

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL SERES EL ALTO EN  
EVALUAR Y PROMOCIONAR A LOS SERVICIOS DE SALUD REGIONALES  
PARA MEJORAR EL ACCESO EQUITATIVO DE LA POBLACION  
EN LA GESTION 2014**

**POSTULANTE: LUIS ALBERTO WILCARANI ALA  
TUTOR: DR. JIMMY ALEJO POCOMA**

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER  
SCIENTIARUM EN SALUD PUBLICA MENCION GERENCIA EN SALUD**

**La Paz - Bolivia  
2015**

## RESUMEN EJECUTIVO

El Estado Plurinacional de Bolivia tiene la misión de velar por la salud de la población, por lo que están amparadas en normativas específicas del sector salud. La situación epidemiológica nos muestra el avance del acceso a los Servicios de Salud en El Alto, cuya población cuenta con un índice de camas de Hospitalización x 10 000 habitantes de 121 camas en primer nivel, 263 en segundo nivel y 77 en tercer nivel. Además cuenta con 82 centros de salud, 6 Hospitales de segundo nivel y 1 Hospital de tercer nivel para una población total de 848.840 habitantes según el Censo del INE del 2012.

El SERES El Alto es la institución pública, gerencial con competencias para el análisis de esta información, y que a partir de esta se formulen acciones, planes y estrategias que vayan a combatir las inequidades en salud y así se mejoren los indicadores en la ciudad de El Alto como el número de Consultas Externas realizadas en la ciudad de El Alto que en 2008 fue de 681.476 y el 2012 era de 798.582 consultas.

El objetivo general del presente estudio fue “Determinar el nivel de cumplimiento actual del SERES EL ALTO en evaluar y promocionar a los servicios de salud regionales para mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios para garantizar este derecho a la población alteña”. Los objetivos específicos son: Verificar si el SERES El Alto realizan acciones para Monitorizar y evaluar a los servicios de salud; Establecer si desarrollan conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los servicios de salud a la población; Verificar si abogan por acciones eficientes para mejorar el acceso a los servicios de salud y por ultimo Evaluar la Asesoría y apoyo técnico a los niveles subregionales.

Fue una investigación descriptiva por que buscamos conocer la situación actual de la evaluación y promoción de los servicios de salud y transversal por que no se realizara el seguimiento de la información. La medición del estudio se hizo en base

al instrumento brindado por la OMS/OPS, esta se realizó en 3 fases; adecuación, entrevista personalizada y análisis de datos. La unidad de Observación fueron 14 personas: Responsable del área de Redes, la Responsable de Farmacias y Laboratorios, Responsable de Acreditación y Certificación, Responsable de Epidemiología, Responsable del PAI, Responsable de Tuberculosis, Responsable del Control Sanitario, Responsable de Planificación, Responsable de Promoción de la Salud, Coordinador de la Red Senkata, Coordinador de Red Corea, Coordinador de la Red Lotes y Servicios, Coordinador de la Red Los Andes y Coordinador de la Red Boliviano Holandés.

El plan de análisis fue con variables dicotómicas, la evaluación de cada uno de los indicadores utilizados en la evaluación tiene un valor que oscila entre 0,00 y 1,00, si es afirmativa su valor es de uno, si es negativa el valor es cero.

El análisis se realiza, con la siguiente clasificación de valores: 0,76-1,0 = Cuartil de desempeño óptimo; 0,51-0,75 = Cuartil de desempeño medio superior; 0,26-0,50 = Cuartil de desempeño medio inferior y 0,0-0,25 = Cuartil de desempeño mínimo. El resultado total del estudio fue de 0.51 (Cuartil Medio Superior), y en el Indicador 1 se obtuvo 0.29, Indicador 2 se obtuvo 0.68, Indicador 3 se obtuvo 0.66 y en el Indicador se obtuvo 0.40. Se obtuvo mayores puntajes en las Coordinaciones de Red probablemente porque estas son más operativas.

Como conclusiones principales tenemos que se realizan actividades y acciones para cumplir con esta función, supervisan los sectores públicos y privados siendo la debilidad la seguridad social, coordinan con la estructura social para abogar para disminuir las barreras pero la asesoría y apoyo técnico a las Redes deben ser fortalecidas. Se recomienda fortalecer la rectoría en la seguridad social a través de coordinación con la instancia correspondiente, pero además se debe poner énfasis en las solicitudes del nivel operativo en lo que se refiere a recursos humanos, financieros e infraestructura.

## ACRONIMOS

<b>FESP</b>	Función Esencial de la Salud Pública
<b>PSD</b>	Plan Sectorial de Desarrollo
<b>CPE</b>	Constitución Política del Estado
<b>PND</b>	Plan Nacional de Desarrollo
<b>SAFCI</b>	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
<b>SEDES</b>	Servicio Departamental de Salud
<b>SERES</b>	Servicio Regional de Salud
<b>NBI</b>	Necesidades Básicas Insatisfechas
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica Para América Latina y el Caribe
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>ENDSA</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
<b>MSyD</b>	Ministerio de Salud y Deportes
<b>MS</b>	Ministerio de Salud
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>NV</b>	Nacidos Vivos
<b>CaCU</b>	Cáncer Cervico Uterino
<b>SUMI</b>	Seguro Materno Infantil
<b>SSPAM</b>	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
<b>HVP</b>	Virus del Papiloma Humano (siglas en ingles)
<b>IVAA</b>	Inspección Visual con Ácido Acético
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Salud
<b>IRA</b>	Infección Respiratoria Aguda
<b>EDA</b>	Enfermedad Diarreica Aguda
<b>POA</b>	Plan Operativo Anual
<b>GADLP</b>	Gobierno Autónomo Departamental de La Paz
<b>GAMEA</b>	Gobierno Autónomo Municipal de El Alto
<b>UDSEA</b>	Unidad Desconcentrada de Salud de El Alto

<b>CAI</b>	Comité de Análisis de Información
<b>ONG</b>	Organización no Gubernamentales
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional de Información en Salud
<b>COLOSA</b>	Comité Local de Salud
<b>COMUSA</b>	Comité Municipal de Salud
<b>UMSA</b>	Universidad Mayor de San Andrés
<b>UPEA</b>	Universidad Pública de El Alto
<b>ENS</b>	Escuela Nacional de Salud
<b>FEJUVE</b>	Federación de Juntas Vecinales

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN</b>	<b>11</b>
<b>3. MARCO TEORICO</b>	<b>16</b>
3.1 ACCESO A LA SALUD	16
3.1.1. CONCEPTO	16
3.1.2. EVALUACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	17
3.1.2.1 EL ACCESO COMO UTILIZACION DE SERVICIOS	17
3.1.3 BARRERAS DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	18
3.1.3.1 BARRERAS RELACIONADAS CON EL FINANCIAMIENTO	19
3.1.3.2 BARRERAS FÍSICAS PARA EL ACCESO	20
3.1.3.3 BARRERAS PARA EL ACCESO DENTRO DE LOS PROGRAMAS	20
3.1.3.4 BARRERAS INDIVIDUALES	22
3.2 EXCLUSION EN SALUD	25
3.2.1 CONCEPTO	25
3.2.2 CAUSAS DE LA EXCLUSION EN SALUD	26
3.3 SERVICIOS DE SALUD	27
3.3.1 CONCEPTO	27
3.3.2 CLASIFICACION	28
3.3.3. SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA	29
3.3.4 PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD	30
3.4 ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA	32
3.4.1 ENFOQUE DE LA SALUD EN BOLIVIA	32
3.4.2 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE SALUD NACIONAL	33
3.4.3 SISTEMA ÚNICO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI)	33
3.5 SITUACION DE LA EXCLUSION SOCIAL EN SALUD	34
3.5.1 RESULTADOS DE LA COBERTURA DE PARTO DEL CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA 2012	37

3.5.2 PROGRAMAS Y SEGUROS NACIONALES.....	37
3.5.3 FACTORES PARA LA EXCLUSION DE LA POBLACION .....	38
3.5.4 BARRERAS DEL ACCESO A LO SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA....	40
3.5.5 ACCIONES PARA LA EQUIDAD EN SALUD EN BOLIVIA.....	41
3.6 ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA CUIDAD DE EL ALTO.....	42
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>48</b>
<b>5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>6. REVISION BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>48</b>
<b>7. OBJETIVOS .....</b>	<b>51</b>
7.1. GENERAL .....	51
7.2 ESPECÍFICOS .....	51
<b>8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>51</b>
8.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES.....	52
8.2. MEDICIONES.....	53
8.2.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN .....	55
8.2.2. MUESTRA .....	55
8.2.3. PLAN DE ANÁLISIS .....	57
8.2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	57
<b>9. RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
9.1 RESULTADOS EN EL SERES.....	59
9.2 RESULTADOS DE LAS COORDINACIONES DE RED .....	67
<b>10. DISCUSION.....</b>	<b>91</b>
<b>11. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>94</b>
<b>12 AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS.....</b>	<b>96</b>
<b>13 CONCLUSIONES .....</b>	<b>97</b>
<b>14 RECOMENDACIONES .....</b>	<b>104</b>
<b>15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>108</b>

## INDICE DE TABLAS

1. Tabla 1: Cobertura Poblacional Teórica de los Seguros Públicos en Bolivia, 2010\_\_\_\_\_Pag.34
2. Tabla 2: Indicadores de Salud de la Ciudad de El Alto, 2006 \_\_\_\_\_Pag.41

## INDICE DE GRAFICOS

1. Grafico nº 1: Evolución de la Mortalidad Neonatal E infantil y de la Niñez en Bolivia, Periodo 1995 a 2008\_\_\_\_\_ Pág. 31
2. Grafico nº 2: Tasas de Mortalidad Neonatal por Área Grafica y año en Bolivia, 2008\_\_\_\_\_Pag.32
3. Grafico nº 3: Tasa de Mortalidad Perineonatal y Neonatal en Bolivia, 2008\_\_\_\_\_Pag.33
4. Grafico nº4: Puntuación de los 4 Indicadores de la FESP 7 en el SERES El Alto, gestión 2014\_\_\_\_\_pág. 54
5. Grafico nº5: Puntuación de los 10 subindicadores de la FESP 7 en el SERES El Alto, gestión 2014\_\_\_\_\_pag.57
6. Grafico nº6: Puntuación de los 4 indicadores de la FESP 7 en la Coordinación de la Red Lotes y Servicios, gestión 2014\_\_\_\_\_pag.60
7. Grafico nº7: Puntuación de los 4 indicadores de la FESP 7 en la Coordinación de Red Senkata, gestión 2014\_\_\_\_\_ pag.65
8. Grafico nº8: Puntuación de los 4 indicadores de la FESP 7 en la Coordinación de Red Boliviano Holandés, gestión 2014\_\_\_\_\_pag.69
9. Grafico nº9: Puntuación de los 4 indicadores de la FESP 7 en la Coordinación de Red Los Andes, gestión 2014\_\_\_\_\_pag.73
- 10.Grafico nº10: Puntuación de los 4 indicadores de la FESP 7 en la Coordinación de Red Corea, gestión 2014\_\_\_\_\_pag.77

## 1. INTRODUCCIÓN

El Estado Plurinacional de Bolivia como todo país vela por la salud de su población, por lo que brinda atribuciones a diferentes instituciones en los diferentes niveles, estas instituciones están amparadas en diferentes normativas donde ya se les otorga responsabilidades y funciones.

El SERES El Alto tiene como responsabilidad y función sanitaria proteger el derecho a la salud, por lo que obedece a lineamientos estratégicos para cumplir esta, dentro de estos tenemos implícitamente funciones esenciales de la salud pública que son parámetros brindados por la OMS/OPS que tomamos para evaluar el desempeño de esta institución sanitaria, dentro de nuestro estudio se evaluó la función N° 7(FESP 7), “Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios”, al Servicio Regional de Salud de El Alto, es decir que medimos cuantitativamente a esta institución en el cumplimiento de esta función hacia la población de la ciudad de El Alto.

Es el SERES quien consolida y analiza la información de las 5 Redes de Salud de EL Alto, y realiza los planes y estrategias para cumplir con los lineamientos y garantizar el acceso a los servicios de salud sin exclusión ni discriminación como lo establece el artículo 18 de la Constitución Política del Estado. Es por eso que se revisaron datos estadísticos de la ciudad de El Alto para conocer el contexto, posteriormente las entrevistas realizadas con personal que trabaja dentro de la institución aclararon los métodos que utilizan para cumplir con objetivos trazados desde el Plan Departamental de Desarrollo.

## 2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Como antecedentes citamos los principales documentos normativos y de planificación donde podemos observar que este tema siempre ha sido prioridad para el estado, podemos comenzar citando lo siguiente: La Constitución Política del Estado que fue aprobada mediante referéndum el 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009 donde el “acceso equitativo en los servicios de salud” se garantiza además establece las bases fundamentales del Estado Plurinacional, los derechos, deberes y garantías de la población, la estructura y organización del Estado.

Se reconoce así el derecho a la salud para las personas y el acceso a la salud sin exclusión ni discriminación alguna, y se establece la unicidad del Sistema de Salud (“el Sistema de Salud es único”). Dentro de los artículos referidos Al acceso a los servicios de salud, se puede destacar algunos:

### *ARTÍCULO 18.*

*I. Todas las personas tienen derecho a la salud.*

*II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.*

*III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.*

*.(Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia)*

### *ARTÍCULO 35.*

*I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.*

*II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley. (Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia)*

El “acceso equitativo en los servicios de salud” en el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” (PSD).- es el instrumento de planificación sectorial nacional, que orienta el accionar de todo el Sector Salud en Bolivia, en alineación a los nuevos paradigmas de desarrollo del Estado Plurinacional establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional (CPE) que emana de las propuestas sociales y sanitarias realizadas en la concertación social nacional de las Pre constituyentes de salud del 2006 y del trabajo de coordinación con autoridades y técnicos del nivel nacional, departamental y municipal.

La propuesta del acceso a los servicios de salud de la población, se articula en un Eje de Desarrollo del PND, citado a continuación:

*El primer Eje y el relevante para nuestro tema es el “Acceso Universal al Sistema Único SAFCI” establece la necesidad de erradicar la exclusión social en salud, a partir del desarrollo de los servicios de salud en redes funcionales, con calidad, del desarrollo de la medicina tradicional y de la interculturalidad, y de la gratuidad de la atención; Plan Nacional de Desarrollo Sectorial 2011-2015*

En el Plan Sectorial de Desarrollo aprobado bajo la Resolución Ministerial N° 0889 del 11 de agosto del 2010, en el capítulo II BOLIVIA DIGNA realiza un diagnóstico del acceso a los servicios de salud, además propone como objetivo la “Erradicación de la pobreza, la inequidad y la exclusión social en salud”, presentado en el marco teórico.

El “acceso equitativo en los servicios de salud” en el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural aprobado bajo el Decreto Supremo N° 29601 también nos brinda lineamientos orientado al desarrollo del acceso equitativo a los servicios de salud, podemos mencionar los siguientes artículos:

*ARTICULO 2. (OBJETIVO DEL MODELO)*

*El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural 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.... (Política SAFCI, Ministerio de Salud y Deportes)*

*ARTÍCULO 10.- (REDES DE SERVICIOS)*

*l. A fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, se constituyen las Redes de Servicios. Cada Red deberá (Política SAFCI, Ministerio de Salud y Deportes)*

*ARTÍCULO 15.- (ESTRUCTURA ESTATAL).*

*c. Nivel departamental: Constituido por el Servicio Departamental de Salud 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....(Política SAFCI, Ministerio de Salud y Deportes)*

*ARTÍCULO 17.- (PARTICIPACION DE LA ESTRUCTURA SOCIAL)*

*a. Autoridad Local de Salud: Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargada 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....(Política SAFCI, Ministerio de Salud y Deportes)*

El “acceso equitativo en los servicios de salud” en la Ley N°031 de Autonomías, del 19 de julio del 2010 también brinda lineamientos sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud, mencionamos el:

*ARTÍCULO 81(SALUD) con sus principales responsabilidades:*

*III. De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:*

*1. Gobiernos departamentales autónomos:*

*a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.*

*g) 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. ....( Política SAFCI, Ministerio de Salud y Deportes)*

El “acceso equitativo en los servicios de salud” en la LEY N° 475 del Sistema Integral de Salud, aprobada bajo Decreto Supremo N° 1984 el 20 de diciembre del 2013, establece:

*ARTICULO 6.- (ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES E INTERCULTURALES). El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizara la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a norma vigente. (Política SAFCI, Ministerio de Salud y Deportes)*

Como observamos en todo los documentos oficiales normativos y de planificación se da una gran relevancia a la equidad de los servicios de salud para la población y como al momento no existe información actual que evalué las acciones que

el SERES EL ALTO realiza para evaluar y promocionar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, debemos comenzar a obtener esta información para conocer si estas acciones son las adecuadas e impactan en la calidad de vida de la población.

Con estos resultados podremos determinar si es necesario mejorar, actualizar o cambiar dichas acciones o si estas son suficientes, logrando aportar al mejoramiento del desarrollo de la Salud Pública en los niveles regionales, pero además podemos brindar la oportunidad de fortalecer el liderazgo de estas autoridades proponiendo acciones en base a los resultados hallados.

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1 ACCESO A LA SALUD**

##### **3.1.1. CONCEPTO**

Para entender este concepto debemos revisar algunos de los más relevantes y actuales, los cuales los mencionamos a continuación: La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer.(1)

En nuestro medio departamental debemos tratar de ahondar en el análisis de la accesibilidad, ya que la oferta viene de nuestros subsectores público, privado y seguridad social, cada uno con diferentes criterios y sistemas. Así que debemos considerar de otra forma el concepto.

El análisis de la accesibilidad desde los servicios de salud requiere de una articulación con el análisis de la subjetividad de quienes lo utilizan, de lo contrario el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas. Es necesario plantear la complejidad que se entreteje en los saberes y prácticas de las personas a las que se dirigen los servicios de salud a la hora de hacer ejercicio de un derecho. El problema de analizar la accesibilidad, únicamente desde la oferta, traería como consecuencia una respuesta que no implica subjetivamente a aquellos que necesitan los servicios asistenciales.(1)

Incluyendo la subjetividad al contexto del Departamento de La Paz, podemos asimilar mejor el concepto, por ejemplo la barrera de la lengua no significa mucho en los servicios de salud privados, seguridad social pero si en lo público repercute de gran forma.

### **3.1.2. EVALUACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

Distintos modelos han sido utilizados para estudiar el acceso a la atención de salud. A continuación mencionaremos los más relevantes: Por su parte el Bureau of Health Services Research and Evaluation –Bhsre- ha desarrollado un indicador empírico del concepto de acceso basado en necesidad –la razón uso-discapacidad (el número de visitas médicas por 100 días de discapacidad experimentado); esto operacionaliza explícitamente esta consideración de acceso como el uso de servicios por la población bajo riesgo relativo a su necesidad expresada por atención (Health Services Research and Training Program, 1972).(2)

Otros autores por su parte sostienen que el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, y la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario; en este sentido, enfatizan el modo como las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen en la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Además se identifican cuatro dimensiones de las cuales depende el acceso: características contextuales (sistema de salud, familia y comunidad), características individuales, conductas de salud y resultados. Estos autores consideran que las características contextuales e individuales determinan las conductas de salud y los resultados del proceso de acceso, las cuales retroalimentan a las otras dimensiones.

#### **3.1.2.1 EL ACCESO COMO UTILIZACION DE SERVICIOS**

Para explicar las determinantes del uso de servicios de salud deben incorporar factores poblacionales que inciden en la búsqueda de la atención como las necesidades de la salud, y la propensión o deseo del paciente a buscar atención,

esta depende de actitudes, conocimiento de atención en salud y definiciones sociales y culturales de enfermedad.

La SAFCI trata en englobar estas determinantes y las actitudes de las personas y comunidades, enfocándose en los objetivos de; Contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud, Reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud; Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, la familia y la comunidad; Aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los Pueblos Indígena Originarios Campesino.(6)

### **3.1.3 BARRERAS DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

Hay varias clases de barreras para el acceso a los servicios de salud y comunitarios. Una se refiere al financiamiento, sin el cual los servicios necesarios no existirían o no serían los adecuados para cubrir las necesidades. Otra es física, y se refiere al acceso de las personas con impedimentos físicos y al cumplimiento de las leyes en cuanto a ese asunto. Una tercera involucra los programas, los cuales, aún con adecuado financiamiento, pueden ser ineficaces o pueden no estar llegando a quienes los necesitan. La cuarta tiene que ver con las barreras personales de los participantes individuales, las cosas o circunstancias en sus vidas que les impiden hacer uso de los servicios. A continuación, veremos cada una de ellas.

El nivel de salud está condicionado por los determinantes sociales de la salud (DSS), definidos como “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud”. Los DSS incluyen las características específicas del contexto social por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive y trabaja se traducen en efectos sobre la salud.(4)

### 3.1.3.1 BARRERAS RELACIONADAS CON EL FINANCIAMIENTO

Una vez que se ha establecido una determinada necesidad en la comunidad, el asunto central es si hay programas (o financiamiento potencial para programas) disponibles para atenderla. Si no los hay, pueden existir una serie de razones:

- Falta de recursos locales. El estado o comunidad local pueden simplemente no tener el dinero para financiar los servicios.
- Falta de reconocimiento de que hay un problema. El estado, condado o comunidad simplemente pueden no haberse dado cuenta de que hay una cantidad significativa de sus ciudadanos que carecen de conocimientos básicos, de que la tasa de embarazos adolescentes es alta, o de que un gran número de sus niños no están vacunados al momento de ingresar en la escuela. Podrían estar más que dispuestos a apoyar el establecimiento de los servicios necesarios si comprendieran la necesidad de los mismos.
- Confusión o desánimo para encarar el problema. Puede parecer aplastante tratar de afrontar la propagación de la violencia juvenil en la comunidad o de tratar de hacer algo con la contaminación extendida en el agua potable local. La comunidad puede estar consciente del problema, y hasta de estar dispuesta a hacer algo al respecto, pero no tener idea por dónde empezar.
- Falta de voluntad para encarar el problema. Las comunidades (o estados o gobiernos locales) pueden estar agobiados por otros problemas, y considerar a éste como de baja prioridad. Pueden sentir, cínicamente, que la población objetivo no merece servicios o que ellos no tienen que prestar atención a las necesidades de la población objetivo porque ésta no tiene suficiente influencia política o económica.(2)

Adecuación de los servicios disponibles para cubrir las necesidades.

- Aun cuando los servicios estén disponibles, eso no necesariamente soluciona el problema. ¿Pueden esos servicios admitir y manejar la

cantidad de personas que los necesita? Una vez más, la respuesta a esta pregunta es fundamentalmente una cuestión de financiamiento. Con el objeto de atender a todos los que necesitan de sus servicios, los programas deben tener suficiente personal, espacio y equipamiento y/o materiales y suministros. Deben ser de fácil acceso para personas con impedimentos físicos o de otros tipos. Sin estos elementos, el programa esencialmente no existe para quienes no pueden usarlo.

### **3.1.3.2 BARRERAS FÍSICAS PARA EL ACCESO**

A la gente con impedimentos físicos o de otros tipos, por lo general, las barreras para el acceso le parecen más visibles. Las obvias – falta de rampas para sillas de ruedas y baños adecuados para personas con impedimentos, por ejemplo – pueden ser difíciles de resolver a causa del costo, especialmente para organizaciones comunitarias y organizaciones locales.

### **3.1.3.3 BARRERAS PARA EL ACCESO DENTRO DE LOS PROGRAMAS**

La disponibilidad de servicios no les garantiza necesariamente a los miembros de la población objetivo el acceso a lo que necesitan. Los participantes tienen que enterarse de que los programas existen, tienen que estar dispuestos a participar en ellos y tienen que recibir un servicio efectivo y útil de los mismos. Hay una serie de razones por las que estas condiciones pueden no prevalecer.

**Falta de capacidad de alcance.-** Los programas pueden no tener el tiempo y financiamiento para que el personal pueda llegar a la población objetivo con información sobre lo que tienen disponible. Éste podría ser un problema de organización y planificación, pero puede también tener que ver con la comprensión que el programa tiene de la comunidad y de la necesidad de alcance.

**Alcance inefectivo.-** Por otro lado, un programa puede estar embarcado en actividades de alcance intensas, pero de una manera que no llega a los individuos o grupos deseados. Puede estar presentando su mensaje en el lenguaje equivocado o en una forma que no llega a su público objetivo.

**Percepción negativa del programa.-** La comunidad como un todo o la población objetivo pueden ver al programa – o a la organización que lo dirige – de manera negativa. Esta percepción puede ser merecida o no, pero cualquiera de las dos posibilidades es un problema serio. Cualquiera que sea la razón, los sentimientos negativos sobre el programa pueden mantener a la gente alejada. Asequibilidad, elegibilidad y otros temas planteados por los recursos organizativos o los patrocinadores. Dependiendo del nivel de financiamiento, se puede tener que cobrarle algo a la gente por los servicios. Si las personas no pueden pagar y no hay una fuente alternativa de financiamiento para ellos, entonces el servicio no estará disponible. De igual modo, si un patrocinador tiene ciertos requerimientos para calificar por un servicio e ingresos por debajo de un cierto nivel, afiliación a un grupo determinado (receptores de asistencia social, por ejemplo), un plan de seguros, etc. –, entonces el servicio no estará disponible para cualquiera que no cumpla con estos requisitos.(2)

**Calidad del programa.-** Si un programa es inefectivo, si trata a los participantes de modo improductivo o irrespetuoso o si simplemente no se preocupa, está negando acceso a los servicios tan gravemente como si no existiera en absoluto. Algunos asuntos en cuanto a la calidad del programa que necesitan ser examinados incluyen:

La preparación y los conocimientos del personal, los cuales están, por lo general relacionados tanto con la capacitación del personal como con sus oportunidades de desarrollo y con el salario.

La pertinencia y efectividad del programa mismo, incluyendo con exactitud qué, cómo, cuándo y dónde se ofrecen los servicios, qué materiales y equipos son

usados, cómo son tratados los participantes, etc. Una programación inefectiva puede ser difícil de cambiar, porque normalmente fue originada por motivos históricos (“Siempre hemos hecho así las cosas”); el nivel de comodidad del personal con el método (“así es como me enseñaron y no puedo imaginar hacer las cosas de otra manera”) y la sabiduría convencional, que está a menudo basada en lo que a la gente le gustaría que fuera verdad, más que en una visión objetiva de la realidad.

Filosofía organizativa y del programa. Si la organización trata a los participantes adultos como si fueran niños, si no trata con respeto a la comunidad, si no le importa en realidad lo que suceda con la gente a la que sirve o si no ve su relación con los participantes como positiva y mutuamente beneficiosa, es probable que sus programas no atraerán participantes o no tendrán éxito. La “personalidad” de la organización tiene mucho que ver con la efectividad de sus programas

### **3.1.3.4 BARRERAS INDIVIDUALES**

Existen, a menudo, factores en la vida de los participantes que les dificultan el acceso a los servicios, aun cuando éstos están, en apariencia, fácilmente disponibles. Algunos de dichos factores son físicos y logísticos, circunstanciales, psicológicos e incluso culturales, pero todos son reales e importantes para quienes los experimentan.(2)

**Transporte.-** Llegar al sitio de un programa puede significar viajar largas distancias o puede ser prácticamente imposible, particularmente en las áreas rurales, si no se dispone de transporte confiable. En las grandes ciudades, especialmente donde hay transporte público inadecuado, el acceso puede implicar horas de viaje para ir y para volver, con muchos cambios y largas esperas entre autobuses o trenes. Para algunas familias de bajos ingresos, aun el relativamente modesto costo del transporte público puede ser demasiado elevado. Y puede no haber transporte para los que tengan impedimentos físicos.

**Ubicación del programa.-** Los programas pueden estar ubicados en áreas que algunos participantes ven como peligrosas o inhóspitas. Los vecindarios con determinadas características raciales o étnicas, los territorios de pandillas, las universidades o secundarias (que los participantes a menudo encuentran intimidantes) – todos pueden, en diferentes circunstancias, servir para alejar a los participantes de los programas. Es importante conocer la comunidad y la población objetivo antes de decidirse por un lugar para establecer un servicio.

**Horarios del programa.-** Si la mayoría de los participantes trabaja, entonces los servicios deben estar disponibles cuando ellos lo están – temprano en la noche y los fines de semana, por ejemplo. Si el trabajo en turnos es el problema, entonces la programación debe tener lugar cuando los participantes puedan aprovecharla, así sea que esto represente las mañanas, las tardes, o a las 11:00 de la noche. Los programas para madres de niños en edad escolar deben tener lugar cuando estos niños están en la escuela.(2)

**Cuidado de los niños.-** Dada la cantidad de familias uniparentales o en las que trabajan los dos padres, el cuidado de los niños es por lo general un gran problema para la gente que necesita servicios. Muchos padres de familia no están dispuestos a dejar a sus hijos con gente que no conocen o no pueden pagar por el cuidado de los niños. Si uno de los padres desea participar en un programa que tiene lugar mientras el otro está trabajando, puede no haber nadie que se haga cargo de los niños pequeños. Ese es un continuo problema para muchos programas que ofrecen servicios que requieren la presencia de los participantes durante un extenso período.

**La población objetivo no ve el asunto como un problema.-** Si la gente puede arreglárselas sin los servicios que ofrecen las políticas de salud, ellos pueden no ver su necesidad, o pueden, en efecto, no necesitarlos.

**Asuntos personales.-** La idea de usar el servicio puede avergonzar, irritar o atemorizar a muchos miembros de la población objetivo. Muchos servicios vienen con un estigma comunitario adosado. La asistencia social, la alfabetización, el programa de nutrición materno-infantil, los comedores de caridad – todos pueden ser vistos en la comunidad como evidencia de fracaso de un tipo u otro. Los miembros del personal de éstos u otras políticas de salud pueden no provenir de la comunidad y pueden ser vistos como intrusos o como condescendientes. Los participantes de programas particularmente en los programas relacionados con la salud y la educación pueden tener que confrontar sus temores. Todos estos asuntos pueden incidir para impedir que la gente acceda a los servicios.

**Asuntos culturales.-** Los factores culturales pueden presentar grandes barreras para el acceso a los servicios. Algunos de ellos son:

- Los participantes pueden no saber hablar el idioma particular de la localidad o no saber leer o escribir, y entonces asumir –correcta o incorrectamente – que no se pueden inscribir o usar el servicio.
- Pueden existir tabúes culturales contra ciertos tipos de servicios – determinados tratamientos médicos, por ejemplo.
- Una cultura puede ver mal algunos servicios para mujeres – por ej., educación o capacitación laboral, planificación familiar, prevención de la violencia doméstica.
- Puede haber barreras culturales contra el pedir ayuda fuera de la familia o de la comunidad.(2)

Para aproximarse efectivamente a los miembros de la población objetivo, hay que comprender y respetar sus tradiciones culturales. Para dar servicios efectivamente, hay que asegurarse que los participantes potenciales se sentirán cómodos usándolos.

## 3.2 EXCLUSION EN SALUD

### 3.2.1 CONCEPTO

La OPS/OMS define exclusión en salud en el marco de la “falta de acceso total o parcial a los servicios de salud”. En consecuencia, la exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de acceder a la atención en salud de manera adecuada, a través de uno o más de los tres subsistemas: seguridad social, el público o el privado. Por otra parte, es la falta de acceso a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros grupos de la sociedad disfrutan, en conclusión, es un fenómeno que trasciende el sector salud.(3)

Para el mejor entendimiento de este concepto, vamos a mencionar los conceptos de la OMS/OPS de pobreza e inequidad, logrando así diferenciar estos, y evitar confusiones en la interpretación de datos del estudio: Pobreza: está relacionada con el ámbito de la economía, tiene que ver fundamentalmente con la deprivación o insuficiencia de recursos. La pobreza es medida a través de dos enfoques: 1) necesidades básicas insatisfechas (NBI) empleada por la CEPAL, donde el bienestar es evaluado a partir de la disponibilidad de servicios básicos y por niveles o acceso a infraestructura de vivienda, educación y salud y 2) enfoque monetario, en el cual la pobreza es calculada a través de una línea de pobreza medida por el valor monetario de una canasta de bienes y servicios, que reflejan las preferencias de la población objeto de análisis y los precios de mercado de consumo . (3)

Inequidad: entendida en este caso como la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades y que se expresan en el caso de salud en diferencias injustas en los resultados de atención en salud entre diversos grupos al interior de un país o región; es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de los grupos

vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos. La inequidad genera exclusión en salud. (3)

### **3.2.2 CAUSAS DE LA EXCLUSION EN SALUD**

Las causas son múltiples, diferentes variables intervienen por lo que el análisis es complejo, por lo que vamos a revisar alguna bibliografía para poder conceptualizar estas causas. El marco conceptual elaborado por OPS (2003) plantea que si bien la exclusión en salud es un componente de la exclusión social, tiene aspectos que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central en la idea de la exclusión social y que parecen depender de variables más propias del sector salud, tales como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. La asimetría de información, resulta particularmente importante como barrera de acceso cuando el sistema se compone de intrincados mecanismos de interrelación entre usuarios, aseguradores y proveedores.

Entre las causas tenemos el déficit de infraestructura, esto repercute en la provisión de Servicios de Salud y es por inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud. Además tenemos la provisión de Servicios no directamente relacionados con salud pero que la afectan como falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.

Otra causa es fallas en la asignación y/o prestación de los recursos que se expresa en las fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los servicios de salud, esto repercute en la inexistencia o insuficiencia de personal, mecanismos, insumos o equipamiento médico e inexistencia o insuficiencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire, agua, etc.

Considerando las barreras que impiden el acceso a las atenciones en salud tenemos asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles, incapacidad de financiar las atenciones de salud, la atención de salud se entrega en un idioma que no es comprendido por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias y el subempleo o empleo informal.

Finalmente podemos encontrar problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados como errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados, mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones de adecuación que son las observaciones que se hacen en nuestro sistema de salud.

### **3.3 SERVICIOS DE SALUD**

#### **3.3.1 CONCEPTO**

Servicio es el acto y el efecto de servir. El concepto hace referencia a la actividad que consiste en realizar una cierta acción para satisfacer una necesidad. Por lo general, los servicios implican brindar algo que no es material, a diferencia de los productos que son bienes materiales.(5)

Los servicios se definen principalmente por su utilidad inmediata: sirven, en primer lugar, en una relación de exterioridad con el usuario, para recuperar un bien (por ejemplo, el taller mecánico), para preservar un conjunto de bienes (por ejemplo, servicios de seguridad en una empresa o de limpieza en un hospital), para usar mejor, en el plano de la eficacia o de la estética, alguna cosa que se posee como bien (es fácil identificar una infinidad de objetos e instrumentos de uso doméstico que finalmente necesitan ser objetivo de un servicio orientado a ese fin). En segundo lugar, sirven al usufructo más personal en una relación directa con la personalidad del usuario, en donde el sentido de utilidad está condicionado estrechamente por valores y comportamientos socialmente reconocidos: los servicios del peluquero, de un médico, de un hotel, etc.(5)

La idea de salud, por su parte, se vincula al bienestar físico y psicológico de una persona. Cuando un individuo goza de buena salud, su organismo puede ejecutar sus funciones con normalidad y su psiquis no presenta alteraciones. Los servicios de salud, por lo tanto, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

Es importante tener en cuenta que los servicios de salud no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos. También abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

### **3.3.2 CLASIFICACION**

Después de revisar algunos documentos referentes podemos ver que los servicios de salud pueden clasificarse de muy diversas maneras, respondiendo a distintos criterios, por ejemplo:

Objetivo del servicio: promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación; Establecimiento donde se presta: en lugares de vivienda y trabajo, consultas en el domicilio de los médicos, enfermeras o personal de nivel elemental o intermedio, unidades básicas de salud, ambulatorios especializados y hospitales complejos donde se utilizan tecnologías sofisticadas y costosas; Modalidades usadas: ordinaria, de urgencia, a domicilio, en consulta o con internamiento. La recolección, procesamiento y análisis de los servicios prestados por los proveedores, de acuerdo con los criterios antes señalados, junto con información complementaria (edad, sexo, nivel de ingreso, zona de residencia, etc.), constituyen insumos básicos para los procesos de

planificación, evaluación y diseño de políticas y estrategias en los programas de salud.

Una clasificación adicional de uso muy difundido, nace del reconocimiento de que los servicios de salud se integran a través de redes de servicios en la que participan múltiples proveedores, públicos y privados, y donde los recursos (físicos, financieros, humanos y tecnológicos) han sido distribuidos entre los centros o unidades de éstos, para que puedan atender cierto nivel de complejidad asistencial. En este sentido, la distinción tradicional trata de tres niveles de atención: primario, secundario y terciario; interrelacionados por un sistema de referencia y contra referencia, que tiene el papel de coordinar y dar continuidad a la atención de las personas a través de la red de servicios.

### **3.3.3. SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA**

El sistema de salud de Bolivia incluye un sector público y un sector privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud y al subsector social, El Ministerio de Salud establece cuatro ámbitos de gestión: 1) nacional, correspondiente al propio MSD; 2) departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Gobernación; 3) municipal y 4) local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigadas móviles como nivel operativo. El Subsector de la Seguridad Social a corto plazo comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la Dirección General de Salud, y es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

El sector privado está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro. El MSD y otras instancias de gestión del sistema público tienen la responsabilidad de regular su funcionamiento y asegurar que presten servicios efectivos y seguros. La iglesia en algunas regiones es la única organización que ofrece servicios de salud.(11)

El subsector de medicina tradicional, representado oficialmente desde el 6 de marzo de 2006 por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, atiende aproximadamente a 10% de la población, la mayoría rural.

### **3.3.4 PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD**

Según el Atlas de la Salud del Departamento de La Paz – Quinquenal 2008 -2012 tenemos que en la Gestión 2008 la cobertura de partos institucionales era de un 52%, 2009 en un 54.4%, 2010 en un 54.9%, el 2011 en un 56.5% y el 2012 la cobertura ascendió a un 54.7%, por lo que existió un descenso considerable en la última gestión. (14)

La cobertura de partos institucionales ascendió desde 32.6% el año 1996, a 54.0% el año 2000, hasta llegar a 61.5% el año 2006. En los mismos periodos la cobertura de atención prenatal adecuada fue de 26.0%, 33.0% y 53.6%, respectivamente. Sin embargo, persisten todavía barreras de acceso en relación al enfoque de género, la interculturalidad y la calidad de atención. La cobertura de vacunación con 3ra dosis de DPT/Pentavalente en menores de 1 año, se ha incrementado de 70.6% en 1996 a 84% en el año 2005. IPA ha disminuido de 19.4 en 1996 a 5.2 el 2006.(12)

Según el Atlas de la Salud del Departamento de La Paz – Quinquenal 2008 -2012 tenemos que en la Gestión 2012 en el Primer Nivel se registraron 120 Centros de Salud en la Ciudad de La Paz, 82 Centros de Salud en la Ciudad de El Alto y 495 (302 Puestos de Salud y 185 Centro de Salud) en las Redes Rurales. En el Segundo Nivel 13 Hospitales en La Paz, 6 Hospitales en la Ciudad de El Alto y 8 Hospitales Basicos en las Redes Rurales. Por ultimo en el Tercer Nivel 15 Hospitales en La Paz, 1 Hospital en la Ciudad de El Alto y ninguno en las Redes Rurales. (14)

Realizando en análisis por Subsector tenemos en la Ciudad de La Paz: Públicos: 76, Seg. Social: 21, ONGs : 23, Iglesias: 8, Privados: 19 y FFAA: 1. En la ciudad de El Alto Públicos: 49, Seg. Social: 6, ONGs : 19, Iglesias: 9 y Privados: 6. (14)

Observando las camas de Hospitalización por 10 000 Habitantes en la ciudad de La Paz tenemos: Primer Nivel 129, Segundo nivel 555 y Tercer nivel 1857, mientras que en la ciudad de El Alto: Primer Nivel 121, Segundo nivel 263 y Tercer nivel 77. (14)

En relación de Establecimientos de Salud y Tasa por 10 000 habitantes según el Atlas de Salud Departamental de La Paz tenemos que en 2001 existían 522, en 2004 581 establecimiento de salud, en 2008 en 673 establecimientos y en 2012 registraron 732 establecimientos de salud por lo que existe un incremento considerable. La Tasa subió de 2.2 en 2001 a 2.5 en 2012.(14)

La evaluación del impacto de los seguros públicos establece que se han incrementado significativamente el número de prestaciones otorgadas a las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años y se ha incrementado el uso de servicios de salud, que sin embargo, no llega a la población más pobre, sino que se concentra en población con mayores recursos económicos.

La mortalidad infantil ha disminuido según el ENDSA, ya que tenemos 1994 de 128 y al 2008 tenemos 70 x 1000 nacidos vivos. El impacto es significativo en el área urbana. En el área rural no se establece una disminución significativa. El impacto en los indicadores evaluados en el área rural es leve y existen brechas importantes con el área urbana (mortalidad, parto institucional, cuarto control prenatal y vacunación de pentavalente). (14)

No es posible evaluar el comportamiento de las muertes por neoplasias de mama y de cuello de útero en la mujer por la no disponibilidad de información. La evolución de la incidencia del IPA ha disminuido de 8.8 por mil (2000) a 4.7 por mil

(2005). La incidencia de tuberculosis en todas sus formas ha disminuido de 111 por 100.000 habitantes (2000) a 100.3 por 100.000 habitantes el 2005 y según el Atlas de Salud Departamental de La Paz en las Redes de El Alto la tasa de incidencia de tuberculosis de todas sus formas es de 68 en la gestión 2012. La incidencia de infección por VIH/SIDA ha mostrado una evolución progresiva. (14)

Los procesos de participación social en salud se habían estructurado a partir de la conformación de los ex - DILOS. Un análisis prospectivo y retrospectivo realizado en el SEDES La Paz en el año 2004, se establecen como conclusiones: El Gerente de Red adquiere un papel protagónico, puesto que orienta la solución a los problemas y el resto de los componentes del ex - DILOS, tienen una alta dependencia de su accionar. (16)

### **3.4 ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA**

#### **3.4.1 ENFOQUE DE LA SALUD EN BOLIVIA**

Para poder valorar la salud en Bolivia vamos a revisar diferentes documentos, en los cuales citan características e indicadores que muestran un panorama de la salud. Revisando el Plan Nacional de Desarrollo identifica los siguientes indicadores que reflejan la grave situación de salud y de exclusión de la población boliviana:

- El 77 por ciento de la población se encuentra excluido de los servicios de salud, con fuerte incidencia en regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras son la económica, la geográfica, la cultural y la social.(15)
- Siete niños de cada cien mueren antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y curables; 26,5 por ciento de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo; el 67 por ciento de los niños menores de tres años tiene anemia. (15)

También se ha identificado problemas de los cuales podemos mencionar los principales que muestran directamente repercusiones en la deficiencia del acceso a los servicios de salud: Sistema de Salud inequitativo e ineficiente, que no toma en cuenta la diversidad social, étnica y cultural del país. Insuficiente capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, expresado en niveles de gestión y atención desintegrados; sin criterios de calidad y eficiencia; desconectados entre sí; mal distribuidos; deficientemente equipados; con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados, y sin mecanismos de control social y problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición y malnutrición, que generan bajas defensas frente a la enfermedad, y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

### **3.4.2 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE SALUD NACIONAL**

Tenemos que hacer una revisión de las políticas que están vinculadas directamente al acceso de los servicios de salud, identificando las estrategias nacionales, departamentales y municipales.

### **3.4.3 SISTEMA ÚNICO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI)**

En la revisión de esta política observamos el objetivo declarado en su Decreto Supremo N° 29601, donde se crea esta política. El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural 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.(6)

La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, 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 de la política es el de contar con recursos humanos con competencias especiales en la atención primaria de salud. Los principios son Participación Social, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad.

### **3.5 SITUACION DE LA EXCLUSION SOCIAL EN SALUD**

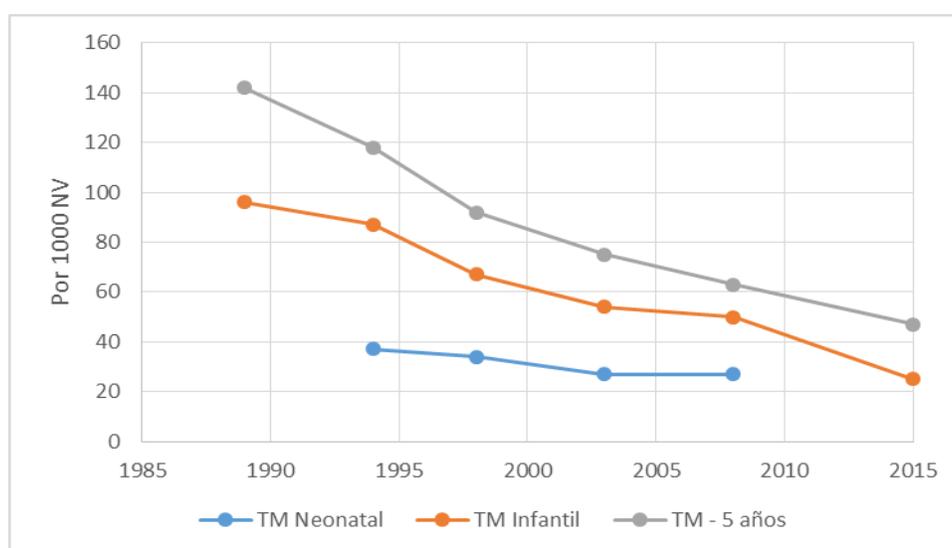
Revisando el documento Caracterización de la exclusión en Salud en Bolivia, encontramos interesantes datos, como por ejemplo: La tasa de exclusión en salud alcanza el 58% de la población que reportó haber estado enferma antes de la encuesta (23% de la población total); por una parte, el 18% no recibió atención alguna porque no pudo o no percibió la necesidad de acudir a un servicio sanitario, sea por barreras económicas (42%), porque se trataba de un caso leve (33%), por recurrir a la automedicación (13%), por la distancia de los servicios (9%) o su mala calidad (3%); ellos constituyen el primer grupo de exclusión. (3)

Otra manera de medir la exclusión en salud es la tasa de partos atendidos en el sistema de salud: la ENDSA muestra que para el periodo 2004-2008, el 24,8% de las mujeres que tuvieron parto han sido atendidas por una persona no capacitada (generalmente un familiar) o no han sido atendidas por nadie, mientras esta proporción alcanza 42,7% en el área rural, y 54,5% en las mujeres más pobres (quintil de ingreso inferior) (7).

En Bolivia, según información de la ENDSA 2008, la mortalidad neonatal representa un poco más del 50% de la mortalidad infantil (menores de un año) y

140 de la mortalidad de la niñez (menores de 5 años). La tendencia de la reducción de la mortalidad neonatal entre 2003 y 2008 muestra un estancamiento, ya que no ha habido ninguna modificación en la tasa de mortalidad neonatal en el último quinquenio. La tasa se ha mantenido en 27 por 1.000 nacidos vivos. (7)

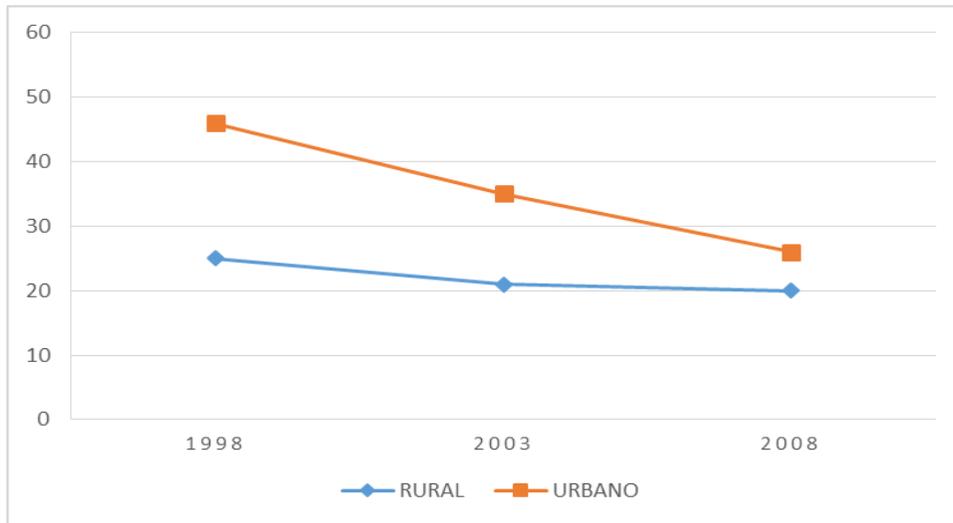
**GRAFICO Nº 1**  
**EVOLUCION DE LA MORTALIDAD NEONATAL, INFANTIL Y DE LA NIÑEZ EN BOLIVIA, PERIODO 1995-2008**



FUENTE: ENDSA 1989,1994,1998,2003,2008

Sin embargo, es importante observar que la tasa ha disminuido en el área rural de 35 a 26 por cada mil nacidos vivos entre los años 2003 y 2008 respectivamente y ha presentado una disminución pequeña en el área urbana de 21 en el 2003 a 20 el 2008.

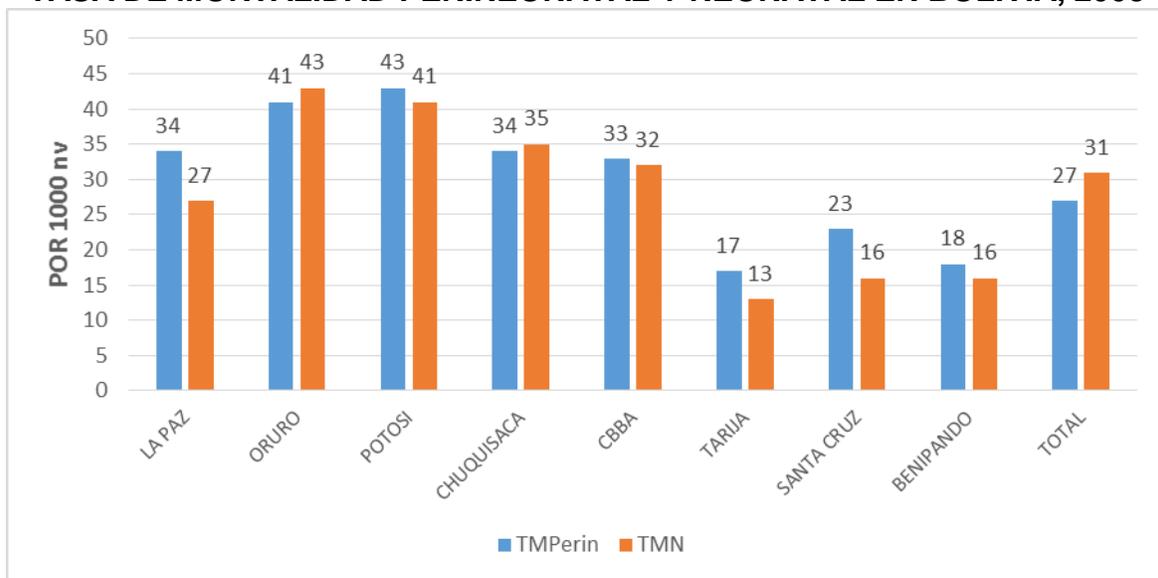
**GRAFICO N°2  
TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL POR AREA GRAFICA Y AÑO EN  
BOLIVIA, 2008**



FUENTE: INE, ENDSA, 2008(p)

La mortalidad perinatal en la ENDSA 2008, ha disminuido a 29 de 31 por 1.000 nacidos vivos. que reportaba el 2003, la misma que se mantiene alta a expensas del embarazo de las adolescentes en Bolivia y a nivel departamental, que induce a plantear actividades en las líneas estratégicas de diferentes planes. (7)

**GRAFICO N°3  
TASA DE MORTALIDAD PERINEONATAL Y NEONATAL EN BOLIVIA, 2008**



FUENTE: ENDSA 2008

### **3.5.1 RESULTADOS DE LA COBERTURA DE PARTO DEL CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA 2012**

La cobertura de la atención del parto constituye un factor estrechamente ligado a la salud materna y es un elemento que se consideró en el Censo 2012, realizando una pregunta a mujeres de 15 o más años de edad que tuvieron hijos, sobre el lugar donde dieron a luz la última vez. En el Censo 2012, se observa que 67,30 por ciento de los partos declarados se atendieron en establecimientos de salud, 28,02 por ciento en domicilios y 2,23 por ciento en otro lugar, mientras que en el Censo 2001 los porcentajes eran 53,04; 41,50 y 2,06; lo que muestra un cambio en la modalidad de atención elegida que permite reducir la mortalidad materno infantil.

Del total de partos declarados en el Censo 2012, 45,00 por ciento corresponde a mujeres de 26 a 44 años de edad, 13,57 por ciento a jóvenes de 19 a 25 años y 11,74 por ciento a mujeres de 45 a 64 años, manteniendo la misma estructura que en el Censo de 2001. Con relación al lugar donde tuvieron el último parto las mujeres comprendidas en el grupo de 19 a 25 años, 80,13 por ciento lo tuvo en un establecimiento de salud, mientras que en el Censo de 2001 a este mismo grupo de edad le corresponde 63,67 por ciento.(8)

### **3.5.2 PROGRAMAS Y SEGUROS NACIONALES**

El estado Boliviano ha implementado en las dos ultimas decadas sistemas de cobertura llamados “Seguros Publicos de Salud”, principalmente con el fin de reducir los indices de morbimortalidad materno infantil y disminuir la exclusion de las poblacion mayores de 60 años de edad. Los seguros Publicos que se implmentaron sucesivamente fueron el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez(SNMN), el Seguro Basico de Salud(SBS), el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Seguro Medico Gratuito de Vejes(SMGV) y el Seguro para el Adulto Mayor (SSPAM), En totalidad los Seguros Publicos cubren 2.120.610

personas, representando el 20.3% de la población Boliviana en el año 2010, estos muestran un esquema excluyente.

**TABLA N°1  
COBERTURA POBLACIONAL TEORICA DE LOS SEGUROS PUBLICOS EN  
BOLIVIA, 2010**

<b>SEGURO PUBLICO</b>	<b>POBLACION TOMADA EN CUENTA PARA CALCULO DE POBLACION CUBIERTA</b>	<b>Nº HABITANTES CUBIERTOS</b>	<b>% DE POBLACION BOLIVIANA</b>
SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL	Niños menores de 5 años no afiliados en la Seguridad Social	977.692	9.4%
	Partos esperados en la población no afiliada a la Seguridad Social	249.325	2.4%
SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR	Personas de 60 años afiliadas en Seguro de Salud	292.123	2.8%
SEGURO UNIVERSAL DE SALUD AUTONOMO DE TARIJA	Personas de 5 a 59 años del Departamento de Tarija no afiliada en la Seguridad Social, ni beneficiada por el SUMI	321.970	3.1%
SEGURO UNIVERSAL DE SALUD AUTONOMO DE BENI	Personas de 5 - 21 años del Departamento del Beni no afiliadas a la Seguridad Social ni beneficiada del SUMI	143.674	1.4%
SEGURO ESCOLAR DE SALUD OBLIGATORIO DE EL ALTO	Personas de 5 - 21 años del Municipio de El Alto, no afiliadas a la Seguridad Social ni beneficiarias del SUMI	135.825	1.3%
TOTAL		2.120.610	20.3%

**FUENTE: MINISTERIO DE SALUD DIAGNOSTICO DEL SECTOR SALUD, 2013**

### **3.5.3 FACTORES PARA LA EXCLUSION DE LA POBLACION**

El sistema es fragmentado, debido a que el subsistema público tiene su propia infraestructura al igual que la seguridad social, las ONGs, la Iglesia y la oferta privada de clínicas y consultorios privados. A pesar que los seguros públicos han logrado que de alguna manera existan convenios público-seguridad social (MSD-Cajas de salud) y público-privados (MSD-ONGs e Iglesia) para atender el SUMI y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), aún no existe una integración de los subsistemas que permitan disminuir los costos de transacción.(15)

El análisis del perfil fue realizado por la OPS en dos dimensiones, una interna y externa, las cuales resumiremos a continuación:

En la dimensión externa, se consideran variables exógenas al sistema de salud, como:

- Económicas o financieras
- Geográficas
- Laborales
- Étnico/culturales
- Suministro de servicios indirectos

En la dimensión interna con las siguientes variables:

- Demanda asistida
- Afiliación a la seguridad social de Corto Plazo
- Infraestructura
- Recursos humanos
- Suministro de servicios directos

La dimensión externa de la exclusión en salud está asociada a barreras de tipo Económico financiero, geográfico, laboral y étnico-cultural. Las barreras económico financieras pueden estar relacionadas a la capacidad de generar ingresos de las familias y a las asignaciones presupuestarias del gobierno para el sector salud. Las barreras geográficas están relacionadas con el grado de ruralidad del país y la dispersión poblacional, sumadas a los problemas de transporte y vías de comunicación, que dificultan la llegada de la oferta de servicios a la población. Las barreras laborales están ligadas al grado de informalidad de la economía, dada la relación positiva entre formalidad y afiliación a la seguridad social de corto plazo. Las barreras étnico-culturales están dadas básicamente por la pobreza e informalidad que caracteriza a la población indígena.(3)

En la dimensión interna se incluyen indicadores que contribuyen a caracterizar a los excluidos en salud considerando los resultados del sistema de salud del país. Para ello se analizarán indicadores como la afiliación a un seguro de salud, la disponibilidad de infraestructura, la disponibilidad de recursos humanos y las coberturas de prestaciones generales. En algunos de estos casos, el análisis será enriquecido con la utilización de la georreferenciación, visualizando mejor la distribución de los indicadores en los municipios a nivel nacional utilizando mapas en sus distintos parámetros definidos.(3)

### **3.5.4 BARRERAS DEL ACCESO A LO SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA**

La exclusión en salud está caracterizada por ser un problema multicausal, donde se pueden distinguir cuatro grandes categorías de barreras al acceso, externas e internas al sistema de salud:

- Las barreras económicas y sociales, resultado de la pobreza, impiden a la población acceder a servicios de salud necesarios porque no pueden cubrir los costos directos o indirectos, o tienen gastos catastróficos. Estas barreras podrán ser eliminadas por el Sector mediante estrategias de aseguramiento que permitan que cada boliviana y cada boliviano no tenga que pagar directamente las prestaciones recibidas.
- Las barreras geográficas, debido a la dispersión de la población en áreas rurales lejanas de los servicios de salud. Estas barreras podrán ser eliminadas, entre otros, mediante estrategias de acercamiento a las comunidades, a partir de acciones de fortalecimiento de redes en zonas rurales para la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Las barreras culturales se deben al desconocimiento de la diversidad cultural y falta de respeto y valoración hacia las culturas de Bolivia. Estas barreras

alejan a la población de los servicios de salud porque sus saberes ancestrales, creencias, percepciones y comportamientos no son tomados en cuenta en la atención en salud de la medicina occidental. Estas barreras podrán ser eliminadas mediante estrategias de interculturalidad para facilitar la inclusión social: recuperación de los saberes locales y su valoración, articulación y coordinación entre las medicinas tradicional y académica, respeto cultural de la persona, familia y comunidad.

- Las barreras relacionadas con la calidad de atención, inherentes al sistema de salud, también alejan a la población de los servicios. Las causas de este tipo de barreras son múltiples, como el comportamiento de los recursos humanos, la ausencia del personal en los establecimientos, la falta de medicamentos e insumos, el mal estado del equipamiento e infraestructuras, etc. Estas barreras podrán ser eliminadas mediante la transformación de la formación de recursos humanos, el fortalecimiento y reestructuración de las redes y el control de la calidad de los servicios de salud integrales junto a la población en todo el territorio. (2)

### **3.5.5 ACCIONES PARA LA EQUIDAD EN SALUD EN BOLIVIA**

Podemos mencionar las acciones descritas en el Plan Nacional de Desarrollo Sectorial. Los ejes de desarrollo son los siguientes: Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural, Promoción de la Salud y Movilización Social y Rectoría y Soberanía en Salud.

De estas vamos a analizar la primera, ya que es pilar que ayudara a mejorar el acceso a los servicios de salud necesario de la población. Cada uno de estos Ejes de Desarrollo comprende categorías específicas de problemas: El primer Eje está orientado a garantizar el acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, sin costo en el punto de atención y con calidad.

Para cada Eje de Desarrollo, se incluyen Programas y Proyectos Sectoriales que contribuyen a lograr los objetivos estratégicos, el propósito y la finalidad entonces tenemos al Programa “Universalización y Equidad del Acceso al Sistema de Salud”, tiene como objetivo eliminar las barreras de acceso al Sistema de Salud (barreras económicas, geográficas, culturales y de calidad).

El programa está constituido por los siguientes Proyectos Sectoriales: Proyecto Sectorial “Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad”: se enfoca principalmente en las barreras geográficas y en las barreras internas relacionadas con la calidad de atención; Proyecto Sectorial “Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad”: se enfoca principalmente en barreras culturales, a fortalecer a la medicina tradicional y lograr articulación complementaria entre medicinas (biomédica y tradicional); Proyecto Sectorial “Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales”: se enfoca en eliminar las barreras económicas al acceso. (15)

Es así como se enfoca las diferentes estrategias nacionales para ir disminuyendo las barreras, y es función de las instituciones ejecutar esta programación a través de la programación y planificación de actividades en el nivel operativo.

### **3.6 ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE EL ALTO**

La ciudad de El Alto, con una población de aproximadamente un millón de habitantes, tiene la mayor densidad poblacional de Bolivia: 5.493 habitantes por kilómetro cuadrado. Ocupa casi la mitad del territorio del municipio de El Alto y tiene el crecimiento más rápido que cualquier ciudad boliviana.

La transición epidemiológica de Bolivia en general es incipiente. De acuerdo al “Estudio de la Carga Global de la Enfermedad”, en los últimos 20 años se ha presentado un incremento de más de 8 años en la esperanza de vida al nacer,

70,7 años en 2010, y una reducción del 66% en la tasa de mortalidad general ajustada por edad . Aunque el país presenta rezagos en la comparación regional, siendo las enfermedades transmisibles, las afecciones del período perinatal y las deficiencias nutricionales todavía la mayor carga de enfermedad, en los últimos años se han logrado mejoras destacables, como por ejemplo, una reducción de más del 50% de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años.

Las primeras causas de pérdida de años saludables son las infecciones respiratorias bajas (12,9% de los años perdidos), las diarreas agudas (8%) y las complicaciones del parto (13,2%). Por el otro lado, las enfermedades crónico-degenerativas explican una porción creciente de los padecimientos que sufre la población y son causas de morbilidad y mortalidad principalmente en los adultos. Enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares contribuyeron con el 4,3% y el 3,7% de la pérdida de años de vida saludable. Se reportaron 5.245 muertes por cáncer (7,6% del total de muertes) en 2008; la causa más frecuente en mujeres es el cáncer cérvico uterino y en hombres el cáncer de estómago.(12)

Esta misma situación epidemiológica a nivel nacional también se observa en El Alto, cuya población sufre de desnutrición y neumonía al tiempo que coexiste un creciente número de casos de enfermedad cardiovascular, diabetes y cáncer. En 2012, para el departamento de La Paz, la tasa de letalidad por diarreas en niños menores de 5 años fue de 3 por 10.000 casos (rango 0-20 por municipio), y la tasa de letalidad por neumonía de 18 por 10.000 casos (rango 0-420 por municipio)5, observándose además una creciente demanda de servicios de atención para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas. Por ejemplo, la detección y tratamiento de los casos de hipertensión se cuadruplicaron entre 2008 y 2010. En el mismo período, el Hospital Boliviano-Holandés en El Alto reporta un incremento sustancial de casos de diabetes mellitus tipo I y II. A continuación se desarrollan con mayor detalle dos desafíos puntuales: la mortalidad materna y neonatal, y la prevención, control y tratamiento del cáncer cérvico-uterino.(12)

La mortalidad materna y neonatal. El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de La Paz ha estudiado las 278 muertes maternas ocurridas en el departamento entre 2008 y 2012. De las 78 muertes maternas ocurridas en el quinquenio en el municipio de El Alto, 9 de cada 10 ocurrieron en la propia ciudad. La mitad de las muertes sucedieron en los servicios de salud (55%).(14)

La razón de mortalidad materna anual varía en el rango de 85 a 146 por 100.000 Nacidos Vivos (NV). En el quinquenio fallecieron 1.831 menores de siete días, registrándose tasas de mortalidad neonatal anual entre 6,9 y 11,2 por 1000 NV, y de mortalidad infantil de 45,6 por 1000 NV en el año 2010.(14)

Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Una enfermedad trazadora que revela la capacidad, o no, del sistema de salud de ofrecer una atención integral y continua es el Cáncer Cérvico-Uterino (CaCU). Dicho cáncer es responsable por el mayor número de muertes por cáncer en Bolivia. Este cáncer es común entre la población pobre, que tiene más riesgos y que carece de acceso a servicios.

El CaCU puede prevenirse mediante el diagnóstico oportuno y el tratamiento de lesiones pre-neoplásicas, lo cual corresponde a los primeros y segundos niveles de atención de la red. Adicionalmente se requieren servicios hospitalarios de referencia para el tratamiento y/o atención paliativa del cáncer invasor que se identifica.

En Bolivia, las actividades de detección oportuna del CaCU se iniciaron en el ámbito institucional a partir de 1982. Hay disposiciones legales que permiten el financiamiento de las actividades de detección y tratamiento en el Seguro Materno Infantil (SUMI) desde 2005. Cada año se diagnostican 1.422 casos nuevos de cáncer de cuello uterino que requieren tratamiento, y fallecen por este cáncer casi dos mujeres por día (1,7) en el país. La baja cobertura del diagnóstico oportuno.

Agregado a la insuficiente capacidad de respuesta del sistema de salud para el tratamiento contribuye a la alta tasa de mortalidad por esta enfermedad. Este cáncer es una de las principales causas de muerte en América Latina, en donde las tasas de mortalidad son siete veces más altas que en Norte América.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha revisado los avances de los últimos diez años y ha emitido nuevas recomendaciones para el control y tratamiento del CaCU. Los adelantos tecnológicos ofrecen posibilidades para hacer frente a este cáncer de una manera temprana e integral y permiten un futuro más saludable a las niñas y las mujeres. El Gobierno de Bolivia es pionero en la adopción de estas recomendaciones y ha iniciado gestiones para la vacunación de las niñas contra el Virus de Papiloma Humano (HPV por sus siglas en inglés), en la preparación de equipos de salud para la capacitación en Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), y para el seguimiento de casos y tratamiento oportuno. Según el Atlas de Salud Departamental de La Paz tenemos que el 2008 el porcentaje de Mujeres tomadas para PAP era de 13.6% y este subió al 16.9% para la gestión 2012.(14)

La Red Municipal de El Alto. Está compuesta por cinco redes funcionales de salud, e incluye 40 centros de salud de primer nivel y tres hospitales de segundo nivel (Boliviano Holandés, Corea, y Los Andes). En 2011, el Hospital Boliviano-Holandés, el más sofisticado de El Alto, refería al 16% de los casos de medicina interna y 12% de los casos de pediatría a hospitales de la ciudad de La Paz por no contar con capacidad resolutive de tercer nivel (de mayor complejidad, con sub-especialidades médicas).

En 2011, el Gobierno Municipal de El Alto y la Gobernación de La Paz financiaron la construcción del Hospital El Alto Norte de tercer nivel. Mediante el préstamo 2822/BL-BO, el BID apoya el financiamiento del equipamiento de este hospital, con apertura programada para marzo de 2014. Este Hospital abrió sus puertas en Diciembre de 2014 con una primera fase de consulta externa. En su

funcionamiento fortalecerá a la red municipal prestando atención a las urgencias médico quirúrgicas, emergencias obstétricas y referencias hospitalarias de tercer nivel de la población de El Alto.

En 2012 las instituciones públicas de El Alto, funcionando a plena capacidad, atendieron 15 mil partos, equivalente apenas al 54%<sup>15</sup> de los partos esperados. Para atender la demanda, la oferta de servicios de salud es insuficiente, aun cuando el Hospital El Alto Norte esté operando plenamente. Los hospitales de segundo nivel se encuentran desbordados de usuarios/as, con niveles de ocupación por encima del 85%-90% a pesar de presentar estancias medias eficientes (menores de 4,3 días).

Los hospitales en El Alto reciben además la referencia de usuarias/os de los municipios rurales, sobrecargando aún más la demanda de atención. A su vez, cuando los hospitales de El Alto requieren servicios de mayor complejidad, se ven obligados a referir pacientes a los hospitales de la ciudad de La Paz, revelando las dificultades de un incipiente sistema de comunicación, transporte e información. Al débil funcionamiento técnico e integralidad de las redes de salud de El Alto, se suma el escaso énfasis en actividades de prevención y promoción de la salud y déficits en equipamiento, así como la cantidad y calidad de los Recursos Humanos (RRHH) técnicos y gerenciales.

Podemos describir algunos de los datos extraídos de documentación oficial del SEDES La Paz, como indicadores de consultas externas nuevas por gestiones, el 2008 teníamos 681.476 consultas y para el 2012 subió a 798.582, lo que indica una mejora de oferta de servicios de consulta externa.(9)

También el número de referencias de pacientes aumento de un total de 12.765 en la gestión 2008 a 30.486 en la gestión 2012 en la redes de la ciudad de El Alto.

En la cobertura de la atención a la mujer embarazada en el parto institucional el 2008 se tenía una total de 52.2.% a un 54.7% para la gestión 2012.(9)

Además debemos analizar con datos del 2006 de cobertura de la ciudad de El Alto para comprender la evolución de las atenciones en salud :( 13)

**TABLA N°2  
INDICADORES DE SALUD DE LA CIUDAD DE EL ALTO, 2006**

<b>Poblacion por edades</b>	
Niños menores 1 año	16360
Niños menores 2 año	33359
Niños menores de 5 años	88150
Mujeres en edad fértil	175141
<b>Indicadores de los Determinantes de Salud en la Poblacion 2006</b>	
<b>Atencion Medica/Recursos de Salud</b>	
Personal de Salud /1000 Hab.	0.76
Nº de Camas/1000 Hab.	0.75
Numero de Establecimientos de Salud	62
Primer Nivel	54
Segundo Nivel	8
Tercer Nivel	0
Cuarto Nivel	0
<b>Servicios de Salud 2006</b>	
Cobertura de Parto Institucional	51.27
Promedio Consultas Prenatales por Embarazada atendida	2.20
Cobertura Vacunal de Pentavalentes en menores de 1 año	65.40
Cobertura Vacunal Antisarampiosa niños 12-23 meses	53.69
<b>Indicadores del Estado de Salud de la Poblacion</b>	
Tasa de Mortalidad Infantil	64.14
<b>Indicadores de Morbilidad</b>	
Porcentaje de EDAs en menores de 5 años	22.90
Procentaje de IRAs en menores de 5 años	10.92
Procentaje de Nacimientos con Bajo Peso al Nacer	6.06
Prevalencia de Desnutricion Global en menores de 5 años	7.29

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística; EL ALTO INE BOLETIN 2006

Comparando los indicadores existen grandes avances en mejorar el acceso a los servicios de salud.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El garantizar el acceso a los servicios de salud es una tarea que la constitución política del estado asigna a las instituciones sanitarias públicas y que requiere de acciones específicas que lleguen a la población, El Alto es una ciudad joven, con mucho desarrollo y que además se encuentra en crecimiento poblacional, es por eso que tiene un Servicio Regional de Salud cuya función es regular los servicios de salud, la medición de las instituciones en base a parámetros internacionales no es una tarea cotidiana, por lo que no existen evaluaciones de esta naturaleza en nuestro sistema de salud, por lo que el presente estudio pretende medir el cumplimiento y las acciones que esta institución desarrolla para evaluar y promocionar los servicios de salud regionales para garantizar el acceso equitativo de la población alteña con estos servicios.

#### **5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el nivel de cumplimiento actual del SERES EL ALTO en su función de evaluar y promocionar los servicios de salud para garantizar el acceso equitativo a la población?

#### **6. REVISION BIBLIOGRÁFICA**

La “evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios” es una función esencial de la salud pública (FESP), es la número 7, por lo que podemos mencionar experiencias en otros países midiendo esta función en base al mismo instrumento, por ejemplo tenemos:

En el Perú a través del Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas y Dirección de Gestión Sanitaria se realizó un estudio completo de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en 24 regiones donde en el promedio

tenemos que la FESP 7 ha alcanzado un desempeño de 0.54, considerado como desempeño medio superior.

En Tucumán Argentina a través del ministerio de Salud Pública se realizó el estudio de las 11 FESP en la gestión 2004, donde se obtuvo una puntuación total de 0.81, identificando la principal debilidad de que el monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud es incipiente y recomienda la definición de patrones de indicadores.

Así mismo se realizó el estudio de las 11 FESP en la Ciudad de la Plata en el 2006, en coordinación con el Ministerio de Salud, donde la FESP 7 obtuvo una puntuación de 0.15, siendo la más baja en el estudio realizado.

En Bogotá Colombia a través de la Secretaria de Salud Pública Municipal en la gestión 2007 se realizó el estudio de las 11 FESP, obteniéndose en la FESP 7 una valor de 0.49 y en el primer indicador tenemos 0.20, el segundo indicador 0.66, el tercer indicador 0.70 y el cuarto indicador tenemos 0.41, en sus conclusiones manifiestan deficiencia de sistema de información de análisis de oferta y demanda de servicios que además realicen control y seguimiento del acceso a los servicios.

En Brasil a través del Consejo Nacional de la Secretaria de Salud (CONASS) en la gestión 2007, se realizaron en 5 Secretarias de Salud donde la Secretaria 3 obtuvo 0.58(cuartil desempeño medio superior), después todas las demás se situaron en el cuartil de desempeño medio inferior. Dentro del estudio realizado no fue la FESP más baja.

En Nicaragua se realizó el estudio de las 11 FESP a través del Programa de Sistemas y Servicios de Salud, en la gestión 2001, obteniendo una puntuación en la FESP 7 de 0.29, y en su primer indicador 0.50, segundo indicador 0.0, tercer indicador 0.64 y el cuarto indicador 0.04, resaltando la evaluación y monitoreo de los servicios de salud y la abogacía de su nivel nacional.

En El Salvador a través del Ministerio de Salud y Asistencia Social en la gestión 2005 se realizó igualmente el estudio de las 11 FESP, pero en el 2001 ya se había realizado también el estudio por lo que en este se compararon los resultados de ambas gestiones, tenemos que en el 2001 la FESP tiene una puntuación de 0.18 y este disminuye en la gestión 2005 con una puntuación de 0.15, en el estudio resaltan sus fortalezas pero no explican por qué la disminución de la puntuación. Es en la discusión del presente trabajo donde realizaremos las comparaciones con las experiencias de otros países.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1. GENERAL**

Determinar el nivel de cumplimiento del SERES El Alto en la función de evaluar y promocionar a los servicios de salud regionales que garanticen el acceso equitativo a los servicios a la población alteña.

### **7.2 ESPECÍFICOS**

- Verificar si el SERES realizan acciones para Monitorizar y evaluar a los servicios de salud.
- Establecer si el SERES desarrollan conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los servicios de salud a la población.
- Verificar si el SERES abogan por acciones eficientes para mejorar los servicios de salud y así mejorar el acceso de la población.
- Evaluar la Asesoría y apoyo técnico del SERES en los niveles subregionales es competente y oportuna en materia mejoría de los servicios de salud.

## **8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio realizado fue de tipo transversal, por la finalidad de medir en un momento determinado el nivel de desempeño que presento el SERES respecto al Monitoreo y evaluación de los Servicios de Salud.

Tipo Descriptivo porque necesitamos observar la frecuencia y distribución de los eventos que se realizan para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte del personal de la institución. Además de describir exactamente los procesos involucrados en el cumplimiento de esta función, ya no se limitó a la recolección

de datos sino se buscó la identificación de las relaciones entre indicadores del instrumento.

## **8.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES**

El estudio se realizó en el Servicio Regional de Salud de El Alto, la cual es una institución desconcentrada del Servicio Departamental de Salud de La Paz que es una dependencia de Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

El Servicio Regional de Salud de El Alto regula, monitoriza, supervisa los servicios de salud de esta ciudad, cuenta con diferentes Unidades en su organigrama y operativamente realiza actividades a través de las 5 redes urbanas: Red los Andes, Red Senkata, Red Lotes y Servicios, Red Corea y Red Boliviano Holandés.

El Servicio Regional de Salud es una entidad pública que coordina con el Servicio Departamental de Salud, dependiente de la Gobierno Autónomo Departamental de La Paz (GADLP). Hasta el año 1999 funcionaba en el Alto (Zona Rural del Municipio de La Paz), la Coordinadora de Salud El Alto, que mediante Resolución Administrativa 297/99 de 20 de octubre de 1999, la Prefectura crea la Unidad de Salud Desconcentrada (UDSEA), desconcentrada 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.

A la fecha el Municipio de El Alto, cuenta con 82 establecimientos de salud públicos de primer nivel, 6 de segundo nivel y 1 de tercer 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), hacia los 82 servicios de salud.

La misión del 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.

La visión en el año 2020, el Servicio Departamental de Salud – Regional El Alto, es 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.

El objetivo operativo general de gestión es 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.

## **8.2. MEDICIONES**

La medición del presente estudio se hizo en forma cuantitativa en base al instrumento construido por la OMS/OPS, pero además se realizó en tres fases que se detallan a continuación.

- **FASE DE ADECUACION:** El instrumento brindado por la OMS/OPS estaba diseñado para ser aplicado por la Máxima Autoridad Sanitaria Nacional, en

nuestro contexto realizamos la evaluación en la Máxima Autoridad Sanitaria Regional de la Ciudad de El Alto, es por eso que se cambiaron palabras para la realización de la entrevista con los involucrados en el estudio. Esta adecuación se realizó en un taller, acondicionando las palabras técnicas de la pregunta pero sin cambiar el objetivo de la pregunta.

- **FASE DE ENTREVISTA:** Fue desde la primera entrevista con las autoridades regionales del SERES que se realizó en ambientes de la OMS/OPS en fecha 7 de Noviembre donde se aplicó el instrumento, determinando ya calificaciones iniciales en el instrumento, permitiendo conocer a las autoridades regionales y establecer comunicación con ellos para la siguiente fase, esta se continuo en las oficinas de las autoridades regionales en el SERES y las Coordinaciones de Red, obteniendo así información más detallada sobre las respuestas ya brindadas en la fase anterior.

Las entrevistas se realizaron a la Unidad de Redes Y gestión de Calidad, Unidad de Epidemiología, Vigilancia e Investigación, Unidad de Promoción de la Salud y Unidad de Planificación. Complementando la relevación de información se entrevistó a los 5 Coordinadores de Red, Red Senkata, Red Boliviano Holandés, Red Corea, Red Los Andes y Red Lotes y Servicios. Estas entrevistas se grabaron para un mejor análisis de la información.

- **FASE DE ANALISIS DE DATOS:** Se realizó una vez concluida la recolección de toda la información requerida, donde se consolidó la información de todas las matrices, y se generó nuevos resultados.

### **8.2.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN**

Las unidades de observación fueron: Las áreas funcionales del SERES EL ALTO involucradas en estas funciones, se realizó en base al siguiente detalle:

1. Responsable del área de Redes
2. Responsable de Farmacias y Laboratorios
3. Responsable de Acreditación y Certificación
4. Responsable de Epidemiología
5. Responsable del PAI
6. Responsable de Tuberculosis
7. Responsable del Control Sanitario
8. Responsable de Planificación
9. Responsable de Promoción de la Salud

Las Coordinaciones de Red:

10. Coordinador de la Red Senkata
11. Coordinador de la Red Boliviano Holandés
12. Coordinador de la Red Corea
13. Coordinador de la Red Los Andes
14. Coordinador de la Red Lotes y Servicios

### **8.2.2. MUESTRA**

No se calculó un tamaño de muestra, ya que se trabajó con informantes claves, personal de salud específico. Fue una muestra no probabilística por conveniencia. Se realizaron entrevistas a 14 autoridades que ejercen los cargos relacionados a los servicios de salud y para aplicar el instrumento en el SERES, se dividió los 4 indicadores en las áreas que cumplen con esta función, se consideró que para el indicador:

1. Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud”, los entrevistados fueron el Responsable del área de Redes, la Responsable de Farmacias y Laboratorios, Responsable de Acreditación y Certificación, Responsable de Epidemiología, Responsable del PAI, Responsable de Tuberculosis y Responsable del Control Sanitario, ya que son estas las áreas que están mas involucradas con las evaluaciones de los niveles operativos y programas del Ministerio de Salud.
2. Conocimiento, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población, los entrevistados fueron el Responsable de Promoción de la Salud y el Responsable de Planificación, quienes son las unidades que desarrollan o manejan estrategias para la capacitación del personal de Salud.
3. Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud, los entrevistados fueron el Responsable del área de Redes, Responsable de Farmacias, Responsable de Acreditación y Certificación y el Responsable de Promoción de la Salud ya que son estas unidades las más involucradas en los servicios de salud públicos, privados y de la seguridad social a corto plazo.
4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública, se realizó la entrevista a Responsable del Área de Redes quien es la unidad que coordina con las coordinaciones de Red quienes son la parte más operativa del Servicio Regional de Salud.

Para el relevamiento de información de las Coordinaciones, solo se entrevistó al Coordinador ya que estas no tienen la complejidad del SERES, así que es el Coordinador el principal responsable de todas las acciones/actividades que se

evalúan en el instrumento. Se realizaron entrevistas a los 5 Coordinadores de Red, a cada uno se aplicó un instrumento.

### **8.2.3. PLAN DE ANÁLISIS**

Se realizó en base al instrumento de la OPS que contiene un estándar para cada indicador, que describe el “óptimo aceptable” de cumplimiento para el mismo, un conjunto de mediciones que sirven de verificadores del desempeño de cada indicador, el que se expresa en un porcentaje de cumplimiento que es función de la respuesta y un conjunto de submediciones que admiten respuestas dicótomas (Si o No).

El análisis cuantitativo estuvo determinado por el instrumento informático el cual está estructurado en preguntas que incluyen variables dicotómicas, la evaluación de cada uno de los indicadores utilizados en la evaluación tiene un valor que oscila entre 0,00 y 1,00. Las preguntas que corresponden a las mediciones y submediciones pueden ser afirmativas o negativas, si es afirmativa su valor es de uno, si es negativa el valor es cero. “La puntuación de cada indicador y sus variables se ha calculado según el porcentaje de respuestas afirmativas a las mediciones y submediciones. Se asigna esta puntuación al indicador y finalmente se usa para calcular el promedio del nivel de desempeño de cada función de la salud pública”,<sup>1</sup> el instrumento está apoyado en un software que permite el cálculo automático y directo de la puntuación de cada una de las funciones y a su vez tiene una representación gráfica de los resultados.

### **8.2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

Los análisis estadísticos fueron elaborados en base al instrumento proporcionado por la OPS/OMS que consiste en una planilla planimetrizada elaborado en programa Excel donde se llenaron los valores numéricos y estos generan gráficos

de tipo columnar prediseñadas. Para la interpretación global del desempeño de las FESP, la OPS/OMS propuso una escala así:

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
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

Posteriormente se realizó el análisis con las respuestas obtenidas de las entrevistas a las autoridades, anotando y grabando sus respuestas en un instrumento de recolección de información.

## **9. RESULTADOS**

Se presentaran los resultados hallados en el SERES que son de los responsables de área de la institución, y los resultados de cada Coordinación de Red que nos muestran la interacción entre estas y la oficina central del SERES.

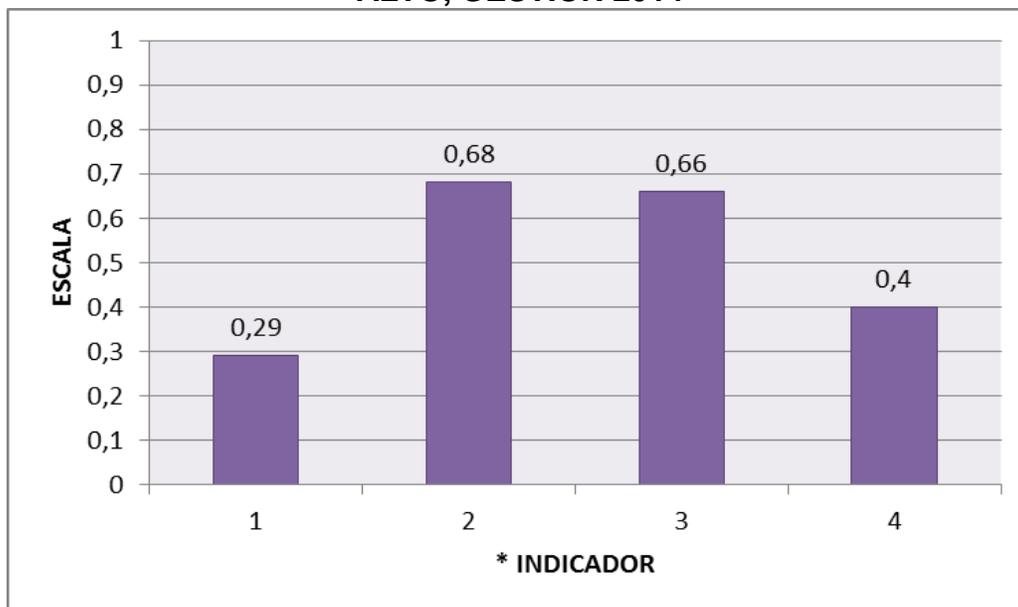
### **9.1 RESULTADOS EN EL SERES**

El nivel de cumplimiento que el SERES tiene en cuanto a evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud es adecuado, satisfactorio pero en base al resultado promedio final de 0.51, lo que sitúa este valor en cuartil de desempeño medio superior, lo que indica que el SERES EL ALTO cumple de forma adecuada con la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios siendo las fortalezas el desarrollo de conocimientos, habilidades para acercar los programas y servicios a la población, esto debido probablemente a que en el Ministerio de Salud se manejan programas pertinentes a la realidad de esta ciudad, como el Programa de Tuberculosis. Otra fortaleza es la abogacía para mejorar el acceso, esto debido a la relación estrecha entre la estructura social de la ciudad de El Alto con el SERES. Las falencias se vieron en el sistema de información y sus indicadores lo que se tradujo en una baja puntuación en el monitoreo y evaluación de los servicios de salud.

El instrumento permite evaluar por subindicadores, de los cuales tenemos cuatro, y cada uno dirigido a una función específica. La recolección de información en el SERES fue al personal que trabaja en las áreas de la institución, diferenciando que las Coordinaciones de Red están desconcentradas del SERES, tienen sus propias instalaciones en sus redes.

Ahora veremos a detalle grafica la puntuación de los 4 indicadores y los 10 subindicadores obtenida de las autoridades del SERES.

**GRAFICO N°4  
PUNTUACION DE LOS 4 INDICADORES DE LA FESP 7 EN EL SERES EL  
ALTO, GESTION 2014**



\*INDICADOR:

1. MONITOREO Y EVALUACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
2. CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y MECANISMOS PARA ACERCAR LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS A LA POBLACIÓN
3. ABOGACIA Y ACCION PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
4. ASESORIA Y APOYO TECNICO A LOS NIVELES SUBNACIONALES DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE PROMOCION DE UN ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En el primer indicador situado en el cuartil de desempeño medio inferior se verifico la existencia de indicadores de los servicios de salud colectivo, pero la evaluación de estos no se basa en la definición del conjunto de servicios, estos indicadores son manejados en su mayoría en el Sistema Nacional de Información (SNIS), así mismo se cuenta con la información de los niveles subregionales, estos se encuentra en la programación de evaluación que se realizan en los Planes Operativos Anuales. Los niveles de coordinación para la evaluación son estrechamente con los establecimientos de salud y están distanciados de las Coordinación de Red. Estos últimos realizan sus propias evaluaciones.

En lo que respecta a los servicios de salud individuales no se conoce el diagnóstico situacional de estos siendo las debilidades el sector privado, además que el control de los costos a este sector es de mayor complejidad. Una vez más las evaluaciones realizadas por el personal de la oficina central del SERES es autónoma, no la coordinan con los Coordinadores de Red ni en el sector público, privado y en menor magnitud a la Seguridad Social a corto plazo.

Las barreras identificadas por parte de las unidades y áreas del SERES son inferiores al de las Coordinaciones de Red, probablemente porque algunos instrumentos como las carpetas familiares se manejan más en las coordinaciones y establecimientos de salud.

En el segundo indicador tenemos que existe personal que hace seguimiento de patrones de utilización de servicios como el área de Farmacia y Laboratorios o Unidad de Control Sanitario, pero identificar las barreras en los niveles subregionales no se hace desde la oficina central esto se delega a las Coordinaciones de Red. Existe personal que define acciones de acceso a la población como la Unidad de Redes, quienes monitorizan todos los servicios de salud públicos, personal que acerca los programas a la población ya que la Unidad de Epidemiología está compuesta por múltiples programas ministeriales. Son estos los que se enfocan en poblaciones vulnerables, además realizan campañas, ferias y otras actividades. Nuevamente se hace notoria la debilidad en coordinación con la Seguridad Social a corto plazo.

Respecto a cambios estructurales desde el SERES el personal refiere que es difícil porque la institución depende del SEDES y es en esta instancia donde se aprueban los cambios. Pero el personal tiene mucha experiencia en la evaluación, así que es desde ahí que se proponen cambios.

En el tercer indicador existe la abogacía y esta fortalecida por la relación con la estructura social, pero es en los niveles superiores donde no es posible la

efectivización de las demandas. Otra debilidad es en la coordinación con las instituciones formadoras de Recursos Humanos, en las Coordinaciones si existe pero en la oficina central es escasa. La identificación de brechas se realiza a través de la consolidación de informes y evaluación de acreditación donde existe instrumento de caracterización de establecimientos de salud, pero es difícil efectivizar la solicitud de cobertura de estas brechas. En los que respecta a los incentivos no está bien consolidado un sistema, se realiza en forma esporádica, y esto repercute en que el personal de las Redes no se encuentra altamente motivado.

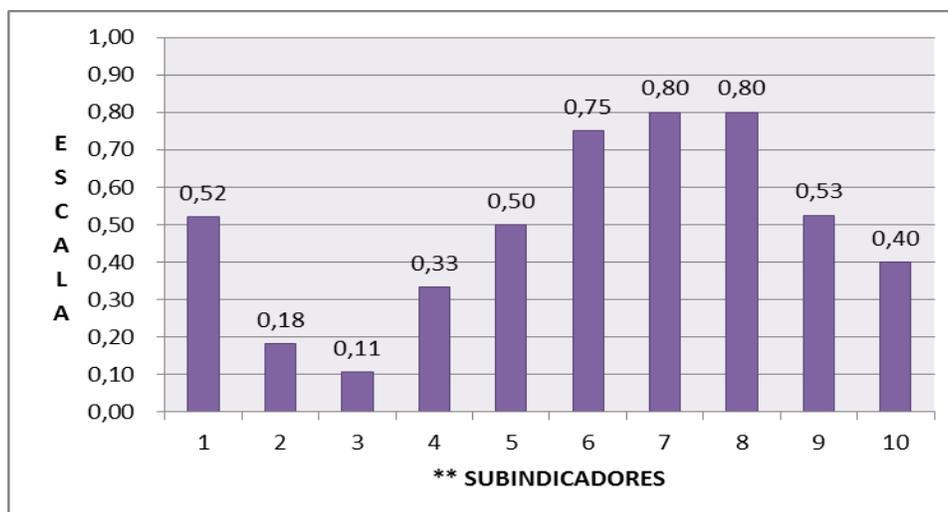
En el cuarto indicador se verifico que las áreas y unidades del SERES si trata de hacer cumplir los roles y las responsabilidades a los servicios de salud pero existe una debilidad en el sector privado. Existe una unidad de comunicación que difunde mensajes a través de los medios de comunicación, no es un área muy fortalecida pero cumple con esta función. Todavía existe falencias en la identificación de necesidades insatisfechas de la población con los servicios d salud, identificar barreras y desarrollar estrategias para darles solución.

Los principales facilitadores en el relevamiento de información del SERES fueron: las personas encuestadas que mostraron toda la predisposición de responder las preguntas, a pesar del poco tiempo con que disponían siempre tuvieron la amabilidad de colaborar con prestar sus informes e instrumentos en medio físico y medio magnético. Otro facilitador fue la misma Institución que abrió sus puertas y dejo conocer su funcionabilidad.

Entre las limitantes tenemos el factor tiempo, ya que en las encuestas a veces se llegaba a profundizar un tema o indicador tan a fondo que recolectábamos una información valiosa en unos indicadores mejores que en otros. Otra limitante fue la documentación no propia del SERES, sino más bien los documentos normativos de instancias superiores como del SEDES y Ministerio de Salud que ayudaban a interpretar mejor las funcionabilidad del personal del SERES.

Una gran limitante fue el desconocimiento de nuestro propio Sistema de Salud y como interactúa con las instituciones Públicas, pues un análisis profundo requiere un conocimiento de los roles que juegan cada institución, por ejemplo los encuestados mencionaban algunas competencias del Ministerio de Salud que no se cumplían y otras en la que había injerencia de esta instancia, entonces conocer realmente a fondo al ente rector normativo y sus competencias nos habría brindado un mejor criterio de análisis.

**GRAFICO N°5**  
**PUNTUACION DE LOS 10 SUBINDICADORES DE LA FESP 7 EN EL SERES**  
**EL ALTO, GESTION 2014**



**\*\*SUBINDICADORES:**

1. EVALUACION A LOS SERVICIOS DE SALUD COLECTIVOS
2. EVALUACION A LOS SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUALES
3. IDENTIFICACION DE LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD
4. PROMOVER LA EQUIDAD EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES
5. PERSONAL ESPECIALIZADO EN PROGRAMAS DE ACERCAMIENTO A LA COMUNIDAD DIRIGIDOS A MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
6. PERSONAL CAPAZ DE INFORMAR A LOS CIUDADANOS ACERCA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
7. EVALUACIÓN PERIÓDICAMENTE DE LA EXPERIENCIA Y CAPACIDAD PARA PROVEER MECANISMOS DE ACERCAMIENTO DE LA COMUNIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVOS EN FORMA EFECTIVA
8. DESARROLLO DE PROCESOS DE ABOGACÍA CON OTROS ACTORES PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS?
9. EJECUCION DE ACCIONES DIRECTAS PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
10. ASISTENCIA A LOS NIVELES SUBNACIONALES EN LA PROMOCIÓN DE UN ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS

En los subindicadores del Monitoreo y Evaluación del Acceso a los Servicios de Salud Necesarios tenemos la Evaluación de Servicios de Salud Colectivos, Evaluación de Servicios de Salud Individuales, Identificación de Barreras y la Promoción de la Equidad en Salud están diferentes cuartiles de desempeño, lo que representaría una varianza en el cumplimiento de esta función, probablemente

el poder encontrar indicadores que nos permitan evaluar el acceso a los servicios de salud refleja una buena capacidad técnica, pero que la evaluación no se base en la definición previa de un conjunto de servicios de salud colectivos que deben ser accesibles a toda la población es una deficiencia técnica.

También podemos mencionar que encontramos información disponible en los niveles subregionales y que reciben apoyo de niveles intermedios y locales, pero no reciben apoyo de otras entidades gubernamentales y no gubernamentales, por lo que no es posible realizar esta evaluación completa de todos los servicios cada 2 años, quienes proporcionaron la información fueron el Coordinador de las Redes, Responsable de Farmacias, el Responsable Acreditación y Certificación quienes vigilan los servicios de salud colectivos, los servicios de salud individuales están más monitorizados por la Unidad de Epidemiología de donde se obtuvo la información.

En los subindicadores del Conocimiento, Habilidades y Mecanismos para acercar los Programas y Servicios a la Población se sitúa en el cuartil de desempeño medio superior, lo que indica que existe un buen desarrollo de conocimientos, habilidades y mecanismos, existe un buen flujo de acercamiento a la población de los programas, adecuada focalización de acciones en poblaciones de difícil acceso, remarcado esfuerzo en el apoyo de las poblaciones vulnerables y una respuesta a desarrollar programas nacionales de detección precoz . La evaluación periódica de la experiencia y capacidad para proveer mecanismos de acercamiento de la comunidad a los servicios de salud individual y colectiva se realizan en los niveles regionales, intermedios y locales, siendo esta una fortaleza. Se nos proporcionó al Plan Operativo para verificar que tipo de actividades realizan para cumplir con esta función la Unidad de Promoción de la Salud y la Unidad de Planificación.

En los subindicadores de la Abogacía y Acción para Mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Necesarios tenemos Desarrollo de Procesos de Abogacía con

otros Actores para mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Necesarios y Ejecución de Acciones Directas para mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Necesarios se sitúan en el cuartil de desempeño medio superior y óptimo.

La abogacía y acción que el SERES realiza para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios es oportuna y además la institución informa a los tomadores de decisión y actores claves, a los representantes y a la población en general acerca barreras al acceso de los servicios de salud, también aboga por la adopción de políticas y regulaciones que incrementan el acceso y mantiene relaciones formales con otras asociaciones y organizaciones capaces de colaborar con la confrontación de los problemas de acceso eso refleja los informes de rendición de cuentas de las Redes en sus rendiciones de cuentas.

En el indicador 4, Asesoría y Apoyo Técnico a los Niveles Subnacionales de Salud Publica en materia de Promoción de un Acceso Equitativo a los Servicios de Salud tenemos Asistencia a los Niveles Subnacionales en la Promoción de un Acceso Equitativo a los Servicios de Salud Necesarios una puntuación de 0.40, lo cual indica que se sitúa en el cuartil de desempeño medio inferior y que esta asesoría no es suficiente ya que no se identifican las necesidades insatisfechas de acceso de la población, no se identifica todas las barreras en forma periódica o monitoriza estas y siendo así no se puede desarrollar estrategias específicas que disminuyan estas barreras, aun así se pudo verificar la existencia de algunas barreras que se monitorizan en el SNIS como indicadores, como el género, la edad, la discapacidad y otros.

Esta información fue brindada por el Coordinador de Redes quien coordina la asesoría y apoyo técnico a sus niveles subregionales.

## 9.2 RESULTADOS DE LAS COORDINACIONES DE RED RED LOTES Y SERVICIOS

**GRAFICO N°6**  
**PUNTUACION DE LOS 4 INDICADORES DE LA FESP 7 EN LA**  
**COORDINACION DE LA RED LOTES Y SERVICIOS, GESTION 2014**



\*INDICADOR:

1. MONITOREO Y EVALUACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
2. CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y MECANISMOS PARA ACERCAR LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS A LA POBLACIÓN
3. ABOGACIA Y ACCION PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
4. ASESORIA Y APOYO TECNICO A LOS NIVELES SUBNACIONALES DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE PROMOCION DE UN ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En el indicador 1, Monitoreo y Evaluación del Acceso a los Servicios de Salud Necesarios, tenemos una puntuación de 0.69, lo que indica que esta en el cuartil de desempeño medio superior, lo que representaría una eficiencia en el cumplimiento de esta función en la Red Lotes y Servicios, según el coordinador de esta red en varios programa encontramos variables que son generados y evalúan el acceso a los servicios de salud, como ejemplo tenemos al PAI, además menciona que se tiene una línea de base sobre los servicios de salud del 2011 y que esta sigue cambiando.

Sobre las evaluaciones a los servicios de salud tenemos que la coordinación de red trata de realizarlo cada 3 meses, así lo programa anualmente. Existe una buena coordinación con los directores de establecimientos de salud, pero no existe coordinación o apoyo con los niveles gubernamentales (Ministerio de Salud), la coordinación se autofinancia todas sus actividades. En lo que se refiere a las ONGs, se encuentran presentes: SOS, CARITAS y MISION ALIANZA en la Red y realizan cierto apoyo logístico y financiero en alguna supervisión. Estas evaluaciones se realizan anualmente en forma general, es decir al menos una vez al año se llega al establecimiento de salud más lejano y se lo supervisa.

En lo que respecta a los servicios de salud individuales, estos en nuestro contexto se refieren más al sector privado, tenemos que la coordinación de red no tiene una línea de base o diagnóstico situacional real, la coordinación no controla costos y formas de pago, esta es función directa del SERES con sus unidades y áreas correspondientes. Solo se realiza estas evaluaciones al sector público, no así al privado ni a la seguridad social, en la red se encuentra el Policlínico Villatunari que envía información a la red pero no recibe supervisiones por parte de esta. En lo que respecta a las distancias y dispersión de establecimientos de salud tenemos que la coordinación cubre 5 distritos de EL ALTO de los 14 distritos que existen, entonces existe cierta dificultad a sus actividades. La coordinación no realiza supervisión a servicios de salud individuales (privados), por lo que no existe ninguna coordinación.

Sobre la identificación de Barreras al acceso a los servicios de salud, la coordinación tiene estrategias para identificar las barreras, para ver la edad se utilizan los registros de los Seguros Públicos del sistema de salud, es decir el Seguro Integral de Salud y el Seguro Escolar de Salud Obligatorio donde se manejan las edades para beneficiarlos. La variable del género también se encuentra diferenciada en estos registros. Otra estrategia es la Carpeta Familiar que está en proceso de implementación donde se manejan las variables: Etnia, Cultura y creencias, Religión, Idioma, Analfabetismo, Residencia, Transporte,

Ingresos económicos, Previsión social, Nacionalidad. Sobre la orientación sexual tenemos que se registra la información en el cuaderno 3 del SNIS y para la discapacidad física y mental también se cuentan con datos estadísticos ya que reciben atención médica gratuita por el Seguro Integral de Salud. La única estrategia para detectar desigualdades en los servicios de salud es el Buzón de quejas, el cual se apertura en los comités de análisis de información (CAI). En el reconocimiento de las buenas practicas que mejoran el acceso a los servicios de salud la coordinación de red otorga certificados con valor curricular y memorándums y la difusión de estos se realiza en forma interna.

En el indicador 2, Conocimiento, Habilidades y Mecanismos para acercar los Programas y Servicios a la Población, tenemos una puntuación de 0.93, lo cual indica que se sitúa en el cuartil de desempeño optimo , lo que indica que existe un buen de desarrollo de conocimientos, habilidades y mecanismos, existe un buen flujo de acercamiento a la población de los programas, adecuada focalización de acciones en poblaciones de difícil acceso, remarcado esfuerzo en el apoyo de las poblaciones vulnerables y una respuesta a desarrollar programas nacionales de detección precoz .

La Coordinación de Red tiene personal que detecta y hace seguimiento de patrones de utilización de servicios de salud a través de programas como el de discapacidad, en lo que se refiere a los servicios de salud individuales (privados) no se realiza identificación de barreras por que la Coordinación de Red no interviene en esta población de servicios de salud. El Área de Trabajo Social de la coordinación es la responsable de la identificación de los problemas a nivel local, operativo y en el nivel de mandos medios o intermedios lo hace la responsable de Salud Pública y administración de personal.

Existe en la Coordinación de Red personal que habla Aymara y Quechua que son los que se identifican con la población que tiene dificultad del idioma para acceder a los servicios de salud , los principales actores que definen acciones para mejorar

el acceso son las Autoridades Locales de Salud. En lo que respecta a personal con experiencia en informar a los proveedores de servicios públicos y privados sobre prevención la coordinación no se realiza esta función.

La licenciada de Trabajo Social, Nutrición y el personal de “Mi Salud” realizan el acercamiento de los servicios de salud a la población. En el desarrollo de programas y planes locales de detección precoz lo realiza la Lic. de Trabajo Social que tiene posgrado en Salud Pública.

Existe experiencia en coordinar con la Seguridad Social de forma parcial ya que el Policlínico de Villatunari brinda toda la información a la Coordinación de Red, a través del Coordinador de Red. En lo que respecta a los cambios estructurales que realizó el Coordinador en su Red afirma que se hizo algunos pero resalta lo dificultoso, también indica que su personal está totalmente capacitado para realizar evaluaciones y supervisiones a todos los niveles.

En el indicador 3, Abogacía y Acción para Mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Necesarios, tenemos una puntuación de 0.83, lo cual indica que se sitúa en el cuartil de desempeño óptimo, mostrando que es una fortaleza de la institución. La Coordinación de Red informa a las autoridades, organización sociales y población sobre las barreras de los servicios de salud además aboga por políticas, Leyes y regulaciones a través del control social. Esto se realiza a través de reuniones formales con las organizaciones, a esto menciona un caso especial que se trató en el Centro de Salud de Villa Cooperativa.

En el caso de la Coordinación con las Universidades refieren que existe una buena coordinación con la Universidad Pública de El Alto, Universidad Católica y la Universidad Siglo XX, a través de estas realizan ferias u otras actividades con los estudiantes. En estas actividades se recluta a estudiantes para realizar educación continua en las reuniones los sábados con las COLOSAs.(Comité Local de Salud).

La Coordinación de Red si coordina con los Programas/planes regionales y identifica la carencia de los recursos humanos, pero no existe estudio de brechas solo se sabe que la demanda de los servicios de salud es alta. La estrategia para cubrir estas deficiencias de recursos humanos es la de modificación de horarios del personal. Una experiencia exitosa de la Coordinación de Red es la implementación del “Día del usuario” y la formación de “Grupo de Adultos Mayores” a las cuales se realiza seguimiento adecuado, también se realiza el reconocimiento a los proveedores de salud que aportaron para estas experiencias con certificados y memorándums de reconocimiento y felicitación , en la experiencia del Coordinador la información de las experiencias exitosas en algún momento si ayudaron a definir políticas, como por ejemplo la SAFCI-TB.

La Coordinación no brinda incentivos a los proveedores de salud individuales (privados). Finalmente la Coordinación apoya a la formación de grupos sociales para promover el acceso a los servicios de salud como por ejemplo el “Grupo de Adultos Mayores”.

En el indicador 4, Asesoría y Apoyo Técnico a los Niveles Subnacionales de Salud Publica en materia de Promoción de un Acceso Equitativo a los Servicios de Salud, tenemos una puntuación de 0.40, lo cual indica que se sitúa en el cuartil de desempeño medio inferior y que se está asesoría no es suficiente ya que no se identifican las necesidades insatisfechas de acceso de la población.

La Coordinación de Red Lotes y Servicios no define los Servicios de Salud que deben estar disponibles en su Red, tampoco hace cumplir los roles y responsabilidades de los proveedores de servicios de salud, no ayuda a la difusión de mensajes comunicacionales relacionados a la disponibilidad de servicios de salud, pero trata de identificar barreras a través de ferias organizadas con las FEJUVE EL ALTO. Finalmente la Coordinación de Red realiza actividades con lo programas del Ministerio de Salud, como por ejemplo la “Feria del Dia

Mundial Contra la Tuberculosis” que se realizó a pesar de no contar con el apoyo total del Programa Ministerial.

## RED SENKATA

**GRAFICO N°7**  
**PUNTUACION DE LOS 4 INDICADORES DE LA FESP 7 EN LA**  
**COORDINACION DE RED SENKATA, GESTION 2014**



\*INDICADOR:

1. MONITOREO Y EVALUACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
2. CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y MECANISMOS PARA ACERCAR LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS A LA POBLACIÓN
3. ABOGACIA Y ACCION PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
4. ASESORIA Y APOYO TECNICO A LOS NIVELES SUBNACIONALES DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE PROMOCION DE UN ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En el indicador 1, Monitoreo y Evaluación del Acceso a los Servicios de Salud Necesarios, tenemos una puntuación de 0.61, lo cual lo ubica en el cuartil de desempeño medio superior, la Coordinación de Red cumpliendo con esta función. La Coordinación genera indicadores de los servicios de salud a través de programas como el de Tuberculosis y el Plan de Inmunización Ampliado. Pero no existe una línea de base de los servicios de salud colectivos ya que aún no se

descentraliza en forma total las funciones de los Coordinadores de Red y existe un personal improvisado en las áreas respectivas.

La Coordinación maneja la base de datos del SNIS para conocer la dimensión de su Red y establecimientos de Salud. En la Red se realizan las supervisiones sorpresas no existe coordinación previa con los establecimiento de salud, no existe apoyo de los niveles gubernamentales para estas supervisiones, pero si las ONG apoyan con refrigerios y logística, una de esas ONGs es el Consejo de Salud Rural Andino. Estas evaluaciones se realizan en forma anual.

En lo que respecta a los servicios de salud individuales (privados), no se tiene un diagnostico base de estos, esos datos se manejan en la oficina central del SERES, no existe coordinación entre las autoridades regionales del SERES con el Coordinador de Red para el acompañamiento de las supervisiones, en el caso de la seguridad social no existe ningún establecimiento de salud en esta Red.

Ya que se cuenta con movilidad propia la coordinación puede llegar a todos los rincones de los establecimientos de salud y estas evaluaciones son anuales. En este tipo de evaluación tampoco los niveles gubernamentales solicitan el acompañamiento del Coordinador ni las ONGs, pero si se evalúa a las ONGs a través de la Unidad de Planificación del SERES.

En lo que respecta a la identificación de barreras a través de los seguros públicos de la ciudad de EL ALTO existe base de datos pero además en la implementación de la carpeta familiar, una barrera que no se identifica es sobre el ingreso económico de la familia ya que en la ciudad de El Alto esto es relativo, pero otra barrera de difícil identificación es la orientación sexual.

Pero el personal que apoya en la identificación de las barreras aun no recibe reconocimiento, ya que aún se encuentra en proceso este plan de

reconocimientos al personal de salud y una vez establecido se realizara la difusión correspondiente.

En lo que respecta a si la coordinación incorpora aportaciones de la población para disminuir el acceso sobrepasa el involucramiento de la población a tal punto de realizar un control de minutos y horas del horario laboral del personal. Todas estas aportaciones de la población para por el Comité de Gestión de Calidad de la Red. En las normativas propias que la Red debería implementar tenemos que aún no se realiza pero se está comenzando con manuales de Procesos y Procedimientos.

En el indicador 2, Conocimiento, Habilidades y Mecanismos para acercar los Programas y Servicios a la Población: tenemos un puntuación de 0.79 lo que ubica en el cuartil de desempeño óptimo, es un puntaje bueno. La Coordinación realiza seguimiento a patrones de utilización de servicios de salud a través de la evaluación de coberturas. Además que el Comité de Acreditación y Gestión de Calidad identifica barreras, este comité está representado por los 7 establecimientos de salud de la Red, y están entre estos Gestores de Calidad, Directores e incluso representantes del Programa Mi Salud.

Una de las debilidades que se está subsanando es la barrera lingüística a través de la capacitación individual y propia del personal, otra es en la definición de acciones dirigidas a la población que mejoren el acceso ya que esta Red no cuenta con Trabajadora Social y tampoco informan a los proveedores públicos y privados sobre prevención. Uno de las formas de apoyo de las ONGs a la Red es en capacitar al personal sobre el acercamiento de los servicios de salud a la población, a través de ferias tratan de detectar riesgos en las poblaciones vulnerables.

En la Coordinación se realizaron cambios estructurales y funcionales pero con dificultad por las estructuras establecidas, además que su personal está

capacitado para realizar evaluaciones y supervisiones a los niveles intermedios y operativos, estas están encabezadas por la Responsable de Salud Pública de la Red y los instrumentos.

En el indicador 3, Abogacía y Acción para Mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Necesarios: tenemos una puntuación de 0.74 lo cual indica que también está en el cuartil de desempeño óptimo.

La Coordinación de Red informa a autoridades y Organización Sociales sobre las barreras a través del Directorio Local de Salud, esta además aboga por políticas, leyes y regulaciones locales, a través de esta instancia existe una coordinación con las organizaciones sociales. Pero en la coordinación con las Universidades y otras entidades formadoras de recursos humanos no se coordina en esta instancia, esto se debe hacer a través de la oficina central del SEDES LA PAZ, y tampoco se puede reclutar profesionales para actividades ajenas al sistema de salud, a menos que existan convenios firmados con el SEDES.

En la coordinación con programas del Ministerio existe comunicación directa, y en es en el SEDES donde se realiza la solicitud de recursos humanos, esto a través de las brechas que la coordinación maneja, cuando el SEDES no responde es la Alcaldía del municipio quien fortalece y en raros casos alguna ONG. La mejor experiencia identificada para mejorar el acceso es el Buzón de Sugerencias, en todo los establecimientos de salud, en el reconocimiento que se realiza a buenas practicas todavía se encuentra en proceso.

En el indicador 4, Asesoría y Apoyo Técnico a los Niveles Subnacionales de Salud Publica en materia de Promoción de un Acceso Equitativo a los Servicios de Salud: en esta la Coordinación de Red tiene un puntaje de 0.88, en el cuartil de desempeño óptimo. La Coordinación de Red Senkata no define los servicios de salud que deben estar disponibles para la población ya que consideran que esto es un tema político, en hacer cumplir los roles y responsabilidades de los

proveedores de servicios de salud acepta que la rectoría es débil. La contribución para apoyar a difundir mensajes comunicacionales fue la de elaborar una ruta crítica de violencia y a través del comité de satisfacción del usuario identifican necesidades insatisfechas de la población, una de las más importantes estrategias para reducir las barreras es el fortalecimiento del Hospital Boliviano Japonés de la Zona.

## RED BOLIVIANO HOLANDES

### GRAFICO N°8 PUNTUACION DE LOS 4 INDICADORES DE LA FESP 7 EN LA COORDINACION DE RED BOLIVIANO HOLANDES, GESTION 2014



**\*INDICADOR:**

1. MONITOREO Y EVALUACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
2. CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y MECANISMOS PARA ACERCAR LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS A LA POBLACIÓN
3. ABOGACIA Y ACCION PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
4. ASESORIA Y APOYO TECNICO A LOS NIVELES SUBNACIONALES DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE PROMOCION DE UN ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En el indicador 1, Monitoreo y Evaluación del Acceso a los Servicios de Salud Necesarios: la puntuación es de 0.76 es decir un desempeño óptimo.

La Coordinación de Red Boliviano Holandés maneja sus indicadores a través de una sala situacional, ahí se monitoriza la consultas médicas, al parecer se cuenta con el diagnostico situacional y se va actualizando los datos en forma quinquenal.

En lo que respecta a las evaluaciones de los servicios de salud colectivos, la red es accesible, por lo que no solo se supervisa sino también se monitoriza y se debate en los Comités de Análisis de Información. Existe deficiencias en la coordinación en algunos niveles, por ejemplo existen programas que realizan supervisiones sin considerar al Coordinador de Red, como ejemplo el Programa

Ampliado de Inmunizaciones(PAI), quienes realizan sus supervisiones sin el apoyo de las coordinaciones. Pero las supervisiones propias de la coordinación de red si es coordinada con sus establecimientos de salud. En esta Red no existe apoyo de las ONGs ya que existen muy pocas o tiene actividades muy diferentes. A pesar de las dificultades la Coordinación realiza supervisiones 1-2 veces al año a todos sus establecimientos de salud.

Sobre los servicios de salud individuales (privados), no es tuición del Coordinar realizar o intervenir en las evaluaciones, esa actividad está centralizada en el SERES, solo en los públicos realizan supervisiones con apoyo de las COLOSAs. Y sobre la coordinación con la Seguridad Social si hay apoyo para ferias de salud pero sobre las supervisiones estas responden a otra estructura jerárquica.

En otras barreras que no se identifican tenemos la Etnia, Cultura, Religión, Orientación sexual, pero las demás barreras del instrumento si se identifican a través de carpetas familiares y seguros públicos. Existe en esta red un Policonsultorio de la Caja con una población de 15000 personas. Sobre el reconocimiento y difusión de las buenas practicas del personal de salud se realizan a través de certificados y se publican en el Facebook de la Red para que todo el personal conozca estos reconocimientos, pero no se difunde a la población.

La coordinación de Red incorpora aportes de poblaciones y comunidades, pero estos a veces saltan niveles jerárquicos ya que la estructura social está bien organizada en este municipio. También realizan planes de mejora continua en cada establecimiento de salud lo que se evalúa en las supervisiones. Además que cada establecimiento de salud elabora sus reglamentos internos propios y los debe hacer cumplir.

En el indicador 2, Conocimiento, Habilidades y Mecanismos para acercar los Programas y Servicios a la Población: para hacer seguimiento de patrones y

utilización de servicios de salud aplican los canales endémicos en cada establecimiento de salud, pero no todas las variables de las barreras se pueden monitorizar, para esto tiene apoyo del personal estadístico de la Red, pero esto no se puede realizar en los niveles más operativos ya que ahí no existe personal estadístico.

La experiencia en lo que se refiere a disminuir barreras como la lingüística no es mucha pero se subsana con un trabajo en equipo, y la función de informar a los proveedores de servicios sobre prevención es un debilidad, más en el sector privado.

La Trabajadora Social de la Red tiene posgrado por lo que es la responsable del acercamiento de los servicios de salud, y es el coordinador de red quien desarrolla planes y estrategias de detección precoz de riesgos. El manejo de las poblaciones vulnerables se realiza como trabajo en equipo y existe un apoyo del programa MI SALUD a través de sus visitas domiciliarias acercan los servicios a la población. La coordinación con la Seguridad Social se realiza a través del estadístico ya que se reporta información a la Coordinación.

Los cambios estructurales y funcionales son de difícil aplicación, pero se han realizado algunos, como modificación de horarios de atención del personal de salud, además todo el personal de la Coordinación de Red se encuentra capacitado para realizar evaluación del nivel gerencial de los establecimientos de salud, los procesos y procedimientos del nivel operativo. El apoyo a veces viene del Municipio pero en su mayoría es auto gestionado por la misma coordinación de red.

En el indicador 3, Abogacía y Acción para Mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Necesarios: con una puntuación de 0.78 lo sitúa en el cuartil de desempeño óptimo. La Coordinación de Red informa a autoridades, organizaciones sociales y población sobre las barreras de los servicios de salud con la justificación técnica

correspondiente. Sobre la abogacía de las políticas, Leyes, regulaciones y normas el coordinador refirió que no es competencia de intervenir en estos procesos. Sobre las reuniones con individuos u organizaciones sociales para enfrentar el acceso a la salud tenemos los Comités de Análisis de Información (CAI) y la rendición de cuentas.

En la coordinación con las Universidades para aumentar la disponibilidad del recurso humano solo se realizan campañas y ferias. También se fomenta los programas de educación continua a través de una Plan de Información Educación y Comunicación vigente para la Red.

Las Coordinaciones de Red coordina programas/planes a través de submesas de distrito que colaboran con la elaboración del Plan Municipal de Salud y la solicitud de recursos humanos se hace a través del crecimiento vegetativo, pero no existe el estudio de brechas para ver la necesidad real.

La estrategia para disminuir estas brechas es la coordinación con el programa MI SALUD, no se han identificado otra experiencia positiva para toma de decisiones políticas, pero si se realizan supervisiones y evaluación de acciones que mejoran el acceso a los servicios, como el valor actitudinal. Además se dan compensaciones de tiempo al personal que brinda su tiempo para realizar actividades fuera de la institución, pero solo en los servicios públicos. Finalmente la coordinación brinda apoyo para organizarse a la población un ejemplo claro es que en el centro de salud de Villa Dolores se tiene el “CLUB CUSIÑA TAQUI” que es parecido al club de madres.

En el indicador 4, Asesoría y Apoyo Técnico a los Niveles Subnacionales de Salud Publica en materia de Promoción de un Acceso Equitativo a los Servicios de Salud: obtuvo la puntuación de 0.32, situándolo en el cuartil de desempeño medio inferior.

La coordinación define los servicios de salud colectivos e individuales de la red, ya que cuenta con una base de dato de la parte publicas más que la seguridad social y sector privado, según refiere hacen cumplir los roles y responsabilidades de los proveedores de servicios de salud más del sector público. Pero la coordinación no puede brindar apoyo en la elaboración de mensajes comunicacionales y su difusión así como en tarea de identificar necesidades insatisfechas de la población. Finalmente la Coordinación no desarrolla estrategias que reduzcan estas barreras pero si crean y gestionan los espacios para el debate de estos.

## RED LOS ANDES

**GRAFICO N°9**  
**PUNTUACION DE LOS 4 INDICADORES DE LA FESP 7 EN LA**  
**COORDINACION DE RED LOS ANDES, GESTION 2014**



**\*INDICADOR:**

1. MONITOREO Y EVALUACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
2. CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y MECANISMOS PARA ACERCAR LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS A LA POBLACIÓN
3. ABOGACIA Y ACCION PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
4. ASESORIA Y APOYO TECNICO A LOS NIVELES SUBNACIONALES DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE PROMOCION DE UN ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En el indicador 1, Monitoreo y Evaluación del Acceso a los Servicios de Salud Necesarios: con una puntuación de 0.66, que lo sitúa en el cuartil de desempeño medio superior.

En la Coordinación de Red se clasifican en indicadores de procesos, impacto y resultados, además cuentan con el diagnóstico de base de los servicios de salud colectivos y en cada establecimiento de salud generan esta información apoyados por los Directores de los establecimientos de salud. En las supervisiones de red no existe apoyo de instancias gubernamentales ni ONGs, estas últimas solo apoyan

en ferias pero no el logística de supervisiones. Estas se realizan 2 veces al año y sin dificultad ya que los establecimientos de salud no están dispersos.

En lo que se refiere a los servicios de salud individuales (privados) la coordinación no interviene en las evaluaciones, solo se realiza esta actividad en el SERES. En lo que respecta a la Seguridad Social no existe presencia de esta en la Red por lo que no coordinan ninguna supervisión. Pero si existen establecimientos de la Iglesia con lo que coordinan supervisiones.

Entre la identificación de las barreras las principales debilidades es en la Etnia, religión, analfabetismo, previsión social y orientación sexual, algunos de los datos se recolectan en la carpetas familiares pero no se consolidan y aun no se completa su implementación. Todo el manejo de identificación de diagnósticos se realiza en base al CIE10. La única estrategia de para detectar desigualdades es la de los buzones de sugerencia en los establecimientos de salud que son aperturados en los CAI de área. Y al personal que resalta por las buenas practicas se les da una certificación y memorándums y se difunde entre el personal en las reuniones de la coordinación.

La incorporación de aportes de la población se realiza a través de los comités donde participa a estructura social, como el comité de referencia y contra referencia, Comité de Bioseguridad. Entre las normativas implementadas por parte de la Coordinación fue la de aumentar la rigidez de las faltas y atrasos para mejorar la calidad de los servicios de salud.

En el indicador 2, Conocimiento, Habilidades y Mecanismos para acercar los Programas y Servicios a la Población: la cual obtuvo una puntuación de 0.74, que lo ubica en el cuartil medio superior de desempeño. El seguimiento que detecta y hace seguimiento a patrones de utilización de servicios de salud se realiza a través del estadístico y es en los CAI donde los directores y Coordinador identifican los problemas de barreras al acceso. Sobre el personal que disminuyen

barreras como la lingüística y definir acciones están en proceso de capacitación siendo parte del Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica. Para la difusión de mensajes comunicacionales no existe personal en la Red encargada de eso, antes se realizaba con el comunicador del SERES, pero actualmente ya no existe.

El personal experto en acercar los servicios de salud a la población es la Licenciada de Trabajo Social, además que esta misma apoya a la población vulnerable y realiza campañas, ferias y otras actividades. Los principales cambios realizados por la coordinación fueron reorganizar los niveles de referencia (Boletas de referencia y contra referencia). Todas las áreas de la coordinación están capacitadas para realizar las supervisiones en los diferentes niveles y cuentan con instrumentos.

En el indicador 3, Abogacía y Acción para Mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Necesarios: se obtuvo una puntuación de 0.91, lo que lo ubica en el cuartil de desempeño óptimo. Existe una comunicación de la Coordinación y las organizaciones sociales y se informan sobre las barreras en los casos de gerencia, además que se abogan por políticas y regulaciones, un ejemplo es que se modificó el manual de referencia y contrareferencia. Las universidades que coordinan con la red son la UPEA, UMSA, Universidad Franz Tamayo, con estas se recluta personal que apoya en actividades de promoción de la salud y se programa ferias.

También la estructura social apoya en la definición del crecimiento vegetativo por lo que se hace abogacía de recursos humanos, esto en base al estudio de brechas, una observación es que el Municipio aun no cumple su función de implementar recurso humano como lo establece la Ley 475 del Sistema Integral de Salud. Una de las experiencias positivas es que realizaron estudios que determinaron la creación de 2 nuevos establecimientos de salud, y actualmente se encuentra en fase de implementación.

Uno de las formas de incentivo es reconocer la labor del personal al llevar el estandarte de la red en los desfiles y eventos, así incentivan al personal de los establecimientos de salud. En la red apoyan a la población en organizarse en grupos sociales como los “VIGILANTES COMUNITARIOS”, “GRUPO DE ADOLESCENTES” y uno en contra de la violencia.

En el indicador 4, Asesoría y Apoyo Técnico a los Niveles Subnacionales de Salud Pública en materia de Promoción de un Acceso Equitativo a los Servicios de Salud: que se obtuvo una puntuación de 0.76, que lo sitúa en el cuartil de desempeño óptimo.

En la definición de la disponibilidad de los Servicios de salud colectivos e individuales, la coordinación solo ve los colectivos, los individuales solo es tuición del SERES, y es en el sector público que se hace cumplir los roles y responsabilidades por parte de la coordinación. Para la difusión de mensajes de comunicación solo a nivel interno con instructivos. Finalmente en la Coordinación realizan compromisos de gestión para desarrollar estrategias que reduzcan las barreras del acceso a los servicios de salud y los monitorizan en base a indicadores de impacto y calidad.

## RED COREA

**GRAFICO N°10**  
**PUNTUACION DE LOS 4 INDICADORES DE LA FESP 7 EN LA**  
**COORDINACION DE RED COREA, GESTION 2014**



**\*INDICADOR:**

1. MONITOREO Y EVALUACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
2. CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y MECANISMOS PARA ACERCAR LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS A LA POBLACIÓN
3. ABOGACIA Y ACCION PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS
4. ASESORIA Y APOYO TECNICO A LOS NIVELES SUBNACIONALES DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE PROMOCION DE UN ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En el indicador 1, Monitoreo y Evaluación del Acceso a los Servicios de Salud Necesarios: se obtuvo una puntuación de 0.65, que lo ubica en el cuartil medio superior de desempeño.

La Coordinación de Red genera indicadores del acceso y estos son manejados por el Estadístico de la Red, se envían al SNIS para su consolidación, además tiene un catálogo de los servicios de salud públicos de la Red que sería el diagnostico de base. Toda la información de la Red puede ser encontrada en un CD interactivo. En cuanto a las evaluaciones se realizan en coordinación con los establecimientos de salud y sus directores, estos realizados por el equipo del coordinador, en estas no existe apoyo gubernamental ni de las ONGs, en lo

posible las evaluaciones se realizan 2 veces al año. En los servicios de salud Individuales (privados), si manejan cierta información de la cantidad de estos establecimientos, pero la evaluación se realiza desde el SERES y no así las coordinaciones. La dispersión de los establecimientos de salud de la Red es considerable por lo que requiere de gran esfuerzo pero aun así se cumple con todos estos.

Reiterando que los establecimientos de salud privados son tuición del SERES a través de sus áreas técnicas, la incorporación de la Coordinación a este tipo de evaluaciones aun esta en estructuración. Se puede resaltar que existe cierta colaboración de otras redes, en la supervisión del programa de Bioseguridad. En el tema de la Seguridad Social se tiene al Policlínico de Villa Adela que contribuye a brindar información pero no recibe supervisión de la coordinación.

En lo que se refiere a identificación de barreras por parte de la Coordinación de Red, tenemos que las debilidades están en la Etnia, Cultura, Religión, ingresos económicos y nacionalidad ya que esta información no se consolida de forma habitual y la estrategia utilizada es la implementación de las carpetas familiares con apoyo del programa MI SALUD. Además en esta Red se realizan encuestas de satisfacción del usuario y se da certificaciones al personal que muestra buenas prácticas que mejoran el acceso a los servicios de salud y estos son difundidos en los CAI y Consejos técnicos. En esta Red es complejo la implementación de aportes de la población, pero intervienen en la formulación del Plan de Mejora Continua de cada establecimiento de salud.

En el indicador 2, Conocimiento, Habilidades y Mecanismos para acercar los Programas y Servicios a la Población: con una puntuación de 0.93 por lo que se encuentra en el cuartil de desempeño óptimo. La Red tiene personal que detecta y hace seguimiento patrones de utilización de servicios a través de informes en los CAI, implementaron un formulario de CAI mensual que permite cruzar con datos del SNIS. A través de autoevaluaciones y la caracterización de establecimientos

de salud identifican problemas de acceso y esto se consolida en la Unidad de Acreditación del SERES, pero es en esta instancia que no hay retroalimentación.

El personal con más experiencia en disminuir barreras del acceso es la Licenciada de Enfermería que realiza la Epidemiología. La Licenciada de Trabajo Social es la que se encarga de acercar los servicios de salud a la población además de apoyar a las población vulnerables a través de campañas y ferias, en estas apoyan las Unidades nutricionales integrales y el Plan de Inmunizaciones ampliado que son programas del Ministerio. Toda la información recolectada en estas actividades son recolectadas y consolidadas por el estadístico de la red. Los cambios estructurales y funcionales realizados por la coordinación fue la evaluación de los directores por competencias y méritos.

En el indicador 3, Abogacía y Acción para Mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Necesarios: se calculó una puntuación de 0.95, ubicándolo en el cuartil de desempeño óptimo. La Coordinación informa a las organizaciones sociales sobre las barreras del acceso, con las que más se interactúan son de COMUSA, FEJUVE y COLOSAs, esto en los Comités de Análisis de Información de Área, además en otros comités como el Comité de Redes funcionales y de referencia y contra referencia.

La coordinación con Universidades es con UPEA, UMSA y la Escuela Nacional de Salud, donde reclutan recurso humanos que colaboran en la prestación de servicios, pero no en el asistencialismo. Además todos estos recursos humanos realizan capacitaciones a través de ferias y campañas. Se cuenta en la Red con el estudio de brechas y están identificadas las falencias de recurso humano, no tiene estrategias para subsanar estas falencias.

Entre las experiencias más sobresalientes esta la conformación de Vigilantes con la OPS, esta experiencia fue copiada por otras coordinaciones de red. Pero además existe apoyo para que la población se organice como el “Club de

Ancianos” y el “Club de los Adolescentes” en el distrito 3. Los incentivos de la Red para establecimientos que mejoraron su acceso a la población son certificaciones con valor curricular al personal, pero esto no se difunde.

En el indicador 4, Asesoría y Apoyo Técnico a los Niveles Subnacionales de Salud Pública en materia de Promoción de un Acceso Equitativo a los Servicios de Salud: con una puntuación de 0.92, por lo que está en el cuartil de desempeño óptimo.

La coordinación define los servicios de salud público necesarios en la Red, y hacen cumplir los roles y responsabilidades a través de sanciones como memorándums y descuento en las boletas de pago, la debilidad es que no difunden mensajes comunicacionales relacionados a la disponibilidad de servicios de salud. Escuchan las sugerencias de la población a través del buzón de sugerencias que se abren en los CAI de área, en estos también identifican problemas como el de que los profesionales de salud de mayor edad tiene menos paciencia para atender a los pacientes por lo que se trata de dar charlas a este personal y modificar su conducta.

Realizando el análisis de facilitadores en las Coordinaciones de Red tenemos: La sencillez en el manejo de las Redes, existen pocas personas por lo que todas tienen un conocimiento general de sus funciones, es decir no hay limitaciones a la hora de realizar sus actividades. La documentación que manejan es propia de la Red, así que ahí se puede evidenciar las actividades realizadas.

Entre las limitantes tenemos que en los Coordinadores había desconfianza en la recolección de datos, ya que ellos lo tomaron como una evaluación que llegaría al SERES y podría mostrar debilidades en su trabajo, entonces había una reserva de opiniones y criterios. Con más tiempo y confianza se hubiera podido recopilar mucha más información que hubiera ayudado mejor al análisis.

Otra limitante en la cual no se pudo influenciar era en el conocimiento de la Red y sus distritos, es decir conocer el terreno donde se realizan las actividades, la ciudad de El Alto es de tamaño considerable por lo que tiene calles y parques desconocidos por lo que cuando se analizaba sobre si el número de actividades que realiza la coordinación era proporcional al número de habitantes o establecimientos de salud o si estos impactaban en alguna barrera de los servicios de salud no se pudo realizar con facilidad. Conocer el área de la Red de Salud ayuda mucho a valorar subjetivamente el esfuerzo que el personal debe realizar para cumplir con sus funciones.

## 10. DISCUSION

Realizando la comparación con estudios regionales como Cali-Colombia y Tucumán-Argentina podemos realizar un análisis con el presente estudio realizado en El Alto – Bolivia.

Las fortalezas mencionadas en Tucumán son la administración sanitaria cuenta con los conocimientos, habilidades y recursos, se aboga y promueve la accesibilidad a los servicios, se brinda asesoría y apoyo técnico a la red de servicios y el proceso de análisis de la oferta prestacional y de identificación de las brechas ya se ha iniciado a través de la implementación del Plan Nacer. Entre sus debilidades tenemos el monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud es aún incipiente.

En Cali su evaluación fue a los sectores público y privado pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado, IPS privadas, Aseguradoras del Régimen Contributivo, Administradoras del Régimen Subsidiado, representantes de las mesas de participación social de las diferentes comunas de la ciudad, universidades públicas y privadas, Consejeros del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, Organizaciones no Gubernamentales, funcionarios de las diferentes secretarías de la administración municipal, funcionarios de las Secretarías Departamental y Municipal de Salud y la Asociación de Hospitales del Valle, es decir una gran casi todo el sistema de salud.

En el contexto de El Alto – Bolivia podríamos mencionar que en comparación con la magnitud de informantes claves de los anteriores estudios existe una gran diferencia, pero la compensamos con la revisión de documentación detallada, además de la consideración de pocos criterios, ya que mientras mas criterios sobre el tema mas difícil la consolidación de las conclusiones. La metodología es muy similar al de los estudios lo que no puede a hacer una análisis de los resultados comparándolos. Si bien los Sistemas de Salud son diferentes en los

países, las acciones, actividades y funciones que las instituciones cumplen para mejorar el acceso a los servicios de salud serán muy parecidas.

Realizando la comparación con estudios regionales que se hicieron tenemos las experiencias de Cali-Colombia con una puntuación total de 0.49, la experiencia de Tucumán-Argentina con una puntuación total de 0.81 y la de El Alto-Bolivia con una puntuación de 0.51. Esta puntuación indica que existe un buen desarrollo de esta Función Esencial de la Salud Pública en El Alto – Bolivia al situarse en el cuartil de desempeño medio superior. Las fortalezas y debilidades de estos estudios también se reflejarán en nuestro estudio, ya que el instrumento mide con las mismas características a las instituciones.

Comparando los estudios regionales en la puntuación del primer indicador de Cali tenemos 0.20, la experiencia de Tucumán con una puntuación de 0.53 y la de El Alto-Bolivia con una puntuación de 0.29. Lo que implicaría que estamos en el promedio, falta desarrollar la monitorización y evaluación de los servicios de salud, pero es un problema que según los otros estudios se está tratando de desarrollar. En la ciudad de El Alto el problema es la falta de recursos ya que los proveedores de salud públicos y privados son de un número considerable.

Realizando la comparación con estudios regionales que se hicieron tenemos en el segundo indicador a Cali-Colombia con una puntuación de 0.20, la experiencia de Tucumán-Argentina con una puntuación de 0.84 y la de El Alto-Bolivia con una puntuación de 0.68, también ubicados en el cuartil de desempeño medio superior, pero se ha podido desarrollar más los conocimientos, habilidades y mecanismos que acerquen los servicios de salud a la población, esto podría ser por la gran cercanía con instituciones como SEDES La Paz y Ministerio de Salud que llevan ya gran recorrido en lo que se refiere al manejo de la Salud Pública. Existe mucha experiencia en estas funciones. En la ciudad de El Alto el SERES debe realizar bastante trabajo de campo.

Continuando la comparación con estudios regionales tenemos en el tercer indicador a Cali-Colombia con una puntuación de 0.70, la experiencia de Tucumán-Argentina con una puntuación de 0.88 y la de El Alto-Bolivia con una puntuación de 0.66, es decir, cuartil de desempeño medio superior. La puntuación es la más baja que las otras experiencias pero es una buena calificación. La abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud en el El Alto van de la mano del desarrollo de la estructura social, son ellos los principales actores que impulsan el cambio en sus distritos y barrios.

Finalizando la comparación con estudios regionales tenemos que Cali-Colombia tiene una puntuación del tercer indicador de 0.41, la experiencia de Tucumán-Argentina con una puntuación de 1 y la de El Alto-Bolivia con una puntuación de 0.40, ubicado en el cuartil de desempeño medio inferior, el desarrollo del apoyo técnico a niveles subregionales es un tema que aún se va desarrollando en nuestro medio, la capacitación continua conlleva mucho esfuerzo por las instituciones, solo así garantizaran una calidad en el apoyo técnico. La realidad económica del presupuesto en salud de cada país podría mostrarnos cuanto recurso económico destina cada uno de estos a la capacitación de su personal.

## 11. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

La implicación de los resultados resulta de un análisis profundo por parte de las autoridades regionales, ya que la información recaudada puede ser utilizada con intenciones de construcción de una nueva estructura funcional del SERES El Alto y de las Coordinaciones de Red.

Implicaciones positivas: entre estas podemos mencionar que los resultados nos permiten conocer e identificar debilidades en la estructura operativa del SERES y sus Coordinaciones, si se hace conocer a instancias superiores estos resultados se podría generar un escenario de debate en instancias superiores para incrementar los recursos humanos financieros incluso tecnológicos. Este diagnóstico situacional permitirá justificar técnicamente la necesidad de crecimiento de esta institución.

Además en las entrevistas a los Coordinadores se observa que el fortalecimiento de estos claramente fortalecerá la rectoría regional, la gran mayoría de los coordinadores aceptan que existen actividades que pasan por esa instancia, es decir saltan su autoridad. Por ejemplo los directores de Hospitales de segundo nivel de cada Red no responden adecuadamente al Coordinador quien es la máxima autoridad de la Red, esto debido a que en instancias centrales del SEDES existe una Unidad de Servicios Hospitalarios que da la apariencia de que es esta instancia la encargada de ver los Hospitales y no así la Coordinación de Red. Quien mejor que el Coordinador conoce su Red y población para definir líneas estratégicas hospitalarias.

Implicaciones negativas: entre estas podemos mencionar que los resultados bajos podrían desmotivar a las autoridades regionales, logrando un efecto negativo en el personal. Hacer notar las deficiencias en recursos humanos, financieros y tecnológicos llevar a buscar culpables externos, lo que implicaría una total desatención de las debilidades encontradas.

Implicaciones institucionales: evaluación del organigrama, evaluación del manual de funciones de todas las áreas, evaluación de los Planes Operativos Anuales, y otras logrando así una retroalimentación que permitirá mejorar la calidad de estos instrumentos o mecanismos institucionales.

Implicaciones extra institucionales (SEDES, Ministerio de Salud): al conocer los resultados por parte de instancias superiores podría permitir una intervención y coordinación permanente con estas, lo que aumentaría los recursos humanos técnicos, recursos financieros y una corresponsabilidad en las funciones que se deben desempeñar para mejorar el acceso a los servicios de salud.

Implicaciones hacia la población: podría generar un apoyo más contundente por parte de la población a través de las organizaciones sociales, que cambiarían su rol de control social a un acompañamiento social en pro del desarrollo de esta institución, lograr que la población conozca las limitaciones de la institución podrá desarrollar una tolerancia a deficiencias estructurales que no se pueden observar objetivamente.

## **12 AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS**

Podemos definir 2 tipos de audiencias interesadas:

### **12.1. AUDIENCIA INTERESADA INSTITUCIONAL**

La cual está compuesta por las autoridades regionales del SERES El Alto y sus Coordinaciones de Red, los cuales a través de esta evaluación podrán identificar debilidades para tomar acciones sobre estas. A través de este estudio las autoridades pueden observar los puntos de vista de los coordinadores de red, y tratar de hacer caso a sus observaciones.

### **12.2. AUDIENCIA INTERESADA EXTRAINSTITUCIONAL**

Podemos citar a diferentes interesados sobre el conocimiento del funcionamiento del SERES, entre ellos:

- Instancias superiores: SEDES La Paz y Ministerio de Salud porque son instancias cuya competencia es mantener la rectoría nacional y departamental, es decir que dan los lineamientos para el cumplimiento de las políticas de salud.
- Organizaciones Sociales: FEJUVE y otros porque estos están involucrados por la responsabilidad del control social a las instituciones.

El Sistema de Salud tiene diferentes actores, cada uno con deberes y responsabilidades propias de su nivel jerárquico, pero al no existir claramente un orden de estos niveles se duplica funciones, lo que debilita a todos los niveles, desde el operativo hasta el rector normativo.

## 13 CONCLUSIONES

El SERES El Alto con 0.51 en un desempeño medio superior y que muestra el avance en la evaluación del SERES como ente rector regional de la ciudad de El Alto, mostrando sus fortalezas locales en la participación de las organizaciones sociales en la formulación de planes y estrategias pero con debilidades estructurales desde el nivel nacional, por ejemplo la implementación de un sistema de información con indicadores actualizados de acceso a servicios de salud. Es así que podemos analizar la información en forma individual y podemos mencionar las siguientes conclusiones por indicador:

En el primer indicador podemos mencionar que no existe un diagnóstico situacional actualizado de los servicios de salud completo (públicos, privados y seguridad social). Fundamentalmente la debilidad es en el sector privado, ya que las Coordinaciones de Red no intervienen en esta función, solo se realiza desde el nivel central del SERES, por lo que resulta insuficiente por la demanda de recursos que exige dicha actividad.

No se recibe apoyo técnico ni financiero suficiente de los niveles superiores. Existen algunas ONGs que apoyan con recursos económicos, pero esto es de forma esporádica, no existe un cronograma que demuestre la periodicidad de este apoyo. El Ministerio de Salud además realiza las supervisiones en forma directa sin tomar en cuenta al Coordinador de Red.

No existe una coordinación conjunta de todos los niveles institucionales y extra institucionales para realizar la supervisión, cada área o unidad realiza esta en base a sus competencias, no de forma integral. Se ha mencionado que los programas del Ministerio de Salud realizan sus supervisiones en forma directa, este fenómeno también pasa por el SEDES e incluso por programas financiados por ONGs, tal es ejemplo de "Atención Integral Diferenciada de Adolescentes y

Jóvenes” que sus niveles gerenciales realizan su supervisiones en forma directa y sin participación de la Coordinación de Red.

No existe la identificación completa, periódica, permanente y monitorizada de las barreras para el acceso equitativo de los servicios de salud hacia la población. Las únicas variables que se monitorizan con la edad y género. El resto de barreras se pueden encontrar de forma individual en las Carpetas Familiares, pero no existe una consolidación por parte de la Redes de Salud, en alguna de estas se realiza seguimiento de algunas en las Salas Situacionales, pero poder realizar el monitoreo permanente requiere de estadísticos a referencia de los Coordinadores de Red. No existe una adecuada capacidad de generar proyectos por parte de cada área institucional del SERES y las Coordinaciones de Red, si bien se encuentra experiencia del personal, no se cuentan con una mayoría de los profesionales con posgrados que demuestren su experticia en formulación y gestión de proyectos.

Existe información del sistema público completa, con la cual se lleva a cabo un control adecuado y con el adecuado apoyo de niveles subregionales, la existencia de esta base de datos es una prueba de que es posible el relevamiento de la información en los sectores de la seguridad social y privado, pero este debe ser fortalecido, ya que el sector privado es de gran magnitud y se encuentra en crecimiento constante. Y el sector de la seguridad social también tiene dimensiones considerables, en algunas redes de El Alto están presentes y facilitan la información a las coordinaciones de Red pero no reconocen la rectoría del SERES en sus supervisiones, ya que son dependientes de otra estructura gerencial.

Se hace la evaluación y control del sector público, privado y seguridad social con los recursos que se tienen en la institución. Es necesario fortalecer los recursos financieros del SERES y las Coordinación de Red, y sean estos el vehículo para el control y supervisión de los servicios de salud colectivos e individuales, es decir

ser la máxima instancia técnica en todo el sistema de salud de la Red, dejando de gastar recursos financieros en actividades y acciones que saltan estas instancias.

Existe coordinación con asociaciones por parte de las autoridades regionales. La estructura social está bien organizada tanto estructuralmente como funcionalmente, se está consolidando la cultura de participación por parte de las organizaciones sociales, pero a veces salen de su rol de control social a cometer injerencia en aspectos técnicos y operativos lo que ocasiona un malestar en el personal de salud. Aprovechando mejor esta relación ya conformada se podría potenciar la exigencia de recursos regionales.

A pesar de la falta de recursos las autoridades del SERES tienen estrategias locales, departamentales y nacionales para cumplir con sus evaluaciones, existe gran experiencia por parte de las instancias gerenciales, además que existe la conciencia de seguir capacitando al recurso humano local para mejorar las habilidades y capacidades, tal es caso de Diplomados que se gestionan. Ejemplo Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica, de los cuales el Coordinador de la Red Holandés participo.

En el segundo indicador empezamos mencionando que no existe personal especializado que identifique barreras y que monitoree los servicios de salud individuales, las coordinaciones resuelven este problema trabajando en equipo esta actividad, algunas coordinaciones lo hacen en las salas situacionales.

No existe el suficiente personal que identifique en forma permanente estas barreras en el nivel regional. Existen las coordinaciones de red que monitorizan los establecimientos de salud pero no es suficiente ya que el número de establecimientos de salud es considerable. Aun no existen estrategias claras para disminuir la barrera lingüística en los servicios de salud, si bien se sabe que esta barrera influye de forma importante.

La coordinación con la Seguridad Social es mínima, ya que la rectoría aun es débil en este subsector. Los cambios estructurales o funcionales requieren de aprobación por varias instancias, por lo que realizarlas demoran mucho tiempo. El SERES tiene una estructura básica de áreas institucionales que monitoriza los servicios de salud. Existe una conciencia institucional de fortalecer las acciones para que la población acceda a los servicios de salud, esto se puede evidenciar en el Plan Estratégico Institucional.

Existe un área de Vigilancia y Control Sanitario que vigila los servicios de salud, con otras áreas como Farmacia, Laboratorio y Odontología. Desarrollando los programas del Ministerio se ha especializado a personal en diferentes Áreas que se acercan a poblaciones específicas y/o vulnerables.

Existen diferentes actividades en todas las áreas que organizan ferias, como odontológicas, médicas y otras de prevención con los programas del Ministerio. Existe personal como los coordinadores de redes que controlan los niveles subregionales. Este personal cuenta con formación técnica.

En el tercer indicador, la coordinación con Universidades es de forma permanente y productiva, si existe coordinación pero se deben mejorar las actividades de alto impacto. Algunos cuentan con estudio de Brechas para cubrir los lugares donde existe mayor demanda. El nivel regional puede repercutir en las políticas a pesar de las debilidades que presentan.

Los recursos humanos y financieros son insuficientes para realizar supervisiones de forma permanente. No existen suficientes incentivos hacia los sectores público, privado y seguridad social, para que estos consideren ofertar servicios de salud en poblaciones alejadas.

Existe una buena coordinación con organizaciones sociales, a través de diferentes mecanismos como Comité de Análisis de Información y Mesas de Salud. Si

existen debates y propuestas sobre la legislatura y políticas, un ejemplo es la interacción en la Política SAFCI. Existe vasta experiencia en la organización de talleres de educación continua por parte de diferentes áreas de la institución. Existe coordinación con programas del Ministerio de Salud para realizar actividades y funciones hacia la población.

Existe la abogacía para mejorar los recursos humanos hacia las instancias superiores, pero es en estas instancias que no se efectivizan los pedidos de recursos humanos. Se consolidaron diversas herramientas como los Comités de Análisis de Información y Mesas de Salud en las actividades permanentes de las áreas del SERES.

En el último indicador: no existe medición de la satisfacción del usuario en forma periódica y monitorizada. No se identifican barreras específicas de las poblaciones en forma detallada, ya que los recursos humanos no son suficientes, así como los recursos financieros.

Se encuentra en proceso de desarrollo de estrategias específicas para mejorar el acceso a los servicios de salud, ya que al momento solo se cuentan con las estrategias del Servicio Departamental de Salud. La rectoría del SERES EL ALTO se mantiene a través de sus áreas institucionales como Laboratorio, Farmacias, Enfermería, Odontología, Vigilancia y Control Sanitario. Existe una respuesta inmediata a observaciones denunciadas por la población, ya que se realizan supervisiones inmediatas. Existe una Unidad de Comunicación, la cual tiene la capacidad técnica de desarrollar mensajes comunicacionales hacia la población. El SERES planifica y coordina actividades para acercar los servicios de salud hacia la población para mejorar su acceso, se puede valorar esta programación en su POA institucional 2014.

Además podemos hacer observaciones generales del SERES y sus Coordinaciones de Red. El SERES y sus Coordinaciones de Red conducen una

evaluación del acceso a los servicios de salud colectivos necesarios en forma adecuada siendo su principal pilar la elevada coordinación con los niveles subregionales en cuanto a las evaluaciones.

El SERES y sus Coordinaciones de Red conduce una evaluación nacional del acceso a servicios de salud individuales(privados) de manera no eficiente, ya que estos servicios constituyen mayor control y requieren mayores recursos, ya que en estos servicios individuales se enmarcan más el sector privado.

El SERES y sus Coordinaciones de Red identifica las barreras de acceso a los cuidados de salud y usa los resultados de la evaluación para promover la equidad en el acceso a servicios de salud esenciales de tal forma que no causa impacto en la población, siendo la observación más importante que no se generan indicadores que monitoricen estos, a excepción de la edad y género.

El SERES y sus Coordinaciones de Red tiene personal especializado en programas de acercamiento a la comunidad dirigidos a mejorar la utilización de los servicios de salud pero este es insuficiente, ya que mantener un constante acercamiento requiere de más recursos humanos y financieros, una de las principales observaciones es la falta de medición de las barreras del acceso a la salud en el ámbito nacional, intermedio y local.

El SERES y sus Coordinaciones de Red tiene personal capaz de informar a los ciudadanos acerca del acceso a los servicios de salud y este es fortalecido por la colaboración de otras instituciones a través de los programas nacionales que estand estimados a llegar a población en riesgo o vulnerables.

El SERES y sus Coordinaciones de Red evalúan periódicamente su experiencia y capacidad para proveer mecanismos de acercamiento de la comunidad a los servicios de salud individual y colectiva en forma efectiva ya que para esto coordina con los niveles nacionales, intermedios y el nivel local.

El SERES y sus Coordinaciones de Red desarrolla procesos de abogacía con otros actores para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios, donde la única debilidad es la falta de coordinación para la asignación de recursos humanos.

El SERES y sus Coordinaciones de Red ejecuta acciones directas para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios, donde las observaciones son la falta de recolección de información periódica de las barreras y el estudio de brechas, pero esta tarea es muy compleja y su evaluación dependería del impacto de dichas acciones. El puntaje obtenido es adecuado.

El SERES y sus Coordinaciones de Red asiste a los niveles subnacionales en la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud necesarios en forma precaria, ya que los recursos humanos centrales del SERES no son suficientes para cubrir la dimensión de las redes de salud y el número de establecimientos de salud.

## 14 RECOMENDACIONES

Se debe desarrollar un sistema de evaluación, monitorización de los servicios de salud, este sistema debe estar institucionalizado y debe ser una Unidad independiente del SERES, tener su propio Plan Operativo Anual y su financiamiento autónomo, esto debido a que los servicios de salud colectivos los monitorizan las coordinaciones pero los servicios de salud individuales los hace el SERES en forma directa. Esto se debe centralizar en forma definitiva o descentralizar, pero se debe dar más rectoría a las Coordinaciones de Red.

Se debe realizar convenios con Universidades para desarrollar conocimiento y habilidades en las autoridades regionales en forma periódica, además a través de este convenio evaluar periódicamente a las autoridades regionales, ya que hasta el momento la participación de las universidad en las Coordinaciones solo se hace para hacer rotaciones de los estudiantes, se debe continuar con esto pero realizar actividades más científicas.

Se debe desarrollar mecanismos multidisciplinarios que permitan abogar de forma más eficiente y eficaz para cubrir las necesidades de recursos humanos, según las coordinaciones que abogan a su estructura social no es suficiente, ya que a pesar de que El Alto tiene Organizaciones Sociales comprometidos no hubo en este periodo aumento del recurso humano, entonces no es suficiente la abogacía apoyada por las organizaciones sociales.

Se debe realizar convenios con las instancias superiores para tener asesoría técnica permanente, así se podrá brindar esta misma asesoría a los niveles subregionales. Las coordinaciones funcionan con los pocos recursos y ni mencionar como mejoran su capacidad técnica, debe ser individual y con recurso propios del personal, es por eso que el número de personal de salud con posgrados es bajo en las coordinaciones de Red.

Integrar a todos los proveedores de salud bajo un solo objetivo para mejorar la accesibilidad a la salud a todos los usuarios. Esto demanda mayores avances en la definición de un Sistema Nacional de Salud a través de convenios de gestión, para evitar la duplicación de esfuerzos, consolidando y garantizando el Sistema Único de Salud con el objetivo de expandir la cobertura y promoviendo la equidad, esto ya que observo que existen múltiples estrategias tanto en las coordinaciones como en el nivel central del SERES.

Definir y operativizar un Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación estandarizado del acceso a los servicios de salud colectivos e individuales, utilizando las coordinaciones de Red como pilar fundamental de este sistema, ya que en las coordinación carecen de recursos económicos para realizar el monitoreo de los servicios de salud.

Establecer vínculos entre el nivel regional y sus instancias superiores, y diferentes instituciones que realicen evaluación de la accesibilidad a los servicios de salud para obtener una evaluación estandarizada del acceso a los servicios de salud colectivos e individuales a nivel nacional, actualmente las supervisiones y evaluaciones se realizan a criterio de cada Coordinación, no existe la misma metodología en las evaluaciones.

Definir una oferta de servicios que faciliten el acceso de servicios de acuerdo a las necesidades de la población, sentando rectoría de esta institución regional, esto debido a que los servicios de salud privados y públicos responden a estructuras diferentes, los primeros al SERES y los segundos a las coordinaciones de red.

Realizar foros con la población para identificar las barreras que le limitan acceder a los servicios de salud y construir estrategias para superarlas, utilizando como pilar fundamental los lineamientos de la política SAFCI.

Capacitar a los RRHH institucionales en aspectos metodológicos, antropológicos y sociológicos para mejorar el acceso y la utilización de los servicios, a través de convenios con Universidades, mejorando la coordinación entre estas instituciones, ya que solo se escuchó de un Diplomado de Gestión de Calidad y Auditoria Medica de la cual solo 1 coordinador de red de El Alto participo.

Realizar una evaluación anual de conocimientos, habilidades y competencias del personal, lo que motivara al personal de salud administrativo a mejorar su conocimiento y habilidades, porque se vio escaso recurso humano con formación en posgrado de gerencia y epidemiologia. Ejecución de procesos de abogacia con instituciones formadoras, tomadores de decisiones, actores claves y proveedores de servicio para mejorar la disponibilidad y distribución de recursos humanos adecuados a las necesidades de salud de la población, a través de equipos multidisciplinarios con experticia de estos, porque la única coordinación es para ferias de salud, pero para intervenir en la formación del recurso humano muy poco.

Por los resultados obtenidos en este proceso de medición se considera altamente exitoso, no solamente por el interés y motivación de los participantes, sino por la satisfacción del grupo respecto a los resultados obtenidos, dado que estos reflejan su grado de desarrollo en la ciudad de El Alto. Los resultados de la evaluación del desempeño deberán estar vinculadas a la adopción de decisiones políticas, sociales y de gerencia por parte las autoridades del SERES EL ALTO. Se ha logrado identificar las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública en cada una de los indicadores, lo que va a facilitar la elaboración del plan de fortalecimientos institucional, identificando dentro de la estructura organizativa, las instancias responsables y participantes para asegurar el cumplimiento de la función.

Los resultados hacen suponer que los que los esfuerzos institucionales para alcanzar el desarrollo de esta función no han sido homogéneos, en vista que

algunas funciones obtuvieron alta valoración, mientras que otras presentan deterioro. Se debe destacar que mientras algunos indicadores fueron altamente valorados otros estuvieron muy por debajo de los niveles que se esperaban, a pesar que en muchos casos los indicadores están relacionados o íntimamente vinculados. En cuanto a las áreas de intervención en donde se agrupan los indicadores de procesos y resultados, y los relacionados con las competencias descentralizadas, se encuentran las mayores fortalezas.

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mirta M, Czerniecki S, Vasquez A. et al. El Concepto de Accesibilidad: La Perspectiva Relacional entre Población y Servicios. Facultad de Psicología-UBA; Anuario de Investigaciones; 2006; 14; 203-204.
2. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. UAB; 2010;E-08193(3); Pág. 5-8.
3. Organización Panamericana de Salud. Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia. Udape; 2004;3-12
4. Hirmas M, Aday, Poffald L, Jasmen A, Aguilera X, Delgado I, Vega J et al, Barreras y Facilitadores de Acceso a la Atención de Salud; Una Revisión Sistemática Cualitativa; Rev. Panamá Salud Pública; 2013;33: 223-229.
5. Passos R, Trabajo y Calidad en los Servicios de Salud; Educación Médica y Salud (OPS), 25(1), 1991; 11-19
6. Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Estado Plurinacional de Bolivia; La Paz-Bolivia; Ministerio de Salud y Deportes: 2013.
7. Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008, La Paz-Bolivia, Ministerio de Salud; 2009.
8. Instituto Nacional de Estadística; Bolivia Características de Población y Vivienda Censo Nacional de Población y vivienda 2012; Instituto Nacional de Estadística, 2012.
9. Vargas I, Barreras en el Acceso a la Atención en Salud en Modelos de Competencia Gestionada: Un Estudio de Caso en Colombia; Bellaterra-Colombia; Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
10. Ministerio de Salud y Deportes, Diagnostico del Sector Salud: Resumen Ejecutivo: Cumbre Nacional por la Revolución de la Salud Publica Universal y Gratuita; La Paz-Bolivia; Ministerio de Salud y Deportes, 2013
11. Ledo C, Soria R, Sistema de Salud en Bolivia; Centro de Planificación y Gestión, Universidad Mayor de San Simón Bolivia, Rev. Salud Pública de México:53(2),2011

12. Banco Interamericano de Desarrollo; Mejoramiento del Acceso a Servicios de Salud en El Alto, Propuesta de Prestamo; BO-L1082: Banco Interamericano de Desarrollo, 2014.
13. Instituto Nacional de Estadística; El Alto Boletín-20105; Instituto Nacional de Estadística; Plural Editores; 2001.
14. Servicio Departamental de Salud La Paz; Atlas de la Salud del Departamento de La Paz Quinquenal 2008-2012: La Paz-Bolivia; Servicio Departamental de Salud La Paz, 2013.
15. Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015; Estado Plurinacional de Bolivia; La Paz Bolivia; Ministerio de Salud 2010.
16. Organización Panamericana de la Salud, Perfil de los Sistemas de Salud de Bolivia: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma; Organización Panamericana de la Salud; 3; 2007.