

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES FACULTAD DE MEDICINA,
ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**NIVEL DE DESARROLLO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS
POLÍTICAS Y CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE PLANIFICACIÓN Y
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA EN EL SERVICIO REGIONAL DE
SALUD DE LA CIUDAD DE EL ALTO EN LA GESTIÓN 2014.**

Postulante: Adriana Valencia Canedo

Tutor: Dr. Msc. Jimmy Alejo Pocoma

**TESIS DE GRADO EN OPCION DE OBTENER EL GRADO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA**

**Gestión 2015
La Paz - Bolivia**

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	10
1.INTRODUCCIÓN	13
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	15
3. MARCO TEORICO	19
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	19
3.1.1 DEFINICION	19
3.2 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO PND	19
3.2.1 ANTECEDENTES.....	19
3.2.2 ESTRATEGIA GENERAL DEL PND	20
3.2.3 SECTOR GENERADOR DE ACTIVO SOCIAL – SALUD	21
3.2.4 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS	23
3.2.4.1. SISTEMA ÚNICO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL SAFCI	23
3.2.4.2 RECTORÍA.....	23
3.2.4.3 MOVILIZACIÓN SOCIAL	24
3.3 PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL PSD.....	24
3.3.1 ANTECEDENTES.....	24
3.3.2 MANDATO POLITICO Y SOCIAL DEL SECTOR DE SALUD	25
3.3.3 VISION DEL SECTOR SALUD.....	25
3.3.4 OBJETIVOS GENERALES DEL PSD.....	26
3.3.5 PRINCIPIOS DEL SECTOR.....	26
3.3.6 EJES DEL DESARROLLO	27
3.3.7 SOBERANÍA Y RECTORÍA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD	28
3.4 POLITICA SALUD FAMILIAR COMUNTARIA INTERCULTURAL - SAFCI.....	29
3.4.1 DEFINICIÓN	29
3.4.2 OBJETIVO DE LA SAFCI	29
3.4.3 COMPONENTE DE GESTIÓN EN SALUD.....	30
3.4.4 ESTRUCTURA ESTATAL	31
3.4.5 PARTICIPACION DE LA ESTRUCTURA SOCIAL	31
3.5 AGENDA PATRIOTICA 2025.....	32
3.5.1 AGENDA PATRIOTICA 2025 - 13 PILARES DE LA BOLIVIA DIGNA Y SOBERANA.....	32
3.6 LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN ANDRÉS IBÁÑEZ.....	35
3.6.1 ARTÍCULO 81 – COMPETENCIAS EN SALUD	35
3.7 LEY DE MUNICIPALIDADES.....	38
3.7.1 AUTONOMIA MUNICIPAL	38
3.7.2 FINALIDAD.....	38
3.7.3 COMPETENCIAS	39
3.8 GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	41
3.8.1 DEFINICIÓN	41
3.9 PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (CÓDIGO DE SALUD)	42
3.9.1 DEFINICIÓN OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.....	42
3.9.2 CONFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	42

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	44
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	44
6. REVISION BIBLIOGRÁFICA.....	45
7. OBJETIVOS	47
7.1. GENERAL.....	47
7.2 ESPECÍFICOS	47
8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	48
8.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN	48
8.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA CIUDAD DE EL ALTO	48
8.1.1.1 SALUD	48
8.1.2 SERVICIO REGIONAL DE SALUD EL ALTO	49
8.1.2.1 ANTECEDENTES.....	49
8.1.2.2 MISION.....	49
8.1.2.3 VISION.....	50
8.1.2.4 OBJETIVO OPERATIVO GENERAL DE GESTIÓN	50
8.1.2.5 OBJETIVOS OPERATIVOS ESPECÍFICOS DE GESTIÓN.....	50
8.1.2.6 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	51
8.2. MEDICIONES.....	51
8.2.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN	52
8.2.2. MUESTRA	52
8.2.3PLAN DE ANÁLISIS.....	55
8.2.4 ANALISIS ESTADISTICOS	56
9.RESULTADOS.....	57
9.1RESULTADOS CUANTITATIVOS	57
9.1.1RESULTADO FESP Nº 5 DIRECCIÓN SERES EL ALTO.....	57
9.1.2RESULTADO FESP Nº 5 UNIDAD PLANIFICACIÓN SERES EL ALTO.....	59
9.1.3RESULTADO FESP Nº 5 RED BOLIVIANO HOLANDES – EL ALTO	61
9.1.4RESULTADO FESP Nº 5 RED LOS ANDES – EL ATO.....	63
9.1.5RESULTADO FESP Nº 5 RED SENKATA – EL ALTO	65
9.1.6RESULTADO FESP Nº 5 RED COREA – EL ALTO	67
9.1.7RESULTADO FESP Nº 5 RED LOTES Y SERVICIOS – EL ALTO.....	69
9.1.8RESULTADO FESP Nº 5 COMUSA, VILLA EXALTACIÓN – EL ALTO.....	70
9.1.9 RESULTADO FESP Nº 5 COMUSA, SANTIAGO I – EL ALTO	72
9.1.10 RESULTADO FESP Nº 5 PRESIDENCIA COMUSAS – EL ALTO.....	74
9.1.11 RESULTADO FINAL DE LA FESP Nº 5 – EL ALTO	76
9.1.12 RESULTADO FINAL DE LOS 3 GRUPOS DE INFORMANTES CLAVE - EL ALTO	79
9.1.13 RESULTADO FINAL DE LA FESP Nº5 – EL ALTO	80
10.DISCUSIÓN	82
11.IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS	83
12.AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS.....	84

13.CONCLUSIONES	86
14.RECOMENDACIONES	89
15.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
16. ANEXOS	93
16.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA CIUDAD DE EL ALTO	93
16.2 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN ESENCIAL DE SALUD PÚBLICA N°5	94

INDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN Nº 1 – PDS, DIAGRAMA DE LOS 3 EJES DE DESARROLLO, LA PAZ, 2007.....	26
---	----

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1 – PDS, OBJETIVOS, INDICADORES Y METAS DEL EJE 3, LA PAZ, 2009.....	27
--	----

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO Nº 1 FESP Nº 5 RESULTADO DE DIRECCIÓN - SERES EL ALTO, 2014.....	56
GRÁFICO Nº 2 FESP Nº 5 RESULTADO DE LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN - SERES EL ALTO, 2014.....	58
GRÁFICO Nº 3 FESP Nº 5 RESULTADO DE LA RED BOLIVIANO HOLANDES - EL ALTO, 2014.....	60
GRÁFICO Nº 4 FESP Nº 5 RESULTADO DE LA RED LOS ANDES - EL ALTO, 2014.....	62
GRÁFICO Nº 5 FESP Nº 5 RESULTADO DE LA RED SENKATA - EL ALTO, 2014.....	64
GRÁFICO Nº 6 FESP Nº 5 RESULTADO DE LA RED COREA - EL ALTO, 2014.....	66
GRÁFICO Nº 7 FESP Nº 5 RESULTADO DE LA RED LOTES Y SERVICIOS - EL ALTO, 2014.....	68
GRÁFICO Nº 8 FESP Nº 5 RESULTADO DEL RPTE DE COMUSA VILLA EXALTACIÓN - EL ALTO, 2014...	70
GRÁFICO Nº 9 FESP Nº 5 RESULTADO DEL RPTE COMUSA SANTIAGO I - EL ALTO, 2014.....	72
GRÁFICO Nº 10 FESP Nº 5 RESULTADO DE LA PRESIDENCIA COMUSAS - EL ALTO, 2014.....	74
GRÁFICO Nº 11 RESULTADO FINAL DE LOS 5 INDICADORES DE LA FESP Nº 5 – SERES EL ALTO, 2014.	76
GRÁFICO Nº 12 RESULTADO FINAL DE LOS 3 GRUPOS DE INFORMANTES CLAVE - EL ALTO, 2014.....	77
GRÁFICO Nº 13 RESULTADO FINAL DE LA FESP Nº 5 – SERES EL ALTO, 2014.....	78

ACRONIMOS

FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
SERES	Servicio Regional de Salud
FEJUVE	Federación de Juntas Vecinales
COLOSAS	Comité Locales de Salud
COMUSA	Comité Municipal de Salud
CPE	Constitución Política del Estado
LOPE	Ley de Organización del Poder Ejecutivo
OTBS	Organizaciones Territoriales de Base
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
COSSMIL	Corporación del Seguro Social Militar
MS	Ministerio de Salud
SEDES	Servicios Departamental de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
IPA	Incidencia Parasitaria Anual
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural

PSD	Plan de Desarrollo Sectorial
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
POA	Programa Operativo Anual
CAI	Comité de Análisis de la Información
AIOC	Autonomía Indígena Originaria Campesina
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
SUS	Sistema Único de Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SESO	Seguro Escolar de Salud Obligatorio
UDSEA	Unidad Desconcentrada de Salud
COR	Central Obrera Regional
FUOPMEA	Federación Única de Organizaciones Populares de Mujeres El Alto
OMAK	Organización de Mujeres Aymaras del Kollasuyo
UCAB	Unión de Ceramistas Aymaras y Quechuas de Bolivia
UTAQ	Unión de Tejedores Aymaras y Quechuas
OMS	Organización Mundial de la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación está orientado en realizar una descripción acerca de las Funciones Especiales en Salud Pública FESP, específicamente de la número 5 relacionada a la implementación de las políticas y la capacidad institucional de planificación gestión en salud pública en una institución de mucha importancia a nivel nacional que es el Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto SERES. Las FESP han sido definidas como las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública y esa es la pretensión del presente estudio de investigación, objetivamente mediante los resultados saber el nivel de desarrollo de implementación de las políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública en el servicio regional de salud de la ciudad de el alto en la gestión 2014.

El estado de Bolivia tiene bien definidos los objetivos de salud para todos los Bolivianos y Bolivianas en todos sus niveles, y busca que estos tengan un marco valórico que favorezca la equidad, sin embargo, no existen objetivos definidos acerca de la salud pública y por este motivo la ciudad de El Alto mediante SERES no puede realizar implementación, desarrollo, monitoreo ni evaluación de las decisiones políticas en salud pública, y manifieste que el mismo sea un proceso participativo, coherente con el contexto político y económico en el cual esta se desarrolla. Lo que implica a que exista desconocimiento acerca del desarrollo de la implementación de las políticas y la capacidad institucional de gestión en salud pública en SERES de El Alto y no permita el avance de los procesos ni reconozca cuáles son las áreas críticas identificadas para priorizar intervenciones.

La pregunta de investigación formulada fue la siguiente ¿Cuál es el nivel de desarrollo en la implementación de las políticas y la capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública en SERES de la ciudad de El Alto en la gestión 2014?

El objetivo general del trabajo de investigación fue describir el nivel de desarrollo de implementación de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en

salud pública para mejorar la salud de la población alteña por parte del SERES - El Alto en la gestión 2014.

Los objetivos específicos fueron cinco: el primero trató en identificar los mecanismos para el cumplimiento de las prioridades sanitarias de la región por parte de la dirección técnica del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto, el segundo fue el evaluar el desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública en el Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto, el tercero fue el poder establecer el desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto, el cuarto objetivo fue el poder determinar la capacidad de gestión de cooperación internacional en salud pública del Servicio Regional de Salud de la ciudad y el último objetivo fue identificar las estrategias de asesoramiento y apoyo técnico del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto a las 5 redes de salud en la implementación de políticas, planificación y gestión de la salud pública.

El diseño de investigación que se realizó en el presente estudio de investigación fue tipo descriptivo transversal. Realizado en la ciudad del Alto, ubicado en el departamento de La Paz, (Provincia de Murillo). Este estudio de investigación trabajó con 2 grupos bien diferenciados, el primero será el prestador de servicio quien estará a cargo de la Dirección del SERES de El Alto, además de la Unidad de Planificación de la misma; como también con los coordinadores de las 5 redes de salud del SERES de El Alto, el segundo grupo serán los que reciben el servicio a cargo llamados usuarios, constituidos por los dirigentes de las organizaciones sociales de la ciudad de El Alto, representados por la FEJUVE, COLOSA y COMUSA.

El resultado final de la FESP N°5 del presente estudio de investigación es del 0.39, vale decir que el desempeño de esta FESP se encuentra por debajo de la media precisamente en el cuartil medio inferior.

Este resultado demuestra la deficiencia de la implementación del “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” que existe aún en los países de las Américas que han realizado esta evaluación, de alguna manera se puede pronosticar que el resto de los países que no han utilizado este instrumento de evaluación pueden encontrarse con la misma falencia.

Se realizó la evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, a través de un proceso participativo con diversos actores del municipio. Lo que evidencia la necesidad de fortalecer esta función con intervenciones y estrategias acorde a la realidad regional, considerando el desarrollo alcanzado y el trabajo que actualmente realiza el Ministerio de Salud especialmente en gestión de la calidad en los últimos años.

1.INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación está orientado a realizar una descripción acerca de las Funciones Especiales en Salud Pública FESP, específicamente de la número 5 relacionada a la *“Implementación de las políticas y la capacidad institucional de planificación gestión en salud pública”* en una institución de mucha importancia a nivel nacional que es el Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto SERES.

Las FESP son un instrumento para realizar un diagnóstico situacional en un lugar determinado que va más allá de los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigido a la población, e incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de atención de la salud. Abarca, asimismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública. Así pues, no se refiere a la salud pública como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

El funcionamiento de la salud pública va más allá de las tareas propias del estado y no abarca todo lo que el estado puede hacer en el campo de la salud. Si bien existe una serie de responsabilidades indelegables a cargo del estado en la ejecución o en la garantía del cumplimiento de las FESP, éstas solo representan una fracción de sus responsabilidades en el ámbito de la salud. Es una fracción muy importante, sin duda, cuyo cumplimiento adecuado no sólo resulta fundamental para elevar los niveles de salud y la calidad de vida de la población, sino que a su vez forma parte de la responsabilidad rectora que el estado tiene sobre la salud, caracterizada asimismo por las tareas de conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y armonización de la prestación.

Hay, por otra parte, un gran número de dimensiones públicas no estatales que forman parte del universo de actuación de la salud pública. Así pues, existen ámbitos en los

que la sociedad civil lleva a cabo acciones ligadas a la construcción de ciudadanía que repercuten en la mejora de la salud de las personas y hay también elementos del capital social que constituyen un aporte a la cultura y al ejercicio de la salud como valor individual y social y como resultado de la intervención colectiva que se suma a las actuaciones del estado en esta materia. En consecuencia, las FESP han sido definidas como las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública y esa es la pretensión del presente estudio de investigación, mediante los resultados saber el nivel de desarrollo de implementación de las políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública en el servicio regional de salud de la ciudad de El Alto en la gestión 2014.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Es de mucha importancia conocer lo que ha sucedido en nuestro país en materia de leyes, regulaciones y es primordial empezar con la carta magna de nuestro país, la Constitución Política del Estado Boliviano que establece en su Artículo 18 que todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna (1).

La ley LOPE (Ley No. 3351 del 2006) marco regulatorio en salud está jerarquizado y conformado primeramente por el código de salud, el mismo aprobado mediante decreto Ley No. 15629 del 18 de julio de 1978. Este denominó “Autoridad de Salud” al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, asignándole la responsabilidad de la “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”. Además, estableció la “regulación jurídica de las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población”, como parte de sus funciones (2).

En Bolivia la gestión del sistema de salud se modifica en los años noventa mediante la promulgación de dos disposiciones legales, que significaron el inicio de un proceso de apertura a la participación ciudadana y a una descentralización administrativa en el manejo de los recursos del sector salud. La Ley N° 1551 de Participación Popular, promulgada el 20 de abril de 1994, que municipaliza al país, redistribuye los recursos económicos en forma proporcional al número de habitantes, establece una participación activa de la sociedad civil en los procesos de planificación (planificación participativa), mayores recursos a los municipios (coparticipación tributaria) y representación de la sociedad civil (reconocimiento de las organizaciones territoriales de base – OTB’s) y creación del comité de vigilancia, en la toma de decisiones y control social (2).

Con esta Ley de Participación Popular se promueve la participación de la sociedad civil y también se transfiere a los municipios la infraestructura física de salud con la obligación de administrarla. Asimismo, incrementa recursos en favor de los gobiernos municipales, y clasifica los ingresos del estado en nacionales, departamentales y municipales. La ley no. 1654 de descentralización administrativa promulgada en el año 1994, que consiste en la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico administrativo a nivel departamental. El prefecto tiene las siguientes atribuciones respecto del sector salud: a) formular y ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico y social, de acuerdo a normas del sistema nacional de planificación; en coordinación con los gobiernos municipales. b) administrar, supervisar y controlar, por delegación del gobierno nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de educación, salud y asistencia social en el marco de las políticas y normas para la provisión de estos servicios (2).

Actualmente el sistema de salud boliviano es un sistema segmentado con tres subsectores: el privado, la seguridad social de corto plazo (o seguridad social en salud) y el público. El sector privado funciona en un esquema de libre mercado con 15 empresas de seguros de salud que compran servicios a través de convenios de proveedores privados de la misma aseguradora o a través de convenios con otros proveedores privados, los últimos se encuentran aquellos administrados por la iglesia, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otros. La seguridad social de corto plazo, conocida como las cajas de salud, incluye 6 cajas de salud públicas (Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, Caja de Salud de la Banca Estatal, Caja de Salud de Caminos, Caja de Salud de las Corporaciones de Desarrollo, y el Seguro Integral Empleado de Cordecruz), una Caja de Salud privada (Caja de Salud de la Banca Privada), la Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) y ocho Seguros Universitarios. Cada caja tiene su propia red de proveedores de los cuales compra los servicios a sus beneficiarios. Finalmente, en el sector público el Ministerio de Salud (MS) es una entidad de administración pública a cargo de la rectoría del sector. Al nivel

regional de la administración territorial de los departamentos están los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). En conclusión, el sector público tiene su propia red de proveedores administrado por las municipalidades (3).

Debemos conocer la problemática en salud en la que se encuentra inmersa la ciudad de El Alto para poder abordar las políticas públicas de este municipio y para esto es de considerable importancia comprender la política pública saludable que orienta al ciudadano hacia una elección, convirtiendo los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud (3). La salud deberá formar parte de la agenda política de los responsables en la ciudad de El Alto, en la elaboración de programas políticos, en todos los sectores y en todos los niveles, tanto en el diseño como en la gestión y la ejecución, además debe existir gestión regional participativa, entendida como el saber hacer de las comunidades, municipios y organizaciones locales, es un proceso dinámico donde los diferentes actores locales públicos y privados articulen sus intereses sinérgicamente alrededor de un objetivo común. El instrumento, por excelencia, para la ejecución de esta modalidad estratégica es el Plan Integral de Desarrollo Regional o Plan Estratégico Regional. En este proceso, se define un conjunto de acciones y tareas que involucran a los actores políticos, sociales y económicos en la definición de objetivos y acciones para el desarrollo local o regional de la ciudad de El Alto (4).

La contribución del presente trabajo, a partir de los resultados obtenidos, será lograr implementar eficientemente las políticas nacionales de salud pública a nivel regional, mejorar la capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto.

Este estudio tiene el fin de poder evaluar el nivel de desarrollo de implementación de las políticas públicas nacionales, la capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto a través del conocimiento sólido del sistema de salud actual de nuestro país y de la región, mediante la comprensión de las políticas nacionales relacionadas en salud pública que

fueron evaluados mediante el instrumento de las funciones especiales de la salud pública.

3. MARCO TEORICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1.1 DEFINICION

Según la Organización Mundial de la Salud las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios, pero, lamentablemente, en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado y es muy común que no se llegue a implicar eficazmente a otros sectores. Si miramos al futuro, a los diversos desafíos que plantea la creciente importancia del envejecimiento, el desarrollo urbano y los determinantes sociales de la salud, resulta evidente que hacen falta mayores capacidades para aprovechar este potencial (5).

3.2 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO PND

3.2.1 ANTECEDENTES

El Plan Nacional de Desarrollo fue promulgado debido a que el país se encontraba en un periodo de crisis generalizada lo que conllevaba a que exista la necesidad de transformaciones estructurales en el estado, en la economía, en la organización social y en la cultura, ésta transformación del país en el largo plazo, en el lapso de una generación, configura una Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para que todos los bolivianos y bolivianas “vivamos bien“, a continuación serán descritas brevemente:

La *Bolivia Digna* pretende erradicar la pobreza y toda forma de exclusión, discriminación, marginación y explotación, y hará que se ejerzan plenamente los derechos humanos, sociales, políticos, culturales y económicos de la población. La solidaridad y reciprocidad se expresarán en un patrón equitativo de distribución del

ingreso y la riqueza, con una población en situación de menor riesgo en lo social, económico y político (6).

La *Bolivia Democrática* se funda en una sociedad plurinacional y comunitaria, donde el pueblo ejercerá el poder político desde las regiones con los actores sociales y los movimientos sociales e indígenas. El pueblo no sólo podrá elegir sino también podrá revocar mandatos, podrá ejercer control social sobre la gestión estatal y además será corresponsable en las decisiones sobre su propio desarrollo (6).

La *Bolivia Productiva* buscará transformación, integración y diversificación de su matriz productiva en el marco del nuevo patrón de desarrollo, ocupará el conjunto de su territorio y logrará el desarrollo de los complejos productivos integrales. También creará productos materiales e intelectuales con marca nacional, industrializará sus recursos naturales y aumentará el valor agregado a sus exportaciones con el apoyo del estado promotor y protagonista del desarrollo (6).

La *Bolivia Soberana* tomará decisiones propias y autónomas a partir de sus necesidades, perspectivas e identidades. También se relacionará digna y exitosamente en el contexto mundial (6).

3.2.2 ESTRATEGIA GENERAL DEL PND

La historia de Bolivia, al igual que la de Latinoamérica, se encuentra marcada por una época de colonialismo y neoliberalismo, donde las potencias coloniales impusieron una forma de civilización ajena que dio lugar a una larga historia de dominación económica, sustentada en un patrón de desarrollo primario exportador. La coacción impuesta se complementó con exclusiones culturales, sociales y políticas. En las dos últimas décadas, aquellas imposiciones adquirieron características aún más excluyentes porque las transnacionales, los organismos internacionales y las naciones poderosas impusieron su agenda. El resultado de ese proceso dejó un país profundamente inequitativo y excluyente. La pobreza y la desigualdad son la expresión de la

distribución inequitativa del ingreso, empleo, consumo de la riqueza y las oportunidades, además del desconocimiento de las identidades, los derechos y la dignidad de las personas (6).

Ante esta lamentable situación, el gobierno nacional decidió poner en marcha su Plan Nacional de Desarrollo para dar inicio al proceso de desmontaje del colonialismo y del neoliberalismo, y para empezar a construir una nueva sociedad con un estado plurinacional y comunitario. Este cambio se realizará con la implementación de cuatro estrategias nacionales:

Estrategia sociocomunitaria: “Bolivia Digna”, busca la erradicación de la pobreza e inequidad, y desarrollo de un patrón equitativo de distribución y/o redistribución del ingreso, la riqueza y las oportunidades (6).

Estrategia del poder social: “Bolivia Democrática”, con base en una sociedad y estado plurinacional y socio – comunitario, donde el pueblo ejerza su poder social y comunitario y es corresponsable de las decisiones sobre su propio desarrollo y del país (6).

Estrategia económica productiva: “Bolivia Productiva”, busca la transformación, el cambio integrado y diversificado de la matriz productiva generando excedentes, ingresos y empleo (6).

Estrategia de relacionamiento internacional: “Bolivia Soberana”, consiste en la interacción con el resto del mundo a partir de nuestra identidad y soberanía (6).

3.2.3 SECTOR GENERADOR DE ACTIVO SOCIAL – SALUD

Es importante dar a conocer brevemente los indicadores que reflejan la grave situación de salud y de exclusión de la población de nuestro país y se detallan los siguientes:

- El 77% de la población se encuentra excluida de los servicios de salud, con alta incidencia en regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras ante esta situación es la económica, la geográfica, la cultural y la social (6).

- Siete niños de cada cien mueren antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y curables; 26,5% de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo (6).
- El 44% de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, lo que prueba una relación directa entre educación y desnutrición (6).
- Un tercio de la población de niños de áreas rurales menores de tres años e indígenas de la misma edad tiene desnutrición crónica, que equivale al doble de la población de niños de la misma edad que viven en la ciudad (6).
- La dispersión de vectores domiciliarios cubre, aproximadamente, el 60% del territorio, ocupando casi toda la superficie de los departamentos de Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz y parcialmente, Potosí y La Paz, representando un 80 el riesgo de transmisión vectorial (6).
- La tuberculosis es un problema grave de salud pública: la notificación de casos procedentes de los servicios de salud públicos muestra una incidencia de casos pulmonares positivos de 67,3 por 100 mil y en todas sus formas de 100,3 x 100 mil (6).

Para revertir la crítica situación de salud de la población anteriormente señalada, el gobierno nacional ha definido una nueva política social, cuyo centro se encuentra la salud y la seguridad social. En ese marco, el Ministerio de Salud, con una visión integral e intersectorial, ha elaborado participativamente un Plan de Desarrollo Sectorial orientado a generar bienestar social, a proteger a la sociedad de riesgos, a garantizar la equidad en salud, la asignación de recursos y lograr la máxima eficiencia en el impacto que será revisado posteriormente (6).

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social que será conseguida con la implementación del Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, que asume la medicina tradicional. Este será un sistema inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez; participará la dimensión económica,

productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, donde promueva y constituya el espacio de organización y movilización socio comunitaria del vivir bien (6).

3.2.4 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS

3.2.4.1. SISTEMA ÚNICO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL SAFCI

El gobierno tiene como estrategia principal en el área de la salud implementar un sistema de salud que permita el acceso a los servicios de salud del 100% de la población boliviana bajo el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables a los individuos, a la familia y a la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural del país.

La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, que comprende la extensión de coberturas; el fortalecimiento de redes de salud; gestión de la calidad, intercultural, género generacional; y vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios. El requerimiento para la implementación del programa es el de contar con recursos humanos con competencias especiales y específicas en la atención primaria de salud (6).

3.2.4.2 RECTORÍA

El Ministerio de Salud recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del sector, proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. También se busca

que el Sistema de Salud cuente con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos (6).

Para implementar esta política de salud se plantea la estrategia de *recuperar y consolidar la soberanía sanitaria*, orientada a fortalecer la rectoría estatal del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI y de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión (6).

3.2.4.3 MOVILIZACIÓN SOCIAL

El Estado Boliviano plantea promover una ciudadanía activa, participativa y corresponsable del que hacer en salud y del autocuidado de las personas de base comunitaria (gestión, movilización y control social) empoderando y movilizando consejos de salud en el nivel nacional, departamental y municipal. Esto permitirá coadyuvar a aumentar los años de vida saludable de la población y mayor productividad para el país. La estrategia de esta política es la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas, orientada a la promoción de una ciudadanía activa, participativa y responsable, Esta estrategia se implementará mediante el programa participación comunitaria, desarrollando las comunidades saludables en el marco de la propuesta nacional de “comunidades en acción” (6).

3.3 PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL PSD

3.3.1 ANTECEDENTES

El Plan de desarrollo sectorial establece los lineamientos políticos, estratégicos y programáticos que guiarán el quehacer sanitario en el sistema de salud en nuestro país, durante el periodo 2010-2020, en el marco del nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. En el entendido que la salud es parte fundamental de una adecuada reproducción social, el Ministerio de Salud asumió el reto de generar un

Plan de Desarrollo Sectorial que identifique políticas, estrategias, programas y proyectos cuya aplicación permita mejorar significativamente las condiciones de vida y salud de la población (7).

3.3.2 MANDATO POLITICO Y SOCIAL DEL SECTOR DE SALUD

En Bolivia el sector de salud contribuye al paradigma del “Vivir Bien” asegurando el ejercicio del derecho a la salud y la vida por parte de todas las personas, familias y comunidades. El ejercicio de este derecho se lograra a través del acceso universal al sistema único de salud dentro del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, cuyas estrategias son la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la curación y rehabilitación, la actuación sobre las determinantes socio económicas, y la participación comunitaria. El sistema único de salud incluye a los subsectores públicos, de la seguridad social, privado y se articula con la medicina tradicional (7).

3.3.3 VISION DEL SECTOR SALUD

La visión del sector de salud para el año 2020 indica que todos los ciudadanos bolivianos y bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igualdad de condiciones gozarán de un buen estado de salud y del derecho a la salud, teniendo acceso universal al sistema único de salud, dentro del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI; se habrán eliminado las barreras de acceso a la salud de tipo económico, geográfico, cultural, en especial para los grupos vulnerables excluidos históricamente, garantizando entre otros, el acceso al seguro universal de salud y la presencia de personal de salud suficiente, capacitado y comprometido con las políticas nacionales de salud.

Mediante una estrategia integral de promoción de la salud, la población tendrá prácticas saludables y actuara positivamente sobre las determinantes sociales y

económicas de la salud: alimentación, educación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos, seguridad ciudadana y trabajo. Además, la población participará en la planificación, gestión y control social de las políticas de salud mediante instancias formales de participación social en salud (7).

3.3.4 OBJETIVOS GENERALES DEL PSD

El objetivo general del PSD 2010-2020 es mejorar el estado de salud de todos los bolivianos y bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, mediante la implementación del modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural SAFCI, que será integral, participativo, intercultural, intersectorial e incluyente de la medicina tradicional (7).

Además del compromiso con los bolivianos y bolivianas de mejorar el estado de salud de la población, el estado boliviano se ha comprometido a alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio para el año 2015; los ODMs relacionados al sector salud son:

- ODM 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre (7)
- ODM 4 Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años (7)
- ODM 5 Mejorar la salud materna (7)
- ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (7)

3.3.5 PRINCIPIOS DEL SECTOR

Los principios del sector de salud entran en cada eje de desarrollo y deben ser tomados en cuenta en cada proyecto sectorial, en cada intervención del sector y en los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación. Los principios del sector salud son los siguientes:

Universalidad, para proteger a toda la población, sin ningún tipo de discriminación.

Inclusión social, para favorecer a quienes quedaron al margen de los beneficios del sistema de salud (7).

Equidad de género, generacional y territorial, porque las Bolivianas y los Bolivianos de todas las edades tienen derecho a la salud en todo el territorio (7).

Ética en salud, por la necesidad de una conducta moral, tanto en la formulación de las políticas, como en la prestación de atención en los servicios (7).

Transparencia, que se traduzca en una gestión abierta al control social y contemple mecanismos de prevención y punición de actos de corrupción en todos y cada uno de los subsectores (7).

Eficiencia, para una gestión óptima de los recursos financieros, humanos y materiales (7).

Innovación, desarrollo de la ciencia, la tecnología y el saber local para alcanzar mejores resultados (7).

3.3.6 EJES DEL DESARROLLO

El estado representado por el Ministerio de Salud con otros subsectores de salud e integrantes de la sociedad civil, lograron definir tres ejes estratégicos que orientarán el accionar del Sector Salud.

Los tres ejes de desarrollo que guiarán el accionar del sector salud durante el periodo 2010-2020 no deben ser entendidos como tres tipos de estrategias diferenciadas, sino como un conjunto integral de estrategias que deben coordinarse entre ellas para lograr los objetivos planteados.

Ilustración Nº 1 – PDS, Diagrama de los 3 ejes de desarrollo, La Paz, 2007



Fuente: PDS, 2007

Para cada uno de estos ejes se han fijado objetivos estratégicos, indicadores y metas a ser alcanzadas hasta el año 2020. Posteriormente, también a partir de los ejes, se han definido distintos programas y proyectos que coadyuven o faciliten la consecución de las metas y objetivos trazados (7).

3.3.7 SOBERANÍA Y RECTORÍA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

Si bien anteriormente mencionamos que los 3 ejes deben ser tomados en cuenta en conjunto, para este trabajo de investigación desarrollaremos con mayor profundidad el tercer eje debido a que está relacionado con las políticas nacionales en salud, en especial con la FESP N°5.

El programa que permitirá cumplir el objetivo del tercer eje de desarrollo es el de “Alineación y compromiso del sector salud con las políticas nacionales”, enfocado en la construcción y organización del sistema de salud único. Esta construcción se realizará en varias etapas, iniciando con la aplicación de las políticas nacionales en todo el sector a largo plazo hasta lograr la integración de todos los actores del sector en un sistema único. Para tal propósito, se mejorará las capacidades de gestión, entendido como una mejor planificación, ejecución, control y seguimiento en todo el sector (7).

Tabla N°1 – PDS, Objetivos, Indicadores y Metas del eje 3, La Paz, 2009

Eje / Programa / Proyecto	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Eje 3: Soberanía y Rectoría sobre el Sistema Único SAFCI	Recuperar la soberanía sanitaria, garantizando el ejercicio de la rectoría sanitaria del MSyD sobre el SNS	% de subsectores e Instituciones públicas que adoptan las políticas y normativa en salud del sector (adaptada a su contexto)	< 5%	90%	Ministerio de Salud y Deportes
Programa 3: Alineación y compromiso del Sector Salud con las políticas nacionales	Realizar tareas efectivas de coordinación y seguimiento para la aplicación de las políticas nacionales de salud en todo el Sector y en todo el territorio	Nº de compromisos de gestión acordados con el MSyD en los varios subsectores (SEDES, Seguridad Social, Sector privado con o sin fin de lucro)	Compromisos de gestión en los 9 SEDES	Cada institución pública y subsectores han acordado de compromisos de gestión con el MSyD	Ministerio de Salud y Deportes

Fuente: PDS, 2009

3.4 POLITICA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL - SAFCI

3.4.1 DEFINICIÓN

Es la política pública oficial del Ministerio de Salud que orienta el desarrollo de sus diferentes acciones. La Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.

3.4.2 OBJETIVO DE LA SAFCI

El objetivo esencial de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI es contribuir en 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 (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la

medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población (8).

La política SAFCI tiene 4 principios:

Participación comunitaria: Es la capacidad de las comunidades urbano rurales (indígena, originario, campesino, interculturales y afrobolivianas) de participar directamente en la toma de decisiones en la planificación, ejecución administración, seguimiento y control de las acciones de salud (8).

Intersectorialidad: Es la intervención coordinada entre las comunidades urbano rurales (indígena, originario, campesino, interculturales y afrobolivianas) con los diferentes sectores en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes: educación, agua, tierra-territorio, medio ambiente, producción, cultura, vivienda, justicia, defensa, organización social y otras, en el marco de la corresponsabilidad (8).

Interculturalidad: Es la articulación, complementariedad y reciprocidad en base a la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de nuestros conocimientos y prácticas en salud, que se da entre pueblos indígenas campesinos, afrobolivianos y comunidades interculturales que resultan en mutuos aprendizajes a fin de contribuir al logro de relaciones simétricas de poder (8).

Integralidad: Es concebir la salud como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, medio ambiente, cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la CPE (8).

3.4.3 COMPONENTE DE GESTIÓN EN SALUD

El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional. Las decisiones abarcan a la

gestión de la salud (planificación, ejecución administración, seguimiento control) de los actores sociales en constante interacción con el sector salud.

3.4.4 ESTRUCTURA ESTATAL

Nivel local: Es la unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión compartida de la salud.

Nivel departamental: Constituido por el Servicio Departamental de Salud SEDES que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales; además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación social y del sector privado.

Nivel nacional: Está conformado por el Ministerio de Salud que es el órgano rector normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la política, estrategia, planes y programas nacionales; así como de establecer las normas que rigen el Sistema de Salud en el ámbito nacional.

3.4.5 PARTICIPACION DE LA ESTRUCTURA SOCIAL

La política SAFCI reconoce una estructura social que se expresa en la participación y toma de decisiones de las organizaciones sociales, orientada a la relación igualitaria con la estructura estatal en los procesos de resolución de la problemática de salud.

Autoridad Local de Salud: Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargado de hacer planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la

administración del servicio de salud y de realizar seguimiento control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio.

Comité Local de Salud: Es la representación orgánica de las autoridades locales de salud, pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable de implementar la gestión compartida en salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.

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.

Consejo Social Departamental de Salud: Es la representación orgánica de los concejos sociales municipales de salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo.

Consejo Social Nacional de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de consejos sociales departamentales de salud, organizaciones sociales e instituciones del nivel nacional, que articula las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud.

3.5 AGENDA PATRIOTICA 2025

3.5.1 AGENDA PATRIOTICA 2025 - 13 PILARES DE LA BOLIVIA DIGNA Y SOBERANA

El Estado Plurinacional de Bolivia después de un análisis profundo ha creado la agenda patriótica 2025 y claramente indica en la misma que todos los bolivianos tienen la responsabilidad de construir con claridad los pilares fundamentales para levantar una nueva sociedad y estado más incluyente, más participativo, más democrático sin discriminación, sin racismo, sin odios, sin división como manda la Constitución Política del Estado (9).

Se consideró el planteamiento de 13 pilares para lograr una Bolivia Digna y Soberana, a continuación se detallan los mismos:

1. Erradicación de la pobreza extrema.
2. Socialización y universalización de los servicios básicos con soberanía para vivir bien.
3. *Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral.*
4. Soberanía científica y tecnológica con identidad propia.
5. Soberanía comunitaria financiera sin servilismo al capitalismo financiero.
6. Soberanía productiva con diversificación y desarrollo integral sin la dictadura del mercado capitalista.
7. Soberanía sobre nuestros recursos naturales con nacionalización, industrialización y comercialización en armonía y equilibrio con la madre tierra.
8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del saber alimentarse para vivir bien.
9. Soberanía ambiental con desarrollo integral, respetando los derechos de la madre tierra.
10. Integración complementaria de los pueblos con soberanía.
11. Soberanía y transparencia en la gestión pública bajo los principios de no robar, no mentir y no ser flojo.
12. Disfrute y felicidad plena de nuestras fiestas, de nuestra música, nuestros ríos, nuestra selva, nuestras montañas, nuestros nevados, de nuestro aire limpio, de nuestros sueños.
13. Reencuentro soberano con nuestra alegría, felicidad, prosperidad y nuestro mar.

El pilar 3 es el relacionado directamente con la temática salud como también con la educación y deporte lo que permitirá la formación de un ser humano integral. No hay cultura de la vida, no hay vivir bien si nuestro pueblo no tiene las mejores condiciones para cuidar la salud de las personas, practicar los deportes y desarrollar su creatividad artística. El Estado Plurinacional de Bolivia tiene la obligación de proveer y garantizar servicios de educación pública y gratuita, así como servicios de salud accesibles,

estatales, gratuitos, de calidad y calidez que protejan y brinden salud, bienestar y felicidad a todo el pueblo boliviano, y contribuyan a la formación del nuevo ser humano integral (9).

La agenda patriótica tiene metas en la socialización y humanización de los servicios básicos son las siguientes:

- El 100% de las bolivianas y los bolivianos cuentan con servicios de salud. Los jóvenes, las niñas y niños, las abuelas y abuelos, las madres gestantes, todas las bolivianas y bolivianos gozan con alegría y felicidad de una atención de salud permanente y adecuada a sus requerimientos y necesidades. El acceso a los servicios de salud es un derecho humano que se cumple plenamente en Bolivia.
- Bolivia cuenta con personal y profesionales de salud altamente calificados así como con médicos naturistas que ejercen la medicina tradicional basada en conocimientos ancestrales, indígenas originarios, que atienden y curan con la energía y las cualidades medicinales de nuestras plantas, de nuestra biodiversidad, de nuestra naturaleza, de la energía de nuestra madre tierra. Nuestros médicos de la ciencia moderna y nuestros médicos naturistas desarrollan su vocación de servicio con compromiso social y humano, con una gran ética de servicio a su pueblo, con infraestructura, equipamiento, medicinas modernas y naturales, así como buenas condiciones para la atención a las personas.
- Bolivia contará con infraestructura, materiales de formación e investigación, y equipamiento, así como con educadores, profesores, capacitadores, profesionales y científicos de notable formación, que se capacitan permanentemente y que permiten desarrollar procesos educativos, formación deportiva y artística de gran calidad.
- El 100% de las bolivianas y los bolivianos, en particular los jóvenes, niñas y niños, tienen acceso a infraestructura y formación deportiva.

La Agenda Patriótica 2025 en este tercer pilar propone un fuerte énfasis en ciencia e investigación, lo que incentiva no solo el acceso, sino la mejora de calidad en la provisión de cada uno de estos servicios. En este sentido, la realización de la agenda patriótica 2025 está vinculada estrechamente a la consolidación del proceso autonómico y al impulso del ejercicio competencial por parte de los gobiernos autónomos (9).

3.6 LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN ANDRÉS IBÁÑEZ

3.6.1 ARTÍCULO 81 – COMPETENCIAS EN SALUD

En el artículo 81 relacionado al tema de salud de la ley del marco de autonomías y descentralización Andrés Ibáñez del año 2010 indica que el nivel central, los gobiernos departamentales autónomos, los gobiernos municipales autónomos tendrán cada uno competencias específicas relacionadas a la salud, que serán descritas a continuación (10):

Las competencias del nivel central:

1. Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.
2. Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.
3. Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud en el marco de la política exterior.
4. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud SUS en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado CPE establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural SAFCI y con identidad de género.

5. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud SUS mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.
6. Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural SAFCI y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud.
7. 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 SUS.
8. Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.
9. Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental.
10. Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social.

De la misma manera da competencias a los Gobiernos Departamentales Autónomos:

1. Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
2. Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud SUS, en el marco de las políticas nacionales.
3. Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.
4. Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

5. 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 SAFCI.
6. Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.
7. Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.
8. Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
9. Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.
10. Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.

Y para finalizar, de la misma manera los Gobiernos municipales autónomos tienen la competencia de:

1. Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
2. Implementar el Sistema Único de Salud SUS en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.
3. Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI.
4. Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.

5. Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.
6. Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud SUS.
7. Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

3.7 LEY DE MUNICIPALIDADES

3.7.1 AUTONOMIA MUNICIPAL

La autonomía municipal consiste en la potestad normativa, fiscalizadora ejecutiva, administrativa y técnica ejercida por el Gobierno Municipal en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias establecidas por Ley (11).

La autonomía, municipal se ejerce a través de:

1. La libre elección de las autoridades municipales.
2. La facultad de generar, recaudar e invertir recursos.
3. La potestad de dictar Ordenanzas y Resoluciones determinando así las políticas y estrategias municipales.
4. La programación y ejecución de toda gestión jurídica, administrativa, técnica, económica, financiera, cultural y social.
5. La potestad coercitiva para exigir el cumplimiento de la presente Ley y de sus propias Ordenanzas y Resoluciones.
6. El conocimiento y Resolución de controversias relacionadas con el ejercicio de sus potestades normativas, ejecutivas, administrativas y técnicas, mediante los recursos administrativos previstos en la presente Ley y las normas aplicables.

3.7.2 FINALIDAD

La Municipalidad y su Gobierno Municipal tienen como finalidad contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas y garantizar la integración y participación de los ciudadanos en la planificación y el desarrollo humano sostenible del Municipio (11).

El Gobierno Municipal, como autoridad representativa de la voluntad ciudadana al servicio de la población, tiene los siguientes fines:

1. Promover y dinamizar el desarrollo humano sostenible, equitativo y participativo del Municipio, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo departamental y nacional.
2. Crear condiciones para asegurar el bienestar social y material de los habitantes del Municipio, mediante el establecimiento, autorización y regulación y, cuando corresponda, la administración y ejecución directa de obras, servicios públicos y explotaciones municipales.
3. Promover el crecimiento económico local y regional mediante el desarrollo de ventajas competitivas.
4. Preservar y conservar, en lo que le corresponda, el medio ambiente y los ecosistemas del Municipio, contribuyendo a la ocupación racional del territorio y al aprovechamiento sostenible de los recursos naturales.
5. Preservar el patrimonio paisajístico, así como resguardar el Patrimonio de la Nación existente en el Municipio.
6. Mantener, fomentar, defender y difundir los valores culturales, históricos, morales y cívicos de la población y de las etnias del Municipio.
7. Favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, respetando su diversidad.
8. Promover la participación ciudadana defendiendo en el ámbito de su competencia, el ejercicio y práctica de los derechos fundamentales de las personas estantes y habitantes del Municipio.

3.7.3 COMPETENCIAS

Las competencias del Gobierno Municipal para el cumplimiento de sus fines son las siguientes:

En materia de desarrollo humano sostenible:

1. Fomentar y participar en la generación de condiciones técnicas y financieras sostenibles destinadas a la construcción de vivienda en el marco de los programas nacionales y departamentales, de acuerdo con el Plan de Desarrollo Municipal.
2. Sancionar en el marco de sus competencias los daños a la salud pública y al medio ambiente, ocasionados por las actividades industriales, comerciales o económicas de cualquier tipo o naturaleza que se realicen en su jurisdicción. Denunciar y demandar la reparación de daños y perjuicios cuando provengan de Municipios vecinos.
3. Incorporar la equidad de género en el diseño, definición y ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos municipales.
4. Supervisar, de acuerdo con el Reglamento, el desempeño de las autoridades, personal docente, médico, paramédico y administrativo de los sectores de educación y salud de su jurisdicción; proponiendo a la autoridad Departamental o Distrital correspondiente, la ratificación por buenos servicios o la remoción por causa justificada del personal docente, médico, paramédico y administrativo de dichos sectores, de manera directa o a solicitud de las Organizaciones Territoriales de Base o del Comité de Vigilancia del Municipio, solicitud que será tramitada ante el Concejo Municipal y que en ningún caso podrá ser denegada.
5. Promover y fomentar la participación en la formulación de las políticas, planes, programas y proyectos en favor del desarrollo integral y los derechos de los pueblos indígenas y comunidades originarias y de la mujer en condiciones de equidad.

En materia de infraestructura:

1. Construir, equipar y mantener la infraestructura en los sectores de educación, salud, cultura, deportes, micro riego, saneamiento básico, vías urbanas y caminos vecinales.
2. Otorgar en concesión al sector privado y establecer mecanismos de financiamiento para la construcción, equipamiento y mantenimiento de infraestructura y servicios en los sectores de educación, salud, cultura, deportes, micro riego, saneamiento básico, vías urbanas, caminos vecinales, otras obras, servicios y explotaciones de la jurisdicción municipal. Se comprenderá en dicho concepto, entre otros, los lugares de esparcimiento y recreo público, mercados, mataderos y frigoríficos públicos, mingitorios, cementerios y crematorios públicos, excluyendo las concesiones de servicios sujetas al Sistema de Regulación Sectorial.
3. Normar, regular, controlar y fiscalizar la prestación de servicios públicos y explotaciones económicas o de recursos otorgados al sector privado en el área de su jurisdicción, en el marco de sus competencias y de acuerdo con normas nacionales.
4. Administrar el equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Municipio y otros de interés público que mediante contratos convenios y concesiones que con aprobación del Concejo Municipal pase a tuición del municipio.

3.8 GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

3.8.1 DEFINICIÓN

Las Funciones Esenciales de Salud Pública son procesos y movimientos que permiten un mejor desempeño de la gestión en salud pública. La importancia estratégica de las funciones esenciales de salud pública (tales como vigilancia, monitoreo y promoción de la salud, etc) radica en la generación, por parte del sistema de salud, de una

respuesta efectiva, eficiente y de calidad a intereses colectivos en materia de salud (12).

3.9 PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (CÓDIGO DE SALUD)

3.9.1 DEFINICIÓN OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Se considera oferta de servicios de salud al conjunto de recursos, tecnología, normas y logística que conforman la estructura global del sistema sanitario. Está representada por la totalidad de establecimientos de salud en el país, incluyendo las variables de localización, nivel de complejidad, dotación de camas y recurso humano de todos los actores denominados para objeto del presente documento subsectores del sistema sanitario del país (13).

3.9.2 CONFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El sistema nacional de salud está conformado por un conjunto de servicios y establecimientos de salud, organizados en redes que corresponden a diferentes niveles de atención y escalones de complejidad. Están conformados por el sistema público de salud, la seguridad social y establecimientos de salud de la iglesia, privados con o sin fines de lucro y de medicina tradicional según convenio (13).

Se reconocen dos tipos de redes:

A nivel departamental: Conformada por las redes de servicios de salud municipales y los hospitales e institutos de tercer nivel de atención, ubicados en las ciudades capitales de cada departamento. Abarca a todas las personas e instituciones que prestan servicios de salud en el ámbito de jurisdicción territorial del departamento.

A nivel municipal: Conformada por uno o varios establecimientos de salud de primer nivel y por un establecimiento de salud de referencia de mayor nivel que brinda servicios de salud de acuerdo a su grado de complejidad. Abarca a todas las personas e instituciones que prestan servicios de salud en el ámbito de jurisdicción territorial municipal.

El componente de Gestión vigente establece 3 ámbitos que son:

Nacional, dependiente del Ministerio de Salud.

Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la prefectura.

Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo (13).

El acceso al Sistema Nacional de Salud se inicia en los establecimientos del primer nivel de atención y brigadas móviles, quienes otorgarán la atención de acuerdo a su capacidad de resolución y en caso necesario referirán al segundo o tercer nivel de atención que corresponda de acuerdo a la estructura de la red y a normas y protocolos de atención establecidos por el Ministerio de Salud. El acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel requiere de la referencia de los establecimientos de menor complejidad definidos por la red, excepto en los casos de emergencia (13).

De acuerdo a cada nivel de atención se tiene la siguiente oferta:

Primer nivel: Se enmarca predominantemente en el autocuidado de la salud, consulta ambulatoria y la internación de tránsito. Está conformado por: Brigadas Móviles de Salud, Puesto de Salud, Centro de Salud con o sin camas, Policlínicas y Policonsultorios, sean estos públicos, de la Seguridad Social, las Iglesias, ONGs, Privados y de Medicina Tradicional y/o alternativa.

Segundo nivel: Se realiza atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia, con apoyo de anestesiología y opcionalmente traumatología) y sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. Este nivel está conformado por el hospital de segundo nivel.

Tercer nivel: Corresponde a la consulta ambulatoria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades. Está conformado por el Hospital General e Institutos y Hospitales Especializados (13).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado de Bolivia tiene bien definidos los objetivos de salud para todos los Bolivianos y Bolivianas en todos sus niveles, y busca que éstos tengan un marco valórico que favorezca la equidad, sin embargo, a nivel nacional como regional hay escaso o nulo conocimiento de la efectividad del instrumento de evaluación de las FESP, lo que conlleva a que la ciudad de El Alto mediante Servicio Regional de Salud no pueda implementar satisfactoriamente, un desarrollo, monitoreo ni efectuar la evaluación de las decisiones políticas en salud pública, y manifieste que el mismo sea un proceso participativo, coherente con el contexto político y económico en el cual se desarrolla.

Lo que implica que exista desconocimiento acerca del desarrollo de la implementación de las políticas y la capacidad institucional de gestión en salud pública en Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto y no permita el avance de los procesos ni reconozca cuáles son las áreas críticas identificadas para priorizar intervenciones.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de desarrollo en la implementación de las políticas y la capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública en Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto en la gestión 2014?

6. REVISION BIBLIOGRÁFICA

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) se han definido como condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Una de las decisiones más importantes tomadas en el curso del desarrollo de la iniciativa "La Salud Pública en las Américas" tiene que ver con la necesidad de adoptar la definición de los indicadores y estándares para la medición de las FESP de manera de fortalecer la práctica de la salud pública por la vía del fortalecimiento de las capacidades institucionales necesarias para su desempeño general (14).

La medición del desempeño nos permite identificar las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública para obtener un diagnóstico operacional de las áreas de trabajo que requieren mayor apoyo. El objetivo es fortalecer la infraestructura de salud pública, entendida en su sentido más amplio para incluir las capacidades humanas y materiales necesarias para el buen desempeño de su práctica. Con el fin de avanzar hacia el logro de este objetivo, es importante que la decisión de medir el desempeño vaya seguida del desarrollo de instrumentos que puedan ser mejorados constantemente hasta que alcancen la madurez que permita su utilización rutinaria en los diversos niveles en que se ejercita la salud pública en la región (14).

Existen experiencias en diferentes regiones de países latinoamericanos quienes implementaron este instrumento de evaluación en años pasados. Haremos énfasis en cada una y desarrollaremos los resultados obtenidos acerca de la FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en salud pública, como por ejemplo, en Sudamérica, en Tucumán - Argentina se implementó el ejercicio de medición del desempeño de las FESP por parte de las autoridades nacionales en el año 2003, obtuvieron el resultado de 0,53 un resultado óptimo pero a pesar de ello encontraron una debilidad acerca del escaso asesoramiento y apoyo técnico a los niveles locales para esto propusieron un de mejoramiento, a través de mayor participación social y del equipo de salud (16).

En Cali - Colombia, el instrumento de medición se lo realizó en el año 2006 y contó con la participación de un numeroso grupo de profesionales de distintos ámbitos de la salud pública de todo el país. El resultado obtenido relacionado a la FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en salud pública fue de un desempeño de 0,21. Se identificaron prioridades y se presentó una propuesta de proyecto a desarrollar (16).

En Perú el Ministerio de Salud juzgó pertinente y necesario realizar una medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), utilizando la experiencia y el instrumento estandarizado desarrollado por los países de las Américas, con la cooperación técnica de la OPS-OMS y de otros aliados, en el año 2006 donde demuestra que la región del Callao es la que mayor desempeño obtuvo en la FESP5 con un valor de 0,74, y por otra parte, la región con la FESP5 más baja fue Huánuco, por esta razón el Ministerio de Salud ha complementado los resultados de esta autoevaluación con la situación de salud de cada región, correlacionándolos con indicadores estratégicos de salud seleccionados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (17).

Para finalizar podemos concluir indicando que el consejo directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la iniciativa de fortalecimiento de la salud pública en “Las Américas”. Esta iniciativa está dirigida a mejorar la práctica de la salud pública y a fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del estado, a partir de la definición y medición de las funciones esenciales de salud pública (FESP). Mediante este esfuerzo se contribuye a mejorar el diálogo entre la salud y otras disciplinas relacionadas con ella en los distintos niveles de la Región.

7. OBJETIVOS

7.1. GENERAL

Describir el nivel de desarrollo en la implementación de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública para mejorar la salud de la población alteña por parte del SERES - El Alto en la gestión 2014.

7.2 ESPECÍFICOS

1. Identificar los mecanismos para el cumplimiento de las prioridades sanitarias de la región por parte de la dirección técnica del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto.
2. Evaluar el desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública en el Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto.
3. Establecer el desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto.
4. Determinar la capacidad de gestión de cooperación internacional en salud pública del Servicio Regional de Salud de la ciudad.
5. Identificar las estrategias de asesoramiento y apoyo técnico del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto a las 5 redes de salud en la implementación de políticas, planificación y gestión de la salud pública.

8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación realizado en este estudio fue tipo descriptivo transversal. Éste tipo de estudio tiene la característica de ser observacional, en el cual no se interviene ni manipula el factor de estudio, es decir, sólo se observa lo que ocurre con el fenómeno de estudio en condiciones naturales, en la realidad. Como su nombre lo indica, lo que se realizará serán descripciones de situaciones y eventos, esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno. Los estudios descriptivos miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia, describir lo que se investiga.

8.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN

8.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA CIUDAD DE EL ALTO

La presente investigación fue realizada en la ciudad de El Alto, ubicada en el departamento de La Paz, (Provincia de Murillo) situada al oeste de Bolivia en la meseta altiplánica. Se encuentra a una altitud de 4.070 msnm lo que la hace la segunda ciudad más alta del mundo. Tiene una población de 848.840 habitantes (Censo 2012), cuenta con una superficie de 387,56 Km² que representa el 7,58% de la superficie total de la provincia Murillo, además de contar con 14 distritos, 9 urbanos y 5 rurales, el 40,24% de la superficie territorial es área urbana y el 59,76% rural (18).

8.1.1.1 SALUD

En lo referente a los servicios de salud, cada distrito está organizado por redes de salud. En el distrito 1 funciona la Red Boliviano Holandés, que cuenta con 7 centros de primer nivel de atención y 1 hospital de segundo nivel de atención el Hospital Boliviano Holandés, que brinda los servicios de Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO). La Red Corea, opera en el

distrito 2 y cuenta con 17 centros de primer nivel. La Red Lotes y Servicios, opera en el distrito 4 y cuenta con 11 servicios de primer nivel, la Red Los Andes, opera en el distrito 5 y cuenta con 9 servicios de primer nivel y la Red Senkata, opera en el distrito 8 que cuenta con 6 servicios de primer nivel (18).

8.1.2 SERVICIO REGIONAL DE SALUD EL ALTO

8.1.2.1 ANTECEDENTES

Hasta el año 1999 funcionaba en el Alto (zona rural del municipio de La Paz), la coordinadora de salud de El Alto, que mediante Resolución Administrativa en el año 1999, la prefectura crea la unidad desconcentrada de salud (UDSEA), del servicio departamental de salud La Paz (SEDES), constituyéndose en unidad operativa para la implementación de las políticas de salud con jurisdicción, responsabilidad, competencia y administración propia, con sede en la ciudad de El Alto. El año 2004, el Servicio Departamental de Salud La Paz, emite la Resolución donde aprueba la estructura organizacional del SEDES La Paz, donde se especifica la creación de las unidades desconcentradas, entre ellas se encuentra el Servicio Regional de Salud El Alto (18).

A la fecha el municipio de El Alto, cuenta con 50 establecimientos de salud públicos de primer nivel y 1 de segundo nivel, con un total de 1333 recursos humanos en salud, de estos 666 recursos humanos están en un primer nivel de atención y 647 en un segundo nivel de atención, estos recursos están dentro de una red de servicios de salud estructurada, a partir del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) se estructura el lineamiento regional, el cual se operativiza por medio de las cinco coordinaciones de red (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios). (18).

8.1.2.2 MISION

El Servicio Regional de Salud El Alto, es una institución pública desconcentrada, dependiente del Servicio Departamental de Salud La Paz, que implementa el Plan Sectorial de Salud del Departamento de La Paz, en el marco de la Constitución Política

del Estado, bajo los principios de equidad, calidad, intersectorialidad, interculturalidad y participación social como base de la Política SAFCI (18).

8.1.2.3 VISION

Para el año 2020, el Servicio Departamental de Salud – Regional El Alto, será una institución líder en la gestión sanitaria de las políticas de salud del país, (SUS SAFCI), ejerciendo rectoría departamental, con participación social efectiva, articulada por las 5 redes de salud, basados en la promoción de la salud, prevención enfermedades, reducción de la mortalidad y atención medica con calidad y calidez en la ciudad de El Alto (18).

8.1.2.4 OBJETIVO OPERATIVO GENERAL DE GESTIÓN

Implementar el Plan Sectorial de Salud, ejerciendo la rectoría departamental con la participación social efectiva, articulada en las 5 Redes de Salud, basado en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y reducción de la mortalidad materna y neonatal en el marco de la Política SAFCI en la ciudad de El Alto.

8.1.2.5 OBJETIVOS OPERATIVOS ESPECÍFICOS DE GESTIÓN

- Fortalecer la implementación de la Política SAFCI, en la atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud.
- Gestionar el desarrollo de las actividades de las redes y hospitales de manera integral.
- Desarrollar estrategias y acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Fortalecer la participación y control social de la población organizada.
- Certificar y acreditar el funcionamiento de servicios públicos de salud y de los establecimientos que producen y distribuyen alimentos de consumo humano y/o brindan servicios generales.

8.1.2.6 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Contribuir a acelerar el acceso universal a servicios de salud en el marco de la SAFCI/SUS.
- Contribuir a consolidar la propuesta departamental por la revolución sanitaria, universal y gratuita en la cumbre de salud.
- Consolidar el proceso de institucionalización de personal según cargos y niveles establecidos en la norma.
- Aportar a la visión del desarrollo de la salud departamental alineada al PDS y a los lineamientos del pacto por la paz
- Reestructurar orgánica y funcionalmente del SERES El Alto, para lograr un alto grado de agilidad, flexibilidad, creatividad y rapidez de respuestas.

8.2. MEDICIONES

El método de recolección de datos del presente estudio de investigación fue la realización de entrevistas a tres grupos de informantes claves. Las entrevistas se aplicaron en tres encuentros distintos. El primer encuentro fue con los funcionarios del Servicios Regional de Salud de la ciudad de El Alto encargados del área de dirección y planificación, el segundo encuentro fue con los coordinadores de las 5 redes de salud de la ciudad de El Alto y por último, el tercer encuentro fue con los representantes de organizaciones sociales de la ciudad de El Alto.

Una vez culminados los tres encuentros y recabada la información de las entrevistas requerida por parte de los tres grupos de informantes claves, se realizó la medición de los datos mediante el instrumento de las Funciones Especiales de la Salud Pública, específicamente de la FESP número 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública”, logrando obtener el desempeño general de la FESP N° 5 en cada grupo de informantes para de esta manera se logre realizar un análisis comparativo entre los tres grupos.

8.2.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

El Alto cuenta con un tejido social importante debido a la presencia de numerosas organizaciones sociales y cívicas, federaciones, cooperativas, sindicatos, asociaciones y gremios. Entre las más destacadas están la Federación de Juntas Vecinales (FEJUVE), la Central Obrera Regional (COR). Otras organizaciones con presencia, aunque con número de representados y cobertura de acción pública diferenciada, son la Federación Única de Organizaciones Populares de Mujeres El Alto (FUOPMEA), la asociación de trabajadoras de El Alto “Sartasipxañani”, la Organización de Mujeres Aymaras del Kollasuyo (OMAK), Unión de Ceramistas Aymaras y Quechuas de Bolivia (UCAB), Unión de Tejedores Aymaras y Quechuas (UTAQ) y la red de jóvenes Productores “Manos Productivas” de la ciudad de El Alto (18).

Lo relevante de estas organizaciones, es su estructura interna y su capacidad de organizarse autónomamente y su representatividad. Todas cuentan con una tradición sindical en su modo de organizarse que en la mayoría de los casos es vertical con responsabilidades definidas para cada uno de sus miembros y donde también se establecen mecanismos financieros para la sostenibilidad de la organización (18).

Este estudio de investigación trabajó con dos grupos bien diferenciados, el primero será el prestador de servicio que estará a cargo de la Dirección del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto, además de la Unidad de Planificación de la misma; como también de los coordinadores de las 5 redes de salud del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto; el segundo grupo estará representado por aquellas personas que reciben el servicio llamados usuarios, éstos estarán constituidos por los dirigentes de las organizaciones sociales de la ciudad de El Alto, representados por la FEJUVE, COLOSA y COMUSA específicamente.

8.2.2. MUESTRA

ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

1. DIRECTOR TÉCNICO DEL SERES EL ALTO
2. JEFE DE PLANIFICACIÓN DEL SERES EL ALTO
3. COORDINADORA RED DE SALUD – COREA
4. COORDINADOR RED DE SALUD – SENKATA
5. COORDINADORA RED DE SALUD – LOTES Y SERVICIOS
6. COORDINADOR RED DE SALUD – LOS ANDES
7. COORDINADOR RED DE SALUD – BOLIVIANO HOLÁNDES
8. REPRESENTANTE DEL BARRIO VILLA EXALTACIÓN COMUSA
9. REPRESENTANTE DEL BARRIO SANTIAGO I COMUSA
10. PRESIDENTA DE COMUSA DE LA CIUDAD DE EL ALTO

La ejecución de las entrevistas en el presente trabajo de investigación fueron dirigidas a una población representativa, la misma fue considerada como intacta no probabilística debido a que no se realizó ninguna fórmula estadística para obtener la muestra. Los informantes claves pertenecieron al grupo intacto porque ellos nos aportaran la información necesaria. En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es

mecánico, ni en base a fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas.

Las entrevistas realizadas a los tres grupos de informantes claves, se las obtuvo gracias a la aplicación del instrumento de medición del desempeño de las Funciones Especiales de Salud Pública para la región de las Américas. En la tabla anterior se muestra el número de personas a quienes se entrevistó, el mismo fue un total de 10 personas, quienes están categorizadas de la siguiente manera:

- Grupo 1: estuvo conformado por 2 personas del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto:
 - Director del SERES
 - Jefe de planificación del SERES

Ambos son profesionales quienes están a cargo de implementar las políticas nacionales de salud, dar apoyo técnico a las redes de salud y trabajar coordinadamente y activamente con la población Altea.

- Grupo 2: estuvo conformado por 5 coordinadores de las redes de salud de la ciudad de El Alto:
 - Coordinador de la Red Boliviano Holandés
 - Coordinador de la Red Los Andes
 - Coordinadora de la Red Lotes y Servicios
 - Coordinador de la Red Senkata
 - Coordinadora de la Red Corea

Todos ellos nos confirmaron si existe o no el apoyo por parte de la dirección y planificación del SERES para la implementación de las políticas en salud.

- Grupo 3: estuvo conformado por la sociedad civil y serán 3 representantes de los Comités Municipales de Salud COMUSA de la FEJUVE. Todos corroboraron

la existencia de un trabajo activo, coordinado con la dirección y otras unidades del SERES.

8.2.3 PLAN DE ANÁLISIS

Para la interpretación del desempeño de la FESP N° 5, la OPS/OMS propuso la siguiente escala:

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
76-100% (0,76-1,0)	Cuartil de desempeño óptimo
51-75%(0,51-0,75)	Cuartil de desempeño medio superior
26-50%(0,26-0,50)	Cuartil de desempeño medio inferior
0-25%(0,0-0,25)	Cuartil de desempeño mínimo

Una vez seleccionado el diseño de investigación y la muestra adecuada de acuerdo con los objetivos del estudio, la siguiente etapa consistió en recolectar los datos pertinentes sobre las variables involucradas en la investigación.

La recolección de datos implicó realizar las siguientes actividades estrechamente vinculadas entre sí:

- Seleccionar un instrumento de medición de los disponibles en el estudio del comportamiento o desarrollar uno (el instrumento de recolección de los datos). Este instrumento debe ser válido y confiable, de lo contrario no podemos basarnos en sus resultados.
 - Este estudio cuenta con el instrumento de medición, el mismo ha sido validado por la OPS/OMS y ha sido aplicado en diferentes regiones de

países de Latinoamérica. Lo que nos demuestra que este instrumento fue válido y confiable.

- Aplicar el instrumento de medición, es decir, obtener las observaciones y mediciones de las variables que son de interés para nuestro estudio (medir variables).
 - Se ha planificado una agenda de entrevistas a los tres grupos de informantes claves, en la cual se realizaron las entrevistas y se obtuvieron los datos.
- Preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente (a esta actividad se le denomina codificación de los datos).
 - La preparación de las mediciones de los datos obtenidos fueron representados en gráficas de barras en excel.

8.2.4 ANALISIS ESTADISTICOS

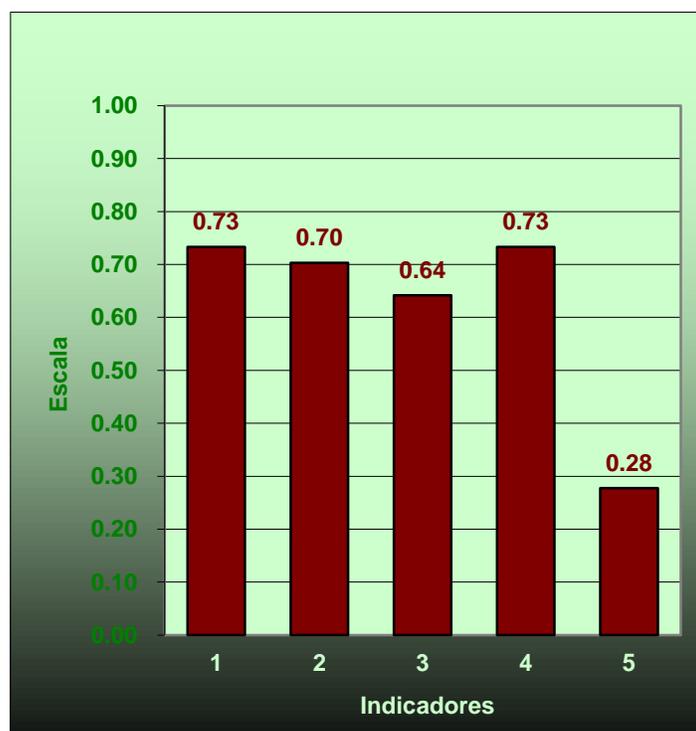
De los tres grupos de informantes claves quienes fueron entrevistados en otros tres momentos, se obtuvieron tres resultados diferentes, recalcar que se aplicó el mismo instrumento de medición, el mismo estuvo compuesto por 180 preguntas, divididas en 5 secciones/variables, las cuales estuvieron codificadas para ser respondidas de dos maneras, la primera, en la cual el número 1 significó que la pregunta era aplicada y el número 0 significó que la pregunta no era aplicada, lo que implica que sean variables cuantitativas dicotómicas. La sumatoria total de las 180 preguntas demostró el desarrollo de la FESP 5. Estos resultados fueron ilustrados en un gráfico de barras en excel, donde cada variable fue representada en el eje horizontal por una barra y en el eje vertical fue la medición de cada una en una escala del 0,00 al 1,00.

9.RESULTADOS

9.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS

9.1.1 RESULTADO FESP N° 5 DIRECCIÓN SERES EL ALTO

Gráfico N° 1 FESP N° 5 Dirección SERES El Alto



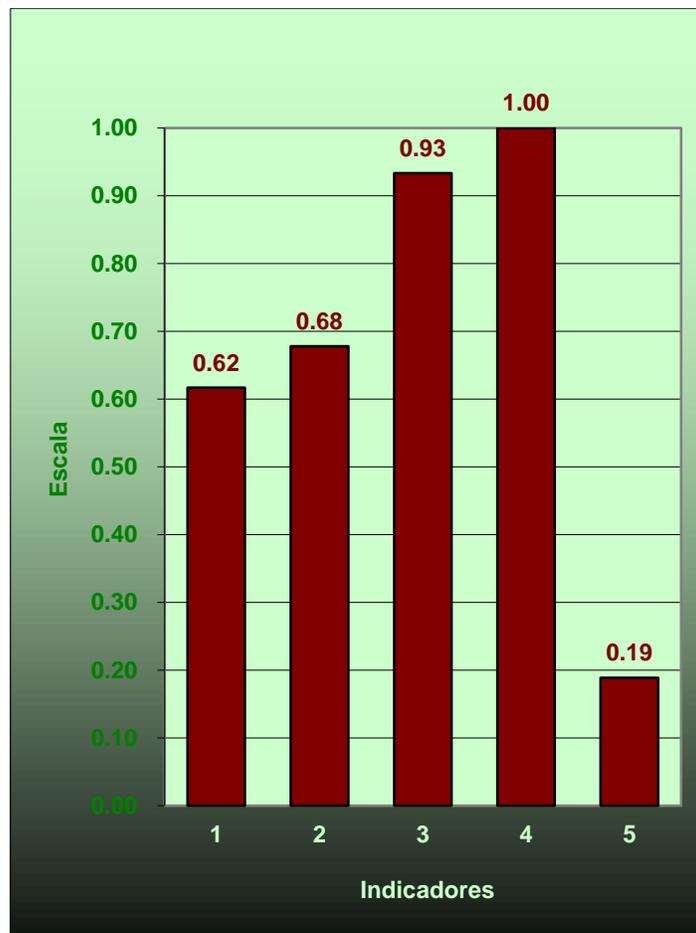
La Dirección del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública N° 5 **“Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública”** obteniendo un valor del **0,62**, el mismo demuestra un desempeño medio superior de esta FESP; en cuanto al indicador N° 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0,73 el mismo señala nuevamente un desempeño medio superior de este indicador, en cuanto al indicador N° 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,70 de la misma manera nos indica un

desempeño medio superior del segundo indicador, el indicador N° 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,64 equivalente a un moderado desempeño en esta función, el indicador N° 4 “Gestión de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo el valor de 0,73 lo cual demuestra también un desempeño medio superior de este indicador y por último, el indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública” obtuvo el valor más bajo de 0,28 el mismo demuestra un desempeño medio inferior de este indicador.

Para finalizar el análisis del resultado de la Dirección del SERES – El Alto debemos focalizarnos en el último indicador que obtuvo el menor desarrollo, en la entrevista realizada a la persona encargada quien indica que convendría concretar la formación de una comisión, un grupo o una unidad en el SERES – El Alto que se encargue de brindar el apoyo técnico a las redes de salud de la ciudad de El Alto que actualmente no existe esa unidad.

9.1.2 RESULTADO FESP N° 5 UNIDAD PLANIFICACIÓN SERES EL ALTO

Gráfico N° 2 FESP N° 5 Unidad de Planificación SERES El Alto



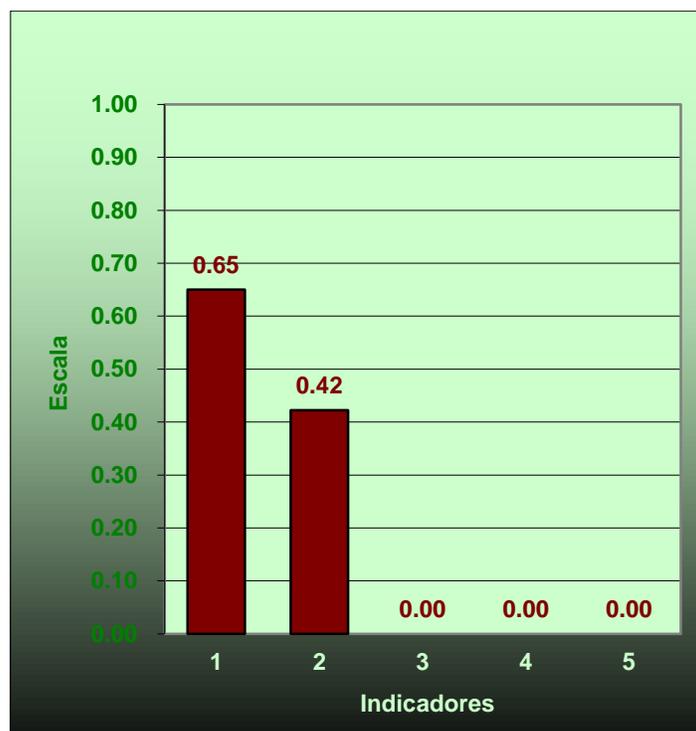
La unidad de planificación del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública N° 5 “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” obteniendo un valor del 0,68, el mismo demuestra un desempeño medio superior de esta FESP; en cuanto al indicador N° 1 “*Definición regional de objetivos en salud pública*” obtuvo un valor del 0,62 el mismo señala un desempeño medio superior de

este indicador, el indicador N° 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,69 de la misma manera indica un desempeño medio superior del segundo indicador, el indicador N° 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,93 equivalente a un desempeño óptimo en esta función, el indicador N° 4 “Gestión de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo el valor de 1 igualmente demostrando un desempeño óptimo de este indicador y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública” obtuvo el valor más bajo de 0,19 una vez más éste indicador demuestra un desempeño mínimo.

Para terminar el análisis del resultado de la Unidad de Planificación del SERES – El Alto debemos focalizarnos en el último indicador que también obtuvo el menor desarrollo, en la entrevista realizada a la persona encargada de la unidad indica que se debería establecer un acercamiento sistemático a las redes de salud de la ciudad de El Alto para lograr un eficiente y eficaz desarrollo de la planificación y la gestión en salud pública.

9.1.3 RESULTADO FESP N° 5 RED BOLIVIANO HOLANDÉS - EL ALTO

Gráfico N° 3 FESP N° 5 Red Boliviano Holandés - El Alto



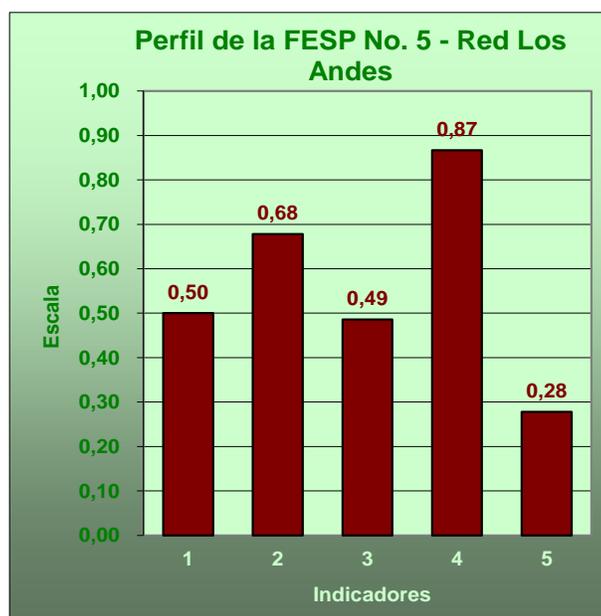
La Red de Salud Boliviano Holandés perteneciente al Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública N° 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública” obteniendo un valor del 0,21, el mismo nos demuestra un desempeño mínimo de esta FESP; en cuanto al indicador N° 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0,65 el mismo señala un desempeño medio superior de este indicador, el indicador N° 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,42 indicando un desempeño medio inferior del segundo indicador, el indicador N° 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0 equivalente a la no ejecución de esta función, el indicador N° 4 “Gestión de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo

el valor de 0 igualmente demostrando que no existe un desempeño de este indicador y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública” obtuvo el valor más bajo de 0 una vez más demostrando que éste indicador no demuestra desempeño.

Para finalizar con el análisis del resultado de la red Boliviano Holandés nos focalizaremos en los indicadores 3, 4 y 5 que obtuvieron valores mínimos en la entrevista realizada a la persona encargada de la unidad. Ésta indica que se debe desarrollar competencias descentralizadas, en términos de facultades y capacidades dirigidas a apoyar a redes de salud o transferirles competencias para fortalecer el ejercicio descentralizado de la autoridad sanitaria en materia de salud pública, acorde a los requerimientos de la modernización del Estado y de la región.

9.1.4 RESULTADO FESP N° 5 RED LOS ANDES – EL ATO

Gráfico N° 4 FESP N° 5 Red Los Andes - El Alto



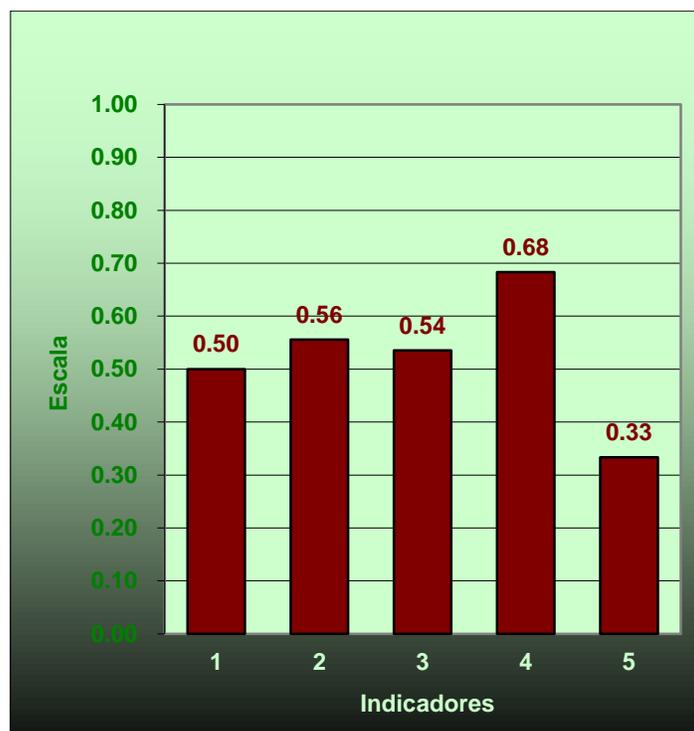
La Red de Salud Los Andes perteneciente al Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública N° 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública” obteniendo un valor del 0,56, el mismo demuestra un desempeño medio superior de esta FESP; en cuanto al indicador N° 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0,50 el mismo señala un desempeño medio inferior de este indicador, el indicador N° 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,68 de la misma manera indica un desempeño medio superior del segundo indicador, el indicador N° 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,49 equivalente a un desempeño medio inferior en esta función, el indicador N° 4 “Gestión de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo el valor de 0,87 demostrando un desempeño óptimo de este indicador y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la

salud pública” obtuvo el valor más bajo de 0,28 demostrando un desempeño medio inferior.

Para finalizar con el análisis del resultado de la red Boliviano Holandés nos focalizaremos en los indicadores 3, 4 y 5 que obtuvieron valores mínimos en la entrevista realizada a la persona encargada de esta red. Ésta indica que se debe desarrollar competencias descentralizadas, en términos de facultades y capacidades dirigidas a apoyar a redes de salud o transferirles competencias para fortalecer el ejercicio descentralizado de la autoridad sanitaria en materia de salud pública, acorde a los requerimientos de la modernización del Estado y de la región.

9.1.5 RESULTADO FESP Nº 5 RED SENKATA - EL ALTO

Gráfico Nº 5 FESP Nº 5 Red Senkata - El Alto



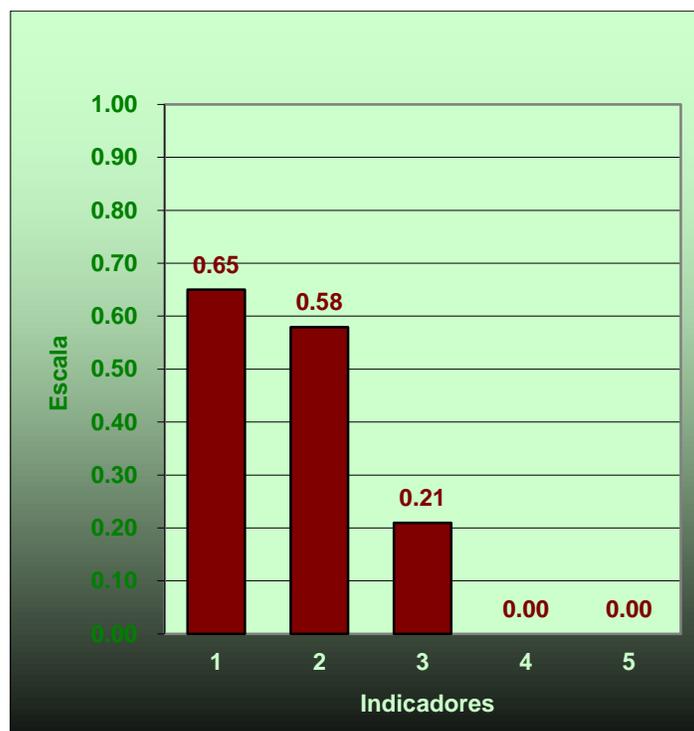
La Red de Salud Senkata perteneciente al Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública Nº 5 “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” obteniendo un valor del 0,52, el mismo demuestra un desempeño medio superior de esta FESP; en cuanto al indicador Nº 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0,50 el mismo señala un desempeño medio inferior de este indicador, el indicador Nº 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,56 de la misma manera indica un desempeño medio superior del segundo indicador, el indicador Nº 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,54 equivalente también a un desempeño medio superior en esta función, el indicador Nº 4 “Gestión

de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo el valor de 0,68 demostrando un desempeño igual medio superior de este indicador y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública” obtuvo el valor más bajo de 0,3 una vez más demostrando ser el indicador de desempeño mínimo.

Para finalizar con el análisis del resultado de la red Senkata nos focalizaremos en el indicador 5 que de la misma manera que los anteriores obtuvo el menor desarrollo en la entrevista realizada a la persona encargada de esta red, quien sugeriría que haya mayor desarrollo de capacidades e infraestructura, entendidas como las condiciones humanas, tecnológicas, de conocimientos y de recursos, necesarias para el óptimo desempeño, cree que sería la mejor vía de apoyo eficiente por parte de la Dirección del SERES- El Alto.

9.1.6 RESULTADO FESP Nº 5 RED COREA – EL ALTO

Gráfico Nº 6 FESP Nº 5 Red Corea - El Alto



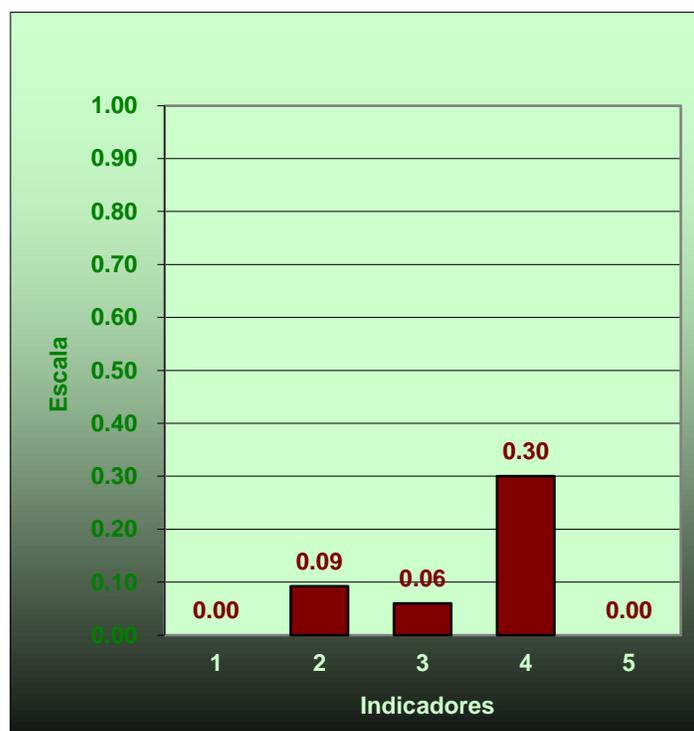
La Red de Salud Corea perteneciente al Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública Nº 5 “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” obteniendo un valor del 0,29, el mismo demuestra un desempeño medio inferior de esta FESP; en cuanto al indicador Nº 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0,65 el mismo señala un desempeño medio superior de este indicador, el indicador Nº 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,58 indicando también un desempeño medio superior del segundo indicador, el indicador Nº 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,21 equivalente a un desempeño mínimo de este indicador, el indicador Nº 4 “Gestión de la cooperación

nacional en salud pública” obtuvo el valor de 0 el cual nos demuestra que no existe un desempeño de este indicador y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública” obteniendo 0 lo cual demuestra que no existe igualmente el desempeño de este indicador.

Para ultimar con el análisis del resultado de la red Corea nos focalizaremos en los indicadores 4 y 5 ambos obtuvieron el mínimo desarrollo en la entrevista realizada a la persona encargada de esta red, quien indica que la mayor falencia es la ausencia de una identificación clara del perfil de los funcionarios que actualmente trabajan en la institución, del perfil que se requiere para cumplir efectivamente las funciones directivas, y por tanto desconocimiento de la brecha entre ambos perfiles, lo que impide la definición de un plan de formación de recursos humanos responsable y efectivo.

9.1.7 RESULTADO FESP N° 5 RED LOTES Y SERVICIOS – EL ALTO

Gráfico N° 7 FESP N° 5 Red Lotes y Servicios - El Alto



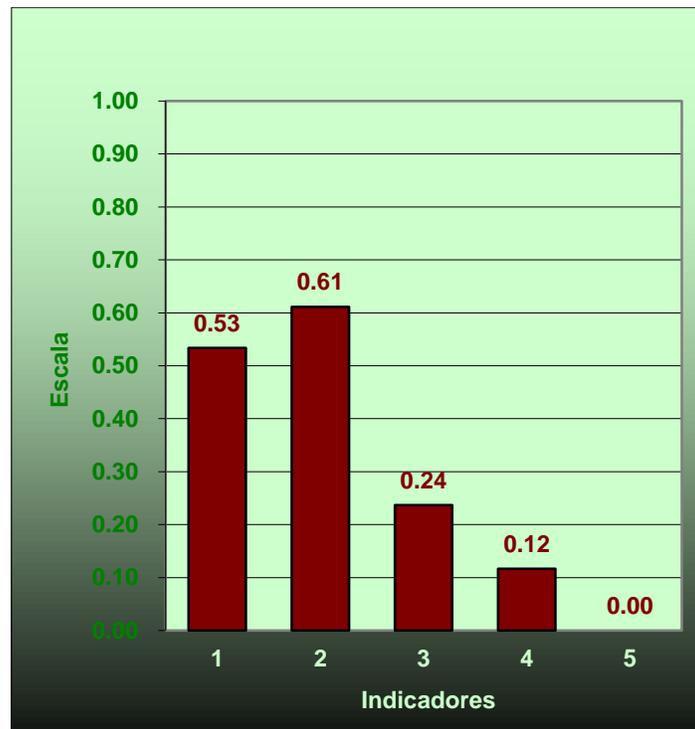
La Red de Salud Lotes y Servicios perteneciente al Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública N° 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública” obteniendo un valor del 0,9 el mismo demuestra ser el más desempeño mínimo de esta FESP; en cuanto al indicador N° 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0 el mismo señala la no ejecución de este indicador, el indicador N° 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,9 indicando un desempeño mínimo del segundo indicador, el indicador N° 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,6 equivalente de la misma manera a un desempeño mínimo de este indicador, el indicador N° 4 “Gestión de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo el valor de 0,30 el cual nos demuestra que es el indicador con más alto

desempeño pero pertenece al cuartil de desempeño medio inferior y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública” obteniendo 0 lo cual demuestra que no existe igualmente el desempeño de este indicador como el indicador N° 1.

Para ultimar con el análisis del resultado de la red Lotes y Servicios nos focalizaremos en todos los indicadores porque obtuvieron un desarrollo muy bajo en la entrevista realizada a la persona encargada de esta red, quien indica que no se cuenta, a nivel institucional, con un sistema de información de indicadores de gestión e impacto que les permita conocer, la cima estratégica, de manera sistemática los resultados de gestión e impacto de las funciones de rectoría de la salud ni de apoyo institucional a las redes de salud de la ciudad de El Alto, así como de la utilización de los recursos.

9.1.8 RESULTADO FESP N° 5 COMUSA, VILLA EXALTACIÓN – EL ALTO

Gráfico N° 8 FESP N° 5 Rpte COMUSA Villa Exaltación - El Alto



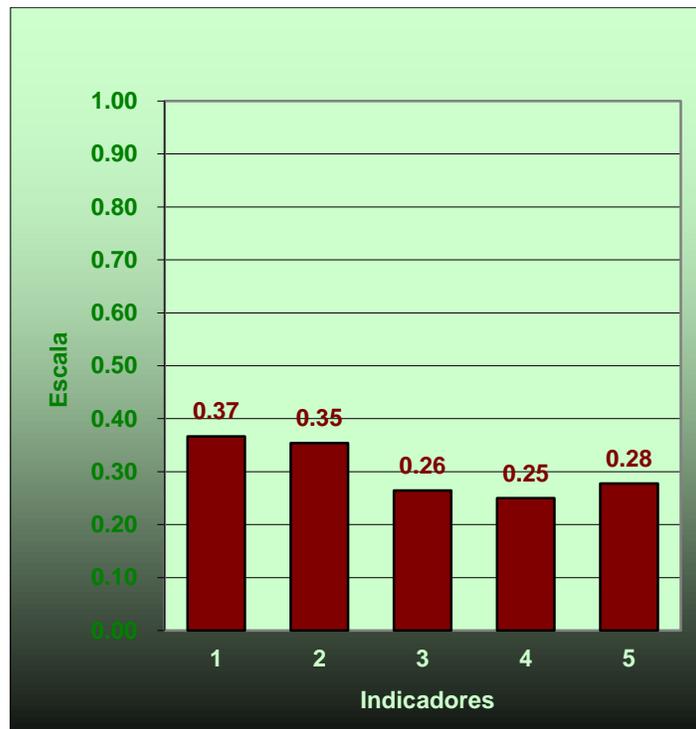
El barrio Villa Exaltación de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública N° 5 “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” obteniendo un valor del 0,30, el mismo demuestra un desempeño medio inferior de esta FESP; en cuanto al indicador N° 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0,53 el mismo señala un desempeño medio superior de este indicador, el indicador N° 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,61 de la misma manera indica un desempeño medio superior del segundo indicador, el indicador N° 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,24 equivalente a un desempeño mínimo en este indicador, el indicador N° 4 “Gestión de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo el valor de 0,12 igualmente demostrando un desempeño mínimo de este indicador y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas,

planificación y gestión de la salud pública” obtuvo el valor más bajo del 0 una vez más éste indicador demuestra ser de bajo desempeño.

Para ultimar con el análisis del resultado de la COMUSA Villa Exaltación nos focalizaremos en el indicador 5 porque evidentemente obtuvo un desarrollo mínimo en la entrevista realizada a la persona encargada, quien analiza que la rectoría en salud de nuestro país debería desarrollar la producción social de la salud, entendida como un proceso mediante el cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población Alteña.

9.1.9 RESULTADO FESP Nº 5 COMUSA, SANTIAGO I - EL ALTO

Gráfico N° 9 FESP N° 5 Rpte COMUSA Santiago I - El Alto



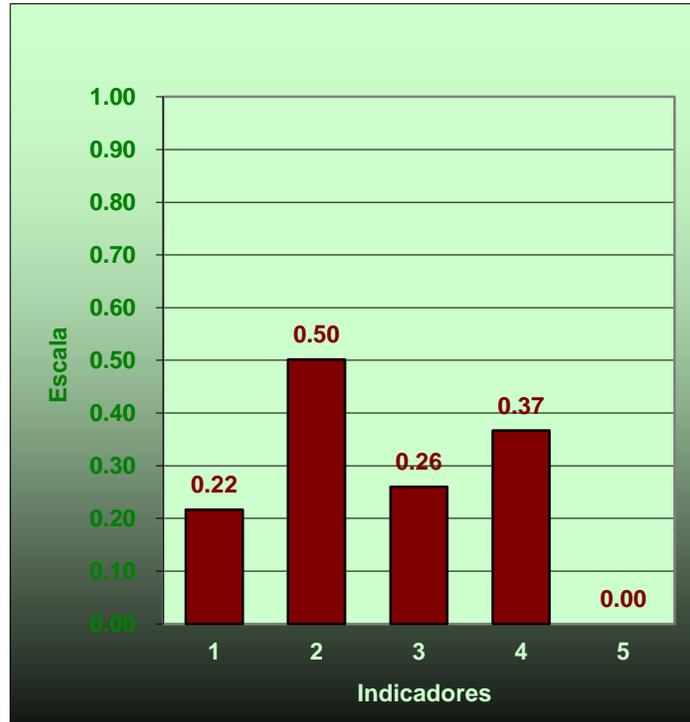
El barrio Santiago I de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública N° 5 “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” obteniendo un valor del 0,30, el mismo demuestra un desempeño medio inferior de esta FESP; en cuanto al indicador N° 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0,37 el mismo señala igualmente un desempeño medio inferior de este indicador, el indicador N° 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,35 de la misma manera nos indica un desempeño medio inferior del segundo indicador, el indicador N° 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,26 equivalente a un desempeño medio inferior en este indicador, el indicador N° 4 “Gestión de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo el valor de 0,25 demostrando un desempeño mínimo de este indicador y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de

políticas, planificación y gestión de la salud pública” obtuvo el valor más bajo del 0,28 demostrando que éste indicador tiene un desempeño medio inferior.

Para ultimar con el análisis del resultado de la COMUSA Santiago I nos focalizaremos una vez más en todos los indicadores porque es evidente que todos obtuvieron un desarrollo menor en la entrevista realizada a la persona encargada, quien de la misma manera realiza un análisis acerca del ente rector de salud, el Ministerio de Salud debe dedica mayores esfuerzos concretos, proactivos y sistemáticos para construir una cultura de no exclusión; a fin de que los actores sociales, y en particular las comunidades, incorporen como parte de sus valores, actitudes y prácticas sociales, la no exclusión en la toma de decisiones que tienen influencia directa o indirecta en su bienestar, y exijan su derecho a participar.

9.1.10 RESULTADO FESP N° 5 PRESIDENCIA COMUSAS – EL ALTO

Gráfico N° 10 FESP N° 5 Presidencia COMUSAS - El Alto



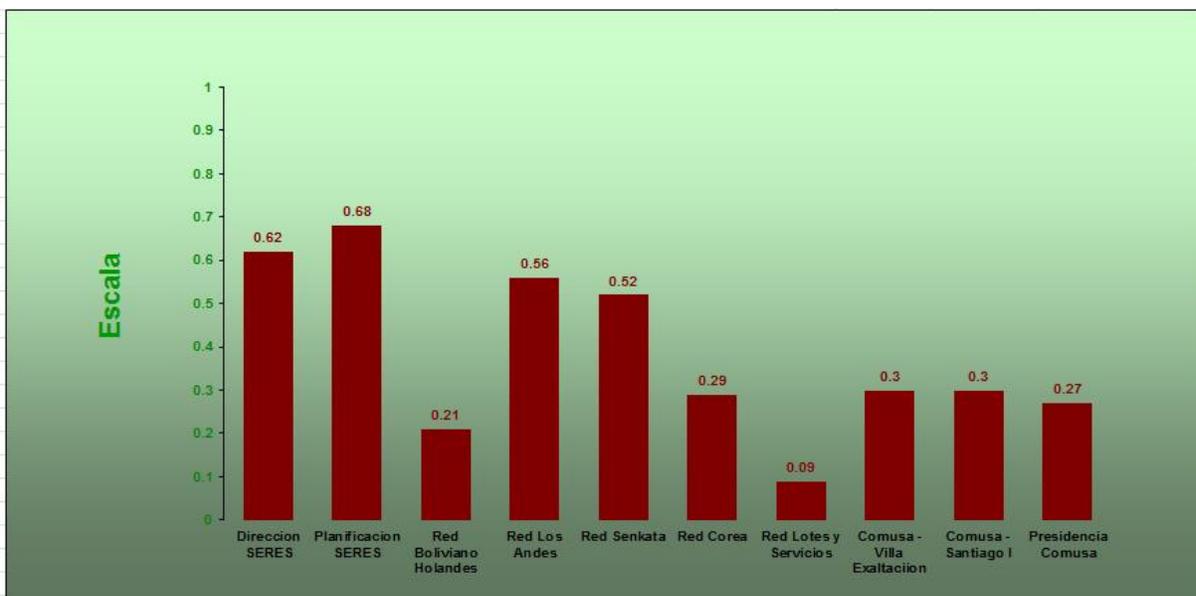
La ciudad El Alto está organizada por las Comisiones Municipales de Salud COMUSA de la ciudad de El Alto respondió la encuesta de la Función Especial de Salud Pública N° 5 “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” obteniendo un valor del 0,27, el mismo demuestra un desempeño medio inferior de esta FESP; en cuanto al indicador N° 1 “Definición regional de objetivos en salud pública” obtuvo un valor del 0,22 el mismo señala un desempeño mínimo de este indicador, el indicador N° 2 “Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública” obtuvo un valor del 0,50 de la misma manera nos indica un desempeño medio inferior del segundo indicador, el indicador N° 3 “Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública” obtuvo un valor del 0,26 equivalente a un desempeño medio inferior en este indicador, el indicador N° 4 “Gestión de la cooperación nacional en salud pública” obtuvo el valor de 0,37 demostrando igualmente un desempeño medio inferior de este indicador y el último indicador N° 5 “Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación

y gestión de la salud pública” obtuvo el valor más bajo del 0 demostrando que éste indicador no tiene desempeño.

Para ultimar con el análisis del resultado de la Presidencia de la COMUSA de la ciudad de El Alto nos focalizaremos en el indicador 5 porque obtuvo un desarrollo mínimo en la entrevista realizada a la persona encargada, quien nos explica que el cambio de paradigma de salud que nuestro país está viviendo en los últimos años se logre un avance del enfoque tradicional de participación hacia un enfoque en el que se reconoce que la participación no es una necesidad que pueda o no ser satisfecha por el estado, sino un derecho inherente a las personas, admitiendo además, que es función primordial del Ministerio de Salud y demás instituciones departamentales, regionales lograr que ese derecho sea exigido y respetado.

9.1.11 RESULTADO FINAL DE LA FESP N° 5 – EL ALTO

Gráfico N° 11 Resultado final de la FESP N° 5 – El Alto



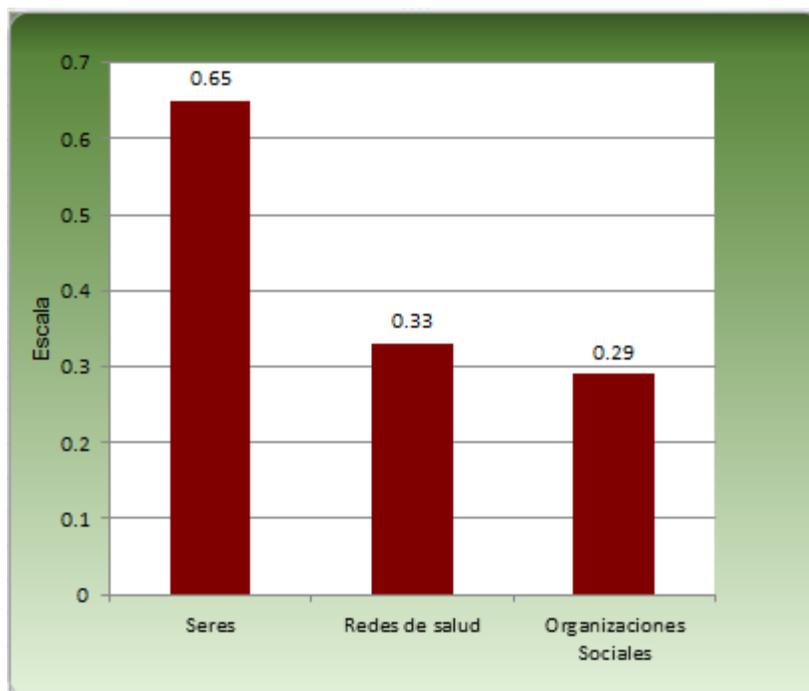
Los 3 grupos de informantes clave concuerdan en que se debe garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población Alteña, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.

El primer grupo de informantes representado por personal ejecutivo del SERES – El Alto finalizan acordando que pretenden brindar un propio estilo de liderazgo, capacidad técnica con el mejoramiento logrado en el estado de salud de la población Alteña, para de esta manera lograr ser una institución con alta credibilidad a nivel regional y nacional y sobretodo lograr que la población los perciba como garantes de su salud y los actores sociales los consideren como sus aliados.

El presente trabajo de investigación propuso 5 objetivos específicos los cuales responden al objetivo general, de las 10 entrevistas realizadas a los 3 grupos de informantes claves obtuvimos los siguientes resultados:

9.1.12 RESULTADO FINAL DE LOS 3 GRUPOS DE INFORMANTES CLAVE - EL ALTO

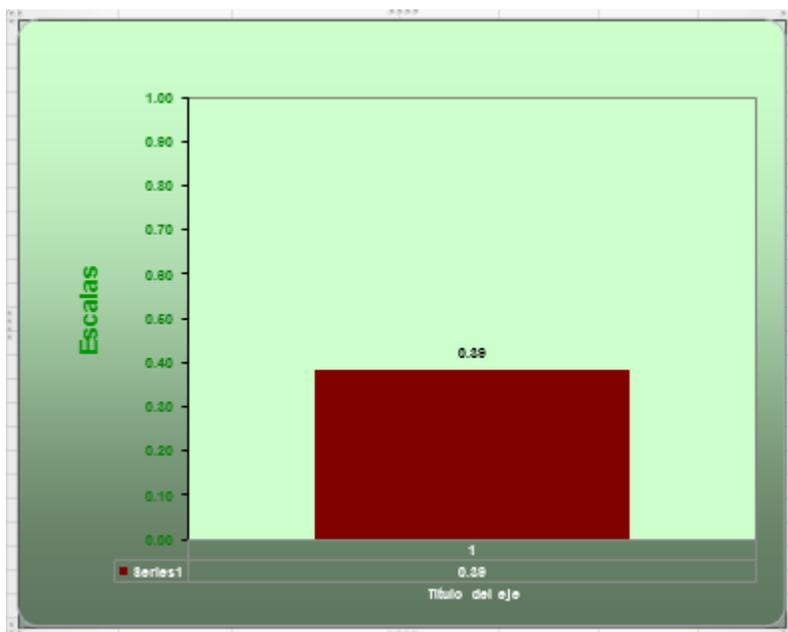
Gráfico N° 12 Resultado final de los 3 grupos de informantes clave - El Alto



Una vez alcanzados los resultados de cada informante clave, se realizó la consolidación de los mismos logrando obtener los promedios de los 3 grupos de informantes clave del presente trabajo de investigación, demostrando que el personal del SERES –El Alto consiguió un desempeño de la FESP del 0,65, encontrándose en el cuartil medio superior, contrastándose este resultado con las redes de salud, éstas obteniendo un desempeño de la FESP de un 0,33 y con las organizaciones sociales, las mismas consiguieron un desempeño de la FESP de un 0,29; ambas encontrándose en el cuartil medio inferior.

9.1.13 RESULTADO FINAL DE LA FESP N°5 – EL ALTO

Gráfico N° 13 Resultado final de la FESP N° 5 – SERES El Alto



Para finalizar podemos concluir que el resultado final de la FESP N° 5 “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” evaluado a 3 grupos de informantes claves de la ciudad de El Alto representado por funcionarios de alto cargo jerárquico del Servicio Regional de Salud, además representado por los 5 coordinadores de las redes de salud de la ciudad y principalmente por los representantes de las organizaciones sociales, nuestros principales usuarios de la salud es que obtuvimos el resultado del 0,39 equivalente a un desempeño medio inferior.

Se suma a la presente una tabla donde encontraremos al proceso del estudio de investigación factores tanto facilitadores como limitadores que se presentaron en el momento de la planificación y ejecución de las entrevistas a nuestros informantes claves:

FACILITADORES DEL PROCESO

- Entrevistadores contaron con encuestas estandarizadas.
- Entrevistadores con compromiso, motivación y actitud responsable.
- Planificación de una agenda para realizar las entrevistas a los informantes clave.
- Se cumplieron a cabalidad las entrevistas planificadas.
- Participación activa de las personas entrevistadas.

LIMITADORES DEL PROCESO

- Escaso compromiso de las autoridades del SERES.
- No hubo apoyo logístico por parte de la Dirección del SERES para realizar las entrevistas a las redes de salud y a las organizaciones sociales.
- Escaso tiempo por parte de los Coordinadores de red para la realización de las entrevistas.
- Largas distancias por recorrer para localizar a los Coordinadores de red y a los representantes de las organizaciones sociales.
- Desconocimiento total de la existencia del instrumento de evaluación por parte de los Coordinadores de red.

10.DISCUSIÓN

Existen países de América que ya cuentan con experiencia en la realización de evaluación de las FESP, en el caso específico de la FESP N° 5 la que es el objeto de investigación del presente estudio ha demostrado que en ninguno de los países de las Américas ha obtenido resultados óptimos relacionados con el “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública”.

En el caso de la provincia de Tucumán en la Argentina obtuvo un resultado del 0,63, teniendo un desempeño ubicado en el cuartil medio superior. En el cuartil medio inferior encontramos a la ciudad del Callao del Perú y a la ciudad de El Alto, ambos obtuvieron un desempeño de 0,49, y 0,39 respectivamente. Y por último, Santiago de Cali en Colombia es la territorio que obtuvo el desempeño más bajo de la región siendo el mismo de 0,21, el cual representa estar en el cuartil mínimo.

Este análisis demuestra la deficiencia de la implementación del “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” que existe aún en los países de las Américas que han realizado esta evaluación, de alguna manera se puede pronosticar que el resto de los países que no han utilizado este instrumento de evaluación pueden encontrarse con la misma falencia.

Sin embargo, esta experiencia de evaluación debe constituirse en un elemento clave para la gestión de la salud pública a nivel regional e incluir un plan de intervención en el plan de desarrollo sectorial para los próximos años. Debido a que se evidenció la necesidad de una articulación interna en el Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto con el Municipio, a fin de potenciar acciones y recursos en torno a la salud pública.

Es mandatorio la formulación, implantación y gestión de un plan de intervención a los resultados de la evaluación del desempeño de las FESP.

11.IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos no son favorables ni son indicativos de un buen desempeño de la FESP N° 5 y por esta razón las consecuencias directas afectan el derecho fundamental de la salud a la población de la ciudad de El Alto.

Indicador	Resultado	Interpretación
1	0.48	cuartil medio inferior
2	0.52	cuartil medio superior
3	0.36	cuartil medio inferior
4	0.43	cuartil medio inferior
5	0.14	cuartil mínimo

Detallamos a continuación la implicancia de cada indicador:

En cuanto al indicador 1 tiene un desempeño medio inferior debido a que 0,60 de los coordinadores de salud y el 0,67 de los representantes de las organizaciones sociales indicaron que es necesario establecer en forma estructurada, un proceso participativo con representación de los distintos sectores de la comunidad en general, para el desarrollo de políticas y planificación en salud pública.

En relación al indicador 2 tiene el desempeño más alto, no obstante, el 0,40 de los coordinadores de las redes de salud y el 0,33 de los representantes de las organizaciones sociales revelaron que es necesario crear una estructura que facilite el seguimiento y evaluación de los planes estratégicos y operativos del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto.

El indicador 3 de igual manera tiene un desempeño medio inferior demostrando que el 0,80 de los coordinadores de las redes de salud y el 1 de los representantes de las organizaciones sociales indicaron que por ser una entidad dependiente del Servicio Departamental de La Paz no logra ejercer liderazgo en la ciudad de El Alto, entonces

es una tarea primordial el poder evaluar la estructura organizacional actual del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto, para la descentralización de la misma, de manera que se amplíen y se garanticen distintos niveles de comunicación e interacción con los niveles centrales de la institución.

El indicador 4 también obtuvo un desempeño medio inferior donde demuestra que el 0,60 de los coordinadores de las redes de salud y el 1 de los representantes de las organizaciones sociales revelan que el Servicio Regional de Salud no cuenta con los recursos necesarios para poder tener la capacidad de negociar cooperación nacional para el desarrollo de proyectos de salud.

Por último el indicador 5 es el que obtuvo el menor puntaje de desempeño, este siendo mínimo donde nos demuestra que el 1 de los actores claves entrevistados tienen pleno conocimiento de que no se logra proveer asesoría y apoyo técnico a los diferentes niveles locales, todos concuerdan que es necesario crear una estructura de apoyo técnico y de asesoramiento a todos los niveles locales de salud de la ciudad de El Alto.

12.AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

Si bien en nuestro país se realizó hace aproximadamente 10 años la evaluación de las FESP en la ciudad de Santa Cruz, el mismo no pudo ser ejecutado exitosamente por varias razones. Es por este motivo que es importante que la ciudad de El Alto logre ser pionera en esta evaluación. Los resultados de esta evaluación serán útiles en varios niveles, empezando por el ente rector en salud de nuestro país precedido por el Ministerio de Salud a nivel nacional, a nivel departamental será igual o de mayor utilidad al Servicio Departamental de Salud como también en el nivel municipal a cargo del Gobierno Autónomo de El Alto, a la OMS/OPS por ser el organismo motivador para que los países de las Américas puedan conocer su situación actual en salud pública y por supuesto que el mayor interesado por los beneficios que pueda obtener será el Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto porque podrán fortalecer las funciones especiales de la salud pública con el uso de un instrumentado validado a nivel internacional.

13.CONCLUSIONES

Se realizó la evaluación del nivel de desempeño de las funciones esenciales de salud pública FESP N°5, a través de un proceso participativo con diversos actores del municipio. Lo que evidencia la necesidad de fortalecer esta función con intervenciones y estrategias acordes a la realidad regional, considerando el desarrollo alcanzado y el trabajo que actualmente realiza el Ministerio de Salud especialmente en gestión de la calidad en los últimos años.

En general se puede concluir que las intervenciones para mejorar el desempeño de las FESP y los correspondientes indicadores están relacionadas a la mejora de los procesos y que obviamente si bien no implica gasto elevado pero sí requiere de liderazgo, de competencias para trabajar la gestión de recursos humanos con sistemas de motivación e incentivos, de crear climas organizacionales favorables para el desempeño de los recursos, de definir las prioridades como región enmarcada en las prioridades nacionales, de planificar metas alcanzables, de definir estrategias de fácil implementación teniendo en cuenta que es imprescindible un trabajo permanente y sostenido por el SERES y finalmente de lograr trazar un camino identificable por todos los actores para el logro de resultados en salud.

Acorde al estándar propuesto para el análisis de esta medición, el 80% de los indicadores alcanza un nivel de desempeño por debajo de la media lo cual evidencia que existen un conjunto de procesos clave, capacidades e infraestructura, asesoría y apoyo a los niveles locales que es importante fortalecer a nivel regional para contribuir a mejorar la eficiencia, equidad y calidad de la atención de salud y asumir los desafíos que plantea el proceso de descentralización sectorial, teniendo en cuenta el rol del SERES en su contexto propio.

Tabla Nº 2 Implicación de los resultados de los 5 indicadores

FESP Nº 5		
Indicador	Descripción	Interpretación
1	La definición regional de objetivos en salud pública	cuartil medio inferior
2	Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública	cuartil medio superior
3	Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública	cuartil medio inferior
4	Gestión de la cooperación nacional en salud pública	cuartil medio inferior
5	Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública	cuartil mínimo

Concluimos para cada indicador de la siguiente manera:

1. La definición regional de objetivos en salud pública.- Si bien es un indicador de un 0,48 de desempeño, la percepción de cada informante clave fue diferente, esto debido a que las autoridades hacen lo posible por cumplir la normativa y legislación nacional en salud, sin embargo, las organizaciones sociales y las redes de salud representados por sus Coordinadores indicaron que hay escaso liderazgo institucional del SERES.
2. Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública.- Este indicador es el de mejor puntaje porque obtuvo un 0,62 empero los Coordinadores de red y las organizaciones sociales apreciaron que existen escasos procesos de monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública para realizar retroalimentación, además de insuficiente participación de los involucrados para definir la agenda de salud regional.
3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión en salud pública.- Este indicador obtuvo un 0,36 de desempeño es importante recalcar que todos los informantes claves concluyeron que es deficiente el presupuesto para salud en

la región y por esta razón el manejo de los recursos es conflictivo; además indicaron que es fundamental elaborar el plan estratégico de la institución.

4. Gestión de la cooperación nacional en salud pública.- Obtuvo este indicador un 0,43 de desempeño, avalado por las autoridades del SERES quienes indicaron que existe relacionamiento con instituciones de otras regiones para recibir cooperación para proyectos regionales en salud, contrariamente opinaron los Coordinadores de red y los representantes de las organizaciones sociales que por escasos recursos y tecnología no se logra tener oportunidades de relacionamiento.
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión en salud pública.- Éste es el indicador de menor desempeño obtuvo un 0,14 avalado por las organizaciones sociales pero por sobre todo por los Coordinadores de red quienes indicaron que no existen programas de entrenamiento a recursos humanos para un desarrollo sustentable.

Se presentaron además excelentes aportaciones para mejorar el instrumento, a partir de la capacidad y calidad profesional y de la experiencia compartida en los temas de las FESP. Así mismo, esta experiencia evaluativa crea una línea base de información para generar futuras acciones de desarrollo y otras evaluaciones de desempeño.

14.RECOMENDACIONES

Este trabajo ha sido realizado mediante la aplicación del instrumento de evaluación de las funciones especiales en salud pública FESP en el Servicio Regional de salud de la ciudad de El Alto SERES, este diagnóstico situacional generó un gran interés y motivación en los participantes, pues con ello pudieron comprender que existe la manera objetiva de contribuir a mejorar el desempeño de las funciones esenciales de salud pública en la ciudad de El Alto, con gran énfasis de la FESP N°5 “*Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública*” ya que la mayoría de los entrevistados creen que ésta es una de las más importantes para mejorar de manera directa e indirecta la salud de la población alteña.

- Se recomienda el apoyo político porque se cree fundamental para que se ejerza una dirección participativa.
- Se recomienda realizar este proceso al inicio de una gestión para evitar generar resistencia como también es conveniente realizar otra medición al finalizar un ciclo de gestión a manera de rendir cuentas.
- Se encomienda que las conclusiones anteriormente mencionadas se reflejen en un plan de acción.
- Se sugiere trasladar la medición del instrumento a otros servicios departamentales de salud, en el caso del departamento de La Paz, debido a que puede ser de gran valor político sectorial para alinear objetivos.
- Se sugiere fortalecer la función para el desarrollo, seguimiento y evaluación de políticas, así como, para la planificación y gestión en salud pública, identificando y conformando equipos capacitados en la formulación y evaluación de políticas.
- Se recomienda definir mecanismos que garanticen los canales bidireccionales de comunicación para solicitar y considerar los aportes de la sociedad civil en la formulación de la política regional.
- Se recomienda que puedan identificar y dotar al personal técnico y operativo para ejercer el liderazgo y mantener una comunicación efectiva con las redes de salud para el logro de los objetivos sanitarios. En las herramientas se

deberían incluir, normas, guías, manuales relacionados con construcción de consensos, movilización de recursos.

- Definir mecanismos que permitan formular, implementar y evaluar los planes estratégicos. Estos deben incluir la formación de alianzas estratégicas con la participación de todos los actores claves.
- Desarrollar estrategias, para optimizar la gestión de la cooperación, orientada al cumplimiento de los objetivos sanitarios de la región.
- Implementar mecanismo de asesoría y apoyo técnicos a redes de salud para el desarrollo y seguimiento de políticas de salud pública.

Para finalizar es importante realizar la evaluación conjunta de todas la FESP, mediante la realización de un taller que tenga como propósito analizar los resultados obtenidos, priorizar las áreas críticas y proponer un plan de intervención para el fortalecimiento del Servicio Regional de Salud de la ciudad de El Alto.

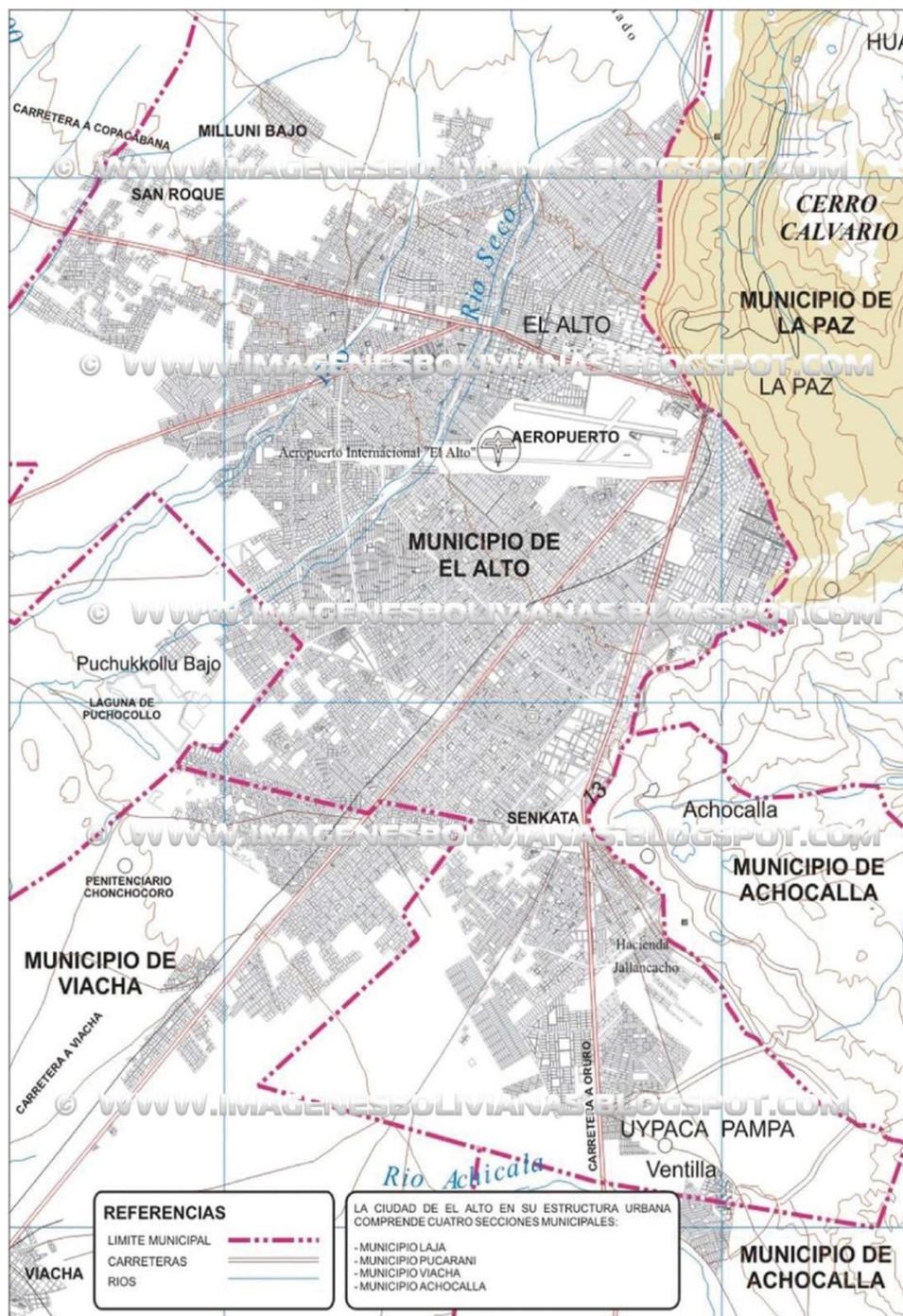
15.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nueva CPE, Asamblea Constituyente de Bolivia, Capítulo segundo, artículo 18.
2. Pantoja Ruiz M. Actualización complementación del Código de Salud de la República de Bolivia. Informe de Consultoría. 2001.
3. Prieto L, Cid C, Análisis de del sector salud de Bolivia, BID, 2010
4. OPS/OMS, Municipios y comunidades saludables: Guía de los alcaldes para promover calidad de vida, Washington, DC, 2002.
5. Políticas públicas. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/chapter4/es/>
6. Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud, Plan Nacional de Desarrollo, Decreto Supremo N° 29272.
7. Estado Plurinacional de Bolivia, Modelo de Atención y de Gestión en Salud en el marco de la “Salud Familiar Comunitario Intercultural – SAFCI”, Decreto Supremo N° 29601, 2008.
8. Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud, Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020, 2009.
9. Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Autonomías, Agenda Patriótica 2025, 2013.
10. Estado Plurinacional de Bolivia, Asamblea Legislativa Plurinacional, Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez, 2010.
11. Honorable Congreso Nacional, Ley de Municipalidades N° 2028, 1999.
12. Funciones esenciales de la salud pública. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/fesp/index.php/las-fesp/funciones-esenciales-de-salud-publica>.

13. Presidencia de la República, Código de Salud, 1978.
14. OPS, CDC, CLAISS, La Salud Pública en las Américas, instrumento de medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, 2001.
15. Gobierno de Tucumán, República de Argentina, Ministerio de Salud Pública, OPS/OPS, Primeras jornadas de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, 2004.
16. República de Colombia – Santiago de Cali, Las Funciones esenciales de la Salud Pública en el Municipio de Santiago de Cali, Informe de evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, 2007.
17. Ministerio de salud del Perú, evaluación del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública a nivel regional en el Perú, 2006.
18. Ciudad de El Alto – Bolivia. Disponible en: <http://www.eabolivia.com/ciudad-de-el-alto.html>.
19. Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, Servicio Departamental de Salud, Unidad desconcentrada – Servicio Regional de Salud de la Ciudad de El Alto. Disponible en: http://www.sedeslapaz.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=305&Itemid=171.

16. ANEXOS

16.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA CIUDAD DE EL ALTO



16.2 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN ESENCIAL DE SALUD PÚBLICA N°5

<i>FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública</i>	
PUNTAJE FINAL FESP 5:	0.00
5.1 La definición regional y subregional de objetivos en salud pública	0.00
<i>5.1.1 ¿El SERES lidera un proceso regional de mejoramiento de salud dirigido al cumplimiento de objetivos sanitarios regionales y locales?</i>	<i>0.00</i>
En todo caso, El SERES:	
5.1.1.1 ¿Solicita aportes a actores claves en la identificación de prioridades en el nivel regional?	0
5.1.1.2 ¿Desarrolla un plan con metas y objetivos regionales relacionados estrechamente con las prioridades sanitarias del país para períodos determinados?	0
Si es así:	0.00
5.1.1.2.1 ¿Estas metas y objetivos de salud están basados en el perfil actual de situación de salud?	0
5.1.1.2.2 ¿Los objetivos de salud están basados en la definición previa de prioridades sanitarias?	0
5.1.1.2.3 ¿Los objetivos sanitarios son consistentes con otros objetivos de desarrollo regional relacionados con las políticas sociales?	0
5.1.1.2.4 ¿Existen adecuados mecanismos de financiamiento para ejecutar los planes y programas dirigidos a lograr los objetivos sanitarios?	0
5.1.1.2.5 ¿El SERES solicita aportes a representantes de la comunidad para la definición de objetivos sanitarios?	0
5.1.1.2.6 ¿El SERES identifica actores y organizaciones responsables de alcanzar los objetivos sanitarios definidos?	0
5.1.1.2.7 ¿El SERES desarrolla indicadores de desempeño para medir el cumplimiento de los objetivos sanitarios definidos?	0
Si es así:	
5.1.1.2.7.1 ¿Este proceso incluye indicadores para cada política, actividad y/o componente del plan?	0
5.1.1.2.8 ¿Se incorpora a otras organizaciones que contribuyen o se benefician de las mejorías del perfil de salud en el desarrollo de estos indicadores?	0
<i>5.1.2 El SERES ¿Utiliza los indicadores para medir el logro de los objetivos sanitarios?</i>	<i>0.00</i>
En todo caso:	0.00
5.1.2.1 ¿Estos indicadores se monitorean y evalúan a través de un proceso participativo?	0
Si es así, este proceso participativo:	0.00
5.1.2.1.1 ¿Incluye actores claves relacionados con el financiamiento de los cuidados de salud?	0

5.1.2.1.2 ¿Incluye actores claves involucrados en la compra de servicios de salud (gestión del financiamiento de los cuidados de salud)?	0
5.1.2.1.3 ¿Incluye actores claves de la provisión de servicios de salud?	0
5.1.2.1.4 ¿Contribuye a implementar una política regional de salud?	0
<i>5.1.3 El SERES, ¿Evalúa a sus actuales y potenciales aliados para determinar el grado de apoyo y compromiso en el desarrollo, implementación y evaluación del proceso regional de mejoría de la salud?</i>	<i>0.00</i>
En todo caso:	
5.1.3.1 ¿Se evalúa este proceso con el sector público de salud?	0
5.1.3.2 ¿Y con el sector privado de salud?	0
5.1.3.3 ¿Los resultados de la última evaluación indican que los aliados están bien identificados y preparados para asumir sus responsabilidades en el proceso regional de mejoría de la salud?	0
5.1.3.4 ¿Los resultados de la evaluación ayudan al desarrollo de alianzas con actores claves en el sector público y privado?	0
5.2 Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública	0.00
<i>5.2.1 El SERES, ¿Asume el liderazgo en el desarrollo de la agenda regional de políticas de salud pública?</i>	<i>0.00</i>
En todo caso:	
5.2.1.1 ¿Esta agenda es consistente con los objetivos regionales que han sido definidos por El SERES y sus aliados, y que se describe en el indicador 5.1.1?	0
5.2.1.2 ¿Esta agenda tiene el respaldo y aprobación del más alto nivel de toma de decisiones de la gestión en salud?	0
5.2.1.3 ¿Esta agenda cuenta con el respaldo y aprobación de las instancias de control de la gestión en salud?	0
5.2.1.4 ¿El SERES solicita y considera los aportes de otros tomadores de decisión responsables del cumplimiento de políticas de salud y de la preparación de esta agenda?	0
5.2.1.5 ¿El SERES solicita y considera los aportes de la sociedad civil en el cumplimiento de la política regional de salud pública?	0
<i>5.2.2 ¿El SERES coordina actividades regionales de participación social para la definición de la política regional de salud pública?</i>	<i>0.00</i>
En todo caso, estas actividades incluyen:	
5.2.2.1 ¿La generación de acuerdos en salud pública respecto de áreas de importancia regional?	0
5.2.2.2 ¿La facilitación de foros de opinión pública para recoger testimonios y construir consensos respecto de temas relevantes de la salud pública?	0
5.2.2.3 ¿La comunicación con comités regionales y asesores que son responsables de las políticas de desarrollo?	0
5.2.2.4 ¿La preparación negociada de legislación sanitaria que sustente la definición de la política regional de salud pública?	0

5.2.2.5 ¿El SERES comparte esta agenda con otros involucrados del nivel regional y de los niveles locales?	0
Si es así, esto incluye:	0.00
5.2.2.5.1 ¿Sindicatos?	0
5.2.2.5.2 ¿Asociaciones profesionales?	0
5.2.2.5.3 ¿Grupos privados?	0
5.2.2.5.4 ¿Municipios?	0
5.2.2.5.5 ¿Grupos de consumidores?	0
5.2.2.5.6 ¿Organizaciones comunitarias?	1
5.2.2.5.7 ¿Organizaciones no gubernamentales?	0
5.2.2.6 El SERES ¿Desarrolla políticas que se traducen en cuerpos legales y regulación en salud pública?	0
Si es así:	
5.2.2.6.1 ¿Puede dar un ejemplo específico de ley o regulación elaborada en el último año?	0
5.2.3 El SERES, ¿Monitorea y evalúa las actuales políticas de salud pública para medir su impacto?	0.00
En todo caso, El SERES:	
5.2.3.1 ¿Alerta a los tomadores de decisión y público en general, acerca del impacto que pueden tener los resultados derivados de la implementación de las políticas de salud pública?	0
5.2.3.2 ¿Usa la evaluación para definir e implementar políticas de salud?	0
5.2.3.3 ¿Tiene personal con la experiencia y capacidades necesidades para definir e implementar las políticas de salud pública?	0
Si es así, esta experiencia y capacidades incluye habilidades en:	0.00
5.2.3.3.1 ¿Elaboración de propuestas en políticas de salud pública?	0
5.2.3.3.2 ¿Elaboración de propuestas de legislación en salud pública?	0
5.2.3.3.3 ¿Conducción de foros públicos para la definición de políticas de salud pública?	0
5.2.3.3.4 ¿Priorización de temas de política de salud pública?	0
5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública	0.00
5.3.1 El SERES ¿Desarrolla la capacidad institucional para ejercer el liderazgo en la gestión de salud?	0.00
En todo caso, El SERES:	0.00
5.3.1.1 ¿Posee las capacidades de gestión necesarias para ejercer su liderazgo en el sistema de salud?	0
Si es así, estas capacidades incluyen:	0.00
5.3.1.1.1 ¿Herramientas para la construcción de consensos?	0
5.3.1.1.2 ¿Promoción de la colaboración intrasectorial?	0
5.3.1.1.3 ¿Resolución de conflictos?	0
5.3.1.1.4 ¿Técnicas de comunicación?	0

5.3.1.1.5 ¿Movilización de recursos?	0
5.3.1.1.6 ¿Promoción de la colaboración intersectorial?	0
5.3.1.2 ¿Utiliza su liderazgo para conducir al sistema de salud hacia los objetivos sanitarios definidos?	0
5.3.1.3 ¿Cuenta con suficiente personal capacitado para la comunicación efectiva de la visión y de las estrategias que permiten su operación con enfoque sistémico?	1
5.3.2 <i>El SERES ¿Desarrolla la capacidad institucional para toma de decisiones basada en evidencia?</i>	0.00
En todo caso, El SERES:	0.00
5.3.2.1 ¿Cuenta con capacidades para una gestión basada en evidencia en los procesos de planificación, toma de decisiones y evaluación de actividades?	0
Si es así, El SERES:	0.00
5.3.2.1.1 ¿Posee las capacidades necesarias para recolectar, analizar, integrar y evaluar información proveniente de diversas fuentes?	0
5.3.2.1.2 ¿Cuenta con sistemas de información capaces de procesar la información recolectada y construir una base de datos que pueda ser usada en los procesos de planificación?	0
Si es así, el procesamiento de datos que alimentan la base de datos dan cuenta de:	0.00
5.3.2.1.2.1 ¿Los recursos existentes en el sector salud?	0
5.3.2.1.2.2 ¿Análisis de costos?	0
5.3.2.1.2.3 ¿Producción de servicios?	0
5.3.2.1.2.4 ¿Calidad de los servicios?	0
5.3.2.1.3 ¿Utiliza la información de diversas fuentes para mejorar la toma de decisiones en la gestión de los servicios de salud pública en todos los niveles?	0
5.3.2.1.4 ¿Estimula y facilita el uso de información del estado de salud de la comunidad en la toma de decisiones?	0
5.3.2.1.5 ¿Cuenta con personal calificado para el uso de la información para la toma de decisiones basada en evidencia?	0
Si es así:	
5.3.2.1.5.1 ¿Este personal produce la información en formatos simples?	0
5.3.2.2 ¿Utiliza metodologías científicas de investigación de los sistemas de salud para informar la toma de decisiones y los procesos de evaluación?	0
5.3.2.3 ¿Cuenta con sistemas de supervisión y evaluación que miden el alcance de metas y objetivos definidos?	0
5.3.2.4 ¿Cuenta con indicadores de desempeño claros y bien definidos como parte integral del sistema de salud?	0
Si es así, estos indicadores de desempeño:	0.00
5.3.2.4.1 ¿Se recolecta y analiza basándose en la obtención consistente y sistemática de información?	0
5.3.2.4.2 ¿Se utilizan para el mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud?	0

5.3.2.4.3 ¿Puede dar un ejemplo de estos indicadores de desempeño en uso?	0
5.3.2.5 ¿Cuenta con personal calificado para la comunicación efectiva de resultados de sus acciones?	0
5.3.3. <i>El SERES ¿Desarrolla la capacidad institucional de planificación estratégica?</i>	0.00
En todo caso, El SERES:	
5.3.3.1 ¿Cuenta con el personal con la experiencia y capacidades necesarias para el diseño e implementación de procesos de planificación estratégica?	0
5.3.3.2 ¿Utiliza la planificación estratégica como parte de sus actividades y operaciones?	0
Si es así:	0.00
5.3.3.2.1 El SERES ¿Ha llevado a cabo un proceso de planificación estratégica en el último año?	0
Si es así, este proceso:	0.00
5.3.3.2.1.1 ¿Define la visión y misión de El SERES?	0
5.3.3.2.1.2 ¿Analiza las fortalezas y debilidades de El SERES?	0
5.3.3.2.1.3 ¿Identifica oportunidades y amenazas para El SERES?	0
5.3.3.2.1.4 ¿Define objetivos y estrategias para El SERES?	0
5.3.3.2.1.5 ¿Logra la construcción de alianzas para la implementación de ese plan estratégico?	0
5.3.3.2.1.6 ¿Define mediante consenso, las tareas y responsabilidades necesaria para llevar a cabo el proceso?	0
5.3.3.2.1.7 ¿Realiza su evaluación sistemática y en forma interactiva?	0
5.3.3.2.2 ¿Coordina esta planificación estratégica y las actividades colaborativas con otras instituciones?	0
5.3.4 <i>El SERES ¿Mantiene un proceso permanente de desarrollo organizacional?</i>	0.00
En todo caso, El SERES:	
5.3.4.1 ¿Cuenta con una visión organizacional clara y compartida?	0
5.3.4.2 ¿Garantiza que posee una cultura, procesos y estructura organizacional que continuamente aprende de los cambios en el medio externo y adecua sus respuestas a estos cambios?	0
Si es así, El SERES	0.00
5.3.4.2.1 ¿Examina su cultura organizacional?	0
5.3.4.2.2 ¿Realiza una evaluación del desempeño de toda la organización?	0
Si es así:	
5.3.4.2.2.1 ¿Esta evaluación es utilizada para adecuar sus respuestas a los cambios en el medio externo?	0
5.3.4.3 ¿Define estándares de excelencia?	0
Si es así, El SERES:	0.00
5.3.4.3.1 ¿Desarrolla las estrategias necesarias para alcanzar estos estándares?	0
5.3.4.3.2 ¿Entrega los recursos necesarios para cumplir con estos estándares?	0
5.3.4.3.3 ¿Facilita la implementación de estos estándares en la práctica habitual?	0
5.3.4.3.4 ¿Cuenta con una cultura organizacional que asegura el empoderamiento del personal en función de su propio desarrollo?	0

5.3.5 <i>El SERES ¿Desarrolla la capacidad institucional de gestión de recursos?</i>	0.00
En todo caso, El SERES:	
5.3.5.1 ¿Cuenta con las capacidades para gestionar recursos?	0
Si es así, El SERES:	0.00
5.3.5.1.1 ¿Cuenta con las habilidades para reasignar los recursos en función de las prioridades y necesidades de cambio institucional?	0
Si es así:	0.00
5.3.5.1.1.1 ¿Puede dar un ejemplo de reasignación de recursos durante el último año?	0
5.3.5.1.1.2 ¿Utiliza sus capacidades de gestión de recursos para asegurar eficiencia, calidad y equidad en los servicios de salud?	0
5.3.5.1.1.3 ¿Cuenta con un staff entrenado en tecnologías de gestión capaz de proveer asesoría en la selección y gestión de tecnologías apropiadas?	0
5.4 Gestión de la cooperación interregional en salud pública	0.00
5.4.1 <i>¿El SERES cuenta con las capacidades y recursos para conducir, negociar y llevar a cabo procesos de cooperación nacional en el área de salud pública?</i>	0.00
En todo caso, El SERES:	
5.4.1.1 ¿Cuenta con los recursos y tecnología necesaria para buscar oportunidades de cooperación nacional que le permitan enfrentar mejor las prioridades regionales de salud, con bases de datos de gran escala?	0
5.4.1.2 ¿Cuenta con el conocimiento de las políticas, las prioridades, las condiciones y los requisitos que los diferentes organismos de cooperación nacional tienen para la asignación de recursos?	0
5.4.1.3 ¿Cuenta con las capacidades necesarias para el desarrollo de proyectos de cooperación con instituciones dentro y fuera de su ámbito de trabajo?	0
Si es así, estas capacidades incluyen:	0.00
5.4.1.3.1 ¿El desarrollo de amplios programas de cooperación con agencias nacionales?	0
5.4.1.3.2 ¿El desarrollo específico de proyectos de cooperación de corto plazo?	0
5.4.1.3.3 ¿El desarrollo de proyectos de cooperación entre regiones?	0
5.4.1.4 ¿Garantiza que todo proyecto de cooperación es evaluado sistemáticamente junto con su contraparte nacional?	0
Si es así:	
5.4.1.4.1 El SERES ¿Cuenta con profesionales en todos los niveles del sistema de salud capaces de participar en esta evaluación?	0
5.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública	0.00
5.5.1 <i>¿El SERES asesora y provee apoyo técnico a los niveles locales en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de actividades de salud pública?</i>	0.00
En todo caso, este apoyo incluye:	

5.5.1.1 ¿Entrenamiento en métodos efectivos de planificación en salud pública?	0
5.5.1.2 ¿Entrenamiento en métodos para la definición de políticas de salud pública?	0
5.5.1.3 ¿Entrenamiento en métodos para el desarrollo de una gestión sustentable?	0
Si es así, El SERES:	0.00
5.5.1.3.1 ¿Cuenta con programas de entrenamiento para el desarrollo sustentable de la gestión orientada a mejorar la capacidad institucional de los niveles locales?	0
5.5.1.3.2 ¿Provee entrenamiento en servicio?	0
5.5.1.3.3 ¿Provee educación continua formal?	0
5.5.1.3.4 ¿Ha desarrollado vínculos con escuelas u organizaciones que entregan programas de entrenamiento para el desarrollo sustentable de la gestión que mejoren la capacidad institucional de los niveles locales?	0
5.5.1.4 ¿Asesoría sobre estrategias efectivas de identificación y enfrentamiento de prioridades locales de salud?	0
5.5.1.5 ¿Los recursos necesarios para apoyar a los niveles locales en sus actividades de planificación estratégica?	0
5.5.1.6 ¿La facilitación para el desarrollo de procesos de planificación local en salud?	0
5.5.1.7 ¿La promoción de la integración de los esfuerzos de planificación local con otras iniciativas similares?	0
5.5.1.8 ¿El fortalecimiento de los procesos de descentralización de la gestión en salud pública?	0
5.5.1.9 ¿Asesoría para apoyar el mejoramiento continuo de la gestión en los niveles locales?	0
5.5.2 <i>El SERES ¿Cuenta con los sistemas necesarios para detectar en forma rápida y precisa las necesidades de mejoramiento de la gestión de los niveles locales?</i>	0.00
En todo caso, estos mecanismos y políticas del sistema en todos los niveles facilitan:	
5.5.2.1 ¿La detección de deficiencias en las capacidades de gestión de los niveles locales?	0
5.5.2.2 ¿La respuesta rápida frente a deficiencias relevantes de los niveles locales?	0
5.5.2.3 ¿Puede mencionar un ejemplo específico de estos mecanismos que se haya implementado en los últimos dos años?	0