%, es decir 10% puntos porcentuales menos, que el promedio nacional (34.6%) (ENDSA,

^{xiv} Perfil de salud de Bolivia. OPS/OMS 2007.

^{xv} Informe de situación de salud de las Américas. Capítulo Bolivia. OPS/ 2012. Washington.

^{xvi} Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna, INE 2002

2008). Bolivia tiene la tasa de mortalidad por CACU más alta de las Américas 26.3 x cada 100,000 mujeres y la segunda tasa de incidencia de 56.55 por cada 100,000 mujeres. (Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino, 2009- 2015) De igual forma, el cáncer de mama tiene una incidencia de 26.57 por cada 100,000 mujeres con una mortalidad de 8,71 por 100,000 mujeres (Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Mama, 2009).La tasa de mortalidad por neoplasias fue de 57,4 por 100.000 habitantes para hombres y 89.7 para mujeres. Durante los primeros seis meses de 2011 el SNIS registró un total de 7.956 casos de cáncer cervico-uterino y 6.125 casos de otros tipos de cáncer (2.302 en varones y 3.823 en mujeres).

Asimismo, el país ha experimentado un aumento de la población de 60 y más años, siendo ésta actualmente de 9%, comparada al 7% del 2001 (CNPV).De ahí surge la necesidad de mejorar la calidad y crear servicios amigables al adulto mayor dentro de la política SAFCI. Con referencia al área de interculturalidad, “se calcula que el 80% de los pueblos indígenas no contaban con centros de salud. La exclusión social, incluyendo tanto factores de discriminación, como de autoexclusión por origen indígena, es una de las causas que explican este limitado acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud”.

4.6.2 Indicadores de Impacto en Bolivia.-

En las siguientes tablas se resumen los principales indicadores de impacto acerca de la oferta integral de servicios, los mismos guardan relación con las 36 variables estudiadas y evaluadas durante la presente tesis. Además se hace una comparación acerca de lo que se realizaba años pasados con lo que actualmente se realiza como parte de las políticas de salud.

TABLA 25. Programa Mi Salud

| PROGRAMA MI SALUD | 1993 – 2005 | 2013 - 2016 (noviembre) |
|--------------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • No existía una política Sanitaria. • La Atención en salud era centrada en la enfermedad no en prevenir las enfermedades. • Los médicos no realizaban las atenciones en las casas de las familias y no articulaban con la Medicina Tradicional. | 2.710 Médicos MI SALUD entre Médicos especialistas SAFCI Médicos Generales Integrales y Médicos Generales |
| | | Con la incorporación de médicos Mi Salud, se incrementa el acceso a la salud y se mejora la capacidad resolutive en 307 Municipios y 25 Comunidades Indígenas. |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 26. Programa Mi Salud Logros Alcanzados 2013 - 2016

| PROGRAMA MI SALUD LOGROS ALCANZADOS 2013 - 2016 | | |
|--|--------------------------------|--|
| ACTIVIDAD | NUMERO DE BENEFICIARIOS | PRESUPUESTO EJECUTADO EN ITEMS (Millones de Bs) |
| Atención Medica Integral intercultural en Consultorio | 4.784.114 | 566.1 |
| Atención Medica Integral intercultural en Domicilio | 4.917.143 | |
| Carpetas Familiares donde se identifican Riesgos y Determinantes de la Salud realizadas | 686.347 | |
| Actividades individuales de Promoción y Prevención realizadas a la población con factores de riesgo identificados | 3.412.530 | |
| Referencia de pacientes de la Medicina Tradicional al establecimiento de salud | 1.627 | |
| Referencia de pacientes a la Medicina Tradicional | 1.932 | |
| 9.7 millones de atenciones realizadas | | |
| En la Gestión 2016 se realizó 3.5 millones de atenciones realizada Y se invirtió un presupuesto de 233 millones de bolivianos en ITEMS | | |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 27. Residencia Médica SAFCI 2007 - 2016

| RESIDENCIA MEDICA SAFCI | | | |
|---|---|--|---|
| | 2007-2016 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Formación de Recursos Humanos en salud con enfoque asistencial en el Pre y postgrado. • Personal en los establecimientos de salud con enfoque asistencial. | 418 Médicos formados y egresados en la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural bajo el Sistema Nacional de la Residencia Médica. | | |
| | ACTIVIDAD | RESULTADOS ALCANZADOS | PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs) |
| | Familias beneficiadas | 19.899 familias protegidas por los Médicos Residentes SAFCI | 47 |
| | Atenciones integrales | 1.278.492 atenciones integrales | |
| | Proyectos sociales elaborados | 418 Proyectos sociales de la mejora de determinantes de la salud elaborados por los Médicos Residentes SAFCI | |
| | Curso de educación permanente en la Política SAFCI y SUS | 6 Cursos realizados a nivel nacional con 12.277 participantes aprobados y certificados | |
| En la Gestión 2016: | 2.593 familias protegidas 77.656 atenciones integrales 73 Proyectos sociales 2 Cursos realizados con 5.037 participantes aprobados | Presupuesto Ejecutado 3.4 Millones de bolivianos | |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 28. Programa Multisectorial Desnutrición Cero

| PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICIÓN CERO | | | |
|---|--|---|--|
| 1997-2005 | 2010-2016 | | |
| | ACTIVIDAD | RESULTADO ALCANZADO | PRESUPUEST O EJECUTADO (millones de Bs) |
| Ningún Municipio se beneficiaba con recursos para combatir la desnutrición. | Transferencias del incentivo municipal a la meta desnutrición cero (1er Desembolso) | 154 "Municipios priorizados para el Incentivo Municipal (1er desembolso)" | 53.1 |
| | Transferencias del incentivo municipal a la meta desnutrición cero (2do desembolso) | 140 "Municipios priorizados para el Incentivo Municipal (2do desembolso)" | |
| | 4 Gobernaciones a las que se realizó transferencias | | 12.6 |
| | TOTAL | | 65.7 |
| | Las transferencias fueron invertidos en 154 proyectos de producción agrícola, salud, agua potable, riego y otros | | |
| | GESTION 2016 | Transferencias a: - 6 municipios (2do Desembolso) - 1 Gobernación | INVERSION TOTAL DE 1.6 MILLONES DE BS |

Fuente: CTCONAM (Cierre de gestión 2016)

TABLA 29. TELESALUD 2006 – 2016

| TELESALUD | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1993-2005 | 2006-2016 | | | | |
| No Existía Políticas de Telecomunicaciones en Salud | Fortalecer el Sistema de Salud a través de las Tecnologías de Información y Comunicación, incrementando la accesibilidad y calidad de gestión y atención en salud, oportuna y efectiva. | | | | |
| | ACTIVIDAD | RESULTADO ALCANZADO | | | |
| | | Nro. de Municipios | Nro. de Establecimientos de Salud | Recursos Humanos (Administrativo Médico) | Unidades de TELE-SALUD entregadas |
| | -339 municipios instalados -100% de municipios con la capacidad de funcionamiento - 44 municipios interconectados y en funcionamiento | 339 | 340 | 341 | 340 |
| | 27.854 de Interconsultas Remotas Realizadas | | | | |
| | Presupuesto Ejecutado 138,3 millones de bolivianos (117.7 en Equipamiento Médico y 20.6 en Administración y funcionamiento) | | | | |
| En la Gestión 2016: | INTERCONSULTA S 15.041 | PRESUPUESTO EJECUTADO 6.0 millones de Bolivianos | | | |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 30. Unidades de Discapacidad 2006 - 2016

| UNIDAD DE DISCAPACIDAD | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 1993-2005 | 2006-2016 | | | |
| | ACTIVIDAD | BENEFICIARIOS | PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs) | |
| <p>No existía un registro de personas con discapacidad.</p> <p>- No existía el pago de la renta solidaria.</p> <p>- No se contaba con un seguro gratuito de salud para Personas con Discapacidad.</p> <p>- No se contaba con centros de rehabilitación públicos.</p> <p>-No existía profesionales en el área de rehabilitación y genética.</p> <p>- No se implementaba proyectos en beneficio de las Personas con Discapacidad.</p> | Personas con discapacidad Registradas | 67.912 | 124.2 | |
| | Ayudas técnicas entregadas a Personas con Discapacidad. | 1.133 | | |
| | Pago de renta solidaria (Bs 1.000 anuales) Personas con Discapacidad grave y muy grave | 97.383 | | |
| | Atención gratuita de rehabilitación | 175.104 | | |
| | Atenciones gratuitas de asesoramiento genético | 39.554 | | |
| | Estudios cromosómicos realizados | 752 | | |
| | Proyecto auditivo piloto: atención de audiología (521), audiometrías (186) y tamizaje auditivo (308) | 1.015 | | |
| | Contratación de equipos de calificación (consultores) | 687 | | |
| | Se implementó 33 Centros de Rehabilitación en Municipios de diferentes Departamentos a nivel nacional. Con la Ley 475 se realizaron 530.409 atenciones de salud gratuitas (prestaciones) a Personas con discapacidad | | | |
| | En la Gestión: 2016 | Presupuesto ejecutado de Renta Solidaria: 25.8 millones de bolivianos Beneficiarios: 25.829 Personas con Discapacidad grave y muy grave Atenciones con la Ley N° 475: 284.452 Personas con Discapacidad. | | |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 31. Seguros de Salud 2014 – 2016

| SEGUROS DE SALUD | | | | |
|---|---|---------------------------|---|--|
| 1993-2005 | 2014-2016 (Octubre) | | | |
| Solo se contaba con el SUMI y no se contaba de un sistema de control financiero en salud | ACTIVIDAD | BENEFICIARIO | NUMERO DE PRESTACIONES OTORGADAS | PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs.) |
| | LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIO DE SALUD (LEY 475) NACIONAL | Niños Menores de 5 Años | 37.017.977 | 726.3 |
| | | Mujeres Embarazadas | 28.262.592 | 766.3 |
| | | Mujeres en Edad Fértil | 2.317.267 | 38.8 |
| | | Adultos Mayores | 13.542.140 | 521.8 |
| | | Personas con Discapacidad | 474.379 | 44.3 |
| Gestión 2014: Meses Reportados de Mayo a Diciembre Gestión 2016: Meses Reportados de Enero a Octubre Información consolidada parcial hasta el mes de Octubre/2016, solo municipios informatizados. Fuente: Sistema de Control Financiero de Salud – SICOFS | | | | |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 32. Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

| PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI | | | |
|--|--|--|--|
| 1996-2005 | 2006-2016 | | |
| 5 VACUNAS | 11 tipos de vacunas 19 enfermedades prevenidas | | |
| PREVENCION 10 ENFERMEDADES | ACTIVIDAD | CANTIDAD DE DOSIS ADMINISTRADAS | PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs) |
| DOSIS APLICADAS 22.826.264 | Vacunación en Población menor de 5 años, adolescentes y adultos (BCG, antipolio, antirotavírica, pentavalente, anti amarillica, anti neumococica, Influenza pediátrica y adulta, SRP, SR, Dt y Hep. B) | 65.230.608 | 655.41 |
| Financiamiento Cooperación | | En la Gestión 2016: Financiamiento interno de acuerdo a la Ley 3300 | Se introduce la vacuna IPV para niños de 2 meses. Proyección 3ra dosis de pentavalente a diciembre de 86% 5.46 millones de dosis administradas 87.9 millones de Bs. OPS/OMS Declaración de Eliminación de Sarampión. |

Fuente: PAI-Ministerio de Salud. Información hasta octubre 2016

TABLA 33. Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2006 - 2016

| PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Antes del 2005 | 2006 - 2016 | | | |
| | ACTIVIDAD | BENEFICIARIOS | PRESUPUESTO EJECUTADO (En Millones de Bs) | |
| Actividades de Prevención 515.895 Tratamiento 61.512 | Actividades de Prevención | | 106.4 | |
| | Tratamiento preventivo en menores de 5 años | 14.752 | | |
| | Tratamiento preventivo en personas con VIH (PVV) | 1.625 | | |
| | Diagnóstico de Sintomáticos Respiratorios | 953.286 | | |
| | Diagnóstico para Tuberculosis Drogoresistente | 9.749 | | |
| | Tratamiento | | | |
| | Tratamiento de casos de TB-MDR | 367 | | |
| | Tratamiento de casos de Tuberculosis | 92.259 | | |
| | Tratamiento de casos de coinfección TB/VIH | 1.362 | | |
| | Pacientes con TB con prueba rápida para VIH | 35.208 | | |
| | El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con Tuberculosis es financiado con Recursos TGN. | | | |
| | Gestión 2016 | 1.443 niños con TTO preventivo 69.107 sintomáticos respiratorios 5.744 casos con tratamiento de TB | | Presupuesto ejecutado 5.6 millones de bolivianos |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 34. Programa Nacional de Control de la Malaria 2006 - 2016

| PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA MALARIA | | | |
|---|---|---|---|
| 1993-2005 | 2006 - 2016 | | |
| ACTIVIDAD | ACTIVIDAD | RESULTADOS ALCANZADOS | MONTO EJECUTADO (millones de Bs.) |
| Prevención Solo se utilizaba el rociado | Prevención: Control Vectorial (distribución de mosquiteros, rociado residual e IEC) | - 128.000 familias cuentan con 230.000 mosquiteros - 55.299 viviendas rociadas con insecticida en la amazonia | 196.8 |
| 402.659 Pacientes con malaria | Control: Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno | - 108.011 pacientes con Malaria diagnosticados y tratados - 56.080 pruebas rápidas | |
| En el periodo 2006 al 2015, disminuimos en un 64% los casos de Malaria, cumpliendo con los compromisos de los Objetivos del Milenio (ODM) en disminuir el índice parasitario anual a 1.52 por mil habitantes. | | | |
| | En la gestión 2016 | Beneficiados 12.500 familias | Presupuesto ejecutado 15.6 millones de Bs. |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 35. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA 2006 - 2016

| PROGRAMA NACIONAL ITS/VIH/SIDA | | | |
|---|--|---|---|
| 1993-2005 | 2006-2016 | | |
| BENEFICIARIOS | ACTIVIDAD | BENEFICIARIOS | MONTO EJECUTADO (Millones de Bs) |
| Actividades de Prevención 2.253.638 Personas alcanzadas en los 12 años | Actividades de Prevención Actividades de Información Educación y Comunicación en ITS/VIH/SIDA*, Distribución de Condonos de manera informada, y Tamizaje con Pruebas Rápidas de VIH, durante los seis años | 9.068.031 Personas alcanzadas en los 12 años. 1.5 millones Personas alcanzadas por año | 125.3 De los cuales 26.4 corresponden al TGN El Tratamiento antirretroviral es financiado con Recursos del Estado Plurinacional de Bolivia |
| Consultas/Atenciones/Laboratorios/Laboratorio 271.095 Personas atendidas en los 12 años | Consultas/Laboratorios/ Tratamiento Antirretroviral Para pacientes con ITS y VIH/SIDA* y para la población general en los CDVIR/CRVIR (Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia). | 907.919 Personas atendidas en los 12 años. 150.000 personas atendidas por año/promedio. | |
| * Infecciones de Transmisión Sexual/Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida | | | |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 36. Programa Nacional de Zoonosis 2006 - 2016

| PROGRAMA NACIONAL DE ZONOSIS | | | |
|---|--|---|--|
| 1993-2005 | 2006 – 2016 (AGOSTO) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • No existía un Programa de prevención y control de la Rabia y enfermedades zoonóticas • No existía vigilancia ni monitoreo para el control de focos de la rabia canina. • No existía Biológicos en la cantidad requerida en el País • No se contaba con estructura a nivel nacional para el control de las zoonosis | ACTIVIDAD | | BENEFICIARIOS |
| | Dosis utilizadas en campañas masivas y centralizadas de vacunación contra la rabia, en perros a nivel nacional. | | 20.691.241 |
| | Series de vacuna antirrábica humana dotada a los 9 SEDES para la atención de personas expuestas al riesgo del virus rábico | | 73.265 |
| | Viales de suero antirrábico humano distribuidos a los 9 SEDES. | | 16.062 |
| | Dotación de viales de suero antiofídico (botrops-laquesis-crotalus) a 7 Departamentos (2011 – 2016) | | 20.140 |
| | Dotación de comprimidos para el control y tratamiento de Fasciola hepática en el Departamento de La Paz | | 567.300 |
| | Presupuesto Total Invertido: 50,8 millones de bolivianos | | |
| | En la Gestión 2016: | 3 millones de Dosis Canina Aplicadas 40 mil Personas Atendidas 4.020 viales distribuidas de suero antiofídico | Presupuesto Ejecutado 8.1 millones de Bolivianos |
| DURANTE LA GESTION 2016 NO SE REGISTRARON CASOS DE RABIA HUMANA | | | |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 37. Programa Nacional de Vigilancia y Control de Desastres 2006 - 2016

| PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE DESASTRES | | | |
|--|--|--|---|
| 1993-2005 | 2006 – 2016 | | |
| | ACTIVIDAD | BENEFICIARIOS | PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs) |
| <ul style="list-style-type: none"> • No contaba con Equipo de Respuesta Rápida. • No contaba con stock de medicamentos e insumos para su distribución. • No contaba con normas y leyes • Ausencia de intervención operativa médica a la población damnificada. | Conformación del Equipo de Respuesta Rápida a nivel Nacional, capacitados para dar respuesta inmediata ante situaciones de Emergencia y/o Desastres. | 9 Departamento con ERR. | 11.9 |
| | Distribución adecuada de Medicamentos e Insumos para la reducción de Riesgo y atención de Emergencias y/o Desastres | 9 Departamento con abastecimiento e insumos | |
| | Población atendida y protegida ante Eventos Adversos en Emergencias y/o Desastres en los Departamentos: La Paz, Beni, Pando, Cochabamba, Santa Cruz. | 937.717 Atenciones Médicas realizadas. | |
| | Simulacro Binacional Perú y Bolivia dentro del Marco de la ORAS CONHU. | Planificación y coordinación en fronteras para Brindar Atención Médica Oportuna, Eficaz y de Calidad ante Eventos Adversos | |
| | Establecimiento de la Mesa Intersectorial de Salud y Nutrición R.M. Nro. 0689-A. el cual Mejorara la coordinación intersectorial participativa en la planificación e intervención ante Emergencia y/o Desastres. | Población Vulnerable ante Eventos Adversos. | |
| | En la gestión 2016 | Personas Atendidas 10.550 personas | Presupuesto Ejecutado 438.668 Bs |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 38. Programa Nacional de Chagas 2006 - 2016

| PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS | | | |
|---|--|--|--|
| 1999-2005 | 2006-2016 | | |
| | ACTIVIDAD | BENEFICIARIOS | MONTO EJECUTADO (Millones de Bs) |
| <ul style="list-style-type: none"> • No existía una Ley que priorizara la Lucha contra el Mal de Chagas en Bolivia. • No se realizaba el diagnóstico y tratamiento de Chagas en el Sistema Público de Salud del país. • El tratamiento de las personas afectadas por la enfermedad no era gratuito. • La participación de la comunidad era escasa en las actividades de prevención de la enfermedad de Chagas • Ninguno de los municipios endémicos estaba certificado con la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas al interior de la vivienda. | Actividades de Prevención | 3.181.887 Viviendas Evaluadas 454.438 Viviendas Rociadas 4.442.049 habitantes Protegidos | 44.2 |
| | Consultas /Atenciones/ Laboratorio | 2.177.745 personas examinadas 41.552 personas con Chagas Tratadas | |
| | Ahora el medicamento para el Chagas es GRATUITO. Benznidazol 100% TGN (MINISTERIO DE SALUD) Nifurtimox 100% DONACION (OPS) | | |
| | En la gestión 2016: | Habs. Protegidos 4.4 Millones | Presupuesto Ejecutado 6.8 millones de Bs |

Fuente: Ministerio de Salud.

TABLA 39. Programa Nacional de Control y Prevención de Dengue, Chikungunya y Zika 2009 - 2016

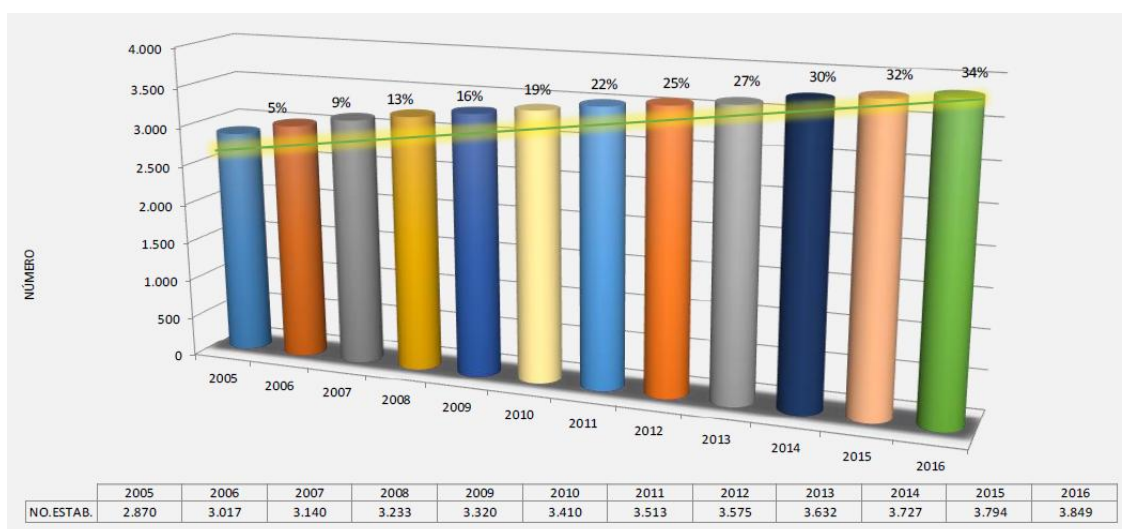
| PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA | | | |
|---|---|---|--|
| 1993-2005 | 2009 - 2016 | | |
| <p>Ausencia de una estrategia de prevención y control de Dengue amparada en un documento legal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Programas departamentales inoperantes, con insuficientes recursos económicos. 1 solo laboratorio para diagnóstico de Dengue, en el país. | <p>La "Estrategia de Gestión Integrada (EGI) de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika", del Ministerio de Salud es aprobada el 2016 mediante Decreto Supremo 2670 para ser implementada de forma efectiva y eficiente en todos los Municipios Endémicos del Estado Plurinacional de Bolivia.</p> | | |
| | ACTIVIDAD | BENEFICIARIOS | PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs.) |
| | Transferencia de recursos económicos a 7 SEDES para el fortalecimiento de las Capacidades de Respuesta ante Brotes y Epidemias | 5.000.000 hab. (Beni, Pando, Chuquisaca, Santa Cruz, La Paz, Tarija y Cochabamba) | 12.0 |
| | Implementación de 13 Laboratorios de Dengue en el País. | 5.000.000 hab. (Beni, Pando, Chuquisaca, Santa Cruz, La Paz, Tarija y Cochabamba) | 5.0 |
| | Más de 200 Equipos de Fumigación entregados a los 7 departamentos Endémicos del País. | 5.000.000 hab. (Beni, Pando, Chuquisaca, Santa Cruz, La Paz, Tarija y Cochabamba) | 21.8 |
| Total Inversión | | 38.8 | |

Fuente: Ministerio de Salud.

4.6.3 Número de Establecimientos de Salud.-

En relación al número de todos los establecimientos de salud, se puede apreciar que el año 2005 existían 2870 establecimientos, el mismo que se incrementó hasta el año 2016 hasta llegar a 3849 establecimientos de salud, es decir hubo un porcentaje de incremento del 34% hasta el año 2016 comparando con el año 2005.(Fig.5)

FIGURA 5. Número y Porcentaje de Incremento Acumulado de Establecimientos de Salud en Relación al Año 2005 todos los Niveles de Atención. Gestión 2005 - 2016



Fuente: Ministerio de Salud.

4.6.4 Atención Consulta Externa.-

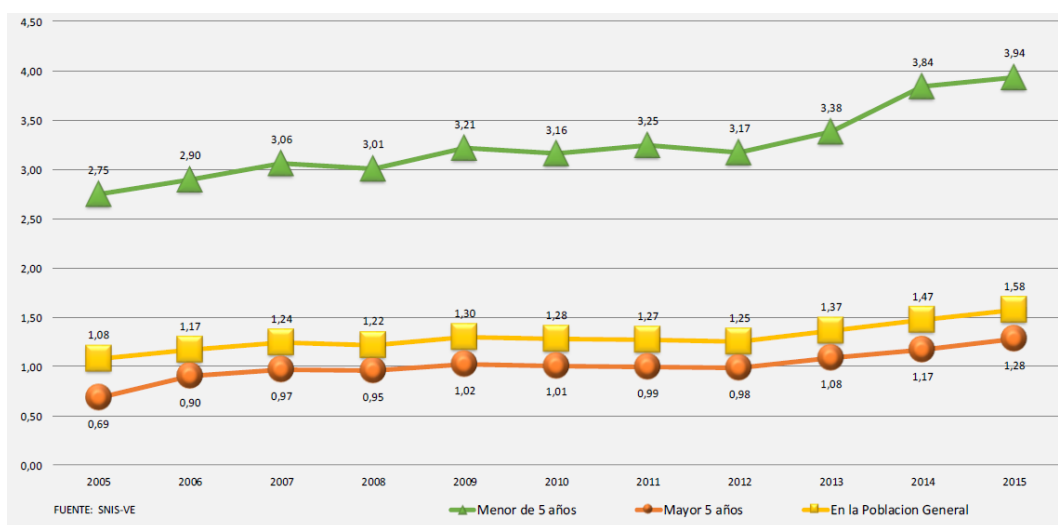
Al momento de realizar el análisis del promedio de consultas externas nuevas por habitante durante el año se tuvieron los siguientes indicadores:

En la población menor de 5 años el año 2005, el promedio era de 2,75%, llegando hasta el 3,94% para el año 2015.

En la población mayor de 5 años, el promedio era de 0,69% de consultas externas nuevas por habitante por año, llegando para el 2015 a 1,28%.

Por último se puede indicar que para la población en general, el promedio fue para el año 2005 de 1,08%, y para el año 2015 el promedio de consultas externas nuevas por habitante por año llegó a 1,58%. (Fig. 6)

FIGURA 6. Promedio de Consultas Externas Nuevas por Habitante/Año en la Población Menor, Mayor de 5 años y General. Gestión 2005 - 2015

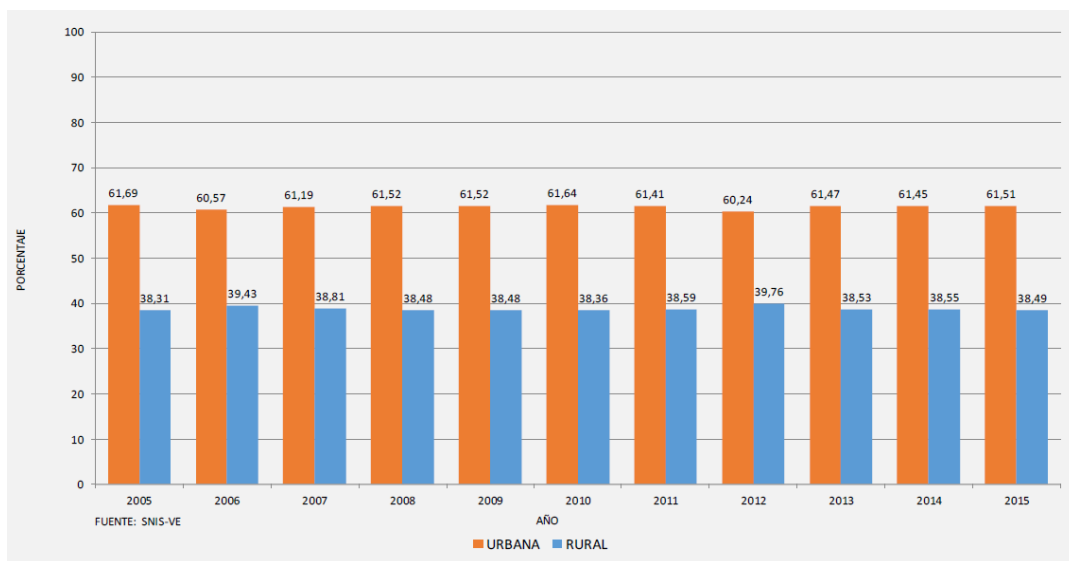


Fuente: Ministerio de Salud.

En relación al porcentaje de consultas nuevas según ámbito en la población en general a nivel urbano y rural, se puede observar que el año 2005 el porcentaje de consultas nuevas a nivel urbano llegó a 61,69% y a nivel rural el porcentaje era de 38,31% en el mismo año 2005.

Sin embargo el año 2015 a nivel urbano llegó a 61,51% y a nivel rural a 38,49% las consultas externas nuevas. Si hacemos una comparación con dichos porcentajes desde el año 2005 al año 2015 los mismos se mantuvieron estables en las mismas cifras.(Fig. 7)

FIGURA 7. Porcentaje de Consultas Externas Nuevas Según Ámbito en la Población General. Gestión 2005 – 2015



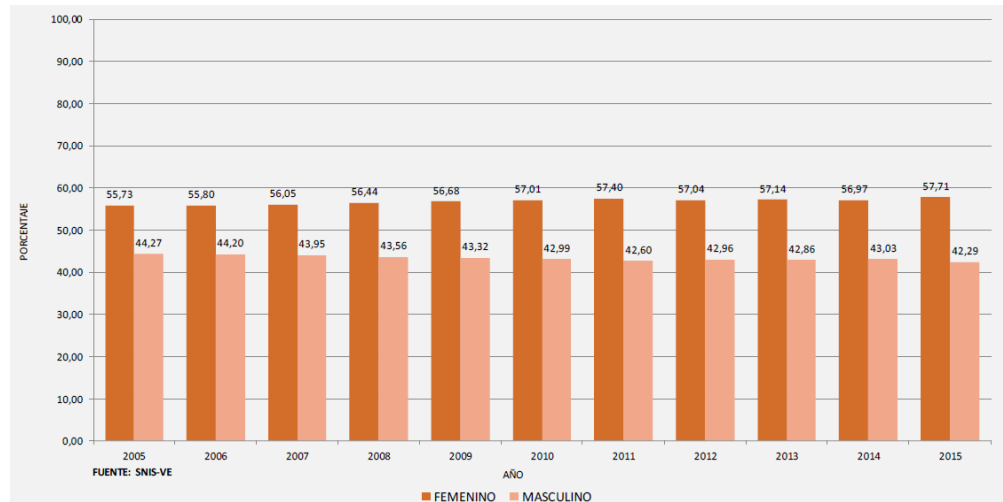
Fuente: Ministerio de Salud.

Ahora el porcentaje de consultas externas nuevas según el sexo en la población en general durante las gestiones 2005 a la gestión 2015, indicaron los siguientes resultados:

El año 2005 se atendieron un porcentaje de 55,73% de consultas externas nuevas para el sexo femenino, siendo el porcentaje registrado para el sexo masculino de 44,27%.

Para el año 2015 el porcentaje llegó a 57,71% para el sexo femenino y al 42,29% para el sexo masculino, en lo que se refiere al porcentaje de consultas externas nuevas según el sexo en la población en general. (Fig. 8)

FIGURA 8. Porcentaje de Consultas Externas Nuevas según Sexo en la Población en General. Gestión 2005 - 2015

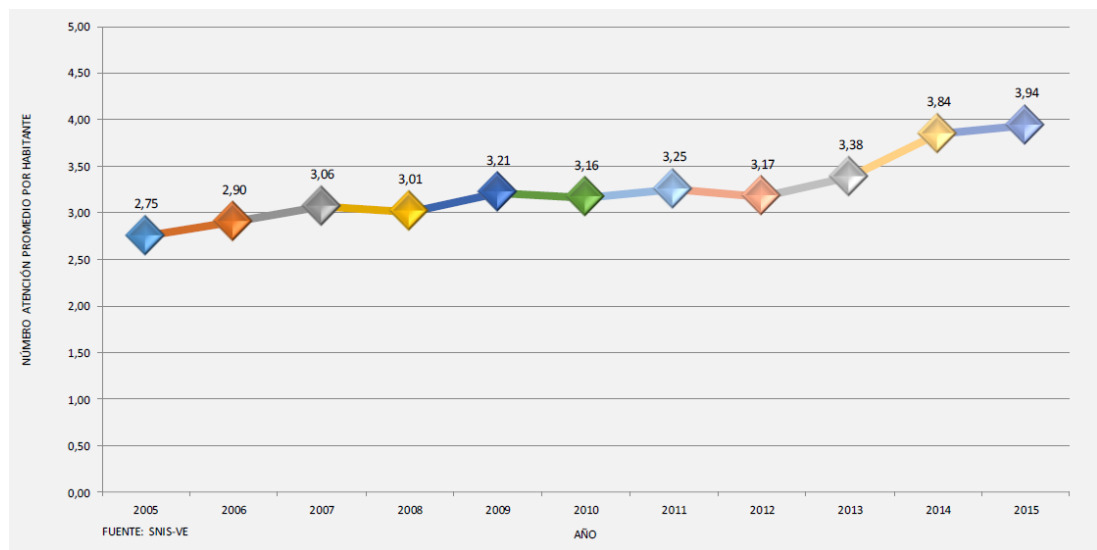


Fuente: Ministerio de Salud.

4.6.5 Atención al menor de 5 Años.-

La atención en menores de 5 años también presentó un incremento en relación a la gestión 2005 comparando con la gestión 2015, ya que el promedio de consultas externas nuevas por habitante durante el año en la gestión 2005 llegó a 2,75 y en la gestión 2015 alcanzó el 3,94. (Fig. 9)

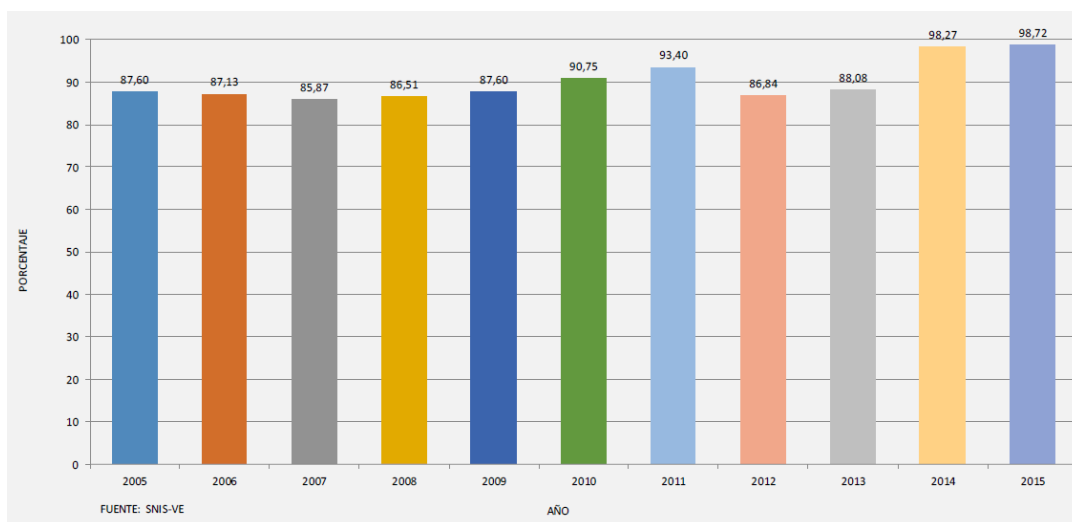
FIGURA 9. Promedio de Consultas Externas Nuevas por Habitante/ Año en Menores de 5 Años. Gestión 2005 - 2015



Fuente: Ministerio de Salud.

La cobertura de vacunación con BCG como dosis única en menores de 1 año alcanzó el 87,60% para el año 2005, dicha vacunación sufrió un incremento hasta la gestión 2015 donde del 100% de la población menor de 1 año el 98,72% recibió la dosis única de BCG. (Fig. 10)

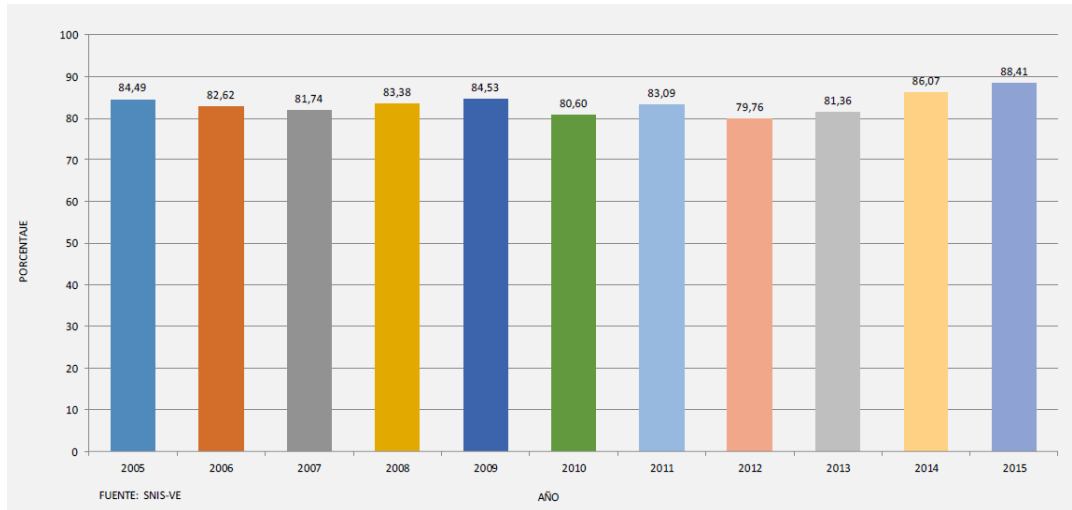
FIGURA 10. Cobertura de Vacunación con BCG Dosis Única en Menores de 1 Año. Gestión 2005 - 2015



Fuente: Ministerio de Salud.

En la atención al menor de cinco años también se realizó la cobertura de vacunación con pentavalente 3ra dosis en menores de 1 año durante las gestiones desde el 2005 hasta el 2015 la misma que indicó que el año 2005 se realizó la cobertura del 84,49% de vacunación y el año 2015 del 100% de la población menor de 1 año, el 88,41% de los menores de 1 año fueron beneficiados con dicha vacunación. (Fig. 11)

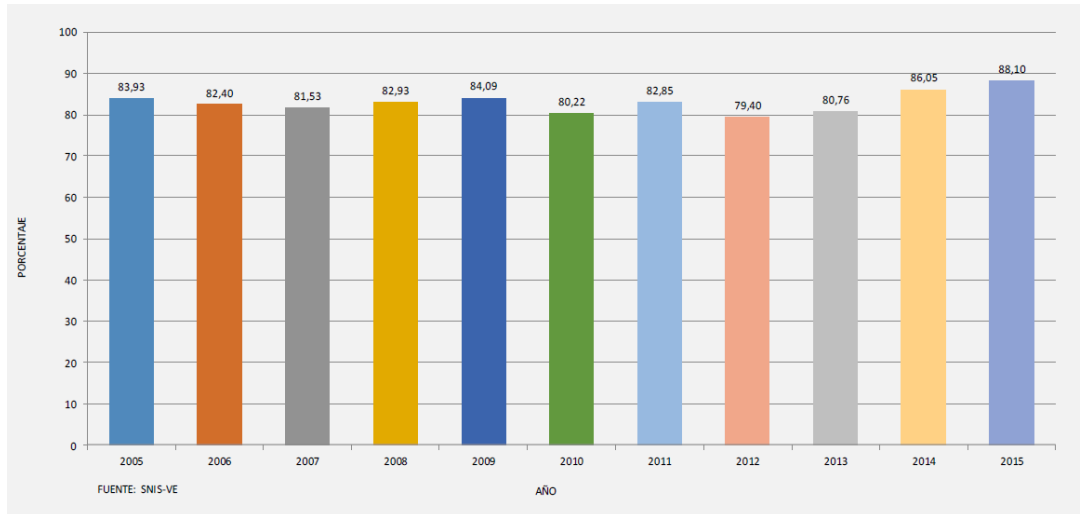
FIGURA 11. Cobertura Vacunación con Pentavalente 3ra Dosis en Menores de 1 Año. Gestión 2005 – 2015



Fuente: Ministerio de Salud.

La vacunación con la 3ra dosis antipoliomielítica fue otro de los indicadores para menores de 1 año de edad desde la gestión 2005 a la gestión 2015, siendo el año 2005 el 83,93% de la población beneficiada para dicha vacuna llegando al 88,10% para el año 2015. (Fig. 12)

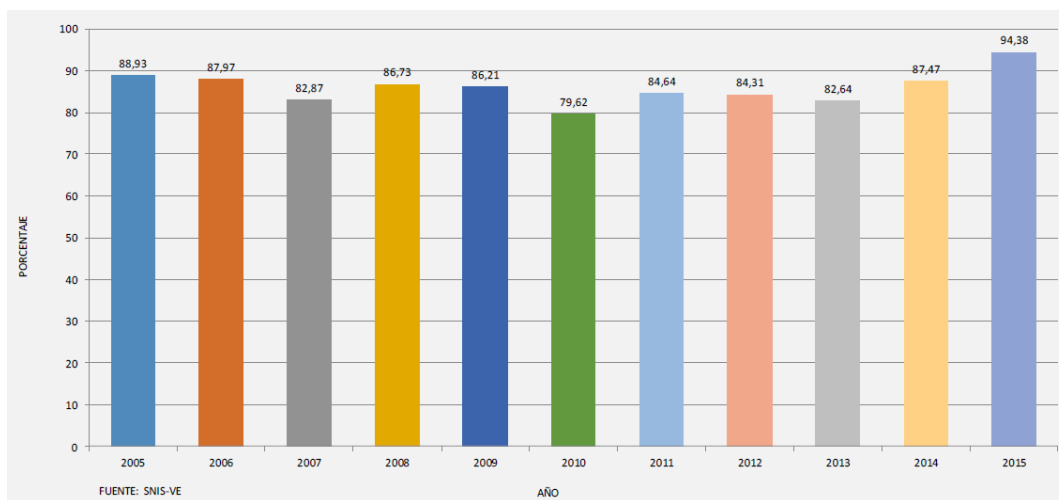
FIGURA 12. Cobertura de Vacunación Antipoliomielítica 3ra Dosis en Menores de 1 Año. Gestión 2005 – 2015.



Fuente: Ministerio de Salud.

La cobertura de vacunación para el sarampión (SRP) en niños(as) de 12 – 23 meses de edad llegó al 88,93% para el año 2005 y para el año 2015 llegó al 94,38%.(Fig. 13)

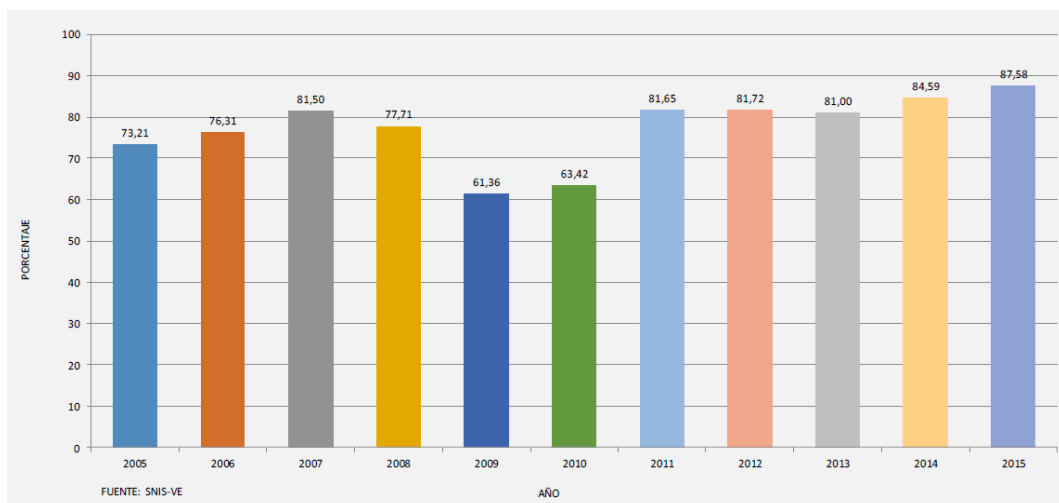
FIGURA 13. Cobertura de Vacunación con SRP en Niños(as) de 12 - 23 meses. Gestión 2005 – 2015



Fuente: Ministerio de Salud.

En cuanto al programa de vacunación del Ministerio de Salud también se encuentra la vacuna antiamarílica para niños y niñas de 12-23 meses de edad, dicha cobertura para el 100% de la población afectada llegó el año 2005 al 73,21% y al 87,58% para la gestión del 2015. (Fig. 14)

FIGURA 14. Cobertura de Vacunación Antiamarílica en Niños(as) de 12 - 23 meses. Gestión 2005 – 2015

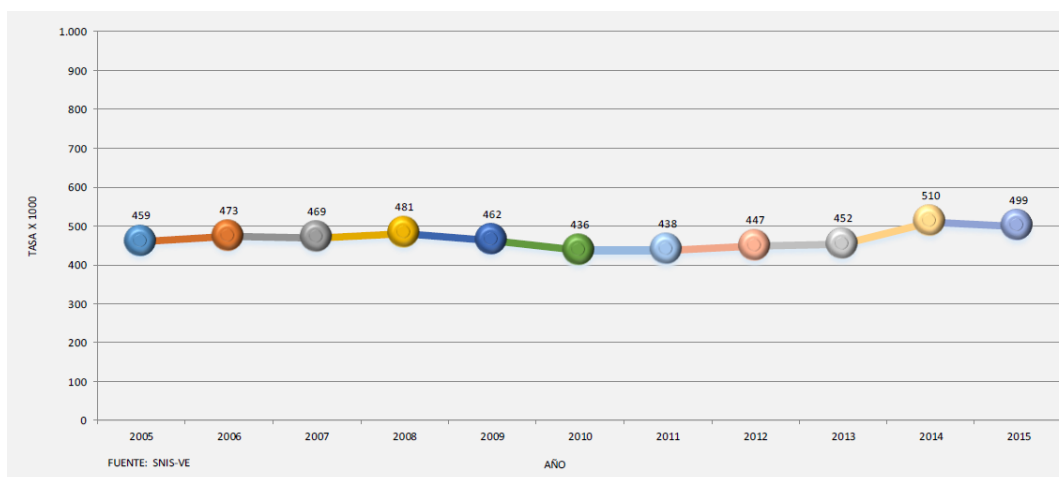


Fuente: Ministerio de Salud.

Una de las enfermedades transmisibles dentro de la población de menores de 5 años son las enfermedades diarreicas agudas (EDA), siendo la tasa de episodios de enfermedades debidos a EDA por 1000 en menores de 5 años las siguientes:

El año 2005 la tasa fue de 459 por 1000 en menores de 5 años; y el año 2015 llegó a 499 por 1000 en menores de 5 años. (Fig. 15)

FIGURA 15. Tasa de Episodios de Enfermedades Diarreicas Agudas por 1000 en Menores de 5 Años. Gestión 2005 – 2015



Fuente: Ministerio de Salud.

5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La puesta en práctica de las redes integradas de servicios de salud en las américas, tienen como fundamento en el “nuevo paradigma” de renovación de los sistemas de salud.⁶¹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS), invoca como tareas prioritarias el realizar el comprobar el grado de integración de los diferentes sistemas de salud de la región, con la finalidad de definir las estrategias pertinentes que solucionen los problemas en las redes de servicios a la salud.⁶²

Es muy compleja la labor de coordinar e integrar todas las estrategias para el cambio, en virtud de la mejor evidencia que esté disponible en el campo de las

Redes de Salud, los cuales requieren una mayor investigación, mejorar los mecanismos de análisis y los mismos alcances de las indicadas investigaciones.⁶³

En atención al requerimiento de mejorar sus propios sistemas de salud, son varios países de América del Sur que ejecutaron sendas reformas a sus sistemas y de los cuales hoy podemos tener un acercamiento a esas evidencias teóricas y prácticas, con la finalidad de una mejora continua de nuestras capacidades.

Muchos de los planteamientos buscan efectuar una distribución de recursos más eficiente, para lo cual se introdujeron conceptos y metodologías orientadas al mercado y el fortalecimiento de las capacidades técnicas del sector, con la finalidad de enfrentar la reasignación de competencias y responsabilidades en base a las nuevas formas de organización que cada país presente asumir.⁶⁴

Las reformas del sector salud que implica necesariamente una re ingeniería de la estructura del sector, tanto en países del primer mundo industrializado⁶⁵ así como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo,^{66,67} la Organización Panamericana de la salud promocionó como una forma validada de integración las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)(REFISS en Bolivia).⁶⁸

Entre las variadas experiencias recogidas se pueden incluir inclusive la de EE.UU que muestra un sistema muy fragmentado y otros en los que predominan la competencia gestionada de proveedores y aseguradoras que requieren nuevos afiliados; y también se ha podido aplicar en países con sistemas integrados nacionales.⁶⁹

Como corolario podríamos indicar que en este proceso de reingeniería de los sistemas, se ha constituido una unidad dialéctica virtuosa entres fragmentación/integración como respuesta a los grandes problemas que enfrentan el sector de variopintas alternativas y creativas soluciones.⁷⁰

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del análisis de la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz se detectan deficiencias relacionadas con su organización y funcionamiento, además de existir también deficiencias en las acciones sobre grupos de población y la atención a las personas. Llevando esto a la insatisfacción por parte de las personas que acuden a alguno de los centros de salud que cubre la Red.

Muchos de los países de la Región están reformando sus modelos de atención de salud, entre ellos se encuentra Bolivia. Esta tendencia procura cambiar el modelo tradicional de prestación de servicios de salud, caracterizado por ser biomédico, curativo y centrado en la atención hospitalaria, por una atención centrada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad⁷¹.

La estrategia del cambio de modelo implica invariablemente el fortalecimiento y mejora de la atención primaria. En este sentido, cabe destacar el renovado rol de la atención primaria de salud como “puerta de entrada” al sistema de salud y su énfasis en la salud de la familia y la comunidad.

La descentralización ha sido continuamente recomendada para mejorar la gobernabilidad del sistema de salud a través de un sistema de corresponsabilidad entre instituciones centrales, departamentales, regionales, municipales e indígena originario campesino y ha sido una característica clave de la reforma del sector salud⁷². Un análisis reciente del Banco Mundial se refiere a la descentralización (tal como es aplicada en Bolivia) como un retraso para la provisión de servicios y su financiamiento⁷³. Bolivia (que actualmente enfrenta un contexto político difícil con fuerzas centrífugas) está lejos de revertir el proceso y planea extender la descentralización a su proyecto de Sistema Único de Salud SAFCI.

El empleo dual público/privado entre médicos es una práctica común en Bolivia, lo que limita el acceso a los servicios públicos de salud y favorece a los

privados. Los profesionales en los servicios públicos trabajan seis horas al día en Bolivia; de manera que pasan el resto del día en la práctica privada.

En Bolivia (así como en cualquier otro lugar) es sabido que los programas enfocados en un problema específico (programas verticales) tienen un desempeño pobre (a menos que estén apoyados por servicios de salud aceptables e integrales). Además, los programas verticales típicamente tienen un impacto perjudicial sobre el acceso general a la atención integral⁷⁴.

No obstante, tampoco se planea colocar administrativamente a los programas verticales existentes dentro de sus servicios horizontales^{xvii}. En el caso de Bolivia, el control de la desnutrición sigue siendo un programa autónomo que no está integrado al sistema (con un financiamiento del 57% de los \$82 millones proyectados)^{xviii}.

Se quiere que los equipos de los servicios de primera línea visiten regularmente los hogares y las comunidades para trabajar sobre los determinantes sociales de salud, pero sin considerar si están integrados o no a las intervenciones y a los procesos clínicos cuando son necesarios.

El focalizar los servicios sociales a grupos vulnerables es, por regla general, inferior al universalismo. La focalización de los servicios rara vez logra el arrojado costo-efectividad. Esto se debe a la pérdida y a la baja cobertura, que son definidas como errores de inclusión y exclusión respectivamente, la implementación de servicios bajo la estrategia seguros públicos en Bolivia ilustra ambos problemas⁷⁵. En lo que respecta a la protección financiera, un análisis de la OMS de los predecesores del SIS^{xix} documenta mayores incidencias de gasto catastrófico en salud y empobrecimiento entre los pobres, que entre los no-pobres, con un efecto protector limitado en algunos de los grupos objetivo⁷⁶.

^{xvii} Horizontalización programática: permite el cumplimiento de las prioridades verticales y las metas nacionales, integra la intervención en el primer nivel de atención, incluidas las de promoción y prevención, dentro de un programa único y no fragmentado.

^{xviii} Programa Multisectorial Desnutrición Cero

^{xix} Seguro Integral de Salud: Fusiona SUMI y SSPAM más algunas prestaciones en SSR y PCD carnetizadas.

Al momento, Bolivia no ha abandonado el principio de un programa de seguro de salud selectivo (irónicamente llamado Seguro Integral de Salud), que otorga acceso a un paquete limitado a una fracción de la población.

Estos asuntos pendientes (los efectos adversos de la descentralización, el empleo dual, los programas verticales y la selectividad) pueden tener impactos negativos sobre la atención en salud, especialmente sobre el acceso a servicios integrales de salud como lo propone la OPS a través de la iniciativa RISS dentro de su atributo 2: Oferta Integral de Servicios de Salud. La búsqueda de la integración de los proveedores de servicios de salud ha sido una constante permanente de las reformas del sector en los últimos años. Existen múltiples formas y definiciones de integración de los prestadores, dependiendo de la perspectiva con que se la mire. No obstante lo anterior, el elemento central de la integración es la creación de vínculos de diversa naturaleza entre varias partes del sistema que buscan trabajar en forma coordinada o conjunta para mejorar la prestación de servicios en términos de equidad, calidad, eficiencia y efectividad⁷⁷.

Este tipo de integración busca organizar a los proveedores en redes, con el propósito de ofrecer servicios de salud a una población definida, otorgar la gama total de servicios, reducir la fragmentación y duplicación de servicios, y maximizar el uso de los recursos financieros existentes. Un modelo de este tipo es la integración horizontal, en la que los proveedores del mismo nivel de atención se agrupan (por ejemplo, integración de un hospital con otro). Otro tipo de integración es la vertical, y en este caso el funcionamiento del hospital se ve en el marco del resto de la red de servicios, incluyendo centros y policlínicas de salud del primer nivel de atención, dando lugar a los llamados “sistemas de prestadores de salud integrados verticalmente”⁷⁸.

Dentro de la herramienta REFISS, el Atributo 2 correspondiente a la oferta integral de servicios entendida como una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud en el ámbito de la red de servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, seguridad social de corto plazo, ONG y servicios privados tanto en la otorgación de prestaciones de promoción de la salud,

prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional de la red de servicios de salud⁷⁹.

La herramienta REFISS plantea para este atributo treinta y seis preguntas agrupadas bajo tres grupos principales: Organización y funcionamiento, Acciones sobre grupos de población y atención a las personas^{xx}.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las principales deficiencias dentro de la oferta integral de servicios en la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz durante la gestión 2017?

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo General.-

Determinar las principales deficiencias en relación a la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz.

8.2. Objetivos Específicos.-

8.2.1.- Conocer el grado de organización y funcionamiento de la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz.

8.2.2.- Conocer las acciones que se llevan a cabo en la población a cargo de la Red Nro. 3 Norte Central

8.2.3.- Conocer los servicios de salud que existen para la atención a las personas en la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz.

8.2.4. Proponer mejoras al instrumento de sistematización de la REFISS para una recolección de datos adecuada y validada al contexto.

^{xx} Herramienta REFISS OPS representación Bolivia en matriz de hoja de cálculo Excel MS.

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio es de tipo Descriptivo Observacional orientado a una investigación acción participativa. Incluyó dos fases: cuantitativa y cualitativa^{xxi}.

9.1. Técnica de Recolección de Datos

- a) Encuesta estructurada
- b) Grupos Focales
- c) Trabajo de campo para:
 - Entrevistas en profundidad
 - Verificación de fuentes de información

El instrumento aplicado fue propuesto por la Organización Panamericana de la Salud - OPS/Bolivia - utilizado en experiencias previas en el contexto nacional.

La encuesta fue administrada a informantes clave del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz y ejecutivos de la Red de Salud N° 3 - Norte Central de la ciudad de La Paz.

9.2. Estructura del Instrumento

La funcionalidad e integración de la red de salud se midió a partir de una serie de preguntas de verificación, basada en un modelo ideal de una Red Funcional de Servicios de Salud, construido sobre evidencias y buenas prácticas recolectadas por la OPS/OMS.

La estructura de la encuesta está organizada por los siguientes niveles:

- a) ámbitos

^{xxi} Lo cuantitativo basado en la recolección de datos a partir de una encuesta y lo cualitativo a partir de la aplicación de dos técnicas investigativas, grupos focales y entrevistas en profundidad.

b) atributos

c) Indicadores.

Los atributos son una característica de una propiedad amplia hacia la funcionalidad e integralidad de una Red de Servicios de Salud, mientras que los indicadores son temas específicos que se agrupan debajo de cada atributo.

El atributo y sus indicadores analizan a través de preguntas y sub-preguntas, sobre criterios que debe cumplir cada atributo en una Red funcional integrada de servicios de salud.

9.3. Composición del Instrumento

El instrumento está compuesto por los siguientes elementos:

- a) **“Criterios del atributo”**, incluye los indicadores y las preguntas de verificación de cada indicador. Con dos columnas de Sí y No.
- b) **“Fuente de verificación”**. Donde se anota la evidencia que ha permitido dar una respuesta afirmativa a la columna anterior. Para establecer la veracidad se realizó en sitio durante el trabajo de campo.
- c) **“Observaciones”**. Este espacio se utilizó para justificar la respuesta, y escribir el nivel de avance del indicador. Esta información fue útil e relevante para la elaboración de una propuesta de mejora, además en el futuro para realizar un estudio comparativo de los avances en una segunda aplicación del instrumento.

9.4. Proceso de Relevamiento de Datos y Análisis

El instrumento prevé respuestas dicotómicas que son mutuamente excluyentes: SI para respuestas que señalan que se cumple la actividad o parámetro y NO para las que no cumplen.

Por ser una variable excluyente no se consideró un valor intermedio.

Para la cuantificación de las respuestas se usó un sistema binario de 1 para el SI y para el NO, que brindan resultados finales de cumplimiento entre 0 y 100.

Para obtener una calificación del indicador, se calculó el promedio de los valores obtenidos en las preguntas de cada indicador, la calificación del atributo general, se calcula el promedio de los valores obtenidos en las preguntas de todos los indicadores que forman dicho atributo, concluida la aplicación del instrumento para el atributo, los archivos se consolidaron los resultados, calculados y presentaciones gráficas de barras del comportamiento de la funcionalidad de la Red de Servicios de Salud.

El análisis de resultados se realizó mediante el paquete Excel.

Los resultados fueron interpretados empleando un diagrama de alertas que asigna el COLOR VERDE a toda condición ÓPTIMA, el COLOR AMARILLO a la condición de ALERTA y el COLOR ROJO si se trata de una condición NO DESEADA o DE EMERGENCIA, según muestra la tabla 40.

TABLA 40. Diagrama de Alertas para Interpretación de Resultados REFISS

| Símbolo | Escala de Valores | Condición | Interpretación | Acciones |
|----------------|--------------------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| | mayor 85% | OPTIMO | Condición deseable | De sostenibilidad |
| | 51% – 85% | ALERTA | Condición Intermedia | Mejora del Plan |
| | Menor 51% | EMERGENCIA | Condición NO deseada | Intervención Inmediata |

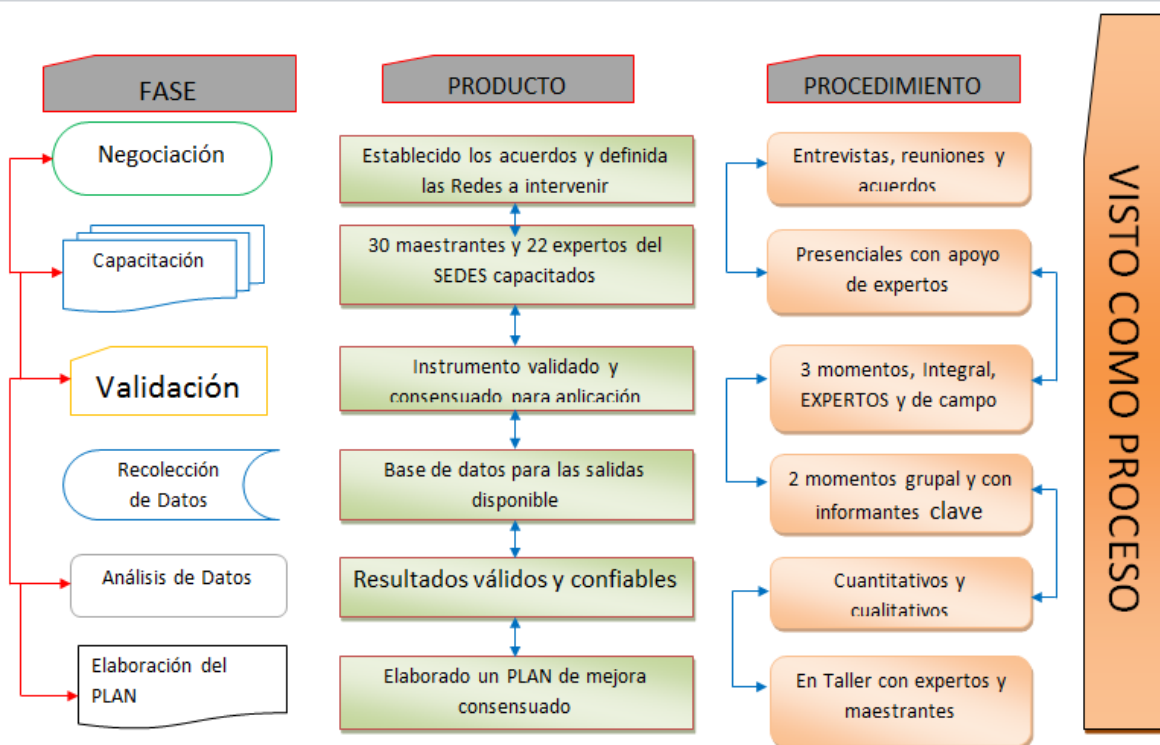
Fuente: Herramienta REFISS

De los 14 atributos para fines de la presente tesis fue seleccionada el atributo 2 referido a si la Red cuenta con una oferta integral de servicios, mediante la adecuada gestión y manejo del cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad.

9.5. Proceso Investigativo

Según muestra la figura 10, por tratarse de una investigación enmarcada en la investigación acción participativa, ha sido necesario considerar en fases y momentos investigativos, los cuales pueden resumirse de la siguiente manera:

FIGURA 16. Proceso Investigativo Participativo



Fuente: Herramienta REFISS

- Fase de Negociación:** Cuyo objetivo fue lograr el consenso con autoridades del SEDES La Paz y las Coordinaciones de Red.
- Fase Capacitación:** Que buscó generar habilidades para el manejo del instrumento REFISS, dominio de los atributos y metodología de análisis.
- Fase Validación del instrumento:** Permitió dar consistencia al instrumento REFISS y se realizó en tres momentos: a) con expertos del SEDES y cursantes de la Maestría, b) revisión y análisis por expertos del SEDES La Paz y c) una validación en el trabajo de campo.

Al final se logró obtener un instrumento válido y confiable, cuyo valor agregado es el de contar con mejores posibilidades de aplicación en el contexto nacional.

- d) Fase de Recolección de datos:** Se realizó en dos momentos:
 - a) En una reunión con grupos focales donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos
 - b) en el proceso de verificación de los datos en los establecimientos y unidades de gestión de la Red de Salud.
- e) Fase de Análisis:** En dos momentos, a nivel de laboratorio con base a las recomendaciones de expertos de la OPS/Bolivia y en reuniones con personeros de la Red de Salud y del SEDES La Paz. En esta fase se verificaron las fuentes y se consolidaron los datos obtenidos en el trabajo grupal.
- f) Fase de elaboración del Plan:** Realizada en un taller conjunto con participación de expertos de la Red de Salud, personeros del SEDES La Paz y cursantes de la maestría.

Para este fin se utilizó matrices de planificación normadas por el Ministerio de Salud, la misma se puede ver en el anexo 2, tabla 5 que muestra la matriz de problemas causas y soluciones⁸⁰.

9.6. Mediciones

Las mediciones fueron realizadas en dos etapas, la primera en una reunión efectuada con grupos focales del SEDES La Paz, donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos los cuales fueron plasmados en el llenado de la Herramienta REFISS; y la segunda etapa correspondiente al proceso de verificación de los datos efectuado con el apoyo de la Coordinación de la Red Nro. 3 Norte Central con sede en el centro de Salud San Juan Lazareto en Miraflores.

9.6.1. Unidad de Observación

Corresponde a la Red Nro. 3 Norte Central de la ciudad de La Paz, cuya información se encuentra consolidada y disponible en la Coordinación de la Red con sede en el Centro de Salud San Juan Lazareto, en la Av. Tejada Sorzano, Miraflores.

9.6.2. Marco Muestral

Los aspectos a investigar corresponden al atributo Nro. 2 en relación a la Oferta Integral de Servicios de la Herramienta REFISS, el cual está compuesto por 3 criterios y 36 variables, mismos que se detallan a continuación:

Para analizar el atributo en relación a la oferta integral de servicios, se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- a) Organización y Funcionamiento
- b) Acciones sobre Grupos de Población
- c) Atención a las Personas

Dados los criterios y las variables del atributo Nro. 2, oferta integral de servicios, de la herramienta REFISS, enunciadas en el Anexo 1, el criterio de investigación se planteó de forma dirigida a la investigación de los principales factores que inciden en la suficiencia de coordinación de acciones intersectoriales en salud en la Red Nro. 3 Norte Central del municipio de La Paz. Asimismo, se pretendió determinar la capacidad institucional para promover el abordaje de las determinantes sociales y la resolución de las necesidades de la población protegida. Finalmente se procedió a validar la herramienta REFISS para medición del atributo Nro. 2 Oferta Integral de Servicios en la Red Norte Central.

9.6.3. Plan de Análisis

El plan de análisis relacionado con la Evaluación de la Oferta Integral de Servicios de la Red Nro.3 Norte Central del municipio de La Paz, fueron descritos en los anteriores puntos, siendo el punto 4.2 que se relaciona con la oferta

integral de servicios propiamente dicha; 4.3 hace referencia a los Programas y Proyectos por parte del Ministerio de Salud; y el punto 4.4 menciona los indicadores de salud para la oferta integral de servicios.

9.6.4. Análisis Estadístico

El análisis estadístico se efectuó a través del empleo del programa EXCEL con el cual fue diseñada la Herramienta REFISS, según se muestra en el anexo 2, en las tablas: tabla 6 que se refiere al criterio relacionado con el análisis de la organización y funcionamiento; tabla 7 con el criterio referente al análisis de las acciones sobre grupos de población; por último en la tabla 8 el criterio se refiere al análisis de la atención a las personas.

10. RESULTADOS

10.1 Análisis de Resultados Cuantitativos.-

Los resultados de la presente tesis se refieren a la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz. Dichos resultados se obtuvieron por la información brindada por parte de funcionarios clave del Servicio Departamental de Salud La Paz y ejecutivos de la Red de Salud Nro. 3 Norte Central. Dentro de la oferta integral de servicios se evaluaron tres criterios principales que se refieren a:

- a) Organización y funcionamiento
- b) Acciones sobre grupos de población
- c) Atención a las personas

Cada criterio a su vez estuvo evaluado por diferentes variables (preguntas) generando información de los diferentes centros de salud orientado a la atención primaria en salud y así poder analizar la situación de salud en relación a la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central. En este caso luego de obtener información por los representantes ya mencionados y haciendo uso de información de páginas web oficiales se sistematizó, analizó y se emitió las consideraciones respectivas para el estudio de la presente tesis.

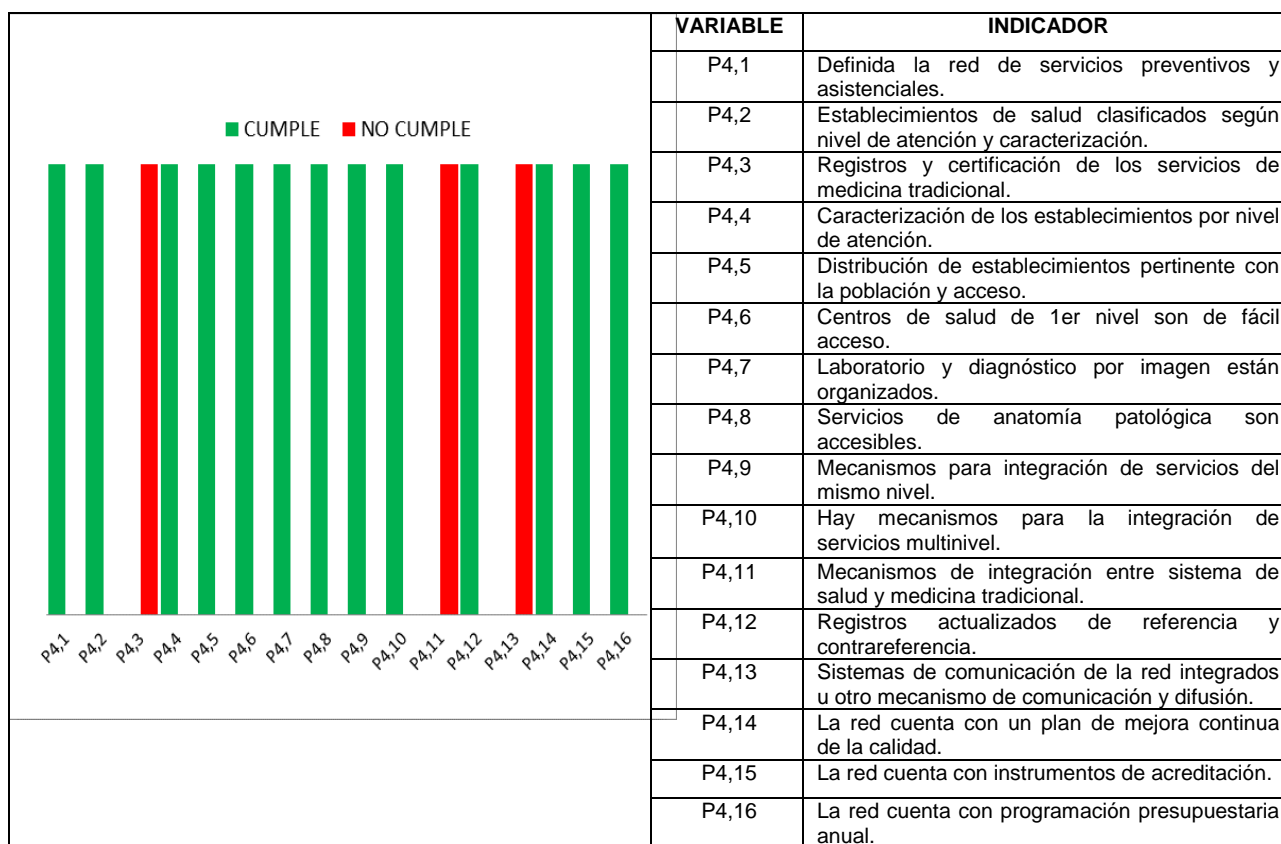
10.2 Resultados Gráficos.-

10.2.1 Organización y Funcionamiento.-

Uno de los criterios para evaluar la oferta integral de servicios fue la organización y el funcionamiento de la Red Nro. 3 Norte central. Dentro de este criterio se tuvieron 16 variables los cuales debían responder dentro de la casilla “SI” o “NO”. Tomando esto en cuenta se pudo evidenciar que dentro la red están definidos los servicios preventivos y asistenciales; además que están clasificados los establecimientos según su nivel de atención y caracterización; el diseño de la red especifica la caracterización de los establecimientos que componen por nivel de atención esto para evitar superposición, redundancia y/o vacíos; al momento de evaluar la distribución espacial de los establecimientos estos guardaban pertinencia con las características de la población/territorio y su accesibilidad; de igual forma los centros de salud de primer nivel son de fácil acceso para toda la población; los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen están organizados de acuerdo con criterios de acceso y complejidad de atención; siendo accesibles para todos los niveles de atención los servicios de anatomía patológica; cuando se analizó la integración de los servicios se pudo identificar que existen mecanismos para la integración de los mismos entre unidades del mismo nivel de atención; de igual forma también existen mecanismos de integración de servicios entre centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel; al momento de evaluar los registros de referencia y contrarreferencia se evidenció que los mismos son actualizados; sin embargo la red no solo se queda con cumplir con todo lo mencionado ya que también cuenta con un plan de mejora continua en lo que concierne a la calidad; dentro de estos instrumentos se menciona a los instrumentos de acreditación de establecimientos y servicios con los cuales cuenta la red; por último la red si cuenta con la programación respectiva relacionada con el tema presupuestario. (Fig. 17)

Si bien es cierto que dentro de este criterio se cumple un buen porcentaje del mismo, también existen variables que no cumple la red, dentro de estas se menciona que la red no cuenta con registros y certificados de los servicios de Medicina Tradicional tomando a las parteras, naturistas, médicos tradicionales y guías espirituales; además de no contar con lo antes mencionado tampoco existen mecanismos de integración entre unidades del sistema de salud y servicios de medicina tradicional; por último los sistemas de comunicación de la red no están integrados ni tampoco tienen otro mecanismo de comunicación y difusión. (Fig. 17)

FIGURA 17. Cumplimiento de los Indicadores de la Organización y Funcionamiento Red Nro. 3 Norte Central de la Ciudad de La Paz



Fuente: Lista de Verificación - Herramienta REFISS

Todas estas variables que si cumple la red se pueden verificar a través de las siguientes fuentes:

- ❖ Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)
- ❖ Formularios de referencia y contrareferencia

- ❖ Estructura de los establecimientos de salud
- ❖ Mapas e Isocronas
- ❖ Formularios de solicitud de exámenes complementarios
- ❖ Cuadernos de registros diarios
- ❖ Formularios de consolidación de todo tipo de consulta
- ❖ Registros de supervisiones realizadas periódicamente
- ❖ Elaboración del plan operativo anual (POA)

Entonces tomando en cuenta las variables estudiadas en el presente criterio en relación a la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central podemos resumir que el 81% de las variables evaluadas si se cumplen y el 19% de las variables no se cumplen.

10.2.2 Acciones sobre Grupos de Poblaciones.-

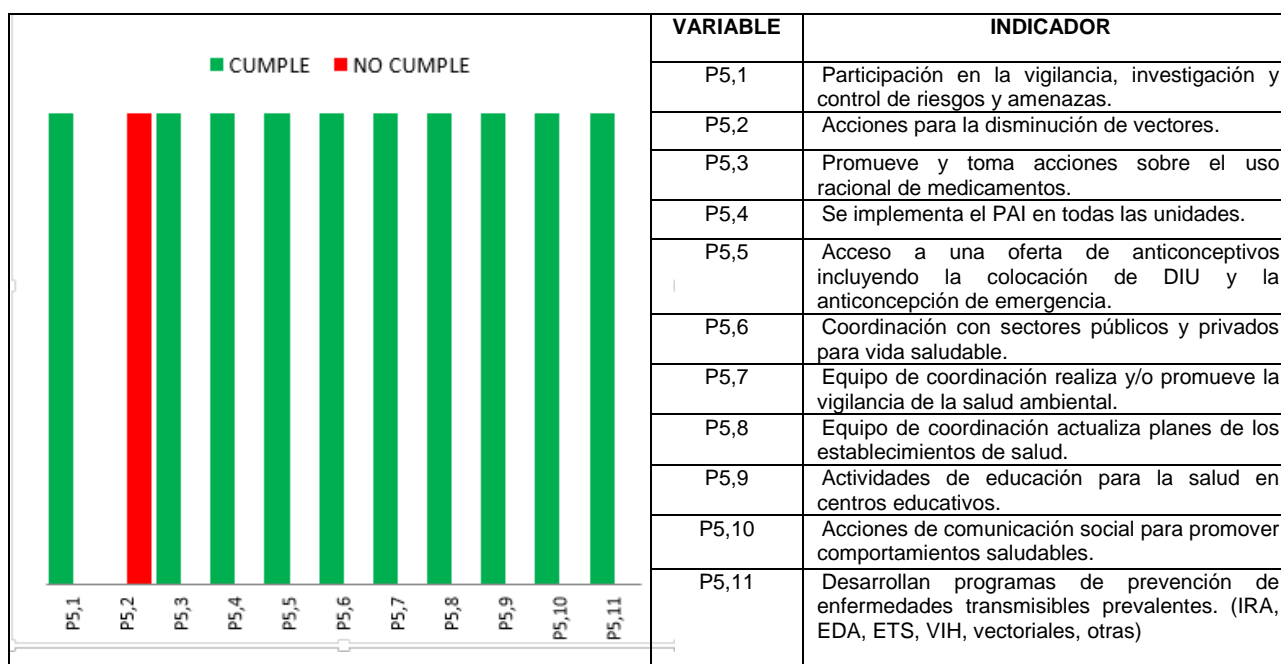
Otro de los criterios para evaluar la oferta integral de servicios fueron las acciones sobre grupos de población en la Red Nro. 3 Norte central. Dentro de este criterio se tuvieron 11 variables los cuales debían, de igual forma, responder dentro de la casilla “SI” o “NO”, tomando esto en cuenta se obtuvieron los siguientes resultados.

En relación a las variables que si realiza podemos indicar que la Red participa en la vigilancia, investigación y control de riesgos y amenazas para la salud pública; promueve y toma de acciones sobre el uso racional de medicamentos; además implementa el programa ampliado de inmunizaciones en la Red en todas las unidades de la Red de acuerdo a la norma PAI; en la Red está asegurado el acceso a una oferta de anticonceptivos incluyendo la colocación de DIU y la anticoncepción de emergencia; realiza la coordinación con otros sectores públicos y privados para promover condiciones de vida saludables en el ámbito de la Red; además el equipo de coordinación de la Red realiza y/o promueve la vigilancia de la salud ambiental (vigilancia de los servicios públicos de agua potable, saneamiento, manejo de excretas y

basuras; este mismo equipo realiza y mantiene actualizados los planes de los establecimientos de salud en todos los niveles de la Red para emergencias y desastres; de igual forma realizan actividades de educación para la salud en centros educativos; para promover los comportamientos saludables la Red realiza acciones de comunicación social; por último para prevenir enfermedades transmisibles (IRA, EDA, ETS, VIH, vectoriales y otras) prevalentes la Red desarrolla programas para dichas enfermedades. (Fig. 18)

Si bien es cierto que de todas las variables existentes en este criterio se cumplen en su gran mayoría, también es cierto que la Red no realiza acciones para la disminución de la proliferación de vectores, es decir esta variable no la cumple. (Fig. 18)

FIGURA 18. Cumplimiento de los Indicadores de Acciones sobre Grupos de Población Red Nro. 3 Norte Central de la Ciudad de La Paz



Fuente: Lista de Verificación - Herramienta REFISS

Al evaluar las 11 variables del criterio en relación a las acciones sobre la población, podemos ver que el 91% de dichas variables si se cumplen, siendo el 9% del total de las variables que no se cumplen.

Para la verificación de los datos obtenidos se tomaron en cuenta varias fuentes de información entre ellas:

- ❖ Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)
- ❖ Ley 475
- ❖ Registros del PAI
- ❖ Cuadernos de registros de métodos anticonceptivos
- ❖ Actas de coordinación con sectores públicos y/o privados
- ❖ Cuadernos y actas donde se registran charlas y eventos educativos en relación a salud ambiental
- ❖ Cuadernos y actas donde se registran charlas y reuniones educativas a centros educativos.
- ❖ Manual de funciones para el comportamiento y difusión de comportamientos saludables.
- ❖ Cuadernos y actas donde se registran charlas educativas para prevenir enfermedades transmisibles.

10.2.3 Atención a las Personas.-

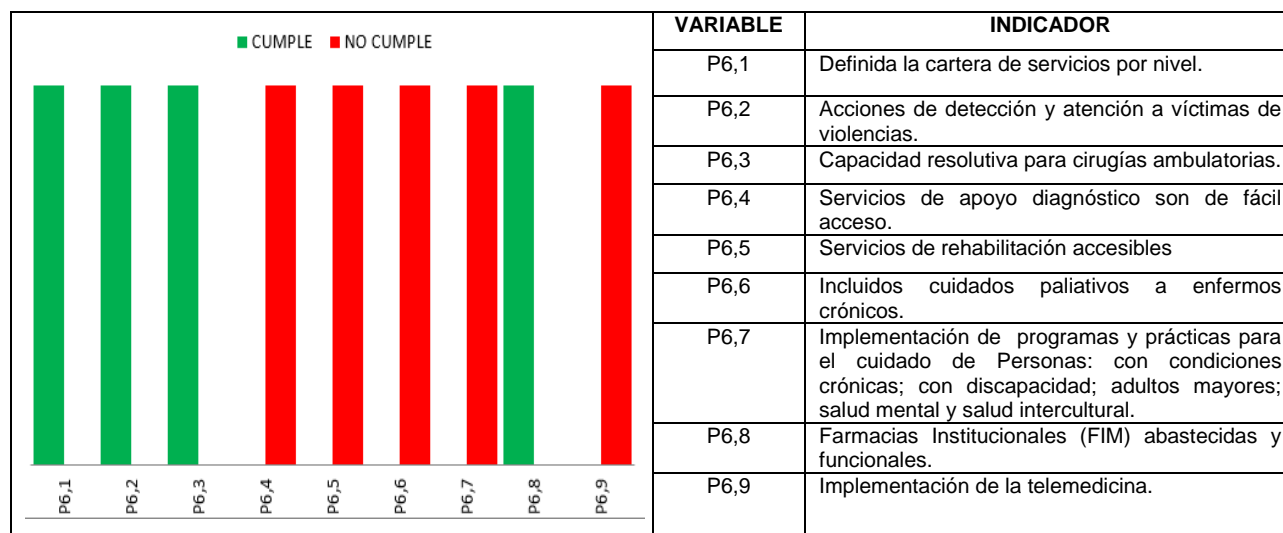
Para finalizar la evaluación de la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte central se tuvo al criterio en relación a la atención a las personas, la misma que tuvo 9 variables, teniendo la séptima variable 5 sub-variables, de igual forma las personas encuestadas debían responder dentro de la casilla “SI” o “NO”, tomando esto en cuenta se obtuvo los siguientes resultados.

Dentro la Red está definida la cartera de servicios de los establecimientos de salud esto por niveles de atención y en cada uno de los centros que conforman la Red; de igual forma se desarrollan acciones de detección y atención a víctimas de violencia; en relación a las cirugías ambulatorias o menores se cuenta con la capacidad resolutive para las mismas; también están implementados programas y prácticas para el cuidado

de personas con condiciones crónicas y para los adultos mayores; finalizando, la Red también cuenta con farmacias institucionales (FIM) abastecidas y funcionales. (Fig. 19)

Si bien es cierto la Red cuenta con todo lo anteriormente citado, sin embargo también se detectaron deficiencias en relación a este criterio, dentro de estas deficiencias al evaluar los servicios de apoyo diagnóstico, los mismos se evidenciaron que no son de fácil acceso en toda la Red; además se pudo determinar que no existen servicios de rehabilitación para aquellas personas que lo necesitan; tampoco están incluidos cuidados paliativos o de apoyo a enfermos crónicos del área de influencia; si bien es cierto existen programas y prácticas para personas con discapacidad, salud mental e intercultural, las mismas no son implementadas en los centros de salud que cubre la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz; por último tampoco está implementada la telemedicina. (Fig. 19)

FIGURA 19. Cumplimiento de los Indicadores de la Atención a las Personas Red Nro. 3 Norte Central de la Ciudad de La Paz



Fuente: Lista de Verificación - Herramienta REFISS

En relación al criterio de la atención a las personas, se pudo llegar a determinar que obtuvo un porcentaje de 44% en relación a las variables que si cumplen, siendo el 56% las variables que no cumplen, por lo que es el criterio

con más deficiencias existentes en relación al atributo relacionado con la oferta integral de servicios.

Para la verificación de los datos obtenidos se tomaron en cuenta varias fuentes de información entre ellas:

- ❖ Manual de Funciones de cada establecimiento de salud
- ❖ Cuadernos de registros
- ❖ Llenado de formularios en Historias Clínicas
- ❖ Historias clínicas
- ❖ Registro del Sistema Nacional de Información en Salud
- ❖ Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- ❖ Ley 475
- ❖ Lista de servicios con farmacias

10.3 Promedio General de Variables Cumplidas.-

Luego de realizar el análisis del atributo en relación a la oferta integral de servicios en la Red Nro. 3 Norte Central, tomando en cuenta los criterios referentes a la organización y funcionamiento; acciones sobre grupos de población; y la atención a las personas, junto a las 36 variables, se pudo verificar que del 100% del cumplimiento de las variables, la Red Nro. 3 Norte Central completó el 75%, ingresando de acuerdo al diseño metodológico del presente trabajo al color amarillo de alerta, lo que significa que se debe mejorar el plan de oferta de servicios integral de la Red. (Fig. 20)

Además que se debe revisar si se cuenta con información de establecimientos de salud por nivel de atención y servicios que prestan, siendo fundamental la incorporación de la medicina tradicional en la atención de la población en comunidad. (Fig. 20)

**FIGURA 20. Promedio General de Variables Cumplidas para la Oferta Integral de Servicios
Red Nro. 3 Norte Central de la Ciudad de La Paz**

| | | |
|--|-------------|--|
| PROMEDIO GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS | 75,0 | |
| Revisar si se cuenta con información de establecimientos de salud por nivel de atención y servicios que prestan. Es fundamental la incorporación de la medicina tradicional en la atención de la población en comunidad. | | |

Fuente: Lista de Verificación - Herramienta REFISS

10.4 Análisis de los Resultados

Uno de los objetivos en la presente tesis fue el de conocer el grado de organización y funcionamiento de la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz, la misma que si bien es cierto cumplía con la mayoría de las variables a evaluar, sin embargo también se observaron deficiencias que guardan relación con el registro de los servicios de medicina tradicional y su integración entre la unidades del sistema de salud, además también se pudo detectar deficiencias relacionadas con los sistemas de comunicación en cuanto a su integración.

En relación a la medicina tradicional se debe indicar que en el Estado Plurinacional de Bolivia se cuenta con la Ley Nro. 459, que se refiere a la Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, donde se indica por detallado el objeto, alcance, ámbito de aplicación, quienes son los prestadores de servicios de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, forma de articulación en el Sistema Nacional de Salud, además también indica cuales son los requisitos para un adecuado registro de todas aquellas personas que brindan este tipo de servicios a la población.

Precisamente para este último punto que está relacionado con el registro de todas aquellas personas que brindan algún tipo de medicina tradicional entre ellos: parteras, naturistas, médicos tradicionales y guías espirituales; para todos ellos se tiene el Reglamento: Registro Único de Medicina

Tradicional Ancestral Boliviana (RUMETRAB), con resolución ministerial Nro. 0935 desde el 22 de septiembre del 2016, donde se indica, de igual forma en forma detallada, todos los requisitos para obtener la credencial respectiva.

Sin embargo pese a que la Ley Nro. 459 está vigente desde el 19 de Diciembre del 2013 y la resolución ministerial desde el 22 de septiembre del 2016, se pudo evidenciar en el análisis de la oferta integral de servicios de la presente tesis que hasta la actualidad no se cuentan con ningún registro adecuado cumpliendo el reglamento RUMETRAB, relacionados con la prestación de servicios de medicina tradicional lo que retrasa a su vez la articulación del mismo al Sistema Nacional de Salud.

Otro de los objetivos dentro del análisis de la oferta integral de servicios se encontraba el conocer las acciones que se llevan a cabo en la población a cargo de la Red Nro. 3 Norte Central, teniendo como deficiencia a que en la red no se realizan acciones para la disminución de la proliferación de vectores.

Como se mencionó en el marco teórico e indicadores en Bolivia, el Ministerio de Salud cuenta con diferentes programas y proyectos, dentro de estos podemos señalar al programa Mi Salud donde hasta noviembre del 2016 habían 2710 médicos entre ellos especialistas SAFCI y Médicos Generales quienes mejoraron la capacidad resolutive en 307 municipios y 25 comunidades indígenas, entre otros logros obtenidos.

Además de contar con otros programas nacionales como control de la malaria, programa nacional de chagas, programa nacional de control y prevención de Dengue, Chikungunya y Zika.

El tercer objetivo de la presente tesis fue el de conocer los servicios de salud que existen para la atención a las personas en la Red Nro. 3 Norte

Central del Municipio de La Paz, teniendo como deficiencias a que los servicios de apoyo diagnóstico no son de fácil acceso, además que no existen servicios de rehabilitación para las personas que lo necesiten, tampoco se encontraban implementados los programas y prácticas para el cuidado de personas en condiciones crónicas, personas con discapacidad, salud mental e intercultural. Por último también existe deficiencia en relación a la implementación de la telemedicina.

Tomando en cuenta la falta de servicios de rehabilitación se debe indicar que el Estado Plurinacional de Bolivia también cuenta con la Ley Nro. 223 que se refiere a la Ley General para las Personas con Discapacidad, con Decreto Supremo 1893 desde el 2 de marzo del 2012, donde se indica en otros, el objeto, los fines, su ámbito de aplicación, las definiciones de los diferentes tipos de discapacidad, además de los diferentes tipos de rehabilitación y los profesionales encargados en cada etapa. La presente Ley se encuentra aún en proceso de integración al Sistema Nacional de Salud, ya en el periodo del 2006 al 2016 se implementó 33 centros de rehabilitación en municipios de diferentes departamentos del Estado, además de contar con 67.912 personas con discapacidad registradas.

Sin embargo tal cual indica la Ley se debe tener los recursos necesarios tanto profesionales como de equipamiento para brindar una integral y adecuada rehabilitación, siendo este una de sus principales deficiencias en los centros de rehabilitación, ya que acorde a la literatura el profesional médico formado para tal tarea es el Médico Fisiatra Rehabilitador, especialidad que actualmente cuenta la Residencia Médica en diferentes centros de formación. Dichos especialistas se ocupan de la restauración de las capacidades perdidas a causa de una enfermedad, trastorno o lesión, siendo quienes además deben coordinar y ser la cabeza del equipo de rehabilitación, conformado por: Kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras de rehabilitación,

auxiliares entrenados, entre otros, es decir si bien existen indicadores acerca del número de centros de rehabilitación y las personas con discapacidad registradas, no existen indicadores acerca de los profesionales que conforman dichos centros de rehabilitación, un hecho necesario ya que existen diferentes tipos de discapacidad que necesitan a diferentes profesionales en diferentes áreas de la rehabilitación.

Otra de las deficiencias encontradas en este objetivo fue que no están implementados los programas y prácticas relacionadas con la salud intercultural, esta variable guarda relación con la medicina tradicional, la misma que se mencionó párrafos arriba, sin embargo cabe mencionar que tanto la medicina tradicional y por tanto la salud intercultural, tienen sus programas definidos en el Ministerio de Salud, los mismos que se encuentran en su proceso de integración al Sistema Nacional de Salud.

La última deficiencia encontrada en este objetivo se encuentra en relación a la falta de implementación de la telemedicina, pese a que existe el proyecto TELE Salud, el mismo que fue aprobado por la Ley N°396 del 22 de agosto de 2013, aún encuentra deficiencias en la implementación en los centros de salud, sin embargo tomando en cuenta los diferentes municipios de los departamentos del Estado se puede indicar que se cuentan con 340 unidades de TELE Salud a nivel nacional las mismas que llegaron a realizar hasta el año 2016 11.657 interconsultas.

Entonces luego de evaluar el grado de cumplimiento del atributo relacionado con la oferta integral de servicios en la Red Nro.3 Norte Central, con sus tres criterios y sus 36 variables, se llegó al porcentaje de cumplimiento total, la misma que se encuentra en 75% ingresando de acuerdo al diseño metodológico del presente trabajo al color amarillo de alerta, lo que significa que se debe mejorar el plan de oferta de servicios integral de la Red.

11. DISCUSIÓN

11.1 Implicación de Resultados

Fuerte apoyo a las políticas públicas de salud en la conformación de redes. Insumos importantes para mejorar la norma en vigencia la cual requiere una actualización. Tener bases metodológicas para ampliar el análisis de la herramienta REFISS. Fortalecer la política SAFCI.

11.2 Audiencias Interesadas En Los Resultados

- Autoridades Sanitarias y funcionarios nacionales, departamentales y municipales.
- Profesionales técnicos de salud de los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud.
- La sociedad civil organizada.
- El personal técnico operativo de la Coordinación de Red.
- Los Asesores técnicos de la OMS/OPS.
- El Postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés

La Organización Panamericana de la Salud, en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fragmentados y segmentados de América latina y el Caribe, ha venido desarrollando en forma sostenida la necesidad de implementar la REFISS y ha propuesto los atributos esenciales y ámbitos de abordaje que deberían ser considerados en el diseño e implementación de un modelo de REFISS centrado en la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

En línea con dichos atributos esenciales, los modelos deben propender a hacer de los hospitales parte de un sistema prestador de servicios, estructurados en torno a un territorio y población a cargo definidos; con competencias para conocer las necesidades y expectativas de las personas usuarias; con diversos

tipos de establecimientos prestando organizada, integrada y cooperativamente servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, de forma armónica e integrada con las acciones de salud pública que se ejecutan sobre las personas y el medio ambiente en dicho territorio.

Además, estas políticas y arreglos deben comenzar generando un primer nivel multidisciplinario de cobertura universal altamente resolutivo, desde donde se modula y coordinan los procesos asistenciales integrados, asegurando que las acciones se desarrollen en los lugares correctos, dotados de las competencias necesarias.

Un hospital modelado para redes tiene responsabilidades hospitalarias complementarias al cumplimiento de metas sanitarias que la red le impone: económica-social, como importante generador de empleos, formador de recursos humanos indispensables para el país, y muchas veces relevante actor económico y de desarrollo de una localidad; una responsabilidad para contribuir positivamente al medio ambiente y, de aportar constructivamente a las acciones locales sobre las determinantes sociales de la enfermedad, y a las estrategias locales para incidir en estilos y hábitos de vida saludables.

Para la implementación de un modelo asistencial integrado es fundamental analizar la práctica clínica. No sólo es importante revisar la autonomía clínica que lleva a una alta variabilidad de la práctica médica, desde la óptica de la eficiencia y costo - efectividad, sino también hay que revisar la práctica clínica como la forma de resolver mejor las necesidades del usuario a través de la cooperación entre distintas personas y equipos desde el propio interior de un establecimiento. Dicho de otra manera, no es posible hablar de la REFISS si al interior del hospital no se comprende su característica multidimensional y no se funciona en lógica de redes internas.

Dentro de las experiencias en Latinoamérica podemos indicar que existen diversas formas para superar las dificultades de la fragmentación o simplemente fortalecer sus modelos de oferta desde la mirada hospitalo-céntrica característica de los países en Latinoamérica.

En lo que respecta a nuestro país Bolivia y en relación al marco de la Nueva Constitución Política del Estado se establece un nuevo Modelo Sanitario en la perspectiva de la REFISS, con el objetivo de mejorar el actual nivel de salud de la población boliviana, en particular, de los grupos socialmente marginados.

El modelo de atención tiene como característica principal el asumir la atención en salud independientemente de su nivel de complejidad y, organizada en Redes de Servicios de Salud para garantizar continuidad de la atención, hasta la resolución de los problemas. Un ejemplo de esta nueva visión la constituye el Hospital Arco Iris.

El Hospital “Arco Iris” es un centro de salud privado, sin fines de lucro de Segundo Nivel de Referencia de la Red Norte Central, tiene asignada una población de 220.000 habitantes. Ha desarrollado una acción de coordinación con los Hospitales Municipales de segundo nivel y dos de Tercer nivel, pertenecientes a la Gobernación del Departamento de La Paz para establecer la Red de Salud Materno Neonatal -RESMANE- como respuesta urgente al fracaso de funcionamiento de la red de salud para responder a problemas emergentes de la oportunidad y accesibilidad, estableciendo:

1. Red de Salud para la integración técnica administrativa efectiva de los Centros de Primer Nivel con los Hospitales de Segundo y Tercer nivel.
2. Plan de capacitación y retroalimentación del personal de la Red.
3. Implementación de un Sistema de Comunicación mediante telefonía móvil.
4. Monitoreo permanente del Sistema de Referencia y Retorno.

5. Sistema de categorización de pacientes referidos del primer nivel según criterios de gravedad para su adecuado manejo.

Los jefes de servicio de Gineco-Obstetricia de cada uno de los hospitales deben llenar una matriz informativa en horas de la mañana y tarde, señalando capacidades resolutivas referidas a personal de salud, unidades cama de alto riesgo obstétrica y neonatales de unidades de cuidados intermedia e intensiva, asimismo, sostener el contacto directo a través de una red de telefonía corporativa exclusiva para atender la demanda de referencia y retorno. Asimismo, se ha constituido la RED TELEMÁTICA-EDUCACIÓN CONTINUA con las Universidades privadas en el Departamento de La Paz, para compartir experiencias y agendas académicas para la discusión de casos, jornadas, conferencias y otras actividades. También, para compartir un proyecto de biblioteca virtual con bibliografía actualizada para apoyar acciones pedagógicas.

Otro país que tiene experiencia en lo que respecta a la REFISS es el país de Brasil, donde el Sistema Único de Salud (SUS) tuvo sus inicios en la Ley Orgánica de Salud, en 1990. Antes de su creación, la prestación de servicios de salud se caracterizaba por la existencia de 3 grupos de población: los que podían pagar por la atención en instituciones privadas, empleados formales con derecho a la salud pública a través de la previsión social y los que no poseían derecho alguno. De la misma forma, este modelo se concentraba en la función hospitalaria y presentaba un alto nivel de fragmentación.

Con la creación del SUS, se buscó entregar un acceso igualitario a los servicios de salud, además de integrar y expandir la previsión de servicios de salud a través de instituciones públicas. Así, el sistema se caracteriza por establecer redes de salud descentralizadas que tienen por objetivo la racionalización de los servicios de salud a través de una alianza público-privada. De la misma manera se definió un papel complementario para las instituciones

privadas de salud para la prestación de servicios de salud, las cuales son reguladas por el SUS.

Los principios del SUS son los siguientes:

- i. Universalidad: “La salud es un derecho de todos”, como afirma la Constitución Federal;
- ii. Integralidad: La atención a la salud incluye tanto los medios curativos como los preventivos y tanto los individuales como los colectivos
- iii. Equidad: Todos deben tener igualdad de oportunidad en utilizar el sistema de salud; sin embargo, como Brasil contiene disparidades sociales y regionales, las necesidades de salud varían de acuerdo a éstas
- iv. Participación de la comunidad: Los usuarios participan de la gestión del SUS a través de las Conferencias de Salud, que ocurren cada cuatro años en todos los niveles, y a través de los Consejos de Salud, que son órganos colegiados también en todos los niveles. En los Consejos de Salud ocurre la llamada paridad: mientras los usuarios tienen la mitad de los cupos, el gobierno tiene un cuarto y los trabajadores otro cuarto
- v. Descentralización político-administrativa: El SUS existe en tres niveles, también llamados esferas: nacional, estatal y municipal; cada una con comando único y atribuciones propias
- vi. Jerarquización y regionalización: Los servicios de salud son divididos en niveles de complejidad; el nivel primario debe ser ofrecido directamente a la población, mientras los otros deben ser utilizados solo cuando sea necesario. Mientras más bien estructurado sea el flujo de referencia y contra-referencia entre los servicios de salud, será mejor su eficiencia y eficacia.

Además se debe mencionar que Brasil cuenta con hospitales trabajando en redes, por lo que se menciona la experiencia del Hospital en el municipio de São Paulo –formación, atención básica, media y alta complejidad-. Alianzas con gobierno municipal y estatal. El hospital en cuestión está localizado en una micro

región del municipio de São Paulo. Se trata de una gestión ejecutada por una Organización Social (OS), que abarca: Unidad Básica de Salud/Programa Salud de la Familia (UBS/ PSF) y Unidad Básica de Salud/Asistencia Médica Ambulatoria (UBS/AMA). El objetivo de la OS es gerenciar y administrar la prestación de servicios de los PSF y AMA bien como los gastos operacionales atribuidos a la entidad y previstos en los planes de trabajo de las UBS donde son prestados los servicios.

El Programa Salud de la Familia ofrece servicios de Consultas Médicas, de Enfermería y Odontológicas, visitas domiciliarias realizadas por el Médico, Enfermero, Auxiliar y Técnico de Enfermería y Agente Comunitario de Salud. Involucra acciones colectivas con grupos educativos y talleres, bien como procedimientos de vacunación, colecta de exámenes, medicación y curaciones/suturas, además de acciones de Vigilancia en Salud.

En el programa de Asistencia Médica Ambulatoria, los equipos son responsables por la ejecución de los servicios de consultas especializadas (neurología, oftalmología, traumatología, cardiología, neumología) y exámenes de media y baja complejidad (laboratorio de análisis clínicos, rayos x, ultrasonografía, electrocardiograma, electroencefalograma), atienden solamente las especialidades básicas (clínica médica, clínica pediátrica y clínica obstétrica), además de atenciones médicas no agendadas para portadores de patologías de baja y media complejidad, derivaciones de exámenes, medicación y curaciones/suturas, pudiendo aún ofrecer otras atenciones de acuerdo con plan de trabajo específico.

Otra de las experiencias que tiene Brasil en relación al REFISS es la del Hospital en el municipio de la Baixada Santista -alianza con municipio y hospital en red asistencial-. Experiencia exitosa con la contratación de una Organización Social de Salud que actúa en el Hospital desde 2003, donde ocurrió la estructuración del proceso de Acreditación Hospitalaria, siendo considerado como

el mejor hospital público de la Baixada Santista, lo que resultó en una mayor búsqueda por parte de varios usuarios de municipios vecinos, en razón del patrón de calidad diferenciado.

Experiencias en hospitales de los Estados de Minas Gerais / Tocantins / Pará / Paraná. En el Estado del Tocantins fue implementado en el período de 1994 a 2003, por el Gobierno Estatal, la Red de Hospitales Comunitarios en 14 hospitales localizados en distintos municipios del Estado, siendo la gestión entregada a una Organización Social que promovió la integración de los servicios de salud en el Estado, resultando en una mejora general de los indicadores epidemiológicos y de salud. En el Estado de Paraná fue implementado, por el Gobierno del Estado, la Red de Hospitales Regionales de Media y Alta Complejidad en 6 municipios más poblados que son polos regionales de desarrollo social, comercial y de la salud, siendo la gestión entregada a Organizaciones Sociales, resultando en una mejora general en la resolución de casos de mayor complejidad que tenían como única opción la referencia a la Capital del Estado.

Dentro de las experiencias en la REFISS se debe mencionar a otro país como es Chile donde durante la última década en el país, con la puesta en marcha de la reforma de salud, la gestión en red de los establecimientos de salud se ha incentivado por medio de cambios que se introdujeron a la normativa del Sistema Público de Salud, a través de modificaciones en los roles de los Servicios de Salud y también de las responsabilidades de los establecimiento públicos, particularmente de los hospitales con la Autogestión en Red. En todo caso, esta perspectiva reconoce también en la historia de la Salud Pública del país una larga, aunque no siempre satisfactoria tradición que ha buscado la articulación de los establecimientos, en el territorio del cual forman parte y de los distintos niveles de complejidad.

Esta larga evolución ha transitado por diferentes etapas, marcadas cada una de ellas por distintos énfasis y tendencias. Ha sido así desde la formación del Servicio Nacional de Salud, en el año 1952, que agrupó a todos los establecimientos de salud públicos y de la beneficencia, hasta los cambios de la reforma actual, pasando por los cambios introducidos en el año 1981 por el Gobierno Militar, con la descentralización de la provisión de servicios de atención, separación de funciones e introducción de elementos de mercado, privatizando la prestación de servicios y del aseguramiento.

El año 2000, después de realizados una serie de cambios e inversiones en infraestructura y equipamiento por los primeros gobiernos democráticos, se instaló un cambio en el debate de salud, que dio impulso a un nuevo proceso de reforma, fundamentado en el diagnóstico epidemiológico del país, que destacó la disminución de la natalidad y el aumento de la expectativa de vida, con un aumento del número de población sobre los 65 años y una elevación también muy importante, de los problemas de salud asociados a este grupo etario, la patología crónica, como las asociadas al riesgo cardiovascular, los tumores malignos, el daño multiorgánico y aquellos que son resultado de los trastornos de la salud mental y que se materializan en accidentes y violencias.

En Chile, los Servicios de Salud cumplirían en gran medida las condiciones formales que se requieren para formar sistemas integrados de atención. Por una parte, estos están integrados legalmente. Por otra, el financiamiento, si bien no corresponde a una capitación ajustada por riesgo, contempla convenios de pago hacia la atención primaria y a un sistema de presupuesto global a cada Servicio. Es necesario recordar que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) no financia directamente a los establecimientos de salud, sino que el financiamiento es entregado a los Servicios de Salud y estos lo distribuyen entre sus hospitales. El presupuesto global tiene un componente fijo y uno variable asociado a actividad. Hasta antes de la reforma AUGE (2005), el componente variable asociado a la actividad (programa de prestaciones valoradas) no superaba el 30% del

financiamiento, porcentaje que se venía incrementando lentamente desde su introducción en 1995. Con posterioridad a la reforma AUGE este porcentaje se ha ido elevando a cerca del 50%. De esta manera, los Servicios de Salud han dispuesto, y aún disponen, de un marco presupuestario relativamente estable año a año, lo que permite organizar, con cierta tranquilidad y estabilidad en el tiempo, la actividad asistencial de sus redes. Las dificultades para que dichos servicios funcionen efectivamente como REFISS guardan relación, entre otras materias, con que los directivos de los Servicios aún no asumen plenamente su nuevo rol tras la reforma de “gestores de red”, a insuficiencias en el ámbito de la gobernanza y a una insuficiente alineación entre objetivos de red y asignaciones e incentivos. La principal falencia es que el monto asignado a cada red aún no guarda relación con la población a la cual atienden (es decir, no existe equidad geográfica en la distribución de recursos) y con el perfil epidemiológico de esta población (es decir, no existe ajuste por riesgo).

Un aspecto que es lícito relevar es que aún subsiste el enfoque tradicional de redes, subyacente a la conformación de los Servicios de Salud el año 1979, lo que podría denominarse como “enfoque de oferta”. Bajo este prisma, los Servicios estaban encargados de la gestión de los establecimientos que producen las acciones de salud y que forman parte de la red. Antes de la Reforma AUGE, las Direcciones de los Servicios no sólo eran dueñas de los hospitales, sino que además eran responsables de la gestión de sus establecimientos. Con la Reforma AUGE se introduce en Chile la autogestión hospitalaria, la cual intenta generar una cierta separación entre las Direcciones de los Servicios y los Hospitales Autogestionados en Red. En este nuevo marco de reforma, bajo un enfoque de demanda, el enfoque de oferta aún se mantiene.

Entonces como se mencionó existen ya experiencias acerca de la REFISS en otros países en donde si bien se tuvo y tiene dificultades para su

implementación, sin embargo se cuenta con políticas de salud las cuales están dirigidas a mejorar la oferta integral de servicios a la población.

En relación a la presente tesis, como se mencionó en párrafos anteriores, se realizó el análisis de la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central de la ciudad de La Paz, dentro de la misma se detectaron deficiencias en relación a:

- A) Su organización y funcionamiento
- B) Las acciones sobre grupos de población
- C) La atención a las personas.

A) Organización y Funcionamiento.-

Dentro de las deficiencias encontradas al tipo de organización y funcionamiento se determinó que cuentan con una deficiente atención en cuanto a medicina tradicional en todos los centros de salud que involucra la Red Nro. 3 Norte central, pese a que el Estado Plurinacional de Bolivia cuenta con la Ley Nro. 459 que se refiere precisamente a la Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, la misma que por el momento no se efectiviza en su totalidad.

B) Acciones sobre Grupos de Población.-

El segundo criterio evaluado en la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central, se refería a las acciones sobre grupos de población la misma que tenía diferentes variables a evaluar, dentro de estas se pudo detectar la deficiencia existente por parte de la red en relación a las acciones para la disminución de la proliferación de vectores.

Dicha deficiencia es muy importante superarla ya que si recordamos que un vector es aquel insecto que tiene el potencial de transmitir enfermedades a la personas, siendo precisamente este vector quien recibe el organismo patógeno de un portador infectado, animal o humano, y lo transmite o bien a un portador

intermediario o directamente a un portador humano y esta transferencia ocurre directamente por picadura de los mosquitos y/o las garrapatas, que son los vectores de enfermedades más notables ya que el modo de transmisión más importante es a través de alimentación sanguínea.

C) Atención a las Personas.-

En el momento del análisis acerca de la oferta integral de servicios en cuanto a la atención a las personas, se pudo detectar que la Red Nro. 3 Norte Central de la ciudad de La Paz, no cuenta con servicios de rehabilitación para personas con discapacidad, personas con problemas de salud mental ni intercultural, además no están incluidos cuidados paliativos o de apoyo a enfermos crónicos y por último no está implementada la telemedicina.

En lo que se refiere a la atención de las personas con diferentes tipos de discapacidad, el Estado Plurinacional de Bolivia cuenta precisamente con la Ley N° 223, Ley General para Personas con Discapacidad la misma que hace referencia al tipo de atención que se debería brindar a estas personas.

12. CONCLUSIONES

El análisis referente a la oferta integral de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central nos brinda las siguientes conclusiones:

A) En relación a la organización y funcionamiento:

1. Dentro de las 16 variables evaluadas en este criterio se cumplen 13 de ellas, siendo las 3 restantes que no se cumplen relacionadas con el:
 - Registro de servicios de Medicina Tradicional
 - Los mecanismos para la integración entre unidades del sistema de salud y servicios de medicina tradicional
 - Los sistemas de comunicación de la red están integrados o tienen otro mecanismo de comunicación y difusión.

2. Actualmente se cuenta con la Ley Nro. 459 en relación a Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, sin embargo la misma no se cumple debido a varios puntos deficientes de dicha ley, como ser el registro adecuado de los Médicos Tradicionales, Parteras, naturistas, y guías espirituales.
3. Debido al escaso registro de los Médicos Tradicionales, Parteras, naturistas, y guías espirituales, no se pueden utilizar mecanismos para la integración entre unidades del sistema de salud y servicios de medicina tradicional en forma adecuada.

B) En relación a las acciones sobre grupos de población:

1. Dentro de las variables evaluadas en este criterio se pudo detectar la deficiencia en relación a las acciones para la disminución de la proliferación de vectores, siendo un punto muy importante debido a las potenciales enfermedades que pueden transmitir las moscas, las cucarachas, los mosquitos, las pulgas, las ratas, los ratones entre otros.
2. Es necesario coordinar adecuadamente con la comunidad, el SEDES y el Ministerio de Salud para efectivizar programas y/o acciones para la disminución de la proliferación de vectores.

C) En relación a la atención a las personas:

1. Dentro de este criterio se evaluaron 9 variables, teniendo dentro de la 7ma variable 5 sub-variables. Al momento de realizar el análisis de todas las variables se pudo detectar que la Red Nro 3. Norte Central:
 - No cuenta con servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad
 - No están incluidos los cuidados paliativos o de apoyo a enfermos crónicos.

- No están implementados programas y prácticas para el cuidado de personas con discapacidad, salud mental y salud intercultural.
 - No está implementada la telemedicina.
2. Actualmente el Estado Plurinacional de Bolivia cuenta con la Ley Nro. 223, que es la Ley General para Personas con Discapacidad, en la misma se indica en forma detallada todo referente al tipo de prestación que se debería brindar a todas las personas que sufren o que cursen con algún tipo de discapacidad.
 3. Además de no existir servicios de rehabilitación adecuados para la atención del paciente con diferentes tipos de patologías discapacitantes y mentales, de igual forma no se cuenta con el personal médico necesario, en este caso el Médico Fisiatra – Rehabilitador quien debería ser; de acuerdo a su formación académica; el que dirija a todo el equipo de rehabilitación conformado por diferentes profesionales entre ellos: Psicólogos, Fisioterapeutas, Logopedas, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Técnico Ortopédico entre otros.

13. RECOMENDACIONES

Luego de un análisis exhaustivo en lo que se refiere a la oferta de servicios de la Red Nro. 3 Norte Central se recomienda lo siguiente:

- ✓ Articular la Medicina Tradicional a los centros de salud de la Red Nro.3 Norte Central, previo censo del requerimiento real de dichos profesionales.
- ✓ Verificar el registro de los profesionales en Medicina Tradicional en el Ministerio de Salud y/o en el Viceministerio de Medicina Tradicional e Intercultural.

- ✓ Poner en marcha la Ley Nro. 459 en relación a Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y todos los beneficios hacia la población.
- ✓ Coordinar entre el Ministerio de Salud y el SEDES para efectivizar y hacer realidad las políticas actuales en salud en lo que se refiere a las prestaciones de Medicina Tradicional.
- ✓ Efectivizar en forma conjunta con el SEDES y el Ministerio de Salud la Ley Nro. 223 referente a Ley General para personas con discapacidad, para que la misma se cumpla en todos los centros de salud que cubre la Red Nro. 3 Norte Central de la ciudad de La Paz.
- ✓ Realizar la convocatoria respectiva a través del SEDES y/o del Ministerio de Salud para los diferentes profesionales involucrados en la parte de rehabilitación entre ellos: Médico Fisiatra – Rehabilitador, Fisioterapeutas, Psicólogos, Logopedas, Terapistas Ocupacionales, Trabajador Social y Técnico Ortopédico, para poder contar con servicios de rehabilitación acorde a las exigencias de la población.
- ✓ Generar hábitos saludables entre los niños y niñas, como el aseo del salón y de los alrededores de las unidades educativas para evitar focos de proliferación de vectores.
- ✓ Promover hábitos de aseo e higiene en la cocina escolar, almacenando adecuadamente los alimentos, manteniendo aseados los utensilios de comida y evitando acumulación de grasa y desperdicios.
- ✓ Programar campañas de concienciación ciudadana, en forma conjunta con el SEDES y el Ministerio de Salud, en las que se expliquen los peligros que los vectores tienen para la salud pública cuando no están sometidas a ningún control sanitario.

14.- PLAN DE INTERVENCION

14.1 Marco Referencial

El Plan ha considerado los objetivos estratégicos y la dinámica del SEDES quienes son los responsables de la rectoría de la red motivo de la presente intervención. En el anexo 1, figura 7 se puede ver el flujo de ejecución de planes en el marco de la política pública.

Las líneas orientadoras están en el marco de la planificación global del país, considerando compromisos globales, nacionales y departamentales, propuestos por el SEDES La Paz.

LINEAS ORIENTADORAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN

| Agenda de salud de las Américas al 2017 | Objetivos del Milenio | Declaración de Paris |
|---|---|--|
| Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional Reducir determinantes de la salud Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos Reducir los riesgos y la carga de enfermedad Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología Fortalecer la seguridad sanitaria. | 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre. 4: Reducir la mortalidad infantil. 5: Mejorar la salud materna. 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental. 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. | Los Socios tienen estrategias de desarrollo operativas. Sistemas nacionales fiables. Los flujos de ayuda se alinean con las prioridades nacionales. Reforzar capacidades con apoyo coordinado. Utilización de los sistemas nacionales Reforzar la capacidad evitando estructuras de implementación paralelas. |
| Agenda Patriótica 20-25 Patria Segura – Patria para Todos | | |
| Erradicar la extrema pobreza | Socializar y universalizar los servicios básicos con soberanía para Vivir Bien | Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integro |
| Garantizar la inclusión y el acceso a la salud gratuita de todas las personas | | |
| Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI Universalización y equidad del acceso al Sistema de Salud | Promoción de la Salud y Movilización Social Gestión participativa y movilización por el derecho a la salud. Gobernanza en Salud. Lucha contra enfermedades endémicas. Infraestructura y equipamiento | |

| Política de Salud Nacional | | |
|--|---|---|
| Acceso Universal al Sistema Único de Salud | Promoción de la Salud y Movilización Social | Descolonización y Rectoría en Salud |
| Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad. Saberes ancestrales, Medicina Tradicional Interculturalidad e Interculturalidad. Gratuidad de acceso a Servicios de Salud integrales | Intersectorialidad para Vivir Bien. Equidad y Protección para grupos vulnerables. Educación en Salud para la Vida | Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector. Conducción nacional y autonomías territoriales Soberanía e Inteligencia sanitaria |
| PACTO POR LA PAZ | | |
| “Construir una sociedad saludable, productiva, fortaleciendo la actividad física y la práctica del deporte e implementando una educación integral creativa, proactiva y con sólidos valores ético morales, en un ambiente sano y en armonía con la Madre Tierra, para una convivencia pacífica y segura de los habitantes del departamento”. | | |

14.2 Proceso Metodológico de Formulación del Plan

Con base a los resultados de la aplicación del instrumento de diagnóstico del REFISS en la Red Norte Central de La Paz, se realizó el trabajo de campo obteniendo los siguientes datos:

- a) Consolidar los resultados de la aplicación del instrumento;
- b) Identificar fuentes de verificación
- c) Identificar y consolidar las líneas fuerte y dificultades de gestión en las redes de salud en los 14 atributos.

Se logró una matriz de problemas con pasos que recomienda la metodología de planificación local participativa, documento oficial del Ministerio de Salud y aplicado por el SEDES La Paz.

Se realizó un taller interno con los profesionales responsables de cada atributo, para socializar y mejorar la identificación de problemas.

El documento elaborado será validado, en un taller con participación plena de los actores responsables de la gestión de la Red de salud y del SEDES La Paz, programada para el jueves 16 de mayo del 2017.

El proceso de elaboración de las acciones estratégicas ha considerado recomendaciones que surgen de la identificación de necesidades para cada uno de los atributos de la Red Integral de Salud en el municipio de La Paz; considerando que las acciones deben en lo posible ser factibles y sostenibles en las condiciones de desarrollo de cada red y su potencial crecimiento, se consideró:

- La posibilidad de realizar alianzas con instituciones presentes en la Red.
- Capacidad de gestión de parte de la Coordinación de Red.
- Posibilidad de priorizar problemas de salud de la población y de gestión local con base al presupuesto real y potencial.
- Posibilidad de ser creativos para identificar los problemas y resolverlos.
- Posibilidad de articular con las organizaciones locales.
- Posibilidad de articular con otros actores en la red que operan en la solución de problemas de salud.

Todo este trabajo se realizó con matrices elaboradas, las mismas se pueden observar en el anexo 2: tabla 9 matriz de consolidación de acciones estratégicas; tabla 10 actores internos, matrices que deben ser completados en el taller; tabla 11 actores externos de apoyo.

14.3 Análisis FODA

Validado por equipo coordinador de Red.

| | | |
|---|--|-----------------|
| GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ | | |
| SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ - RED NORTE CENTRAL | | |
| | | Fecha : 05/2017 |
| ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTERNA Y EXTERNA GESTIÓN 2017 | | |
| VARIABLES Y/O FACTORES IDENTIFICADAS | | |

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. RRHH competentes. 2. Coordinación permanente entre equipo de gestión de la red con personal de los programas y unidades del SEDES. 3. Personal de los establecimientos de salud capacitado y con experiencia. 4. Afluencia de pacientes para atención dentro de servicio. 5. Comités locales de salud (COLOSA) conformados y funcionando. <ol style="list-style-type: none"> 1. La red cuenta Establecimientos de salud de referencia II y III nivel de Atención. 2. Coordinación del equipo de gerencia con los servicios de Salud. 3. Red conformada por 31 establecimientos de salud (públicas, privadas, seguridad social, iglesias y ONGs). 4. Articulación de las COLOSAS con los Centros de Salud y con la Red. 5. Personal de Salud: Médico, Odontólogo, personal de Enfermería comprometido con los objetivos institucionales del SEDES. 6. Contar con comité de Mortalidad Materna, neonatal, perinatal y referencia – contra referencia, gestión de calidad y auditoría médica. 7. Capacidad instalada de infraestructura y equipamiento de los Establecimiento de Salud |
| <p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. No existe comunicación fluida con los establecimientos de salud. 2. Débil rectoría en determinados establecimientos de salud. 3. No existe manual de procesos y procedimientos en la Red N° 3 Norte Central. 4. Falta de Apoyo logístico para el desarrollo de las actividades de la Red N° 3 Norte Central. 5. Débil comunicación para la referencia y contra referencia. <ol style="list-style-type: none"> 1. Programas de capacitación al personal de Salud deficiente. 2. Falta de mantenimiento de infraestructura de los Centros de Salud por parte del municipio. 3. Falta medio de transporte (movilidad a la coordinadora) para traslado de insumos, medicamentos y biológicos y realizar supervisiones y seguimientos. 4. Falta de medios de transporte para referir pacientes. 5. No se cuenta con medios de comunicación (internet, teléfono y fax) 6. Espacios de trabajo muy reducidos (Falta ambientes de trabajo) 7. No existe presupuesto operativo de Red para su funcionamiento 8. Falta personal para cubrir vacaciones y bajas de los Establecimientos de Salud. 9. No existe documento para la implementación de las Redes Funcionales e integrales 10. Duplicidad en el seguimiento del manejo de los recursos financieros de los Establecimientos de Salud, entre la red y el Municipio. 11. En SEDES no existe Unidad de referencia y contrarreferencia. 12. Debilidad en la ejecución de los programas nacionales por parte de los establecimientos de salud. (Discapacidad, adulto mayor, mujer). |

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas y programas de Salud Vigentes (Política Nacional SAFCI) 2. Alianzas estratégicas con ONG, Iglesia, privadas, seguros para atención a la población. 3. Implementación de equipamiento y refacciones de determinados establecimientos de salud por parte del municipio. 4. FIM administradas por profesionales bioquímicas farmacéuticas. 5. Se cuenta con estudiantes de entidades formadoras de RRHH. 6. En proceso la dotación de nuevas instalaciones para la gerencia de red en área más accesible para los establecimientos de salud. <ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas de salud nacional, departamental y municipal. 2. Coordinación y alianzas estratégicas con instituciones y ONGs que trabajan en la Red. 3. COLOSAs capacitadas en sus funciones y temas de salud funcionando 4. COMUSA funcionando 5. Comunidad integrada al nuevo modelo de salud. 6. Coordinación con instituciones formadores de personal de salud (Licenciadas y Auxiliares de Enfermería) rotación de salud pública y materno. 7. Pasantes estudiantes de las carreras de Medicina, Enfermería, Farmacia, laboratorio clínico. |
| <p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiente dotación de RRHH a la Red N°3 Norte Central. 2. Falta de equipamiento (refrigeradores, computadoras e impresoras) para la funcionalidad de la Red N° 3 Norte Central. 3. Insuficientes Recursos Económicos para el funcionamiento de la Coordinación de Red N° 3 Norte Central. <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizaciones sociales politizadas. 2. Falta de seguridad en los establecimientos de salud 3. Elaboración del POA Municipal y POA de Coordinación de Red que no son concurrentes (falta de compromiso) 4. Deficiente coordinación en el Sistema Administrativo Contable. 5. Débil coordinación y mala distribución con entidades formadoras de recursos humanos. 6. Improvisación de actividades del municipio sin consenso o coordinación con la Red produciendo duplicidad y malas experiencias en la comunidad. 7. Inestabilidad laboral del personal administrativo del municipio. |

PLAN DE ACCIÓN POR NIVEL DE LA RED INTEGRADA DE SALUD NO. 3 NORTE CENTRAL. MUNICIPIO DE LA PAZ

Propuesta validada en taller 16.05.2017

| MATRIZ DE PROBLEMAS CAUSAS Y SOLUCIONES Zona/Comunidad: NORTE CENTRAL (RED No 3) | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|------------------------------|---|
| Gobierno Autónomo Municipal de: LA PAZ | | | | Fecha de Elaboración de la Información: 05/17 | | | |
| Nº | Problema de Salud | Determinantes | Soluciones | | | | |
| | | | ¿Qué haremos? (soluciones específicas) | ¿Cómo lo haremos? (propuestas de acción) | ¿Con qué recursos lo haremos? | ¿Cuándo lo haremos? (tiempo) | ¿Quiénes son responsables? |
| 2 | Insuficiente integración de los Sistemas de Comunicación | Insuficientes equipos para desarrollar un sistema de comunicación | Equipar Red Institucional de comunicación en cada Centro de Salud | Programar adquisición de equipos de comunicación | GAMLP y recursos propios de cada centro | Segundo semestre 2017 | SEDES LP, GAMLP, Coordinación de Red, Responsables de Centros de Salud. |
| | Deficientes acciones para control de vectores | Insuficiente personal y bajo presupuesto para control de vectores | Diseñar Plan de Acción para control de vectores, capacitar al personal de salud. | Cursos de capacitación en coordinación con SEDES LP y organismos de cooperación | SEDES LP, GAMLP y recursos propios de cada centro | Segundo semestre 2017 | SEDES LP, GAMLP, Coordinación de Red |
| | Carta de servicios no incluye rehabilitación ni cuidados paliativos | Escaso recurso humano especializado, oferta no disponible, carencia de infraestructura | Contratar profesionales especializados, cronograma de atención por centros de salud y adecuación de ambientes | Solicitud a GAMLP y SEDES LP de adecuación de ambientes y creación de ítems | SEDES LP y GAMLP | Segundo semestre 2017 y 2018 | SEDES LP, GAMLP, Coordinación de Red |

15.- MODIFICACIÓN A LA HERRAMIENTA.-

En la presente tesis se utilizó la lista de verificación para lo que se refiere a la oferta integral de servicios en la Red Nro. 3 Norte Central del Municipio de La Paz, dicha lista cuenta (en lo que respecta al atributo Nro. 2 que se refiere a la oferta integral de servicios), con 3 criterios relacionados con la organización y funcionamiento; Acciones sobre grupos de poblaciones; y la Atención a las Personas. Cada criterio cuenta con sus variables (16 para el primer criterio; 11 para el segundo criterio; y 9 para el tercer criterio), que fueron analizadas en la Red Nro. 3 Norte Central, sin embargo durante el trabajo de campo se concluyó que existían variables que deberían y deben ser mejoradas, por lo que se elaboró y se modificó la presente herramienta de trabajo, además con dicha modificación de la herramienta se cumple con el último objetivo específico de la presente tesis que tiene relación precisamente con proponer mejoras al instrumento de sistematización REFISS para una adecuada y validada recolección de datos. A continuación se expone la herramienta modificada.

Atributo 2. Oferta integral de servicios.

Descripción del atributo. Comprende una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud en el ámbito de la Red, los cuales incluyen servicios de salud pública, SSCP, ONG y privados tanto en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional de la Red. **MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA**

| Crterios del atributo | SI | NO | Fuente de verificación | Observaciones |
|--|----|----|------------------------|---------------|
| 4. Organización y funcionamiento: | | | | |
| 4.2. ¿Están clasificados los establecimientos de la Red según su nivel de atención y caracterización? | | | | |
| 4.3. ¿Están registrados o certificados los servicios de medicina tradicional en la Red? (Parteras, naturistas, médicos tradicionales y guías espirituales) | | | | |
| 4.5. ¿La disposición espacial de los establecimientos asegura la accesibilidad geográfica de la población de la red? | | | | |
| 4.6. ¿Los centros de salud de primer nivel son de fácil acceso para toda la población? | | | | |
| 4.7. ¿Los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen están organizados de acuerdo con criterios de acceso y complejidad de la atención? | | | | |
| 4.8. ¿Los servicios de anatomía patológica son accesibles para todos los niveles de atención? | | | | |
| 4.9. ¿Se utilizan mecanismos para la integración de servicios entre unidades del mismo nivel de atención? (lab, PAP, vacunas, etc.) | | | | |
| 4.10. ¿Se utilizan mecanismos para la integración de servicios entre centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel? | | | | |
| 4.11. ¿Se utilizan mecanismos para integración entre unidades del sistema de salud y servicios de medicina tradicional? | | | | |
| 4.12. ¿La red cuenta con registros actualizados de referencias y contrareferencias realizadas en su ámbito de influencia? (AJO) | | | | |
| 4.14. ¿La red cuenta con un plan de mejora continua de la calidad? | | | | |
| 4.15. ¿La Red cuenta con instrumentos de acreditación de establecimientos y servicios? | | | | |
| 5. Acciones sobre grupos de población: | | | | |
| 5.1. ¿La Red realiza control de riesgo para la salud pública? | | | | |
| 5.4. ¿Se implementa el programa ampliado de inmunizaciones en la Red en todas las unidades de la Red de acuerdo a la norma del PAI? | | | | |
| 5.5. ¿Existe disponibilidad de métodos anticonceptivos? | | | | |
| 5.9. ¿Se realizan actividades de educación para la vida en centros educativos? | | | | |
| 5.10. ¿Se realiza acciones de educación para la vida para promover comportamientos saludables? | | | | |
| 5.11. ¿Se desarrollan programas de prevención de enfermedades transmisibles prevalentes? (IRA, EDA, ETS, VIH, vectoriales, otras) | | | | |
| 6. Atención a las personas: | | | | |
| 6.1. ¿Esta definida la cartera de servicios de los establecimientos de salud que conforman la red (por niveles)? | | | | |
| 6.2. ¿Se desarrollan acciones de detección y atención a víctimas de violencias? | | | | |
| 6.3. ¿La Red tiene capacidad resolutoria para cirugías ambulatorias ? | | | | |
| 6.5. ¿Existen servicios de rehabilitación en la Red? | | | | |
| 6.6. ¿Existen servicios de cuidados paliativos? | | | | |
| 6.7. ¿Están implementados programas y prácticas para el cuidado de: | | | | |
| 6.7.2. Personas con discapacidad? | | | | |
| 6.7.3. Adultos mayores? | | | | |
| 6.7.4. Salud mental? | | | | |
| 6.7.5. Salud intercultural? | | | | |
| 6.9. ¿Está implementada la telemedicina? | | | | |
| 6.10. ¿El equipo de salud, identifica en su ámbito de influencia, prácticas de medicina tradicional? | | | | |
| 6.11. ¿Los equipos de salud realizan visitas domiciliarias? | | | | |

16.- ANEXOS 1.-

Figura 1. Organigrama SEDES - La Paz

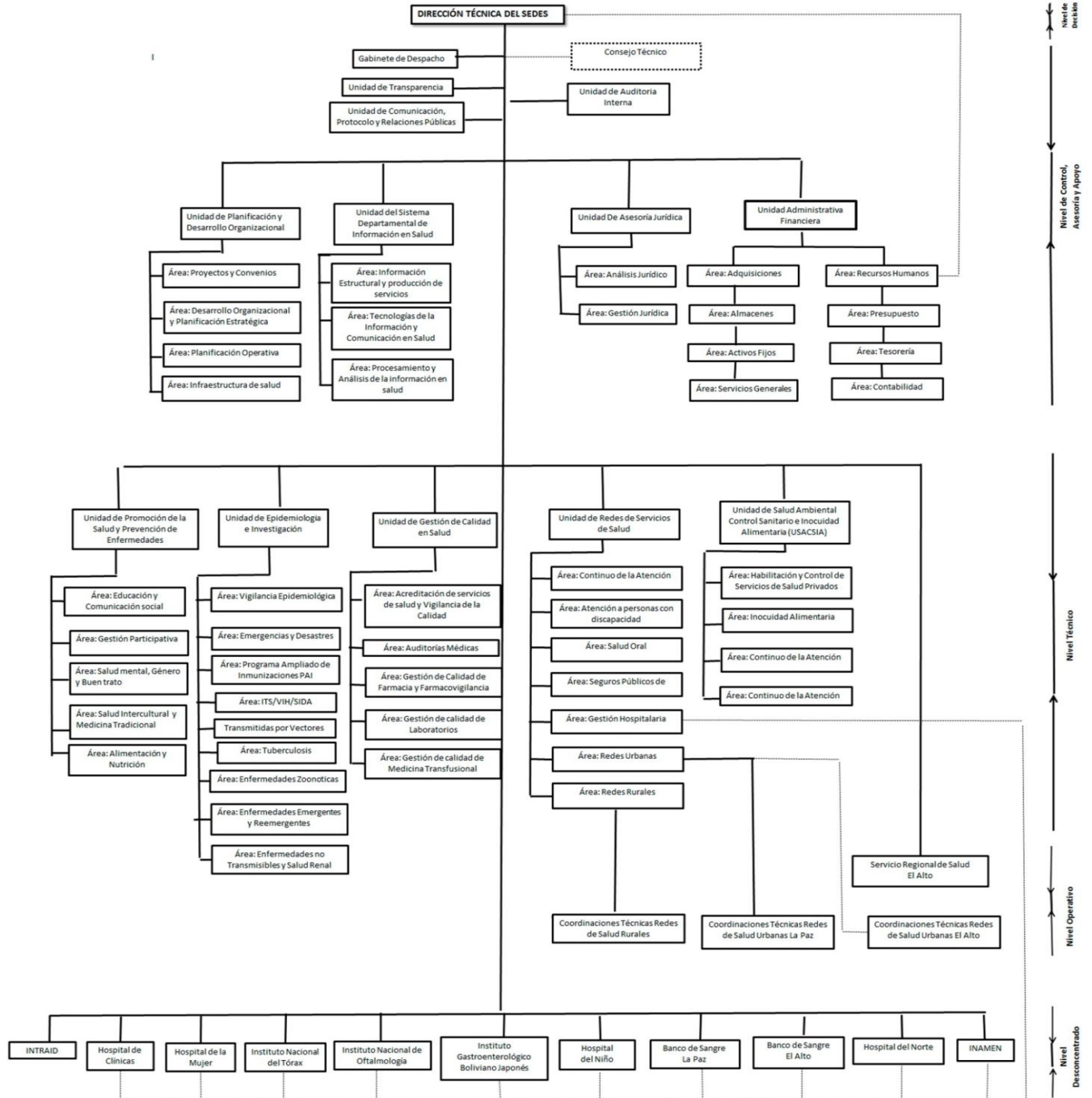
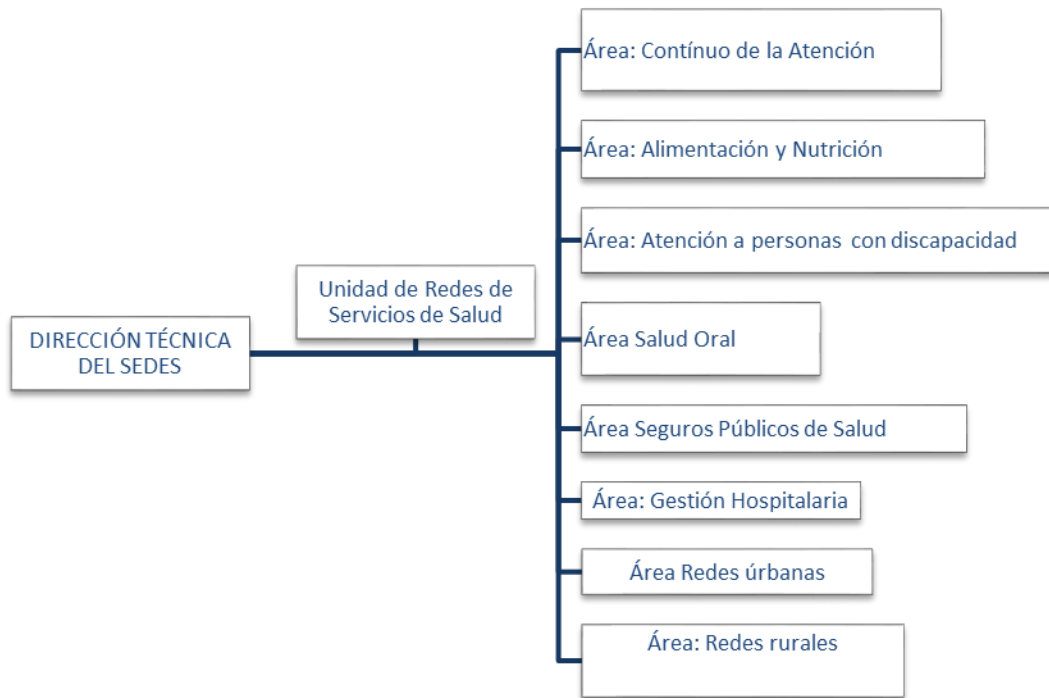
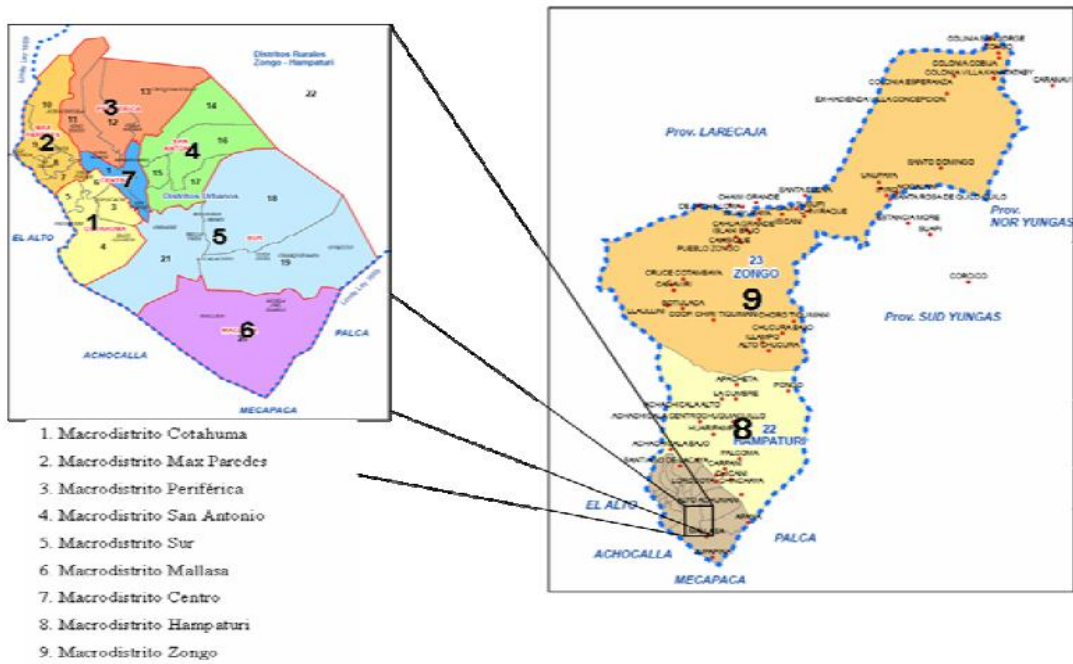


Figura 2. Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud



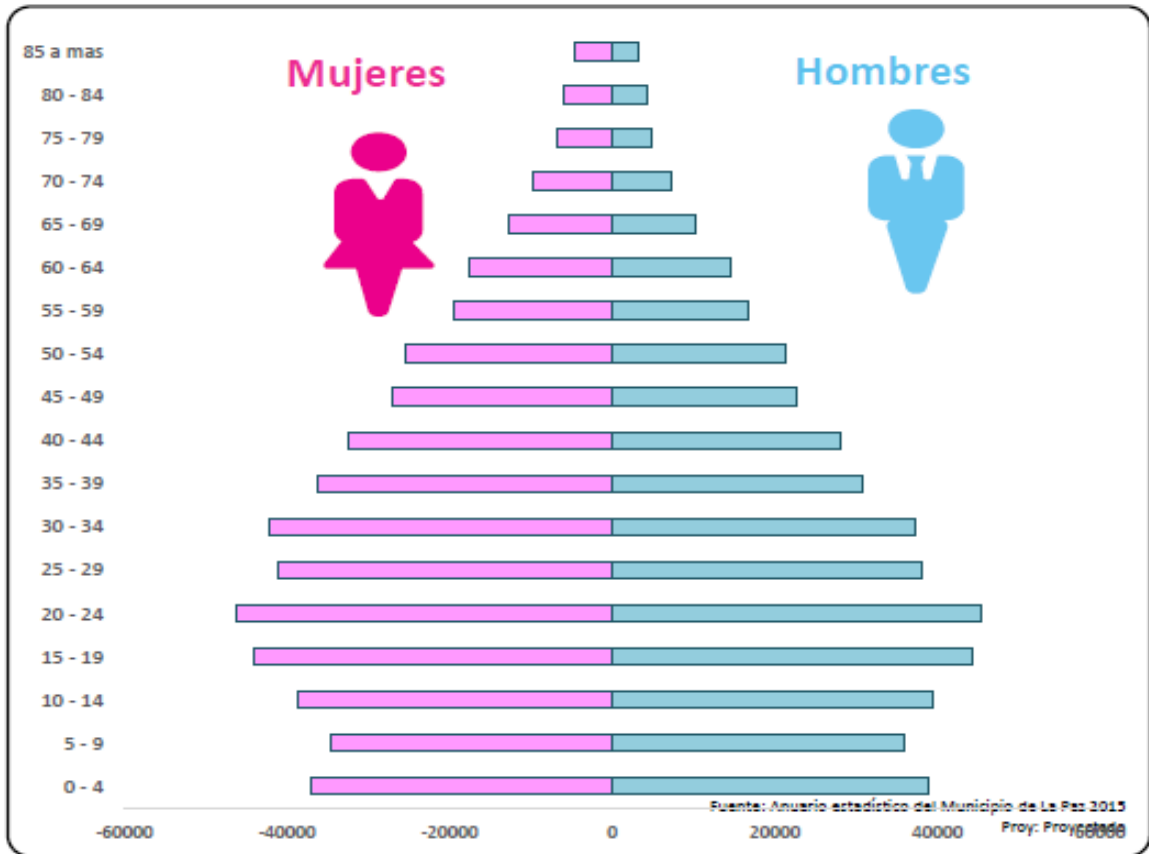
Fuente: MOF SEDES 2015

Figura 3. División Política del Municipio de La Paz



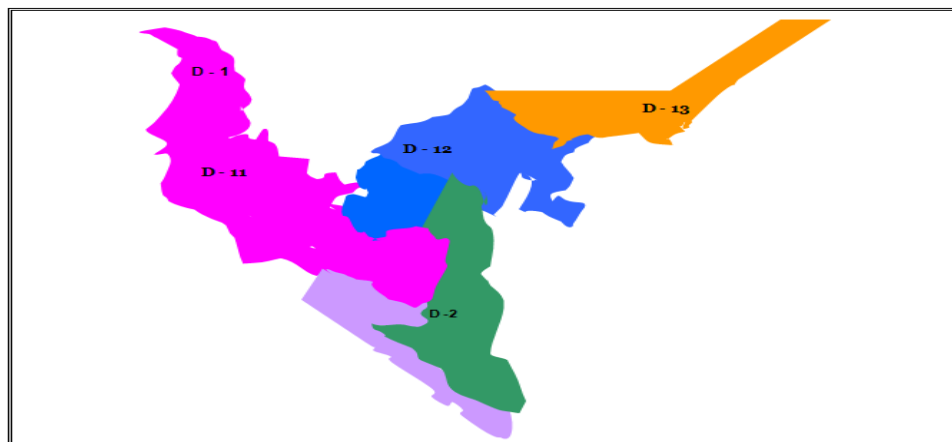
Fuente: Plan Municipal 2007-2011

Figura 4. Pirámide Poblacional Municipio de La Paz. 2016 (Proy) (En números de habitantes)



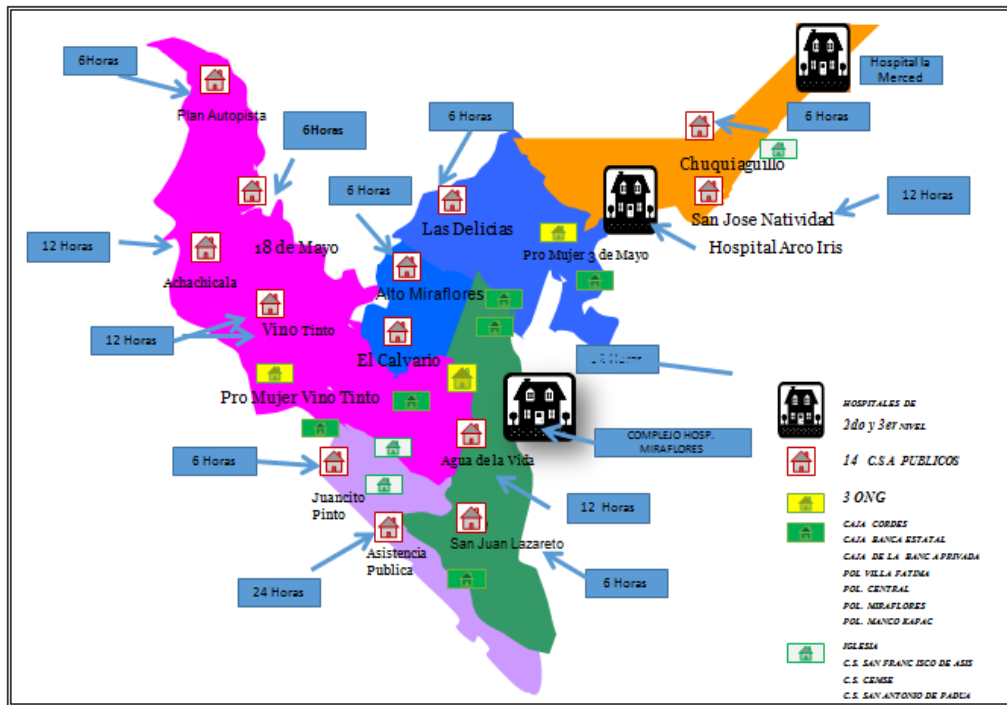
Fuente: 1 Datos Proyección INE 2016 y Anuario Estadístico del Municipio de La Paz

Figura 5. División Político Administrativa. Red Norte Central. 2016



Fuente: Coordinación de Red Norte Central

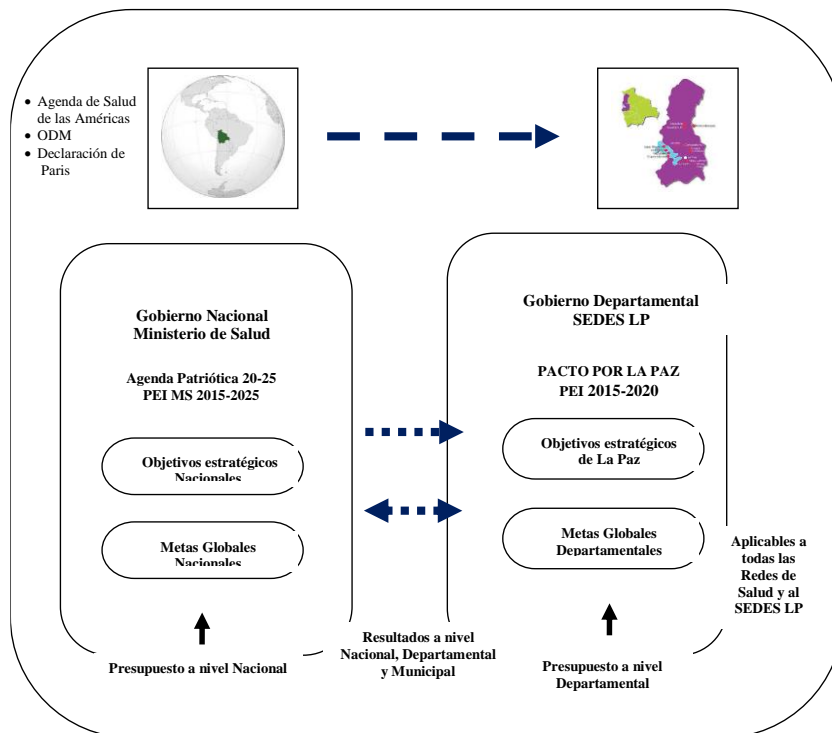
Figura 6. Isócrona Red N°3 Norte Central. 2016



Fuente: Coordinación de Red Norte Central.

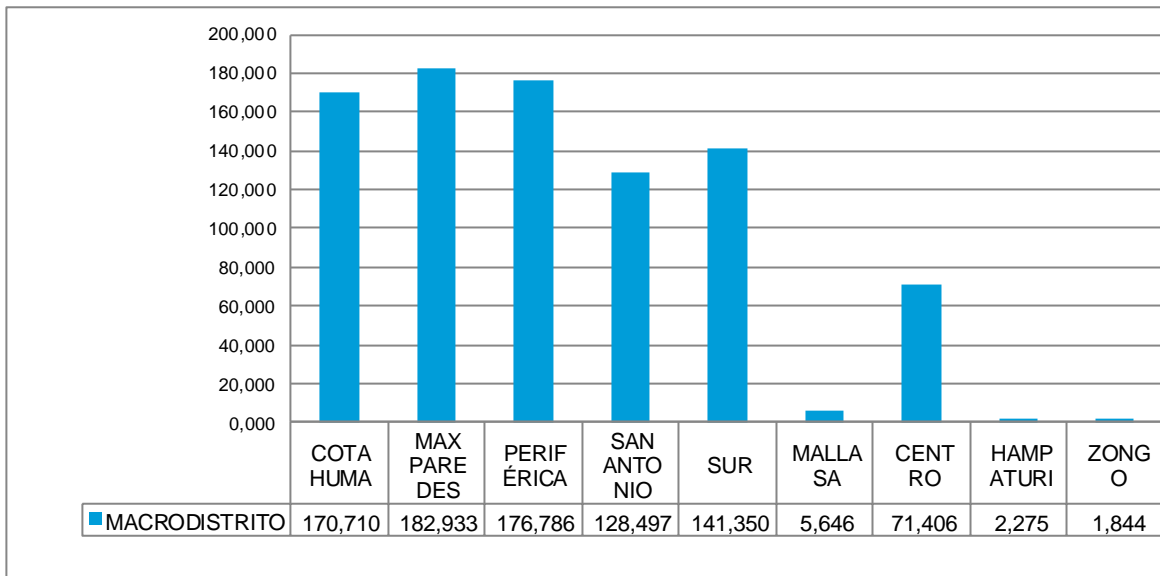
Figura 7.

Flujo de ejecución de planes en el marco de la política pública.



Fuente: SEDES- La Paz. 2015

Figura 8. Proyección Poblacional al 2012 por Macrodistrito



Fuente: INE 2012

17.- ANEXOS 2.-

Tabla 1. Procesos Políticos Nacionales

| | |
|---|---|
| <p>I. La revolución (1952)</p> | <p>Instituye el voto universal, la nacionalización de la minería, la reforma agraria y la reforma educativa. Se inaugura un nuevo periodo en la historia boliviana. La reforma implicó el desplazamiento de la burguesía y con ella el inicio de la participación de los campesinos y proletariados. En 1956 se funda la Seguridad Social. Y la Constitución de 1967 determina que toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad; destacando el derecho a la salud individual y colectiva.</p> |
| <p>II. El gobierno de la UDP (1983)</p> | <p>Se logró implementar la estrategia de responsables populares de salud que involucro a la comunidad organizada en actividades de prevención; las campañas de vacunación con una participación masiva de la ciudadanía; y el Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS), se hallaba organizado en un contexto regionalizado de servicios, cuyo actor principal es el área de salud, este plan contemplo niveles institucionales de activación, fortificados por las organizaciones populares; el fortalecimiento de los programas verticales; la implementación de los comités populares de salud y la participación social.</p> |
| <p>III. La descentralización administrativa (1994)</p> | <p>Se desarrolló con las Leyes de Descentralización Administrativa (Nº 1654), de la participación popular (Nº 1551) y de Municipalidades de los Gobiernos Municipales en cuanto a la salud y la participación de la población organizada en las decisiones; así como la generación de una instancia municipal tripartita compuesta por el sector salud, Gobierno Municipal y el Comité de Vigilancia como máxima instancia de gestión en salud.</p> |
| <p>IV. Procesos políticos de la década (2000)</p> | <p>Los movimiento sociales ocurridos a principios de esta década, así como: la guerra del agua (Cochabamba), octubre negro y motín policial (El Alto – La Paz), recondujeron las políticas del estado. Estos procesos políticos influyeron en las determinantes estructurales de la salud, generando espacios de gerencia pública para el desarrollo de las políticas en beneficio de las poblaciones más excluidas del país. La más importante la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia; <small>Error! Marcador no definido.</small></p> |
| <p>V. Proceso constituyente (2006)</p> | <p>Surge de las demandas sociales que buscan responder al agotamiento y fracaso del modelo neoliberal, a la insurgencia de nuevas propuestas y actores sociales y a la exclusión social, política y económica de las Naciones y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos mediante la refundación del Estado. En salud el proceso constituyente debatió temas relacionados al derecho a la salud, como: el acceso universal, la descentralización y autonomías, la intersectorialidad, la participación y movilización social, la interculturalidad y el financiamiento en salud.</p> |

Tabla 2. Superficie total, por macrodistrito y distrito, municipio de La Paz, 2012

| Macrodistrito y Distrito | M ² | Ha | Km ² |
|-----------------------------|----------------|---------|-----------------|
| Cotahuma | 30.304.862 | 1328 | 30 |
| Distrito 3 | 2.851.121 | 1.058 | 3 |
| Distrito 4 | 10.585.042 | 157 | 11 |
| Distrito 5 | 15.879.951 | 128 | 2 |
| Distrito 6 | 1.288.748 | 128 | 1 |
| Max Paredes | 12.906.420 | 1.288 | 13 |
| Distrito 7 | 1.577.995 | 157 | 2 |
| Distrito 8 | 1.605.430 | 160 | 2 |
| Distrito 9 | 2.812.998 | 281 | 3 |
| Distrito 10 | 6.909.998 | 690 | 7 |
| Periférica | 16.825.359 | 1.681 | 17 |
| Distrito 11 | 8.264.328 | 826 | 8 |
| Distrito 12 | 3.434.388 | 343 | 3 |
| Distrito 13 | 5.126.643 | 512 | 5 |
| San Antonio | 13.167.700 | 1.316 | 13 |
| Distrito 14 | 2.722.831 | 272 | 3 |
| Distrito 15 | 1.530.696 | 153 | 2 |
| Distrito 16 | 4.193.149 | 419 | 4 |
| Distrito 17 | 4.721.023 | 472 | 5 |
| Sur | 51.438.761 | 5.143 | 51 |
| Distrito 18 | 15.803.626 | 1.580 | 16 |
| Distrito 19 | 18.732.484 | 1.873 | 19 |
| Distrito 21 | 16.902.671 | 1.690 | 17 |
| Mallasa | 33.217.439 | 3.321 | 33 |
| Distrito 20 | 33.217.439 | 3.321 | 33 |
| Macrodistrito Centro | 4.998.753 | 499 | 5 |
| Distrito 1 | 2.256.231 | 225 | 2 |
| Distrito 2 | 2.742.522 | 274 | 3 |
| Hampaturi | 475.997.486 | 47.599 | 476 |
| Distrito 22 | 475.997.486 | 47.599 | 476 |
| Zongo | 1.386.844.599 | 138.685 | 1.387 |
| Distrito 23 | 1.386.844.599 | 138.685 | 1.387 |

Tabla 3. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia 2013

| Macrodistrito y Distrito | M ² | Ha | Km ² |
|-----------------------------|----------------|---------|-----------------|
| Cotahuma | 30.304.862 | 1328 | 30 |
| Distrito 3 | 2.851.121 | 1.058 | 3 |
| Distrito 4 | 10.585.042 | 157 | 11 |
| Distrito 5 | 15.879.951 | 128 | 2 |
| Distrito 6 | 1.288.748 | 128 | 1 |
| Max Paredes | 12.906.420 | 1.288 | 13 |
| Distrito 7 | 1.577.995 | 157 | 2 |
| Distrito 8 | 1.605.430 | 160 | 2 |
| Distrito 9 | 2.812.998 | 281 | 3 |
| Distrito 10 | 6.909.998 | 690 | 7 |
| Periférica | 16.825.359 | 1.681 | 17 |
| Distrito 11 | 8.264.328 | 826 | 8 |
| Distrito 12 | 3.434.388 | 343 | 3 |
| Distrito 13 | 5.126.643 | 512 | 5 |
| San Antonio | 13.167.700 | 1.316 | 13 |
| Distrito 14 | 2.722.831 | 272 | 3 |
| Distrito 15 | 1.530.696 | 153 | 2 |
| Distrito 16 | 4.193.149 | 419 | 4 |
| Distrito 17 | 4.721.023 | 472 | 5 |
| Sur | 51.438.761 | 5.143 | 51 |
| Distrito 18 | 15.803.626 | 1.580 | 16 |
| Distrito 19 | 18.732.484 | 1.873 | 19 |
| Distrito 21 | 16.902.671 | 1.690 | 17 |
| Mallasa | 33.217.439 | 3.321 | 33 |
| Distrito 20 | 33.217.439 | 3.321 | 33 |
| Macrodistrito Centro | 4.998.753 | 499 | 5 |
| Distrito 1 | 2.256.231 | 225 | 2 |
| Distrito 2 | 2.742.522 | 274 | 3 |
| Hampaturi | 475.997.486 | 47.599 | 476 |
| Distrito 22 | 475.997.486 | 47.599 | 476 |
| Zongo | 1.386.844.599 | 138.685 | 1.387 |
| Distrito 23 | 1.386.844.599 | 138.685 | 1.387 |

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

Tabla 4. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia 2013

| Gestión | Esperanza de vida al nacer (años) | Años promedio de escolaridad (años) | Años esperados de escolaridad (años) | INB Per cápita (\$u\$ PPA 2005) | IDH (Valor) |
|---------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| 1980 | 52 | 4,5 | 9,4 | 3,791 | 0,489 |
| 1990 | 55,8 | 6,4 | 11,3 | 2,922 | 0,557 |
| 2000 | 63 | 7,4 | 13,7 | 3,472 | 0,620 |
| 2010 | 66,3 | 9,2 | 13,5 | 4,163 | 0,668 |
| 2012 | 66,9 | 9,2 | 13,5 | 4,444 | 0,675 |

Fuente: PNUD. 2013

Tabla 5. Matriz de Problemas Causas y Soluciones

| Gobierno Autónomo Municipal de: | | | Responsable de la Información: | | | | |
|---|-------------------|---------------|--|--|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Fecha de Elaboración de la Información: | | | | | | | |
| Zona/Comunidad: | | | | | | | |
| Nº | Problema de Salud | Determinantes | Soluciones | | | | |
| | | | ¿Qué haremos? (soluciones específicas) | ¿Cómo lo haremos? (propuestas de acción) | ¿Con qué recursos lo haremos? | ¿Cuándo lo haremos? (tiempo) | ¿Quiénes son responsables? |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Procedimientos de Elaboración del Plan Municipal de Salud

Tabla 6. Análisis de la Organización y Funcionamiento Red Nro. 3 Norte Central

| <u>Atributo 2. Oferta integral de servicios.</u> | | | | |
|---|----|----|------------------------|---------------|
| Descripción del atributo. Comprende una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud en el ámbito de la Red, los cuales incluyen servicios de salud pública, SSCP, ONG y privados tanto en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional de la Red. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA | | | | |
| Criterios del atributo | SI | NO | Fuente de verificación | Observaciones |
| 4. Organización y funcionamiento: | | | | |
| 4.1. ¿Está definida la red de servicios preventivos y asistenciales que presta la Red? | | | | |
| 4.2. ¿Están clasificados los establecimientos de la Red según su nivel de atención y caracterización? | | | | |
| 4.3. ¿Están registrados y certificados los servicios de medicina tradicional en la Red? (Parteras, naturistas, médicos tradicionales y guías espirituales) | | | | |
| 4.4. ¿El diseño de la Red especifica la caracterización de los establecimientos que la componen por nivel de atención para evitar superposición, redundancia y/o vacíos? | | | | |
| 4.5. ¿La distribución espacial de los establecimientos guarda pertinencia con las características de la población/territorio y accesibilidad? | | | | |
| 4.6. ¿Los centros de salud de primer nivel son de fácil acceso para toda la población? | | | | |
| 4.7. ¿Los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen están organizados de acuerdo con criterios de acceso y complejidad de la atención? | | | | |
| 4.8. ¿Los servicios de anatomía patológica son accesibles para todos los niveles de atención? | | | | |
| 4.9. ¿Se utilizan mecanismos para la integración de servicios entre unidades del mismo nivel de atención? (lab, PAP, vacunas, etc.) | | | | |
| 4.10. ¿Se utilizan mecanismos para la integración de servicios entre centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel? | | | | |
| 4.11. ¿Se utilizan mecanismos para integración entre unidades del sistema de salud y servicios de medicina tradicional? | | | | |
| 4.12. ¿La red cuenta con registros actualizados de referencias y contrareferencias realizadas en su ámbito de influencia? | | | | |
| 4.13. ¿Los sistemas de comunicación de la red están integrados o tienen otro mecanismos de comunicación y difusión? | | | | |
| 4.14. ¿La red cuenta con un plan de mejora continua de la calidad? | | | | |
| 4.15. ¿La Red cuenta con instrumentos de acreditación de establecimientos y servicios? | | | | |
| 4.16. ¿La red cuenta con programación presupuestaria anual? | | | | |

Fuente: Lista de Verificación – Herramienta REFISS

Tabla 7. Análisis de las Acciones sobre Grupos de Población Red Nro. 3 Norte Central

| 5. Acciones sobre grupos de población: | | | |
|---|--|--|--|
| 5.1. ¿La Red realiza o participa en la vigilancia, investigación y control de riesgos y amenazas para la salud pública? | | | |
| 5.2. ¿Se realizan acciones para la disminución de la proliferación de vectores? | | | |
| 5.3. ¿La Red promueve y toma acciones sobre el uso racional de medicamentos? | | | |
| 5.4. ¿Se implementa el programa ampliado de inmunizaciones en la Red en todas las unidades de la Red de acuerdo a la norma del PAI? | | | |
| 5.5. ¿Está asegurado en la Red el acceso a una oferta de anticonceptivos incluyendo la colocación de DIU y la anticoncepción de emergencia? | | | |
| 5.6. ¿Se realiza coordinación con otros sectores públicos y privados para promover condiciones de vida saludables en el ámbito de la Red ? | | | |
| 5.7. ¿El equipo de coordinación de la Red realiza y/o promueve la vigilancia de la salud ambiental (vigilancia de los servicios públicos de agua potable, saneamiento, manejo de excretas y basuras)? | | | |
| 5.8. ¿El equipo de coordinación de la Red realiza y mantiene actualizados los planes de los establecimientos de salud en todos los niveles de la Red para emergencias y desastres? | | | |
| 5.9. ¿Se realizan actividades de educación para la salud en centros educativos? | | | |
| 5.10. ¿Se realiza acciones de comunicación social para promover comportamientos saludables? | | | |
| 5.11. ¿Se desarrollan programas de prevención de enfermedades transmisibles prevalentes? (IRA, EDA, ETS, VIH, vectoriales, otras) | | | |

Fuente: Lista de Verificación – Herramienta REFISS

Tabla 8. Análisis de la Atención a las Personas Red Nro. 3 Norte Central

| 6. Atención a las personas: | | | |
|--|--|--|--|
| 6.1. ¿Esta definida la cartera de servicios de los establecimientos de salud que conforman la red (por niveles)? | | | |
| 6.2. ¿Se desarrollan acciones de detección y atención a víctimas de violencias? | | | |
| 6.3. ¿La Red tiene capacidad resolutive para cirugías ambulatorias (menores) y cirugías mayores? | | | |
| 6.4. ¿Los servicios de apoyo diagnóstico son de fácil acceso en toda la Red? | | | |
| 6.5. ¿Existen servicios de rehabilitación para las personas que lo necesiten? | | | |
| 6.6. ¿Están incluidos cuidados paliativos (de apoyo) a enfermos crónicos del área de influencia de la red? | | | |
| 6.7. ¿Están implementados programas y prácticas para el cuidado de: | | | |
| 6.7.1. Personas con condiciones crónicas? | | | |
| 6.7.2. Personas con discapacidad? | | | |
| 6.7.3. Adultos mayores? | | | |
| 6.7.4. Salud mental? | | | |
| 6.7.5. Salud intercultural? | | | |
| 6.8. ¿Cuenta la red con Farmacias Institucionales (FIM) abastecidas y funcionales? | | | |
| 6.9. ¿Está implementada la telemedicina? | | | |

Fuente: Lista de Verificación – Herramienta REFISS

Tabla 9. Matriz de Consolidación de Acciones Estratégicas

| MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS | | |
|---|--|-----------------|
| Gobierno Autónomo Municipal de La Paz | | |
| Fecha de Elaboración de la Información: 12 de mayo de 2017 | | |
| Zona/Comunidad: Red N° 3 Norte Central | | |
| N° | Acciones estratégicas consolidadas | Atributo |
| 1 | Análisis Situacional en Salud | 1,3,9,13 |
| 2 | Determinación de grupos vulnerables en las acciones de la red de salud | 1,2,3,5 |
| 3 | Integración con Medicina Tradicional | 1,2,3,5,6,7,10 |
| 4 | Fortalecimiento de personal médico y de enfermería para atención de 24 Hrs. en centros de primer nivel considerando el perfil epidemiológico y estadístico | 2,4,11 |
| 5 | Aplicación de Norma de Referencia y Retorno en segundo y tercer nivel | 2,4,5,10,11 |
| 6 | Investigación científica en accesibilidad, calidad y acreditación | 7 |
| 7 | Fortalecimiento del Sistema de Comunicación de la Red | 3,5,12 |
| 8 | Incrementar el porcentaje de carpetización en la Red en convenio con Mi Salud | 1,3,12 |
| 9 | Ampliación de cartera de servicios complementarios en la Red | 2,10,12 |
| 10 | Implementación del SOAPs en todos centros de salud en la Red | 1,12 |
| 11 | Planificación participativa. Alianzas estratégicas institucionales. | 7,8,13,14 |
| 12 | Fortalecer la coordinación intersectorial en salud (Justicia, Medio Ambiente, Educación, Policía Nacional, etc.) | Todos |
| 13 | Cumplimiento de la programación, asignación y ejecución presupuestaria | Todos |

Tabla 10. Actores Internos Matrices Que Deben Ser Completados En El Taller

| ¿Quiénes son? | ¿Cómo Son? (Características) | ¿Qué piensan del Sector y sus entidades? (Percepciones) | ¿Qué esperan del Sector y sus entidades? (Expectativas) |
|--|-------------------------------------|--|--|
| Personal profesional y Técnico Administrativo de establecimientos de salud | | | |
| Personal de establecimientos de salud | | | |
| Egresados de Ciencias de la Salud | | | |
| Establecimientos de salud privados | | | |
| Personal Profesional y Técnico Administrativo de establecimientos de salud | | | |

Tabla 11. Actores Externos De Apoyo

| ¿Quiénes son? | ¿Cómo Son? (Características) | ¿Qué piensan del Sector y sus entidades? (Percepciones) | ¿Qué esperan del Sector y sus entidades? (Expectativas) |
|---|---------------------------------|--|--|
| Ministerio de Salud | | | |
| Organizaciones de medicina tradicional: 1,2,3,..... | | | |
| Gobierno Municipal | | | |
| CEASS regional | | | |
| Organizaciones sociales | | | |
| Consejo Social Departamental de Salud | | | |
| Universidad | | | |
| Agencia de Cooperación | | | |
| ONGs: 1, 2, 3, | | | |

Tabla 12. Principales Indicadores Demográficos y de Salud. Municipio de La Paz. 2012

| INDICADORES | VALOR | FUENTE |
|---|--|--|
| Superficie | 1.098.581 km ² | CENSO 2012 |
| Población | 10' 059.409 hab. | CENSO 2012 |
| Densidad | 9,13 por km ² | CENSO 2012 |
| Tasa anual de crecimiento intercensal | 1,71% | CENSO 2012 |
| Población < de 15 años | 31,02% | CENSO 2012 |
| Población >= de 65 años | 6,12% | CENSO 2012 |
| Esperanza de vida al nacer | 67,95 años | CENSO 2012 |
| Esperanza de vida al nacer mujeres | 70,19 años | CENSO 2012 |
| Esperanza de vida al nacer hombres | 65,81 años | CENSO 2012 |
| Tasa global de fecundidad | 3,5 | ENDSA 2008 |
| Tasa global de fecundidad área urbana | 2,8 | ENDSA 2008 |
| Tasa global de fecundidad área rural | 4,9 | ENDSA 2008 |
| Tasa bruta de natalidad | 23,83 x 1000 hab | PSDI 2015 |
| Tasa bruta de mortalidad | 6,6 x 1000 hab | INE 2015 |
| Razón de mortalidad materna | 160 x 100.000 nacidos vivos | Estudio de mortalidad materna 2011. MINSA |
| Tasa de mortalidad infantil | 51 x 1000 nacidos vivos | |
| Causas principales de morbilidad | 1. IRAs 2. EDAs 3. Enf. Infecto contagiosas y/o desnutrición 4. Problemas relacionados al embarazo, parto y/o puerperio 5. Accidentes, traumatismos, violencias | |
| Causas principales de mortalidad general (PSDI) | 58,6% Enf. no transmisibles (Cardiovasculares 23,5%, Cáncer 10%, Enf. Digestivas 7,6%, Enf. Renales 4,4% y diabetes 4%) 19,5% Enfermedades transmisibles 13,3 % Lesiones 8,6% Condiciones neonatales, maternas y de nutrición | |
| Población con algún grado de discapacidad | 388.109 hab. 48,87% varones 51,13% mujeres | CENSO 2012 |
| Tasa de incidencia del SIDA | 2,0 x 100.000 hab. | |
| Número de casos nuevos 2015 de VIH-SIDA | 1873 VIH 397 SIDA | Programa Nacional de control de ITS/VIH/SIDA |

Fuente: Diferentes Fuentes

Tabla 13. Disponibilidad de establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel de Atención, Según Distrito Municipal. 2016

| Distrito Municipal | | Nombre Establecimiento(Actual) | Dirección del Establecimiento | Responsable Del Establecimiento |
|----------------------|------------------|---------------------------------|--|--|
| Distrito N°1 | Municipal | Centro De Salud Juancito Pinto | Calle Murillo Y Graneros | Dr. Wilfredo Conde Andrade |
| Distrito N°1 | Municipal | Policlinico Manco Kapac | Avenida Manco Kapa | Dr. Mario Jauregui Padilla |
| Distrito N°1 | Municipal | Cemce | Av. Sucre Calle Pichincha S/N°edif. Cemse | Lic. Federico Escobar Loza |
| Distrito N°1 | Municipal | C.S. I. Asistencia Publica | Avenida Simon Bolivar Nro. 1519 | Dra. Jacqueline Cruz A. |
| Distrito N°1 | Municipal | Caja Bancaria Privada | Calle Capitan Ravelo | Dra. Iván Daniel Encinas |
| Distrito N°1 | Municipal | Caja Cordes | Avenida Arce Nro. 2419 | Dr. O. Ronald Gandarillas Alvarez |
| Distrito N°1 | Municipal | C. S. San Antonio De Padua | Calle Sagarnaga Y Murillo N°68 | Madre Araceli Revuelta Aries |
| Distrito N°1 | Municipal | C.S. Penitenciario Miraflores | Calle Díaz Romero Y Argentina | Dra. Olivia Milenca Castro Cornejo |
| Distrito N°1 | Municipal | C.S. Intercultural Bartolina | Calle Pisagua N°650 Final Ingavi | Dra. Elena Mamani Gutierrez |
| Distrito N°2 | Municipal | Policlinico V. Fatima | Calle Matías Terrazas | Dra. Mylene Teran Miranda |
| Distrito N°3 | Municipal | Clinica Pro Salud Lapaz | Pasaje Busch Entre Carrasco Y Pasoscanqui | Dr. Gonzalo Maldonado |
| Distrito N°2 | Municipal | Policlinico Miraflores | Calle Nicaragua S/N Isquina Argentina. | Dr. Javier Caballero Rendon |
| Distrito N°2 | Municipal | Instituto Boliviano Nefrologia | Calle Jarrezon N°1957 | Maria De Los Angeles Teran |
| Distrito N°2 | Municipal | Caja Bancaria Estatal | Calle Panama A Mediab Cuadra De Plaza Uyuni S/N | Dr. Edgar Eduardo Flores |
| Distrito N°11 | Municipal | C.S. Plan Autopista | Manzano Central Polifuncional | Dra. Mirna Zulma Barrero Ponce |
| Distrito N°11 | Municipal | C.S. Achachicala | Avenida Chacaltaya, Frennte A Escuela Industrial | Dr. Francisco Javier Macuaga Centellas |
| Distrito N°11 | Municipal | C. S. 18 De Mayo | Barrio Grafico Calle 3 Nro. 104 | Dr. Víctor Jimenez Alvares |
| Distrito N°11 | Municipal | C. S. Vino Tinto | Avenida Baltazar De Salas Nro. 51 | Dr. Edgar Laura |
| Distrito N°11 | Municipal | Centro De Salud Agua De La Vida | Final Colon Y Labandera | Dra. Jacqueline Adela Evia |

Cont...

| Distrito Municipal | Nombre Establecimiento(Actual) | Dirección del Establecimiento | Responsable Del Establecimiento |
|---------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------------|
| Distrito Municipal Nº11 | Policlínico Central | Calle Ingavi Isquina Junin Frente Canciller | Dr. Walter Miranda Aguirre |
| Distrito Municipal Nº 12 | C.S. San Juan Lazareto | Av. Tejada Sorzano Y San Salvador | Dra. Cristina Modesta Bazan De Antelo |
| Distrito Municipal Nº 12 | C. S. Alto Miraflores | Calle Uria Rodriguez Y Adriana Pariente | Dr. Soria Yahuita Walter |
| Distrito Municipal Nº 12 | C.S. Las Delicias Central | Calle San Jose, Esquina Tipuani S/N | Viviana Centellas Choque |
| Distrito Municipal Nº 12 | C.S. V.F. Las Delicias | Avenida Las Delicias Y Yanacachi | Dra. Ivonne Beatriz Romay Ossio |
| Distrito Municipal Nº 12 | C. S. Calvario | Av. Periferica Al Lado De Colegio Manuel Barea | Dr. Enrique Fernando Garcia Mendoza |
| Distrito Municipal Nº 12 | C.S. Pro Mujer 3 De Mayo | Avenida Periferica Esquina Costanera Nro. 1658 | Dra. Cecilia Villarroel |
| Distrito Municipal Nº 12 | Hospital La Merced | Calle Aspiaz S/N A Dos Cuadras De Adepcoca | Dra. Daniela Quiroga C. |
| Distrito Municipal Nº 13 | C.S. San José Natividad | Costanera Y Calle 20 | Dr. Humberto Espinoza Garnica |
| Distrito Municipal Nº 13 | Hospital San Francisco De Asis | Calle 1y Costanera | Dr. José Antonio Castillo |
| Distrito Municipal Nº 13 | C.S. Chuquiaguillo | Avenida La Paz Y Cotapata Nro.11 | Dra. Marianela Vargas Valdivia |
| Distrito Municipal Nº 13 | Hospital Arco Iris | Avenida 15 De Abril | Dr. Ramiro Narvaez Fernandez |
| Distrito Municipal Nº 13 | Central Miraflores | Calle Costa Rica Av. Busch S/N | |

Fuente: Coordinación de Red Norte Central.

Tabla 14. Evaluación de la Progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud

| Ámbito de Abordaje | Atributo esencial | Nivel de progresión de los atributos que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud | | |
|---|-----------------------------|---|---|---|
| | | I Red fragmentada | II Red parcialmente integrada | III Red integrada |
| Modelo asistencial | 1. Población y territorio | Sin población/territorio a cargo | Población/territorio a cargo definidos, pero con escaso conocimiento de sus necesidades en Salud | Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud |
| | 2. Oferta de servicios | Inexistente, muy limitada o restringida al primer nivel de atención | Comprende todos o la mayoría de niveles de atención, pero con gran predominio de servicios de salud personales | Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública |
| | 3. Primer nivel de atención | Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada | Actúa como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad de resolución e integración de servicios | Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población |
| | 4. Atención especializada | Acceso desregulado a especialistas | Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario | Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios |
| | 5. Coordinación asistencial | No hay coordinación asistencial | Existencia de mecanismos de coordinación asistencial, pero que no cubren todo el continuo del cuidado de la salud | Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud |
| | 6. Foco de cuidado | Centrado en la enfermedad | Centrado en el individuo | Centrado en la persona, la familia y la comunidad / territorio |
| Gobernanza y Estrategia | 7. Gobernanza | No hay función clara de gobernanza | Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras | Un sistema de gobernanza único para toda la red |
| | 8. Participación | No hay instancias de participación social | Las instancias de participación son limitadas | Participación social amplia |
| | 9. Intersectorialidad | No hay vínculos con otros sectores | Existen vínculos con otros sectores sociales | Acción intersectorial más allá de los sectores sociales |
| Organización y Gestión | 10. Gestión de apoyo | Gestión de apoyo desintegrada | Gestión de apoyo clínica integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico | Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico |
| | 11. Recursos humanos | Insuficientes para las necesidades de la red | Suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red | Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red |
| | 12. Sistemas de información | No hay sistema de información | Múltiples sistemas que no se comunican entre sí | Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red, con datos desglosados según variables pertinentes |
| | 13. Desempeño y resultados | No hay medición de desempeño y resultados | Medición de desempeño centrado en insumos y procesos | Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios |
| Sistema de Asignación e Incentivos | 14. Financiamiento | Insuficiente y discontinuo | Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados | Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo |

18.- ANEXOS 3.-

Foto 1. Taller de Validación de Herramienta con personal del SEDES La Paz



Foto 2. Taller de Llenado de Herramienta REFISS – Dr. Carlos Tamayo



Foto 3. Taller de Llenado de Herramienta REFISS - Dr. Ramón Cordero del SEDES La Paz



Foto 4. Coordinación de la Red Norte Central



Foto 5. Coordinadora de la Red Norte Central. Dra. Silvia Olivares



Foto 6. Tec- Sonia Gamarra. Responsable de Estadística de la Red Norte Central

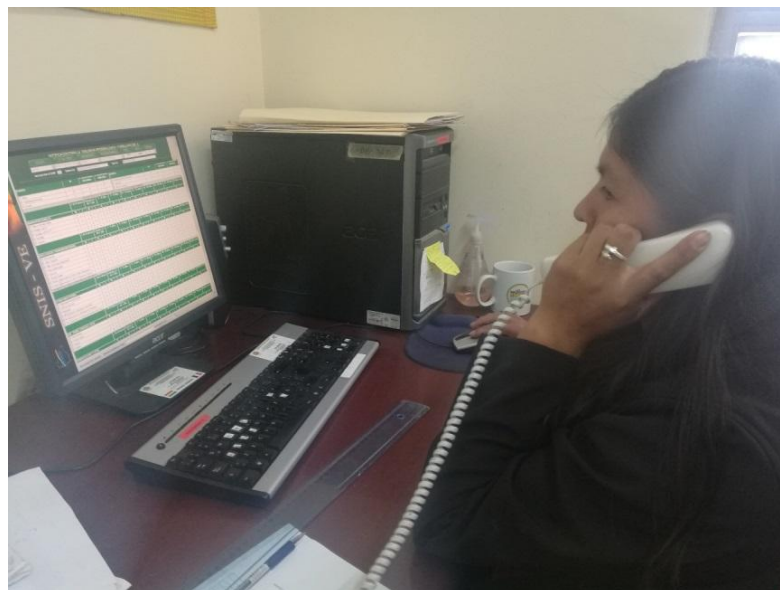
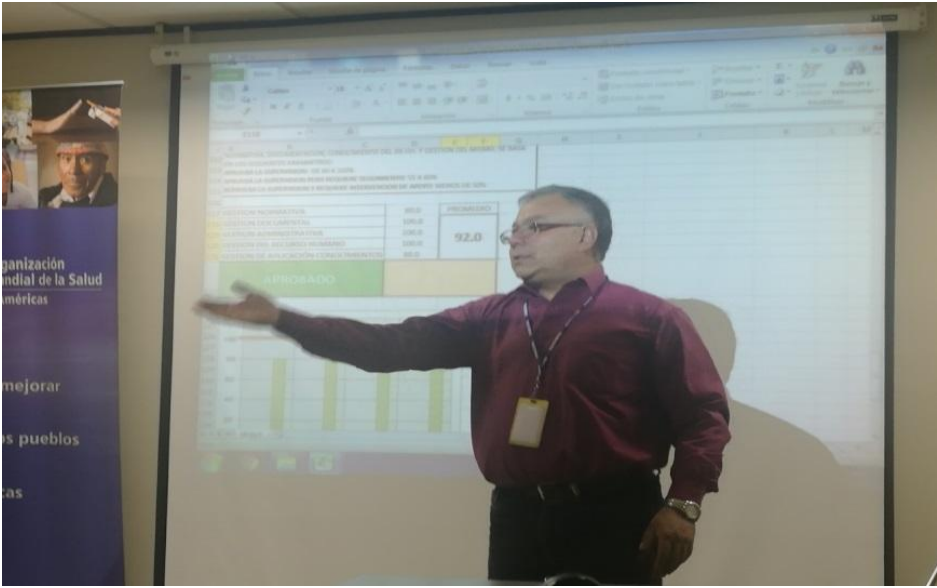


Foto 7. Hospital La Merced. Hospital de 2do Nivel de la Red Norte Central



Foto 8. Taller Manejo de Herramienta REFISS en OPS – Dr. Pablo Castellón



19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Artaza Barrios O.; Méndez Claudio A.; Holder Morrison; et al. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33808/9789568246082-spa.pdf>
- ² CEPAL. Perfil Epidemiológico de América Latina y el Caribe. 2011
- ³ OPS-Redes integradas, servicios de salud-Serie Atención Primaria de Salud Renovada, No. 4. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas 2010.
- ⁴ OPS/OMS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Marco Teórico de la Herramienta REFISS.
- ⁵ OPS Bolivia, ¿Cómo usar la herramienta REFISS? Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1712:herramienta_refiss&Itemid=490 Consultado en fecha: 15/5/2017.
- ⁶ Estado Plurinacional de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado. 2009
- ⁷ Jorge A.; García Ramírez; Consuelo Vélez Álvarez. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas, Rev. salud pública. 15 (5): 731-742, Colombia, 2013.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud, Office de las Naciones Unidas, Alto Comisionado para los Derechos Humanos, El derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31.
- ⁹ Decreto Supremo N° 29601. Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Decreto Supremo del 11 de junio de 2008
- ¹⁰ Ministerio de Salud. Norma nacional. Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Red de Servicios. Serie: Documentos Técnico-Normativos, N°97. La Paz, 2008.
- ¹¹ Ledo, Carmen Soria, Ángel; 2011. El Sistema de Salud de Bolivia. Salud Pública México. 2011; 53supl 2:S109-S119. Disponible en formato PDF en:

<http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/7Bolivia.pdf>, consultado en fecha: 15/5/2017.

¹² Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 031. Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”. Ley de 19 de Julio de 2010.

¹³ Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> consultado en fecha: 20/5/2017.

¹⁴ Echeverri E. (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. Revista Facultad Nacional – Salud Pública, Bogotá. 2006 mar; 24 (número especial): 80-95.

¹⁵ Gracia, Daniel. Fundamentos de bioética, Editorial Eudema, Madrid, 1989, p. 36.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integrales de Servicios de Salud. Concepto, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Pub. OPS-OMS, Washington, 2010.

¹⁷ Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Salud (2006). Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) proyectado para el quinquenio 2006-2010, Pub. Ministerio de Salud, La Paz.

¹⁸ Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.

¹⁹ Marco de Asociación País (MAP). Estrategia de implementación del marco de Asociación País en el Sector Salud – Bolivia, Pub. MAP, La Paz, 2013.

²⁰ Artículo VII de la Declaración de Alma-Ata respecto a la Atención Primaria de Salud (APS), 6 – 12 de septiembre de 1978.

²¹ World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978.

²² Ibaibarriaga M. Promesa de 700 ambulancias para Evo Morales. El Mundo 23-1-2007; XVIII (6246).

²³ Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Bases para el Plan estratégico de Salud 2006-2010. 2006. La Paz, Bolivia, Ministerio de salud y deportes Bolivia

²⁴ Código de salud de la República de Bolivia, 18 de julio de 1978, capítulos 1 al 4. Gestión Hugo Banzer Suarez.

²⁵ Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. 144 artículos. Gestión Evo Morales 07-02-09

²⁶ Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 777. Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE. Ley 21 de enero de 2016.

²⁷ Decreto Supremo N° 24447 de 20 de diciembre de 1996 - Reglamentación Complementaria de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa

²⁸ Gaceta Oficial del Estado de Bolivia Ley N° 2235. Ley del Diálogo 2000. Ley de 31 de julio de 2001

²⁹ Ley N° 1178 - Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO). Ley de 20 de julio de 1990

³⁰ Decreto Supremo N° 0181. Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO). Decreto Supremo de 28 de junio de 2009

³¹ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley N°475. Ley De Prestaciones De Servicios De Salud Integral Del Estado Plurinacional De Bolivia. Ley de 30 de diciembre de 2013

³² Ley N° 1737. Política Nacional del Medicamento. Ley de 17 de Diciembre de 1996

³³ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley N° 459. Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Ley de 19 De Diciembre de 2013.

³⁴ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 223. Ley General para Personas con Discapacidad. Ley de 2 de marzo de 2012.

³⁵ Decreto Supremo N° 25233 de 27 de Noviembre de 1998. Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

-
- ³⁶ Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Manual de Organización y Funciones del Servicio Departamental de Salud 2015.
- ³⁷ Foro internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud. Bogotá, Colombia, 11-13 de junio del 2003
- ³⁸ Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Implementación del Modelo de Gestión: Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS Módulo de Inducción 2003 Disponible en: <https://es.scribd.com/document/146681067/Sumi-3#> Consultado el 25 de Mayo 2017.
- ³⁹ Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009
- ⁴⁰ Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Londres: European Observatory on Health Systems and Policies and Open University Press; 2006.
- ⁴¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington, 2008.
- ⁴² Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, et al. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2):20–6.
- ⁴³ Ministerio de salud y deportes Bolivia. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico 2013.
- ⁴⁴ Ministerio de Salud .Política Sanitaria Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. 2013
- ⁴⁵ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. La salud en el Municipio de La Paz. 2013
- ⁴⁶ Estado Plurinacional de Bolivia. Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N° 475. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral
- ⁴⁷ Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978. Geneva: WHO.
- ⁴⁸ Declaración de Montevideo para el periodo 2008-2017, (párrafo 49)

-
- ⁴⁹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS, 2007
- ⁵⁰ Ministros de Salud de las Américas. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio 2007.
- ⁵¹ Ministerio de Salud Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud. 2015
- ⁵² Ministerio de Salud. Norma Nacional de Referencia y Retorno 2008
- ⁵³ Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base.1999
- ⁵⁴ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, Pacto Fiscal, marzo 2017
- ⁵⁵ Lorini J., Clima, Historia Natural de un valle en los Andes. La Paz. 2010
- ⁵⁶ Instituto Nacional de Estadísticas. Características de Población. 2013
- ⁵⁷ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Modelo Municipal de Salud. 2014
- ⁵⁸ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Jayma: el Plan de la ciudad. Diagnóstico Municipal. 2007-2011
- ⁵⁹ Historia de 100 barrios paceños (Contadas por los propios vecinos) La edición de Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) La Paz, diciembre de 2009
- ⁶⁰ Instituto Nacional de Seguros de Salud. Anuario Estadístico. 2012.
- ⁶¹ Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005; 71: 83-96
- ⁶² Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: propuesta del plan estratégico 2008 - 2012. Serie de documentos de planificación de la OPS. [monografía en Internet]. Washington, D.C: OPS; 2007 [citado 23 mayo 2013]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>

-
- ⁶³ López Puig P, García Milian AJ, Alonso Carbonell L, et al. Caracterización de las publicaciones científicas relacionadas con la integración de redes y servicios de salud. Rev. Cub. Salud Pública. 2013
- ⁶⁴ WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
- ⁶⁵ Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, et al. Comparison and reflection. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, et al. Integrated care in Europe. Maarsse: Elsevier; 2003; p. 169 -190.
- ⁶⁶ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
- ⁶⁷ República de Chile. Autoridad Sanitaria. Pub.L. No.19.937. 24-2-2004.
- ⁶⁸ Vázquez ML, Vargas I, Farré J, et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 633 - 43.
- ⁶⁹ Rico A, Moreno FJ. Arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
- ⁷⁰ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud, conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Área de sistemas y servicios de salud (HSS). Documento de trabajo. Washington, D.C: OMS/OPS; 2008. p. 24.
- ⁷¹ Miguel A. Suárez-Bustamante, Méd. Dr., MF, Mag. Sal. Púb. Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. 2010, 4 (1): 61-69.
- ⁷² United Nations Development Programme. Decentralized Governance Programme: Strengthening Capacity for People-Centered Development. 1997:1-46. Washington, DC, Management Development and Governance Division, United Nations Development Programme.

-
- ⁷³. Gómez JP. El sector salud. Fretes-Cibils V, Giugale M, Luff C, editors. Bolivia: por el bienestar de todos. World Bank, 355-371. 2006. Washington, DC, World Bank.
- ⁷⁴. Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, et al. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middleincome countries. *International Journal of Integrated Care* 2006; 6(14):1-13.
- ⁷⁵. Mkandawire T. Targeting and universalism in poverty reduction. 2005. Paper N° 23:1-28. Geneva, Switzerland, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). *Social Policy and Development, Social Policy and Development (2000 - 2005)*.
- ⁷⁶. Aguilar Rivera AM, Xu K, Carrin G. The Bolivian health system and its impact on health care use and financial risk protection. 2006. Discussion paper n° 7:1-30. Geneva, Switzerland, World Health Organization - Health System Financing Department. Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP).
- ⁷⁷. Organización Panamericana de la Salud. Las redes de atención de salud Eugênio Vilaça Mendes Edición en español Brasilia-DF 2013.
- ⁷⁸. Organización Panamericana de la Salud. II Conferencia Panamericana de la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, Washington, DC, noviembre 1999: informe final. Washington, DC: OPS; 2000. (Serie Medicamentos Esenciales y Tecnología 18).
- ⁷⁹. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4. Washington DC. 2010.
- ⁸⁰ Ministerio de Salud de Bolivia, Guía de Procedimientos de Elaboración del Plan Municipal de Salud, 2015.