

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



**SITUACIÓN DE LA GESTIÓN BASADA EN RESULTADOS EN LA RED
INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD -REFISS- NORTE CENTRAL. LA
PAZ-BOLIVIA, 2017”**

Postulante: Irma Ruth Macias Lipa

Tutor: Msc. Carlos Tamayo Caballero

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

La Paz – Bolivia

CRÉDITOS

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

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a Dios por sustentarme en todo momento, al permitirme realizar esta tesis, a mi hijo adorado Ian que fue mi inspiración, a mi bebé que no lo veo aún pero lo siento dentro de mí, a mi esposo y familia quienes me apoyaron todo este tiempo.

“Está bien celebrar el éxito pero es más importante aprender las lecciones del fracaso”

(William Henry Gates III 1955-?).

AGRADECIMIENTOS

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

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

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

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

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

Dres. José Luis Ríos y Trisia Ruiz, compañeros de Maestría, por sus consejos y apoyo constante en todo este proceso.

Muchas gracias.

Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas

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

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

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
2.1. Antecedentes.....	3
2.2. Justificación	8
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1. Evolución del concepto de salud	9
3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud.....	10
3.3. El actual sistema boliviano de salud.....	11
3.4. Los procesos históricos de evolución de la Red de Servicios de Salud .	15
3.5. Marco Legal Boliviano en Salud	18
3.6. Las Redes de Salud	25
3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS	31
3.8. La Política Nacional SAFCI dentro del modelo operacional de la Atención Primaria en Salud (APS)	35
3.8.1 Los principios de la política SAFCI	36
3.10. La Política Municipal con respecto a Redes en Salud.....	42
3.11. La Atención Primaria de Salud y las Redes Funcionales Integradas De Servicios De Salud.....	45
3.12. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI	47
3.13. Sistema Nacional de Referencia y Contra Referencia.....	53
3.14. Interculturalidad, Medicina Tradicional, Atención en los Servicios De Salud.....	54
3.15. Gestión basada en resultados	58
4. CONTEXTO DEL MUNICIPIO	77

4.1 Aspectos Generales Municipio de La Paz	77
4.2. Contexto Red Norte Central	82
5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	91
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	92
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	93
8. OBJETIVOS	93
8.1. Objetivo General.....	93
8.2. Objetivos Específicos	94
9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	94
9.1. Contexto o lugar de las intervenciones.....	94
9.2. Técnica de Recolección de Datos	95
9.3. Estructura del Instrumento	96
9.4. Composición del Instrumento	96
9.5. Proceso de Relevamiento de Datos y Análisis	97
9.6. Proceso Investigativo	98
9.7. Mediciones	99
10. RESULTADOS.....	100
11. DISCUSIÓN	103
12. CONCLUSIONES	107
13. RECOMENDACIONES	108
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
15. ANEXOS.....	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I Estructura del Sistema de Salud.....	12
Tabla II Los Procesos Políticos Nacionales.....	16
Tabla III Redes de Salud Municipal.....	18
Tabla IV Articulación de las políticas sugeridas con el Plan de Desarrollo Municipal “La Paz 2040”.....	45
Tabla V Superficie del Municipio de La Paz, por área.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I Estructura de la Herramienta REFISS, atributo N°13.....	101
Figura II Porcentaje general de variables cumplidas.....	101
Figura III Situación de la GBR en la Red Norte Central; 2016.....	102

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo tiene por objetivo analizar la situación de la Gestión basada en Resultados en la Red Norte Central del municipio de La Paz-Bolivia, en el año 2017, aplicando la herramienta REFISS propuesta por la OPS/OMS Bolivia, y así aportar una visión y herramientas con las que se puede tomar decisiones en la misma Red orientadas a mejorar la gestión en salud. Para ello se aplica una metodología que identifica las debilidades referentes a la temática planteada. Posteriormente, y de acuerdo a los objetivos de la presente tesis; se identificaron los procesos claves dentro de los cuales se seleccionó un grupo para ser profundizados y extraer propuestas de mejora para su gestión.

A partir del trabajo en la Red Norte Central, se logró obtener posibles soluciones para las dificultades encontradas, extrayendo propuestas de mejora para la gestión interna de la Red de salud con el propósito del mejoramiento continuo y excelencia en la gestión.

Además, se propone optimizar la herramienta REFISS y así la metodología pueda ser aplicada en otras instancias, como ser urbanas, rurales y distintos espacios geográficos en las que se encuentre la Red de Salud.

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

ⁱ Red Integradas de Servicios de Salud

ⁱⁱ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

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

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

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

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

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

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

ⁱⁱⁱ Atención Primaria en Salud

^{iv} Redes Funcionales de Servicios de Salud

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

Por tanto, el objetivo de esta tesis es realizar el análisis situacional de las tareas efectuadas por la Red Norte Central del municipio de La Paz en la gestión 2016, con respecto a la Gestión basada en Resultados; ésta tarea reviste gran importancia por tratarse de una estrategia que permite el enfoque integral de las necesidades poblacionales en salud y la resolución conjunta de las mismas propiciando la inclusión social en favor de la población Boliviana.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Antecedentes

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

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales^v, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina “factores determinantes básicos de la salud” y señala que son los siguientes: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género.⁸

Por estos motivos se hace necesaria la concertación de diversos mecanismos sociales que generan los procesos de salud y enfermedad, muchos de los cuales están fuera del alcance directo del sector de la salud y difícilmente pueden ser

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

resueltos por acciones exclusivas del sector o por cualquier otro sector de manera aislada.

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

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

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

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

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

Con la finalidad de llenar ese vacío jurídico y ejercer la función de rectoría, el Ministerio de Salud elaboró también una norma que permite consolidar su política

^{vi} Salud Familiar Comunitaria Intercultural

SAFCI para que los diferentes componentes del sistema de salud; sean estos del subsistema público, del subsistema de seguridad social de corto plazo, del privado con o sin fines de lucro y el de la medicina tradicional; coordinen todas sus capacidades con la noble misión de disminuir la exclusión en el ejercicio del derecho a la salud.

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

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

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

Continuando el proceso de descentralización iniciado en la década del 90, con la promulgación de la Ley de Marco de Autonomías “Andrés Ibáñez”¹² se ha estructurado de diferente manera el sector salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

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

Los Gobiernos Autónomos Municipales asumen la competencia sobre la construcción y mantenimiento de infraestructura, la compra de insumos y el

respectivo desembolso de los dineros de gastos operativos para los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su territorio.

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

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

Los actores importantes del sub sector de la salud pública en el que se mencionan algunas de sus atribuciones (*Ver Anexo 1, figura 1*).

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

Todos estos actores establecen tres tipos de Redes de Salud, la primera es la Red Municipal SAFCI, conformada por los centros de primer y segundo nivel de prestación de servicios de salud, el cual es dirigido por el Coordinador de Red que es nombrado por el respectivo SEDES^{ix}.

^{vii} Servicio Departamental de Salud

^{viii} Organismos No Gubernamentales

^{ix} Servicio Departamental de Salud

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

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

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

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

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

En este entendido la dinámica, la estructura, las funciones e iniciativas, la capacidad de sus miembros, la eficiencia en la resolución de las dificultades, la calidad de la prestación de servicios de salud, la planificación participativa con la sociedad civil y la transparencia en el ejercicio de funciones, son aspectos que permitirán a cada Red lograr verdaderas transformaciones de las condiciones de salud de la población.

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

2.2. Justificación

Los problemas de los sistemas y los modelos de salud son comunes en América Latina, una prestación de servicios excesivamente hospitalaria, inaceptable funcionamiento de la atención primaria, descoordinación entre los niveles de atención, fragmentación de los servicios de salud; ha llevado a niveles inesperados de sobrecostos en la entrega de los servicios. Esta fragmentación se manifiesta en los sistemas de salud como la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura y una deficiente capacidad instalada.¹³

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

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

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

Nuestro país no posee ilimitadas cantidades de recursos económicos, por cuanto resulta importante evaluar su uso eficiente mediante los sistemas de planificación, de organización, de gestión y los datos obtenidos permitirán establecer estrategias para mejorar el acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud.

Consecuentemente, mediante la aplicación de una herramienta validada para medición del atributo 13 de la REFISS, la presente tesis contribuye a analizar la Gestión basada en resultados, orientado en la políticas de salud vigentes y para una

óptima adecuación a las necesidades locales y al desarrollo de las condiciones que contribuirán a brindar una atención de calidad, oportuna, eficiente y transparente.

Desde principios de hace una década en Bolivia se han generado revisiones de los modelos de gestión en salud utilizados hasta el momento y el panorama general nos muestra una serie de debilidades, entendiendo que la Gestión basada en resultados se centra en los resultados y en los impactos deseados y luego identifica los insumos y acciones necesarias para llegar ahí¹⁴ ; sin embargo se observa que existe una visión de llegar a corto plazo unido a la búsqueda de la “acción” como justificación en si misma con una consideración menor y secundaria de los logros alcanzados.

Es así que existe un gran desafío para las Redes de Salud en obtener resultados concretos, medibles y sostenibles en el tiempo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Evolución del concepto de salud

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.¹⁵

Para el investigador Echeverri (2006) la salud es: *“un derecho cardinal que abarca la esfera del ámbito individual, público y social, por lo tanto es transversal a todos los intereses y necesidades de los distintos habitantes agrupados que buscan la protección social del estado a través de la eficiente y equitativa prestación de servicios de salud, como tiene una alta vinculación con la dignidad humana pero*

fundamentalmente con la vida, los diversos actores reclaman su participación en la toma de decisiones sobre la utilización y destino de los recursos públicos”¹⁶ .

Por tanto si comprendemos que la salud es un medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esta sería como la condición sine qua non, que favorece el desarrollo del potencial humano de cualquier persona. Las teorías antropológicas ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad.¹⁷

Bajo esta nueva conceptualización de la salud, las RISS impulsadas por la OPS “reflejan un interés renovado por la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región”.¹⁸

En Bolivia desde el 2006 con la elaboración del Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2006-2010 y bajo la consigna de “Movilizados por el derecho a la salud y la vida”, las autoridades de salud tienen la finalidad de velar por el pleno ejercicio del derecho a la salud, como parte de las garantías constitucionales, planteando desmercantilizar la salud para lograr un verdadero cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, a través de la estrategia de las redes de salud.¹⁹

En esta misma filosofía, la sociedad ha ido asumiendo roles cada vez más protagónicos buscando un estado de bienestar integral, universal e incluyente que garantice el cumplimiento pleno de este derecho, para mejorar su vida y en síntesis para Vivir Bien.

3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud

Es el conjunto amplio y continuo de intervenciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y daños a la salud y cuidados paliativos, que las personas reciben a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud y ámbitos de

desarrollo humano, de acuerdo a sus necesidades y a lo largo del curso y ciclos de vida (OPS/OMS. MAYO 2008).

3.3. El actual sistema boliviano de salud

El Sistema Nacional de Salud, es “el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud”²⁰, su organización de acuerdo a la capacidad resolutive se refleja tres niveles de atención:

1. El **primer nivel de atención**, encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, está conformado por los puestos de salud, centros ambulatorios de salud, policlínicos y policonsultorios, la medicina tradicional y las brigadas móviles de salud.

De acuerdo al “*Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer nivel de atención*”, este nivel es la PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD.

2. El **segundo nivel de atención** alcanza la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco - obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente traumatología.
3. El **tercer nivel de atención** está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, la internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad; sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

En la siguiente Tabla es posible observar los diferentes componentes del Sistema Público de Salud en Bolivia y sus principales funciones y atribuciones, comenzando desde el nivel central hasta los gobiernos municipales y locales que participan en el Sistema de Salud.²¹

Tabla I. Estructura del Sistema de Salud

INSTITUCIÓN	ROL
Ministerio de Salud	Rector del Sistema de Salud. Elabora la política nacional de salud y las normas nacionales que regulan el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud.
Servicio Departamental de Salud (SEDES)	Nivel máximo departamental de gestión técnica en salud. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, promueve la participación comunitaria y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir las políticas y normas de orden público.
Coordinación de Red en Salud	Articula la política nacional de salud con la política municipal de la Red mediante la asistencia técnica a la elaboración, sistematización y aplicación de la Estrategia de Salud-PDM y POAs
Consejo Municipal de Salud (COMUSA)	Es la máxima autoridad de salud en el ámbito municipal. Es la instancia de dirección que efectiviza el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de su competencia. Siendo su autoridad y competencia intransferibles. Está conformado por: el Alcalde Municipal, el Jefe médico del servicio de Salud y el Comité de Vigilancia.
Gobernación	Formula, aprueba y establece las condiciones para la

	implementación del Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
Gobierno Municipal	Formula y ejecuta participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
Gobierno Autónomo Indígena Originario o Campesinos	Formula y aprueba planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el riesgo, promoviendo la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la norma SAFCI.

Fuente: Marco de Asociación País (MAP).

A su vez, los establecimientos de salud conforman tres distintos tipos de Redes de Salud:¹⁶

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

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

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

La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el SEDES, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.²¹

3. La **Red Nacional** de establecimientos de salud está conformada en total por los 3553 establecimientos de salud de Bolivia, que están estructurados en

cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONG. De éstos el 92% corresponde al primer nivel de atención (“puestos de salud” y “centros de salud”), el 6,5% al segundo nivel (“hospitales básicos”) y el 1,5% al tercer nivel (“hospitales generales” e “institutos especializados”).²¹

En su estructura, el Sistema Nacional de Salud comprende los subsectores público, privado, de la seguridad social de corto plazo, las instituciones de convenio con y sin fines de lucro y el sector de la medicina tradicional, según es posible ver en la siguiente (*Ver Anexo 1, Figura 2*).

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

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

Los subsectores público y de la seguridad social de corto plazo atienden además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: el Seguro Integral de Salud, dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años y a las personas mayores de 60 años; y las prestaciones de programas como Tuberculosis, Chagas, Malaria y otros.²¹

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones Privadas están constituidos por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia Católica y a productores de salud particulares.²¹

El subsector de las ONG's está constituido por establecimientos de salud que ofrecen diferentes servicios con el financiamiento proveniente de recursos externos.²¹

Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos provenientes de la coparticipación tributaria, IDH^x municipal y recursos externos.²¹

3.3.1. Red de Servicios de concepción funcional

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

3.4. Los procesos históricos de evolución de la Red de Servicios de Salud

Desde su proclamación en 1978, la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido un tema ampliamente debatido. Su descripción multifacética en la declaración de Alma-Ata²² es un excelente ejemplo de un compromiso bien elaborado pero ambiguo: tan difícil de repudiar como de acordar para su implementación.

Al mismo tiempo que el atractivo eslogan “Salud para Todos en el año 2000” tuvo una amplia aceptación retórica y el llamado pertinente de la declaración hacia un cambio socio-económico fue ampliamente ignorado.²³

En el encuentro Iberoamericano de 2007, el presidente español José Luis Rodríguez Zapatero le preguntó a su homólogo boliviano cómo le podía ayudar a mejorar la salud. La respuesta lacónica del primer mandatario Evo Morales “necesito ambulancias”²⁴ reflejaba la necesidad urgente de su país para mejorar el acceso a los servicios de salud pero también pudo haber expresado su incertidumbre acerca de cómo seguir adelante.

En 2006, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia presentó un plan para rediseñar la política sanitaria.²⁵ Una revisión de tal documento deja ver una fuerte voluntad política y nuevas ideas interesantes: los autores hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias

^x Impuesto Directo a los Hidrocarburos

culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos. Sin embargo, también se observan contradicciones evidentes, por ejemplo, mientras el acceso adecuado es eliminado como un determinante clave de la salud, aún es visto como objetivo a seguir.

Tabla II. Los Procesos Políticos Nacionales

<p>I. La revolución (1952)</p>	<p>Instituye el voto universal, la nacionalización de la minería, la reforma agraria y la reforma educativa. Se inaugura un nuevo periodo en la historia boliviana. La reforma implicó el desplazamiento de la burguesía y con ella el inicio de la participación de los campesinos y proletariados. En 1956 se funda la Seguridad Social. Y la Constitución de 1967 determina que toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad; destacando el derecho a la salud individual y colectiva.</p>
<p>II. El gobierno de la UDP (1983)</p>	<p>Se logró implementar la estrategia de responsables populares de salud que involucro a la comunidad organizada en actividades de prevención; las campañas de vacunación con una participación masiva de la ciudadanía; y el Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS), se hallaba organizado en un contexto regionalizado de servicios, cuyo actor principal es el área de salud, este plan contemplo niveles institucionales de activación, fortificados por las organizaciones populares; el fortalecimiento de los programas verticales; la implementación de los comités populares de salud y la participación social.</p>

<p>III. La descentralización administrativa (1994)</p>	<p>Se desarrolló con las Leyes de Descentralización Administrativa (N° 1654), de la participación popular (N° 1551) y de Municipalidades de los Gobiernos Municipales en cuanto a la salud y la participación de la población organizada en las decisiones; así como la generación de una instancia municipal tripartita compuesta por el sector salud, Gobierno Municipal y el Comité de Vigilancia como máxima instancia de gestión en salud.</p>
<p>IV. Procesos políticos de la década (2000)</p>	<p>Los movimiento sociales ocurridos a principios de esta década, así como: la guerra del agua (Cochabamba), octubre negro y motín policial (El Alto – La Paz), recondujeron las políticas del estado. Estos procesos políticos influyeron en las determinantes estructurales de la salud, generando espacios de gerencia pública para el desarrollo de las políticas en beneficio de las poblaciones más excluidas del país. La más importante la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.</p>
<p>V. Proceso constituyente (2006)</p>	<p>Surge de las demandas sociales que buscan responder al agotamiento y fracaso del modelo neoliberal, a la insurgencia de nuevas propuestas y actores sociales y a la exclusión social, política y económica de las Naciones y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos mediante la refundación del Estado. En salud el proceso constituyente debatió temas relacionados al derecho a la salud, como: el acceso universal, la descentralización y autonomías, la intersectorialidad, la participación y movilización social, la interculturalidad y el financiamiento en salud.</p>

3.5. Marco Legal Boliviano en Salud

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

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

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

Tabla III. Redes De Salud Municipal

Norma	Año	Propósito
Constitución Política del Estado⁶	2009	Establece las Bases fundamentales del Estado, derechos, deberes y garantías. La Estructura y organización funcional del Estado. En el ámbito de la salud define que: <i>“Toda persona tiene los derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad; así como a la seguridad social”</i>
Código de Seguridad Social	1956	Basado en los principios de solidaridad, universalidad, economía, unidad legislativa y de gestión. Está vinculada con el trabajador bajo el concepto de “Tesis laboral”, es decir, <i>“...la protección</i>

		<i>de los trabajadores dependientes, sujetos a horario y sobre todo a salario”.</i>
Decreto Ley N° 15629 Código de salud²⁶	1978	Código de Salud: asigna la responsabilidad de la <i>“definición de la política nacional de salud, la norma, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción”.</i> Además, establece la <i>“...regulación jurídica de las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población...”</i> , como parte de sus funciones.
Ley N° 1551 de Participación Popular	1994	Municipaliza el país, redistribuye los recursos económicos de forma proporcional al número de habitantes. Da legitimidad a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), cuya representación se expresa a través de los Comités de Vigilancia, cuyas funciones son fiscalización, planificación participativa y la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades propias de cada región. Se transfiere a título gratuito a favor de los gobiernos municipales, el derecho de propiedad de la infraestructura de los servicios públicos de salud y su mantenimiento.
D.S. 29894 Estructura organizativa del	2009	Establece la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, así como las atribuciones de la Presidenta o Presidente,

Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional Evo Morales²⁷		Vicepresidenta o Vicepresidente y de las Ministras y Ministros. Define la estructura y atribuciones específicas de los ministerios, entre ellos del Ministerio de Salud.
LEY N° 031 Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”¹²	2010	Define a los Gobiernos Autónomos y sus fines: <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover y garantizar el desarrollo integral, justo, equitativo y participativo del pueblo boliviano, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo nacional. 2. Favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando su diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización. Además, define las funciones en salud de los diferentes niveles del Estado. Entre las competencias a nivel departamental está planificar la estructuración de Redes de Salud Funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política SAFCI.
Ley N° 777 Ley Del Sistema De Planificación	2016	Establece el proceso de planificación del desarrollo integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Su ámbito de planificación comprende a las entidades

Integral Del Estado – SPIE ²⁸		territoriales autónomas, entre ellas a los gobiernos municipales.
DECRETO SUPREMO N.º 24447 - Reglamento de las Leyes N.º 1551 de Participación Popular y N.º 1654 de Descentralización Administrativa²⁹	1996	Determina los criterios para la creación de Distritos Municipales y la asignación de recursos.
Ley N.º 2235 Ley del Diálogo 2000³⁰	2001	Define la distribución de Recursos del Diálogo 2000 para el ámbito de la salud pública.
LEY N.º 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)³¹	1990	Tiene como objetivo regular los Sistemas de Administración y Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública con el objeto de programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del sector público.

<p>Decreto Supremo N.º 018 1- Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO)³²</p>	<p>2009</p>	<p>Establece los principios, normas y condiciones que regulan los procesos de administración de bienes y servicios y las obligaciones y derechos que derivan de éstos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Ley N° 1178; y establece los elementos esenciales de organización, funcionamiento y de control interno, relativos a la administración de bienes y servicios.</p>
<p>Decreto Supremo 29601 - Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI⁹</p>	<p>2008</p>	<p>Tiene el objetivo de contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria, traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud.</p>
<p>R.M. 737 Reglamento de la SAFCI</p>	<p>2008</p>	<p>Establece el proceso de planificación en salud, por el cual los actores sociales, de salud y otros sectores, definen acciones concertadas, partiendo de un diagnóstico de sus necesidades de acuerdo con las determinantes socioculturales y económicas de la población. Pone énfasis en la programación de corto plazo y visión de mediano y largo plazo, en función del Sistema de Planificación en sus respectivos niveles de gestión, teniendo como resultado la</p>

		incorporación del componente de salud en el plan de desarrollo municipal, departamental y nacional.
LEY 475 - Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia ³³	2013	Establece y regula la atención integral, la protección financiera en salud de la población de los grupos etarios que no se encuentren cubiertos por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. Determina el acceso a los servicios de salud integral e intercultural. Se define la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud.
LEY N° 1737 - Ley De Medicamento ³⁴	1996	Regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos, y productos medicinales naturales y tradicionales.
Ley 459 - Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana ³⁵	2013	Regula el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud. También regula la estructura, organización y funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación; y los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos.

		Además, promueve y fortalece el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.
Ley 223 - Ley General para Personas con Discapacidad³⁶	2012	El objeto de la presente Ley es garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.
Ley 004 - Ley De Lucha Contra La Corrupción, Enriquecimiento Ilícito e Investigación de Fortunas “Marcelo Quiroga Santa Cruz”	2010	Establece mecanismos, y procedimientos en el marco de la Constitución Política del Estado ⁶ , leyes, tratados y convenciones internacionales, destinados a prevenir, investigar, procesar y sancionar actos de corrupción cometidos por servidoras y servidores públicos y ex servidoras y ex servidores públicos, en el ejercicio de sus funciones, y personas naturales o jurídicas y representantes legales de personas jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras que comprometan o afecten recursos del Estado, así como recuperar el patrimonio afectado del Estado a través de los órganos jurisdiccionales competentes.
Decreto Supremo N° 25233³⁷	1998	Establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud. Define la necesidad de impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutoria en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas

		territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.
Resolución Administrativa Departamental N° 586/2014 - Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de Salud La Paz.³⁸	2014	Establece la estructura de la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa. Como Visión establece que el SEDES afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de Redes funcionales, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política SAFCI.

3.6. Las Redes de Salud

Las Redes de Servicios de Salud que se define como un conjunto integrado, interconectado e interdependiente de servicios de salud, con una capacidad de resolución, organizada en forma escalonada por niveles de complejidad, con oferta diferenciada y evitando duplicidades existentes en un espacio geográfico específico. Son responsables de producir un mejor estado de salud para su población.³⁹

Para el logro de este objetivo se debe integrar la gestión, aumentar la calidad y eficiencia de los servicios preventivos, promocionales y de atención en salud, mediante la separación de roles y funciones en el marco de la concepción de

espacios públicos no estatales, considerando como ámbito geográfico poblacional el municipio.

Su carácter público privilegia el derecho al acceso a los servicios de salud, bajo principios de universalidad, equidad y solidaridad que pretende mejorar la calidad de vida de la población, garantizados por la Constitución Política del Estado.

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

3.6.1. Funciones de la Red

La Red debe contar con los elementos esenciales para su implementación y puesta en operación, conformando un conjunto de establecimientos y servicios de salud de variados niveles de complejidad, articulados funcionalmente con un esquema apropiado de relación administrativa, con el fin de asegurar la atención de salud y enfermedad, del individuo, la familia y la comunidad, con oportunidad, calidad y calidez, en proporción a la complejidad de la demanda de un ámbito geográfico-poblacional determinado, con la capacidad de expresar una organización apropiada de los servicios públicos, iglesias, ONGs, privados, medicina tradicional y la comunidad organizada, para dar una respuesta a la particular dinámica y expresión de los problemas de la salud de su población.⁴⁰

Las Redes tienen su propia particularidad, es decir, no todas son iguales; las diferencias están marcadas por la demanda y la oferta de cada una de ellas. Las Redes que se instalan en las áreas rurales y poco desarrolladas, serán distintas de las urbanas y/o urbano-marginales, según tamaño y dinámica poblacional.⁴⁰

La dinámica social será la que determine las expresiones del proceso salud-enfermedad en la población de un determinado territorio y será esta comprensión la

que marque la estructuración eficiente, eficaz, articulada a la capacidad instalada y funcionalmente existente, para brindar atención oportuna y de calidad a los problemas en salud de la población, entonces el concepto de referencia y retorno, se redefinirá a partir de la pregunta: “qué y cuándo referir”, lo cual depende de la oportuna atención, complejidad del daño y capacidad resolutive de cada nivel de atención.⁴⁰

Cada Red enfrentará un conjunto de problemas particulares, por lo que; se tendrá que desarrollar, potencialidades, capacidades y competencias que serán los medios para asegurar la capacidad resolutive de la Red en la articulación de sus componentes y funciones.⁴⁰

3.6.2. Componentes de la Red de Salud

La Red debe estar estructurada por seis componentes; recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros, medicamentos e insumos médicos, instrumentos normativos y la participación comunitaria.⁴⁰

- **Recursos humanos.** El número de personal asignado a la Red, por nivel de atención diferenciado, entre personal de prestación de servicios asistenciales promocionales, preventivos y apoyo administrativo.⁴⁰
- **Recursos físicos (Activos fijos).** Infraestructura, equipamiento, medios de transporte y comunicación. La Red se articula a través de los establecimientos de salud definidos por niveles de atención en el Modelo de Sanitario, con criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive.⁴⁰
- **Recursos financieros.** Son los recursos económicos que llegan a cada uno de los establecimientos de salud y que provienen de cuatro fuentes claramente definidas: Tesoro General de la Nación (TGN/Salarios),

Municipio T.G.N, reembolsos y pagos por los Seguros Públicos, Cooperación internacional y generación propia por la venta de servicios.⁴⁰

- **Medicamentos e insumos médicos.** Los medicamentos, suministros e insumos médicos que la Red requiere para garantizar la atención oportuna de sus beneficiarios.⁴⁰
- **Instrumentos normativos.** Normas, Manuales, protocolos y procedimientos en el área asistencial y administrativo-gerencial; establecidos por los niveles nacional, departamental y municipal, para garantizar el desempeño profesional, la productividad y la capacidad de gestión de Red⁴⁰
- **Participación comunitaria.** Dentro de la política enmarcada primero en la Ley de Participación Popular y actualmente por disposición de la Política SAFCI, que señala un modelo de atención y un modelo de gestión, se prioriza la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas al accionar de los establecimientos y de los programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, para el mejoramiento de la población y promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.⁴⁰

3.6.3. Principios de la Red de Salud

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

- **Universalidad,** establecida en la Ley 475 y sus Decretos reglamentarios, así como el acceso universal a los otros programas del MS. Desde el 11 de junio del 2008, el Decreto Supremo N° 29601.⁹
- La **integración de la red de servicios,** que incorpora a todos los actores institucionales e intersectoriales que trabajan en la prestación

de actividades de salud en el Municipio, focalizando las instituciones públicas Seguridad Social, proveedores de salud privados lucrativos y no lucrativos, para estructurarlas y orientarlas en un modelo de atención propio de la Red y el manejo conceptual y operativo de los sistemas de referencia y retorno.⁹

- **El acceso equitativo de la población a los servicios de salud.**

El concepto de equidad en salud se *basa en la premisa de que “idealmente todos deben tener una oportunidad justa de lograr su pleno potencial de salud y, de forma más pragmática, que nadie debe estar en desventaja para alcanzar ese potencial, si esto puede evitarse”*. Dado que estas inequidades son evitables, reducirlas se torna una *cuestión de justicia social*⁴¹. Las inequidades en materia de salud se refieren a las diferencias en la salud que son “sistemáticas, evitables e injustas” y que impiden a los individuos y las comunidades alcanzar su pleno potencial en salud.

Existen determinantes de inequidad en el acceso a la salud que pueden ser muy diversos. La metodología utilizada para clasificar las causas de la exclusión de los cuidados de salud (OPS 2003). De acuerdo con ella, los determinantes de inequidad pueden agruparse en dos categorías principales: aquellos no relacionados con el sector salud (causas externas o barreras de acceso) y aquellos que están dentro de la forma en que el sector de salud está organizado y /o funciona (causas internas o fallos en el sistema de salud).

Entre los aspectos externos tenemos:

- *Económicas*
- *Geográficas*
- *Culturales*
- *Empleo*

- *Género*

Entre los aspectos internos se encuentran:

- *Estructura del sistema*
 - *Infraestructura*
 - *Asignación de recursos*
 - *Distribución geográfica de las instalaciones de salud*
 - *Información*⁴²
-
- **Enfoque de salud integral**, que orienta las acciones de salud pública local, incorpora la educación y promoción de la salud, control sanitario del ambiente, protección específica contra enfermedades prevenibles, detección precoz y prevención de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la rehabilitación.
 - **Planificación participativa**, que orienta la gestión compartida con participación de la comunidad en salud, para garantizar la presencia de todos los actores sociales en salud en las decisiones que le competen.
 - **Continuidad y permanencia**, expresa que la Red de salud garantiza la continuidad de la atención, a través de instrumentos de seguimiento único al paciente en todo el curso de vida y al interior de la Red; asimismo, la Red al tener un centro de referencia de segundo nivel, a través de este garantiza la atención permanente durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

3.6.4. Conformación de Redes De Salud

Los requisitos fundamentales para la conformación de redes de salud son organizar un modelo integrado de asistencia y desarrollar un modelo de gestión, para el logro de un funcionamiento eficaz y eficiente de todo el Sistema Nacional de Salud y con capacidad de resolución.³⁷

3.6.5. Puerta de Entrada al Sistema de Salud

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

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

- a) Ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema;
- b) Clarificar la demanda;
- c) Brindar información sobre la situación de salud del individuo que consulta; d) Realizar procedimientos diagnósticos de baja complejidad;
- e) Realizar tratamientos;
- f) Coordinar con otras disciplinas;
- g) Realizar tareas de prevención; y
- h) Registrar la información en historias clínicas unificadas de manera de garantizar la coordinación y la continuidad de la atención prestada⁴³.

3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS

La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por ende del bajo desempeño general de los sistemas de salud. Puede generar por sí misma o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos⁴⁴, (Ver Anexo 1, Figura 3).

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

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

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

La falta de acceso se manifiesta por la demanda reprimida a los servicios o por la postergación de la entrega de servicios. La falta de oportunidad se expresa comúnmente como listas de espera, derivaciones tardías o la entrega de servicios con enfoque programático reducido (p. Ej. programas verticales).

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

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

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

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

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

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, pueden definirse como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.⁴⁵

Según el Ministerio de Salud, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) pueden definirse como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*.

^{xi} Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud

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

1. Modelo asistencial:

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

2. Gobernanza y estrategia:

- Un sistema de Gobernanza único para toda la red.
- Participación social amplia.

- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

3. Organización y gestión:

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

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

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

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

En esta coyuntura la Constitución Política de Bolivia aprobada en 2008, en su Artículo 18 señala el derecho a la salud que tienen todas las personas y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a los servicios de salud, sin exclusión ni discriminación alguna. También se determina constitucionalmente que el sistema de salud es único, universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Y se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y

corresponsabilidad. A su vez el sistema de salud se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

De esta manera ha sido implementada la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que se constituye en la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia y en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud pues complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.⁴⁶

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

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

3.8.1 Los principios de la política SAFCI

La **participación social**, entendida como la capacidad de participación real y efectiva del pueblo organizado, mediante su representación legítima, para toma de decisiones en salud sobre la planificación, ejecución-administración, seguimiento-control social de las acciones en salud. Considerar las necesidades y los problemas a través de las representaciones.⁴⁶

La **interculturalidad**, es la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos y prácticas, para

aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud.⁴⁶

La **Intersectorialidad**, es la intervención coordinada entre la comunidad organizada y sector salud con otros sectores estatales (agua, vivienda, educación, saneamiento básico y otras), en base a alianzas estratégicas, para actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad.⁴⁶

La **integralidad**: Es el sentir, conocer y practicar la salud como “un todo”, que contempla la persona y su relación de armonía con la familia, comunidad, madre tierra, cosmos y el mundo espiritual, para desarrollar procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y daños de manera pertinente oportuna ininterrumpida e idónea.⁴⁶

3.8.2. La estrategia de la política SAFCI

La promoción de la salud, que es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien.⁴⁷

Los mecanismos de la promoción de la salud:

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

3.8.3 Los componentes de SAFCI

- **La gestión participativa y control social**⁴⁷, que es la interacción de los actores sociales e institucionales para tomar decisiones sobre las acciones de salud de manera eficiente, armónica y equilibrada, dirigidas a transformar determinantes de la salud, reorientar los servicios de la salud, fortalecer la

medicina tradicional y generar hábitos de protección de la salud, a través de la planificación, ejecución-administración y seguimiento-control social, se aplica mediante:

- **La atención integral intercultural en salud**, que es la forma de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad pertinente y oportunamente con capacidad resolutoria de enfoque de red, horizontalmente con respeto y valoración de sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas en el marco de la complementariedad, reciprocidad con la medicina tradicional y se aplica mediante: La aplicación de la estrategia y componentes de la SAFCI, está liderada por la Dirección General de Promoción de Salud, sus unidades, programas y proyectos.⁴⁷

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

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

La estructura política en salud a nivel departamental está establecida por la Ley Integral de Salud N° 475³³ y la Ley Marco de Autonomías N° 031.¹²

Previo a la descripción de las mencionadas leyes, es preciso hacer una remembranza de cómo se creó el Servicio Departamental de Salud (SEDES), es así que debemos referirnos al Decreto Supremo N° 25233³⁷, de 27 de noviembre de 1998. El mencionado decreto se creó con el objeto de establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 y las disposiciones vigentes en la materia de salud.

En la citada norma, una de sus tres consideraciones indica: “que es necesario impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutive en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.”³⁷

En el Capítulo II. Gestión Descentralizada de Salud. Artículo 5º, indica que entre los Principios de Gestión Descentralizada de Salud, se encuentra el inciso c) que se refiere a la “Organización Operativa por Redes de Servicios. Los servicios de salud se prestan mediante redes, constituidas por establecimientos estructurados por niveles de atención y escalones de complejidad. La red se organiza en base a criterios de accesibilidad geográfica, población y capacidad resolutive. Los establecimientos de la red de servicios se articulan e intercomunican entre sí mediante subsistemas y, específicamente mediante el subsistema de referencia y contrareferencia. Para conformar una red debe contarse, por lo menos, con establecimientos de primer y segundo nivel de atención”³⁷

Capítulo IV Nivel Técnico Artículo 12º, menciona que entre las funciones comunes a ejecutar las tareas técnicas del SEDES, dentro su correspondiente Unidad, en conformidad con el Manual de Organización y Funciones, el inciso c) Jefatura de Coordinación Distrital, refiere que “Es responsable de dirigir y asesorar el relevamiento de las redes de servicios; normar el proceso de coordinación operativa de los servicios de salud; coordinar con las direcciones distritales, directores de hospitales de función departamental y organizaciones del sector privado los procesos de ampliación de cobertura y mejora de calidad en los servicios; instrumentar el proceso de acreditación, certificación y evaluación de los establecimiento de salud”.

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

La Ley N° 475 menciona a las Redes funcionales, en su Capítulo II Requisitos para el acceso, prestaciones, capacidad resolutive de los establecimientos de salud, provisión de prestaciones y medios de promoción de la salud. Artículo 5°.- (Registro de beneficiarias y beneficiarios) Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley N° 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud. Artículo 6°.- (Acceso a los servicios de salud integrales e interculturales) El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.”³³

En el año 2010, después de que el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, realizó el dialogo departamental “Pacto por La Paz”, donde participaron sectores de desarrollo, organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas, y se definieron 14 estrategias orientadas a consolidar el desarrollo económico, social y político del Departamento, con la participación del gobierno central, departamental y municipal. Para el sector salud, el Pacto determinó el mandato de la “Construcción de una sociedad saludable y productiva”, donde en su 3er lineamiento establece: “Mejoramiento y cobertura de las redes funcionales de servicios de salud (evitando la fragmentación y segmentación de los servicios) en el departamento”³⁸

En fecha 17 de junio de 2014, con la RESOLUCION ADMINISTRATIVA DEPARTAMENTAL N° 586/2014, surge entre otros nueve Manuales de Funciones Individuales, el Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de Salud La Paz.³⁸

El MOF^{xii} es un instrumento administrativo de carácter operativo, que establece la distribución formal de las diversas partes que integran la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa generalmente aceptados. Se constituye en el documento

^{xii} Manual de Organización y Funciones

oficial de referencia, orientación y consulta del personal, respecto de las funciones que deben desempeñar en cada una de las Unidades y Áreas organizacionales.³⁸

Dentro de la VISIÓN del Servicio Departamental de Salud de La Paz, señala que: “Al 2020, el Servicio Departamental de Salud afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de Redes funcionales, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI”.³⁸

Cabe destacar que Redes y Servicios de salud integrales, se encuentran dentro del Eje 1, Programa 1.1 de los OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL SEDES LA PAZ AL 2020.

En el Nivel Ejecutivo técnico, de la estructura organizacional del Servicio Departamental de Salud La Paz, se cuenta con la Unidad de Redes de Servicios de Salud.³⁸

No obstante el Nivel Operativo técnico, cuenta con: Área Redes Urbanas y Área Redes Rurales, que dependen de la Unidad de Redes de Servicios de Salud.³⁸

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

- Analizar, aprobar y realizar seguimiento a los planes, programas y proyectos de salud para el desarrollo departamental, presentado por las Redes de Salud, Hospitales, responsables de programas, en el marco del plan estratégico de salud, controlando y evaluando su ejecución”.³⁸
- Requerir informes a dirección sobre la gestión técnica administrativa y a través de él a los responsables de programas, redes y hospitales.³⁸
- Proponer la atención de las demandas y prioridades de las redes, hospitales y unidades desconcentradas de salud.³⁸

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

Unidad de Redes de Servicio de Salud depende de la Dirección Técnica SEDES La Paz y de esta Unidad dependen entre otras las Áreas de Redes Urbanas y Rurales. Sus relaciones inter institucionales son con el Ministerio de Salud y autoridades municipales, Comités de Vigilancia, Universidades Públicas y Privadas, y Cooperación Externa.³⁸

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

- Desarrollar la capacidad técnica y de gestión en los niveles de conducción y operativo, para el cumplimiento de la política sectorial, normas y programas, que fortalezcan los Redes Integrales y Funcionales de Servicios de Salud, la oferta de servicios con capacidad resolutive, equidad, eficiencia y calidad, en beneficio de la población.³⁶ El Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud, es el siguiente (*Ver Anexo 1, figura 4*).

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

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

Con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, los Gobiernos Autónomos Municipales asumieron como responsabilidad la infraestructura, insumos y gastos operativos de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción. Al mismo tiempo, las municipalidades son las responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria⁴⁸.

<p>Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” TÍTULO V CAPÍTULO III Alcances y competencias Artículo 81</p>	<p>7, Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.¹²</p>
<p>Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” TÍTULO V CAPÍTULO III Artículo 81</p>	<p>Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.¹²</p>

En la Ley 475 Capítulo III **FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD** Artículo 10, hace referencia a la “Cuenta Municipal de Salud”, la cual está a cargo de los Gobiernos Autónomos Municipales. En su artículo N° 10, refiere que la Cuenta Municipal de Salud estará destinada a financiar las prestaciones que sean demandadas en establecimientos del primer segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal. Asimismo, aclara que no existen pagos intermunicipales. Los costos son asumidos por el municipio donde se da la prestación. Además, señala en este mismo artículo que en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en las Cuentas Municipales de Salud, serán reasignados a las mismas para la siguiente gestión o podrán ser utilizados para la contratación de recursos humanos, fortalecimiento de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, o en programas especiales de salud.⁴⁸

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

LEY N° 475
CAPÍTULO I
ARTÍCULO 7.
(ACCESO A LA ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD).

Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la Política SAFCI.³³

En un artículo del Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N°475, menciona la coordinación y la capacidad resolutive de los establecimientos.⁴⁹

REGLAMENTO PARA LA
GESTION ADMINISTRATIVA
DE LA LEY N° 475
CAPÍTULO III
Artículo 9.
(COMPLEMENTACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SALUD
EN REDES
FUNCIONALES).-

Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales que establezcan la complementación de los servicios de salud que garanticen la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de acuerdo a la Norma de Referencia y Contrarreferencia vigente emitida por el Ministerio de Salud.⁴⁹

Es menester referirnos a al **Plan de Desarrollo Municipal "La Paz 2040"**, que en el campo de la salud busca fortalecer e impulsar un sistema de salud integral, moderna, incluyente, inclusiva, eficiente, intercultural, con calidad y calidez.⁴⁸ Es así que en este plan hacen mención entre sus acciones estratégicas el fortalecimiento de las Redes de Salud articulado con el **Plan La Paz 2040**.⁴⁸

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

ÁMBITO	POLÍTICA	ACCIONES ESTRATÉGICAS	ARTICULACIÓN CON EL PLAN LA PAZ 2040
EN SERVICIO	Eje 1. Transformación de la Red de Servicios de Salud	Mejora de la oferta y calidad de los Servicios	- Eje 4. La Paz Feliz, Intercultural e Incluyente · Sub Eje. Salud y sanidad · Sub Eje. La Paz Equitativa e incluyente
		Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de Servicios de las redes de Salud	
		Implementación de los mecanismos para garantizar la Calidad en Salud.	
		Fortalecer el sistema de referencia y retorno	
		Acreditación de establecimientos de Salud	
		Gestión Intersectorial e Interinstitucional	

Fuente: La Salud en el Municipio de La Paz. 2013⁴⁸

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

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, además desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación

individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad”⁴⁸.

La declaración de Alma-Ata²² sostiene que la Atención Primaria de Salud, “...debe mantenerse mediante un **sistema integrado, funcional** y de sistemas de referencia...”, “...conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados”⁵⁰.

La declaración de Montevideo⁵¹ establece que “...los modelos de atención de salud deben...” “...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”⁵²

La Agenda de Salud para Las Américas⁵³ menciona que: “fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos”

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

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

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

Como bien expresa el documento OPS, el objetivo de organizar servicios de salud en niveles de atención integrados y descentralizados fue nuevamente ratificado

por los Estados Miembros en el año 2005, como parte del proceso de renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas.

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

3.12. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI

El modelo SAFCI es la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, que se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.

Este modelo de Atención SAFCI funciona a través de:

3.12.1. Las Redes Funcionales Integradas de Salud (REFISS)

Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales, que establezcan la complementación de los servicios de salud, garantizando la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutive de los Establecimientos de salud, y a lo estipulado en la Norma de Referencia y Contra referencia vigente emitida por el Ministerio de Salud.⁴⁹

La Coordinación Técnica de Red, es la instancia de supervisión periódica, encargada de verificar el cumplimiento adecuado de los procesos técnicos implícitos a la atención de las personas beneficiarias, entre ellas: la correlación clínica

administrativa de los establecimientos de salud⁹; además, es la instancia de supervisión permanente encargada de verificar el cumplimiento de normas vigentes de calidad de atención en los establecimientos de salud correspondientes.

La Unidad de gestión de calidad del SEDES: en coordinación con las Unidades de Planificación y Redes de Salud de los SEDES, son las Instancias encargadas del seguimiento de la calidad de atención de los establecimientos de salud que brindan las atenciones de la Ley N°475³³

3.12.2. Planificación Municipal Participativa en Salud

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

- Gobierno Autónomo Municipal
- La Comunidad
- El Sector Salud

Es la aplicación de los procedimientos y metodología de la planificación en el contexto municipal, a partir del cual, el gobierno local y la ciudadanía acuerdan el desarrollo municipal. Siendo así, los actores municipales los responsables del cumplimiento del proceso de planificación participativa, en el ámbito de sus competencias.⁵⁴

A través de ella las autoridades municipales, el personal de salud de la red municipal y la comunidad organizada, toman decisiones en conjunto, basados en un análisis de la realidad de los servicios de salud, y determinan la mejor alternativa para cambiar la situación o mejorar la realidad actual.⁵⁴

3.12.3. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud

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

3.12.3.1. La estructura estatal

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

3.12.3.2. La estructura social

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

a. AUTORIDAD LOCAL DE SALUD.

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

b. COMITÉ LOCAL DE SALUD.

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

c. CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD.

Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DIMUSA, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DIMUSA); una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el POA, para las necesidades de salud de la población de su municipio.¹⁰

d. CONSEJO SOCIAL DEPARTAMENTAL DE SALUD.

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

3.12.3.3. La estructura intersectorial

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

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

deliberación que son: – La Reunión General de Planificación (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades o barrios, tengan o no establecimientos de salud; para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables.¹⁰

3.12.4. El Comité de Análisis de Información en Salud, CAI, Comunal O Barrial

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

3.12.5 Atención Integral y Continua

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como;

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”⁵⁵

Si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Dado el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de Reforma del Sector Salud y la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial.

Asimismo la atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación; ello requiere de la coordinación de todas las instituciones del Sistema de Salud y los niveles de atención de los Servicios de Salud.

Respecto a la continuidad de la atención se puede definir desde distintas perspectivas: Desde la perspectiva de las personas que se atienden, que corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, destacamos tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento OPS “Redes Integradas de Servicios de Salud”:

Continuidad Clínica: *El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado.*

Funcional: *es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.).*

Profesional: *disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red⁵⁶.*

3.12.6. Capacidad Resolutiva

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

3.13. Sistema Nacional de Referencia y Contra Referencia

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

3.13.1. Referencia y Contra Referencia

El instrumento normativo que regula el componente de referencia y contra referencia, es la Norma Nacional de Referencia y Contra Referencia, que establece reglas y subcomponentes que deben cumplirse por las diferentes instancias institucionales e intersectoriales⁵⁷.

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

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

Por cuanto la Referencia es la remisión del paciente por un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva o instancia comunitaria de la Red Municipal

SAFCI y de la Red de Servicios (establecimiento de salud, medicina tradicional, defensorías, etc.) a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud.

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

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

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

3.14. Interculturalidad, Medicina Tradicional, Atención en los Servicios De Salud

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

alcanzar una vida armónica entre las personas, grupos de personas y de éstas con la naturaleza, donde el respeto a los derechos humanos de todo orden es deseable, posible y alcanzable.³⁵

Siendo los servicios de salud y la atención que se brinda en estos un espacio peculiar de relacionamiento entre el personal de salud y los usuarios, es importante que se desarrollen experiencias de interculturalidad favorables para todos, pero muy especialmente para los usuarios, donde se respeten sus saberes, creencias y prácticas en salud y medicina tradicional; de esta manera el nuevo Estado Plurinacional estará en mejores condiciones para lograr incrementar la calidez y las coberturas de la atención en salud y por tanto disminuir la morbimortalidad general, pero muy especialmente de las poblaciones vulnerables que coincidentemente son parte de las 36 nacionalidades y grupos étnicos existentes en Bolivia.³⁵

3.14.1. Salud y Enfermedad en un Contexto de Interculturalidad

Se realizan varios análisis del proceso salud-enfermedad y un análisis social describe que actualmente conviven de manera simultánea en la población, incluso en cada una de las personas, diferentes conceptos o maneras de explicar el proceso salud-enfermedad (desde lo biológico a lo ecológico, sociológico, trascendente o mágico entre otros). Por lo tanto, la manera de explicar el proceso de salud-enfermedad no puede ser un concepto único que se aplique a todas las sociedades por igual, ni dentro de una misma sociedad hay un concepto único de salud, sino más bien la existencia, en paralelo y en constante retroalimentación, de varios conceptos y prácticas en el campo de la salud-enfermedad.

De acuerdo a la salud pública continúa predominando la concepción biomédica clásica o lo que se denomina el “modelo médico hegemónico” (MMH). Caracterizado éste por ser biologista, estático, individual y ahistórico. Este modelo se ampara académicamente a partir del paradigma científico clásico. Se toma en cuenta dos aspectos esenciales: su carácter procesal y su naturaleza multidimensional. Lo procesal enfatiza que la salud-enfermedad no es algo estático sino en movimiento y constante cambio. Y lo multidimensional se refiere a que es un proceso influido no

*sólo por lo biológico sino por aspectos sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos, espirituales y energéticos entre otros, que inciden sobre las personas, las colectividades y el entorno*⁵⁸. (Ver Anexo 2, Tabla 1)

De esta manera se reconduce a una reforma del pensamiento en salud y a un reposicionamiento del sistema de salud para *relativizar el rol y la importancia de los servicios institucionales de salud; también reconocer la necesidad de articular e integrar el cuidado de la salud y la vigilancia epidemiológica dentro de la sociedad en que se desarrollan; así como reconceptualizar a las personas, familias y comunidades desde una perspectiva multidimensional, interrelacionados y con una diversidad de intereses, reconociendo la importancia del conocimiento y prácticas comunitarias propias de la sabiduría popular, pasar de la intervención biomédica como único camino de curación, a la multiplicidad de caminos a partir de la integración de diferentes saberes, con miras a la articulación y complementación de saberes y prácticas dentro del sistema de salud y por último reformular la formación y la gestión del personal de salud, desarrollando en ambos procesos y competencias que buscan la integración y la integralidad.*

3.14.2. Medicina Tradicional

Es extensa diversidad de doctrinas sobre la Medicina Tradicional, más debemos hacer hincapié al concepto que operan los integrantes de la Sociedad Boliviana de la Medicina Tradicional SOBOMETRA señalaron, *"actualmente la medicina tradicional es la práctica médica "mestiza" del área andina, con fuerte influencia religiosa, basada en la cosmovisión que la caracteriza como tal. Los terapeutas de esta práctica médica nativa son principalmente los Kallawayas, Jampiris, Yatiris, Parteros, e Ipayes. Las denominaciones para nombrar a los terapeutas indígenas son conocidas y empleadas de acuerdo a cada área geográfica específica"*⁵⁹.

De acuerdo a esta aseveración podemos mencionar que dada la pérdida de los conocimientos tradicionales por procesos de mestizaje y por el deseo de muchos indígenas jóvenes de migrar a las ciudades, las comunidades indígenas han implementado diversas estrategias para enfrentar este problema, como la sistematización de saberes propios, la edición de algunos textos, el fomento del

arraigo cultural en la educación básica y media, y la creación de escuelas de médicos tradicionales⁶⁰.

3.14. 2.1. Médicas y Médicos tradicionales ancestrales

Son las personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades, la medicina tradicional ancestral boliviana, recurriendo a procedimientos terapéuticos tradicionales; acudiendo a las plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas, la familia y la comunidad para el ¡Vivir Bien!³⁵

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

Son las mujeres y los hombres que practican los fundamentos espirituales, históricos y culturales de los pueblos indígenas originarios, en complementariedad con la naturaleza y el cosmos; gozan de reconocimiento como autoridades espirituales en su comunidad y se constituyen en los guardianes para la conservación, reconstitución y restitución de todos los sitios sagrados de la espiritualidad ancestral milenaria.³⁵

3.14.2.3. Partera o partero tradicional

Son las mujeres y los hombres que cuidan y asisten a las mujeres antes, durante y después del parto, cuidan del recién nacido.³⁵

3.14.2.4. Naturistas

Son las mujeres y los hombres con amplios conocimientos de las plantas medicinales naturales nacionales y otros recursos de la naturaleza de diversas zonas geográficas de Bolivia, que aplican en la prevención y tratamiento de las dolencias y enfermedades.³⁵

3.15. Gestión basada en resultados

3.15.1. Definiciones

3.15.1.1. Gestión

Es una forma de conducir una organización en base a los resultados deseados, con un criterio estratégico, se orienta más a la gestión de las personas y por lo tanto busca sincronizar voluntades.

Además significa también acción y efecto de gestionar o administrar; a su vez gestionar es llevar adelante una iniciativa o un proyecto, ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo.⁶¹

3.15.1.2. Resultado

Por otro lado, la palabra resultado proviene de *resultar* y es el efecto y consecuencia de un hecho, operación o deliberación.

3.15.1.3. Producto (output)

Bienes y servicios producidos directamente por un organismo público o privado.

3.15.1.4. Efecto o impacto de corto o mediano plazo

Cambio intencional o no intencional originado directa o indirectamente por una intervención. Mide las consecuencias de ejecutar las acciones del programa o proyecto en los beneficiarios y en la zona o área de influencia del proyecto, desarrollados en 1 año (corto plazo) e en periodos hasta 5 años (mediano plazo).

3.15.1.5. Impacto o efectos de largo plazo

Valoración de lo que deja la acción institucional un tiempo después de ser realizados los planes, programas y proyectos, y mide los cambios en las condiciones de vida de población y el cumplimiento de los objetivos señalados, en periodos de más de 5 años.

3.15.1.6. Cadena de resultados

En un enfoque de Gestión por resultados, la cadena de resultados constituye el guion básico sobre el que se constituyen las estrategias de intervención necesaria para obtener resultados y lograr los objetivos deseados; los elementos de esta cadena como múltiple representación de las relaciones de causa efecto se producen en todo proceso de toda transformación de la realidad y está compuesta de⁶² (Ver Anexo 1, Figura 5).

- Insumo
- Actividad
- Producto
- Resultado
- Impacto

3.15.2. Definición de Gestión por Resultados

La Gestión por Resultados (GpR) es un concepto gerencial que busca facilitar a las organizaciones públicas y privadas la dirección efectiva e integrada de este proceso, a fin de optimizarlo y asegurar la máxima eficacia, eficiencia y efectividad en su desempeño, la consecución de los objetivos establecidos y la mejora continua de las instituciones, la cual tiene como fin último, generar capacidades en las organizaciones para que logren, los resultados señalados en los planes de mediano y largo plazo.

Asimismo se la define la (GpR) como una “estrategia de gestión que se centra en el desempeño y el logro de productos, efectos e impacto⁶³

Referente a la *Gestión por Resultados en salud* se la describe como el desarrollar funciones de planificación, organización, dirección, coordinación y control sobre un sistema de producción de servicios de salud donde es posible vincular el financiamiento con los cambios en el perfil de salud enfermedad de una población determinada.

La aplicación de este concepto, se concretiza en un ambiente (REDES) en el cual se desarrollan procesos organizados en una cadena de valor donde los insumos (RRHH, insumos materiales, equipos y métodos de trabajo) se convierten en un producto concreto, medible, posible de financiar, para incidir en el logro de resultados de interés.

Resultados, son aquellos cambios positivos que se quieren lograr en la salud de la población y que se aprecian por la modificación de los indicadores de daño o de acciones de promoción, prevención, recuperación orientadas a modificar los factores de riesgo, la carga de enfermedad o el estado de salud-enfermedad de una población determinada.

Todos los resultados para su logro, incorporan criterios de productividad, costo y calidad esperada tanto como estándares y metas de producción.

A corto, mediano y largo plazo los resultados se harán visibles en los cambios positivos de los indicadores de daño y riesgo de la salud de la población y en el incremento de aquellos que registran estilos y condiciones saludables de vida y protección de la salud.

En términos generales la gestión por resultados implica cambios de procesos, normas, procedimientos y formas organizativas en las organizaciones públicas o privadas, involucrando consensos nacionales y sectoriales⁶⁴.

3.15.3. El Estado y la Gestión por Resultados

El estado como generador y regulador genera resultados de desarrollo para los ciudadanos en base a la orientación de la acción pública, a la creación del valor público, optimizando el uso de recursos público a través de la transparencia, control y rendición de cuentas, con criterios de eficiencia y productividad; mejorando los mecanismos internos de las organizaciones públicas. (Ver Anexo 1 figura 6).

3.15.4. Principios de la Gestión por Resultados

La GpR es un modelo de gestión que tiene como principal finalidad la orientación de todos los recursos, procesos, actividades y sistemas de una organización a la consecución de unos determinados resultados previamente establecidos.

Para tal fin es necesario la implicación y participación de todos los involucrados, la asignación de responsabilidades mediante la delegación de funciones y una gestión organizada en torno a procesos dependientes, integrales y coordinados entre sí que faciliten la eficacia y eficiencia en la generación de productos, ya sean estos de carácter interno o externo.

La medición del desempeño y la toma de decisiones basada en evidencia, mediante el establecimiento de sistemas de información (monitoreo y evaluación), que permitan el aprendizaje y la mejora continua son igualmente elementos esenciales de este sistema de gestión.

Otro punto importante son las alianzas con otros actores para el logro de resultados y objetivos compartidos donde cada socio aportaría aquello que mejor sabe hacer.

La Gestión para Resultados toma como referencia el ciclo básico de la gestión o “circulo de Deming”, formulado por Walter Shewhart en 1939. Este modelo propone la mejora continua de la calidad dentro de una empresa u organización a través de una secuencia lógica de cuatro pasos, (planificar, ejecutar, verificar, actuar), que deben llevarse a cabo secuencialmente y se repiten de forma cíclica. (*Ver Anexo 1, figura 7*)

Planificar que involucra:

- Identificación del problema y la planificación
- Observación y análisis
- Establecimiento de objetivos a alcanzar

- Establecimiento de indicadores de control

Ejecutar se compone de:

- Preparación exhaustiva y sistemática de lo previsto.
- Aplicación controlada del plan
- Comprobación de la ejecución
- Verificar consta:
 - Verificación de los resultados y acciones realizadas
 - Comparación con los objetivos y resultados esperadosActuar implica:
 - Analizar los datos obtenidos
 - Proponer alternativas de mejora
 - Estandarización y consolidación
 - Preparación del siguiente ciclo de planificación

Partiendo de esta base, la Gestión para Resultados establece una vinculación continua entre la planificación y la ejecución operativa, a través de un enfoque integral fundamentado en cuatro elementos esenciales interrelacionados entre sí: (*Ver Anexo 1, figura 8*).

- La planificación y asignación de recursos, (presupuesto).
- La gestión del desempeño.
- La participación.
- Aprendizaje y mejora.⁶⁵

3.15.5. Planificación

La planificación tiene por objeto establecer el rumbo y las metas de una organización, definiendo los pasos a seguir para alcanzarlas.

Implica la toma de una serie de decisiones en base a una lógica causal que nos permitirá identificar aquellos elementos necesarios para ir transformando la realidad, de una manera dirigida, hasta alcanzar los resultados esperados. Se trata

de una de las piedras angulares de cualquier organización y sin ella es prácticamente imposible hablar de una gestión organizada; sirve como mapa y guía de la misma, sustenta la toma de decisiones y señala los recursos necesarios, anticipa posibles riesgos y posibilita el seguimiento, la evaluación y el aprendizaje.

Otra serie de características que definen a la planificación es su carácter instrumental, (nunca debe ser concebida como un fin en sí mismo), dinámico, (sujeto a revisión y ajuste), formalizado y sistémico, (debe responder a la idea de “sistema”, estableciendo relaciones entre las distintas áreas de la organización, instrumentos, objetivos, etc.), y participativo, implicando a los distintos componentes y niveles de la organización.

Al hablar de planificación debemos diferenciar dos niveles básicos, diferentes y complementarios entre sí; la planificación estratégica y la planificación operativa. La planificación estratégica define la organización en su conjunto, su relación con el entorno y sus objetivos a mediano y largo plazo, señalando la ruta a seguir y los cambios necesarios para alcanzarlos. La planificación operativa deviene de la estratégica; está más orientada a la acción y el corto plazo, concretando los recursos, mecanismos, y procesos necesarios para hacerla factible.

Ambos niveles deben guardar una estrecha relación de complementariedad. La planificación estratégica, sin la planificación operativa que la concrete de forma adecuada, difícilmente alcanzara los objetivos propuestos. Por otro lado, una planificación operativa carente de guía estratégica puede derivar en la realización de acciones, poco o nada coordinadas, con un alto nivel de ineficiencia.

3.15.5.1. Planificación estratégica

Define y orienta a la organización hacia el logro de unos determinados objetivos a mediano o largo plazo que la dotan de sentido y dan respuesta, en el tiempo, a las expectativas de sus grupos de interés. El núcleo central de la misma lo constituyen las llamadas “aspiraciones estratégicas”, que caracterizan y dotan de singularidad a una organización confiriéndole una naturaleza propia. Sirven, además, como señas de identidad y presentación ante sus destinatarios, grupos de interés sociales y otros actores.

Los elementos que la componen son la Visión, la Misión y los Valores.

- La Visión describe, de forma gráfica, la situación ideal, futura, a la que aspira la organización como resultado de su esfuerzo. Debe ser optimista y motivadora además de compartida. Representa el fin último de la organización.
- La Misión define de forma expresa el propósito de la organización. Incluye referencias tanto a los grupos de interés y principales actores del ámbito social. Es el punto de referencia de cualquier acción y debe ser asumida y compartida por todos los miembros de la organización. Sirve como base para la redacción de los objetivos estratégicos.
- Los Valores conforman lo que podríamos denominar como “cultura” de la organización, dotándola de coherencia. Se trataría de aquellos comportamientos, normas, pautas ideológicas, etc. que se consideran positivos y deseables y sirven como referente, tanto de sus actuaciones como en la forma de relacionarse, ya sea externamente, (grupos de interés, destinatarios, sociedad en general), o a nivel interno, (miembros de la organización), (*Ver Anexo 1, figura 9*).

La concreción en la definición de la propia entidad a través de sus “aspiraciones estratégicas” es una ventaja considerable para abordar el análisis y determinación de sus objetivos estratégicos. En este sentido, si una organización delimita sus prioridades sobre ámbitos sectoriales o geográficos de actuación, usuarios/destinatarios, etc. está marcando pautas que le serán de gran ayuda a la hora de perfilar de forma coherente aquello que desea lograr, al tiempo que le permitirá una búsqueda más certera de potenciales aliados y socios. Igualmente, es conveniente establecer el tipo de respuesta, en forma de bienes o servicios, que la organización desea dar a las expectativas de sus destinatarios y grupos de interés. Esta respuesta, denominada “producción institucional”, debe estar en consonancia con las necesidades y aspiraciones de los colectivos seleccionados y ser coherente, además, con los fines perseguidos.

Para definir los objetivos estratégicos, se desagregan la visión y la misión en aspectos concretos. De esta manera se logra un conjunto integrado de objetivos a

largo plazo que incorporan todos los aspectos estratégicos de la organización. Requieren de una formulación lo más clara, precisa y concreta posible, ya que de otro modo, no servirían para articular la estrategia convirtiéndola en un mero ejercicio declaratorio.

Los objetivos deben responder a las siguientes características:

- **Realistas:** Dirigen a la organización hacia la consecución de logros o metas enmarcadas en su misión. Deben suponer un reto solamente alcanzable mediante un esfuerzo global de la misma pero, al mismo tiempo, ha de tener en consideración sus capacidades y limitaciones.
- **Integrales,** comprometiendo al conjunto de la organización y evitando ser parciales al referirse a niveles o departamentos de esta.
- **Fundamentados,** basados en el diagnóstico de la realidad pasada y presente pero proponiendo las transformaciones necesarias para solucionar los problemas detectados.
- **Acotados** al aspecto prioritario de la realidad que desea transformarse frente a otras opciones. Sin embargo, deben tener la suficiente amplitud para poder abarcar el conjunto de líneas de acción relacionadas, que la organización puede desplegar para lograr esta transformación.
- **Mensurables.** Ha de poder medirse su nivel de alcance o logro.

En general pueden diferenciarse dos tipos de objetivos estratégicos; instrumentales o internos, de mejora de la propia organización, y aquellos que devienen directamente de los propósitos de la misma.

3.15.5.2. Planificación operativa

A partir de los objetivos estratégicos, el siguiente paso es definir una serie de líneas de acción, (o líneas estratégicas), que los desglosan en un conjunto de acciones o medidas, relacionadas con estos mediante una lógica de medios-fines.

Las “líneas de acción” suelen responder a áreas de especialización de la organización y señalan las vías que esta considera más pertinentes para contribuir al

logro de los objetivos. Una vez concluida esta fase, se pasa a su aplicación práctica a través de la planificación operativa.

La planificación operativa se define como el proceso por el cual una entidad organiza y distribuye sus recursos para la realización de una serie de actividades vinculadas a la consecución de los resultados u objetivos considerados como prioritarios y que, en cualquier caso, deben responder a la visión de futuro, la misión, los valores, los objetivos y las líneas de actuación diseñadas en su planificación estratégica institucional.

La planificación operativa debe estar basada en los siguientes principios:

- Participativa: Involucrando de forma activa a diferentes actores, sobre todo a destinatarios y contrapartes locales.
- Basada en las demandas: Debe responder a las demandas de los usuarios puestas de manifiesto en los procesos de identificación y análisis de necesidades.
- Integrada con la estrategia y el presupuesto: Armonizando y coordinando las actuaciones dentro de la estrategia general para buscar la eficiencia de las mismas.
- Dinámica: Debe prestar seguimiento adecuado a las actividades procurando que estas se ajusten de forma continua a los posibles cambios de contexto, demandas, etc. Para adecuarlas y reconducirlas si fuera necesario.
- Focalizada en los resultados: La planificación operativa debe enmarcarse en el proceso estratégico superior y estar siempre en función de la consecución de los resultados definidos por éste proceso. Se trata por tanto de un medio y nunca de un fin en sí misma.

La importancia de la planificación operativa radica en llevar a terreno, un contexto específico y particular, de los lineamientos establecidos en la estrategia de actuación conjunta previamente diseñada, ajustándolos a las características

geográficas y de los grupos de interés involucrados y fundamentalmente de los destinatarios.

En este sentido, toda planificación operativa debería estar engarzada en un nivel estratégico superior, evitando en la medida de lo posible intervenciones aisladas que no respondan a la consecución de los resultados de desarrollo definidos como prioritarios en la estrategia; fundamentalmente porque si no se obra de esta manera se logrará escaso impacto en los resultados y por la inevitable dispersión de recursos que suponen.

La planificación operativa debe fijar un horizonte temporal de ejecución a corto plazo, por lo general de un año, que normalmente se concreta en el Plan Operativo Anual, (POA). Igualmente, establece un cronograma detallado de las actividades y/o intervenciones a realizar durante ese periodo, su presupuesto y los responsables de las mismas.

3.15.6. Gestión del Desempeño

Los mecanismos y procedimientos de gestión del desempeño tienen como objeto asegurar el compromiso de la organización en su conjunto con el logro de los resultados definidos y marcados por esta, mediante una medición continua y sistemática de su nivel de consecución.

Desempeño puede definirse como el cumplimiento de un trabajo u obligación determinada en función de una obligación o encomienda. Sin embargo, en el ámbito de la Gestión para Resultados, su significado se extendería al alcance efectivo de una serie de logros y metas. En este sentido, el denominado “desempeño organizativo” indicaría la capacidad de una organización para conseguir en un tiempo determinado los resultados propuestos y contemplaría dos dimensiones; el desempeño estratégico y el desempeño operativo.

- El desempeño estratégico mediría el logro de los resultados o propósitos de la organización.

- El desempeño operativo analizaría el cumplimiento de procesos y actividades.

La medición del desempeño en cada dimensión proporcionaría, además, distintos productos y la información necesaria para facilitar el aprendizaje, la rendición de cuentas y la corrección de posibles desviaciones y deficiencias de la estrategia.

Para la valoración del desempeño, tanto estratégico como operativo, debe establecerse un sistema de monitoreo basado en indicadores vinculados a las actividades, metas y resultados planificados en todos los niveles de la organización, que contemple la recogida, análisis y comunicación de información relevante sobre su nivel de consecución. La generación de este tipo de información es básica a la hora de determinar los progresos efectivos de la estrategia y los niveles de éxito o fracaso de la misma, adoptando en su caso las oportunas medidas correctoras.

Igualmente, la gestión del desempeño deberá contribuir a la optimización del trabajo individual y colectivo, frecuentemente a través de la implantación de un sistema de incentivos, y a la mejora en la rendición de cuentas tanto interna como externa.

3.15.7. Participación

La Gestión por Resultados precisa, para ser efectiva, precisa de una alta participación de todos los actores en el desarrollo de la empresa, en todas las fases de la estrategia, desde el diseño hasta la evaluación. Esta participación es esencial para dotarla de legitimidad, enfocándola hacia las expectativas reales de socios y destinatarios a la vez que se potencia su compromiso e implicación. Al conjunto de actores que influyen de una u otra manera en una organización se les denomina “grupos de interés”, (socios, financiadores, destinatarios, clientes, contrapartes, etc.), cada uno de ellos con sus propias demandas.

Una organización tendrá mayor o menor éxito en función de su capacidad para responder de forma adecuada a las expectativas de estos grupos de interés. Para

ello deberá, en primer lugar, identificarlos realizando un “mapeo” y categorización de los mismos, delimitar sus expectativas y la capacidad de respuesta de la organización y establecer mecanismos de participación y rendición de cuentas.

Los procesos participativos deben integrar la visión de los grupos de interés, estableciendo consensos tanto sobre los problemas a resolver como en cuanto a las respuestas y soluciones a los mismos, siendo clave la definición conjunta de resultados u objetivos para procurar su apropiación por parte de los destinatarios y, en definitiva, el éxito o fracaso de la estrategia.

La satisfacción de los diferentes grupos de interés con las respuestas que una organización proporciona a sus demandas es especialmente relevante para estimar su desempeño y debe ser, por tanto, objeto de seguimiento y valoración periódica.

3.15.8. Aprendizaje y mejora

Se define como el proceso dinámico de creación de conocimiento que se origina en el seno de una organización a través de los individuos que la integran y los grupos que ellos conforman, dirigido a la generación y desarrollo de competencias que permitan a la organización mejorar su actuación y resultados.

Dicho conocimiento ha de ser incorporado de forma sistemática a los procesos de toma de decisiones y debe estar basado en datos y evidencias fiables. Este conocimiento puede estar basado en dos tipos de información; cuantitativas, obtenidas generalmente mediante sistemas formalizados de recogida de información, (estadísticas), y cualitativas, basadas en procedimientos más informales, (experiencia, prácticas cotidianas, opiniones y expectativas de los grupos de interés, etc.).

Es igualmente necesario articular procedimientos para que esa información se integre eficazmente en los procesos decisorios de la organización a todos los niveles, tanto estratégicos como operativos. La obtención de información válida y actualizada a través de sistemas de medición y su correcto tratamiento, de forma accesible,

adecuada, oportuna y transparente, para procurar el aprendizaje continuo y la mejora de la organización es un componente esencial en una Gestión por Resultados.

Desde la perspectiva del aprendizaje, este puede orientar la ejecución de intervenciones corrigiendo errores y/o adaptándola a cambios surgidos en la realidad e igualmente, cuestionar una estrategia en su conjunto, proporcionando elementos para su transformación y mejora. El monitoreo y la evaluación serán los instrumentos fundamentales que generarían la información necesaria para abordar, respectivamente, uno u otro proceso.

3.15.9. Gestión en Salud en Bolivia

Antes del 2006

En esta etapa se pensaba que la gestión era una atribución exclusiva de los profesionales del sector salud y que las acciones definidas solo se debían dirigir a curar la enfermedad y no a cuidar la salud, sin tomar en cuenta participación de la población en la toma de decisiones.

Entre 1969 y 1970, se plantea fortalecer las capacidades de innovación e investigación del sector salud para curar las enfermedades. No se visibiliza a la población como actor capaz de decidir.

Entre 1970 y 1978, con el Código de Salud de Bolivia se reconoce la obligación del Estado con la salud, se incorporan elementos de promoción y prevención de las enfermedades, y se resta importancia a la influencia de las DSS, por tanto, se profundizó la idea de que las decisiones en salud debían ser tomadas solo por actores capacitados.

En la década de los 80 se planteó la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS), que reivindica la participación social en salud, a partir de la conformación de Comités Populares de Salud (COPOSA) y Responsables Populares de Salud (RPS); sin embargo, se minimizó la participación social, a la “ayuda-colaboración” de la población en la implementación de programas de salud destinados a la curación de enfermedades.

En el periodo de 1989 y 1993, se trató de continuar con la participación social conformando comités regionales, distritales y departamentales de supervivencia, desarrollo infantil y salud materna; sin embargo la iniciativa de participación no se concretizó en la toma de decisiones.

Desde 1993 se descentralizó la salud, se delegan competencias a los gobiernos municipales, basados en tres variables: la atención, la gestión y la gestión concurrente; así se conforman diferentes consejos (departamental, distrital y municipal) donde los actores sociales podían ser oídos pero no tomaban decisiones.

En el periodo 2002-2005, se plantea la Gestión Compartida con Participación Popular, que profundizaba la participación de los actores sociales en la planificación y control social y se empieza a incorporar el enfoque DSS en las acciones de salud.

Desde el 2003, con el nuevo Modelo de Gestión Compartida, se profundiza la participación de los actores sociales en la gestión de la salud, mediante la creación del Directorio Local de Salud (DILOS) como Instancia Máxima de Gestión Local de Salud en el territorio municipal; instancia que incorporaba como uno de sus miembros al Comité de Vigilancia, desconociendo a los representantes legítimos y las formas organizativas de la propia población. A pesar del avance la propuesta limitaba la participación de los actores sociales a la planificación y control social, cerrando una vez más el ámbito de la administración de las acciones en salud⁶⁶.

Desde el 2006

Con la participación de la población organizada en la toma de decisiones. Porque, una atención de salud con calidad pertinente e idónea debe responder a las necesidades de la gente.

Porque las necesidades de la gente, sólo se pueden conocer y satisfacer en la medida de que la población participe en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución administración y seguimiento control social de las acciones de salud.

Las decisiones corresponsables en salud se dan gracias a un proceso denominado Gestión Participativa en Salud (GPS) el funcionamiento de GPS se apoya en la SAFCI que es la política de salud en Bolivia.

La población participa de la gestión de la salud mediante la Estructura Social en Salud (ESS) que emerge y es parte inherente de las organizaciones sociales matrices, pues respeta, reconoce y valora sus diferentes formas organizativas, en todos los niveles de gestión, de tal manera que en ningún nivel deje de existir una representación social legítima que interactúe con el Estado en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud.

El Estado y su sector salud se encuentra organizado para la deliberación intersectorial en la Estructura Estatal en Salud (EES), de acuerdo a los niveles de gestión, de tal manera que en cada nivel este tenga su representación para la toma de decisiones corresponsable con la población. Para la consolidación de la Gestión Participativa en Salud, la ESS y la EES interactúan de manera horizontal en la toma de decisiones, en Espacios de Deliberación Intersectorial de la Gestión de la Salud (EDIGS). Estos espacios son instancias de dialogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, disensos y toma de decisiones, sobre las acciones en salud.

Los EDIGS se desarrollan en cada nivel de gestión en salud, de tal manera que las políticas públicas, planes y programas en salud sean definidos e implementados participativamente⁶⁷.

3.15.10. Estructura del Sector Salud en Bolivia

3.15.10.1. Gestión por resultados en Bolivia

La Gestión por Resultados nace en los países desarrollados para enfrentar las crisis fiscales y financieras y mantener el nivel de desarrollo ya alcanzado. En cambio, en los países en desarrollo el objetivo es acelerar el paso para alcanzar un nivel de desarrollo mayor, por lo que se habla de *Gestión para Resultados en el Desarrollo (GpRD)*.

En Bolivia, con la aprobación de la Ley N° 1178, ley de Administración y control gubernamental promulgada el 20 de julio de 1990, regula los sistemas de administración y control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública. Con esta ley se incorporaron los primeros elementos para orientar la gestión hacia resultados. Dicha norma impulsó el

desarrollo de sistemas de información, monitoreo y evaluación, así como la incorporación de prácticas de gestión por resultados en algunos sectores e instituciones de la administración pública.⁶⁸

Posteriormente, en Enero del 2016 se aprueba la Ley No 777 que tiene por objeto establecer el Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE), que conducirá el proceso de planificación del desarrollo integral del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco del Vivir Bien y está conformado por los siguientes subsistemas:

- a. Planificación.
- b. Inversión Pública y Financiamiento Externo para el Desarrollo Integral.
- c. Seguimiento y Evaluación Integral de Planes.⁶⁹

Esta ley en su artículo 3 menciona son fines del SPIE a efectos del cumplimiento de la presente ley orientar la asignación óptima y organizada de los recursos financieros y no financieros del Estado Plurinacional, para el logro de las metas. Asimismo realizar seguimiento y evaluación integral de la planificación **basada en resultados** para la toma de decisiones de la gestión pública.

3.10.12. Sistema de Planificación Integral Estatal (SPIE)

Es un sistema de normas, procesos y metodologías para la planificación del Vivir Bien con participación social, que instituye:

- Que todas las entidades públicas elaboren planes de mediano y corto plazo para orientar su gestión.
- Que todas las entidades públicas ejecuten sus programas y proyectos en el marco de su planificación de mediano y corto plazo.
- Que todas las entidades públicas realicen un seguimiento sistemático a sus planes y reporten información sobre sus avances al Órgano Rector⁷⁰.

3.10.13. Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral (PSDI) 2016-2020 para vivir bien es un documento estratégico que orienta el accionar de todo el Sector Salud, alineándose con los postulados, estrategias y objetivos de desarrollo de la CPE, del PDES y de la política sanitaria SAFCI. El propósito del PSDI 2016-2020 es consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de Salud. Para tal fin se detalla nueve objetivos estratégicos que se describe a continuación.

- *OE 1: Mejora de la situación de salud de la población; tiene como objetivo a perfeccionar el perfil epidemiológico bajando los índices de prevalencia e incidencia de las enfermedades en el país.*
- *OE 2: Implementación del Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario intercultural; tiene por objetivo efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones.*
- *OE 3: Fortalecimiento de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria; tiene como objetivo recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el sector en el marco de las autonomías, para asegurar el cumplimiento eficiente y efectivo de las políticas, programas y proyectos sectoriales en todo el territorio.*
- *OE 4: Población que ejerce sus derechos y obligaciones en salud; tiene como objetivo de asegurar que la población conozca sus derechos y deberes para ejercer el acceso universal a los servicios de salud⁷¹*

3.10.14. Plan Estratégico Institucional, Ministerio de Salud Bolivia 2016-2020

El Plan Estratégico Institucional 2016-2020 del Ministerio de Salud (PEI) es el instrumento de planificación que orienta el accionar del Ministerio de Salud en el marco de los mandatos y paradigmas de desarrollo establecidos en la Constitución

Política del Estado Plurinacional (CPE), el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 (PDES), la política sanitaria familiar comunitaria intercultural SAFCI, el Plan Sectorial de Desarrollo 2016-2020 y las atribuciones institucionales señaladas en las leyes del Estado Plurinacional.

El PEI 2016-2020 está organizado en ocho componentes:

- *En el primero en el cual se describe el análisis de la visión institucional, responsabilidades y atribuciones del Ministerio de Salud en el en el marco de los conceptos operacionales de salud y de derecho a la salud, de las estrategias delineadas en el Plan de Desarrollo Económico y Social y Sectorial y del marco legal vigente.*
- *El segundo componente se presenta el diagnostico interno y externo del Ministerio de Salud y las capacidades institucionales para avanzar en el cumplimiento de las metas y resultados establecidos en el Plan de Desarrollo Económico y Social y en el Plan Sectorial de Desarrollo Integral.*
- *En el tercer componente toma en cuenta el enfoque político que establece los objetivos y estrategias institucionales para alcanzar las metas y resultados del Sector.*
- *El cuarto componente comprende la propuesta institucional para contribuir a la implementación del Plan de Desarrollo Económico Social y el Plan Sectorial de Desarrollo Integral.*
- *En el quinto componente describe el marco de la organización de la ocupación territorial se realiza la territorializacion de las acciones.*
- *En el sexto componente se realiza el análisis de riesgo y cambio climático como parte fundamental para la toma de decisiones.*
- *En el séptimo componente se realiza y el planteamiento del presupuesto quinquenal 2016-2020.*
- *Por último el octavo componente detalla el análisis del seguimiento y evaluación del Plan Estratégico Institucional⁷².*

3.10.15. Gestión participativa y Control en Salud

Es el conjunto de acciones que se organizan, planifican, ejecutan, administran y controlan con la participación de la Estructura Social de Salud (ESS), sector salud y autoridades correspondientes, a fin de cumplir su misión, objetivos, metas y propósitos, para mejorar la situación de salud.

La gestión participativa en el marco de la SAFCI implica *(Ver Anexo 1, figura 10)*.

Etapas de la gestión participativa y control social en salud en las autonomías municipales IOC.

Las etapas son:

- La preparación y organización.
- El diagnóstico de la situación en salud.
- La formulación de la estrategia de desarrollo municipal en salud.
- La formulación del Programa Operativo Anual (POA) en salud.
- La ejecución del POA en salud.
- Evaluación del POA en salud y ajuste del Plan Municipal de Salud⁷³.

3.15.16. Gestión basada en resultados como atributo de la REFISS

Desde el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la Gestión Basada en Resultados (GBR) corresponde a una estrategia o enfoque por el cual una organización asegura que sus procesos, contribuyen al logro de resultados, expresados en productos y/o servicios claramente definidos. La GBR provee un marco coherente para la planificación y la gestión estratégica a través de mejoras en las oportunidades de aprendizaje y rendición de cuentas de todos los actores que conforman las RISS tales como prestadores, gestores, aseguradoras y decisores de política. Corresponde también a una estrategia de gestión amplia orientada a lograr cambios importantes en la forma en que las instituciones operan, considerando el logro de resultados realistas como su orientación central, monitoreando y evaluando el progreso de las acciones establecidas para alcanzarlos.

Sin embargo, el monitoreo y la evaluación del desempeño de las RISS presenta grandes desafíos técnicos, como son la necesidad de un proceso concreto de evaluación y monitoreo, dificultades metodológicas inherentes al enfoque sistémico institucional y la escasa disponibilidad y comparabilidad de datos.⁷⁴

4. CONTEXTO DEL MUNICIPIO

4.1 Aspectos Generales Municipio de La Paz

4.1.1. Superficie

El Municipio de La Paz tiene una superficie total de 3020 km², en la cual se define que un 95% es rural y un 5% urbana.⁷⁵

4.1.2. División Política

El Municipio de La Paz se encuentra dividido en 23 distritos (2 Rurales y 21 Urbanos) y nueve macrodistritos (*Ver Anexo 1, Figura 11*)

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

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

El 92.6 % de la superficie del territorio de La Paz corresponde al espacio rural y el restante 7,40 % a la mancha urbana como podemos apreciar en la tabla a continuación.

Tabla V. Superficie del Municipio de La Paz, por área

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

4.1.3. Macrodistrictos urbanos

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

4.1.4. Macrodistrictos rurales

Los Macrodistrictos Hampaturi y Zongo, corresponden al área rural del municipio y ocupan la mayor superficie del mismo. *(Ver Anexo 2, tabla 2)*

4.1.5. Características Físico Naturales

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

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

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

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

incrementa en radiación ultravioleta por la baja densidad atmosférica, debido a las características altitudinales del Municipio⁷⁶.

4.1.6. Características demográficas

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

La distribución de habitantes por área es de 921.050 habitantes en el área urbana que equivale a un 99.5% y 4.325 habitantes en el área rural que equivale a un 0.5%.(Ver Anexo 1, figura 12)

El 68% de la población del municipio de La Paz, en edad productiva (15-64 años).

La edad promedio en La Paz es 33 años en 2016, tres años por encima de los media nacional (30 años).

Se advierte un proceso de envejecimiento de la población, fenómeno de las grandes ciudades, cuyo efecto es un cambio en la tipología de servicios y en el gasto público.

El municipio de La Paz para el Censo 2012 contaba con una población de 794.014 habitantes⁷⁷, donde el macrodistrito más populoso es Max Paredes con más de 180 mil habitantes, seguido por los macrodistritos Periférica y Cotahuma ambos con más de 170 mil personas, mientras que los menos poblados son los macrodistritos rurales de Hampaturi y Zongo.

4.1.7. Crecimiento intercensal

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

principios de los años 90 aunque se presenta un desaceleración en ritmo de crecimiento poblacional.⁷⁸

Analizando específicamente el Municipio de La Paz, se pudo observar que entre los censos de 1992 y el 2011 la población en general creció en un 10.8%, La población de varones como mujeres creció en un 10.8%. La población de varones como mujeres creció a tasas similares (10.9% y 10.7%). Los grupos de edad que más crecieron fueron los comprendidos entre los 4 y 59 años, y más de 70 años, seguidos de los grupos entre 20 y 29 años. En este periodo intercensal ya se mostraba que la tasa de crecimiento de menores de 0 a 4 años era negativa.

Las proyecciones efectuadas por el INE, para el periodo 2001 y 2012 muestran un descenso constante de la tasa de crecimiento⁷⁹ entre los años 2001 y 2006, tendiendo a ser horizontal a partir de allí hasta la fecha, con una tasa que se sitúa entre el 0.03 y 0.04%, mientras que en el Censo de Población Vivienda en el 2012 fue de 0,3%.

4.1.8. Proyección población por macrodistrito

De acuerdo al anexo se observa que los macrodistritos de Max Paredes (20.76%), Periférica (20.07%), Cotahuma (19,32%, Sur (16,05%), San Antonio (14,59%) y la zona central (8,11%) son los que se concentran mayor número de habitantes en el Municipio. Entre los Macrodistritos de Mallasa (0.64%), Hampaturi (0.26%) y Zongo (0,21%) no alcanzan al 1% de la población de Paz. (*Ver Anexo1, figura 13*).

4.1.9. Población del municipio por sexo según grupos de edad

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

El 10% de la población tiene más de 60 años, comparativamente con el Municipio de El Alto en el cual sólo el 6% de la población es mayos de 60 años (un incremento de un 3,5% respecto al censo 2001), lo que nos habla de un aumento en

la expectativa de vida del Municipio de La Paz, mayor que el municipio vecino de El Alto.

El promedio de Edad en el Municipio es de 29 años superior a la media nacional de 24 años, que se explica por el hecho de que toda la población urbana concentrada tiene una mayor esperanza de vida por mejores condiciones de sus determinantes de Salud.

4.1.10. Índice de Desarrollo Humano (IDH) municipal.

El índice de Desarrollo Humano (IDH) se define como un indicador multidimensional de capacidades esenciales para el bienestar de las personas que comprende tres componentes o dimensiones: la longevidad (esperanza de vida al nacer), nivel educacional (combinación de la tasa de alfabetización, tasa de matriculación y años promedio de escolaridad) y el nivel de ingresos (índice de consumo per cápita), (*Ver Anexo 1, figura 14*).

4.1.11. Pobreza

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz ha presentado en su anuario estadístico del 2012 la situación de pobreza por Macro Distritos. (*Ver Anexo 2, tabla 3*)

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

4.1.12. Acceso a los servicios de salud

Como se ve en el anexo, a partir de la Encuesta Municipal a hogares 201210, la atención a las enfermedades o accidentes que sufrieron las personas durante el

2012 fue realizada en su mayoría por un médico (79,0%) y en un 6,4% de los casos no recibió atención alguna. El macrodistrito donde la mayor cantidad de personas acude a un médico es el macrodistrito Centro (89,6%) y donde menos acuden a la atención especializada es en el área rural (66,7% en Hampaturi y 65,6% en Zongo). Persona que atendió la enfermedad o accidente, según Macrodistrito, 2012. (Ver Anexo 2, Tabla 4)

Por otro lado, los lugares donde acude la gente con mayor frecuencia para tratar sus enfermedades o accidentes son los hospitales públicos o el hospital general (36,5%) lo que muestra que no se tiene la cultura o costumbre de acudir a los centros y postas de salud de primer nivel, que deberían ser los lugares de atención en primera instancia y donde acude solamente un 16% de las personas. (Ver Anexo 2, Tabla 5)

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

4.1.13. Indicadores de Salud

En la tabla siguiente se muestran los indicadores de salud para el municipio. La esperanza de vida es de 67,9 años y se encuentra por encima de la media nacional. Y algunos de los indicadores principales. (Ver Anexo 2, tabla 6)

4.1.14. Estructura de los Servicios de Salud del Municipio

El municipio de La Paz cuenta en su territorio con cinco redes urbanas, a saber la Red N° 1 - Sur Oeste; la Red N° 2 - Nor Oeste; la Red N° 3 - Norte Central; la Red N° 4 - Este y la N° 5 o Red Sur. (Ver Anexo 2, tabla 7)

4.2. Contexto Red Norte Central

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

4.2.1. Reseña Histórica

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

El barrio Central Agua de la Vida fue fundado el 20 de octubre de 1933, este sector es un pilar de la migración a estos lugares ya que en esos tiempos muchas zonas no contaban con servicios básicos, entre ellos agua potable sin embargo el descubrimiento de agua de vertiente pozos hizo que muchas personas vayan en busca del líquido vital hasta estos lugares.

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

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

Kochapampa es el lugar de las vertientes y los pozos profundos, que se encontraban esos lugares donde se tenía una gran actividad de pastoreo. El barrio de Kochapampa, se constituye junto a las zonas de río Minasa, Villa el Carmen, Calajawira y Chuquiaguillo, como paso obligado para ir los Yungas.⁸⁰

4.2.2. Aspectos Generales

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

4.2.3. Distribución Geográfica

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

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

La Red Norte Central está conformada por cinco Distritos Municipales: Distrito Municipal N° 1 que comprende parte de la Zona Central, Distrito Municipal N° 2, Distrito Municipal N° 11, Distrito Municipal N° 12 y Distrito Municipal N° 13. (*Ver Anexo 1, figura 15*).

4.2.4. Población de la Red Norte Central

La Red Norte Central es la de mayor concentración poblacional pues de acuerdo a las proyecciones oficiales con las que se trabaja en la Red, se tiene un número de 215.968 habitantes. El crecimiento poblacional fue de 0,6%, con respecto a 2015. (*Ver Anexo 2, Tabla 8*)

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

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

Según la información del Anuario Estadístico 2012 del Instituto Nacional de Seguros de Salud⁸¹ (INASES) y de las estimaciones de población que anualmente calcula el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en base al Censo de Población y

Vivienda 2012 establecen que el 50.9% de la población de la Red está cubierta, formalmente, por los entes gestores de la seguridad social, con 109.928 afiliados. (Ver Anexo 2, tabla 9)

4.2.6. Situación de Salud en la Red Norte Central

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

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

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

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

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

Es importante recocer los siguientes indicadores de la gestión^{xiii}, tal como la prevención del Cáncer Cérvico Uterino que llegó en el 2016 a 19.890^{xiv} casos que equivale al 40 %; de un total de 6.688 referencias un promedio 557 y 396 contra referencias y un promedio de 33, en la gestión se logró 5,9% de efectividad de contra referencias muy por debajo de la norma.

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

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

4.2.7. Disponibilidad de establecimientos de salud

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

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

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

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

Finalmente, el Distrito Municipal N° 13 de la Red Norte Central cuenta con una población de 27.644 habitantes y dispone de dos establecimientos públicos de primer nivel de atención (C.S. San José Natividad y C.S. Chuquiaguillo) y dos establecimientos de segundo nivel de atención (Hospital Arco Iris y Hospital San Francisco de Asís).*(Ver Anexo 1, figura 16)*

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

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

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

4.2.8. Infraestructura Sanitaria

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

Tratándose de población mayoritariamente concentrada, para el análisis de disponibilidad de establecimientos de salud del primer nivel de atención se establece como patrón referencial de rendimiento 6 visitas domiciliarias/día/por establecimiento de salud del primer nivel de atención, sin tomar en cuenta que el 45.8% de la población de la Red Urbana N° 3 Norte Central está cubierta por el seguro social obligatorio de corto plazo y que esta población es mayoritariamente urbana, se observa que en general los establecimientos de salud de primer nivel de atención son suficientes para cumplir con las visitas domiciliarias. En efecto, con 31 establecimientos de salud de primer nivel de atención, el 100% centros de salud, se podría producir anualmente 55.800 visitas domiciliarias, cuando el promedio de familias de la Red es de 43.079 hogares. La producción de visitas podría incrementarse debido a que una mayor proporción de la población está protegida por la seguridad social de corto plazo, alrededor de un 45,8%.

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

Primer Nivel de Atención:

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

Segundo Nivel de Atención

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

Tercer Nivel de Atención

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

4.2.10. Recursos Humanos para la Salud en la Red Norte Central

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Red Norte Central necesitan urgentemente la asignación de nuevos ítems de médicos, tratando de alcanzar, ya no la meta de 1 médico por 1.000 habitantes que hemos usado para las redes rurales que trabajan con comunidades dispersas, sino a la meta de 1 médico para 2.000 habitantes pues estas redes trabajan con población concentrada. *(Ver Anexo 2, tabla 10)*

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

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

En la siguiente Tabla, se observa la disponibilidad de recursos humanos para la salud en redes urbanas del Municipio de La Paz, en la gestión 2012 *(Ver Anexo 2, tabla 11)*

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

En relación a la Tasa de densidad de recursos humanos para la salud en las redes urbanas del municipio de La Paz llega a 6.5 por 10.000 habitantes, esta tasa sube 22.9 si se incluyen los recursos humanos de los hospitales de 3er nivel de

atención, tasa muy próxima al mínimo recomendable por la OMS. La tasa promedio de densidad de recursos humanos para la salud es de 10.6 por 10.000 habitantes en las redes urbanas y esta tasa promedio es aún más baja en las redes rurales del departamento de La Paz, pues baja a 3.8 por 10.000 habitantes.

El promedio de médicos es de 0.6 por 1.000 habitantes en las redes urbanas de La Paz, lo que significa un promedio de 1.714 habitantes por 1 médico, mientras que esta disponibilidad sube a 637 habitantes por 1 médico, si en el cálculo se agregan los médicos de los hospitales de 3er nivel de atención. Es pues evidente que existe cierto déficit en la disponibilidad de médicos para las redes urbanas de La Paz.

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

5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La puesta en práctica de las redes integradas de servicios de salud en las américas, tienen como fundamento en el “nuevo paradigma” de renovación de los sistemas de salud.⁸²

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), invoca como tareas prioritarias el realizar el comprobar el grado de integración de los diferentes sistemas de salud de la región, con la finalidad de definir las estrategias pertinentes que solucionen los problemas en las redes de servicios a la salud.⁸³

Es muy compleja la labor de coordinar e integrar todas las estrategias para el cambio, en virtud de la mejor evidencia que esté disponible en el campo de la Redes de Salud, los cuales requieren una mayor investigación, mejorar los mecanismos de análisis y los mismos alcances de las indicadas investigaciones.⁸⁴

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

Muchos de los planteamientos buscan efectuar una distribución de recursos más eficiente, para lo cual se introdujeron conceptos y metodologías orientadas al mercado y el fortalecimiento de las capacidades técnicas del sector, con la finalidad de enfrentar la reasignación de competencias y responsabilidades en base a las nuevas formas de organización que cada país presente asumir.⁸⁵

Las reformas del sector salud que implica necesariamente una reingeniería de la estructura del sector, tanto en países del primer mundo industrializado⁸⁶ así como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo,^{87, 88} la Organización Panamericana de la salud promocionó como una forma validada de integración las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)(REFIS en Bolivia).⁸⁹

Entre las variadas experiencias recogidas se pueden incluir inclusive la de EE.UU que muestra un sistema muy fragmentado y otros en los que predominan la competencia gestionada de proveedores y aseguradoras que requieren nuevos afiliados; y también se ha podido aplicar en países con sistemas integrados nacionales.⁹⁰

Como corolario podríamos indicar que en este proceso de reingeniería de los sistemas, se ha constituido una unidad dialéctica virtuosa entre fragmentación/integración como respuesta a los grandes problemas que enfrentan el sector de variopintas alternativas y creativas soluciones.⁹¹

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gestión por resultados supone un cambio en la manera de pensar y planificar, en ese entendido se requiere que la Red de salud se centre en los resultados y los impactos deseados, identificando los insumos y las acciones necesarias para llegar a los mismos, así como establecer los puntos de referencia e

identificar indicadores para evaluar el progreso y usar la información de resultados para el aprendizaje y la toma de decisiones.

Sin embargo existen deficiencias en la planificación de mediano y corto plazo por distintos factores, ya que los gestores de la Red deben enfrentar la segmentación del Sistema de Salud, así como la débil participación de todos los actores en la toma de decisiones y la falta de recursos humanos entre otros.

En Bolivia durante los últimos años la gestión en salud se ha visto como un ámbito complejo que incluye a la administración consistente en las actividades de planeación, organización, ejecución y control, desempeñadas para determinar y alcanzar los objetivos. Empero los diferentes argumentos que se maneja para la gestión en salud existen ausencia de indicadores reales que muestren el nivel de gestión que tenemos, y eso nos lleva a tomar decisiones erradas. La responsabilidad no es del estado solamente, sino de todos los que participan en la gestión de salud, desde autoridades, pasando por trabajadores de la salud, gestores de proceso de salud y formadores de personal de salud.⁹²

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La Red Integral de Servicios de Salud, REFISS Norte Central del municipio de La Paz Bolivia, gestiona los establecimientos bajo su responsabilidad en función de los resultados?

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo General

Determinar si la Red Norte Central municipio de La Paz gestiona los establecimientos de salud bajo su responsabilidad, en función a los resultados en la gestión 2017.

8.2. Objetivos Específicos

1. Identificar si el sistema de planificación de corto, mediano plazo de la Red se elabora en función a los resultados deseados y análisis permanente de su contexto.
2. Conocer si la Red mide periódicamente los avances y realiza ajustes en base a indicadores de monitoreo/seguimiento.
3. Determinar si los CAIs se utilizan como herramienta de planificación/gestión, para analizar la situación de salud y en la toma de decisiones que permitan mejorar las condiciones de salud de la población.
4. Proponer mejoras al instrumento de sistematización de la REFISS para una recolección de datos adecuada y validada al contexto.

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

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

9.1. Contexto o lugar de las intervenciones

La Red Integrada de Servicios en Salud (RISS), es un modelo de atención en salud que consiste en articular de manera integral los principales elementos de la Atención Primaria en Salud (APS) en la práctica diaria de los servicios de salud aliados con la comunidad y otros actores sociales; los diferentes elementos que componen la Red, como ser: la cobertura, el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión, la participación de la comunidad y la intersectorialidad, solo podrán efectivizarse si se trabaja en el marco de una coordinación, articulación y gestión de los diferentes prestadores bajo un paraguas organizacional denominado “RED FUNCIONAL INTEGRADA”, en la que todos brindan atención a una población, de manera complementaria, eficiente, efectiva, garantizando la continuidad de la

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

atención en el sistema y cubriendo el ciclo de la vida con calidad, ética y resolutivead.

La experiencia de desarrollo de la herramienta para analizar las Redes Funcionales Integradas de Salud en Bolivia surgió de la iniciativa de OPS/OMS de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, buscando incorporar todos los componentes, características y principios que postula la APS renovada, creando un documento teórico sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y una herramienta genérica para medir el funcionamiento de estas.

En base a esta iniciativa, se decidió que se tenía que adecuar y contextualizar este concepto, y su herramienta a la realidad Boliviana, que vendría a llamarse Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS). Bajo este propósito, se desarrollaron proyectos pilotos de sensibilización y validación de la guía de verificación en tres Redes de Servicios de Salud del país (la Red de Servicios de Salud del Municipio de El Alto de La Paz, la Red de Servicios de Salud Riberalta del Beni y la Red de Servicios de Salud Obispo Santistevan de Santa Cruz). Se logró elaborar planes de intervención y promover la participación de los diferentes actores en la búsqueda de mejorar la calidad de las redes de servicios de salud. Desde la perspectiva de los protagonistas de esta experiencia, los trabajadores operativos de los servicios participantes, manifestaron que: “las Redes Funcionales Integradas son el instrumento para el mejoramiento de las condiciones de salud y su contribución para el “Vivir Bien”, en la medida que se contribuya a construir un sistema de salud más justo y equitativo.”⁹³

La presente investigación se realiza en la Red Urbana N° 3 Norte Central del Municipio de La Paz y consiste en la evaluación de la Gestión basada en Resultados de la misma, concentrándose en el atributo N°13.

9.2. Técnica de Recolección de Datos

a) Encuesta estructurada

b) Grupos Focales

c) Trabajo de campo para:

- Entrevistas en profundidad y
- Verificación de fuentes de información

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

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

9.3. Estructura del Instrumento

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

La estructura de la encuesta está organizada por los siguientes niveles: a) ámbitos, b) atributos e c) Indicadores.

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

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

9.4. Composición del Instrumento

El instrumento está compuesto por los siguientes elementos:

- a) **“Criterios del atributo”**, incluye los indicadores y las preguntas de verificación de cada indicador. Con dos columnas de Sí y No.

- b) **“Fuente de verificación”**. Donde se anota la evidencia que ha permitido dar una respuesta afirmativa a la columna anterior. Para establecer la veracidad se realizó en sitio durante el trabajo de campo.
- c) **“Observaciones”**. Este espacio se utilizó para justificar la respuesta, y escribir el nivel de avance del indicador. Esta información fue útil e relevante para la elaboración de una propuesta de mejora, además en el futuro para realizar un estudio comparativo de los avances en una segunda aplicación del instrumento.

9.5. Proceso de Relevamiento de Datos y Análisis

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

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

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

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

El análisis de resultados se realizó mediante el paquete Excel.

Los resultados fueron interpretados empleando un diagrama de alertas que asigna el COLOR VERDE a toda condición ÓPTIMA, el COLOR AMARILLO a la condición de ALERTA y el COLOR ROJO si se trata de una condición NO DESEADA o DE EMERGENCIA, según muestra en la siguiente figura.(Ver Anexo1, Figura 17)

De los 14 atributos REFISS, para fines de la presente tesis fue seleccionado el atributo N°13, referente a la “Gestión basada en resultados” que corresponde verificar si la Red Norte Central del Municipio de La Paz gestiona los establecimientos de salud bajo su responsabilidad, en función a los resultados.

9.6. Proceso Investigativo

Según muestra el Gráfico 6, por tratarse de una investigación enmarcada en la investigación acción participativa, ha sido necesario considerar en fases y momentos investigativos, los cuales pueden resumirse de la siguiente manera: *(Ver Anexo1, Figura 18)*

Fase de Negociación: Cuyo objetivo fue lograr el consenso con autoridades del SEDES La Paz y las Coordinaciones de Red.

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

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

- c) Fase de Recolección de datos:** Se realizó en dos momentos: a) en una reunión con grupos focales donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos y b) en el proceso de verificación de los datos en los establecimientos y unidades de gestión de la Red de Salud.
- d) Fase de Análisis:** En dos momentos, a nivel de laboratorio con base a las recomendaciones de expertos de la OPS/Bolivia y en reuniones con

personeros de la Red de Salud y del SEDES La Paz. En esta fase se verificaron las fuentes y se consolidaron los datos obtenidos en el trabajo grupal.

- e) Fase de elaboración del Plan:** Realizada en un taller conjunto con participación de expertos de la Red de Salud, personeros del SEDES La Paz y cursantes de la maestría.

Para este fin se utilizó matrices de planificación normadas por el Ministerio de Salud. *(Ver Anexo2, Tabla12)*

9.7. Mediciones

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

9.7.1. Unidad de Observación

La Unidad de Observación de la presente investigación fue la Red Urbana N° 3 Norte Central del Municipio de la ciudad de La Paz. Dentro de la Red analizada la información fue recolectada de las Oficinas de Coordinación de la Red Urbana N° 3 Norte Central de la ciudad de La Paz.

9.7.2. Marco Muestral

El criterio de muestreo empleado en la presente investigación fue el intencional o dirigido, mediante el cual el investigador o investigadores recurren directamente a las personas que tienen conocimiento del fenómeno de estudio, porque trabajan en una Institución u organización determinada, en la cual realizan o desempeñan funciones o actividades laborales directamente relacionadas con el tema de investigación.

En el caso de la Red Urbana N° 3 Norte Central del Municipio de la ciudad de La Paz, la información fue recolectada de las Oficinas de Coordinación de esta Red, debido a que las funciones que cumple el Coordinador de Red y su equipo de colaboradores, se relaciona con las tareas de Gestión basada en resultados de Red la N° 3 Norte Central, por lo que cuentan con la información necesaria para llevar a cabo esta actividad. La Coordinación de Red consolida la información de todos los Centros de Salud.

De manera previa al estudio de campo, se procedió a realizar Talleres de información y coordinación con funcionarios de SEDES y de la Coordinadora de la Red Urbana N° 3 Norte Central. A partir de ahí se hizo un trabajo de campo en la Coordinación y posteriormente se realizó la validación de la información recolectada.

9.7.3. Plan de Análisis

El plan de análisis relacionado con la Evaluación de la Gestión basada en resultados de la Red Urbana N° 3 Norte Central del Municipio de La Paz, incluye las siguientes variables e indicadores: *(Ver Anexo 2, Tabla 13)*

9.7.4. Análisis Estadístico

El análisis estadístico se efectuó a través del empleo del programa EXCEL con el cual fue diseñada la Herramienta REFISS.

10. RESULTADOS

Al aplicar la herramienta REFISS en la Red Norte Central del Municipio de La Paz, se delimitó el atributo N°13 correspondiente a la gestión basada en resultados que implica que *“la Red gestiona los establecimientos bajo su dependencia en su realidad⁹⁴”*

De acuerdo a la estructura de la herramienta se obtuvo el siguiente resultado general:

Figura I. Estructura de la Herramienta REFISS, Atributo N°13



Fuente: Redes Funcionales Integradas de servicios de salud (REFISS), OPS 2015

En la Red Norte Central del Municipio de La Paz, el atributo “Gestión basada en Resultados” obtuvo el **63,6%**, que indica que se encontraría en estado de ALERTA, **condición Intermedia**, tomando en cuenta la interpretación de los resultados en base al diagrama de alertas (*escala de valores y la condición en la que se encuentra*); (Ver Anexo 1, Figura 17)

De acuerdo al resultado obtenido se propone la integración con otros niveles, instancias y sectores para mejorar la información y accesibilidad del mismo.

Figura II. Porcentaje general de variables cumplidas

PORCENTAJE GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS	63,6	
Debe mejorar la integración de información con otros niveles, instancias y sectores, para mejorar la calidad de información y accesibilidad del mismo.		

Fuente: Resultados de acuerdo a herramienta REFISS,OPS

Respecto al criterio y variables establecidas por la herramienta REFISS se llegó a cumplir siete de las once variables planteadas. Resultados que se detallan en la figura subsiguiente:

Figura III. Situación de la gestión basada en resultados en la Red Integral de Servicios de Salud REFISS,Norte Central La Paz-Bolivia 2017

■ NO CUMPLE ■ CUMPLE



11. DISCUSIÓN

A continuación se presenta el análisis y discusión por variable:

Plan a mediano plazo de la Red se elabora en función del ASIS y resultados alcanzados

Referente a esta variable; en la Red no se halló el Análisis de situación de salud (ASIS), sabiendo que este es un Informe y/o documento que nos permite conocer los problemas de salud en su integralidad caracterizando el contexto del área de intervención, abordando los efectos de la salud y sus determinantes, para la toma de decisiones estratégicas.

Por tanto el ASIS que se constituye en una herramienta básica de gestión y que es imprescindible para la planificación así como la administración de los servicios de salud en todos los niveles de gestión, no es tomado en cuenta para la elaboración del Plan a mediano plazo en la Red.

A pesar de que el ASIS está programado para realizarse una vez al año como señala la norma, NO SE LA CUMPLE.

Plan estratégico de la Red define acciones estratégicas para el alcance de las metas

Las nuevas políticas de planificación del Estado a partir del año 2012⁹⁵ así como el marco estratégico del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) exige como institución rectora del sector, al Ministerio de Salud, realice la formulación de su Plan Estratégico Institucional (PEI) *(alineándose con la Constitución Política del Estado Plurinacional, con los postulados, pilares, metas y resultados estratégicos establecidos en el Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES), con Política de Salud de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y con el nuevo Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020)*, constituyendo un instrumento esencial para efectivizar el accionar del Ministerio en todo el territorio nacional y así lograr los impactos deseados en todas las bolivianas y todos los bolivianos⁹⁶.

En ese sentido la Red cuenta con objetivos estratégicos en marco de los objetivos regionales y nacionales en salud del país (Ver Anexo 3, Fotografía 1).

Financiamiento de los proyectos responde a las prioridades del Plan Estratégico de la Red

Concerniente a esta variable definitivamente la respuesta es “NO SE CUMPLE,” por el hecho de que si bien existe financiamiento exclusivo para la Red; es limitado (*que abastece para fotocopias y gasolina, así lo describen en reuniones de grupos focales*), sin embargo este presupuesto designado, no es desembolsado oportunamente.

Además como se conoce la Red de salud funciona en base a tres grupos de recursos: **Recursos materiales** a cargo de los gobiernos municipales compuestos por: *Infraestructura; Equipamiento que incluye mobiliario sanitario y no sanitario, equipos fijos y móviles e Insumos para atención directa al paciente e insumos gestionados por el equipo de salud, que incluyen medicamentos esenciales, reactivos para servicios de apoyo diagnóstico, documentación médica y administrativa.* **Recursos humanos** dotados por las instancias jerárquicas de los subsistemas, asignados a los establecimientos de salud tomando en cuenta cantidad y calidad, categorías profesional, técnica y administrativa. Por último **Recursos financieros** para salud provienen de diferentes fuentes⁹⁷: *Tesoro General de la Nación, Aportes de los asegurados para el funcionamiento de las cajas de salud de los seguros a corto plazo, Recursos de los municipios y prefecturas asignados en los presupuestos de los respectivos POAs, Coparticipación Tributaria, Recursos del IDH de los municipios y prefecturas, Fondo Solidario Nacional, Cooperación Internacional (donaciones)*⁹⁸.

Por lo expuesto, se puede concluir que el POA elaborado por la Red prácticamente no se la toma en cuenta, solamente recibe recursos financieros o materiales, proporcionados por el SEDES.

Red utiliza indicadores de producción de servicios en el proceso de planificación

En el grupo focal se afirmó que la Red utiliza indicadores de producción de servicios en el proceso de planificación, este proceso se lo realiza en las reunión de CAI, tres

veces al año donde se analiza los indicadores epidemiológicos y de producción de servicios.

En visita de campo se corrobora esta afirmación al observar los informes de CAI a instancias máximas (*Ver Anexo 3, Fotografía 2*). Además de verificar 13 indicadores de producción expresados en el POA de la Red.

Por lo cual se concluye que SI se CUMPLE está variable en el proceso de planificación.

POA establece indicadores para monitorear los avances y evaluar el logro de los resultados

Efectivamente se verifica la existencia de indicadores para monitorear los avances y así mismo evaluar los logros de los resultados en la Red.

Medición periódica de indicadores para verificar los avances y los resultados

En relación a esta variable se verifica que en cada reunión de los CAI de Red y en los CAI de los Establecimientos de salud se mide periódicamente cada cuatrimestre y cada mes de acuerdo a la norma de aplicación de los CAI⁹⁹.

Otra manera que realizan seguimiento a los indicadores es por medio de las salas situacionales, sin embargo no todos los establecimientos de salud cuentan con la sala situacional, entre estas podemos mencionar: E.S. Juancito Pinto, E.S. San José Natividad, E.S. Delicias Central, E.S. 18 de Mayo, E.S. Villa Fátima, que por diferentes razones no cuentan infraestructura y espacios designados.

Realización de ajustes al POA en base a los resultados de indicadores evaluados

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo al resultado del análisis de los indicadores, se toma decisiones para realizar los ajustes necesarios en el Plan Operativo Anual de la Red.

Formulación de planes de mejoramiento continuo de la Red según el CAI

Se cumple también esta variable al formular de los planes de mejoramiento continuo de la atención en todos los niveles de la Red, de acuerdo al análisis de los indicadores (CAI).

Participan en los CAI de la Red, Municipios, Hospitales, Médicos Tradicionales y Representantes Sociales

En los grupos focales se manifestó que existe participación de diversos actores en los CAI como determina la norma; sin embargo se evidencia en las actas de los CAI que no están registrados todos en la lista de asistencia, se observa en particular la no participación del personal del Municipio, médicos tradicionales y una débil participación de personal de salud de establecimientos de la seguridad social y privada.

De acuerdo a la norma conocemos que los *CAIs son herramientas de discusión y análisis de la situación sanitaria para la toma de decisiones adecuadas y oportunas que permiten mejorar las condiciones y la situación de salud de las poblaciones*¹⁰⁰.

Por lo cual estas acciones no son privativas de los recursos humanos institucionales y la dinámica del proceso salud enfermedad establece la intervención intersectorial e interinstitucional de diversos actores.

Por tanto es necesario concientizar y motivar a los representantes de Instituciones y sectores sociales para que comprometan su compromiso de participación y asuman responsabilidades.

Red informa resultados y acciones a tomar a todos los actores involucrados

Personal de la Red menciona que si bien se realiza la invitación a todos los actores, no todos asisten a los CAI, por ende no todos los actores son informados.

Como se describe en documentos del Ministerio de Salud, la participación de todos los actores (Responsables de los establecimientos de salud y su equipo; Coordinador de Red con su equipo, Responsable Municipal de Salud, Consejo Social Municipal e la Instancia Máxima de Gestión Local en Salud) por tanto en las reuniones de los CAI es importante la participación de todos los involucrados, *para informar, orientar y coordinar permanentemente y así facilitar las acciones de la Gestión Participativa Local en Salud (GPLS).*

Es substancial que la comunidad organizada y el sector salud desarrollen la GPLS, además hacer funcionar la estructura social en salud; así también la comunidad

reflexiona sobre sus problemas en salud, proponiendo alternativas y el sector salud desarrollaría sus funciones considerando los problemas de la población y no solo las enfermedades de la misma¹⁰¹.

Red realiza seguimiento a los planes de mejoramiento

La Red realiza seguimiento de los planes de mejoramiento en base a los indicadores de producción de servicios establecidos a través del POA.

12. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados se llega a las siguientes conclusiones:

- El sistema de planificación de corto y mediano plazo de la Red no se elabora en función al análisis de situación de salud ya que no se cuenta con el mismo.
- La Red sí mide periódicamente los avances y realiza los ajustes pertinentes de acuerdo a indicadores de seguimiento/monitoreo planteados en el POA.
Sin embargo no cuenta con todos los indicadores propuestos por el Ministerio de Salud, así como tampoco cuenta con línea base de algunos indicadores para un mejor seguimiento y monitoreo.
- Los CAIs en la Red se utilizan como herramienta de planificación, cada cuatrimestre y cada mes respectivamente, no obstante no participan todos los involucrados, por ende no llega la información a todos los tomadores de decisiones, por lo cual no se asigna responsabilidades, ni se compromete su participación.
- En base a lo descrito y evaluado se propone mejoras en la sistematización del instrumento de la REFISS para una adecuada y validada recolección de datos, que se lo expone en las Recomendaciones.

13. RECOMENDACIONES

Por lo expuesto anteriormente se recomienda:

- Implementar el ASIS en la Red, como una herramienta de planificación y gestión para identificar, priorizar, gestionar y dar respuesta a los problemas de salud en el área de influencia de la Red.
- Articular el POA de la Red a nivel Municipal y SEDES, para mejorar y fortalecer la planificación de la Red y obtener mayores recursos financieros.
- Se propone también relacionar los indicadores de la Red con los indicadores nacionales y regionales para poder realizar una comparación efectiva de acuerdo al Plan Estratégico Institucional Nacional 2016-2020 presentado por el Ministerio de Salud donde se evidencia indicadores por cada objetivo estratégico con su respectiva línea base para realizar el seguimiento y monitoreo.
- Igualmente se sugiere tomar en cuenta la propuesta del Ministerio de Salud de utilizar el software de seguimiento del POA, proyectos y presupuesto que permitirá realizar el monitoreo y evaluación de los indicadores de los POAs en el marco estratégico del PSDI y del PEI¹⁰² de acuerdo a un tablero de comando integral.

Por último en base a lo planteado se detallan las propuestas en la Matriz de Problemas, causas y soluciones. *(Ver Anexo 2, Tabla14)*

Propuesta de modificación de la Herramienta REFISS

De acuerdo a reuniones de coordinación entre el Postgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés y Consultores de la OPS en Bolivia se llegó a evaluar y realizar la modificación de la Herramienta REFISS en base a las experiencias encontradas en el desarrollo de la aplicación de la misma; seleccionando los criterios que permitirán medir de manera más sencilla y ordenada el atributo N° 13 que corresponde a la Gestión basada en Resultados. *(Ver Anexo2, Tabla15)*

Y en base a documentos que describen la Gestión basada en resultados (GbR) donde se definen los factores claves para el desarrollo de la misma se considera pertinente dividir en tres criterios¹⁰³:

- Planificación basada en resultados

La planificación basada en resultados que tiene por objeto establecer el rumbo y las metas definiendo los pasos a seguir para alcanzarla.

En ese entendido se mantiene las preguntas relacionadas al plan de mediano y corto plazo de la Red.

- Monitoreo, seguimiento y evaluación

El monitoreo y evaluación es otro componente necesario en la GbR, previa implementación de indicadores y metas; ya que mediante las mismas se medirán los progresos de los resultados, así como una herramienta base en la rendición de cuentas.

- Diseño organizacional

El diseño organizacional forma parte de la Gestión del Desempeño para evitar la duplicidad de objetivos y atribuciones, asimismo la distribución de funciones y responsabilidades en función de dichas metas.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

-
- ¹¹ Ledo C, Soria A. El Sistema de Salud de Bolivia. Salud Pública México; 2011; 53 supl 2:S109-S119. Disponible en formato PDF en: <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/7Bolivia.pdf>, consultado en fecha: 15/5/2017.
- ¹² Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 031. Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”. Ley de 19 de Julio de 2010.
- ¹³ Nino G A. Elaboración de la propuesta de redes integradas de salud; junio 2014.
- ¹⁴ Puras JM. Manual para Gestión basada en resultados de Desarrollo. Fundación Humanismo y Democracia. Madrid; 2014: 46
- ¹⁵ Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> consultado en fecha: 20/5/2017.
- ¹⁶ Echeverri E. Derecho a la salud, Estado y globalización. Revista Facultad Nacional – Salud Pública, Bogotá; 2006 mar. 24 (número especial): 80-95.
- ¹⁷ Gracia D. Fundamentos de bioética, Editorial Eudema, Madrid, 1989, p. 36.
- ¹⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integrales de Servicios de Salud. Concepto, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Pub. OPS-OMS, Washington; 2010.
- ¹⁹ Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Salud (2006). Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) proyectado para el quinquenio 2006-2010, Pub. Ministerio de Salud, La Paz.
- ²⁰ UDAPE. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz; 2007.
- ²¹ Marco de Asociación País (MAP). Estrategia de implementación del marco de Asociación País en el Sector Salud – Bolivia, Pub. MAP, La Paz; 2013.

²² Artículo VII de la Declaración de Alma-Ata respecto a la Atención Primaria de Salud (APS); 12 de septiembre de 1978.

²³ World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12; septiembre 1978.

²⁴ Ibaibarriaga M. Promesa de 700 ambulancias para Evo Morales. El Mundo; 2007, XVIII (6246).

²⁵ Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Bases para el Plan estratégico de Salud 2006-2010. 2006. La Paz, Bolivia, Ministerio de salud y deportes Bolivia

²⁶ Código de salud de la República de Bolivia; 18 de julio de 1978, capítulos 1 al 4. Gestión Hugo Banzer Suarez.

²⁷ Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. 144 artículos. Gestión Evo Morales;2009

²⁸ Ley 777. Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE; 2016.

²⁹ Decreto Supremo N° 24447 de 20 de diciembre de 1996 - Reglamentación Complementaria de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa

³⁰ Gaceta Oficial del Estado de Bolivia Ley N° 2235. Ley del Diálogo 2000; 2001

³¹ Ley N° 1178 - Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO). Ley de 20 de julio de 1990

³² Decreto Supremo N° 0181. Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO).Decreto Supremo de 28 de junio de 2009

³³ Ley de 30 de diciembre; 2013. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley N°475. Ley De Prestaciones De Servicios De Salud Integral Del Estado Plurinacional De Bolivia.

-
- ³⁴ Ley N° 1737. 17 de Diciembre. Política Nacional del Medicamento; 1996
- ³⁵ Ley de 19 De Diciembre. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley N° 459.Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana; 2013.
- ³⁶ Ley de 2 de marzo. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 223. Ley General para Personas con Discapacidad; 2012.
- ³⁷ Decreto Supremo N° 25233 de 27 de Noviembre de 1998. Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.
- ³⁸ Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Manual de Organización y Funciones del Servicio Departamental de Salud; 2015.
- ³⁹ Foro internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud. Bogotá, Colombia; 2003.
- ⁴⁰ Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Implementación del Modelo de Gestión: Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS Módulo de Inducción 2003 Disponible en: <https://es.scribd.com/document/146681067/Sumi-3#> Consultado el 25 de Mayo 2017.
- ⁴¹ UNICEF; Informe sobre equidad en salud 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/Informe_sobre_Equidad_en_Salud_2016.pdf
- ⁴² Desempeño y resultados del sistema de salud, evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud. Disponible en: https://cursospaises.campusvirtualesp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeno/Material_principal/equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf
- ⁴³ Saltman R, Rico A, Boerma W, editores. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Londres: European Observatory on Health Systems and Policies and Open University Press; 2006.
- ⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington; 2008.

⁴⁵ Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, et al. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal* 1993; 36(2):20–6.

⁴⁶ Ministerio de salud y deportes Bolivia. *Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico*; 2013.

⁴⁷ Ministerio de Salud .Política Sanitaria Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI; 2013

⁴⁸ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. *La salud en el Municipio de La Paz*; 2013.

⁴⁹ Estado Plurinacional de Bolivia. *Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N° 475. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integra.l*

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978. Geneva: WHO.

⁵¹ Declaración de Montevideo para el periodo 2008-2017, (párrafo 49)

⁵² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS; 2007*

⁵³ Ministros de Salud de las Américas. *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá*; 2007.

⁵⁴ Ministerio de Salud *Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud*; 2015

⁵⁵ Ministerio de Salud *Redes Asistenciales. Serie de cuadernos Modelo de atención N°1. Chile*; 2005

⁵⁶ OPS; *orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Ministerio de Salud Chile*; 2016. Disponible en:

<file:///G:/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

⁵⁷ Ministerio de Salud. *Norma Nacional de Referencia y Retorno*; 2008

⁵⁸ Medicus Mundi; Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú; p 38.

⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base; 1999

⁶⁰ Cardona JA; Palomino YR. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. Revista Cubana de Salud Pública. 2012;38(3):471-483

⁶¹ Diccionario de la lengua española. 23ra edición. Madrid; 2014

⁶² Puras Higuera J M, Fundación Humanismo y Democracia (H+D). Manual sobre Gestión para Resultados de Desarrollo. Colección H+D para el Desarrollo N° 13; 2014, 57- 59.

⁶³ Puras Higuera J M, Fundación Humanismo y Democracia (H+D). Manual sobre Gestión para Resultados de Desarrollo. Colección H+D para el Desarrollo N° 13; 2014, 23.

⁶⁴ Guía de Gestión por Resultados para las Redes de Servicios de Salud con Gestión Descentralizada de la Provisión. USAID; 2013, disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQFK.pdf

58 Puras Higuera J M, Fundación Humanismo y Democracia (H+D). Manual sobre Gestión para Resultados de Desarrollo. Colección H+D para el Desarrollo N° 13; 2014, 23.

⁶⁶ Copa Rocabado Anibal, Delgado Juan Carlos, Guía de procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud, Documento Técnico Normativo Ministerio de Salud Bolivia; 2015. P.22-24

⁶⁷ Leño Brinkhaus Leño, Diagnóstico de Redes Funcionales de Servicios de Salud, Unidad de Redes, Servicios de Salud y Calidad- Ministerio de Salud y Deportes Bolivia, 2013, p 6.

⁶⁸ Del Villar A. Banco Mundial Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) en América Latina. Sistema de monitoreo y evaluación en Bolivia. Documentos Estudios de Casos del CLAD, No. 3; 2007; 5 – 50.

⁶⁹ Sistema de Planificación Integral del Estado – SPIE. Ley 777 de 21 de Enero. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; 2016.

⁷⁰ Sistema de Planificación Integral del Estado – SPIE. Ley 777 de 21 de Enero. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; 2016.

⁷¹ Plan sectorial de desarrollo integral para vivir bien 2016-2020, disponible en:

https://www.minsalud.gob.bo/images/pdf/PSDI_MS_16-20.pdf

⁷² Plan Estratégico Institucional 2016-2020, Ministerio de Salud Bolivia ;2017. Disponible en:

https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgp/REGLAMENTOS_MS/PEI-2016-2020.pdf

⁷³ Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Local en Salud 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/g_dgps_upsyms_p381.pdf

⁷⁴ Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4.

⁷⁵ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Pacto Fiscal; 2017

⁷⁶ Moya MI, Meneses MI, Historia Natural de un valle en los Andes. La Paz; 2010

⁷⁷ Instituto Nacional de Estadísticas. Características de Población; 2013

⁷⁸ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Modelo Municipal de Salud; 2014

⁷⁹ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Jayma: el Plan de la ciudad. Diagnóstico Municipal; 2007-2011

⁸⁰ Historia de 100 barrios paceños (Contadas por los propios vecinos) La edición de Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) La Paz; diciembre de 2009

⁸¹ Instituto Nacional de Seguros de Salud. Anuario Estadístico; 2012.

⁸² Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy; 2005; 71: 83-96

⁸³ Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: propuesta del plan estratégico 2008 - 2012. Serie de documentos de planificación de la OPS. [monografía en Internet]. Washington, D.C: OPS; 2007 [citado 23 mayo 2013]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>

⁸⁴ López Puig P, García Milian AJ, Alonso Carbonell L, Segredo Pérez AM, Fernández Díaz IE, Torres Esperón M, Caracterización de las publicaciones científicas relacionadas con la integración de redes y servicios de salud. Rev. Cub. Salud Pública; 2013

⁸⁵ WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.

⁸⁶ Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. Integrated care in Europe. Maarsse: Elsevier; 2003. p. 169 -190.

⁸⁷ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.

⁸⁸ Ley N° 19.937, República de Chile. Autoridad Sanitaria. Pub.L. No.19.937; 2004.

⁸⁹ Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp. Salud Pública; 2005,79: 633 - 43.

⁹⁰ Rico A, Moreno FJ. Arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.

⁹¹ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud, conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Área de sistemas y servicios de salud (HSS). Documento de trabajo. Washington, D.C: OMS/OPS; 2008. p. 24.

⁹² Carlos Eróstegui Revilla, Eduardo L. Suárez Barrientos, Dificultades y desafíos en la gestión de la salud en Bolivia, Revista Gac Med Bol v34 n2 Cochabamba; 2011

⁹³ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Funcionales Integradas de Servicios en Salud (REFISS) en Bolivia, Pub. OPS; 2010.

⁹⁴ OPS -Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: Marco Teórico de la herramienta REFIS; 2010.

⁹⁵ Audiencia Final de Rendición Pública de cuentas 2012 y de compromisos. Ministerio de Planificación y Desarrollo Bolivia; 2013, disponible en:

<http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url>

⁹⁶ Plan Estratégico Institucional 2016-2020, Ministerio de salud, Serie: Documentos de Política La Paz – Bolivia; 2017.

⁹⁷ LEY N^a 475; ley de 30 de diciembre. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; 2014, p-4, disponible en: www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo

⁹⁸ Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural-Red Municipal SAFCI- y red de servicios, Serie: Documentos Técnico – Normativos La Paz — Bolivia; 2008

⁹⁹ Guía de aplicación de los Comités de Análisis de la Información (CAI), Documentos Técnico – Normativos La Paz — Bolivia; 2014

¹⁰⁰ Guía de aplicación de los Comités de Análisis de la Información (CAI), Documentos Técnico – Normativos La Paz — Bolivia; 2014

¹⁰¹ Guía de Procedimiento de la Gestión Participativa Local en Salud, Ministerio de Salud Bolivia, Serie: Documentos Técnico- Normativos, La Paz Bolivia; 2015.

¹⁰² Plan Estratégico Institucional 2016-2020, ministerio de Salud; 2016; p73-135; 157-161

¹⁰³ GTZ. Planificación y Monitoreo en la Gestión basada en Resultados de Proyectos y Programas; 2011. Disponible en:

http://www.evalperu.org/sites/default/files/resources/file/PCM_Manual_espanol.pdf

15. ANEXOS

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS 1 (FIGURAS)

Figura 1. Organización del Sector Salud.....	123
Figura 2. Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud.....	123
Figura 3. Relación entre fragmentación y desempeño de los servicios de salud.....	124
Figura 4. Organigrama de la Unidad de Redes de Servicios de Salud.....	124
Figura 5. Elementos de la Cadena de resultados en base a la GbR.....	125
Figura 6. El Estado y la Gestión basada en Resultados.....	125
Figura 7. Ciclo básico de la gestión en base al ciclo de Deming.....	126
Figura 8. Elementos de la Gestión basad en Resultados.....	126
Figura 9. Componentes de la Planificación Estratégica.....	127
Figura 10. Ciclo de la gestión participativa en Bolivia.....	127
Figura 11. División política del Municipio de La Paz.....	128
Figura 12. Pirámide poblacional, Municipio de La Paz; 2016.....	128
Figura 13. Proyección poblacional al 2012 por Macrodistrictos.....	129
Figura 14. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano; Bolivia 2013.....	129
Figura 15. División político Administrativa. Red Norte Central, 2016.....	130
Figura 16. Isócrona de la Red Norte Central 2016.....	130
Figura 17. Diagrama de Alertas para interpretación de Resultados.....	131
Figura 18. Proceso investigativo participativo.....	131

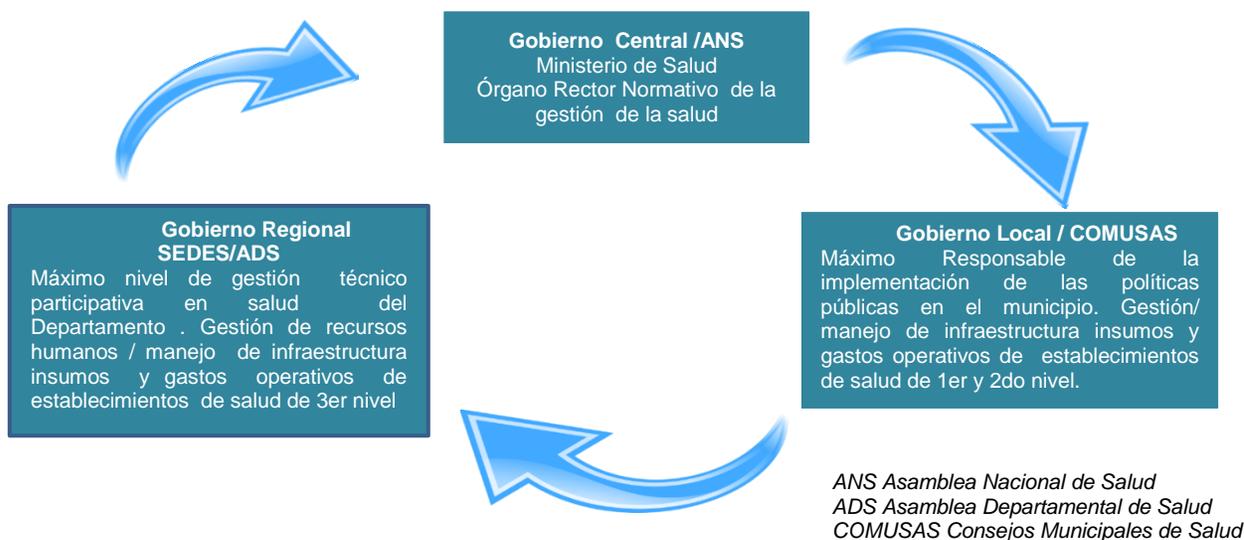
ANEXOS 2 (TABLAS)

Tabla 1. Divergencias de Concepción del Proceso salud-enfermedad.....	132
Tabla 2. Superficie Municipal por área (rural y urbana).....	132
Tabla 3. Indicadores de pobreza según Macrodistrito 2012.....	133
Tabla 4. Municipio de La Paz: Persona que atendió la enfermedad o accidente, según Macrodistrito, 2012.....	133
Tabla 5. Lugar de atención de enfermedad o accidente por Macrodistrito..	134
Tabla 6. Indicadores principales de salud. Municipio de La Paz 2016.....	134
Tabla 7. Estructura de Redes del Municipio de La Paz 2016.....	135
Tabla 8. Población de la Red Norte Central según Distrito Municipal 2016.	135
Tabla 9. Cobertura poblacional de la seguridad social a corto plazo.....	136
Tabla 10. Disponibilidad de establecimientos de salud en La Red N° 3 Norte Central según niveles de complejidad.....	136
Tabla 11. Disponibilidad de recursos humanos para la salud en Redes Urbanas 2012.....	137
Tabla 12. Matriz x de problemas, causas y soluciones.....	137
Tabla 13. Plan de análisis.....	138
Tabla 14. Plan de intervención en función a la Matriz de problemas, causas y Soluciones.....	139
Tabla 15. Propuesta de modificación de la Herramienta REFISS.....	140

ANEXOS 3 (FOTOGRAFÍAS)

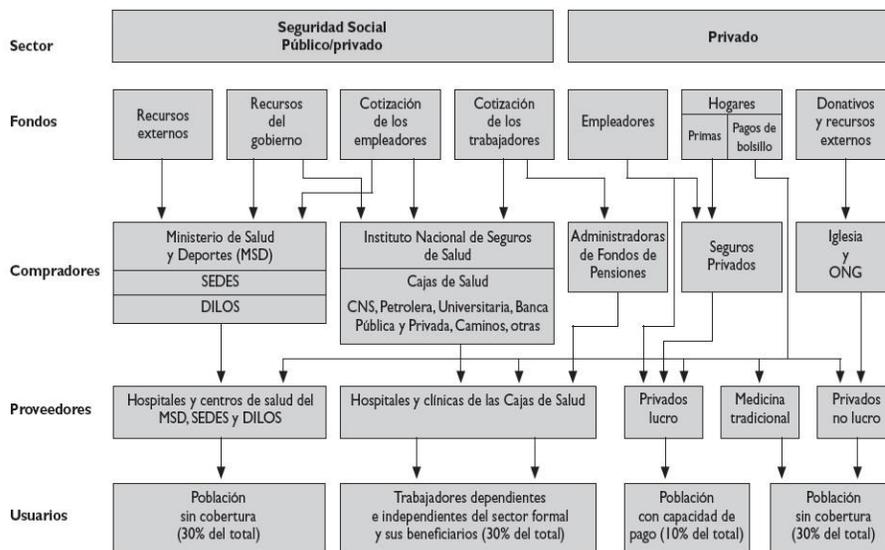
Fotografía 1 Objetivos Estratégicos de la Red Norte Central.....	141
Fotografía 2 Informe CAI, Red Norte Central.....	142

Figura 1 Organización del Sector Salud



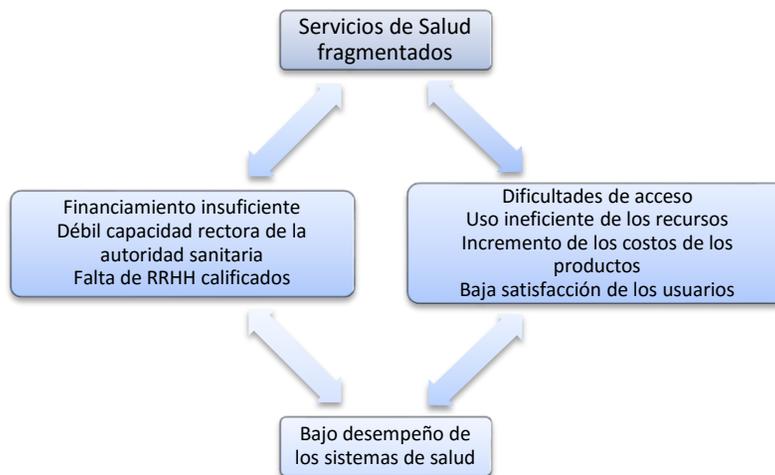
Fuente: Re elaboración: En base a información de la Dirección de Investigación e Información Municipal – Programa de Análisis e Investigación Estratégica Municipal, con fuente en Ley Marco de Autonomías y Descentralización N° 031

Figura 2 Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud



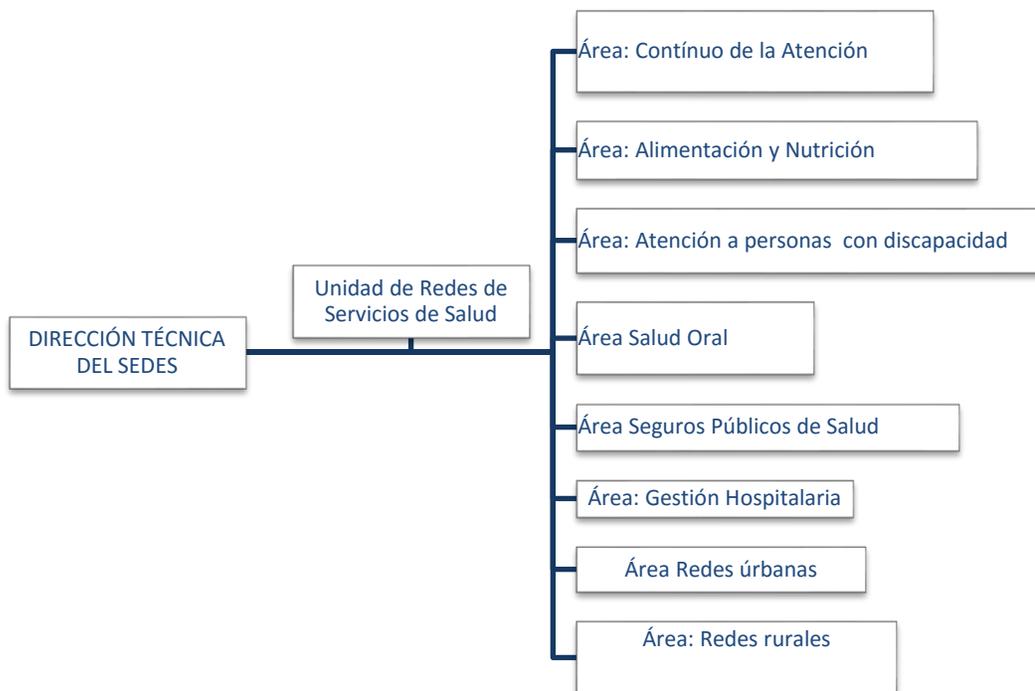
Fuente: Sistema de Salud de Bolivia, Carmen Ledo, 2011

Figura 3 Relación entre fragmentación y desempeño de los servicios de salud



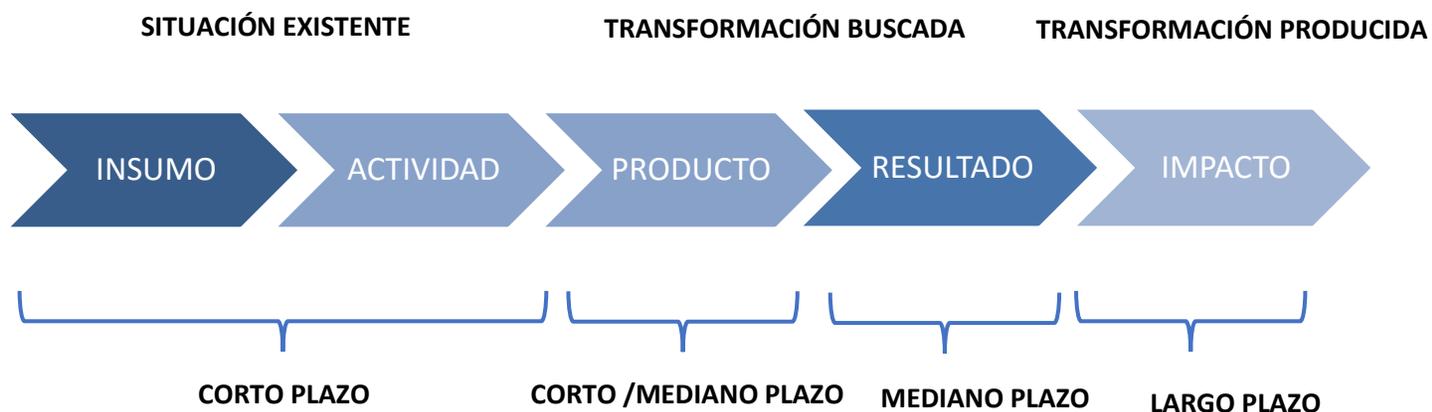
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington, 2008.

Figura 4 Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud



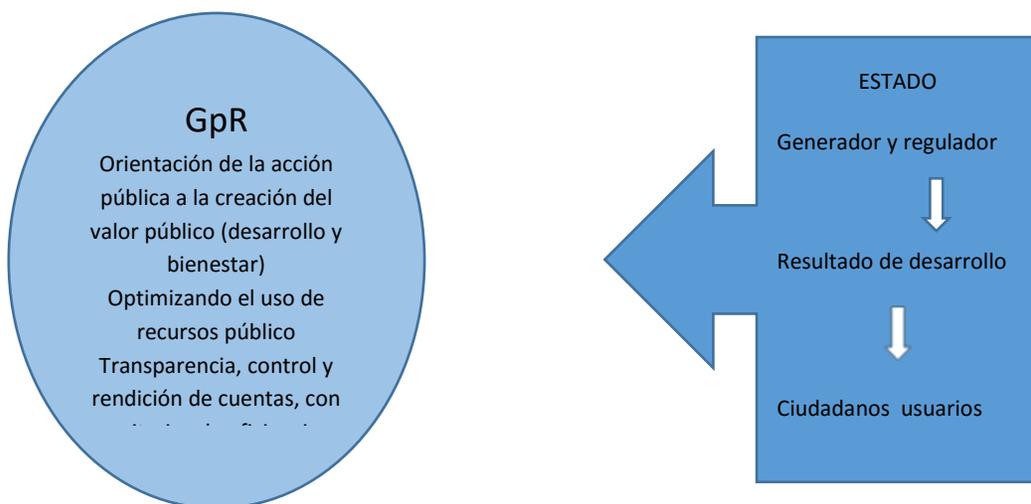
Fuente: MOF SEDES 2015

Figura 5. Elementos de la Cadena de Resultados en base a la GbR



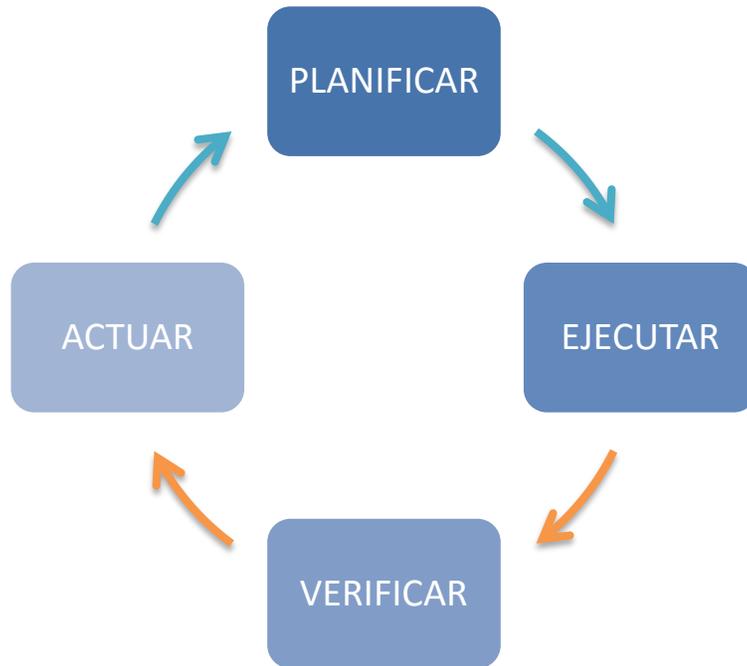
Fuente: Manual para gestión para Resultados de Desarrollo, Madrid 2014

Figura 6. El Estado y la gestión de Resultados (Modelo abierto para la Gestión basado en Resultados en el Sector público)



Fuente: Manual para gestión para Resultados de Desarrollo, Madrid 2014

Figura 7. Ciclo básico de la gestión en base al modelo de Deming



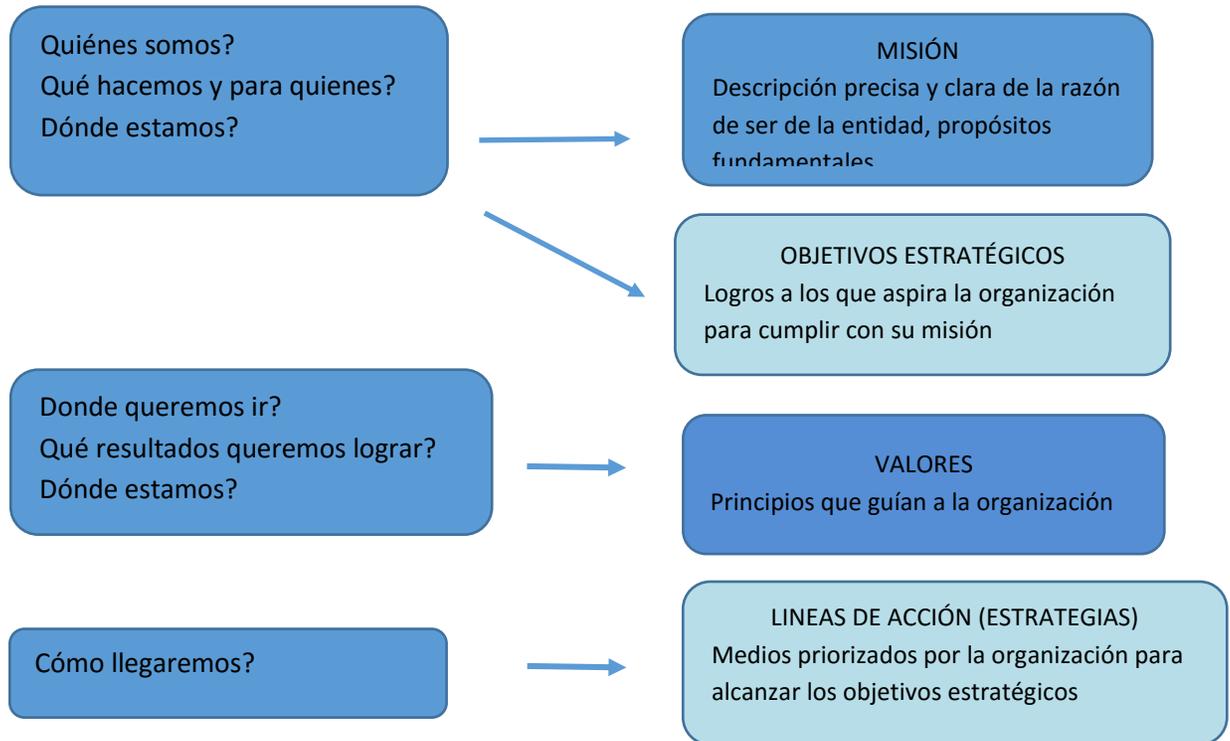
Fuente: formulado por Walter Shewhart en 1939.

Figura 8. Elementos de la Gestión Basada en Resultados



Fuente: Gestión basada en Resultados CIDEAL Madrid 2011

Figura 9. Componentes de la Planificación Estratégica



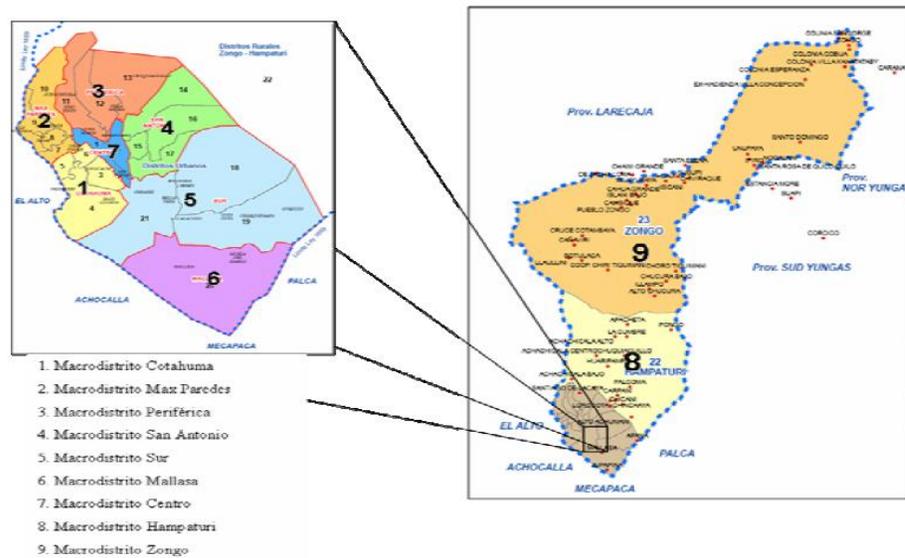
Fuente: Manual sobre Gestión para Resultados de Desarrollo. Colección H+D para el Desarrollo, 2014.

Figura 10 Ciclo de la gestión participativa en Salud Bolivia



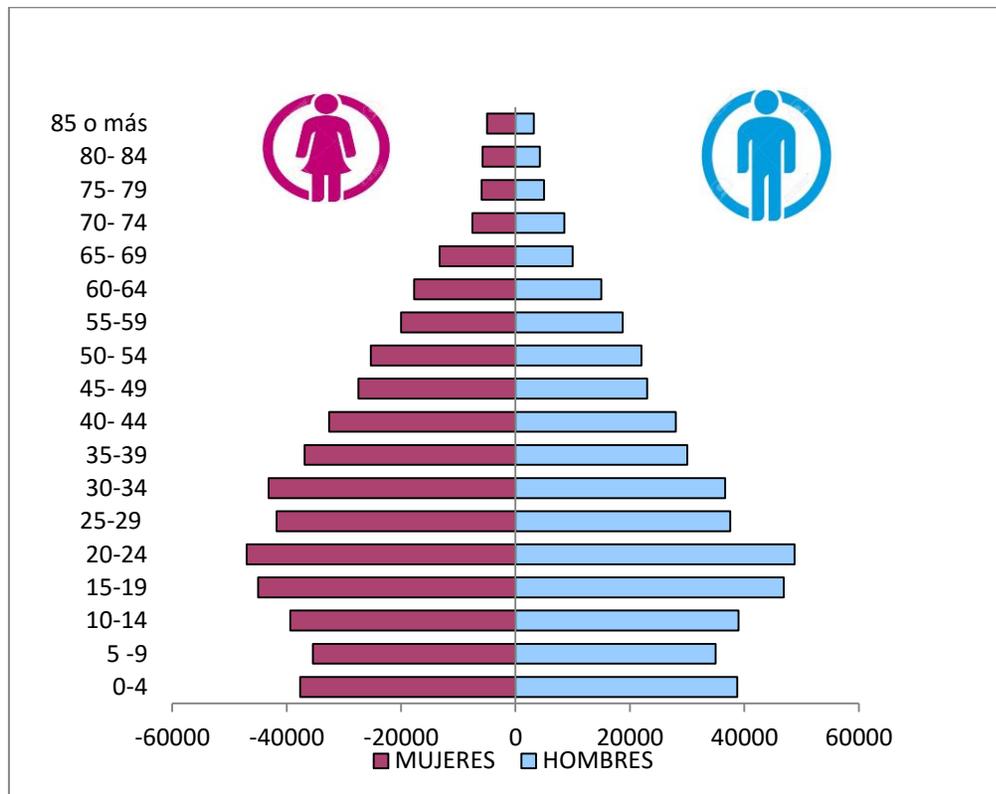
Fuente.- Guía de procedimientos para la gestión participativa municipal en Salud, Ministerio de Salud Bolivia 2015

Figura 11. División Política del Municipio de La Paz



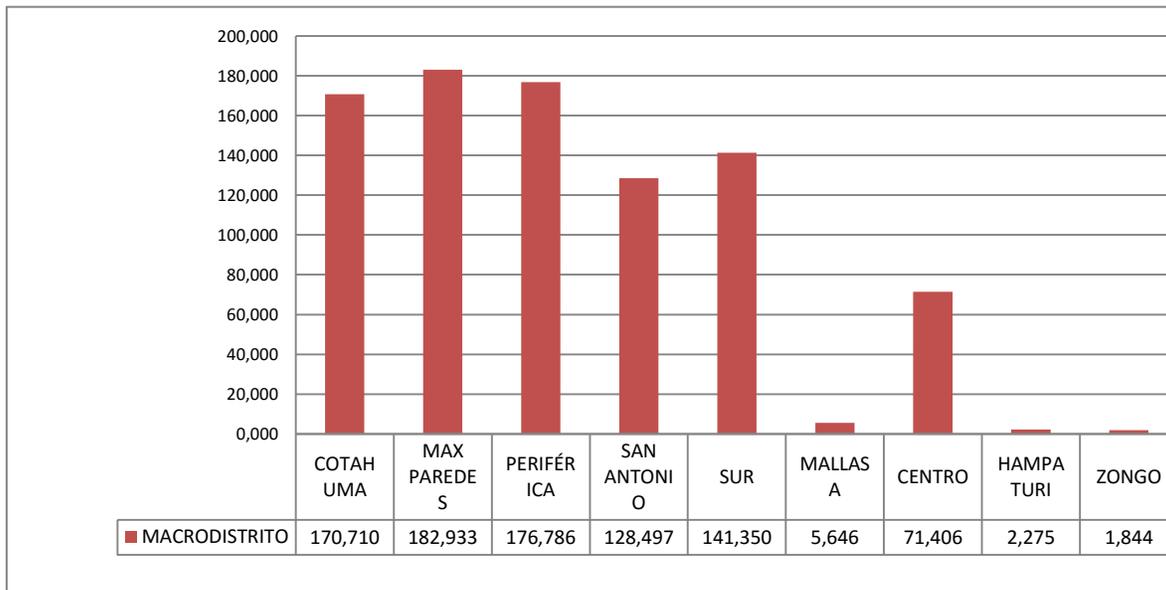
Fuente: Plan Municipal 2007-2011

Figura 12. Pirámide Poblacional Municipio La Paz. 2016 (proy)
(En números de habitantes)



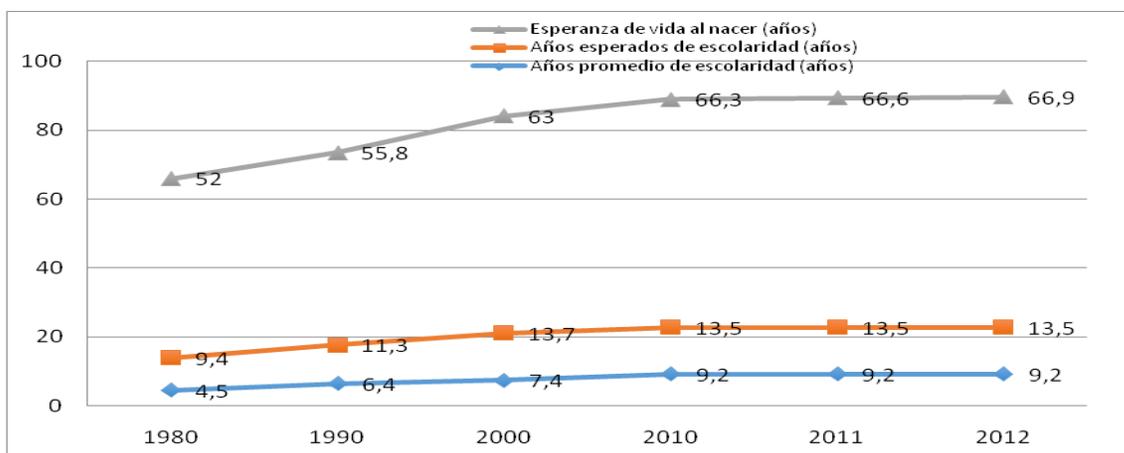
Fuente: 1 Datos Proyección INE 2016 y Anuario Estadístico del Municipio de La Paz

Figura 13. Proyección poblacional al 2012 por Macrodistrito



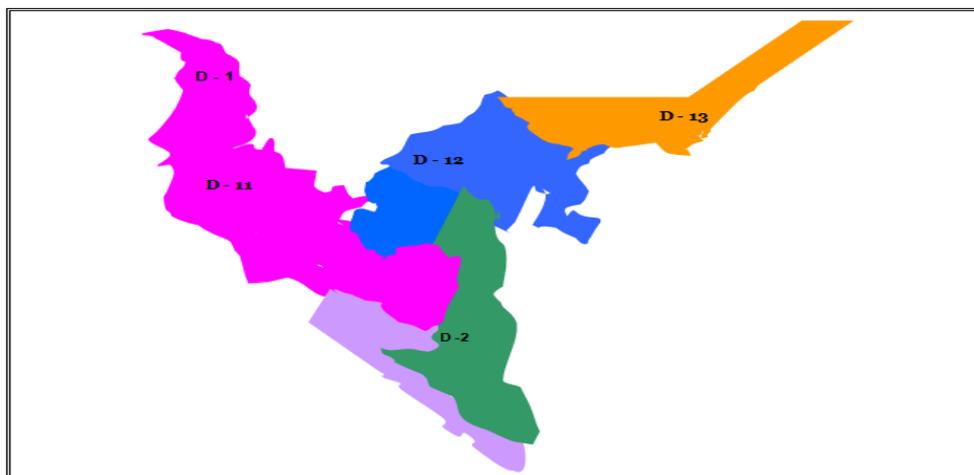
Fuente: 2 INE 2012

Figura 14. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia. 2013



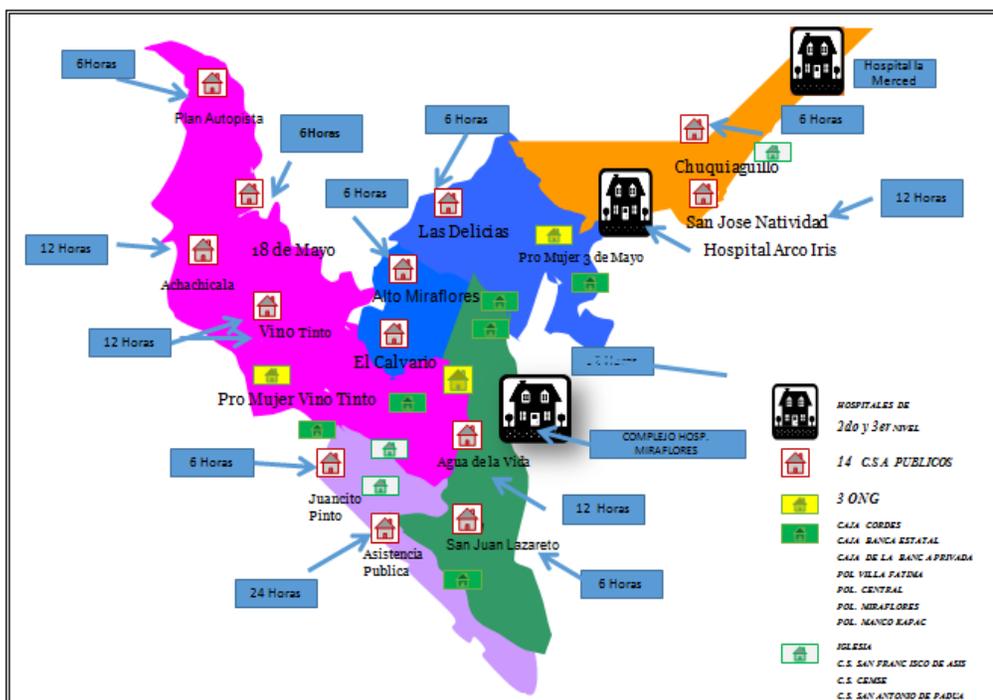
Fuente: Dirección de Salud 2014

Figura 15. División Político Administrativa. Red Norte Central. 2016



Fuente: Coordinación de Red Norte Central

Figura 16. Isócrona Red N°3 Norte Central. 2016



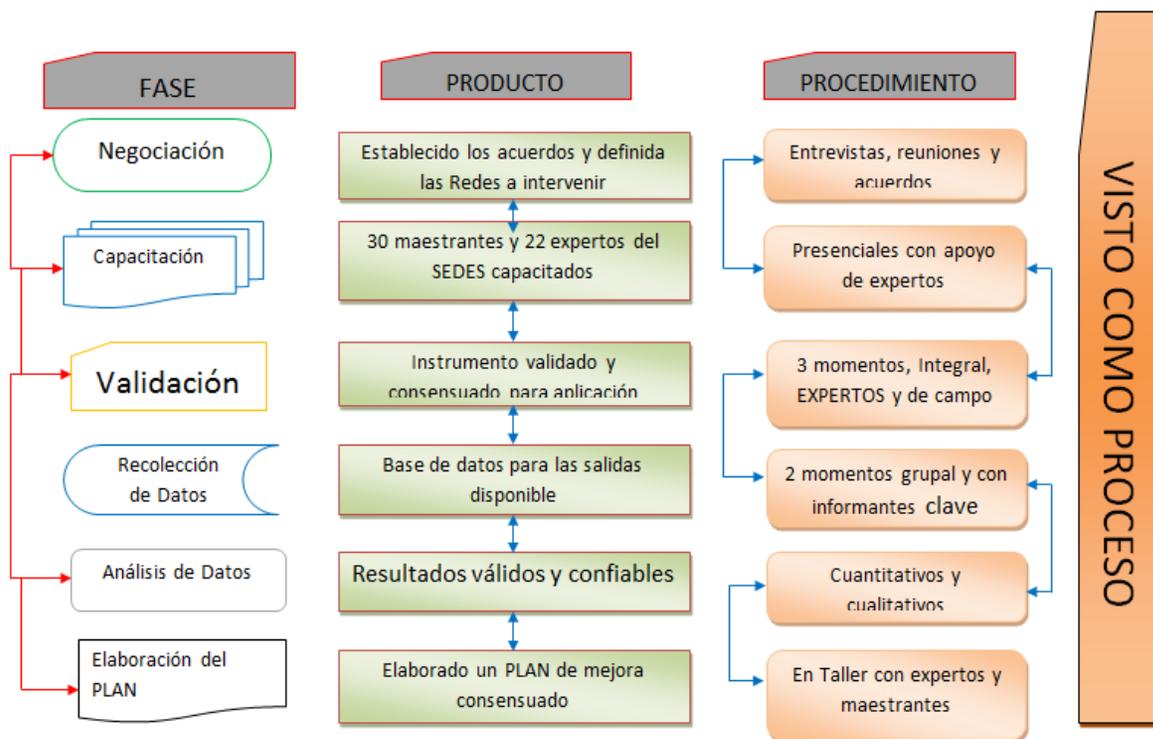
Fuente: Coordinación de Red Norte Central.

Figura 17 Diagrama de alertas para interpretación de resultados

Simbolo	Escala de Valores	Condicion	Interpretacion	Acciones
	>85%	OPTIMO	Condición deseable	De sostenibilidad
	51% a 85%	ALERTA	Condición Intermedia	Mejora del Plan
	<50%	EMERGENCIA	Condición NO deseada	Intervención Inmediata

Fuente: Elaboración: Herramienta REFISS

Figura 18. Proceso Investigativo Participativo



Fuente: 4 Elaboración: Herramienta REFISS

Tabla 1. Divergencias de Concepción del Proceso salud-enfermedad

CONCEPCIÓN DEL MODELO MEDICO HEGEMÓNICO	MULTI-CONCEPCIÓN DE UN MODELO INTEGRAL E INCLUYENTE
Salud y enfermedad como polos excluyentes y contradictorios	Salud y enfermedad como una unidad dialógica
Biologista	Multidimensional
Individual	Individuo, familia. Comunidad y entorno
Ahistórico	Procesal
Determinista (relación causa-efecto)	Relacional, incertidumbre, dialogo

Fuente: Claves para la transformación de los sistemas de salud en América latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en atención primaria de salud. MEDICUS MUNDI

Tabla 2. Superficie del Municipio de La Paz, por área (Marcodistrito rural y urbana)

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

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

Tabla 3. Municipio de La Paz: Indicadores de pobreza, según Macrodistrito, 2012

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

Fuente: Encuesta Municipal de Pobreza 2012

Tabla 4. Municipio de La Paz: Persona que atendió la enfermedad o accidente, según Macrodistrito, 2012

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

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

Tabla 5. Municipio de La Paz: Lugar de atención de la enfermedad o accidente, 2012

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

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

Tabla 6. Indicadores Principales de Salud. Municipio de La Paz. 2016

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

Fuente: Datos SNIS e INE

Tabla 7. Estructura de Redes del Municipio de La Paz. 2016

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

Fuente: Diagnóstico de Salud del Municipio. 2013

Tabla 8. Población de la Red Urbana Nº 3 Norte Central, Según Distrito Municipal. 2016

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

Fuente: Coordinación de Red Norte Central

Tabla 9. Cobertura poblacional de la seguridad social a corto plazo

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

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

Tabla 10. Disponibilidad de establecimientos de salud en La Red Nº 3 Norte Central según niveles de complejidad

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

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

Tabla 11. Disponibilidad de Recursos Humanos para la salud en Redes Urbanas del Municipio de La Paz. Sedes La Paz. Gestión 2012

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

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

Tabla 12. Matriz de Problemas Causas y Soluciones

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

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

Tabla 13. Plan de análisis

VARIABLE	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Gestión basada en Resultados	El plan a mediano plazo de la Red se elabora en función del análisis de la situación en salud y resultados alcanzados	POA, PEI
	El plan estratégico de la Red define acciones estratégicas para el alcance de las metas	PEI
	El financiamiento de los proyectos responde a las prioridades del Plan Estratégico de la Red	POA
	La Red utiliza indicadores de producción de servicios en el proceso de planificación	PEI, Actas de CAI, Indicadores de producción.
	El plan operativo establece indicadores para monitorear los avances y evaluar el logro de los resultados esperados	Informe Técnico
	Se mide periódicamente los indicadores para verificar los avances y los resultados obtenidos	CAI de Red, sala situacional.
	Se realiza ajustes al plan operativo con base a los resultados de los indicadores evaluados	Plan de acción
	La formulación de los planes de mejoramiento continuo de la atención en todos los niveles de la Red se realizan según el análisis de los indicadores (CAI)?	CAI
	Participan en los comités de análisis de información (CAI) de la red, los municipios, hospitales, médicos tradicionales, representantes comunitarios y de otros sectores	Invitaciones y actas de CAI, asistencia por listas.
	La Red informa sobre los resultados del análisis y las acciones a tomar a todos los actores claves involucrados en la Red, incluyendo sus establecimientos, trabajadores sociales, usuarios, actores sociales y otros actores	CAI
	La Red realiza seguimiento a los planes de mejoramiento	Plan de acción, Informe Técnico de la Red al SEDES LP.

Fuente: Instrumento REFISS

Tabla 14. Plan de Intervención en función de la Matriz de Problemas, Causas y Soluciones

Nº	Problema de Salud	Determinantes	Soluciones				
			¿Qué haremos? (soluciones específicas)	¿Cómo lo haremos? (propuestas de acción)	¿Con qué recursos lo haremos?	¿Cuándo lo haremos? (tiempo)	¿Quiénes son responsables?
13	Información no precisa sobre el Análisis de situación de salud en la Red	Insuficiente información respecto a las necesidades y prioridades en salud de la Red. Determinantes del proceso salud - enfermedad no detalladas específicamente. Deficiente capacitación en la elaboración del ASIS Débil conocimiento sobre el ASIS como herramienta de planificación y gestión	Implementar el ASIS en el área de influencia de la Red Fortalecer la Planificación de la Red en función al Análisis de Situación de Salud	Convocando a reuniones de Planificación Local con Participación Social Recopilar toda la información relevante y la documentación existente sobre la situación de salud de la Red Equipos designados deberán revisar y discutir diagnósticos y análisis anteriores, así como cualquier documento y reportes relacionados con los siguientes contextos Elaborara indicadores de salud	Recursos propios	Gestión 2018	Equipo técnico de la Red Responsables de Establecimientos de salud COLOSAS Otros sectores
	POA de Red no articulado	Recursos financieros para salud provienen de diferentes fuentes, los asignados a la Red provienen solo del SEDES Deficiente coordinación con Municipio y otros actores	Fortalecer la coordinación intersectorial a través de la gestión participativa local Implementar el software de seguimiento del POA, proyectos y presupuesto que permitirá realizar un seguimiento físico, presupuestario y monitoreo	Coordinación entre las instancias máximas de gestión local en salud Elaboración del diagnóstico situacional en salud de la Red Elaboración de una propuesta de necesidades y demandas de la Red Propiciar el cumplimiento del POA elaborado por la red	Recursos del SEDES, Municipio, recursos propios, otros	Gestión 2018	Equipo técnico de la Red Responsables de Establecimientos de salud Equipo técnico del Ministerio de Salud COLOSAS, SEDES, Municipio y Otros sectores
	Deficiente implementación de indicadores para el seguimiento y monitoreo en la Red	Insuficiente información sobre indicadores de seguimiento y monitoreo	Relacionar indicadores de la Red con los indicadores Nacionales y Regionales para poder realizar una comparación efectiva	Elaboración de Línea base para elaboración de indicadores Tomar en cuenta indicadores planteado en el Plan Estratégico Institucional Nacional 2016-2020 del Ministerio de Salud	Recursos propios Convenios con ONGs	Gestión 2017	Equipo técnico de la Red Responsables de Establecimientos de salud Equipo técnico del Ministerio de Salud COLOSAS Otros sectores
	Escasa participación de los involucrados en los CAI	Bajo compromiso con la política de salud.	Sensibilización de las instituciones participantes Plan de acción y cronogramas por cada Centro de Salud.	Conformación del Comité del CAI, Citación formal a autoridades de instituciones involucradas. Paneles Informativos actualizados.	Recursos de SEDES LP, GAMLP, recursos propios de Centros de Salud, Coordinación de Red.	Segundo semestre de 2017	SEDES LP, Coordinación de Red, Centros de Salud.

Tabla 15. Propuesta de modificación de la Herramienta REFISS

Atributo 13: Gestión basada en resultados				
Descripción del atributo. La Red gestiona los establecimientos bajo su dependencia en función de los resultados y logros alcanzados y del análisis permanente de su realidad. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA				
Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
35. Planificación basada en resultados				
35.1. ¿El plan a mediano plazo de la Red se elabora en función del análisis de la situación en salud?				
35.2. ¿El plan a mediano plazo de la Red se elabora en función del análisis de los resultados alcanzados?				
35.3. ¿El plan estratégico de la Red define acciones estratégicas para el alcance de las metas?				
35.4. ¿El plan operativo establece indicadores para monitorear los avances y evaluar el logro de los resultados esperados?				
36. Implantación de diseño organizacional				
36.1. ¿La red cuenta con un manual de organización y funciones?				
36.2. ¿La red cuenta con: protocolos de atención, manual de procesos y procedimientos?				
37. Monitoreo, seguimiento y evaluación				
37.1. ¿Se mide indicadores de producto, efecto e impacto, para verificar los avances y los resultados obtenidos?				
37.2. ¿Se realiza ajustes al plan operativo con base a los resultados de los indicadores evaluados?				
37.3. ¿La Red realiza seguimiento a los planes de mejora continua?				
37.4. ¿Se realiza seguimiento de las actividades planificadas para lograr los objetivos?				

Fotografía1. Objetivos Estratégicos de la Red, gestión 2016

OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES

CODIGO OBJ. EST.	DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES
1	Contribuir al desarrollo de complejos productivos de economía plural, para mejorar los ingresos y el empleo en el Departamento.
2	Promover el desarrollo tecnológico para mejorar la productividad de la economía departamental.
3	Promover la accesibilidad a los servicios sociales para mejorar la calidad de vida en el Departamento.
4	Conformar un sistema integral de gestión de riesgos para evitar contingencias.
5	Implementar el manejo integral de los recursos naturales para la conservación y preservación del medio ambiente.
6	Generar y mejorar la captación de recursos económicos para una gestión financiera sostenible.
7	Optimizar los mecanismos de articulación de la entidad para el desarrollo del Departamento.
8	Generar un marco normativo y operativo para el desarrollo del Departamento de La Paz.
9	Contar con una administración eficaz y eficiente para una mejor gestión departamental.

OBJETIVOS DE GESTIÓN INSTITUCIONALES

CODIGO OBJ. GEST. INST. (OGI)	DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL	POND. OGI	RESULTADO ESPERADO (A NIVEL DE PRODUCTO TERMINAL)	INDICADOR O MEDIDA (DE PRODUCTO)	LÍNEA BASE (DEL 1/06/2010 AL 31/12/ 2013)	META	ENLACE CON PPTO.: PROGRAMA			
							CÓDIGO			DENOMINACIÓN
							PROG	PROY.	ACT.	
1.1	Promover la implementación del acceso universal a servicios de salud en el marco de la SAFCI. (favoreciendo la inclusión social en salud y cumplimiento de las metas del milenio).	25								
1.2	Consolidar el proceso de institucionalización de personal de Hospitales de 2do y 3er Nivel según cargos y niveles establecidos en la norma.	25								
2.1	Elaborar una visión del desarrollo de la salud departamental alineada al PDDDES y a los lineamientos del Pacto por La Paz, con carácter participativo. (PDS, PEI, POAs, Programas y Proyectos)	25								
3.1	Reestructurar orgánica y funcionalmente del SEDES LP en el marco del PEI 2013-2017 para lograr un alto grado de agilidad, flexibilidad, creatividad y rapidez en las respuestas que permitan enfrentar asertivamente en el mandato de su misión y visión.	25								
Sumatoria de ponderaciones = 100		100								

RESPONSABLE DE LA ELABORACION	NOMBRE	CARGO	FIRMA
REVISADO POR :	Dra. Silvia Olivares Lopez	COORDINADORA TECNICA DE SALUD RED NO. 3	
REVISADO POR :		JEFE UNIDAD DE PLANIFICACION	
V.B. DIRECTOR	Dr. Freddy Valle	DIRECTOR TECNICO SEDES LA PAZ	

Fotografía 2. Informe de CAI - 2do cuatrimestre 2016-Red de salud Norte Central



Gobierno Autónomo Departamental de La Paz
Servicio Departamental de Salud La Paz
Red de Salud N°. 3 Norte Central

INFORME TÉCNICO CAJ 2015
RED 3 NORTE CENTRAL

1.- Objetivo:

Desarrollar el análisis de las coberturas alcanzadas hasta agosto de 2016 y un comparativo de las gestiones 2015 - 2016 en la Red de Salud NC. 3 Norte Central vía información de los Establecimientos de Salud Pública

- Seguridad Social y Privados para la planificación de actividades inmediatas en una matriz del plan de acción.

2.- Metodología:

Presentaciones por el equipo de red en un consolidado de todos los establecimientos de salud y de la coordinación de red 3 Norte Central. Análisis con participación activa del personal de la Red con preguntas y respuestas en plenarios.

3.- Participantes:

- Equipo de la Red (Coordinadora, Administrador, Responsable de Salud Pública, Trabajadora Social, Nutricionista, Estadística, Secretaria, Conductor, apoyo logístico)

- Responsables de Establecimientos Públicos

- Invitados de Establecimientos de la Seguridad Social, Privados

- Representantes de los comités Locales de Salud

- Representantes de Transparencia del Sedes La Paz.

La Estadística de la Red se encuentra con baja post natal, motivo por el que falta algunos indicadores.

4.- Fecha de realización:

Fecha 27 de septiembre de 2016 a partir de 08:30 a 15:00 lugar auditorium del Hospital de II Nivel San Francisco de Asís.

5.- Análisis situacional a nivel Coordinación de Red:

a) La población ha sido aumentada en menores de 1 año motivo que refleja coberturas bajas en relación a la gestión pasada. Analizadas las coberturas alcanzadas por establecimiento de salud, se puede observar que algunos de ellos no alcanzan las coberturas esperadas ni se llegarán a la meta según proyección para la gestión 2016, y que no existe integralidad en algunas vacunas, cabe recalcar no e n todas.

b) En la atención a mujer gestante las coberturas como captación de 1er CPN han disminuido pero ha mejorado la captación de CPN < 5to mes y 4to CPN, esto refleja que la población tiene confianza en el personal de salud y también que se asegura parto con la calidad del 4to CPN. La suplementación de sulfato ferroso garantiza las complicaciones tanto de la madre como del RN.

c) En la prevención de n CACU también ha mejorado ya que se realizó FERIAS DE SALUD, CAMPAÑAS en los establecimientos de salud aumentando la cobertura, pero tampoco se llegará a la meta.

d) se hizo observación en las actividades de Trabajo Social

Av. Tejada Sorzano esq. San Salvador - Zona San Juan Lazareto - Telf. 2243254



Gobierno Autónomo Departamental de La Paz
Servicio Departamental de Salud La Paz
Red de Salud N°. 3 Norte Central

En embarazos en adolescentes que va incrementado en relación a la gestión anterior y se tomó como un indicador de seguimiento por trabajo social. También se analizaron las violencias que se debe realizar seguimiento y reportar en los semanales.

El seguimiento respecto a las referencias y contra referencias, que están aumentando en relación a la gestión pasada.

e) en atención al menor de 5 años se analiza que los indicadores de Vit. A 2da dosis bajos, al igual que en el menor de 5 años.

Sobre el análisis de indicadores nutricionales, habiendo mejorado algunas coberturas con la administración de vitamina A, atención nutricional a la mujer. También se identifico que existe coherencia entre la consulta prenatal, la administración de sulfato ferroso, pero el índice de masa corporal no coincide con el 1er CPN está bajo en algunos establecimientos públicos, pero en privados muy elevados, para mejorar esta atención se envía notas a los establecimientos de salud privados y públicos.

f) En el análisis de calidad de indicadores se pudo observar que en algunos establecimientos de salud no hay calidad de dato, para lo cual se quedó que se realizará un instructivo como Red para mejorar, esto para subsanar esta información.

g) Una de las falencias detectadas y considerándose a nivel general de la Red como la **mas relevante** es la falta de Recurso Humanos. El presidente de la junta de vecinos de Chuquiaguillo hace notar muy fuertemente que realizará bloques en caso de no ampliar el segundo turno en el C.S. Chuquiaguillo ya que es un compromiso del SEDES

PLAN DE ACCION:-

Se realiza en grupos el responsable del centro de salud y su COLOSA hace el plan de acción con compromisos para el último cuatrimestre de la actual gestión, para mejorar indicadores que se encuentran bajos.

6.- Conclusiones:

- ✓ Se solicitara nuevamente enviando el informe técnico la necesidad de ampliar el turno tarde en el Centro de Salud Chuquiaguillo.
- ✓ Se enviará un Circular a los establecimientos de salud de la Red 3 Norte Central para revisar la calidad de dato de los indicadores que se encuentran mal. Así mismo la revisión del IMC, PAL, entrega de condones, Implantes que se verificaron que se encuentran mal
- ✓ Finalmente se realiza trabajo grupal junto a sus autoridades COLOSAS por Centro de Salud compromiso de cada establecimiento de salud para mejorar el avance de indicadores, la calidad del dato y actividades que realizaran para esto.

Av. Tejada Sorzano esq. San Salvador - Zona San Juan Lazareto - Telf. 2243254



Gobierno Autónomo Departamental de La Paz
Servicio Departamental de Salud La Paz
Red de Salud N° 3 Norte Central

- ✓ Se adjunta los compromisos como consolidado y medio físico.

7.- Documentación de Respaldo:

- ✓ Fotocopia de Planillas de Asistencia
- ✓ Invitación y programa
- ✓ Fotocopia de acta de la actividad
- ✓ Presentaciones digitales de los Establecimiento de Salud participantes
- ✓ Presentación digital de indicadores a nivel Red de Salud

Adjunto lo señalado
SD/DL/mate

REUNION CAI SEGUNDO CUATRIMESTRE 2016

FECHA: 27.09.16



PLANILLA DE ASISTENCIA

NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO C.I.	INSTITUCION	CARGO	FIRMA	OBSERVACIONES
Rosa Contreras	348381 L-P	C/S DE MAYO	COLASA	[Firma]	
Marcos Rodriguez	338614 L-P	Calama	Colasa	[Firma]	
Vivier Escobar Ayllón	3423655 LP	FELIPE NORTE	VICE PRESIDENTE	[Firma]	
Juan Carlos Rosales	1256550	C.S. VILLA BATALLA	MEDICO	[Firma]	
Jacqueline Erazo G.	2473436 LP	C.S. AGUA DE LA VILLA	MEDICO	[Firma]	
Maria V. Centellas Chopre	3040355 OR	C.S. LOS DELICIOS CENTRAL	MEDICO	[Firma]	
Elena Casanova S.	2616394 LP	C.S. DELICIOS CENTRAL	Presidente	[Firma]	
MARCELO PAREDO R.	4745470 LP	CHUVIABULLO	COLASA	[Firma]	
Roxana Lopez G.	2001444 LP	C.S. DELICIOS	Ases Laboratorio	[Firma]	
Francisco Herrera	344497 LP	C.S. DELICIOS	MEDICO	[Firma]	
María de la Virgen U.	1822664 LP	M.S. CHUVIABULLO	MEDICO	[Firma]	
Benito Suarez	2018265 LP	COMUSA-R-3	Presidente	[Firma]	
Yuri Lopez Sorio L.	2302588 LP	Rd 3 NC	Administrador	[Firma]	
EDGAR LOAYZA CAMI	3437402 LP	C.S. VINO TIVTU	MEDICO	[Firma]	
Luzmila Muta Lopez	3339331 LP	H. SAN FRANCISCO	Coordinadora Resp. Hospital	[Firma]	

