

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGIA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



Modelo de reestructuración de redes funcionales de servicios  
de salud basados en la SAFCI

POSTULANTE: Dr. Álvaro Edgar Gutiérrez Avilés

TUTOR: Dr. Marco Antonio Caviedes Vargas

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de  
Especialista en Salud Pública Mención Gerencia en Salud**

La Paz – Bolivia

2018

## INDICE

ACRÓNIMOS.....	VII
RESUMEN EJECUTIVO .....	1
1. Introducción.....	3
2. Antecedentes.....	5
2.1. La corriente de estructuración de redes basadas en APS .....	5
2.2. Las redes de salud como solución a la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud.....	6
2.3. La política SAFCI y las redes de salud en Bolivia .....	8
2.3.1. Red de servicios de salud .....	9
2.3.1.1. Estructura organizacional.....	9
2.3.1.2. Estructura gerencial (Coordinador de Red) .....	10
2.3.2. Red municipal SAFCI.....	11
2.3.2.1. Estructura organizacional.....	12
2.3.2.2. Estructura gerencial (Responsable de Red) .....	13
2.4. Las redes de servicios de salud en el departamento de Potosí .....	13
2.5. Experiencias locales en el rediseño de redes de salud .....	14
3. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública ..	17
3.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia .....	17
3.2. La Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” N° 031 18	
3.3. Ley de prestaciones de servicios de salud integral del estado N° 475 de 30 de diciembre de 2013.....	19
3.4. Decreto Supremo N° 29601 Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud SAFCI .....	20
3.5. Plan de Desarrollo Económico y Social 2016 – 2020.....	24
3.6. El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016-2020.....	24
3.7. Plan Departamental de Desarrollo Social de Potosí 2016-2020 .....	26
3.8. Plan Estratégico de Salud del Departamento de Potosí 2014 -2018 .....	28
4. Justificación del proyecto .....	29
5. Análisis del problema a intervenir .....	37
5.1. Situación de los equipos de coordinación de red.....	37
5.1.1. Medios de comunicación.....	38
5.1.2. Infraestructura y equipamiento .....	39

5.1.3.	Personal del equipo de coordinación de red .....	39
5.1.4.	Gestión administrativa y apoyo a los servicios de salud .....	39
5.1.5.	Gobernanza de la red .....	39
5.1.6.	Promoción de la salud .....	40
5.1.7.	Participación social .....	40
5.2.	Diagnóstico REFISS .....	40
5.2.1.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Sacaca .....	43
5.2.2.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Uncía .....	45
5.2.3.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Ocurí .....	46
5.2.4.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Betanzos .....	48
5.2.5.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Potosí Rural .....	50
5.2.6.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Potosí Urbano .....	51
5.2.7.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Puna .....	53
5.2.8.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Uyuni .....	54
5.2.9.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Cotagaita .....	56
5.2.10.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Tupiza .....	57
5.2.11.	Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Villazón .....	58
6.	Análisis de actores .....	60
6.1.	Beneficiarios directos .....	61
6.2.	Beneficiarios Indirectos .....	62
6.3.	Oponentes .....	62
6.4.	Afectados .....	62
7.	Contexto o lugar de Intervención .....	63
7.1.	Contexto departamental .....	63
7.2.	Vías de comunicación .....	64
7.3.	Aspectos económicos .....	65
7.4.	Pobreza .....	66
7.5.	Población indígena .....	66
8.	Estructura de Objetivos .....	67
9.	Componentes/ Resultados .....	67
10.	Actividades .....	68
11.	Indicadores por la estructura de objetivos .....	71
11.1.	Fin/objetivo general: .....	71

11.2.	Propósito/objetivo específico.....	72
11.3.	Componentes/resultados .....	73
12.	Fuente de Verificación .....	77
12.1.	Fin/objetivo general: .....	77
12.2.	Propósito/objetivo específico.....	77
12.3.	Componentes/resultados .....	79
13.	Supuestos .....	82
13.1.	Propósito/objetivo específico.....	82
13.2.	Componentes/resultados .....	82
13.3.	Actividades .....	84
14.	Análisis de Viabilidad.....	90
15.	Análisis de Factibilidad.....	92
15.1.	Factibilidad Social.....	92
15.2.	Factibilidad Cultural/Intercultural .....	92
15.3.	Factibilidad Económica (presupuesto público) .....	92
15.4.	Factibilidad de Género .....	93
16.	Análisis de Sostenibilidad del proyecto .....	93
17.	Impacto esperado del proyecto .....	93
18.	Fuente de financiamiento para el presupuesto.....	94
19.	Referencias bibliográficas .....	94
20.	Anexos .....	101
20.1.	Árbol de Problemas .....	101
20.2.	Árbol de Objetivos.....	102
20.3.	Matriz de Marco Lógico.....	104
20.4.	Presupuesto.....	150
20.4.1.	Presupuesto por partidas .....	150
20.5.	Mapas de Ubicación del proyecto .....	154
20.6.	Estructura Institucional o comunitaria.....	155
20.6.1.	Misión y Visión del SEDES Potosí.....	156
20.6.2.	Estructura organizacional del SEDES Potosí .....	157
20.6.3.	Estructura funcional y redes de salud.....	159
20.6.4.	Red de servicios de salud .....	160
20.6.4.1.	Estructura organizacional.....	160

<b>20.7.</b>	<b>Cronograma .....</b>	<b>150</b>
20.7.1.	<b>Cronograma del año 1 .....</b>	<b>150</b>
20.7.2.	<b>Cronograma del año 2 .....</b>	<b>156</b>
<b>20.8.</b>	<b>Plan de Ejecución del proyecto .....</b>	<b>162</b>
20.8.1.	<b>Modos organizativos y de toma de decisión .....</b>	<b>162</b>
20.8.2.	<b>Funciones de las unidades propuestas .....</b>	<b>164</b>
20.8.2.1.	<b>Gerente de proyecto.....</b>	<b>164</b>
20.8.2.2.	<b>Concejo Interinstitucional de Gobernanza de Red.....</b>	<b>165</b>
20.8.2.3.	<b>Unidad Jurídica .....</b>	<b>166</b>
20.8.2.4.	<b>Unidad de Control de la Calidad .....</b>	<b>167</b>
20.8.2.5.	<b>Unidad de Gobernanza de Red.....</b>	<b>168</b>
20.8.2.6.	<b>Unidad operativa de Sistemas de Apoyo.....</b>	<b>169</b>
20.8.2.7.	<b>Unidad operativa de Sistemas Logísticos .....</b>	<b>170</b>
20.8.2.8.	<b>Unidad operativa de Capacitación.....</b>	<b>171</b>
20.8.2.9.	<b>Unidad de Desarrollo Tecnológico .....</b>	<b>171</b>
20.8.2.10.	<b>Unidad administrativa y financiera .....</b>	<b>172</b>
20.8.3.	<b>Propuesta de siete lineamientos para el diseño de redes de salud..</b>	<b>172</b>
20.8.4.	<b>Características de la red .....</b>	<b>176</b>
<b>20.9.</b>	<b>Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto .....</b>	<b>177</b>
20.9.1.	<b>Sistema de monitoreo.....</b>	<b>177</b>
20.9.2.	<b>Evaluación Intermedia .....</b>	<b>194</b>
20.9.3.	<b>Evaluación final y de impacto.....</b>	<b>201</b>

## **INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1 Distribución de establecimientos de salud según nivel de atención en los municipios y redes de servicios de salud del departamento de Potosí. 2016. ....</b>	<b>13</b>
<b>Tabla 2 Escala cromática REFISS en seis redes de servicios de salud de Potosí. 2016 .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 3 Escala cromática REFISS en cinco redes de servicios de salud de Potosí. 2016 .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 4 Situación de los atributos REFISS en la red Sacaca .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 5 Situación de los atributos REFISS en la red Uncía .....</b>	<b>45</b>

<b>Tabla 6 Situación de los atributos REFISS en la red Ocurí.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabla 7 Situación de los atributos REFISS en la red Betanzos .....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 8 Situación de los atributos REFISS en la red Potosí rural .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 9 Situación de los atributos REFISS en la red Potosí urbano .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 10 Situación de los atributos REFISS en la red Puna .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 11 Situación de los atributos REFISS en la red Uyuni.....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 12 Situación de los atributos REFISS en la red Cotagaita .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabla 13 Situación de los atributos REFISS en la red Tupiza .....</b>	<b>57</b>
<b>Tabla 14 Situación de los atributos REFISS en la red Villazón.....</b>	<b>58</b>
<b>Tabla 15 Proyección de poblaciones y grupos especiales en 11 municipios priorizados INE 2017. ....</b>	<b>61</b>
<b>Tabla 16 Comparación entre las Redes Actuales y las Funcionales en el departamento de Potosí, gestión 2012 .....</b>	<b>160</b>
<b>Tabla 17 Estructura de las redes funcionales de servicios de salud en el departamento de Potosí, gestión 2012 .....</b>	<b>162</b>

## **INDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 Estructura organizacional de la red funcional de servicios de salud .....</b>	<b>10</b>
<b>Gráfico 2 Estructura gerencial de la red funcional de servicios de salud .....</b>	<b>11</b>
<b>Gráfico 3 Estructura organizacional de la red municipal SAFCI .....</b>	<b>12</b>
<b>Gráfico 4 Mapa de referencia y contrareferencia de la estrategia regionalizada. Medicus Mundi 2017 .....</b>	<b>16</b>
<b>Gráfico 5 Políticas y lineamientos estratégicos del PSDI 2016 - 2020 del Ministerio de Salud.....</b>	<b>25</b>
<b>Gráfico 6 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Sacaca.....</b>	<b>44</b>
<b>Gráfico 7 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Uncía .....</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 8 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Ocurí.....</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 9 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Betanzos.....</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 10 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Potosí rural .....</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 11 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Potosí urbano.....</b>	<b>52</b>
<b>Gráfico 12 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Puna .....</b>	<b>53</b>
<b>Gráfico 13 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Uyuni.....</b>	<b>55</b>

<b>Gráfico 14 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Cotagaita .....</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico 15 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Tupiza.....</b>	<b>58</b>
<b>Gráfico 16 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Villazón .....</b>	<b>59</b>
<b>Gráfico 17 Crecimiento absoluto de la población según departamento, censos 1992 – 2012. ....</b>	<b>63</b>
<b>Gráfico 18 Red Norte Propuesta.....</b>	<b>154</b>
<b>Gráfico 19 Red Sur Propuesta.....</b>	<b>155</b>
<b>Gráfico 20 Mapa de las redes de servicios de salud del departamento de Potosí 2016. ....</b>	<b>166</b>
<b>Gráfico 21 Estructura organizativa y de toma de decisiones propuesta.....</b>	<b>163</b>

## ACRÓNIMOS

<b>AECID</b>	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
<b>AIEPI</b>	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
<b>AJO</b>	Adecuado, Justificado y Oportuno
<b>AMDEPO</b>	Asociación de Municipios de Potosí
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>BAAR</b>	Bacilos Ácido - Alcohol Resistentes
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>CESTAS</b>	Centro de Educación Sanitaria y Tecnologías Apropriadas Sanitarias
<b>CMI</b>	Cuadro de Mando Integral
<b>CNPV</b>	Censo Nacional de Población y Vivienda
<b>CPE</b>	Constitución Política del Estado
<b>CT-CONAN</b>	Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición
<b>DILOS</b>	Directorio Local de Salud
<b>DS</b>	Decreto Supremo
<b>EES</b>	Establecimientos de Salud
<b>EDSA</b>	Encuesta de Demografía y Salud 2016
<b>EH</b>	Encuesta de Hogares
<b>ENT</b>	Enfermedades no Transmisibles
<b>ERP</b>	Enterprise Resource Planning, "sistema de planificación de recursos empresariales"
<b>ESNUT</b>	Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición
<b>FFAA</b>	Fuerzas Armadas
<b>FOREDES</b>	Fortalecimiento de Redes de Salud
<b>FORES</b>	Fortaleciendo las Redes de Salud
<b>FORSA</b>	Fortalecimiento de las Redes de Salud Materno Infantil
<b>FORTALESSA</b>	Fortalecimiento de servicios de salud
<b>GAD</b>	Gobierno Autónomo Departamental
<b>GAM</b>	Gobierno Autónomo Municipal
<b>GRUS Salud</b>	Grupo de socios para el desarrollo de Bolivia Subgrupo de Salud
<b>HIPC</b>	Heavily Indebted Poor Countries - países pobres altamente endeudados
<b>IDH</b>	Impuesto Directos a Hidrocarburos
<b>IEH</b>	Impuesto Específico a Hidrocarburos



<b>IMGLS</b>	Instancia Máxima de Gestión Local en Salud
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>IOC</b>	Indígena Originario Campesino
<b>JICA</b>	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
<b>MEF</b>	Mujeres en Edad Fértil
<b>MEFP</b>	Ministerio de Economía y Finanzas Públicas
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PDES</b>	Plan de Desarrollo Económico y Social 2016 – 2020
<b>PEI</b>	Plan Estratégico Institucional
<b>PEP</b>	Plan de Ejecución Plurianual del Proyecto
<b>REFISS</b>	Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud
<b>RISS</b>	Redes Integradas de Servicios de Salud
<b>RM</b>	Resolución Ministerial
<b>RRHH</b>	Recursos humanos
<b>RUHES</b>	Registro Único de Recursos Humanos en Salud
<b>SAFCI</b>	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
<b>SEDES</b>	Servicio Departamental de Salud
<b>SNIS-VE</b>	Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica
<b>SPIE</b>	Sistema de Planificación Integral del Estado
<b>SSPAM</b>	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
<b>SSyR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>SUMI</b>	Seguro Universal Materno Infantil
<b>SUS</b>	Sistema Único de Salud (en función al contexto)
<b>SUS</b>	Seguro Universal de Salud (en función al contexto)
<b>TBP</b>	Tuberculosis Pulmonar
<b>TGN</b>	Tesoro General de la Nación
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y Comunicación
<b>UDAPE</b>	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas

## RESUMEN EJECUTIVO

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia reconoce el derecho a la salud en su Artículo 35.I. el cual reza: “El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”. El sistema de salud boliviano tiene la característica principal de ser segmentado, ya que se considera generalmente tres subsectores de salud que responden a distintas formas de financiamiento, de organización, de prestaciones y que atienden a diferentes segmentos de la población: el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado.

El nuevo modelo operacional para la Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud es llamado SAFCI (Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural)<sup>1</sup>. El modelo hace gran énfasis en la promoción de la salud dentro de la comunidad (la cual resulta ser su estrategia), lo que es visto como una tarea clave exclusiva 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.

Según la normativa vigente, se reconocen dos tipos de redes: la red funcional de servicios de salud y la red municipal SAFCI, como lo establece el DS N° 29601 de 11 de junio de 2008 – Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI y su reglamento (RM N° 0737 de 21 de abril de 2009) y la RM N° 1036 de 21 de noviembre de 2008 – Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios.

---

<sup>1</sup> Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008. Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

Ante este desafío, la Organización Panamericana de la Salud - OPS ha desarrollado la Iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS con el propósito de combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y contribuir al desarrollo de la iniciativa de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud<sup>2</sup>.

La presente propuesta de intervención pretende generar precisamente una propuesta de diseño conceptual de dos redes modelos de atención de salud en el departamento de Potosí, basada en la APS renovada y la SAFCI asumiendo que la estructura vigente presenta limitaciones que merman el trabajo coordinado en red de los servicios de salud; se toma el departamento de Potosí como objeto de intervención ya que históricamente es el departamento que peores indicadores en salud presenta, desde las tasas de mortalidad hasta indicadores de producción de servicios y vigilancia epidemiológica.

La propuesta tiene el objetivo general de contribuir al acceso a servicios de salud con calidad en la población del departamento de Potosí a través de la mejora de la funcionalidad en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí definidas a través del diseño basado en la demanda poblacional.

---

<sup>2</sup> En el año 2009, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R22 sobre RISS basadas en Atención Primaria de Salud. En ella se propone un marco conceptual y operativo para entender las RISS y presenta instrumentos de política pública y mecanismos institucionales para desarrollarlas.

## 1. Introducción

La finalidad de esta propuesta de intervención para la especialidad de Salud Pública mención Gerencia en Salud es proponer un diseño conceptual de dos redes modelos de atención de salud en el departamento de Potosí, basados en la Atención Primaria de Salud renovada y el modelo de atención de salud familiar comunitario intercultural SAFCI, cabe aclarar que esta propuesta pone énfasis en lineamientos para una estructura organizacional puesto que ayuda a la alta gerencia a identificar el talento que necesita ser añadido, asegura que haya suficientes recursos materiales, financieros y humanos dentro de la red para lograr las metas establecidas en el plan estratégico definido; es decir que los procesos de gestión clínica y suministros y otros si bien están contemplados, no son desarrollados a plenitud.

El presente trabajo se estructura a la manera de un proyecto de intervención para el desarrollo basado en la metodología del marco lógico, el cual desarrolla los siguientes títulos: el título de antecedentes rescata las corrientes actuales en el diseño de redes de salud y principalmente aquellas basadas en APS y desarrolla la estructura de redes en Bolivia y las experiencias locales en el rediseño de éstas. También se consideró la iniciativa REFISS<sup>3</sup> impulsada por la OPS/OMS que se desprende del modelo RISS bajo 4 ámbitos de acción reconociendo 14 atributos, el cual involucra ciertos parámetros para el diseño de redes de atención de salud.

El título de relación del proyecto de intervención con la política pública identifica las líneas de la política sanitaria relacionadas con las redes funcionales de salud, principalmente desde el análisis normativo partiendo desde la Constitución Política del Estado, la política SAFCI, el Plan Sectorial de Desarrollo Integral del Ministerio de Salud y el Plan Estratégico de Salud del Departamento de Potosí 2014 -2018; el título de justificación pretende realzar la necesidad de una reestructuración profunda

---

<sup>3</sup> El concepto de RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) fue utilizado por primera vez en el año de 1993 por Gillies, Shortell, Anderson y otros quienes en su momento las definieron como “organizaciones que ordenan o proveen un continuum de servicios coordinados a una población definida y toman la responsabilidad de los resultados clínicos y fiscales, así como del estado de salud de la población beneficiada”.

en la concepción y diseño de redes de salud en Bolivia principalmente desde una visión del cambio del modelo de atención asistencial a un modelo de atención familiar comunitario intercultural (redes basadas en APS).

El título de análisis del problema a intervenir se focaliza sobre la situación actual de las redes funcionales de servicios de salud en el SEDES Potosí rescatando diagnósticos realizados sobre este tema incluyendo un análisis crítico sobre aquella situación; el título de análisis de actores identifica principalmente a los beneficiarios directos de la propuesta de intervención, el título de contexto del lugar de intervención presenta un análisis sobre las particularidades que presenta el departamento de Potosí.

El título de estructura de objetivos describe el enfoque de marco lógico de la propuesta de intervención describiendo punto a punto sus objetivos, resultados, actividades, indicadores, medios de verificación y supuestos; el título de análisis de viabilidad identifica aquellas potencialidades normativas e institucionales que dan paso a un rediseño de redes de atención de salud; en título de análisis de factibilidad describe la factibilidad de la propuesta bajo las perspectivas social, cultural, económica y de género.

El título de análisis de sostenibilidad del proyecto rescata aquellos aspectos técnicos, económicos, logísticos e institucionales identificados como potenciales para la continuidad en el tiempo de la propuesta de intervención; el título de impacto esperado del proyecto se centra en aquellos cambios producidos por la propuesta de intervención principalmente en el largo plazo; el presente documento finaliza con el título de fuentes de financiamiento para el presupuesto en el cual se describen potenciales financiadores a la propuesta de intervención y los anexos que detallan la propuesta de intervención según el enfoque del marco lógico.

## **2. Antecedentes**

### **2.1. La corriente de estructuración de redes basadas en APS**

Las conceptualizaciones que se han dado al término "red" son variadas: no todas tienen el mismo significado ni poseen el mismo alcance empírico o teórico. En general, se usa el término para designar situaciones donde se visualizan intercambios no institucionalizados<sup>4</sup>.

La OMS, en su Informe sobre la Salud Mundial de 2008, propuso, en el título del documento, una nueva consigna: "Atención primaria de salud, ahora más que nunca". Lo que implica reconocer que, después de 30 años de la Reunión de Alma-Ata, el foco del movimiento de la atención debe cambiar en la implementación de la reforma de la atención primaria de salud, la cual prioriza el establecimiento de redes de salud. Diversos estudios realizados en diferentes países y en tiempos diversos, permite concluir que existen evidencias robustas sobre los resultados positivos de la APS en los sistemas de atención de salud<sup>5</sup>.

Esto permite afirmar que los sistemas de atención de salud basados en una fuerte orientación para la APS, analizados en comparación con los sistemas de baja orientación para la APS, resultan más adecuados porque se organizan a partir de las necesidades de salud de la población; más efectivos porque son la única forma de enfrentar consecuentemente la situación epidemiológica de las condiciones crónicas y por su impacto significativo en los niveles de salud de la población; más eficientes porque presentan menores costos y reducen procedimientos más caros; más equitativos porque discriminan positivamente grupos y regiones más pobres y disminuyen el gasto de bolsillo de las personas y las familias; y de mayor calidad porque colocan énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades y porque ofertan tecnologías más seguras para las personas usuarias y para los profesionales de salud.

---

<sup>4</sup> Dr. Jorge Lemus Director del Depto. de Salud Comunitaria. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)

<sup>5</sup> Vilaça Mendes 2013.

La implementación de modelos basados en la Medicina y Salud Familiar ha sido una de las temáticas recurrentes en las reformas sanitarias recientes en Latinoamérica orientadas a mejorar la eficiencia, el acceso a servicios resolutivos de salud, y el control de los costos prestacionales<sup>6</sup>.

Los sistemas de salud en Latinoamérica han debido y deben enfrentar problemas de salud complejos como la pobreza, la marginalidad y el responder a nuevos desafíos como los cambios demográficos y perfil epidemiológico que se manifiestan en las principales causa de mortalidad (cardiovasculares, cáncer, trauma). Además, deben responder al aumento de progresivo de las expectativas y exigencias en la accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención por parte de la población usuaria del sistema.

## **2.2. Las redes de salud como solución a la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud.**

La fragmentación de los servicios de salud<sup>7</sup> es una causa importante de su bajo rendimiento, ya que causa dificultades en el acceso a los mismos, baja calidad técnica, un uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los usuarios.

Ante este desafío, la OPS/OMS ha desarrollado la Iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS con el propósito de combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y contribuir al desarrollo de la iniciativa de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud<sup>8 9</sup>.

Esta iniciativa tiene como propósito contribuir al desafío de plasmar los principales elementos de la APS en la práctica diaria de los servicios de salud

---

<sup>6</sup> Suárez-Bustamante; "Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina"; MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. 2010, 4 (1): 61-69.

<sup>7</sup> Escenario donde diferentes subsistemas coexisten con distintos mecanismos de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud

<sup>8</sup> En el año 2009, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R22 sobre RISS basadas en Atención Primaria de Salud. En ella se propone un marco conceptual y operativo para entender las RISS y presenta instrumentos de política pública y mecanismos institucionales para desarrollarlas.

<sup>9</sup> La OPS representación Bolivia adecuó la RISS al contexto sanitario vigente llamado denominándolo REFISS

aliados con la comunidad y otros actores sociales; estos elementos, como 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 una estructura organizacional denominada “Redes Integradas de Servicios de Salud”, en la que todos 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 resolutividad<sup>10</sup>.

En América Latina, las reformas sanitarias del tipo neoliberal de Chile y Colombia se volvieron modelos a seguir en los años 80s y 90s respectivamente; sus efectos no fueron menos perjudiciales que en otras partes del mundo<sup>11</sup>. Únicamente Nicaragua (en los años 80s), Costa Rica y Cuba (hasta ahora) se opusieron a estos modelos y aplicaron con éxito el modelo de Atención Primaria Integral de Salud, con lo que tradujeron su compromiso con una estrategia para proveer servicios universales de salud<sup>12</sup>. En 1994, Brasil introdujo su Programa de Salud Familiar (PSF, Programa Saúde da Família), el cual se vuelve cada vez más un modelo de provisión de Atención Primaria Integral de Salud, afianzado en una política social más amplia<sup>13</sup>. En la primera década del siglo XXI, los países latinoamericanos continúan distanciándose de los modelos neoliberales y están jugando un papel activo en el revivir la Atención Primaria Integral en Salud<sup>14</sup>.

La historia reciente sugiere que el compromiso político es clave para la implementación de la Atención Primaria Integral de Salud. Los esfuerzos recientes

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71(1):83-96.

<sup>12</sup> Rifkin SB, Walt G. Why health improves: Defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. *Soc Sci Med* 1986; 23(6):559-66.

<sup>13</sup> Cohn A. The Brazilian health reform: a victory over the neoliberal model. *Social Medicine* 2008; 3(2):71-81.

<sup>14</sup> Macinko J, Montenegro H, Nebot C. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). 2007. Washington, DC, Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO).



para reconstruir la APS en Bolivia plasmaron un nuevo modelo de atención centrado en la familia, comunidad y enfoque intercultural, el cual permite evidenciar una fuerte apuesta en la construcción de redes de salud.

### **2.3. La política SAFCI y las redes de salud en Bolivia**

En 2008, el Ministerio de Salud de Bolivia asume un modelo de atención familiar comunitaria intercultural como la política sanitaria del país, los autores hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos.

El nuevo modelo operacional para la Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud es llamado SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural)<sup>15</sup>. El modelo hace gran énfasis en la promoción de la salud dentro de la comunidad, asignándola como una tarea exclusiva 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.

Consiguientemente, el Ministerio de Salud, emite la norma de redes de servicios de salud y redes municipales SAFCI como apoyo a la implementación de la nueva política de salud boliviana, esta normativa define los criterios para el diseño de estos dos tipos de redes<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Decreto supremo 29601 de 11 de junio de 2008.

<sup>16</sup> El DS N° 29601 de 11 de junio de 2008 – Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo SAFCI y la RM N° 1036 de 21 de noviembre de 2008 - Norma Nacional Red Municipal de SAFCI y Red de Servicios, definen la estructura organizacional de las redes de salud en Bolivia. La Ley 031 de descentralización y autonomías otorga competencias específicas en el diseño de redes a los Gobiernos Autónomos Departamentales.

Según la normativa vigente, se reconocen dos tipos de redes: la red funcional de servicios de salud y la red municipal SAFCI, como lo establece el DS N° 29601 de 11 de junio de 2008 – Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI y su reglamento (RM N° 0737 de 21 de abril de 2009) y la RM N° 1036 de 21 de noviembre de 2008 – Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios.

Cada una de estas redes presenta una característica particular en su diseño y estructura organizacional y gerencial:

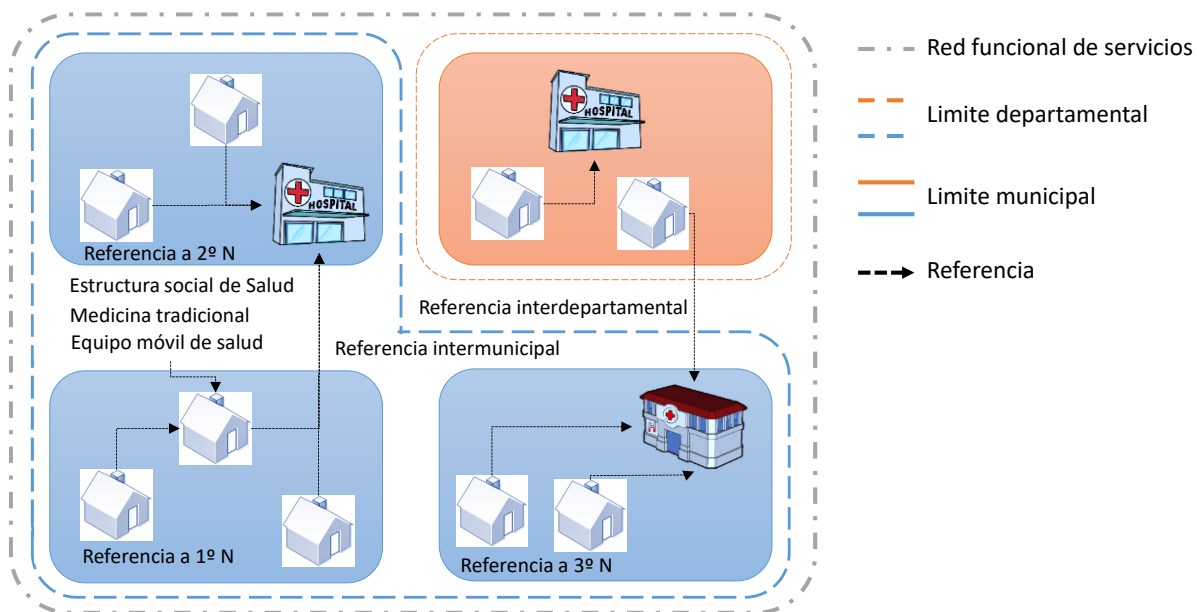
### **2.3.1. Red de servicios de salud**

#### **2.3.1.1. Estructura organizacional**

La estructura organizacional considera la composición según el número de municipios conformantes de la red (Gráfico 1):

- Red funcional de servicios de salud en un municipio: cuando existen establecimientos de salud en los tres niveles de atención lo que otorga una capacidad resolutiva completa. (capitales departamentales y principales ciudades intermedias). En municipios grandes pueden coexistir más de una red funcional de servicios de salud en el mismo municipio (Como en el caso de los municipios de La Paz, El Alto y Santa Cruz de la Sierra).

**Gráfico 1 Estructura organizacional de la red funcional de servicios de salud**



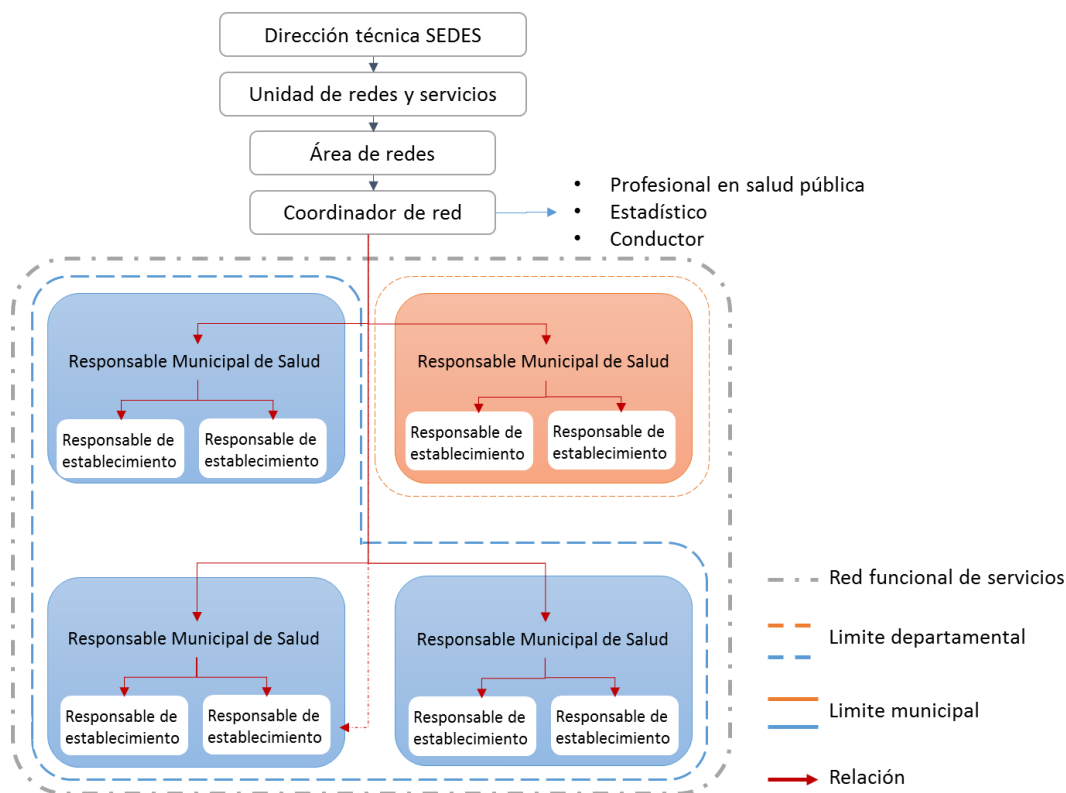
**Fuente: Elaboración propia con base a la norma de red municipal y red de servicios. 2008**

- Red funcional de servicios de salud en varios municipios: requiere de la asociación entre municipios en busca de una capacidad resolutive completa lo que requiere trascender límites municipales, provinciales, departamentales y nacionales (áreas rurales dispersas).

### **2.3.1.2. Estructura gerencial (Coordinador de Red)**

La estructura gerencial de la red funcional de servicios de salud queda a cargo del coordinador de red y su equipo técnico.

**Gráfico 2 Estructura gerencial de la red funcional de servicios de salud**



**Fuente: Elaboración con base a la norma de red municipal y red de servicios. 2008**

Los equipos de coordinación de red dependen orgánica y funcionalmente de cada SEDES correspondiente (jefatura de redes y servicios) y tienen una base operativa local en cada red funcional de servicios de salud (según criterios de accesibilidad geográfica, técnica, administrativa, entre otras).

Su equipo técnico está conformado por al menos: un profesional en salud pública, un estadístico y un conductor.

### 2.3.2. Red municipal SAFCI

La red municipal SAFCI presenta una concepción territorial, es la estructura operativa de la SAFCI (modelo de gestión participativa) constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales con gestión descentralizada, que contribuye a la mejora del nivel de salud de las personas, las familias y las comunidades de su

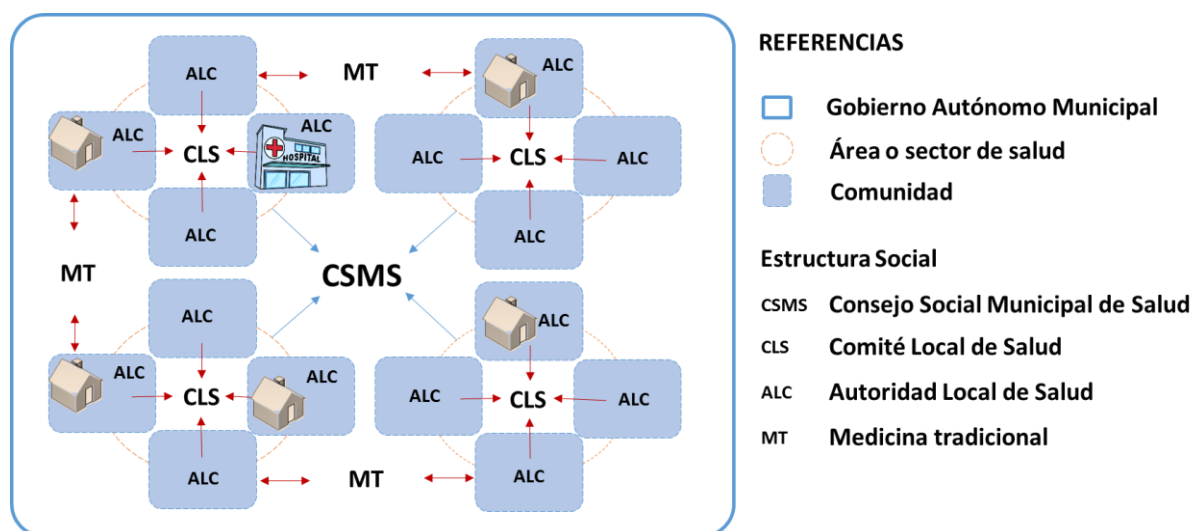
territorio; fundamentada en sus necesidades y satisfaciendo su demanda según el perfil epidemiológico identificado.

Nuevos documentos técnicos normativos del Ministerio de Salud la identifican bajo el denominativo de Unidad Territorial de Salud la cual desarrolla sus acciones en territorios municipales o Indígena Originario Campesino - IOC.

### 2.3.2.1. Estructura organizacional

La estructura organizacional de la red municipal SAFCI presenta las siguientes características: (Gráfico 3).

**Gráfico 3 Estructura organizacional de la red municipal SAFCI**



**Fuente: Elaboración con base a la norma de red municipal y red de servicios. 2008**

Debe garantizar una atención integral, continua, eficaz y efectiva, la actualización y el intercambio de tecnologías y experiencias, la complementación recíproca entre la medicina académica y la medicina tradicional, rescatando saberes, sentires y prácticas que deriven en el logro de la satisfacción de las personas, familias, comunidades.

### 2.3.2.2. Estructura gerencial (Responsable de Red)

La estructura gerencial comprende a al responsable de la Red Municipal SAFCI y los responsables de los establecimientos de salud dependientes del Gobierno Autónomo Municipal, coordina con las estructuras social e intersectorial además de formar parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios.

El Responsable Municipal SAFCI se constituye en la instancia técnico administrativa del funcionamiento de la Red Municipal SAFCI, y depende funcionalmente del Coordinador de Red.

En la Unidad Territorial de Salud se identifica un equipo gerencial conformado por: El coordinador técnico de la unidad territorial, el responsable municipal o IOC de salud, el especialista SAFCI, el asistente técnico territorial, el médico tradicional y el personal de los programas y proyectos del Ministerio de Salud.

### 2.4. Las redes de servicios de salud en el departamento de Potosí

Según la normativa vigente y en el marco de sus competencias, el departamento de Potosí presenta 40 redes municipales y organiza 11 redes de servicios de salud que responden a la agrupación de municipios según su dispersión o concentración:

**Tabla 1 Distribución de establecimientos de salud según nivel de atención en los municipios y redes de servicios de salud del departamento de Potosí. 2016.**

RED	PROVINCIA	MUNICIPIO*		POBLACION	1er NIVEL	2do NIVEL	3er NIVEL
		NOMBRE	CODIGO				
<b>1 POTOSÍ URBANO</b>	Tomás Frías	Potosí	50101	166,102	28	2	1
<b>2 PUNA</b>	José María Linares	Puna	51101	41,583	21	0	0
		Caiza D	51102	9,566	9	0	0
		Ckochas	51103	4,311	18	0	0
<b>3 BETANZOS</b>	Cornelio Saavedra	Betanzos	53001	41,043	29	0	0
		Chaquí	50302	10,29	8	0	0
<b>4 TUPIZA</b>	Sud Chichas	<b>Tupiza</b>	50801	37,208	36	1	0
		<b>Atocha</b>	50802	7,795	8	0	0
	Sud Lípez	San Pablo de Lípez	51001	2,694	11	0	0
		Mojinete	51002	1,18	3	0	0
		San Antonio de Esmoruco	51003	2,33	4	0	0
<b>5 SACACA</b>	Charcas	<b>San Pedro de Buena Vista</b>	50501	33,892	16	0	0
		Toro Toro	50502	11,919	9	0	0

RED	PROVINCIA	MUNICIPIO*		POBLACION	1er NIVEL	2do NIVEL	3er NIVEL
		NOMBRE	CODIGO				
	Alonzo de Ibáñez	Sacaca	50701	22,47	15	0	0
		<b>Caripuyo</b>	50702	9,875	7	0	0
	Bernardino Bilbao	Arampampa	51301	2,648	6	0	0
		Acacio	51302	2,899	6	0	0
<b>6 COTAGAITA</b>	Nor Chichas	<b>Cotagaita</b>	50601	23,85	33	0	0
		Vitichi	50602	9,649	15	0	0
<b>7 VILLAZÓN</b>	Modesto Omiste	Villazón	51501	41,124	18	1	0
<b>8 UYUNI</b>	Nor Lípez	Colcha K	50901	10,506	17	0	0
		San Pedro de Quemes	50902	1,088	1	0	0
	Antonio Quijarro	Uyuni	51201	18,632	17	1	0
	Daniel Campos	Llica	51401	5,554	8	0	0
		Tahua	51402	5,769	3	0	0
Enrique Baldivieso	San Agustín	51601	2,006	4	0	0	
<b>9 OCURÍ</b>	Chayanta	<b>Colquechaca</b>	50401	39,442	25	0	0
		Ravelo	50402	23,044	15	0	0
		<b>Pocoata</b>	50403	23,43	19	0	0
		Ocurí	50404	23,187	12	0	0
<b>10 UNCÍA</b>	Rafael Bustillos	<b>Uncía</b>	50201	25,79	5	0	0
		<b>Chayanta</b>	50202	15,456	11	0	0
		<b>Llallagua</b>	50203	34,896	8	1	0
		<b>Chuquiuta</b>	50204	5,662	4	0	0
<b>11 POTOSÍ RURAL</b>	Tomás Frías	Tinquipaya	50102	30,842	17	0	0
		Yocalla	50103	8,645	8	0	0
		Belén de Urmiri	50104	2,664	3	0	0
	Cornelio Saavedra	Tacobamba	50303	13,875	9	0	0
	Antonio Quijarro	Tomave	51202	14,121	17	0	0
Porco		51203	6,412	4	0	0	
<b>TOTAL</b>				<b>793,449</b>	<b>507</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

\* En negrita los municipios considerados en la propuesta de intervención

Fuente: Ministerio de Salud 2017. SNIS-VE

## 2.5. Experiencias locales en el rediseño de redes de salud

Para la gestión 2012, el Ministerio de Salud en coordinación con los nueve SEDES, desarrollaron los talleres dirigidos a la reestructuración de redes funcionales de servicios de salud, en las cuales hubo un primer acercamiento de contemplar el corredor social poblacional y referencias reales de los establecimientos de salud, identificando la funcionalidad de los establecimientos de salud según las categorías vigentes hasta la fecha, primera norma de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel de atención.

A través del ejercicio realizado se pudieron identificar los que se llamarían las redes funcionales de servicios de salud cuyo diseño difiere de las redes actuales, sin embargo, persiste un diseño basado en la oferta hospitalaria de referencia, donde las redes de Betanzos, Cotagaita, Puna y Sacaca desaparecen por no disponer de un Hospital de referencia.

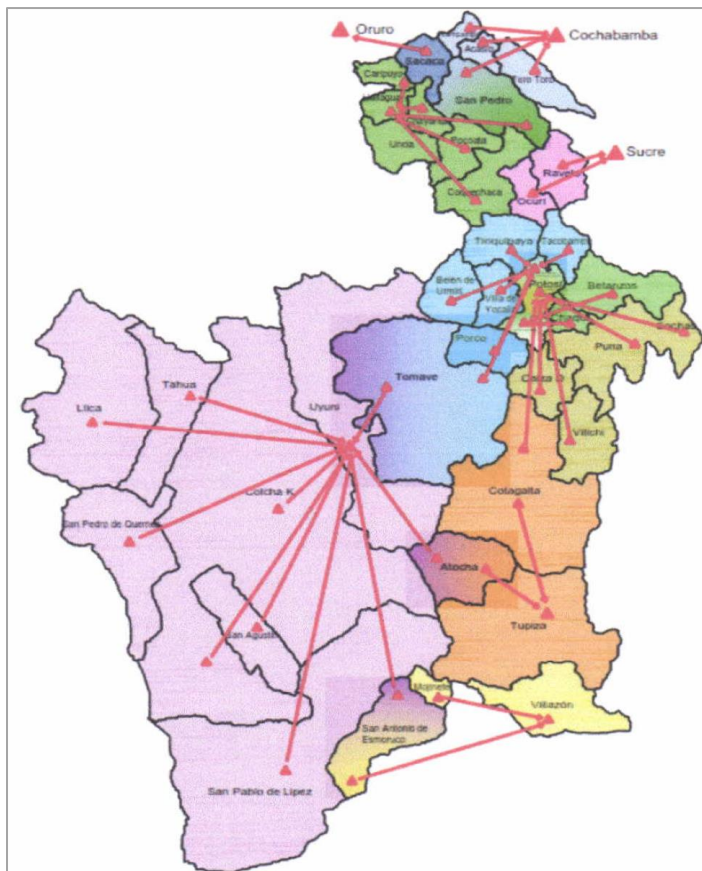
Un trabajo realizado por Medicus Mundi en el departamento de Potosí durante el 2017, pudo identificar los corredores sociales de los municipios en el departamento, lo que permitió identificar los siguientes criterios para la propuesta de la Referencia y Contrareferencia regionalizada en cuanto a establecimientos de salud:

- Accesibilidad Geográfica.- (terrestre ubicación estratégica y otros) de los Establecimientos de salud a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- Referencias.- (sistema de referencia y contrareferencia) de emergencias médicas, tiempo de referencia del establecimiento de origen a otro de mayor capacidad resolutive. Considerando los criterios de la calidad los estándares Adecuado, Justificado y Oportuno - AJO.
- Población.- Criterios de la normativa vigente.
- Capacidad Resolutive.- organización funcional y técnica de los Establecimientos de acuerdo a sus diferentes niveles.
- Criterio Técnico.- Por los equipos de las coordinaciones de red, autoridades y técnicos del SEDES.
- Infraestructura, equipamiento y servicios básicos existentes. (Información contenida en el Instrumento de Diagnóstico Rápido y línea de base de Medicus Mundi).

Estos criterios permitieron trazar un mapa de referencia y contrareferencia en la propuesta de la estrategia regionalizada del departamento la cual identifica 6 redes departamentales que evidentemente difieren al diseño definido a través de la norma nacional.



**Gráfico 4 Mapa de referencia y contrareferencia de la estrategia regionalizada. Medicus Mundi 2017**



**Fuente: Estrategia Regionalizada de Referencia y Contrareferencia del Departamento de Potosí 2017 – 2020. Medicus Mundi, SEDES Potosí, Ministerio de Salud.**

Si bien los trabajos mencionados identifican que las redes actuales no resultan ser efectivamente funcionales, los resultados obtenidos a través de estas experiencias no son plasmadas en la voluntad política de redefinir las redes de salud evidenciando una brecha entre las necesidades locales y la capacidad política-técnica para poner en marchas el rediseño de redes de salud.

### **3. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública**

La presente propuesta de intervención está alineada con aquellos documentos que definen la política pública sanitaria con énfasis en redes de salud, se consideran como los principales documentos a los siguientes:

- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” N° 031.
- Ley de prestaciones de servicios de salud integral del estado N° 475.
- Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008 – Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI.
- Plan de Desarrollo Económico y Social 2016 – 2020.
- Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016-2020 del Ministerio de Salud y su Plan Estratégico Institucional 2016-2020.
- Plan Departamental de Desarrollo Social de Potosí 2016-2020
- Plan Estratégico de Salud del Departamento de Potosí 2014 -2018.

#### **3.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia**

Las políticas de salud definidas desde la Constitución Política del Estado de 7 de febrero de 2009, se enfocan hacia el Derecho a la Salud y el Acceso Universal a Servicios de Salud en su artículo 18 y al Aseguramiento Universal en su artículo 36, asimismo, identifica las estrategias para alcanzar estas políticas reconociendo como primer “SUS” a la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, que garantiza el acceso universal a servicios de salud, de similar manera identifica al segundo “SUS”, como la creación del Seguro Universal de Salud, que permite el aseguramiento universal de la población; así también, reconoce a la medicina tradicional como parte del sistema nacional de salud.

El artículo 298 de la CPE asigna como competencia exclusiva del nivel central del Estado la definición de las políticas del sistema de educación y salud y su artículo

299 determina como competencias concurrentes entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas a la gestión del sistema de salud y educación.

Es importante recalcar que la CPE prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, además, su artículo 40 dicta: *“El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud”*.

### **3.2. La Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bóñez” N° 031**

La promulgación de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bóñez” N° 031 de 19 de julio de 2010, tiene por objeto la regulación del régimen de autonomías del país y distribuye las competencias que deberán ser ejercidas por los diferentes niveles de gobierno titulares de cada competencia. Esta norma instaura cuatro niveles autonómicos: departamental, regional<sup>17</sup>, municipal e indígena; la Ley define los tipos de competencias y describe las competencias específicas en materia de salud para cada nivel autonómico, sin embargo, para objeto de la presente propuesta de intervención resulta oportuno mencionar aquellos puntos relativos al diseño de redes de salud.

El nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias:

- *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.*

La competencia concurrente asignada a los Gobiernos Autónomos Departamentales, dicta:

- *f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e*

---

<sup>17</sup> Nivel autonómico regional: (CPE, Artículo 280) I. La región, conformada por varios municipios o provincias con continuidad geográfica y sin trascender límites departamentales, se constituirá como un espacio de planificación y gestión.

*indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.*

El artículo 91 establece dentro de las atribuciones del Viceministerio de Salud y Promoción (nivel central) lo siguiente:

- *f) Elaborar normas y reglamentos de las redes del Sistema Único de la Salud.*

De similar manera, el artículo 92, establece las atribuciones del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (nivel central) en materia de redes de salud como sigue:

- *e) Fomentar la investigación en medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud, y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.*

Asimismo, define una nueva estructura de gestión municipal de salud reemplazando al DILOS:

*d) Crear la Instancia Máxima de Gestión Local de la Salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.*

### **3.3. Ley de prestaciones de servicios de salud integral del estado N° 475 de 30 de diciembre de 2013**

La Ley de prestaciones de servicios de salud integral del estado N° 475 de 30 de diciembre de 2013 unificó los dos seguros públicos existentes al momento de su promulgación, el Seguro Universal Materno Infantil - SUMI (Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor - SSPAM (Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006). Se añaden a los beneficiarios previamente establecidos, las personas con discapacidad y mujeres en edad fértil para prestaciones de salud sexual y reproductiva. Así mismo, pretende establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud definiendo los mecanismos de financiamiento y la otorgación de prestaciones.

Actualmente, el DS N° 1984 de 30 de abril de 2014 – Reglamento a la Ley N° 475 de prestaciones de servicios de salud integral, otorga la responsabilidad a nivel central de la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud en coordinación con las entidades territoriales autónomas departamentales y municipales (sin embargo, la Ley 031 establece como competencia concurrente del Gobierno Autónomo Departamental la estructuración de las redes funcionales y de calidad) de la siguiente manera:

*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.*

Además, en su artículo segundo (Definiciones) inciso c) define las redes funcionales de servicios de salud como *“Es aquella conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores público, de la seguridad social a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contrareferencia, complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud”*.

El marco legal de la Ley N° 475 no especifica la existencia o eliminación de las redes municipales de salud, quedando vigente su organización y funciones en el DS N° 29601 de 11 de junio de 2008 y la RM N° 1036 de 21 de noviembre de 2008.

### **3.4. Decreto Supremo N° 29601 Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud SAFCI**

Otro marco estratégico y legal clave es el Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI promulgado a través del DS N° 29601 de 11 de junio de 2008 (elevado a rango de política), que garantiza la inclusión y acceso universal a la salud, reconociendo que este es un derecho político, social, económico, cultural y ambiental, de todas las bolivianas y todos los bolivianos,

donde los problemas de salud se resolverán en la medida en que se tomen acciones sobre sus determinantes a partir de la corresponsabilidad de los actores en la toma de decisiones sobre la atención de salud, mediante la gestión participativa; en el marco de la reciprocidad y complementariedad con la medicina tradicional.

Por tanto, la salud familiar comunitaria se entiende como una política pública que busca incidir sobre factores determinantes y condicionantes de la salud que prioriza las familias y las comunidades, desarrollando su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional; de esta manera, reconoce tres tipos de estructuras para la gestión en salud, la estructura estatal, la estructura social y los espacios de deliberación intersectorial.

El modelo de atención de salud se define como:

- *El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.*

Esta definición asume los principios definidos en la atención primaria de salud renovada.

El DS N° 29601 establece la estructura de la red de salud en redes de servicios y red municipal SAFCI, de la siguiente manera:

*Artículo 10.- (Redes de servicios)*

- *IA fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, se constituyen las Redes de Servicios. Cada Red deberá estar conformada*

*por un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios municipios.*

- *II Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y ~~retorno~~-contrareferencia de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción.*
- *III La reglamentación será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.*

*Artículo 12.- (Red municipal SAFCI)*

- *I. Es la estructura operativa del Modelo SAFCI constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma.*
- *II. Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de su jurisdicción), la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores en el marco de la salud familiar y la interculturalidad.*

La carpeta familiar resulta ser el instrumento básico de implementación del modelo de atención (política), que enfatiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y los riesgos. Entra en vigencia a través de la RM N° 0017 de 05 de enero de 2012 – Instructivo Carpeta Familiar

La RM N° 0737 de 21 de abril de 2009 – Reglamento de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, hace mención sobre la gestión, dotación y distribución de recursos humanos con un fuerte componente en el ex Directorio Local de Salud - DILOS como se detalla a continuación:

- *Artículo 36.- Atribuciones del SEDES*

*Como máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento, el SEDES tiene las siguientes atribuciones:*

*a) Cumplir y hacer cumplir la Política Nacional de Salud, en base a las prioridades y necesidades de salud regionales, así como también las normas de orden público, normas de los seguros públicos de salud vigentes, normas técnico - administrativo y jurídicas para la dotación, mantenimiento y renovación de infraestructura, equipamiento e insumos de los establecimientos de salud además de la gestión de recursos humanos, en su jurisdicción territorial en el marco de la SAFCI.*

- *Artículo 39.- Atribuciones y Funciones del DILOS (IMGLS de la Ley 031)*

*i) Controla y gestiona la dotación y la adecuada distribución de los recursos humanos del sistema de salud (público, cajas de salud de los seguros a corto plazo, privado con o sin fines de lucro) al interior de la Red Municipal SAFCI, dotación de recursos de IDH tienen que entra bajo la normativa del ministerio de salud referirse al DS N° 29565*

- *Artículo 40.- Atribuciones y funciones del consejo social municipal en el DILOS*

*b) Controla la adecuada distribución de los recursos humanos al interior de la Red Municipal SAFCI.*

- *Artículo 41.- Atribuciones y funciones del director técnico o su representante ante el DILOS*

*c) Gestiona los requerimientos de recursos humanos y su distribución adecuada en la Red Municipal SAFCI.*

- *Artículo 42.- Funciones del alcalde o su representante en el DILOS*

*l) Garantiza la dotación, el mantenimiento y la renovación de los recursos físicos (infraestructura equipamiento e insumos) además de los recursos humanos de la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios de Salud.*



### **3.5. Plan de Desarrollo Económico y Social 2016 – 2020**

El PDES está basado en el marco de los 13 pilares de la Agenda Patriótica 2025, donde la salud se encuentra en el PILAR 3, los desafíos identificados dentro de este pilar en materia sanitaria son:

- Atención integral de salud a la población desfavorecida incluyendo acciones para enfrentar los desafíos que resultan de la variabilidad climática.
- Ampliar y mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Se evidencia un fuerte componente de implementación de servicios hospitalarios a través del Plan Hospitales para Bolivia que prevé la construcción y equipamiento de 47 hospitales de segundo, tercer y cuarto nivel de atención. Según la normativa vigente, los nuevos hospitales deben articularse en red con otros establecimientos de salud de diferente nivel de atención y categoría<sup>18</sup>.

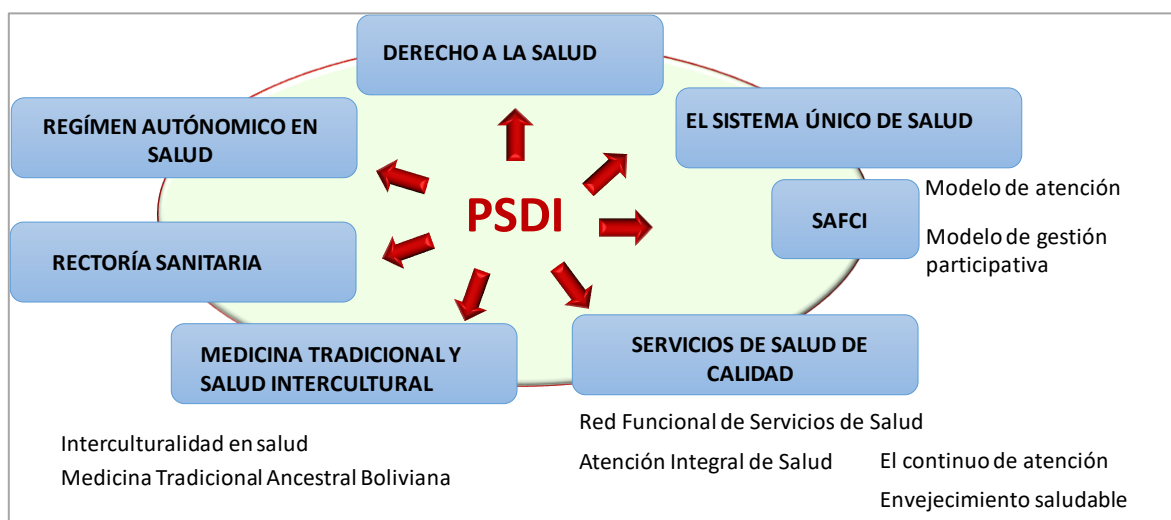
### **3.6. El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016-2020**

En el marco de la Ley 777 Sistema de Planificación Integral del Estado – SPIE, el Ministerio de Salud desarrolló el Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016-2020 y es aprobado a través de la RM N° 0908 de 09 de septiembre de 2016, el cual define las siguientes políticas y lineamientos estratégicos:

---

<sup>18</sup> RM N° 1036 de 21 de noviembre de 2008 - Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios

## Gráfico 5 Políticas y lineamientos estratégicos del PSDI 2016 - 2020 del Ministerio de Salud



**Fuente: Elaboración propia con base en el PSDI 2016 - 2020**

El PSDI define a las redes funcionales de servicios de salud como: *“el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de 1er, 2do y 3er nivel, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad, para garantizar la capacidad resolutive máxima en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y daño”*.

La red funcional de servicios de salud tiene la característica de no considerar como obstáculos a los límites administrativo-políticos preestablecidos partiendo de una concepción reactiva<sup>19</sup>. Da respuesta a las necesidades de atención en salud, bajo criterios de accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad por parte del usuario.

Este documento reconoce a los servicios de salud como el conjunto de atenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y reinserción social, respaldado por normas y protocolos oficiales nacionales o, en su ausencia, internacional. Así también,

<sup>19</sup> Ministerio de Salud y Deportes. Estructuración de redes funcionales de servicios de salud 2012

reconoce la necesidad de una organización estructural y funcional específicas, que hasta el momento han costado implementar; unas son las Redes funcionales de salud y las otras son la atención integral y el continuo de la atención en el ciclo de vida.

Asimismo, y desprendido del PSDI 2016 – 2020, el Ministerio de Salud desarrollo el Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020 aprobado por RM N° 0909 del 09 de septiembre de 2016, en el cual también identifican acciones a desarrollar en materia de gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud que serán medidos a través de los siguientes indicadores de proceso:

- % de áreas de dependencia del Ministerio de Salud, SEDES
- % de establecimientos de salud que están implementando y aplicando la Gestión de Calidad por Resultados
- % de documentos normativos, planes estratégicos, guías, manuales y protocolos emitidos por el Área de Redes de servicios de Salud y Calidad a nivel departamental
- % de establecimientos de salud que brindan atención adecuada de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud.

El presente proyecto plantea una propuesta de diseño de redes de salud basados en la SAFCI en el departamento de Potosí que permita la implementación de las políticas sanitarias definidas para Bolivia.

### **3.7. Plan Departamental de Desarrollo Social de Potosí 2016-2020**

Tiene como objetivo general “Generar procesos de desarrollo humano, para mejorar las condiciones de vida de la población, a través del acceso con calidad y calidez a los servicios de salud, educación, saneamiento básico y vivienda, en el marco del respeto de los derechos humanos en todo el territorio del Departamento de Potosí, para varones y mujeres en todas sus generaciones e igualdad de oportunidades, hasta el año 2020”

Para hacer efectivo este objetivo, plantea el fortalecimiento y profundización de la regionalización y descentralización buscando consolidar a la región como un núcleo articulador del desarrollo económico y social, donde la región se constituye en la unidad territorial de planificación y concurrencia de la inversión pública, donde se desarrollan procesos que garanticen la continuidad y sostenibilidad de las acciones.

Los objetivos, políticas de desarrollo y estrategias según los ejes de desarrollo en Salud son:

- Implementar efectivamente la Política de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que facilite el acceso a los servicios, sin exclusiones, fortaleciendo la promoción, prevención en salud y el fomento al deporte para desarrollar una vida saludable.
- Disminuir las tasas de morbilidad materno infantil a través de una atención oportuna, con equidad, solidaridad, calidad, calidez y acceso a los servicios de salud con enfoque intercultural.
- Reducir la desnutrición materno infantil a través del acceso a los servicios de salud, saneamiento básico, cambios en los hábitos de higiene, promoviendo la seguridad alimentaria en coordinación intersectorial, preservando el medio ambiente para vivir bien.
- Fortalecer la capacidad resolutoria e instalada de la red de servicios de salud del Departamento de Potosí, en cuanto a patologías causadas por la contaminación por metales, producto de la actividad minera, en aquellas regiones que cuentan con este tipo de actividad extractiva.
- Fortalecer las capacidades técnicas de atención de recursos humanos en salud de pregrado, en torno a patologías relacionadas con la contaminación minera y con conocimientos profundos de los valores y actitudes socioculturales subyacentes a los comportamientos de las poblaciones mineras.

- Sensibilizar a niños, jóvenes, adolescentes y población en general para el cambio de actitudes y prácticas de protección de la salud, en torno a la salud ambiental y contaminación.
- Masificar la práctica del deporte competitivo y recreacional en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad y población en general en las 4 regiones del Departamento de Potosí.
- Construir una estrategia de Promoción Integral Departamental como lineamiento orientador para el funcionamiento efectivo de los DILOS y las Redes Municipales, adecuado a la realidad local y articulado a los diferentes programas (Desnutrición cero, AIEPI, SSyR, Epidemiología y otros).
- Mejoramiento del estado nutricional de la mujer y el niño, promoviendo e implementando el programa desnutrición cero a nivel de todos los municipios.

### **3.8. Plan Estratégico de Salud del Departamento de Potosí 2014 -2018**

En el marco de las políticas y estrategias de salud y con el fin de promover el ejercicio pleno del derecho a la salud para vivir bien, plantea acciones dirigidas a efectivizar el acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural, así como la promoción y movilización social, orientados a incidir en las determinantes de la salud, teniendo como líder–rector al SEDES Potosí en todos sus niveles de gestión y con plena participación social.

Las acciones a implementarse deberán estar dirigidas a incidir en las siguientes prioridades/objetivos:

- Disminuir las tasas de morbimortalidad materno infantil a través de una atención oportuna, con equidad, solidaridad, calidad, calidez y acceso a los servicios de salud con enfoque intercultural.
- Reducir la desnutrición materna–infantil a través del acceso a los servicios de salud, saneamiento básico, cambios en los hábitos de higiene, promoviendo la seguridad alimentaria en coordinación intersectorial, preservando el medio ambiente para vivir bien.

- Fortalecer la capacidad resolutive e instalada de la red de servicios de salud del Departamento de Potosí, en cuanto a patologías causadas por la contaminación por metales, producto de la actividad minera, en aquellas regiones que cuentan con este tipo de actividad extractiva.
- Sensibilizar a niños, jóvenes, adolescentes y población en general para el cambio de actitudes y prácticas de protección de la salud, en torno a la salud ambiental y contaminación.
- Masificar la práctica del deporte competitivo y recreacional en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad y población en general en las 4 regiones del Departamento de Potosí.
- Construir una estrategia de Promoción Integral Departamental como lineamiento orientador para el funcionamiento efectivo de los DILOS y las Redes Municipales, adecuado a la realidad local y articulado a los diferentes programas (Desnutrición cero, AIEPI, SSYR, Epidemiología y otros).
- Fortalecimiento de las redes de Servicios de Salud Departamental y Municipal, con Infraestructura y equipamiento en las cuatro regiones del Departamento, con enfoque intercultural.
- Creación de institutos de atención para personas excluidas (discapacitados, adolescentes, personas de la tercera edad, personas de las minorías sexuales, personas con enfermedades no transmisibles).
- Investigación en salud ambiental.

#### **4. Justificación del proyecto**

La presente propuesta de intervención pretende responder a las necesidades y expectativas de la población Potosina principalmente en el acceso a servicios de salud con calidad, contribuir a la equidad en salud y fortalecer el ejercicio al derecho a la salud a través de una propuesta de diseño de redes de salud basados en estándares, experiencias y modelos existentes basados en la atención primaria de salud y el modelo de atención familiar comunitario intercultural.

Es sabido que el departamento de Potosí históricamente presenta los peores indicadores de salud a nivel nacional, además que concentra una importante población en situación de marginalidad y pobreza además de una autoidentificación indígena (aproximadamente 65% de su población total<sup>20</sup>), si se suma a esta situación las barreras en el acceso a los servicios de salud tenemos como resultado a una población privada de uno de los derechos más fundamentales del ser humano, el derecho a la salud.

El departamento de Potosí refleja la misma situación del sistema nacional de salud presentando tres características principales: la segmentación, la fragmentación y la débil rectoría.

Es segmentado, ya que se considera generalmente tres subsectores de salud que responden a distintas formas de financiamiento, de organización, de prestaciones y que atienden a diferentes segmentos de la población: el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado<sup>21</sup>:

- El subsector público, encabezado por el Ministerio de Salud, está compuesto por el conjunto de instituciones, recursos y servicios de salud dependientes de las entidades territoriales autónomas del Estado Plurinacional (Gobiernos municipales y departamentales), de la administración central y descentralizada<sup>22</sup>.
- El subsector de la seguridad social está compuesto por diferentes entidades estatales (como la Caja Nacional de Salud) o privadas (Caja Bancaria Privada) y es regulado por el código de Seguridad Social<sup>23</sup>. Su financiamiento proviene principalmente de los aportes de empleadores públicos y privados.
- El subsector privado incluye los consultorios particulares, policlínicos y clínicas con fines de lucro, además de proveedores sin fines de lucro de ONG

---

<sup>20</sup> INE – CNPV 2012.

<sup>21</sup> La medicina tradicional es considerada por algunos autores como un subsector más sin embargo, por los modos de financiamiento se considera dentro del subsector público.

<sup>22</sup> Existen establecimientos de salud dependientes de las Fuerzas Armadas, Policía y de las Universidades Públicas que se consideran generalmente como pertenecientes al subsector público.

<sup>23</sup> Honorable Congreso Nacional 1956

e Iglesia. El financiamiento del subsector privado proviene principalmente del pago de bolsillo realizado por la población atendida.

Es fragmentado<sup>24</sup>, debido a que cada subsistema tiene sus propias infraestructuras y sus propias condiciones de acceso y atención, además de que dentro de cada subsistema, existen condiciones de acceso, costos y atención muy heterogéneas.

- La fragmentación impide ofrecer a la población una atención en iguales condiciones de cantidad y calidad en el departamento de Potosí y en todo el sistema de salud boliviano. Esto contribuye a la inequidad en el acceso a servicios de salud, a la duplicación de infraestructura en algunas regiones (y carencia de la misma en otras), a los precios excesivos y diferenciados según proveedores y a la respuesta desarticulada en casos de emergencias epidemiológicas.

Finalmente, la debilidad de la rectoría comprende la limitada capacidad de conducción primero por parte del Ministerio de Salud (por lo cual se ha vuelto ejecutante de programas/proyectos en lugar de ejercer la gobernanza del sector – priorización en la implementación de programas verticales), que se replica en la autoridad rectora departamental los SEDES, evidenciando una función reguladora insuficiente y con contradicción interna en su marco jurídico, que no se adecua a las prioridades del sector, además de presentar ineficacia e ineficiencia en la gestión del sistema de salud en todos los niveles institucionales.

El nuevo modelo operacional para la Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud es llamado SAFCI (Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural)<sup>25</sup> y bajo esta política, se diseñan las vigentes redes de salud (de servicios y municipales), las cuales supone un diseño basado en un modelo de

---

<sup>24</sup> Existencia de múltiples agentes que se superponen y operan sin coordinación e integración dentro del sistema de salud

<sup>25</sup> Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008. Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.



atención familiar, sin embargo se pueden identificar importantes inconvenientes para otorgar una real viabilidad e integralidad en las redes de salud:

- Diseño de redes basado en la oferta. La concepción de las redes de servicios de salud de la normativa vigente mantiene la imagen clásica de una pirámide con el hospital de segundo nivel de atención en la parte superior y con una serie de establecimientos de salud de primer nivel en sus diferentes categorías que refieren sus casos a éste bajo un componente de autoreferencia y autocontrareferencia (las boletas de referencia condicionan al usuario de servicios de salud a romper la longitudinalidad de la atención e ir en busca de soluciones de problema por cuenta propia, es decir, autoreferencia del usuario).

Es así que se conformarán tantas redes de servicios de salud como hospitales de segundo nivel existan, lo que se denomina como redes de establecimientos de salud que “buscan” la capacidad resolutiva<sup>26</sup> de la red al 90 – 95 % al articular el primer nivel de atención con un segundo nivel suponiendo una oferta unánime en todas las categorías de establecimientos de salud (basándose en las normas de caracterización de establecimientos de salud tanto de primer, segundo y, en actual construcción, de tercer nivel de atención), situación que no refleja la realidad local nacional ni departamental en el caso de Potosí.

- Concepción y mantenimiento de límites jurisdiccionales territoriales. Contrariamente a las redes de servicios, la normativa nacional diseña redes municipales SAFCI, las cuales respetan los límites municipales bajo la perspectiva de competencias territoriales que garanticen el financiamiento de los gobiernos autónomos municipales en materia de infraestructura, equipamiento (en establecimientos de primer y segundo nivel de atención) e insumos y medicamentos (para establecimientos de primer, segundo y tercer

---

<sup>26</sup> Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada teórica, y son responsables de la solución de los problemas de salud, deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable.

nivel de atención), además de recurso humanos en caso que se amerite, para cada tipo de establecimientos de salud disponibles dentro de su territorio jurisdiccional.

Bajo esta concepción se identifica un número de 279 municipios sin disponibilidad de hospitales de segundo o tercer nivel de atención para el año 2016 (35 corresponden al departamento de Potosí), lo que significa una capacidad resolutive limitada a la cartera de servicios del primer nivel de atención, situación que genera en las autoridades ediles una falsa necesidad de implementación de hospitales de segundo nivel (por lo menos) en cada uno de estos los municipios, situación totalmente insostenible logística y económicamente.

- Contraria visión hospitalocentrista<sup>27</sup> frente a la atención primaria de salud o SAFCI. Las redes de salud bajo la normativa vigente mantienen una visión de diseño de redes desarrolladas en torno a hospitales y especialistas lo que representa una causa importante de ineficacia, inaccesibilidad y desigualdad; las soluciones planteadas desde el gobierno central direccionan el financiamiento del sector salud hacia la construcción y equipamiento hospitalario<sup>28</sup> y especialización del personal de salud paradójicamente bajo la bandera de la política SAFCI, sin visión de articulación en redes de salud y desconociendo los principios de la atención primaria renovada, que en el largo plazo, resultarán insostenibles desde las entidades territoriales autónomas (segundo nivel para el gobierno municipal, tercer nivel para el gobierno departamental y cuarto nivel desde el nivel central).
- Pérdida de visión de los corredores sociales en el diseño de las redes de salud. La norma vigente realza los límites territoriales en la construcción de redes de salud, la pérdida de visión en los corredores socioeconómicos de la población generan redes sin funcionalidad, asignación de población a

---

<sup>27</sup> Focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada tanto por parte de la población como de autoridades sanitarias nacionales y departamentales.

<sup>28</sup> Evidentemente, el buen funcionamiento del tercer y cuarto nivel de atención especializado responde a una demanda real: dicha atención es necesaria, como mínimo, para la credibilidad política del sistema de salud.

establecimientos de salud no reales, sobrecarga poblacional en unos o capacidad instalada ociosa en otros establecimientos y la peor situación encontrada: negación de la atención en salud a usuarios provenientes de otras jurisdicciones (el caso de Tarija para población de Chuquisaca).

Además, se considera como natural que la población sea la quien debe buscar la atención médica en establecimientos de salud, de esta manera, se mantiene la visión asistencial en el modelo de atención, pérdida de confianza en el personal de salud del primer nivel de atención y sentimiento de insatisfacción de necesidades de salud.

- Diseño de redes bajo formas jerárquicas de organización. Resulta lamentable que la normativa que define un modelo de atención familiar comunitario e intercultural (DS 29601) en el país, sea contradictoria con el mantenimiento de una organización jerárquica de los niveles de atención; entendiéndose que lo que se opone a la lógica de redes son las pirámides, la normativa debería desarticular la idea de las pirámides (telarañas concéntricas) asumiendo las formas de articulación multicéntricas.

Los niveles de atención ponen a hospitales de tercer nivel en la cima, como aquel lugar donde la prestación de servicios de salud garantiza la resolución de problemas de salud de la población en desmedro de un primer nivel de atención concebido como aquel servicio de baja calidad, de baja resolutivez y confundido muchas veces con la atención primaria de salud<sup>29</sup>. El primer nivel de atención es el lugar de la promoción y prevención (sin diferenciar claramente el alcance entre estos dos conceptos) con personal de salud con débiles competencias en resolución efectiva de problemas de salud, objeto de operativizar acciones definidas desde los niveles gerenciales del sistema (Ministerio de Salud y SEDES principalmente) con una desproporcionada carga administrativa y responsabilidad inconsistente con las condiciones laborales ofertadas. Todo esto que llegó, en un momento, a declarar que todo

---

<sup>29</sup> Es frecuente encontrar en funcionarios de salud tanto gerenciales como operativos la concepción de la atención primaria de salud como un primer nivel de atención en el departamento de Potosí como en el resto del país.

lo que hace el sistema de salud es apisonar a su primer nivel de atención (principalmente en el subsector público).

Los niveles de atención secundarios y terciarios están constituidos por tecnologías de mayor densidad tecnológica, pero no de mayor complejidad. Tal visión distorsionada de *complejidad*<sup>30</sup> lleva, consciente o inconscientemente a los políticos, los gestores, los profesionales de salud y la población, a una sobrevalorización, ya sea material o simbólica, de las prácticas que son realizadas en los niveles secundarios y terciarios de atención de salud y, consecuentemente, a una banalización de la APS.

- La gobernanza de la red queda reducida al cargo de coordinador de red. La coordinación de red tiene un papel menospreciado dentro de la red, este personal no tiene tuición sobre la gestión de los establecimientos de salud, no disponen de capacidad de toma de decisiones sobre la red, son dependientes de una jefatura dentro de los SEDES (jefatura de redes de servicios y calidad) como tampoco sobre la dotación de los recursos humanos en salud (pese a poder identificarlos) tampoco disponen de financiamiento adecuado por lo que deben gestionar con los municipios asignados los recursos para sus actividades sin un soporte legal, además no disponen de herramientas para la gestión de red y este nivel es ignorado dentro de los niveles de gestión del modelo SAFCI, sin embargo, se le asignan responsabilidades diversas desde los programas definidos desde el SEDES o del Ministerio de Salud y resultan ser invisibles desde el subsector de la seguridad social y privado donde no tienen ninguna tuición.
- Persistencia de un modelo de gestión tradicional el cual es jerarquizado, burocrático, poco autónomo, carente de visión integral de los procesos, centrado en normas y no en objetivos, proclive a controlar procedimientos pero no a medir resultados o impactos, operante sobre mercados cautivos -

---

<sup>30</sup> No es verdad que la APS sea menos compleja que los cuidados llamados de media y alta complejidad. Es la APS quien debe atender más de 85% de los problemas de salud; es allí donde se sitúa la clínica más ampliada y donde se ofertan, preferentemente, tecnologías de alta complejidad.

ciudadanos que no pueden optar por quedarse fuera del sistema-, falta de concentración en el cliente.

Si bien, esta realidad es de conocimiento y reconocimiento del personal de salud y sus autoridades a nivel departamental y nacional, las acciones tomadas para un cambio en esta realidad persisten sin lograr resultados óptimos, muchas acciones son consideradas como fortalecimiento de las redes (programas de gran magnitud financiados por la cooperación internacional en diferentes territorios del país como FORSA de JICA, FOREDES de la cooperación Belga, FORES con financiamiento BID, proyecto FORTALESSA y la iniciativa REFISS de la OPS y ONG financiadas con recursos de AECID bajo el Programa de fortalecimiento del sistema público de salud en Bolivia por mencionar los más relevantes) sin acciones efectivas sobre el diseño de redes basadas en un modelo de atención familiar comunitario intercultural que rescata los principios de la APS<sup>31</sup>.

La desconcentración para la gestión de las redes no debe favorecer la desintegración del sistema en su conjunto sino, por el contrario, una mayor armonización. Esto implica desarrollar simultáneamente elementos de regulación, de coordinación y de asistencia técnica desde el nivel nacional y regional, necesarios para dar lugar a las condiciones anteriores. Los primeros esquemas organizacionales del Ministerio de Salud se agruparon bajo criterios geográfico-administrativos en un esquema de planificación centralizada.

En las últimas décadas, los criterios de agrupación han intentado establecer un mejor balance entre la oferta y la demanda. Los distritos y áreas de salud, redes municipales SAFCI, redes de servicios, Unidades Territoriales de Salud y redes funcionales de servicios de salud, denominaciones que, pese a esta intención, fueron conformados esencialmente desde la perspectiva de la oferta<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Sin unas políticas y un liderazgo fuertes, las redes de salud no gravitan espontáneamente en torno a los valores de la APS ni responden de forma eficaz a los desafíos sanitarios cambiantes.

<sup>32</sup> Redes de Establecimientos de Salud basadas en la oferta y/o en bajo criterios geográfico-administrativos. Las redes municipales SAFCI se denominan Unidades territoriales de Salud en el documento técnico estratégico SAFCI - versión didáctica aprobada a través de la RM 0332 de 01 de abril de 2013.

La presente propuesta de intervención pretende considerar estas necesidades en materia de diseño de redes de salud que permitan una adecuada organización de los recursos sanitarios en dos modelos de redes dentro del departamento de Potosí.

## **5. Análisis del problema a intervenir**

Para identificar los problemas dentro de las redes de servicios de salud del departamento de Potosí, se rescatan, a manera de fuente secundaria de información, aquellos diagnósticos realizados por el programa de Fortalecimiento de las Redes Integrales de Salud en el Departamento de Potosí 2614/BL – BO del Ministerio de Salud en diferentes momentos, el primero es parte del documento “Elaboración de los lineamientos operativos del plan estratégico departamental que deberán ser apoyados en el marco del proyecto” elaborado por el Dr. Antonio Saravia bajo asistencia técnica del BID en 2014 y el segundo es la aplicación de la herramienta autodiagnóstica REFISS de la OPS por la firma consultora de origen italiano CESTAS<sup>33</sup> en el marco de la consultoría “Elaboración y gestión del plan de promoción de la salud y capacitación de personal de salud en el departamento de Potosí” en 2016. La vinculación de principales causas y efectos de los problemas identificados quedan resumidos en el árbol de problemas planteado para la presente propuesta de intervención disponible en el anexo 20.1.

### **5.1. Situación de los equipos de coordinación de red**

Este diagnóstico responde al Plan de Ejecución Plurianual del Proyecto - PEP del programa Fortalecimiento de las redes integrales de salud en el departamento de Potosí - 2614/BL-BO del Ministerio de Salud con financiamiento del BID, en el cual estaban consideradas, entre otras, las siguientes actividades: a) Elaboración de la estrategia de gestión institucional y b) Implementación de la estrategia institucional.

---

<sup>33</sup> Centro Di Educacione Sanitaria e Tecnologie Apropiate Sanitarie - Organizzazione di Cooperazione Internazionale Ente di Formazione

El diagnóstico pone énfasis en la situación de los equipos de coordinación de red en función a las siguientes condiciones: medios de comunicación, infraestructura y equipamiento, recursos humanos, gestión administrativa y apoyo a los servicios de salud, gobernanza de la red, promoción de la salud y participación social. Cabe mencionar que este diagnóstico no dispone de datos de dos redes: la red Potosí Rural por tener personal nuevo con desconocimiento de la situación de su red y la red Ocurí que en el momento del diagnóstico no existía acceso terrestre.

#### **5.1.1. Medios de comunicación**

Sin considerar la situación especial de la red urbana, se puede señalar que en las demás redes, los caminos son de tierra y no son estables durante todo el año, quedando intransitables en algunos tramos durante la época de lluvias.

En cuanto a la disponibilidad de medios de transporte, de las 9 Coordinaciones de red, solo una tiene un vehículo propio (red Potosí Urbano), dos tienen vehículos prestados por un municipio o una agencia de cooperación (red Cotagaita y Tupiza), y 6 no tienen ningún medio de transporte propio; en algunos casos por falta de recursos financieros para realizar los mantenimientos necesarios (red Uyuni, Cotagaita y Uncía). Por lo general se trata de vehículos donados por organismos de cooperación que ya concluyeron su intervención.

Las radios se utilizan en buenas condiciones en 4 de las redes, de las cuales dos son prestadas de los municipios (red Tupiza y Uyuni), dos tienen acceso a teléfonos públicos, y en todas se utilizan para la comunicación los teléfonos celulares del personal, sin reconocer ningún pago por este consumo. En algún momento se dotó de teléfonos celulares corporativos a los coordinadores de red, pero este servicio dejó de funcionar por falta de pago.

Los caminos de acceso a las ciudades o poblaciones donde se encuentran las coordinaciones de red, son asfaltados a excepción de la red Sacaca que es de tierra, pero al interior del territorio de cada coordinación de red los caminos son de tierra e inestables.

### **5.1.2. Infraestructura y equipamiento**

Solo 2 de las 9 Coordinaciones (red Tupiza y Sacaca) tienen infraestructura propia, 5 redes se encuentran alojadas en predios o ambientes de establecimientos de salud en condiciones inapropiadas y solo una de ellas tiene equipamiento mínimamente adecuado (red Tupiza) presentando el resto de las redes equipamiento de oficina y mobiliario en malas condiciones.

### **5.1.3. Personal del equipo de coordinación de red**

Cada red presenta una característica particular, sin embargo se identifican principalmente que solo 6 de las 9 redes tienen un coordinador de red definido. El equipo básico de las Coordinaciones de Redes está constituido, por Coordinador (médico), Asistente técnico (Licenciada en Enfermería), Estadístico y Conductor, al que se ha aumentado otro personal de acuerdo a necesidades, aunque en algunos casos no parece estar justificado. Se evidencia periodos prolongados sin asignación de este cargo gerencial.

### **5.1.4. Gestión administrativa y apoyo a los servicios de salud**

Está claro que las Coordinaciones de Red, no han realizado hasta la fecha un ejercicio administrativo de recursos financieros por carecer de ellos, esto causa una gran debilidad a las Coordinaciones que en gran medida dependen del apoyo esporádico que pueda otorgarle alguno de los municipios conformantes de la red.

Solamente en un caso se ha recibido apoyo financiero del SEDES (2013) aunque al final del periodo, y en un solo caso la Coordinación participa del aprovisionamiento a los servicios de salud.

### **5.1.5. Gobernanza de la red**

Resulta evidente que no existe gobernanza de la red por parte del equipo de coordinación de red, debido a una precaria situación de las Coordinaciones de Red y la falta de capacidad técnica del personal, que es precisamente la base para llevar adelante la gobernanza de la red por parte de la Coordinación.



Se reconoce los problemas que se ocasiona en la integración de los equipos de salud, la presencia de personal proveniente de diversas fuentes de financiamiento (todos los niveles de gestión) quienes no necesariamente requieren de coordinar o trabajar con el equipo de coordinación de red (superposición de competencias en dotación de recursos humanos en salud a través de los programas verticales del Ministerio de Salud), de similar manera, el SEDES Potosí coordina directamente con sus establecimientos de salud mermando la autoridad de la coordinación de red.

#### **5.1.6. Promoción de la salud**

Es evidente que se están desarrollando algunas actividades de promoción de la salud, pero también es patente la falta de programas que emanen del SEDES, que orienten y fortalezcan estos esfuerzos y el apoyo financiero para realizarlos.

#### **5.1.7. Participación social**

La participación de la comunidad es muy variable, en los diferentes municipios, se requiere de mayor apoyo técnico y tomar en cuenta otras agrupaciones ciudadanas, como en el caso de Tupiza.

### **5.2. Diagnóstico REFISS**

Este diagnóstico de las 11 redes de servicios de salud del departamento de Potosí fue realizada por el equipo técnico de la firma consultora CESTAS, equipo técnico del SEDES Potosí, equipo técnico consultor del BID y equipo supervisor del programa 2614/BL-BO del Ministerio de Salud durante los últimos meses del 2016 en respuesta a los términos de referencia de la consultoría mencionada.

Se comprende que la herramienta REFISS resulta de una adaptación al contexto boliviano de la RISS de la OPS basados en los 4 ámbitos y 14 atributos concernientes a las redes integradas de servicios de salud, sin embargo, su aplicación por el equipo técnico mencionado líneas arriba identificó la necesidad de

ajustar y complementar esta herramienta para una adecuación a la política SAFCI en el departamento de Potosí<sup>34</sup>.

Se presenta a continuación un análisis a los resultados obtenidos sobre la evaluación de los 14 atributos con la herramienta REFISS “ajustada” a través de los gráficos radiales generados (o gráficos en tela de araña) que define la metodología RISS para expresar el grado de funcionalidad e integralidad de cada una de las redes del departamento de Potosí.

La evaluación de las variables para cada atributo permite identificar de manera participativa los porcentajes logrados a través de medios de verificación, los resultados pueden interpretarse según una escala cromática cuyos porcentajes comprendidos entre 0 a 50 estarán en la Zona Roja que expresa la necesidad de toma de acciones urgentes en el Plan Operativo REFISS, aquellos atributos que presenten porcentajes entre 51 a 84 pertenecerán a la zona amarilla que se expresarán como aquellos que requieren de acciones de mejora en Plan Operativo REFISS y finalmente los porcentajes entre 85 y 100 estarán en la zona verde y sobre los cuales se deben tomar acciones de sostenibilidad en plan Operativo REFISS.

Con esta explicación, se presenta a continuación la escala cromática obtenida para los 14 atributos de la REFISS en las 11 redes del departamento de Potosí:

**Tabla 2 Escala cromática REFISS en seis redes de servicios de salud de Potosí. 2016**

Nº	ATRIBUTO	SACACA	UNCÍA	OCURÍ	BETANZOS	POTOSÍ RURAL	POTOSÍ URBANO
1	Área de influencia	50.5	63.0	46.9	59,3	61.8	58.3
2	Oferta integral de servicios	52.2	50.7	46.3	58,9	40	49.0
3	1er Nivel - puerta de entrada	43.2	65.7	26.8	56,5	46.2	36.0
4	Presentación servicios especializados intra-extra hospitalario	38.4	42.9	26.9	32,4	33.4	18.8

<sup>34</sup> Informes técnicos del equipo supervisor del programa 2614/BL-BO del Ministerio de Salud.

Nº	ATRIBUTO	SACACA	UNCÍA	OCURÍ	BETANZOS	POTOSÍ RURAL	POTOSÍ URBANO
5	Coordinación y continuidad de la atención	36.5	55.9	46.4	47,1	48.9	40.0
6	Atención centrada en la persona	56.2	81.9	56.7	63,9	61.7	65.0
7	Rectoría - gobernanza de la Red	46.5	61.8	32.8	58,8	42	55.6
8	Participación social amplia	49.8	63.9	47.0	77,8	66.7	40.0
9	Acción intersectorial	30.4	39.4	43.6	50	36.6	39.4
10	Gestión Integrada de Sistemas	48.7	60.5	42.8	58,9	39.2	53.5
11	Recursos humanos	44.3	50.0	26.9	33,3	32.1	30.8
12	Sistema información integrado	65.4	65.0	71.9	85	67.8	56.3
13	Gestión basada resultados	57.9	56.3	35.7	79,2	38.1	49.2
14	Financiamiento adecuado/incentivos	46.2	37.5	50.0	47,2	52.6	23.1

**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

De esta manera, la red con más atributos que no llegaron a superar el 50 % es la red Ocurí (12 de sus atributos con menos de 50 %); seguido por dos redes con 10 de sus 14 atributos con menos del 50 % la red Sacaca y la red Potosí Urbano, y dos redes también con 9 atributos con menos de 50 %, la red Cotagaita y la red potosí Rural; se recalca que existen 3 redes que identificaron el mismo atributo (Sistema información integrado) con un porcentaje superior al 85 % y son la red Villazón, red Puna y red Betanzos.

Las redes con más atributos que superan el 50 % en su evaluación son: la red Puna con 11 atributos “amarillos” y uno “verde” y las redes Uncía y Puna que presentan 11 atributos entre 51 a 84.

**Tabla 3 Escala cromática REFISS en cinco redes de servicios de salud de Potosí. 2016**

Nº	ATRIBUTO	PUNA	UYUNI	COTAGAITA	TUPIZA	VILLAZÓN
1	Área de influencia	76.7	72.9	58.5	43,3	54.2
2	Oferta integral de servicios	67.0	60.4	59.0	52,2	48.8
3	1er Nivel - puerta de entrada	63.3	60.7	53.5	35,2	29

Nº	ATRIBUTO	PUNA	UYUNI	COTAGAITA	TUPIZA	VILLAZÓN
4	Presentación servicios especializados intra-extra hospitalario	29.3	33.5	19.0	19,4	0
5	Coordinación y continuidad de la atención	64.3	63.3	40.0	61,2	20
6	Atención centrada en la persona	78.3	60.8	60.0	51,2	55
7	Rectoría -gobernanza de la Red	72.3	51.9	50.0	62,4	0
8	Participación social amplia	76.7	73.3	55.0	74	30
9	Acción intersectorial	43.0	27.9	38.0	51,4	20.3
10	Gestión Integrada de Sistemas	56.0	50.7	47.0	41,2	54.4
11	Recursos humanos	49.0	32.0	47.0	23	7.7
12	Sistema información integrado	85.7	73.1	35.5	66,2	87.5
13	Gestión basada resultados	62.0	69.2	28.5	48,4	57.1
14	Financiamiento adecuado/incentivos	61.3	42.3	42.5	44,4	53.8

**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

### 5.2.1. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Sacaca

La red Sacaca presenta el 71,4% de los atributos REFISS en zona roja, 28,6 % en la zona amarilla y ninguno en la zona verde como se detalla en la siguiente tabla:

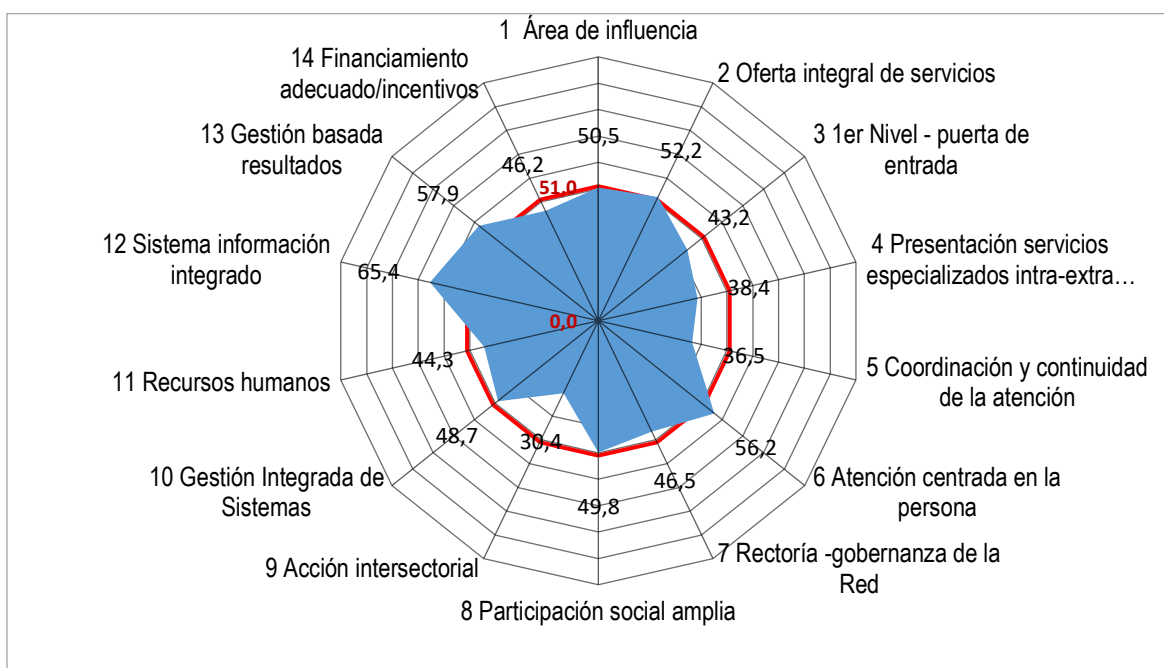
**Tabla 4 Situación de los atributos REFISS en la red Sacaca**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>10 (71.4%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<b>Nota: &lt;40 puntos</b> -Prestación de servicios especializados -Coordinación y continuidad de la atención -Acción intersectorial	<b>Nota: de 40 a 50 puntos</b> -Área de influencia -Primer nivel puerta de entrada -Rectoría y gobernanza Red -Participación social amplia -Gestión integrada de sistemas -RRHH. -Financiamiento adecuado incentivos
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>				

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>4 (28.6%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	-Oferta integral de servicios -Atención centrada en la persona -Sistema de información integrado -Gestión basada resultados
3	<b>Zona Verde</b> (85-100) Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	0	Ningún atributo llevo a esta nota

**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

**Gráfico 6 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Sacaca**



**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

## 5.2.2. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Uncía

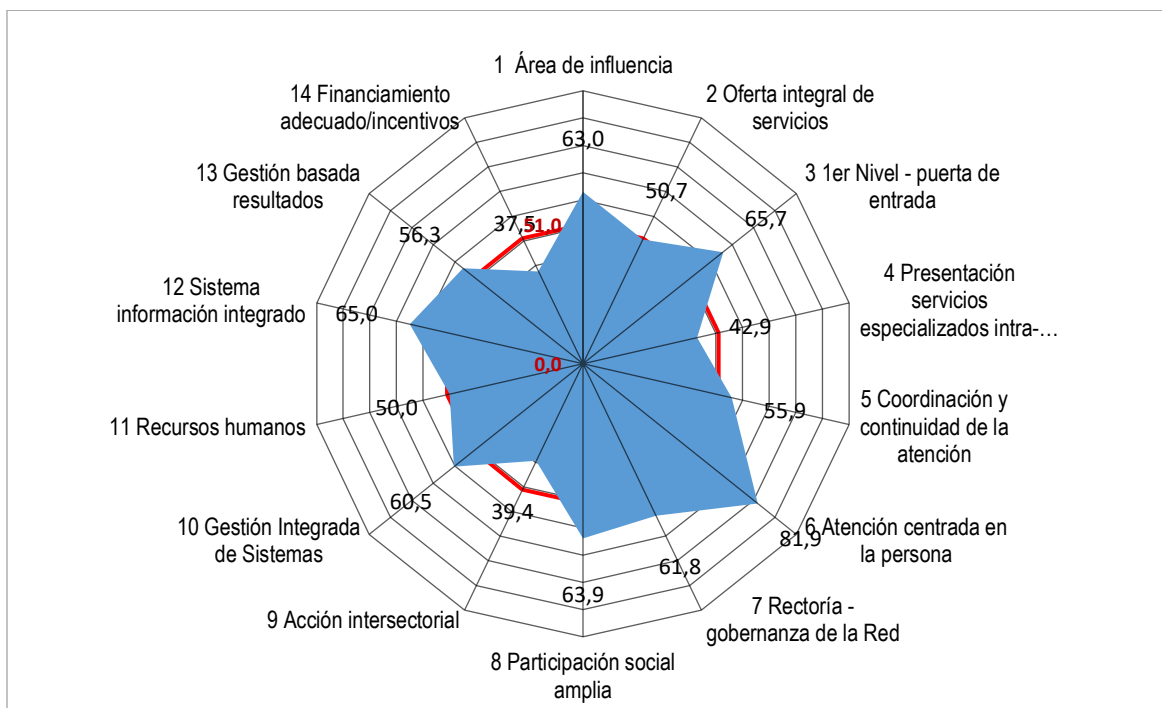
La red Uncía presenta el 28,6% de los atributos REFISS en zona roja, 71,4 % en la zona amarilla y ninguno en la zona verde como se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 5 Situación de los atributos REFISS en la red Uncía**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>4 (28.6%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<b>Nota: &lt;40 puntos</b> - Acción intersectorial - Financiamiento adecuado e incentivos	<b>Nota: de 40 a 50 puntos</b> - Prestación de servicios especializados - RRHH
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>				
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>10 (71.4%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Área de influencia</li> <li>- Oferta integral de servicios</li> <li>- 1er Nivel –puerta de entrada</li> <li>- Coordinación y continuidad de atención.</li> <li>- Atención centrada en la persona</li> <li>- Rectoría- gobernanza de la Red</li> <li>- Participación social amplia</li> <li>- Gestión integrada de sistemas</li> <li>- Sistema de información integrado</li> <li>- Gestión basada en resultados</li> </ul>	
3	<b>Zona Verde</b> (85-100) Optimo.-acciones de sostenibilidad en plan Operativo	0	Ningún atributo llevo a esta nota	

**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

**Gráfico 7 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Uncía**



**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

### 5.2.3. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Ocurí

La red Ocurí presenta el 64,2% de los atributos REFISS en zona roja, 28,6 % en la zona amarilla y ninguno en la zona verde como se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 6 Situación de los atributos REFISS en la red Ocurí**

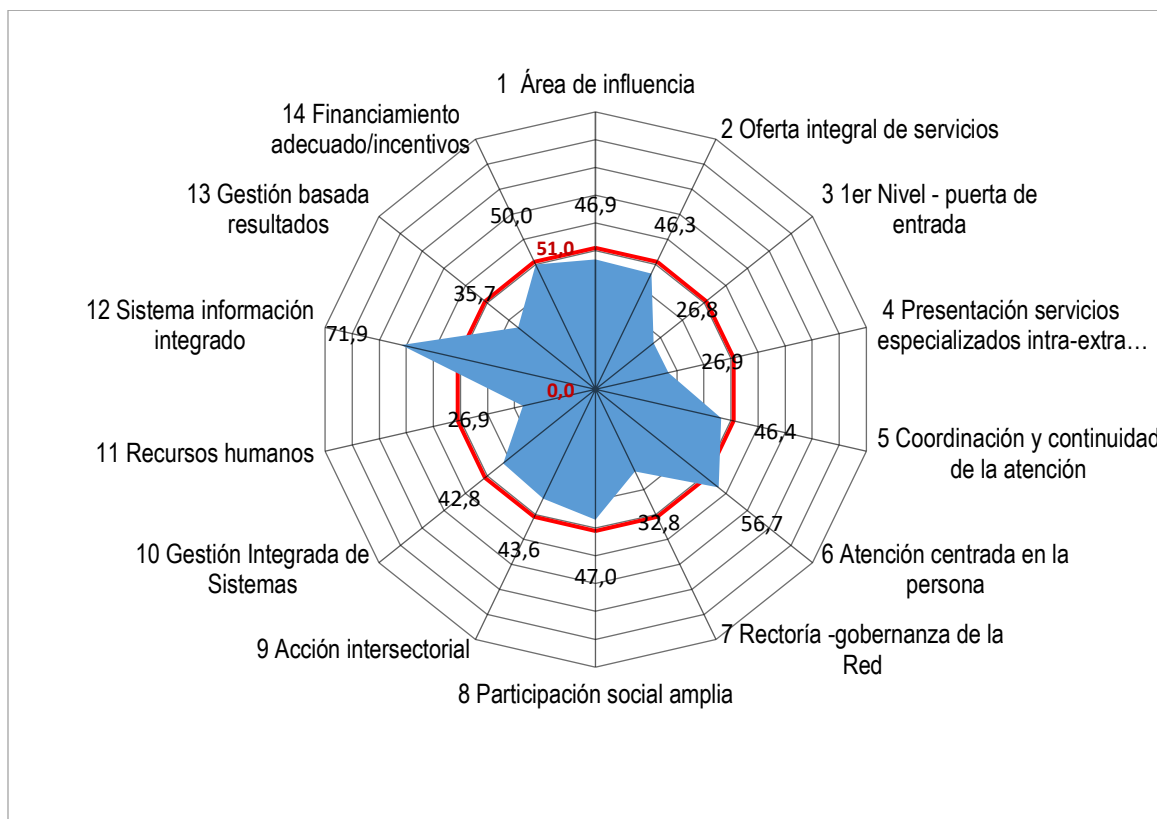
Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>12 (64.2%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<u>Nota: &lt;40 puntos</u> - Puerta de entrada --Prestación de servicios especializados - Rectoría- gobernanza de la Red - RRHH. -Gestión basada en resultados	<u>Nota: de 40 a 50 puntos</u> -Área de influencia Oferta integral de servicios -Coordinación y continuidad de la atención Participación social amplia Acción intersectorial

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO
			Gestión integrada de sistemas -Financiamiento adecuado/incentivo
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>			
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>2 (28.6%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	-Atención centrada en la persona -Sistema de información integrado
3	<b>Zona Verde</b> (85-100) Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	0	Ningún atributo llevo a esta nota

**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**



**Gráfico 8 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Ocurí**



**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

#### 5.2.4. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Betanzos

La red Betanzos presenta el 36% de los atributos REFISS en zona roja, 57 % en la zona amarilla y solo uno en la zona verde 7 % como se detalla en la siguiente tabla:

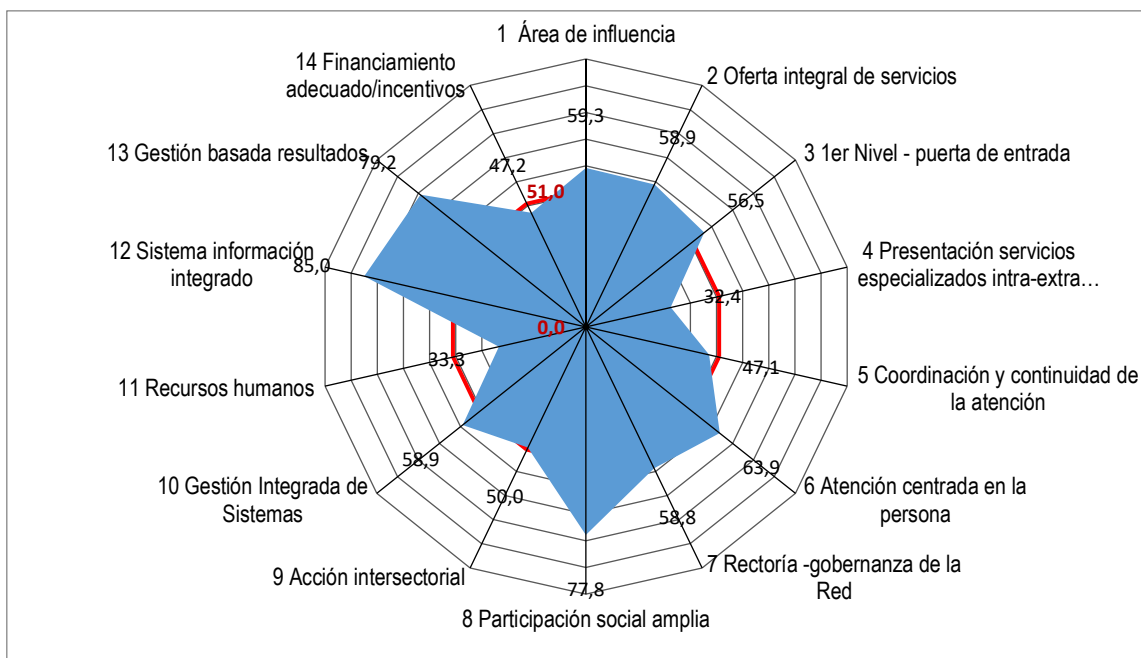
**Tabla 7 Situación de los atributos REFISS en la red Betanzos**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones	<b>5 (36%)</b> Atributos en la zona roja,	<b>Nota: &lt;40 puntos</b> -Prestación de servicios especializados -RRHH	<b>Nota: de 40 a 50 puntos</b> -Coordinación y continuidad de la atención

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO
	urgentes en el Plan Operativo	para la acción urgente	-Acción intersectorial -Financiamiento adecuado/incentivos
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>			
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>8 (57%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	-Área de influencia -Oferta integral de servicios -Primer nivel puerta de entrada -Atención centrada en las personas -Rectoría y gobernanza de la red -Participación social amplia -Gestión integrada de sistemas -Gestión basada en resultados
3	<b>Zona Verde</b> (85-100 Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	1(7%)	-Sistema de información integrado

**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

**Gráfico 9 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Betanzos**



**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

### 5.2.5. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Potosí Rural

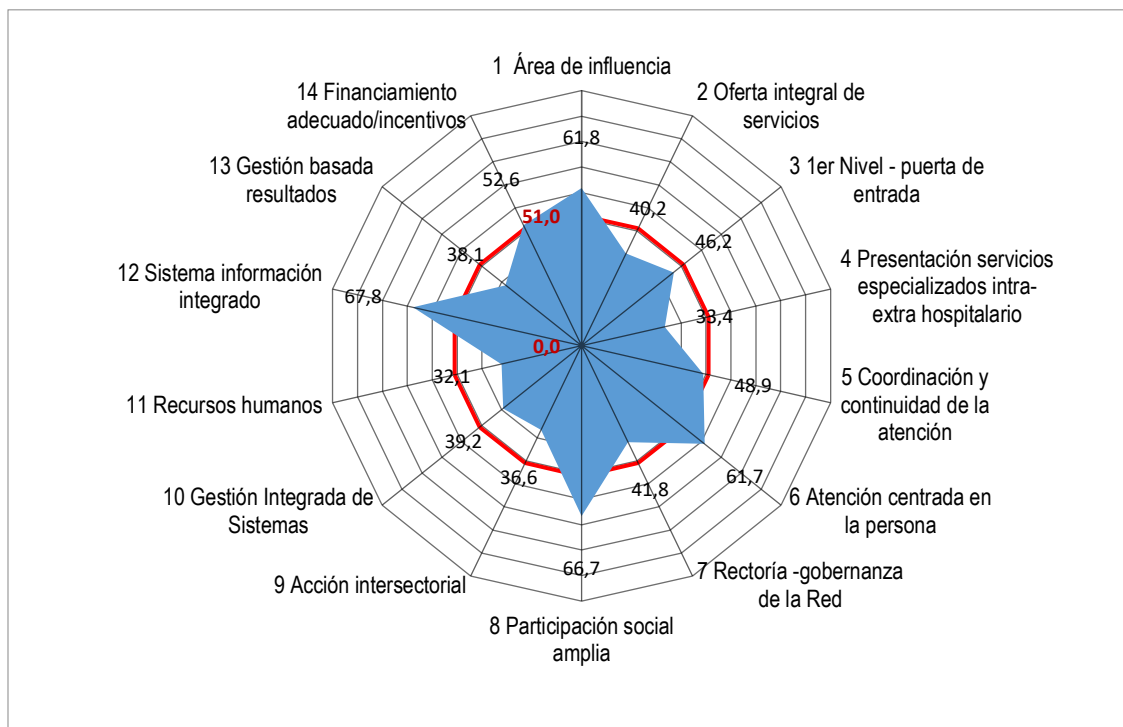
La red Potosí rural presenta el 64,3 % de los atributos REFISS en zona roja, 35,7 % en la zona amarilla y ninguno en la zona verde como se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 8 Situación de los atributos REFISS en la red Potosí rural**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>9 (64.3%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<u>Nota: &lt;40 puntos</u> -RRHH -Prestación de servicios especializados -Acción intersectorial -Gestión basada en resultados -Gestión integrada de sistemas	<u>Nota: de 40 a 50 puntos</u> - Oferta integral de servicios -Rectoría y gobernanza Red - 1er Nivel –Puerta de entrada - Coordinación y continuidad de la atención
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>				
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>5 (35.7%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	-Área de influencia -Atención centrada en la persona -Participación social amplia -Sistema de información integrado -Financiamiento adecuado e incentivos	
3	<b>Zona Verde</b> (85-100) Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	0	Ningún atributo llegó a esta nota	

**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

**Gráfico 10 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Potosí rural**



**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

### 5.2.6. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Potosí Urbano

La red Potosí urbano presenta el 64,3 % de los atributos REFISS en zona roja, 35,7 % en la zona amarilla y ninguno en la zona verde como se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 9 Situación de los atributos REFISS en la red Potosí urbano**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>9 (64.3%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<b>Nota: &lt;40 puntos</b>	<b>Nota: de 40 a 50 puntos</b>
			-Prestación de servicios especializados -Financiamiento adecuado e incentivos - 1er Nivel –Puerta de entrada -Acción intersectorial -RRHH	- Oferta integral de servicios - Coordinación y continuidad de la atención -Participación social amplia

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO
			Gestión basada en resultados
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>			
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>5 (35.7%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	-Área de influencia -Atención centrada en la persona - Rectoría y gobernanza Red -Gestión integrada de sistemas -Sistema de información integrado
3	<b>Zona Verde</b> (85-100) Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	0	Ningún atributo llevo a esta nota

**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

**Gráfico 11 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Potosí urbano**



**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

### 5.2.7. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Puna

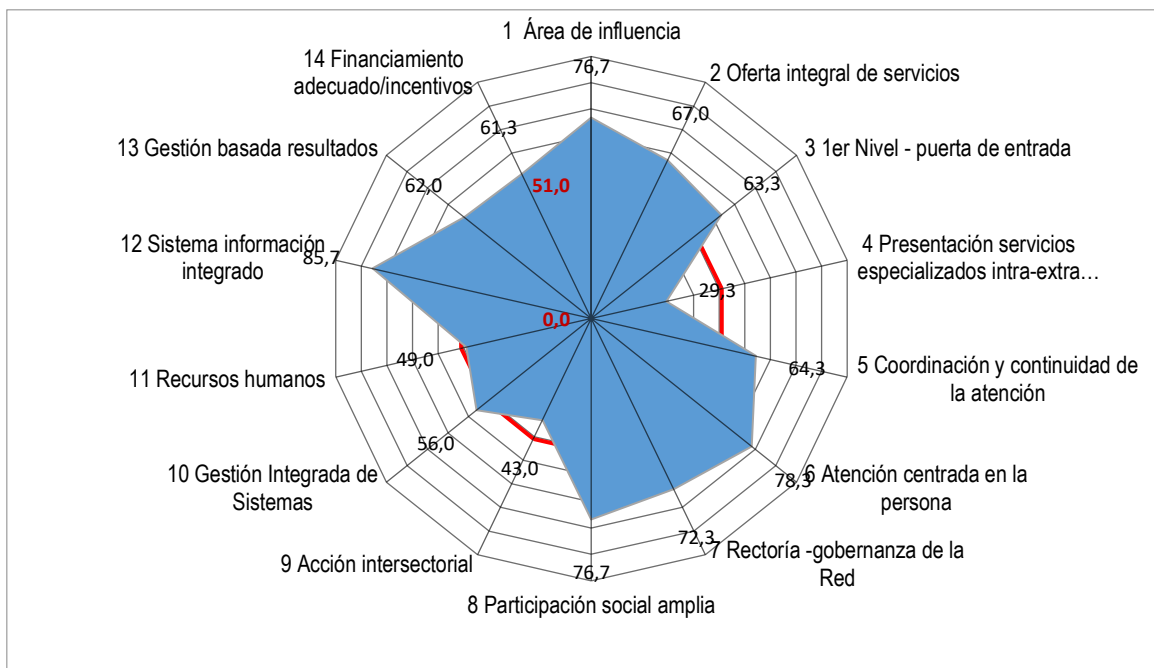
La red Puna presenta el 21,4 % de los atributos REFISS en zona roja, 71,4 % en la zona amarilla y solo uno en la zona verde 7,14 % como se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 10 Situación de los atributos REFISS en la red Puna**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>3 (21,4%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<u>Nota: &lt;40 puntos</u> -Prestación de servicios especializados	<u>Nota: de 40 a 50 puntos</u> - Acción intersectorial - RRHH.
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>				
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>10 (71,4%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	-Área de influencia - Oferta integral de servicios - Puerta de entrada - Coordinación y continuidad de la atención -Atención centrada en la persona - Rectoría gobernanza de la Red -Participación social amplia -Gestión basada en resultados -Financiamiento adecuado e incentivos	
3	<b>Zona Verde</b> (85-100) Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	<b>1(7,14%)</b> Atributos en la zona verde	Sistema información integrada	

**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

**Gráfico 12 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Puna**



**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

### 5.2.8. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Uyuni

La red Uyuni presenta el 28,6 % de los atributos REFISS en zona roja, 71,4 % en la zona amarilla y ninguno en la zona verde como se detalla en la siguiente tabla:

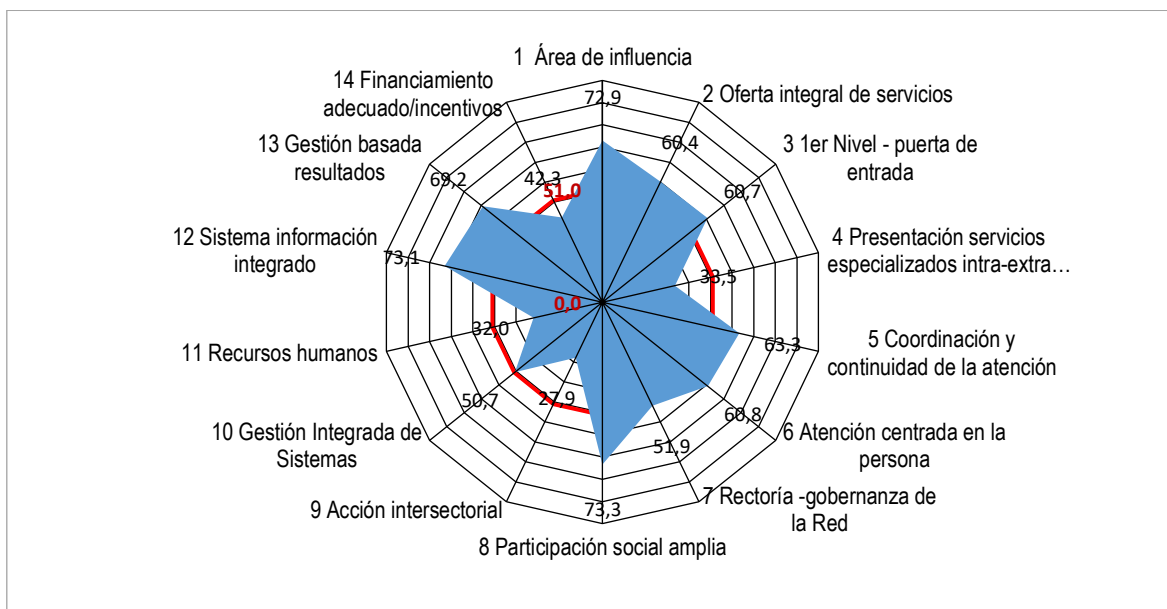
**Tabla 11 Situación de los atributos REFISS en la red Uyuni**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>4 (28.6%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<b>Nota: &lt;40 puntos</b> - Acción intersectorial - RRHH - Presentación servicios especializados intra-extra hospitalario	<b>Nota: de 40 a 50 puntos</b> - Financiamiento adecuado e incentivos
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>				
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de	<b>10 (71.4%)</b> Atributos en la zona amarilla para	-Área de influencia - Oferta integral de servicios - 1er nivel – puerta de entrada - Coordinación y continuidad de la atención	

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO
	mejora en Plan Operativo	la acción de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención centrada en la persona</li> <li>- Rectoría- gobernanza de la Red</li> <li>-Participación social amplia</li> <li>- Gestión integrada de sistemas</li> <li>- Sistema de información integrado</li> <li>- Gestión basada en resultados</li> </ul>
3	<b>Zona Verde</b> (85-100 Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	0	Ningún atributo llevo a esta nota

**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

**Gráfico 13 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Uyuni**



**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.



### 5.2.9. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Cotagaita

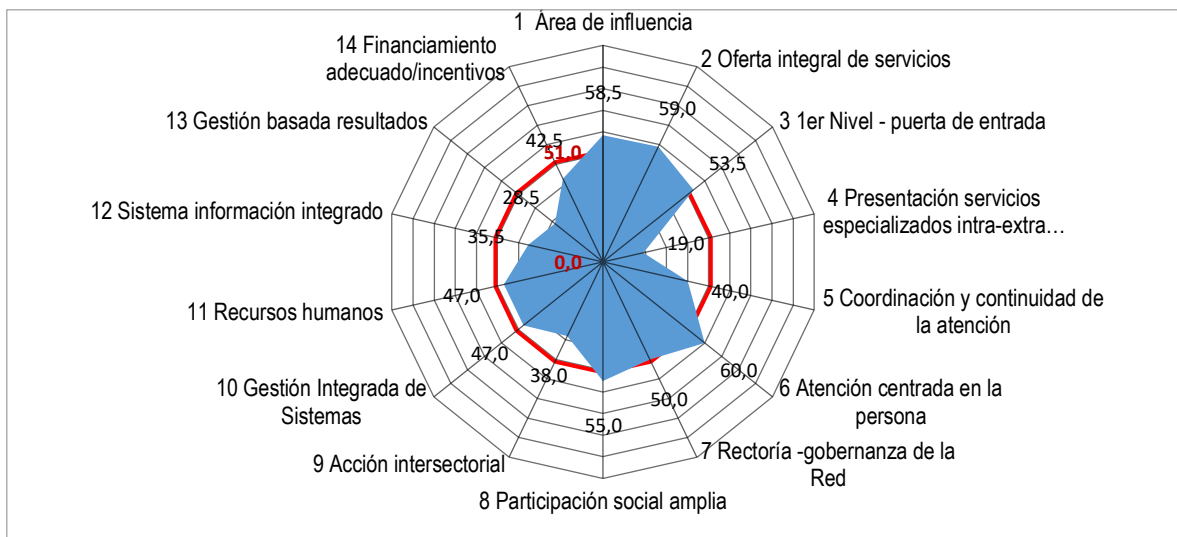
La red Cotagaita presenta el 64,2 % de los atributos REFISS en zona roja, 35,7 % en la zona amarilla y ninguno en la zona verde como se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 12 Situación de los atributos REFISS en la red Cotagaita**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>9 (64.2%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<b>Nota: &lt;40 puntos</b> -Prestación de servicios especializados -Acción intersectorial -Gestión información integrada -Gestión basada en resultados	<b>Nota: de 40 a 50 puntos</b> -Coordinación y continuidad de la atención - Rectoría gobernanza de la red - Gestión integrada de sistemas -RRHH. - Financiamiento adecuado/incentivo
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>				
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>5 (35.7%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	-Área de influencia -Oferta integral de servicios -1er Nivel- puerta de entrada -Atención centrada en la persona -Participación social amplia	
3	<b>Zona Verde</b> (85-100). Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	0	Ningún atributo llevo a esta nota	

**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

**Gráfico 14 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Cotagaita**



**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

### 5.2.10. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Tupiza

La red Tupiza presenta el 50 % de los atributos REFISS en zona roja, 50 % en la zona amarilla y ninguno en la zona verde como se detalla en la siguiente tabla:

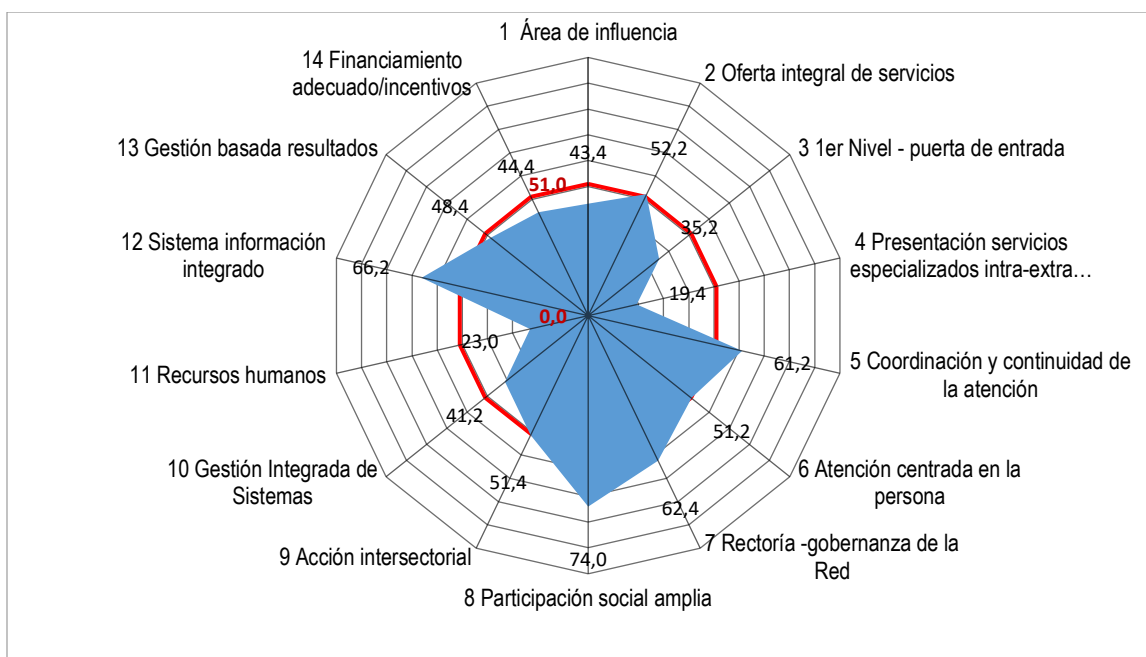
**Tabla 13 Situación de los atributos REFISS en la red Tupiza**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>7 (50%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente en base a los criterios de planificación y actividades.	<b>Nota: &lt;40 puntos</b>	<b>Nota: de 40 a 50 puntos</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Área de Influencia de la Red</li> <li>- 1er Nivel Puerta de entrada</li> <li>- Prestación de servicios especializados Intra y extra hospitalarios</li> <li>- Gestión Integrada de Sistemas</li> <li>- Recursos humanos</li> <li>- Gestión basada en resultados</li> <li>- Financiamiento adecuado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación y continuidad de la atención</li> <li>-</li> </ul>
			<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>	
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de	<b>7 (50%)</b> Atributos en la zona amarilla para	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención centrada en la persona</li> <li>- Sistema de información Integrado</li> <li>- Rectoría y gobernanza de la Red</li> <li>- Participación social amplia</li> </ul>	

3	mejora en Plan Operativo	la acción de mejora	- Acción Intersectorial - Coordinación y continuidad de la atención
	<b>Zona Verde</b> (85-100) Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	0	<b>Ningún atributo llevo a esta nota o puntaje.</b>

**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

**Gráfico 15 Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Tupiza**



**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

### 5.2.11. Resultado del diagnóstico REFISS de la Red Villazón

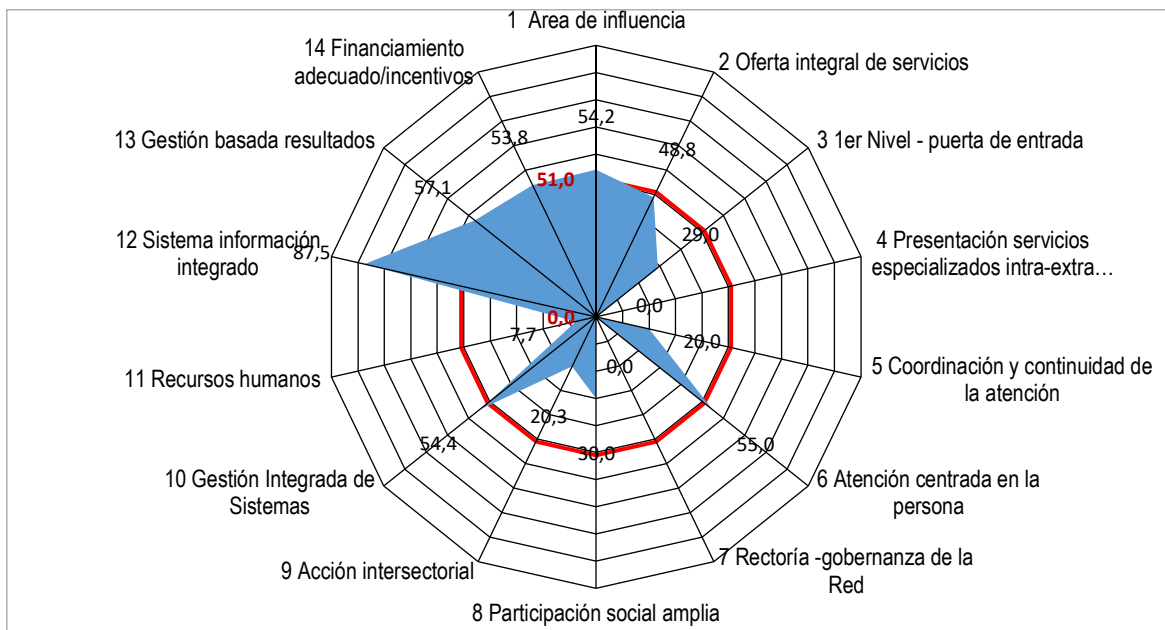
La red Villazón presenta el 57,1 % de los atributos REFISS en zona roja, 35,7 % en la zona amarilla y solo uno en la zona verde 7,1 % como se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 14 Situación de los atributos REFISS en la red Villazón**

Nº	ESCALA CROMÁTICA	Nº ATRIBUTOS EN CADA ZONA	ATRIBUTOS CON LA MENOR PUNTUACIÓN Y MENOR DESARROLLO	
1	<b>Zona Roja</b> (0-50) Emergencia: acciones urgentes en el Plan Operativo	<b>8 (57.1%)</b> Atributos en la zona roja, para la acción urgente	<b>Nota: &lt;40 puntos</b> -Prestación de servicios especializados - Rectoría y gobernanza de la Red - RRHH - Coordinación y continuidad de la atención - Acción intersectorial - 1er Nivel –Puerta de entrada - Participación social amplia	<b>Nota: de 40 a 50 puntos</b> - Oferta integral de servicios
<b>ATRIBUTOS MINIMAMENTE APROBADOS EN ZONA AMARILLA Y VERDE</b>				
2	<b>Zona Amarilla</b> (51-84) Atención: acciones de mejora en Plan Operativo	<b>5 (35.7%)</b> Atributos en la zona amarilla para la acción de mejora	-Área de influencia -Atención centrada en la persona -Gestión integrada de sistemas -Gestión basada en resultados -Financiamiento adecuado/ incentivos	
3	<b>Zona Verde</b> (85-100) Optimo.- acciones de sostenibilidad en plan Operativo	7,1	Sistema de información integrado	

**FUENTE:** Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.

**Gráfico 16** Diagrama radial de los 14 atributos REFISS de la red Villazón



**FUENTE: Elaboración con base en los resultados obtenidos por la firma consultora CESTAS – Potosí 2016.**

## 6. Análisis de actores

Los actores dentro de la red de servicios de salud pueden dividirse principalmente en cuatro ámbitos, un ámbito estratégico al cual pertenecen las coordinaciones de red y los responsables municipales de la red municipal, un ámbito gerencial - ejecutivo representado por los gestores de establecimientos de salud de los tres niveles de atención (directores hasta responsables de los establecimientos de salud de diversos perfiles profesionales), un ámbito operativo asistencial representado por el personal de los establecimientos de salud y un ámbito poblacional referido a la población residente dentro del área de influencia de la red (territorialización de la red). La propuesta de una estructura de red funcional de servicios de salud basados en la SAFCI necesariamente involucrará directamente a los cuatro ámbitos conformantes de una red, en este sentido, se identifican los siguientes beneficiarios:

## 6.1. Beneficiarios directos

Población de los municipios de intervención con un total de 291.545 habitantes en los 11 municipios priorizados con proyecciones de 6.631 partos esperados y 6.555 nacidos vivos.

**Tabla 15 Proyección de poblaciones y grupos especiales en 11 municipios priorizados INE 2017.**

MUNICIPIO	POBLACIÓN	MEF	PARTOS	NACIDOS VIVOS
<b>RED NORTE</b>				
UNCIA	23.819	5.330	500	494
CHUQUIHUTA	8.872	1.865	193	191
CHAYANTA	17.135	3.977	389	384
LLALLAGUA	42.551	10.051	1.251	1.236
COLQUECHACA	36.111	7.660	935	925
POCOATA	29.736	6.686	610	603
SAN PEDRO DE BUENA VISTA	31.427	6.915	544	538
CARIPUYO	8.687	1.827	247	244
<b>SUBTOTAL</b>	<b>198.338</b>	<b>44.311</b>	<b>4.669</b>	<b>4.615</b>
<b>RED NORTE</b>				
COTAGAITA	33.538	7.965	381	377
TUPIZA	47.548	11.243	1.346	1.330
ATOCHA	12.121	2.595	235	233
<b>SUBTOTAL</b>	<b>93.207</b>	<b>21.803</b>	<b>1.962</b>	<b>1.940</b>
<b>TOTAL</b>	<b>291.545</b>	<b>66.114</b>	<b>6.631</b>	<b>6.555</b>

**FUENTE:** Elaborado con base en los datos del Ministerio de Salud 2017. SNIS-VE

Ámbito estratégico: Dos direcciones de red con su equipo profesional (aproximadamente 20 personas en total para las dos redes modelo), 11 responsables municipales de salud (considerando la estructuración de estos equipos dentro del proyecto) y 10 funcionarios estratégicos del SEDES Potosí.

Ámbito Gerencial: 206 Directores, responsables de establecimientos de primer y segundo nivel de atención dentro de la oferta de infraestructura sanitaria en los municipios priorizados (Del subsector público 174 establecimientos de salud: 82 Puestos de Salud, 13 Centros de Salud Ambulatorios, 75 Centros de Salud con

Internación, 2 Centros de Salud Integrales y 2 Hospitales de segundo nivel de atención en Tupiza y Llallagua; del subsector de la seguridad social 30 establecimientos de salud: 14 centros de salud, 14 puestos de salud y 2 hospitales de segundo nivel de atención en Atocha y Uncía, de las FFAA un centro de salud en Tupiza y un centro de salud de ONG en el mismo municipio) según la estructura de establecimientos de salud del año 2017.

Ámbito operativo asistencial: 500 funcionarios de establecimientos de salud de los municipios de Caripuyo, Llallagua, Chayanta, Uncía, Chuquihuta Ayllu Jucumani, Pocoata, Colquechaca, San Pedro de Buena Vista, Tupiza, Atocha y Cotagaita.

Ámbito Poblacional: 50 Autoridades de entidades territoriales autónomas departamentales (Secretaría de desarrollo humano) y municipales (11 municipios potosinos).

## **6.2. Beneficiarios Indirectos**

## **6.3. Oponentes**

Autoridades y funcionarios de entidades territoriales autónomas conservacionistas tanto de la secretaria de desarrollo humano del GAD, el SEDES Potosí como de los 11 municipios priorizados por el potencial costo político de reestructuración de redes de salud.

## **6.4. Afectados**

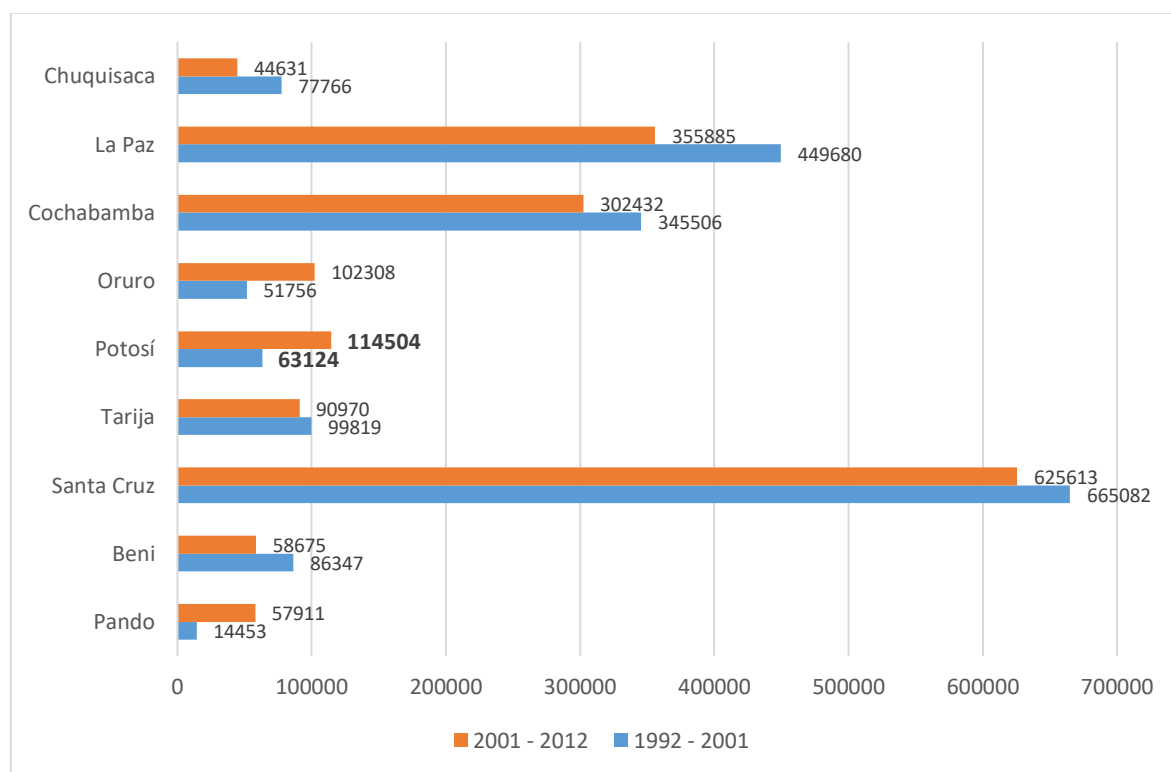
La propuesta de intervención puede afectar a las autoridades de entidades territoriales autónomas que actualmente albergan las coordinaciones de red y sus potenciales relaciones con autoridades departamentales (SEDES Potosí) como a los establecimientos de salud considerados pertenecientes a la seguridad social. Los programas verticales del Ministerio de Salud se consideran también dentro de los afectados dentro del proyecto.

## 7. Contexto o lugar de Intervención

### 7.1. Contexto departamental

La extensión territorial del departamento es de 118.218 km<sup>2</sup>, con una población proyectada de 880.651 habitantes para el año 2017, que representaba el 8,2% de la población nacional con una densidad poblacional de 7 habitantes por Km<sup>2</sup>. La tasa de crecimiento anual es de 2,5%, cifra significativamente mayor que el promedio nacional (1,71 %) según el CNPV 2012.

**Gráfico 17 Crecimiento absoluto de la población según departamento, censos 1992 – 2012.**



**Fuente: Resultados del CNPV 2012 – INE 2017**

La división política del departamento ubica 16 provincias y 40 municipios<sup>35</sup>. En las últimas décadas, a pesar de las elevadas tasas de natalidad, el departamento

<sup>35</sup> Dos de ellos de reciente creación: la cuarta sección municipal indígena de Chuquihuta Ayllu Jucumani de la provincia Rafael Bustillo a través de la Ley N° 4039 del 17 de junio de 2009 y la tercera sección municipal de Ckochas de la provincia José María Linares a través de la Ley N° 3462 de 15 de agosto de 2006.



de Potosí experimentó un lento proceso de crecimiento demográfico, debido a una significativa expulsión de su población —particularmente rural— hacia otras regiones del país y hacia otros países.

Esto se observa mediante la tasa de migración neta más alta de Bolivia, la cual alcanza al -14,8 por mil habitantes. La proporción de población urbana en Potosí es del 33,7%, siendo el departamento con mayor población rural del país. La estructura de la población potosina pone en evidencia una alta proporción de población infantil y de la tercera edad. Así, la razón de dependencia —definida como la relación entre personas inactivas por cada cien económicamente activas— es de 94,0, constituyéndose en la más alta de país.

La división política del departamento se establece en 16 provincias y 40 municipios, donde el CNPV 2012 del INE identifica 13 ciudades intermedias con más de 20.000 de los 793,449 habitantes (32,5% de los municipios del departamento): Tinguipaya, Uncía, **Llallagua**, Betanzos, **Colquechaca**, Ravelo, Pocoata, **San Pedro de Buena Vista**, **Cotagaita**, **Tupiza**, Puna, Uyuni y Villazón.

## **7.2. Vías de comunicación**

El Departamento de Potosí se encuentra comunicado por medio de una red caminera, ferroviaria y aérea. La red caminera cuenta con vías principales y secundarias. Las principales vías carreteras troncales comunican a la ciudad capital con las ciudades del interior. Entre éstas se encuentran la vía troncal que conecta con la ciudad de Oruro y La Paz, la carretera troncal que comunica con la ciudad de Tarija, la carretera asfaltada, que conecta con la ciudad de Sucre. Por otra parte las rutas secundarias comunican con las distintas ciudades intermedias como Llallagua, Uyuni, Tupiza y Villazón. Dentro de la red aérea se identifican los aeropuertos Capitán Nicolás Rojas de la ciudad de Potosí, el cual recibe vuelos de las ciudades de La Paz y Santa Cruz diariamente, y el aeropuerto internacional Joya Andina de Uyuni, que recibe vuelos nacionales como internacionales; además existen pistas de aterrizaje en Villazón y Uncía. En esta localidad el ferrocarril enlaza con la línea central de Oruro a Uyuni y de aquí hacia el oeste Chile en la costa del Pacífico y

hacia el sur, en la localidad de Villazón, que empalma con el Ferrocarril General Belgrano, de Argentina.

### **7.3. Aspectos económicos**

La minería constituye la principal actividad económica del Departamento. Sin embargo actualmente Potosí todavía es uno de los mayores exportadores de estaño y plata de Bolivia, aunque los yacimientos de plata que hicieron famosa a la región ya están totalmente agotados, el subsuelo aún guarda numerosas riquezas minerales. Existen yacimientos de antimonio, plomo, zinc, bismuto, wólfram, azufre, bórax, sal común, litio, cobre, oro, y posiblemente, uranio.

La agricultura es escasa y en su mayor parte se destina al mercado local. Predominan los cultivos de tubérculos (papa y oca) y luego están quinua, trigo, cebada, vid (en el valle de Turuchipa, Provincia de José María Linares), frutas, verduras, haba, arveja, legumbres y hortalizas. Pero los cultivos de papa constituyen el grueso de la producción local, con el riesgo que implica que la población tenga una escasa variedad en la alimentación.

La ganadería tiene poca importancia, aunque en algunas poblaciones aisladas es la principal forma de sustento de sus habitantes. Se crían tanto especies nativas (camélidos) como introducidas (ovinos, vacunos, caprinos y, en menor medida, asnos, caballos, porcinos y aves de corral). Casi la mitad de la producción de camélidos se destina a la venta de sus subproductos (carne y venta de fibra, para la industria textil). También se utiliza como medio de transporte.

En la capital departamental Potosí y en los principales centros urbanos, gran parte de la población se emplea en el sector de servicios: comercio, bancos, educación, salud y seguridad. En los últimos años el turismo ha cobrado gran importancia en el Departamento. Se han construido numerosas hosterías y cada vez es más la gente que trabaja directa o indirectamente en este rubro.

#### **7.4. Pobreza**

Según datos proporcionados por el INE el porcentaje de pobres extremos en el país ha tenido una reducción importante en los últimos años, ha disminuido de 41,2% en 1996 a 32,7% en 2008. En el caso de Potosí, este porcentaje refleja una situación menos alentadora, pues el 2001 la proporción de pobres extremos era de 66,7%, cifra notablemente superior al promedio nacional. En términos absolutos, se estima que para el 2001 el departamento de Potosí tenía casi 500.000 personas en condición de extrema pobreza.

Los datos de extrema pobreza para Bolivia y Potosí son mucho más altos que el promedio de Latinoamérica (12,6%), lo que muestra un importante rezago si se compara a Bolivia con otros países de la región.

Las diferencias al interior del Departamento revelan que para el 2001, sólo el Municipio de Potosí tenía un porcentaje de pobres extremos menor al 30%, mientras que casi la totalidad de los municipios de Norte de Potosí junto con el municipio de Mojinete y San Antonio de Esmoruco, presentaban porcentajes de extrema pobreza mayores al 90%<sup>36</sup>.

Por otro lado los índices de necesidades básicas insatisfechas, de acuerdo a datos del INE del 2001 se encontraban entre los más altos del país, muy por sobre el promedio nacional.

#### **7.5. Población indígena**

Según el Censo 2001, la población del departamento de Potosí alcanzaba a 709,013 habitantes, de los cuales, 33.72% residía en área urbana y 66.28% en área rural. La población indígena del departamento alcanzaba a 572,592 personas (80.76%), de las cuales 134,518 residían en área urbana (23.49%) y 438,074 en área rural (76.51%). Por otro lado, en área urbana del Departamento se advierte que 56.26% de la población es indígena; mientras que en el área rural es de 93.22%.

---

<sup>36</sup> Informe UDAPE PNUD 2010

En el área urbana, se registra la mayor cantidad de población indígena, en Potosí con 77,371 y Llallagua con 19,438 y, en área rural, Puna con 40,702, Betanzos con 31,700 y Colquechaca con 30,650 personas.

Los municipios de Tacobamba, Ravelo, San Pedro de Buena Vista, Toro Toro, Arampampa, y Acacio registran más de 98% de población indígena; en tanto que, San Pedro de Quemes (36.07%), Villazón (44.03%) y Tupiza (50.89%) registran menor proporción.

## **8. Estructura de Objetivos**

La estructura de objetivos a continuación expresa lo contenido en el árbol de objetivos planteado para la presente propuesta de intervención y la matriz de marco lógico disponible en los anexos 20.2 y 20.3 respectivamente.

### **8.1. Fin/ Objetivo General**

Contribuir a la mejora de la situación de salud en la población del departamento de Potosí.

### **8.2. Propósito/ Objetivo Especifico**

Mejorado el acceso a servicios de salud con calidad en el departamento de Potosí.

## **9. Componentes/ Resultados**

C1. Implementado un diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí

C2. Implementado un modelo de gestión en dos redes de salud modelo (norte y sud) que garantice el continuum asistencial en el departamento de Potosí

C3. Implementado un modelo de gestión integral de recursos humanos y sus 6 subsistemas (Gobernanza, planificación, formación, gestión del empleo, gestión del desempeño y desarrollo institucional y organizacional) basados en competencias en dos redes de salud modelo (norte y sud)

C4. Fortalecida la estructura operacional de las 2 redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí (Los sistemas de apoyo y sistemas logísticos son funcionales para los puntos de atención de la red)

C5. Desarrolladas las capacidades gerenciales de los equipos gestores de establecimientos de salud en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí

C6. Administración, Monitoreo y Evaluación del proyecto implementada

## **10. Actividades**

C1.A1 Elaborar una propuesta del documento de propuesta para el diseño institucional integrado y conformación de dos redes modelos.

C1.A2 Realizar cinco sesiones de trabajo y consenso para la presentación y ajuste del documento de propuesta para el diseño institucional integrado y conformación de dos redes modelos con el SEDES Potosí.

C1.A3 Realizar tres sesiones de trabajo y aprobación final con autoridades pertinentes de los GAM, GAD y AMDEPO del departamento de Potosí.

C1.A4 Suscripción del decreto departamental de creación de las direcciones de red desconcentradas en el departamento de Potosí.

C1.A5 Redactar un convenio intergubernativo para la creación y puesta en marcha de la dirección de la red norte y sur con desconcentración administrativa

C1.A6 Realizar un evento público para la suscripción pública del convenio intergubernativo para la creación de la dirección de red norte y sur

C1.A7 Conformar un comité interinstitucional de red para definir un sistema de gobernanza de la red

C1.A8 Realizar cinco sesiones de trabajo con el comité de red para definir el trabajo integral interinstitucional en la red modelo.

C1.A9 Realizar la suscripción interinstitucional para el funcionamiento de la red y sus cinco redes de servicios de salud.

C1.A10 Realizar tres talleres de construcción de la planificación estratégica participativa con integrantes de la red y sociedad civil.

C1.A11 Elaboración, aprobación y suscripción del Plan Estratégico Interinstitucional de la Red (norte y sur).

C2.A1 Realizar cinco reuniones técnicas para la definición del modelo de gestión de red basada en procesos clínicos SAFCI (incluye la definición de las herramientas de gestión de red) con participación de técnicos interlocutores identificados por el comité interinstitucional de red.

C2.A2 Definir un paquete de herramientas de gestión de red basados en el Plan Estratégico Interinstitucional de las dos Redes modelos

C2.A3 Elaborar un documento de programación en red para cada red modelo

C3.A1 Constituir el departamento de dirección estratégica de la gestión del trabajo y el desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud dentro de la dirección de ambas redes modelos (norte y sur)

C3.A2 Definir el proceso de racionalización de la estructura de cargos, puestos y salarios como condición o inclusión en la definición de la carrera sanitaria en ambas redes modelos (norte y sur).

C3.A3 Concertar la propuesta de carrera sanitaria con amplia participación de todas las organizaciones de trabajadores, sociedad civil e instituciones en ambas redes modelos (norte y sur).

C3.A4 Desarrollar y asignar recursos financieros para el Plan de incentivos a equipos de salud de ambas redes modelos (norte y sur).

C3.A5 Implementar el Registro Único de Recursos Humanos en Salud RUHES en ambas redes modelos (norte y sur).

C3.A6 Desarrollar una metodología de dotación y redistribución de recursos humanos que contemple el índice de dispersión

C4.A1 Elaborar el documento de organización transversal de la SAFCI, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza en las 2 redes modelos (norte y sud).

C4.A2 Definir 5 redes de servicios de salud en las 2 redes modelos norte y sur (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias y socio sanitaria).

C4.A3 Definir un modelo de Gestión Integral de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud.

C4.A4 Suscribir los laboratorios dentro del territorio de las 2 redes modelos (norte y sud).

C4.A5 Definir modelo de programación del sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico asociado a las redes de servicios priorizadas de las 2 redes modelos (norte y sud).

C4.A6 Ajustar la carpeta familiar SAFCI

C4.A7 Afiliar a la población de la red con el “carnet de salud”

C4.A8 Ajustar el modelo de gestión hospitalaria en red

C4.A9 Desarrollar e implementar la historia clínica informatizada asociada a la carpeta familiar.

C4.A10 Diseñar e implementar una solución informática para la gestión del usuario

C4.A11 Caracterizar y poner en marcha el sistema de transporte de la red en tema de usuarios y emergencias

C4.A12 Adecuación y puesta en marcha de vehículos de transporte específicos dentro de ambas redes

C4.A13 Definir la articulación e instrumentalización del sistema de referencia comunitaria y medicina tradicional con las 2 redes modelos (norte y sud).

C5.A1 Desarrollar un proceso de capacitación para 40 gestores de establecimientos de salud en Gestión estratégica de servicios de salud

C5.A2 Desarrollar un proceso de capacitación para 18 directivos del nivel hospitalario en Gestión diaria del hospital y redes.

C5.A3 Diseñar una plataforma e-learning de educación permanente para personal asistencial operativo y gerencial de la red con carpetas de capacitación virtualizadas.

C5.A4 Desarrollar un proceso de capacitación rápida a 160 funcionarios de ambas redes en el manejo de expediente clínico

C6.A1 Contratación de equipo ejecutor del proyecto

C6.A2 Contratación de equipos técnicos especialistas del proyecto

C6.A3 Contratación de la evaluación intermedia del proyecto

C6.A4 Contratación de la evaluación final del proyecto

C6.A5 Contratar a una empresa auditoria

## **11. Indicadores por la estructura de objetivos**

### **11.1. Fin/objetivo general:**

Indicador/meta: Se reduce a menos de 10 % los niños, niñas con bajo peso al nacer en el departamento de Potosí.

Fórmula: Número de recién nacidos con un peso inferior a 2.500 gramos/ número de recién nacidos x 100.

Indicador/meta: Se disminuye a menos de 10 % la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años (según distribución rural/urbana)



Fórmula: Comparación del índice antropométrico talla y edad de los niñas y niños menores de 5 años con la talla esperada según distribución rural/urbana en puntajes Z usando los estándares de referencia de la Organización Mundial de la Salud de 2006.

Indicador/meta: Se reduce a menos de 40 la tasa de incidencia notificada de casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) por cada 100 mil habitantes.

Fórmula: Número de casos nuevos notificados de tuberculosis pulmonar BAAR (+)/ proyección de población en Potosí para la gestión de ejecución del proyecto x 100.000

Indicador/meta: Se incrementa a más del 60 % la población que accedió a una atención institucional para resolver sus problemas de salud en el departamento de Potosí.

Fórmula: Número de personas que se enfermaron o accidentaron durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta de hogares, que refieren haber accedido a servicios de salud institucional/ total de encuestados x 100.

## **11.2. Propósito/objetivo específico**

Indicador/meta: Se incrementa a más del 60 % la Cobertura de Parto Institucional en el departamento de Potosí.

Fórmula: Número total de partos en servicio (vaginales y cesáreas) + partos domiciliarios (atendidos por proveedor calificado + personal de salud calificado)/ proyección del número de partos esperados para la gestión de ejecución del proyecto x 100.

Indicador/meta: Se incrementa a más de 80 % las consultas médicas nuevas en establecimientos de salud de primer nivel de atención respecto a la población proyectada.

Fórmula: Número de consultas médicas nuevas en establecimientos de salud de primer nivel de atención/ población proyectada para la gestión del proyecto x 100.

Indicador/meta: Se incrementa a más de 1 la razón entre establecimientos de salud de primer nivel por cada 1000 habitantes.

Fórmula: Número de establecimientos de primer nivel de atención/ población proyectada para la gestión del proyecto x 1000.

Indicador/meta: Se incrementa a más de 80 % las consultas prenatales nuevas en mujeres embarazadas antes del quinto mes de gestación.

Fórmula: Número de consultas prenatales nuevas en mujeres embarazadas antes del quinto mes de gestación / número de embarazos esperados para la gestión de ejecución del proyecto x 100.

### **11.3. Componentes/resultados**

C1. Implementado un diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí

- Se desarrolla 1 documento para el diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) basado en la demanda (centrado en la persona) en el departamento de Potosí.
- Se suscribe 1 convenio inter gubernativo para la implementación de la red de salud norte modelo con desconcentración administrativa funcional entre municipios conformantes (Caripuyo, Llallagua, Chayanta, Uncía, Pocoata, Chuquiuhuta, Colquechaca y San Pedro de Buena Vista) y GAD Potosí.
- Se suscribe 1 Convenio inter gubernativo para la implementación de la red de salud sur modelo con desconcentración administrativa funcional<sup>37</sup> entre municipios conformantes (Tupiza, Atocha y Cotagaita) y GAD Potosí.
- Se realizan alianzas estratégicas interinstitucionales (sector salud, social y educación principalmente) que permitan definir una gobernanza con diseño

---

<sup>37</sup> Desconcentración administrativa: “desplazamiento respecto de un centro, de órganos de decisión o de funcionalidad administrativa, pero sin que se les dote de personalidad jurídica y patrimonio propio, conservando respecto del centro original una relación de dependencia jerárquica con todas sus consecuencias en materia de decisiones, de revocaciones y de mando único”. La desconcentración no implica autonomía, pues existe una relación jerárquica entre los órganos desconcentrados dependiendo de las instancias centrales, que son las normativas.

multiinstitucional en la red desconcentrada en el marco de la implementación del SUS

- Se desarrolla una Planificación estratégica para cada red modelo (norte y sur) desconcentrada.
- Se desarrolla 1 Marco normativo de regulación de los mecanismos de coordinación y supervisión entre niveles gerenciales y operativos

C2. Implementado un modelo de gestión en dos redes de salud modelo (norte y sud) que garantice el continuum asistencial en el departamento de Potosí.

- Se define un modelo de gestión de red basada en procesos clínicos – productivos eficientes (inter o intra establecimiento) con previsión de la integración vertical y horizontal de la red.
- Se define un nuevo modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica para su integración en red
- Definición de los instrumentos para la gestión de red (Cuadro de Mando Integral).

C3. Implementado un modelo de gestión integral de recursos humanos y sus 6 subsistemas (Gobernanza, planificación, formación, gestión del empleo, gestión del desempeño y desarrollo institucional y organizacional) basados en competencias en dos redes de salud modelo (norte y sud)

- Creado el departamento de dirección estratégica de la gestión del trabajo y el desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud dentro de la dirección de ambas redes modelos (norte y sud).
- Desarrollo de un modelo de carrera sanitaria institucional basado en el enfoque de trabajo decente.
- Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso.
- Registro de personal de salud en la red desarrollado.
- Redistribución y dotación de nuevos recursos humanos según el índice de dispersión desarrollado

C4. Fortalecida la estructura operacional de las 2 redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí (Los sistemas de apoyo y sistemas logísticos son funcionales para los puntos de atención de la red)

- La SAFCI, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza quedan organizados de forma transversal en las 2 redes modelos (norte y sud).
- Se estructuran e identifican 5 principales redes de servicios de salud (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias y socio sanitaria) dentro de las dos redes modelos (norte y sud)
- Selección, programación, adquisición y distribución de insumos y medicamentos a través de la dirección de red en las 2 redes modelos (norte y sud) en todos los establecimientos de salud de la red en una oportunidad.
- Se define, y fortalece la red de laboratorios complementaria dentro de las direcciones de red.
- Se adopta una forma de organización y un modelo de programación del sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico asociado a las redes de servicios priorizadas (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias y socio sanitaria).
- Se define como herramienta de recolección de la información a la carpeta familiar ajustada para el primer nivel de atención.
- Se establece la emisión del carnet de salud a la población beneficiaria de la red
- Se define un sistema de gestión hospitalaria en red para la recolección de información en los hospitales de segundo nivel de atención.
- Se implementa el carnet de salud en, por lo menos, el 80% de la población asignada a ambas redes de salud modelo (151572 norte y 74565 sud)<sup>38</sup>.
- Implementada una historia clínica informatizada asociada a la carpeta familiar.

---

<sup>38</sup> Las proyecciones pueden estar sobreestimadas por el movimiento migratorio precenso, se considera apropiado ajustar estos valores con información de población permanente en los municipios seleccionados.

- Desarrollado un sistema informático de acceso regulado a los puntos de atención de la red desde el equipo SAFCI de primer nivel de atención para las 5 redes de servicios priorizadas.
- Se fortalece los sistemas de transporte de las dos redes modelos (garantizando movimiento de población beneficiaria transporte de urgencia y emergencia y transporte electivo -, material biológico, residuos hospitalarios y equipos de salud).
- Se establece el sistema de referencia comunitaria y medicina tradicional con las dos redes modelos (norte y sud).

C5. Desarrolladas las capacidades gerenciales de los equipos gestores de establecimientos de salud en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí.

- 40 gestores de establecimientos de salud de primer nivel de atención (cabecera de red) capacitados
- 18 equipos directivos de hospitales de segundo y tercer nivel de atención del subsector público capacitados (6 directores, 6 administrativos 6 jefes de planificación)
- Se tiene una carpeta de capacitación en gestión hospitalaria y de redes elaborada y didactizada y virtualizada
- 160 funcionarios capacitados en manejo de expediente clínico digitalizado

C6. Administración, Monitoreo y Evaluación del proyecto implementada

- 4 informes de Monitoreo elaborados durante la vida de ejecución del proyecto
- Realizada una evaluación intermedia del proyecto al primer año de ejecución
- Realizada la evaluación de fin de proyecto a la conclusión del proyecto
- 1 auditoria a los estados financieros realizada al finalizar la ejecución del proyecto
- Se mantiene un equipo ejecutor del proyecto completo durante 24 meses de ejecución del proyecto
- Las dos direcciones de red modelo funcionan al menos 18 meses

## 12. Fuente de Verificación

### 12.1. Fin/objetivo general:

Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 “a” SNIS-VE) en sus siguientes variables:

10. Atención de partos en servicios

10.6 Nacidos vivos con peso menor a 2500 g.

El número de recién nacidos esperados proyectados es otorgado por el SNIS-VE - INE en su pestaña “*Grupos Especiales SALUD*”.

La Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición ESNUT o su equivalente EDSA 2018 de la UDAPE, Ministerio de Salud y CT-CONAN.

Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 “a” SNIS-VE) en sus siguientes variables:

20. Tuberculosis y lepra

20.2 N° de TBP BAAR (+) nuevos.

La población proyectada es otorgada por el SNIS-VE - INE en su plantilla “Población”.

Encuesta de hogares – INE

Sección IV - D: salud EH (para todos los miembros del hogar)

Variable 34: *¿A dónde fue o llevaron a (NOMBRE) para atender este(os) problema(s) de salud?*

### 12.2. Propósito/objetivo específico

Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 “a” SNIS-VE) en sus siguientes variables:

10. Atención de partos en servicios:

- 10.1 Vaginales

- 10.2 Cesáreas

#### 11. Atención de partos en domicilio:

- 11.1 Partos atendidos por proveedor calificado
- 11.2 Partos atendidos por personal de salud calificado

El número de partos esperados proyectados es otorgado por el SNIS-VE - INE en su pestaña “Grupos Especiales SALUD”

Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 “a” SNIS-VE) en sus siguientes variables:

#### 1. Consulta externa:

- Menores de 6 meses
- Niños de 6 meses a < 1 año
- Niños de 1 a 4 años
- Personas de 5 a 9 años
- Personas de 10 a 14 años
- Personas de 15 a 19 años
- Personas de 20 a 39 años
- Personas de 40 a 49 años
- Personas de 50 a 59 años
- Personas de 60 años y más

El número de población asignada a cada establecimiento de salud es otorgado por el SNIS-VE

La estructura de establecimientos para el periodo de gestión del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud

(<http://snis.minsalud.gob.bo/estructura-de-establecimientos>).

El número de población asignada a cada establecimiento de salud es otorgado por el SNIS-VE para el periodo de gestión del proyecto.

Informe mensual de producción de servicios (formulario 301 “a” SNIS-VE) en sus siguientes variables:

#### 4. Consultas prenatales:

##### 4.1 Nuevas antes del 5to mes de embarazo

La estimación de embarazos esperados para el periodo de gestión del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud (<http://snis.minsalud.gob.bo/población>) en su pestaña “Grupos Especiales SALUD”

### **12.3. Componentes/resultados**

C1. Implementado un diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí.

- Documento presentado y con acta de aprobación por el SEDES Potosí y GAD Potosí.
- Convenio intergubernativo entre GAD y GAM conformantes firmado para la desconcentración funcional de la red de servicios de salud con organización de equipo gerencial recursos sanitarios y asignación presupuestaria mancomunada definida.
- Convenio intergubernativo entre GAD y GAM conformantes firmado para la desconcentración funcional de la red de servicios de salud
- Convenios para las alianzas estratégicas en función del número de instituciones identificadas en el momento de ejecución del proyecto.
- 1 documentos de planificación estratégica para cada red (norte y sur) desconcentrada.
- 1 documento normativo de mecanismos de coordinación institucional.

C2. Implementado un modelo de gestión en dos redes de salud modelo (norte y sud) que garantice el continuum asistencial en el departamento de Potosí.

- 1 documento de modelo de gestión de la red de servicios de salud basadas en la SAFCI.
- 1 documento de modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica.



- Compromisos de gestión de red basada en resultados en dos redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí.

C3. Implementado un modelo de gestión integral de recursos humanos y sus 6 subsistemas (Gobernanza, planificación, formación, gestión del empleo, gestión del desempeño y desarrollo institucional y organizacional) basados en competencias en dos redes de salud modelo (norte y sud)

- Organigrama de las direcciones de red norte y sud
- Contratos del personal del departamento de dirección estratégica de la gestión del trabajo y el desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud.
- Documento de carrera sanitaria desarrollado y consensuado con el SEDES Potosí y GAD Potosí.
- Convenio intergubernativo entre la Dirección de red, GAM de cada red y GAD que definan un sistema de incentivos para áreas dispersas en coherencia con el índice de dispersión.
- Sistema digital de registro integrado de RRHH en salud funcionando con el 100% de personal de salud de las 2 redes modelo (norte y sud).
- Un documento metodológico para la identificación del Índice de dispersión desarrollado para cada red modelo (norte y sud).
- Actas de redesignación de equipos SAFCI en los servicios de salud de las 2 redes modelos (norte y sud)

C4. Fortalecida la estructura operacional de las 2 redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí (Los sistemas de apoyo y sistemas logísticos son funcionales para los puntos de atención de la red)

- Documento de constitución y organización de la estructura operacional de las 2 redes modelos (norte y sud)
- Acta de conformación de las 5 redes de servicios de salud al interior de ambas direcciones de red (norte y sud)

- Actas de entrega y recepción de lotes de insumos y medicamentos en el total de farmacias identificadas dentro de las 2 redes modelos (norte y sud) a través de una comisión de licitación integral de la dirección de red.
- 1 Convenio con servicios de laboratorio y la dirección de red para brindar prestaciones de laboratorio a establecimientos de la red.
- 1 documento normativo de organización y funcionamiento del sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico para las redes de servicios de salud definidas en las direcciones de red norte y sud.
- Carpeta familiar ajustada con variables pertinentes al primer nivel de atención.
- Modelo de “carnet de salud” desarrollado
- Instructiva intergubernativa para la afiliación de la población a la red
- Modelo de información hospitalaria basada en red
- Registros del carnet de salud
- Historia clínica informatizada.
- Software de acceso regulado en las dos redes modelo (norte y sud)
- Convenios de GAM con las direcciones de red para asignar los recursos necesarios al sistema de transportes de la red (físicos, económicos y humanos) y definir rutas y vehículos apropiados.
- Normativa de referencia comunitaria y con la medicina tradicional.

C5. Desarrolladas las capacidades gerenciales de los equipos gestores de establecimientos de salud en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí.

- Memoria fotográfica
- Informe de capacitación
- Certificación de participantes
- Carpeta de capacitación generada en gestión hospitalaria y redes

C6. Administración, Monitoreo y Evaluación del proyecto implementada

- Informes elaborados de monitoreo

- Informe de evaluación intermedia
- Informe de evaluación de fin de proyecto
- Informe de auditoria
- Contratos del equipo ejecutor de proyecto por los 24 meses.
- Informes mensuales de actividades

### **13. Supuestos**

#### **13.1. Propósito/objetivo específico**

El GAD Potosí asume la competencia de reestructuración de redes de servicios de salud en el marco de la Ley 031 y la Ley 475 en coordinación con los GAM involucrados

El modelo de gestión de redes es implementado efectivamente por parte del nivel gerencial y operativo del personal de salud de las dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí.

La población demanda los servicios de salud institucionales dentro de las redes de servicios de salud.

#### **13.2. Componentes/resultados**

C1. Implementado un diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí

- La mejora en la atención de salud de la población forma parte de los intereses y expectativas de las autoridades de los GAM y GAD
- Se signan los recursos financieros a las direcciones de red creadas para su inversión según un modelo de desconcentración administrativa funcional

C2. Implementado un modelo de gestión en dos redes de salud modelo (norte y sud) que garantice el continuum asistencial en el departamento de Potosí

- Existe voluntad desde los niveles operativos y gerenciales en las redes modelos descentralizadas para la mejora de procesos asistenciales y de gestión en salud.

C3. Implementado un modelo de gestión integral de recursos humanos<sup>39</sup> y sus 6 subsistemas (Gobernanza, planificación, formación, gestión del empleo, gestión del desempeño y desarrollo institucional y organizacional) basados en competencias en dos redes de salud modelo (norte y sud)

- Existe la capacidad suficiente SEDES Potosí para adaptar los recursos existentes o coordinar los recursos requeridos por el nuevo modelo de gestión integral de recursos humanos en las 2 redes modelos (norte y sud).
- Existe voluntad política desde las autoridades gubernamentales para la aplicación de modificaciones a reglamentos referidos a la contratación y dotación de recursos humanos en salud dentro de las 2 redes modelos (norte y sud)

C4. Fortalecida la estructura operacional de las 2 redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí (Los sistemas de apoyo y sistemas logísticos son funcionales para los puntos de atención de la red)

- Las direcciones de red asumen y desempeñan sus funciones adecuadamente según la organización desconcentrada definida

C5. Desarrolladas las capacidades gerenciales de los equipos gestores de establecimientos de salud en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí

- Los beneficiarios de la capacitación se encuentran motivados para desempeñar funciones innovadores inherentes a su actividad y en el marco de la política SAFCI.

C6. Administración, Monitoreo y Evaluación del proyecto implementada

- El proyecto recibe el financiamiento adecuado y oportuno en tiempo y cantidad.

---

<sup>39</sup> Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos. ORAS COHNU

- Existe la suficiente oferta en el mercado de evaluadores de proyectos

### **13.3. Actividades**

C1.A1 Elaborar una propuesta del documento de propuesta para el diseño institucional integrado y conformación de dos redes modelos.

- El SEDES Potosí asume la estructuración de las redes de salud como respuesta a la segmentación y fragmentación del sistema de salud departamental de Potosí

C1.A2 Realizar cinco sesiones de trabajo y consenso para la presentación y ajuste del documento de propuesta para el diseño institucional integrado y conformación de dos redes modelos con el SEDES Potosí.

- Se dispone de una propuesta estructurada de conformación y funcionamiento de dos redes modelos.

C1.A3 Realizar tres sesiones de trabajo y aprobación final con autoridades pertinentes de los GAM, GAD y AMDEPO del departamento de Potosí.

- Se dispone de una propuesta estructurada de conformación y funcionamiento de dos redes modelos con conformidad por parte del personal técnico del SEDES Potosí.

C1.A4 Suscripción del decreto departamental de creación de las direcciones de red desconcentradas en el departamento de Potosí.

- Autoridades del GAM, GAD y AMDEPO del departamento de Potosí ejercen su competencia en la estructuración de redes de salud según la normativa nacional vigente

C1.A5 Redactar un convenio intergubernativo para la creación y puesta en marcha de la dirección de la red norte y sur con desconcentración administrativa

- Las autoridades de diferentes entidades territoriales autónomas pertenecientes a la red modelo norte y sur tienen pleno conocimiento y asumen el reto de estructurar redes de salud

C1.A6 Realizar un evento público para la suscripción pública del convenio intergubernativo para la creación de la dirección de red norte y sur

- Las autoridades de las entidades territoriales autónomas buscan legitimidad en la toma de decisiones.

C1.A7 Conformar un comité interinstitucional de red para definir un sistema de gobernanza de la red

- Existe voluntad y suficiencia técnica en autoridades institucionales dentro del territorio de las redes modelos

C1.A8 Realizar cinco sesiones de trabajo con el comité de red para definir el trabajo integral interinstitucional en la red modelo.

- Existe la predisposición y recursos necesarios para llevar adelante las sesiones de trabajo

C1.A9 Realizar la suscripción interinstitucional para el funcionamiento de la red y sus cinco redes de servicios de salud.

- Existe voluntad y consenso en las instituciones involucradas en la definición de las 5 redes de servicios de salud (instituciones de salud principalmente)

C1.A10 Realizar tres talleres de construcción de la planificación estratégica participativa con integrantes de la red y sociedad civil.

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas de planificación estratégica en el personal de salud y la sociedad civil ejerce su derecho a la gestión participativa en salud

C1.A11 Elaboración, aprobación y suscripción del Plan Estratégico Interinstitucional de la Red (norte y sud).

- Existe un consenso técnico adecuado y decisión política de autoridades competentes

C2.A1 Realizar cinco reuniones técnicas para la definición del modelo de gestión de red basada en procesos clínicos SAFCI (incluye la definición de las herramientas de gestión de red) con participación de técnicos interlocutores identificados por el comité interinstitucional de red.

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red

C2.A2 Definir un paquete de herramientas de gestión de red basados en el Plan Estratégico Interinstitucional de las dos Redes modelos

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red

C2.A3 Elaborar un documento de programación en red para cada red modelo

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red

C3.A1 Constituir el departamento de dirección estratégica de la gestión del trabajo y el desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud dentro de la dirección de ambas redes modelos (norte y sur)

- Se crean de las direcciones de red desconcentradas en el departamento de Potosí

C3.A2 Definir el proceso de racionalización de la estructura de cargos, puestos y salarios como condición o inclusión en la definición de la carrera sanitaria en ambas redes modelos (norte y sur).

- Las direcciones de red asumen un modelo de gestión integral de recursos humanos

C3.A3 Concertar la propuesta de carrera sanitaria con amplia participación de todas las organizaciones de trabajadores, sociedad civil e instituciones en ambas redes modelos (norte y sur).

- La dirección de red y el GAD asumen como prioritaria la implementación de la carrera sanitaria

C3.A4 Desarrollar y asignar recursos financieros para el Plan de incentivos a equipos de salud de ambas redes modelos (norte y sur).

- Se contemplan los incentivos dentro del modelo de gestión integral de recursos humanos

C3.A5 Implementar el Registro Único de Recursos Humanos en Salud RUHES en ambas redes modelos (norte y sur).

- El Registro Único de Recursos Humanos en Salud es prioritario en el PEI del Ministerio de Salud

C3.A6 Desarrollar una metodología de dotación y redistribución de recursos humanos que contemple el índice de dispersión

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red

C4.A1 Elaborar el documento de organización transversal de la SAFCI, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza en las 2 redes modelos (norte y sur).

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red

C4.A2 Definir 5 redes de servicios de salud en las 2 redes modelos norte y sur (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias y socio sanitaria).

- La red de servicios de salud se identifican a partir de la capacidad resolutive vigente en la oferta dentro de ambas redes de salud



C4.A3 Definir un modelo de Gestión Integral de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud.

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red

C4.A4 Suscribir los laboratorios dentro del territorio de las 2 redes modelos (norte y sud).

- Los servicios de laboratorio asumen el trabajo en red

C4.A5 Definir modelo de programación del sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico asociado a las redes de servicios priorizadas de las 2 redes modelos (norte y sud).

- Los servicios de diagnóstico y tratamiento asumen un trabajo en red

C4.A6 Ajustar la carpeta familiar SAFCI

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red

C4.A7 Afiliar a la población de la red con el “carnet de salud”

- Se adopta la territorialización como un atributo básico en la red

C4.A8 Ajustar el modelo de gestión hospitalaria en red

- Los hospitales adoptan un trabajo en red

C4.A9 Desarrollar e implementar la historia clínica informatizada asociada a la carpeta familiar.

- Se adopta las TIC en la gestión clínica

C4.A10 Diseñar e implementar una solución informática para la gestión del usuario

- La red asume la gestión de usuarios y caso

C4.A11 Caracterizar y poner en marcha el sistema de transporte de la red en tema de usuarios y emergencias

- Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red

C4.A12 Adecuación y puesta en marcha de vehículos de transporte específicos dentro de ambas redes

- Las ambulancias y otros vehículos quedan dispuestos para la organización de la red

C4.A13 Definir la articulación e instrumentalización del sistema de referencia comunitaria y medicina tradicional con las 2 redes modelos (norte y sud).

- Se asume el modelo de atención comunitario como parte del modelo de atención SAFCI

C5.A1 Desarrollar un proceso de capacitación para 40 gestores de establecimientos de salud en Gestión estratégica de servicios de salud

- El personal de salud se encuentra motivado en el cambio de modelo de atención de la red basado en la política vigente

C5.A2 Desarrollar un proceso de capacitación para 18 directivos del nivel hospitalario en Gestión diaria del hospital y redes.

- El personal de salud se encuentra motivado en el cambio de modelo de atención de la red basado en la política vigente

C5.A3 Diseñar una plataforma e-learning de educación permanente para personal asistencial operativo y gerencial de la red con carpetas de capacitación virtualizadas.

- Se aplica la política de educación permanente bajo el modelo de gestión integral de recursos humanos

C5.A4 Desarrollar un proceso de capacitación rápida a 160 funcionarios de ambas redes en el manejo de expediente clínico

- El personal de salud se encuentra motivado en el cambio de modelo de atención de la red basado en la política vigente

C6.A1 Contratación de equipo ejecutor del proyecto

- Existe la oferta de profesionales con suficiencia técnica adecuada

C6.A2 Contratación de equipos técnicos especialistas del proyecto

- Existe la oferta de profesionales con suficiencia técnica adecuada

C6.A3 Contratación de la evaluación intermedia del proyecto

- Existe la suficiente oferta en el mercado de evaluadores de proyectos

C6.A4 Contratación de la evaluación final del proyecto

- Existe la suficiente oferta en el mercado de evaluadores de proyectos

C6.A5 Contratar a una empresa auditoria

- Existe la suficiente oferta en el mercado de evaluadores de proyectos

#### **14. Análisis de Viabilidad**

La presente propuesta de intervención queda enmarcada en la normativa vigente sobre la estructuración de redes de salud, en primera instancia sobre las competencias definidas en salud para las diferentes entidades territoriales autónomas según lo establece la Ley Marco de Descentralización y Autonomías, asimismo, la propuesta contempla el nuevo modelo de atención de salud familiar comunitario e intercultural y de gestión participativa establecido por el Decreto Supremo 29601 donde se asume la atención primaria de salud renovada.

Las competencias departamentales en materia de salud permiten definir y estructurar las redes de salud<sup>40</sup> en respuesta a la segmentación y fragmentación vigente en el sistema nacional de salud boliviano y dentro del departamento de Potosí.

La toma de decisiones informada y adecuada por parte de las autoridades de las entidades territoriales autónomas permite redefinir el trabajo sanitario en red adoptando un modelo de atención familiar comunitario intercultural – SAFCI rescatando la corriente latinoamericana de renovación de la atención primaria de salud similar a experiencias realizadas en otros países como Perú y Guatemala con la implementación del denominado modelo integral e incluyente en salud. Asumiendo los retos plasmados en la Planificación Estratégica de Salud del Departamento de Potosí 2014 -2018, es necesario repensar el trabajo sanitario en red, su diseño institucional, sus funciones, responsabilidades, sistemas de apoyo, sistemas logísticos, sistema de gestión de recursos humanos en relación a la norma de redes municipales y redes de servicios vigente por parte del Ministerio de Salud, sabiendo que a pesar del fortalecimiento de estas redes (municipales y de servicios de salud) en más de 10 años de intervención tanto nacional como cooperación internacional los resultados obtenidos en materia de acceso universal, cobertura universal y equidad en salud no son evidentes y es necesario replantear la forma de hacer redes de salud.

La voluntad política de autoridades es vital para priorizar una postura sanitaria que permita poner en la mesa política la negociación de las formas de diseñar y organizar redes de salud, la voluntad política debe estar respaldada por un asesoramiento técnico eficiente que permita reorganizar y optimizar los recursos asignados al sector salud a través de soluciones técnicas soportadas con evidencia de éxito en el ámbito internacional.

---

<sup>40</sup> Numeral f) 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.

## **15. Análisis de Factibilidad**

### **15.1. Factibilidad Social**

La factibilidad social de la presente propuesta de intervención está basada en la gestión participativa social en salud impulsada por el decreto supremo 29601, donde la participación social con corresponsabilidad en salud por la sociedad civil dispone de una estructura reconocida dentro de los ámbitos de gestión en salud reconocidos por la norma vigente.

La sociedad civil participa desde su comunidad a través de una representación legítima según los diferentes niveles de gestión en salud, es decir, desde el ámbito comunitario representado por la autoridad local en salud, pasando por el consejo local de salud, el consejo social municipal en salud, hasta el consejo departamental y nacional en salud, enteramente representado por la sociedad civil, lo que impulsa generar actuaciones en salud con respuesta a las necesidades y expectativas de la población a la que sirve el sector

### **15.2. Factibilidad Cultural/Intercultural**

El diseño de redes de salud basadas en la demanda, basadas en la SAFCI y la renovación de la APS permite organizar la atención en salud con pertinencia cultural e intercultural respetando los pensamientos y sentimientos de culturas múltiples dentro del territorio nacional, es más, el diseño presentado pretende superar las barreras socioculturales actualmente presentes en territorio potosino al plantear una solución estructural en el cambio de modelo de atención de salud del asistencial al familiar comunitario intercultural.

### **15.3. Factibilidad Económica (presupuesto público)**

Los recursos provenientes de la fiscalía del estado asignado desde el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas MEFP a los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales según lo establecido a través de la Ley 475, son aquellos fondos con los que la propuesta de intervención pretende implementarse, además de contemplar los remanentes vigentes en la ejecución municipal en salud.

#### **15.4. Factibilidad de Género**

La factibilidad de género está contemplada desde el punto de vista de la participación social con corresponsabilidad y empoderamiento del rol de la mujer indígena en la toma de decisiones en salud principalmente, adoptado desde la perspectiva que los servicios materno - infantiles son aquellos que más atención requieren.

#### **16. Análisis de Sostenibilidad del proyecto**

La presente propuesta de intervención contempla su sostenibilidad a través de la adopción de posiciones técnico administrativas desde los niveles más altos de toma de decisiones en las entidades territoriales autónomas (GAD y GAM involucrados).

El costo político de modificación de redes de salud vigentes deberá ser previamente consensuado y negociado con autoridades afectadas quienes podrán ser testigos de los cambios a producirse en la atención en salud además de la gestión participativa compartida.

Los presupuestos estatales asignados por Ley a las diferentes entidades territoriales autónomas permitirán garantizar la sostenibilidad financiera de la iniciativa propuesta.

La propuesta de intervención prevé la capacitación bajo modalidades sostenibles para el ámbito técnico sanitario tanto gerencial como operativo - asistencial que garantiza adoptar una política de educación permanente y monitoreo de funciones que brindará la sostenibilidad técnica necesaria para las acciones del proyecto.

#### **17. Impacto esperado del proyecto**

La mejora en la estructura organizacional y su modelo de gestión en las redes de salud en el departamento de Potosí (dos redes modelo) pretende contribuir a la mejora de la atención en salud a través de la adecuada implementación del modelo de atención familiar comunitario intercultural, generar redes integradas de servicios de salud que supere la segmentación y fragmentación del sistema nacional de salud

y por ende contribuir al acceso universal a la salud, cobertura universal y equidad en salud.

La mejora organizacional de las redes de salud y de las redes de servicios de salud dentro de dos redes conformadas desde la perspectiva de la APS y diseño de redes basadas en la demanda pretende generar una propuesta organizacional sanitaria que dé respuesta a la normativa vigente superando vacíos normativos que resultan ser barreras en la funcionalidad de redes de servicios de salud.

## **18. Fuente de financiamiento para el presupuesto**

Las fuentes de financiamiento potenciales son:

- Tesoro General de la Nación (TGN)
- TGN recursos de contravalor
- Impuesto Directos a Hidrocarburos (IDH)
- Impuesto Específico a Hidrocarburos (IEH)
- Recursos específicos
- Recursos HIPC
- Créditos
- Donaciones externas (organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación) Miembros conformantes del GRUS Salud.

Por orden de importancia, las principales fuentes de financiamiento son los recursos específicos, el TGN y los créditos, que juntos, representan más de los dos tercios del presupuesto del Ministerio de Salud.

## **19. Referencias bibliográficas**

- 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)

- La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Julio 2007.
- Martínez Saldarriaga L. Redes integradas de servicios de salud. Colombia: Cooperativa de Hospitales de Antioquia; 2011.
- La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
- Organization W. Informe sobre la salud en el mundo. Geneva: World Health Organization; 2010. Margaret Chan. Regreso a Alma-Ata. OMS. 15 de septiembre de 2008.
- Franco-Giraldo A. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1): 83-94.
- Herrera Vázquez MM, Rodríguez Ávila N, Nebot Adell C, Montenegro H. Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21 (5):261–73.
- OPS/OMS Consejo Nacional de Secretarios de Salud. Las redes de atención de salud Eugênio Vilaça Mendes Edición en español Brasilia-DF 2013.
- Herland Tejerina Silva, Werner Soors, Pierre de Paepe, Edison Aguilar Santacruz, Marie-Christine Closon y Jean-Pierre Unger; “Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud”; Medicina Social - 273 - volumen 4, número 4, diciembre de 2009.
- Ocampo-Rodríguez; Betancourt-Urrutia; Montoya-Rojas; Bautista-Botton; “Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud”; Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (24): 114-129, enero-junio de 2013
- Programa Fortalecimiento de las Redes Integrales de Salud en el Departamento de Potosí; “Estudio de análisis cualitativo de las barreras a la



demanda de servicios de salud en el departamento de Potosí” Ministerio de Salud. 2013.

- “Situación hospitalaria en Bolivia”; Johannsen J, Buscarons L, Gutiérrez A. Nota Sectorial; Banco Interamericano de Desarrollo – BID; La Paz - Bolivia 2015.
- “Análisis descriptivo del estado de salud de la población boliviana y del sistema de salud en Bolivia”; Branisa B, Cardona C, Johannsen J, Buscarons L; Nota Sectorial; Banco Interamericano de Desarrollo – BID; La Paz - Bolivia 2014.
- “Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales”; Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011
- “Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud”; Proyecto Multipaís 2011-2014 Guatemala, Bolivia y Perú; Medicus Mundi Navarra.
- “Transformando los servicios de salud hacia redes integradas - Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina”; Representación OPS/OMS Argentina, 71; Buenos Aires, 2017.
- “Claves para 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 Navarra. 2013.
- Álvarez Alva R, Kuri-Moreles P, Mendoza Murillo C. Salud pública y medicina preventiva. México, D.F.: El Manual Moderno; 2012.
- Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiología básica. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
- Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Amsterdam: Elsevier Masson; 2011.
- Detels R, Gulliford M, Abdool Karim Q, Tan C. Oxford textbook of global public health. Oxford: Oxford University Press; 2015.

- Fernández-Crehuet Navajas J, Gestal Otero J, Delgado Rodríguez M. Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública (12a. ed.). Barcelona: Elsevier Health Sciences Spain - T; 2016.
- Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
- Gofin J, Gofin R. Salud comunitaria global, principios, métodos y programas en el mundo. Barcelona: Elsevier Masson; 2012.
- Hernández Aguado I, Gil de Miguel A, Delgado Rodríguez M, Bolúmar Montrull F, Benavides F, Lumbreras Lacarra B. Manual de epidemiología y salud pública. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
- Lemus J. Salud pública y atención primaria de la salud. [S.I.]: Corpus Editorial; 2013.
- Lemus J, Aragües y Oroz V. Investigación en sistemas y servicios de salud.
- Lemus J, Aragües y Oroz V, Lucioni M. Epidemiología y salud comunitaria.
- Promoción de la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996
- Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud. Bogotá: Médica Panamericana; 2006.
- The future of the public's health in the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
- Tulchinsky T, Varavikova E. The new public health. Burlington, Mass: Academic Press; 2009.
- Publicación Científica y Técnica No. 587 VOLUMEN I OPS Edición de 2002 La salud en las Am é ricas Edición de 2002 VOLUMEN I La salud en las Am é ricas.
- Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008 Nuevo Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.
- Subgerencia Cultural del Banco de la República. (2015). Mecanismos de participación ciudadana. Recuperado de:

[http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/mecanismos\\_participacion\\_ciudadana](http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/mecanismos_participacion_ciudadana)

- Shamian J, LeClair SJ. (No date). Integrated delivery systems now or .....??. Commentary paper. Healthcare papers. Health Canada.
- Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica 2002.  
Ministerio de Salud. Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016-2020 La Paz – Bolivia 2016.
- Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” Ley n° 031 ley de 19 de julio de 2010.
- Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia de 30 de diciembre de 2013.
- Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de atención. Serie: Documentos Técnico – Normativos La Paz – Bolivia 2013.
- Ministerio de Salud y Deportes. Norma nacional de referencia y contrareferencia. Edición corregida y revisada. Serie: Documentos Técnico Normativos. La Paz – Bolivia 2013.
- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia 07 de febrero de 2009.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de la Salud (OMS). Redes Funcionales integrales en Salud (REFISS). Marco Teórico del REFISS, Pub. OPS-OMS, La Paz, 2010.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien, 2016 – 2020.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Agenda Patriótica 2025
- Ley del sistema de planificación integral del estado SPIE de 21 de enero de 2016.
- Ministerio de Salud y Deportes. Reestructuración de redes funcionales de servicios de Salud 2012 – 2013.

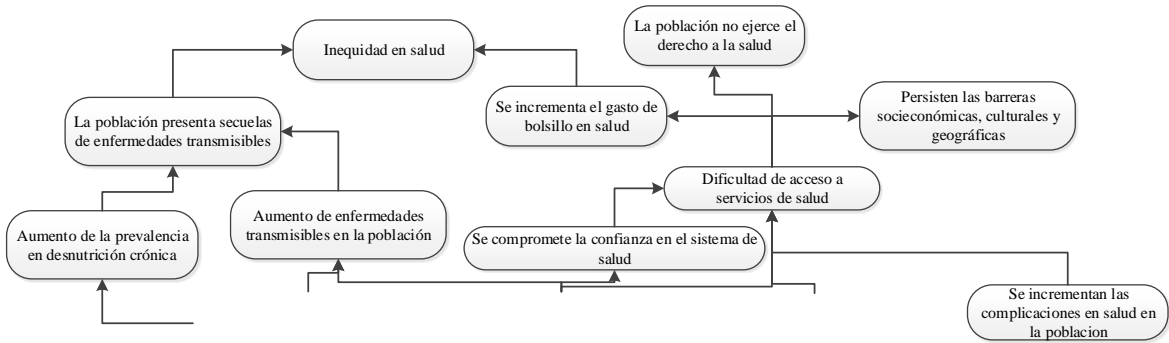
- Banco Interamericano de Desarrollo. Public Expenditure Review. Consultoría para el análisis del gasto en el sector salud. Dupuy J. 2014.
- Tufiño Nancy. Seguridad social: un Derecho Humano. Segunda Edición. Editorial Alquimia. La Paz – Bolivia. 2016.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Situación actual Análisis descriptivo del estado de salud de la población boliviana del sistema de salud en Bolivia. Branisa B., Cardona C., Johannsen J., Buscarons L. La Paz – Bolivia. 2014.
- Decreto Supremo N° 25233 de 27 de noviembre de 1998. Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.
- Ley 1178 Ley de Administración y Control Gubernamental
- Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Manual de Organización y Funciones del Servicio Departamental de Salud 2015.
- Servicio Regional de El Alto, [Internet]. La Paz, Bolivia: Servicio Regional de El Alto [citado el 30 mar. de 2017]. Disponible desde:
- [http://www.sedeslapaz.gob.bo/websedes/index.php?option=com\\_content&view=article&id=305&Itemid=183](http://www.sedeslapaz.gob.bo/websedes/index.php?option=com_content&view=article&id=305&Itemid=183)
- Ministerio de Salud, SNIS-VE [Internet]. Bolivia: Ministerios de Salud [citado el 25 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.sedeslapaz.gob.bo/websedes/index.php?option=com\\_content&view=article&id=381&Itemid=175](http://www.sedeslapaz.gob.bo/websedes/index.php?option=com_content&view=article&id=381&Itemid=175).
- Miguel A. Suárez-Bustamante, Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb. Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. 2010, 4 (1): 61-69.
- United Nations Development Programme. Decentralized Governance Programme: Strengthening Capacity for People-Centered Development. 1997:1-46. Washington, DC, Management Development and Governance Division, United Nations Development Programme.
- Gómez JP. El sector salud. Fretes-Cibils V, Giugale M, Luff C, editors. Bolivia: por el bienestar de todos. World Bank, 355-371. 2006. Washington, DC, World Bank.

- Chile. Ministerio de Salud, (2008): En el Camino a Centro de Salud Familiar, Santiago, Minsal.
- Wasgtaff, A. Watanabe, N. Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world. Policy research Working Paper. The World Bank. Washington DC, 2000
- Larrea, C. Freire, Wilma. Social inequality and child malnutrition in four Andean countries. *RevPanam Salud Publica*; 11 (5/6), 2002
- Perdomo Victoria IT, Martínez Delgado DA, González Cárdenas LT, Díaz Lemus M, O Farrill Fernández M, Paredes Esponda E. Desarrollo de recursos humanos para la gestión de sistema y servicios en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [revista en Internet]. 2015 [citado 2017 Jun 15]; 31 (3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/69>

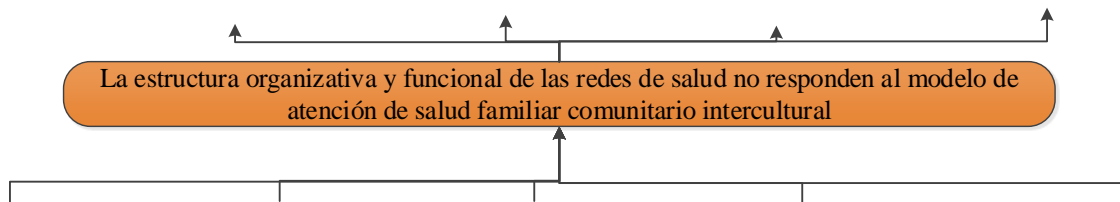
## 20. Anexos

### 20.1. Árbol de Problemas

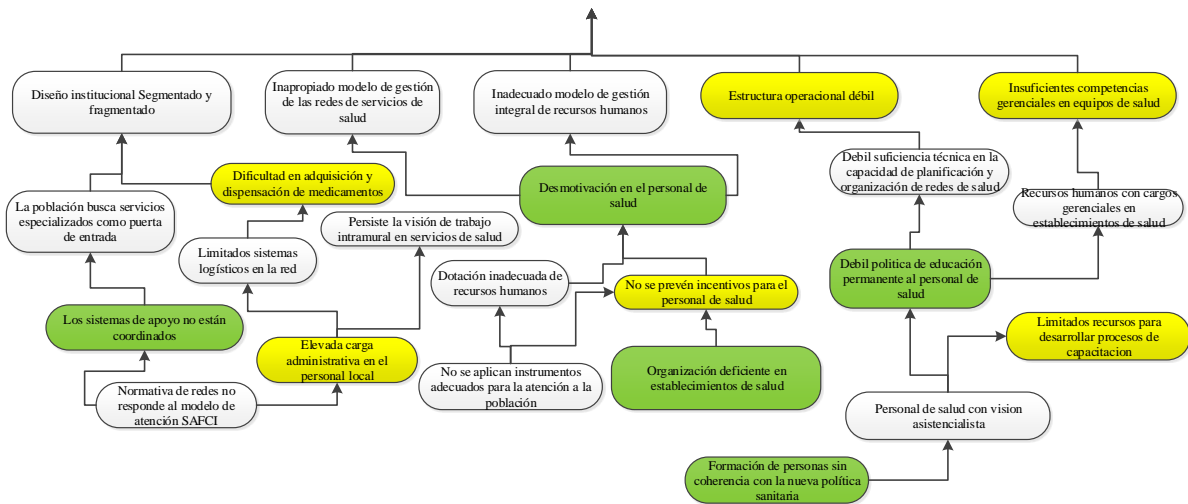
Efectos (problemas resultantes)



Problema central

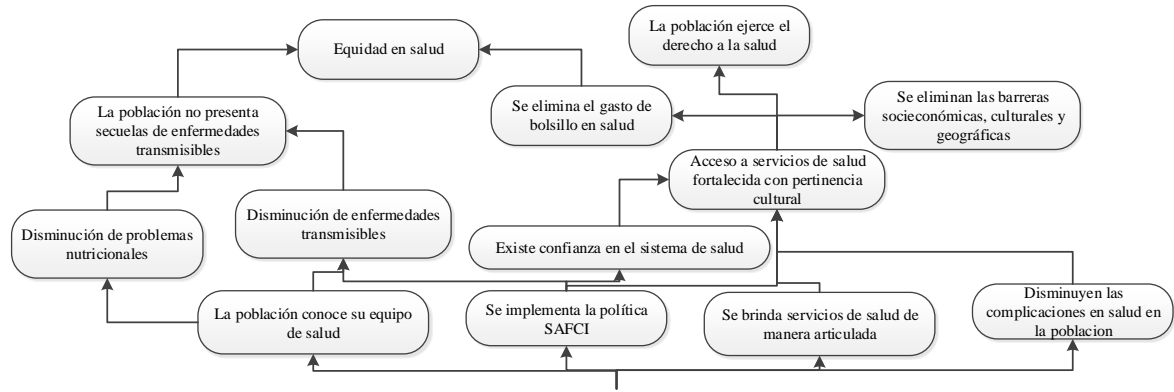


Causas (problemas causales)

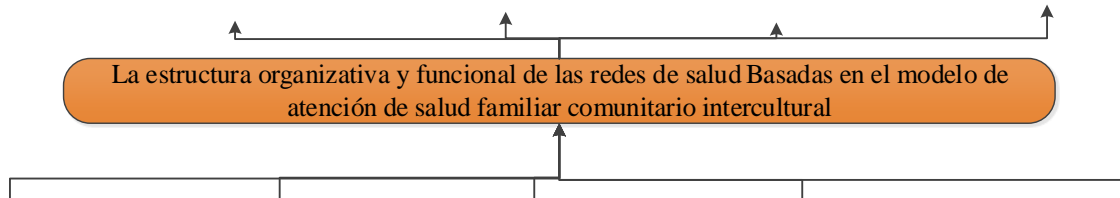


## 20.2. Árbol de Objetivos

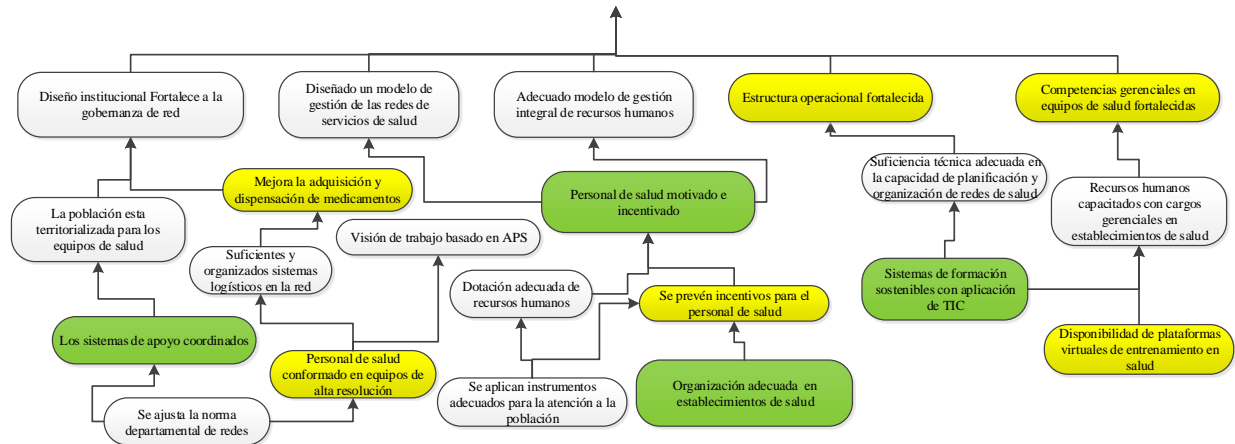
### Fines



### Propósito



### Medios



### 20.3. Matriz de Marco Lógico

LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	INDICADOR/META	FÓRMULA		
<b>FIN</b> <b>Contribuir a la mejora de la situación de salud en la población del departamento de Potosí</b>	Se reduce a menos de 10 % los niños, niñas con bajo peso al nacer <sup>41</sup> en el departamento de Potosí en cuanto se cumplan y pueda evaluarse. Línea de Base: 2,85% 2016	Número de recién nacidos con un peso inferior a 2.500 gramos/ número de recién nacidos x 100.	Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables: 10. Atención de partos en servicios 10.6 Nacidos vivos con peso menor a 2500 g. <sup>47</sup>  El número de recién nacidos esperados proyectados es otorgado por el SNIS-VE - INE <sup>48</sup> en su pestaña "Grupos Especiales SALUD".   La Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición	

<sup>41</sup> Evalúa las posibilidades de supervivencia de un recién nacido en sus primeros momentos de vida, así como para valorar las condiciones de la mujer en una sociedad determinada. Explica entonces, la importancia que otorga la sociedad al recién nacido en términos de: a) condiciones socioeconómicas, incluyendo la situación nutricional, b) del acceso a los servicios de salud, y c) los cuidados del embarazo

<sup>47</sup> No se incluye la variable 11.7 el número de nacidos vivos y muertos con peso menor a 2500 g. contemplada dentro del grupo de variables 11. Atención de partos en domicilio por no discriminar entre vivos y muertos en el formulario 301 a.

<sup>48</sup> La estimación de población por departamento, provincia, municipio según grupos de población en salud para la gestión de ejecución del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia (<http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion>).



LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	INDICADOR/META	FÓRMULA		
	Se disminuye a menos de 10 % la desnutrición crónica <sup>42</sup> en niñas y niños menores de 5 años <sup>43</sup> (según distribución rural/urbana) <sup>44</sup> en cuanto se cumplan y pueda evaluarse. Línea de Base: área rural 25,2%; área urbana 14,2% 2015	Comparación del índice antropométrico talla y edad <sup>46</sup> de los niñas y niños menores de 5 años con la talla esperada según distribución rural/urbana en puntajes Z usando los estándares de referencia de la Organización Mundial de la Salud de 2006.	ESNUT <sup>49</sup> o su equivalente EDSA 2018 de la UDAPE, Ministerio de Salud y CT-CONAN.	
	Se reduce a menos de 40 la tasa de incidencia notificada de casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) por cada 100 mil habitantes <sup>45</sup> en cuanto se cumplan y pueda evaluarse. Línea de Base: 47,6% 2015	Número de casos nuevos notificados de tuberculosis pulmonar BAAR (+)/ proyección de población en Potosí para la gestión de ejecución del proyecto x 100.000	Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables: 20. Tuberculosis y lepra 20.2 N° de TBP BAAR (+) nuevos. La población proyectada es otorgada por el SNIS-VE - INE <sup>50</sup> en su plantilla "Población".	

<sup>42</sup> La prevalencia de desnutrición infantil es una de las expresiones de la inequidad en los países en vías de desarrollo.

<sup>43</sup> El SIEN clasifica el estado nutricional de los niños menores de 5 años mediante el parámetro Z-Score de la tabla de evaluación nutricional del National Center For Health Statistic - NCHS/CDC 1978.

<sup>44</sup> La prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años fue 18,1%, a nivel nacional; en el área rural 25,2% y en el área urbana 14,2%. A nivel de piso ecológico el porcentaje más alto se encuentra en el altiplano con 25,1%, seguido de los valles con 18,6% y finalmente los llanos con 12,3%.

<sup>45</sup> Incidencia notificada de casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) por 100.000 habitantes presenta un valor de 47,6 para la gestión 2015 – MS.

<sup>46</sup> Los niveles de desnutrición crónica en quienes están próximos a cumplir los cinco años (48-59 meses, por ejemplo), son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.

<sup>49</sup> La Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición ESNUT 2012 permite medir el estado de nutrición de las niñas y niños menores de cinco años a través de indicadores que relacionan el peso, talla y edad de los niños. (valor actual 18,1%)

<sup>50</sup> La estimación de población por departamento, provincia, municipio según grupos de población en salud para la gestión de ejecución del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia (<http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion>).

LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	INDICADOR/META	FÓRMULA		
	Se incrementa a más del 60 % la población que accedió a una atención institucional para resolver sus problemas de salud en el departamento de Potosí. Línea de Base: 40,3% 2016	Número de personas que se enfermaron o accidentaron durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta de hogares, que refieren haber accedido a servicios de salud institucional/ total de encuestados x 100	Encuesta de hogares – INE Sección IV - D: salud EH (para todos los miembros del hogar) Variable 34 <sup>51</sup> : ¿A dónde fue o llevaron a (NOMBRE) para atender este(os) problema(s) de salud?	
<b>PROPÓSITO</b> <b>Mejorado el acceso a servicios de salud con calidad en el departamento de Potosí</b>	Se incrementa a más del 60 % la Cobertura de Parto Institucional <sup>52</sup> en el departamento de Potosí al finalizar el proyecto. Línea de Base: 51,52% 2016	Número total de partos en servicio (vaginales y cesáreas) + partos domiciliarios (atendidos por proveedor calificado <sup>53</sup> + personal de salud calificado <sup>54</sup> )/ proyección del número de partos esperados para la gestión de ejecución del proyecto x 100	Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 “a” SNIS-VE) en sus siguientes variables: 10. Atención de partos en servicios: • 10.1 Vaginales • 10.2 Cesáreas 11. Atención de partos en domicilio: • 11.1 Partos atendidos por proveedor calificado • 11.2 Partos atendidos por personal de salud calificado El número de partos esperados proyectados es otorgado por el SNIS-VE -	El GAD Potosí asume la competencia de reestructuración de redes de servicios de salud en el marco de la Ley 031 y la Ley 475  El modelo de gestión de redes es implementado efectivamente por parte del nivel gerencial y operativo del personal salud de las dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí.  La población demanda los servicios de salud institucionales dentro de las redes de servicios de salud.

<sup>51</sup> La sección, la parte y la variable pueden estar sujetos a cambios para la encuesta de hogares en futuras gestiones, se describe a manera de referencia como aparece en el cuestionario de la EH 2016.

<sup>52</sup> Cobertura de parto institucional: Porcentaje de partos atendidos en servicios de salud o partos atendidos en domicilio por personal de salud.

<sup>53</sup> Proveedor calificado: personas con destrezas en atención profesional, capacitados hasta alcanzar la pericia necesaria para brindar cuidados competentes durante el parto, post parto y sus complicaciones (médicos generales y/o especialistas)

<sup>54</sup> Personal de salud calificado: personas calificadas capaces de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, dar comienzo a tratamientos y supervisar la referencia de la mujer, madre y el recién nacido(a) a intervenciones que están más allá de sus competencias o que no son posibles en su entorno (enfermeras y/o Auxiliar de enfermería).

LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	INDICADOR/META	FÓRMULA		
	Se incrementa a más de 80 % las consultas médicas nuevas en establecimientos de salud de primer nivel de atención respecto a la población proyectada al finalizar el proyecto. Línea de Base: 55,52% 2016	Número de consultas médicas nuevas en establecimientos de salud de primer nivel de atención/ población proyectada para la gestión del proyecto x 100	INE <sup>55</sup> en su pestaña "Grupos Especiales SALUD"  Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables: 1. Consulta externa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1 Menores de 6 meses</li> <li>• 1.2 Niños de 6 meses a &lt; 1 año</li> <li>• 1.3 Niños de 1 a 4 años</li> <li>• 1.4 Personas de 5 a 9 años</li> <li>• 1.5 Personas de 10 a 14 años</li> <li>• 1.6 Personas de 15 a 19 años</li> <li>• 1.7 Personas de 20 a 39 años</li> <li>• 1.8 Personas de 40 a 49 años</li> <li>• 1.9 Personas de 50 a 59 años</li> <li>• 1.10 Personas de 60 años y más</li> </ul> El número de población asignada a cada establecimiento de salud es otorgado por el SNIS-VE <sup>56</sup>	

<sup>55</sup> La estimación de población por departamento, provincia, municipio según grupos de población en salud para la gestión de ejecución del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia (<http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion>).

<sup>56</sup> La estimación de población por departamento, provincia, municipio según grupos de población en salud para la gestión de ejecución del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia (<http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion>).

LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	INDICADOR/META	FÓRMULA		
	Se incrementa a más de 1 la razón entre establecimientos de salud de primer nivel por cada 1000 habitantes al finalizar el proyecto. Línea de Base: 0,73 2017 206 EESS 282,673 Habitantes Brecha = 76 EESS (área dispersa)	Número de establecimientos de primer nivel de atención/ población proyectada para la gestión del proyecto x 1000	La estructura de establecimientos para el periodo de gestión del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud ( <a href="http://snis.minsalud.gob.bo/">http://snis.minsalud.gob.bo/</a> estructura-de-establecimientos). El número de población asignada a cada establecimiento de salud es otorgado por el SNIS-VE <sup>57</sup> para el periodo de gestión del proyecto.	
	Se incrementa a más de 80 % las consultas prenatales nuevas en mujeres embarazadas antes del quinto mes de gestación al finalizar el proyecto. Línea de Base:68,4% 2016	Número de consultas prenatales nuevas en mujeres embarazadas antes del quinto mes de gestación / número de embarazos esperados para la gestión de ejecución del proyecto x 100	Informe mensual de producción de servicios (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables: 4. Consultas prenatales: 4.1 Nuevas antes del 5to mes de embarazo La estimación de embarazos esperados para el periodo de gestión del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud ( <a href="http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion">http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion</a> ) en su pestaña "Grupos Especiales SALUD"	

<sup>57</sup> La estimación de población por departamento, provincia, municipio según grupos de población en salud para la gestión de ejecución del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia (<http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion>).

COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>C1. Implementado un sistema de gobernanza único participativo de red en las dos redes de salud modelo (norte y sur) en el departamento de Potosí.</b></p>	<p>Se desarrolla 1 documento para el diseño institucional integrado y un modelo de gestión para el ejercicio de la gobernanza única participativa en dos redes de salud modelo (norte y sur) basado en la demanda (centrado en la persona) en el departamento de Potosí durante el primer trimestre del proyecto.</p> <p>Se suscribe 1 convenio intergubernativo para la implementación de la red de salud norte modelo con desconcentración administrativa funcional entre municipios conformantes (Caripuyo, Llallagua, Chayanta, Uncía, Pocoata, Chuquiuhuta, Colquechaca y San Pedro de Buena Vista) y GAD Potosí durante el primer trimestre del proyecto.</p> <p>Se suscribe 1 convenio intergubernativo para la implementación de la red de salud sur modelo con desconcentración administrativa funcional<sup>58</sup> entre municipios conformantes (Tupiza, Atocha y Cotagaita) y GAD Potosí durante el primer trimestre del proyecto.</p>	<p>Documento presentado y con acta de aprobación por el SEDES Potosí y GAD Potosí.</p> <p>Convenio intergubernativo entre GAD y GAM conformantes firmado para la desconcentración funcional de la red de salud con organización de equipo gerencial recursos sanitarios y asignación presupuestaria mancomunada definida.</p> <p>Convenio intergubernativo entre GAD y GAM conformantes firmado para la desconcentración funcional de la red de salud con organización de equipo gerencial recursos sanitarios y asignación presupuestaria mancomunada definida.</p>	<p>La mejora en la atención de salud de la población forma parte de los intereses y expectativas de las autoridades de los GAM y GAD</p> <p>Se signan los recursos financieros a las direcciones de red creadas para su inversión según un modelo de desconcentración administrativa funcional.</p> <p>Existe voluntad desde los niveles operativos y gerenciales en las redes modelos descentralizadas para la mejora de procesos asistenciales y de gestión en salud.</p>

<sup>58</sup> Desconcentración administrativa: “desplazamiento respecto de un centro, de órganos de decisión o de funcionalidad administrativa, pero sin que se les dote de personalidad jurídica y patrimonio propio, conservando respecto del centro original una relación de dependencia jerárquica con todas sus consecuencias en materia de decisiones, de revocaciones y de mando único”. La desconcentración no implica autonomía, pues existe una relación jerárquica entre los órganos desconcentrados dependiendo de las instancias centrales, que son las normativas.

COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	<p>Se conforman los comités interinstitucionales de gobernanza de red en cada red modelo para definir un diseño institucional integrado y un modelo de gestión durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Se realizan alianzas estratégicas interinstitucionales (sector salud, social y educación principalmente) que permitan una gobernanza única participativa durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Se realiza la suscripción de convenio interinstitucional para el funcionamiento de la red y sus seis programas de salud en ambas redes durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Se desarrolla una Planificación estratégica para cada red modelo (norte y sur) desconcentrada durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Se desarrolla 1 Marco normativo de regulación de los mecanismos de coordinación y supervisión entre niveles gerenciales y operativos durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Se define un modelo de gestión de red basada en procesos clínicos – productivos eficientes (inter e intra establecimiento – Gestión clínica) con previsión de la integración vertical y</p>	<p>Actas de conformación de los comités interinstitucionales de gobernanza de red.</p> <p>Documento de diseño institucional integrado y un modelo de gestión de cada red.</p> <p>Convenios para las alianzas estratégicas en función del número de instituciones identificadas en el momento de ejecución del proyecto y en cada red modelo.</p> <p>2 convenios interinstitucionales para el funcionamiento de la red y sus seis programas de salud (</p> <p>2 documentos de planificación estratégica de red</p> <p>1 documento normativo de mecanismos de coordinación institucional.</p> <p>1 documento de programación en red que rescata el modelo de gestión de la red de servicios de salud basadas en la SAFCI.</p>	

COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	<p>horizontal de la red durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Se define un nuevo modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica para su integración en red durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Definición de los instrumentos para la gestión de red y gestión hospitalaria (Gestión clínica - Cuadro de Mando Integral) durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Se realizan 4 eventos de rendición pública de cuentas de la calidad de los resultados económicos, clínicos y humanísticos y los recursos utilizados en la atención de la salud de las redes de manera semestral a partir del primer semestre del proyecto.</p>	<p>1 documento de modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica.</p> <p>Compromisos de gestión de red basada en resultados en dos redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí.</p> <p>Memoria fotográfica de los 4 eventos de rendición pública de cuentas Publicaciones en prensa Trípticos informativos</p>	
<p><b>C2. Fortalecido el equipamiento e infraestructura en dos redes de salud modelo (norte y sud)</b></p>	<p>Se desarrolla un Plan de equipamiento de establecimientos de salud para las 5 redes de servicios de salud en las 2 redes modelo durante el primer cuatrimestre del proyecto.</p> <p>Se equipan 100 establecimientos de salud de las 5 redes de servicios de salud en ambas redes de salud durante el primer semestre del proyecto.</p> <p>Se ejecutan los planes de mantenimiento de equipamiento médico (preventivo y correctivo) en</p>	<p>2 planes de equipamiento de establecimientos de salud desarrollado y aprobado</p> <p>100 Establecimientos de salud equipados</p> <p>2 planes de mantenimiento de equipamiento médico en ejecución</p>	<p>Los equipos de salud SAFCI cuentan con competencias suficientes para el manejo del equipamiento médico</p> <p>Existe suficiente oferta de personal biomédico en las redes de salud</p> <p>Existe suficiente oferta de empresas constructoras en las redes de salud</p>

COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	<p>ambas redes hasta finalizar el proyecto</p> <p>Se desarrolla un Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud para ambas redes de salud durante el primer semestre del proyecto.</p> <p>Se amplían y/o remodelan 50 establecimientos de salud de primer nivel de atención en ambas redes de salud modelo al finalizar el tercer semestre del proyecto.</p>	<p>2 planes maestros de Infraestructura Física en Salud para ambas redes modelo</p> <p>50 planos As Built de los establecimientos de salud beneficiarios, planillas de obras, memoria fotográfica de avance de obra Actas de recepción de obras</p>	
<p><b>C3. Implementado un sistema de gestión integral de recursos humanos<sup>59</sup> y sus 6 subsistemas (Gobernanza, planificación, formación, gestión del empleo, gestión del desempeño y desarrollo institucional y organizacional) basados en APS en dos redes de salud modelo (norte y sud)</b></p>	<p>Se implementa un marco normativo para la contratación basados en los principios del trabajo decente contemplando el desarrollo y movilidad al séptimo mes del proyecto.</p> <p>Se diseñan los equipos SAFCI multidisciplinarios de salud en función a las descripciones de perfiles ocupacionales, al índice de dispersión y la territorialización en ambas redes (nivel es el más resolutivo y la atención de especialidad se ubica en los lugares más apropiados de la red) antes del octavo mes del proyecto</p> <p>Se desarrollan 2 planes estratégicos de expansión y proyecciones de la dotación de RRHH considerando los niveles de atención en ambas redes modelo al octavo mes del proyecto</p>	<p>1 Documento del marco normativo para la contratación basados en los principios del trabajo decente contemplando el desarrollo y movilidad</p> <p>Equipos SAFCI multidisciplinarios de salud organizados en ambas redes modelos</p> <p>2 Documentos de planes estratégicos de expansión y proyecciones de la dotación de RRHH para las redes de salud modelo</p>	<p>Existe la capacidad suficiente SEDES Potosí para adaptar los recursos existentes o coordinar los recursos requeridos por el nuevo modelo de gestión integral de recursos humanos en las 2 redes modelos (norte y sud).</p> <p>Existe voluntad política desde las autoridades gubernamentales para la aplicación de modificaciones a reglamentos referidos a la contratación y dotación de recursos humanos en salud dentro de las 2 redes modelos (norte y sud)</p>

<sup>59</sup> Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos. ORAS COHNU



COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	<p>Se desarrolla un sistema de incentivos financieros y no financieros coherentes con el modelo de atención para la retención y alineados a los objetivos de la red - fidelización de los equipos de salud en áreas rurales y de difícil acceso destinados a resolver los problemas de provisión de servicios y el desarrollo de conductas saludables y control de riesgos en zonas desatendidas al noveno mes del proyecto.</p> <p>Se diseña un sistema de carrera sanitaria, considerando la movilidad a lo largo de la red de salud con base en las etapas del ciclo laboral (ingreso, desarrollo de competencias, máximo rendimiento, estabilización y etapa de salida) al décimo mes del proyecto</p> <p>Se elabora una estrategia para cohesionar a los actores de la red antes del décimo primer mes del proyecto.</p> <p>Se desarrollan 7 proyectos de Investigación en el marco del funcionamiento de equipos SAFCI multidisciplinares de salud (satisfacción laboral; impacto de los incentivos; oferta y demanda de recursos humanos, alcance ocupacional de las profesiones, estrategias de sustitución de roles, requerimientos de supervisión y</p>	<p>Documentos del sistema de incentivos financieros y no financieros para los RRHH de las redes modelo de salud</p> <p>Documento del sistema de carrera sanitaria modelo para las redes de salud modelo</p> <p>Documento de estrategia para cohesionar a los actores de la red</p> <p>7 protocolos de investigación 7 artículos científicos publicados</p>	

COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	coordinación e índice de dispersión) al décimo quinto mes del proyecto.		
<b>C4. Fortalecidos los sistemas de apoyo y sistemas logísticos de las 2 redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí</b>	<p>Se desarrolla un Plan de integración de laboratorios y servicio de imagenología en red al séptimo mes del proyecto</p> <p>Se equipan 40 laboratorios y servicios de imagenología en las dos redes de salud al noveno mes del proyecto.</p> <p>Se desarrolla un modelo de Gestión Integral del ciclo logístico de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud al octavo mes del proyecto.</p> <p>Se dota de medicamentos e insumos a 100 farmacias de las redes modelo al décimo mes del proyecto</p> <p>Se instaure la vigilancia de la farmacia clínica en las redes modelo al finalizar el proyecto</p> <p>Se define un sistema integrado de información en salud en las redes modelo al noveno mes del proyecto</p> <p>Se implementa un sistema ERP en las redes modelo al décimo primer mes del proyecto</p> <p>Se realizan 4 auditorías de sistemas de información en las redes modelo al finalizar el proyecto</p>	<p>Documento de Plan de integración de laboratorios y servicio de imagenología en red</p> <p>Memoria fotográfica Acta de recepción de equipamiento</p> <p>Documento del modelo de Gestión Integral del ciclo logístico de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud</p> <p>Memoria fotográfica Actas de recepción de medicamentos e insumos</p> <p>Informes sobre formulario terapéutico, dispensación, adhesión al tratamiento, conciliación de medicamentos y farmacovigilancia)</p> <p>Documento de sistema integrado de información en salud.</p> <p>Memoria fotográfica Reportes de monitoreo del sistema ERP</p> <p>Informes de auditoría del sistema de información integrado en salud</p>	Las direcciones de red asumen y desempeñan sus funciones adecuadamente según la organización desconcentrada definida

COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	<p>Se implementa la Historia Clínica y Carpeta Familiar informatizada en las redes modelo al finalizar el primer año del proyecto</p> <p>Se implementa un sistema de gestión del paciente en red y acceso regulado a la atención en salud en las redes modelo al décimo mes del proyecto.</p> <p>Se elabora una Norma Técnica de Guía de práctica Clínica en las redes modelo al décimo sexto mes del proyecto</p> <p>Se elaboran 25 guías clínicas y 50 protocolos de atención en las redes modelo al décimo sexto mes del proyecto</p> <p>Se desarrolla un sistema de referencia comunitaria y medicina tradicional en las redes modelo al décimo primer mes del proyecto</p> <p>Se desarrolla un sistema de transporte en las redes modelo al finalizar el primer año del proyecto</p> <p>Se acondicionan y ponen en marcha 60 vehículos de transporte sanitario en las redes modelo al finalizar el primer año del proyecto</p>	<p>Códigos fuente Registros en la Nube</p> <p>Documento del sistema de gestión del paciente en red y acceso regulado a la atención en salud</p> <p>Documento de Norma técnica</p> <p>Documentos de Guías Clínicas Documentos de protocolos de atención en red</p> <p>Documento de sistema de referencia comunitaria y medicina tradicional</p> <p>Documento de sistema de transporte</p> <p>Memoria fotográfica</p>	
<b>C5. Mejoradas las competencias del personal de salud de ambas redes modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí</b>	Se implementa la política de educación permanente en las redes de salud	Documento de implementación de la política de educación permanente para funcionarios de las redes de salud	Los beneficiarios de la capacitación se encuentran motivados para desempeñar funciones innovadores

COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	<p>Se implementa la plataforma de modalidad e-learning en las redes de salud</p> <p>40 gestores de establecimientos de salud de primer nivel de atención (cabecera de red) capacitados</p> <p>18 equipos directivos de hospitales de segundo y tercer nivel de atención del subsector público capacitados (6 directores, 6 administrativos 6 jefes de planificación)</p> <p>200 funcionarios del primer nivel de atención capacitados en salud materno-infantil</p> <p>200 funcionarios del primer nivel de atención capacitados en promoción de la salud</p> <p>200 funcionarios del primer nivel capacitados en atención socio sanitaria</p> <p>200 funcionarios del primer nivel de atención capacitados en enfermedades no transmisibles y paciente crónico</p> <p>200 funcionarios del primer nivel de atención capacitados en salud mental</p> <p>200 funcionarios del primer nivel de atención capacitados en urgencias y emergencias médicas</p>	<p>Codigos fuente Dominio y hosting</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p>	<p>inherentes a su actividad y en el marco de la política SAFCI.</p> <p>El SEDES Potosí lidera los procesos de convocatoria al personal de las redes de salud</p> <p>La conectividad y equipos computacionales se encuentran disponibles en los diferentes puntos de atención de las redes de salud</p> <p>El personal beneficiario presenta destrezas previas en manejo básico de navegación en internet, ofimática y manejo de plataformas MOODLE</p>

COMPONENTES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	<p>100 funcionarios de las redes capacitados en gestión del sistema ERP</p> <p>200 funcionarios de las redes capacitados en sistemas de información de salud</p> <p>200 funcionarios de ambas redes capacitados en el manejo de expediente clínico y carpeta familiar informatizada</p> <p>Se tiene una carpeta de capacitación en gestión hospitalaria y de redes elaborada y didactizada y virtualizada al finalizar el proyecto.</p> <p>71 funcionarios de ambas redes capacitados en vigilancia de la farmacia clínica</p> <p>51 funcionarios de ambas redes capacitados en laboratorios y servicios de imagenología en red</p> <p>40 funcionarios de ambas redes en gestión integral de recursos humanos en red</p> <p>Se implementa un sistema de evaluación de los procesos de capacitación</p>	<p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes</p> <p>Informes de evaluación de los procesos de capacitación</p>	
<b>C6. Administración, Monitoreo y Evaluación del proyecto implementada</b>	Se mantiene un equipo ejecutor del proyecto completo durante 24 meses de ejecución del proyecto	<p>Contratos del equipo ejecutor de proyecto por los 24 meses.</p> <p>Informes mensuales de actividades</p>	El proyecto recibe el financiamiento adecuado y oportuno en tiempo y cantidad.

<b>COMPONENTES</b>	<b>INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
	<p>Las dos gestoras de red modelo funcionan al menos 18 meses 4 informes de Monitoreo elaborados durante la vida de ejecución del proyecto.</p> <p>Realizada una evaluación intermedia del proyecto al primer año de ejecución.</p> <p>Realizada la evaluación de fin de proyecto a la conclusión del proyecto.</p> <p>1 auditoria a los estados financieros realizada al finalizar la ejecución del proyecto.</p>	<p>Informes elaborados de monitoreo</p> <p>Informes semestrales de monitoreo del proyecto</p> <p>Informe de evaluación intermedia</p> <p>Informe de evaluación de fin de proyecto</p> <p>Informe de auditoria de la propuesta de intervención</p>	<p>Existe la suficiente oferta en el mercado de evaluadores de proyectos</p>

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>COSTOS/RECURSOS</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>C1.A1 Realizar ocho sesiones de trabajo y aprobación del documento de propuesta para el diseño institucional integrado, modelo de gestión y modelo de financiamiento mancomunado de dos redes modelos con dos días de duración cada uno para 15 personas del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red.</b>	<p>Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red</p> <p>Personal técnico del proyecto</p> <p>Oficina de proyecto</p> <p>Mobiliario de oficina de proyecto</p> <p>Equipamiento de oficina</p> <p>Equipos de computación y comunicación</p> <p>Material de escritorio</p> <p>15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 30 Bs = 4500 Bs</p>	<p>Facturas de refrigerios</p> <p>Memoria fotográfica de 5 sesiones de trabajo</p>	<p>Los miembros conformantes del comité científico disponen de voluntad y capacidad técnica para la elaboración de un diseño institucional integrado.</p> <p>Existe disponibilidad de servicios de catering</p>
<b>C1.A2 Realizar un evento departamental “Las gerencias de redes de Salud en Potosí” de un</b>	<p>Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red</p>	<p>Factura de empresa de eventos</p>	<p>Se dispone de la voluntad política de las autoridades departamentales para la suscripción de convenios</p>

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>día de duración para 140 personas para la suscripción del convenio intergubernativo de creación de las gerencias de red norte y sur con desconcentración administrativa en el departamento de Potosí.</b></p>	<p>Personal técnico del proyecto  Personal invitado  Material de visibilidad institucional  Material de escritorio  Ambiente social del Gobierno Autónomo Departamental de Potosí  <b>Contratación de una empresa de eventos</b> [gastos de secretaría y producción pre-evento, la difusión y promoción, el equipamiento técnico para la sala (sonido, proyección, mobiliario, decoración), oradores, contratación de un show, diseño y envío de invitaciones, servicio de cocktail y cena e imprevistos)] = 35000 Bs</p>		<p>intergubernativos en favor de la creación de redes de salud con desconcentración administrativa. Las autoridades de las entidades territoriales autónomas buscan legitimidad en la toma de decisiones.</p>
<p><b>C1.A3 Realizar ocho sesiones de trabajo y aprobación del modelo de trabajo integral interinstitucional en la red modelo y funcionamiento de sus seis programas (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias, promoción de la salud y socio sanitaria) con dos días de duración cada uno para quince personas del Consejo Interinstitucional de Red por cada red conformada</b></p>	<p>Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red  Personal técnico del proyecto  Oficina de proyecto de las gerencias de red  Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red  Equipamiento de oficina de las gerencias de red  Equipos de computación y comunicación  Material de visibilidad institucional  Material de escritorio  15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs  10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs  10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000</p>	<p>Factura de refrigerios  Planilla de viáticos  Pasajes de ida y retorno</p>	<p>Los miembros conformantes del comité de red disponen de voluntad y capacidad técnica para la elaboración de un modelo de trabajo integral interinstitucional en la red. Existe disponibilidad de servicios de catering.</p>
<p><b>C1.A4 Realizar tres talleres de dos días de duración para quince personas para la elaboración</b></p>	<p>Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red</p>	<p>Factura de refrigerios  Pasajes de ida y retorno</p>	<p>Se dispone de capacidades en técnicas participativas de planificación estratégica en el</p>

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>aprobación y suscripción Plan Estratégico Interinstitucional de la Red para cada red con integrantes del comité de red y sociedad civil.</b>	Personal del comité técnico de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 2 días x 3 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 5400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 3 sesiones = 17400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 3 sesiones = 6000 2 Facilitadores en planificación estratégica x 1 mes x 8000 Bs = 16000 Bs	Planilla de viáticos y fotocopias de CI de participantes  Factura de honorarios a facilitadores	personal de salud y la sociedad civil ejerce su derecho a la gestión participativa en salud Existe disponibilidad de servicios de alimentación en las cabeceras de red
<b>C1.A5 Realizar 3 sesiones de trabajo para la elaboración, aprobación y puesta en marcha de un marco normativo de regulación de mecanismos de coordinación y supervisión de las redes modelos de dos días de duración para 15 personas</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 2 días x 3 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 5400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 3 sesiones = 17400 Bs	Factura de refrigerios  Pasajes de ida y retorno  Planilla de viáticos y fotocopias de CI de participantes	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en marcos de regulación en el personal de salud y la sociedad civil ejerce su derecho a la gestión participativa en salud Existe disponibilidad de servicios de alimentación en las cabeceras de red



ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 3 sesiones = 6000		
<b>C1.A6 Elaborar, consensuar y aprobar un modelo de gestión de red basada en procesos clínicos – productivos eficientes (inter e intra establecimiento) con previsión de la integración vertical y horizontal basadas en la SAFCI y sus instrumentos de gestión.</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité técnico de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto Mobiliario de oficina de proyecto Equipamiento de oficina Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Ambiente social del Gobierno Autónomo Departamental de Potosí Material de visibilidad institucional Servicio de cocktail y cena para 60 personas = 7000 Bs Facilitador en modelos de gestión de red x 2 meses x 8000 Bs = 16000 Bs	Factura de servicio de alimentación Factura de honorarios del facilitador	Existe suficiencia técnica en el personal técnico en materia de modelos de gestión innovadores en el personal de salud  Existe disponibilidad de servicios de alimentación.  Existe suficiente oferta en el mercado de profesional expertos en gestión de redes y organizaciones sanitarias
<b>C1.A7 Elaborar, consensuar y aprobar un modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica para su integración en red y sus instrumentos de gestión clínica</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto Mobiliario de oficina de proyecto Equipamiento de oficina Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Ambiente social del Gobierno Autónomo Departamental de Potosí Material de visibilidad institucional Servicio de cocktail y cena para 60 personas	Factura de honorarios del facilitador	Existe suficiencia técnica en el personal técnico en materia de modelos de gestión innovadores en el personal de salud  Existe suficiente oferta en el mercado de profesional expertos en gestión hospitalaria en red

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Facilitador en modelos de gestión hospitalaria x 2 meses x 8000 Bs = 16000 Bs		
<b>C1.A8 Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión a la implementación del diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Pasajes y viáticos Vehículos con conductor	Informes de supervisión del equipo técnico de la propuesta de intervención Informes de viaje del equipo técnico de la propuesta de intervención	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en marcos de regulación en el personal de salud y la sociedad civil ejerce su derecho a la gestión participativa en salud
<b>C1.A9 Realizar 4 eventos de rendición pública de cuentas</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Ambiente social del Gobierno Autónomo Departamental de Potosí Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 1000 Trípticos informativos de avance x 2,5 Bs = 2500 Bs 2 Publicaciones en medios de prensa escritos locales x 33 Bs tarifa publicitaria x 4 rendiciones = 264 Bs		
<b>C2.A1 Desarrollar el Plan de equipamiento de establecimientos de salud para las 5 redes de servicios de salud en ambas redes</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red	Contratos de consultores expertos	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en temas de equipamiento médico en el personal de salud

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 1 Consultor en equipamiento médico x 1 mes x 10000 Bs = 10000 Bs 1 Consultor experto en salud materno-infantil x 2 meses x 7000 Bs = 14000 Bs 1 Consultor experto en salud mental x 2 meses x 7000 Bs = 14000 Bs 1 Consultor experto en ENT x 2 meses x 7000 Bs = 14000 Bs 1 Consultor experto en Emergencias x 2 meses x 7000 Bs = 14000 Bs 1 Consultor experto en atención socio-sanitaria x 2 meses x 7000 Bs = 14000 Bs 1 Consultor experto en promoción de la salud x 2 mes x 7000 Bs = 14000 Bs		Existe la oferta de profesionales en las redes temáticas priorizadas
<b>C2.A2 Adquirir e instalar el equipamiento médico en 100 establecimientos de salud</b>	1 Lote de equipamiento para para el programa de materno-infantil = 2000000 Bs 1 Lote de equipamiento para para el programa de salud mental = 100000 Bs 1 Lote de equipamiento para para el programa de ENT = 100000 Bs 1 Lote de equipamiento para para el programa de emergencias = 2000000 Bs	Facturas de adquisición Actas de entrega a los GAM Actas de entrega a los EESS	Existe suficiente oferta de equipos médicos en la calidad y especificaciones esperadas

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	1 Lote de equipamiento para el programa de atención socio-sanitaria = 100000 Bs		
<b>C2.A3 Ejecutar los planes de mantenimiento de equipamiento médico, laboratorio e imagenología (preventivo y correctivo) en ambas redes</b>	Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 4 Consultores biomédicos x 15 meses x 8000 = 480000 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 18 meses = 104400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 18 meses = 36000	Contrato de expertos biomédicos	Existe suficiente oferta de expertos biomédicos en ambas redes de salud
<b>C2.A4 Desarrollar el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud para las 2 redes de salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 1 Consultor en infraestructura sanitaria x 3 meses x 8000 Bs = 24000 Bs	Contratos de consultor experto	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en temas de equipamiento médico en el personal de salud Existe la oferta de profesionales en las redes temáticas priorizadas

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>C2.A5 Realizar las obras de ampliación y/o remodelación en 50 establecimientos de salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto 1 Empresa constructora para realizar las obras definidas x 100 m <sup>2</sup> x 50 EESS x 1700 Bs = 8500000 Bs	Contrato con empresa constructora Planillas de avance de obra	Existe la oferta de empresas consultoras idóneas en las redes de salud
<b>C3.A1 Realizar 3 sesiones de un día de duración para la presentación, retroalimentación y aprobación del marco normativo para la contratación de RRHH en ambas redes modelo</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 1 días x 3 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 2700 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 1 días x 3 sesiones = 8700 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 3 sesiones = 6000	Factura de refrigerios  Pasajes de ida y retorno  Planilla de viáticos y fotocopias de CI de participantes	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red  La modificación de las modalidades de contratación de personal para las redes de salud es prioritaria para el SEDES Potosí.
<b>C3.A2 Realizar 4 talleres de dos días de duración para 15 personas para realizar la descripciones de perfiles ocupacionales y diseño de los equipos SAFCI multidisciplinarios de salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red	Factura de refrigerios  Pasajes de ida y retorno  Planilla de viáticos y fotocopias de CI de participantes	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red Se asume la atención primaria de salud renovada como estrategia para el desarrollo de redes de salud

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 2 días x 4 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 7200 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 4 sesiones = 23200 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 4 sesiones = 8000		
<b>C3.A3 Realizar 8 sesiones de trabajo de dos días de duración para 15 personas del comité de red para la elaboración del Plan Estratégico de expansión y proyecciones de la dotación de RRHH considerando los niveles de atención de la red</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del Comité de Red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de visibilidad institucional Material de escritorio 15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000	Factura de refrigerios  Planilla de viáticos  Pasajes de ida y retorno	Existe suficiencia técnica en el personal de los comités de la red
<b>C3.A4 Realizar 8 sesiones de trabajo de dos días de duración para 15 personas para la definición de un sistema de incentivos en ambas redes de salud modelo</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red	Factura de refrigerios  Pasajes de ida y retorno  Planilla de viáticos y fotocopias de CI de participantes	Se contemplan los incentivos dentro del modelo de gestión integral de recursos humanos

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000		
<b>C3.A5 Realizar 8 sesiones de trabajo de dos días de duración para 15 personas para definir el sistema de carrera sanitaria</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000	Factura de refrigerios Pasajes de ida y retorno Planilla de viáticos y fotocopias de CI de participantes	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en el comité interinstitucional de red La gerencia de red y el GAD asumen como prioritaria la implementación de la carrera sanitaria
<b>C3.A6 Realizar 3 talleres de 2 días de duración para 15 personas para aprobar la estrategia de cohesión de los actores de la red</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red	Factura de refrigerios Pasajes de ida y retorno Planilla de viáticos y fotocopias de CI de participantes	Se dispone de capacidades en técnicas participativas de planificación estratégica en el personal de salud y la sociedad civil ejerce su derecho a la gestión participativa en salud.

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 2 días x 3 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 5400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 3 sesiones = 17400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 3 sesiones = 6000	Factura de honorarios a facilitadores	Existe disponibilidad de servicios de alimentación en las cabeceras de red.
<b>C3.A7 Realizar un evento departamental para la presentación del Plan Estratégico de expansión y proyecciones de la dotación de RRHH, sistema de incentivos, sistema de carrera sanitaria y política de educación permanente en las redes de salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Red Personal técnico del proyecto Personal invitado Material de visibilidad institucional Material de escritorio Ambiente social del Gobierno Autónomo Departamental de Potosí <b>Contratación de una empresa de eventos</b> [gastos de secretaría y producción pre-evento, la difusión y promoción, el equipamiento técnico para la sala (sonido, proyección, mobiliario, decoración), oradores, contratación de un show, diseño y envío de invitaciones, servicio de cocktail y cena e imprevistos] = 35000 Bs	Factura de empresa de eventos	Se dispone de la voluntad política de las autoridades departamentales para la implementación de un sistema de carrera sanitaria  Las autoridades de las entidades territoriales autónomas buscan legitimidad en la toma de decisiones.
<b>C3.A8 Desarrollar 7 proyectos de investigación (satisfacción laboral; impacto de los incentivos; oferta y demanda de recursos humanos, alcance ocupacional de las profesiones, estrategias de sustitución de roles, requerimientos de supervisión y</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red	Contrato de consultor asesor de investigación  Contratos de investigadores junior  Planilla de viáticos  Pasajes de transporte	Las gerencias de red asumen un modelo de gestión integral de recursos humanos basados en la APS.  Existe suficiente oferta en el mercado profesional de investigadores en recursos humanos



ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>coordinación e índice de dispersión)</b>	Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de visibilidad institucional Material de escritorio <b>Costos operativos de investigación:</b> Consultor asesor de investigación x 6 meses x 8000 Bs = 48000 Bs Equipo investigador junior x 5 personas x 6 meses x 4000 Bs = 120000 Viáticos x 5 personas x 18 veces x 290 Bs = 26100 Pasajes x 5 personas x 2 veces x 18 viajes x 100 Bs = 18000 Bs Publicación de investigaciones x 7 proyectos x 1500 Bs = 10500 Bs Distribución de ejemplares = 10000 Bs		
<b>C3.A9 Realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación al sistema de gestión integral de recursos humanos y sus 6 subsistemas (Gobernanza, planificación, formación, gestión del empleo, gestión del desempeño y desarrollo institucional y organizacional) basados en APS en dos redes de salud modelo</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Pasajes y viáticos Vehículos con conductor	Informes de seguimiento, monitoreo y evaluación del equipo técnico al sistema de gestión integral de recursos humanos	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en sistemas de gestión de recursos humanos

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>C4.A1 Realizar 8 Sesiones de trabajo de dos días de duración 15 personas para el desarrollo del Plan de integración de laboratorios y servicio de imagenología en red (Modelo de gestión en red, modelo de descentralización de la toma de muestras, modelo de centralización del procesamiento de los exámenes, estandarización de procedimientos, sistema logístico, gestión de la calidad, capacitación de RRHH y sistema integrado de información - ERP) y modelo de programación pactada e integrada dentro de ambas redes de salud en función a la densidad tecnológica y puntos de atención.</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000 1 consultor en laboratorio clínico y patología x 1 mes x 8000 Bs = 8000 Bs 1 consultor en imagenología x 1 mes x 8000 Bs = 8000 Bs	Factura de refrigerios  Planilla de viáticos  Pasajes de ida y retorno  Contrato de consultor	El personal técnico presenta competencias técnicas en integración de laboratorios en red
<b>C4.A2 Adquirir y distribuir equipamiento e insumos para la red de laboratorios (clínico y patología) e imagenología</b>	Lotes de equipamiento de laboratorios e imagenología = 2800000 Bs Insumos para laboratorios e imagenología = 280000 Bs Distribución de equipos e insumos = 80000 Bs	Contratos con empresas proveedoras	Existe la suficiente oferta en el mercado para la adquisición de equipos e insumos de laboratorio e imagenología
<b>C4.A3 Realizar el mantenimiento de equipos y supervisión de la red de laboratorios e imagenología</b>	Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red	Informes de ejecución del plan de mantenimiento de equipamiento médico, de laboratorio e imagenología	Se disponen de los desembolsos del proyecto oportunamente

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Camionetas Combustible Consultores biomédicos		
<b>C4.A4 Realizar 8 Sesiones de trabajo de dos días de duración 15 personas para el desarrollo de un modelo de Gestión Integral del ciclo logístico de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud.</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000 Bs 1 consultor en farmacia clínica x 1 mes x 8000 Bs = 8000 Bs	Factura de refrigerios Planilla de viáticos Pasajes de ida y retorno Contrato de consultor	El personal técnico presenta competencias técnicas en el ciclo logístico de suministro de medicamentos e insumos de salud
<b>C4.A5 Seleccionar, Programar, Adquirir, almacenar y distribuir medicamentos e insumos bajo el modelo de financiamiento mancomunado definido</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red	Contratos con empresas proveedoras Planillas de recepción de medicamentos e insumos	Existe suficiente oferta de medicamentos e insumos

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Lote de medicamentos = 119000 Bs (30 días) Distribución de medicamentos = 80000 Bs		
<b>C4.A6 Realizar la vigilancia de la farmacia clínica (formulario terapéutico<sup>60</sup>, dispensación, adhesión al tratamiento, conciliación de medicamentos y farmacovigilancia)</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 11 Consultores farmacéuticos clínicos x 12 meses x 8000 Bs = 1056000 Bs 12 viáticos x 290 Bs x 2 días x 11 consultores = 76560 Bs 12 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 11 consultores = 26400 Bs	Contratos de farmacéuticos clínicos	Existe suficiente formación y oferta de profesionales farmacéuticos clínicos en las redes de salud
<b>C4.A7 Instalar y equipar oficinas municipales para la afiliación de la población a la red</b>	Alquiler de 11 oficinas municipales x 12 meses x 5000 Bs = 660000 Bs. Mobiliario de oficina municipal x 11 oficinas x 30000 Bs = 330000 Bs Material de escritorio x 11 oficinas = 110000 Bs	Contratos de alquiler  Facturas de mobiliario  Facturas de equipos e insumos de carnetización	Suficiente oferta en el mercado de equipamiento para carnetización poblacional

<sup>60</sup> Ley del Medicamento No. 1737. c) Revisar y actualizar en forma permanente el Formulario Terapéutico Nacional, las normas farmacológicas y las normas terapéuticas.

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Contratación de 11 consultores carnetizadores de red x 12 meses x 4500 Bs = 594000 Bs Impresora Datacard x 11 equipos x 7000 Bs = 77000 Bs Máquina Plastificadora Para Carnets x 11 equipos x 6.672 Bs = 73392 Bs 1 diseñador gráfico x 1 diseño x 2600 Bs = 2600 Bs Rollos de cintas Ribbon Kit = 1168 Bs la unidad x 100 rollos = 116800 Bs Rollos de laminado Duragard de 1,0 mil Transparente x 409 la unidad x 100 rollos = 40900 Bs 600 paquetes de Tarjetas PVC Ultra Card III de (500 unidades por paquete) x 700 Bs = 420000 Bs Material de Señalización, identificación, Etiquetado y accesorios = 82000 Bs 12 viáticos x 290 Bs x 2 días x 11 consultores = 76560 Bs 12 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 11 consultores = 26400 Bs	Contratos con consultores carnetizadores	
<b>C4.A8 Realizar 4 sesiones de trabajo de 2 días de duración para 15 personas para la definición clara de cada elemento del banco de datos con el fin de evidenciar las ambigüedades; la estandarización del uso de terminología y clasificación; Necesidades de entrenamiento de los recursos humanos involucrados con la información; la mejora de la anotación de las informaciones en las historias clínicas; el mantenimiento y la auditoría externa. (Interconectividad e</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional	Factura de refrigerios Planilla de viáticos Pasajes de ida y retorno Contrato de consultor	El personal técnico presenta competencias técnicas en sistemas de información en salud

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>interoperabilidad de sistemas de información en salud – SOAPS, SNIS, Medicina Tradicional, producción de servicios, vigilancia epidemiológica, SIPRUNPCD, SVIN-C, y otros)</b>	15 Refrigerios x 2 días x 4 sesiones x 30 Bs = 3600 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 4 sesiones = 23200 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 4 sesiones = 8000 Bs 1 consultor en información en salud (epidemiólogo) x 1 mes x 8000 Bs = 8000 Bs		
<b>C4.A9 Licitar, Adquirir y poner en marcha un sistema integral de información<sup>61</sup> para la Planeación y Control de los Recursos ERP para las redes de salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Software ERP = 100500 Bs Instalación y mantenimiento = 20000 Bs 2 consultores informáticos x 15 meses x 7000 Bs = 210000	Contrato de software Contratos consultores informáticos	Existe suficiente oferta de sistemas integrales de información (sistema ERP)
<b>C4.A10 Realizar 4 auditorías del uso de información en las redes de salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red	Informes de auditoria Contrato de consultores auditores	Se implementa adecuadamente los sistemas de información integrales en salud

<sup>61</sup> Incluye: Los determinantes sociales de la salud y los ambientes contextuales y legales en los cuales las redes de salud operan; los insumos de los sistemas de atención de salud y los procesos relacionados a ellos, incluyendo la política y la organización, la infraestructura sanitaria, los recursos humanos y los recursos financieros; el desempeño de los sistemas de atención de salud; los resultados producidos en términos de mortalidad, morbilidad, carga de enfermedades, bienestar y estado de salud; y la equidad en salud. Incluye la integración de los módulos de gestión de recursos humanos, de expediente clínico y carpeta familiar informatizada, de gestión de paciente y acceso regulado a la atención y de transporte sanitario.

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 2 consultores auditores en información de salud x 4 veces x 8000 Bs = 64000 Bs		
<b>C4.A11 Adquirir e Instalar el Servidor de Historia Clínica y Carpeta Familiar Informatizada en la nube</b>	Sistema ERP Software de gestión médica (Contabilidad, Estadísticas, Gráficas, Control Stock, sistema de citas on-line integrado en la agenda, 7 perfiles incluidos, actualizaciones, almacenamiento de datos, copias de seguridad diarias y sistema de protección de datos) x 1010 Bs/mes x 12 meses = 12120 Bs	Facturas de pago de servidor médico	Existe oferta en el mercado de software integrales médicos en nube
<b>C4.A12 Realizar la operación y mantenimiento de hardware y software en establecimientos de salud</b>	11 Consultores de operación del servidor de HCyCF x 12 meses x 6000 Bs = 792000 Bs	Contrato de consultores de operación de servidor	Se implementa la HC y la CF informatizada
<b>C4.A13 Realizar 8 sesiones de 2 días de duración para 15 personas para definir el sistema de gestión del paciente en red y acceso regulado a la atención en salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red	Factura de refrigerios Planilla de viáticos Pasajes de ida y retorno Contrato de consultor	El personal técnico presenta competencias técnicas en sistemas de gestión de paciente y acceso regulado a la atención

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Sistema ERP 15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000 Bs 1 consultor en gestión y seguridad del paciente x 1 mes x 8000 Bs = 8000 Bs		
<b>C4.A14 Elaborar una Norma Técnica de Guía de práctica Clínica, guías clínicas y protocolos de atención</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 2 epidemiólogos x 6 meses x 10000 Bs = 120000 Bs 1 bioestadística x 6 meses x 10000 Bs= 60000 Bs Licencia para acceso a bases de datos primarias (Hinari, Pubmed, Medline, Proquest, Embase, Ovid, Ebsco, Jstore, entre otras) = 10000 Bs	Contrato de consultores  Facturas de licencia de bases de datos	Existe acceso oportuno y adecuado a servicios de internet



ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>C4.A15 Realizar el seguimiento a la aplicación de protocolos clínicos definidos</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Pasajes y viáticos Vehículos con conductor	Informes de seguimiento y monitoreo la aplicación de protocolos clínicos definidos	Se elaboran guías clínicas y protocolos clínicos
<b>C4.A16 Realizar 8 sesiones de 2 días de duración para 15 personas para definir la articulación e instrumentalización del sistema de referencia comunitaria y medicina tradicional en las dos redes modelo</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Sistema ERP 15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000 Bs	Factura de refrigerios Planilla de viáticos Pasajes de ida y retorno Contrato de consultores	El personal técnico presenta competencias técnicas en articulación del sistema de salud con la medicina tradicional

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	1 consultor en medicina tradicional y prácticas ancestrales x 1 mes x 6000 Bs = 6000 Bs 1 consultor en genero e interculturalidad x 1 mes x 6000 Bs = 6000 Bs		
<b>C4.A17 Realizar el seguimiento y monitoreo al sistema de gestión del paciente en red y acceso regulado a la atención en salud y la articulación con la medicina tradicional por las redes de salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Pasajes y viáticos Vehículos con conductor	Informes de seguimiento y monitoreo al sistema de gestión del paciente en red y acceso regulado a la atención en salud y la articulación con la medicina tradicional por las redes de salud	Se implementa el módulo de gestión de paciente y acceso regulado en el sistema ERP
<b>C4.A18 Realizar 8 sesiones de 2 días de duración para 15 personas para caracterizar y poner en marcha el sistema de transporte de la red en tema de usuarios y emergencias [sistema de transporte primario y secundario de personas usuarias en urgencia y emergencia y de manera programada electiva; transporte de material biológico (norma de transporte de material biológico) y transporte de Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud].</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Sistema ERP	Factura de refrigerios  Planilla de viáticos  Pasajes de ida y retorno  Contrato de consultores	El personal técnico presenta competencias técnicas en sistemas de transporte sanitario

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	15 Refrigerios x 2 días x 8 sesiones x 2 redes x 30 Bs = 14400 Bs 10 viáticos x 290 Bs x 2 días x 8 sesiones = 46400 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 8 sesiones = 16000 Bs 1 consultor en transporte sanitario x 1 mes x 8000 Bs = 8000 Bs		
<b>C4.A19 Adecuar, puesta en marcha y definición de rutas para vehículos de transporte específicos dentro de ambas redes</b>	60 localizadores GPS para vehículos del sistema de transporte sanitario x 800 Bs = 48000 Bs Servicios de compañía de rastreo satelital x 12 meses x 1300 Bs = 15600 Bs Equipamiento para 60 vehículos destinadas al transporte sanitario = 180000 Bs 100 teléfonos móviles x 1200 Bs = 120000 Bs	Contratos con empresas proveedoras	Existe la oferta suficiente en el mercado de servicios de rastreo satelital de vehículos
<b>C4.A20 Realizar el Mantenimiento de vehículos destinadas al transporte sanitario</b>	Repuestos varios para vehículos durante 12 meses de funcionamiento = 220000 Bs Servicios de auto mecánica x 12 meses x 2000 Bs = 24000 Bs	Factura de repuestos Contrato con servicios de auto mecánica	Existe oferta de repuestos y servicios de auto mecánica en las redes de salud
<b>C5.A1 Realizar 2 talleres de 2 días de duración para 30 personas para definir los mecanismos de implementación de la política de educación permanente en las redes de salud</b>	Personal del Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red Personal del comité técnico de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional	Factura de refrigerios Pasajes de ida y retorno Planilla de viáticos y fotocopias de CI de participantes Factura de honorarios a facilitadores	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en gestión pedagógica en el personal de salud

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	30 Refrigerios x 2 días x 2 sesiones x 30 Bs = 3600 Bs 20 viáticos x 290 Bs x 2 días x 2 sesiones = 23200 Bs 10 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 2 sesiones = 4000 1 Facilitador en gestión pedagógica x 4 días x 1000 Bs = 4000 Bs		
<b>C5.A2 Diseñar y producir 14 carpetas de capacitación (Plan de estudios, logística, convocatoria)</b>	Personal del comité técnico de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 2 consultores pedagogos x 18 meses x 8000 Bs = 288000 1 Consultor experto en salud materno-infantil 1 Consultor experto en salud mental x 1 mes 1 Consultor experto en ENT 1 Consultor experto en Emergencias 1 Consultor experto en atención socio-sanitaria 1 Consultor experto en promoción de la salud	Contratos de consultores pedagogos	Si disponen de desembolsos oportunos
<b>C5.A3 Implementar una plataforma e-learning para los procesos de capacitación</b>	Dominio y hosting = 100 Bs Página web = 20880 Bs 1 consultor administrador de la plataforma x 12 meses x 7000 = 84000 Bs	Códigos fuente de la página web Registros de pago de dominio y hosting Contrato de consultor	Existe disponibilidad de plataformas elearning en MOODLE
<b>C5.A4 Desarrollar un proceso de capacitación para 40 gerentes de establecimientos de salud en</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio	Memoria fotográfica Contrato con docentes	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>Gestión estratégica de servicios de salud</b>	Material de visibilidad institucional Data Display + Laptop Ecran Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 6 módulos x 1200 Bs = 7200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 40 viáticos x 290 Bs x 3 días x 6 sesiones = 208800 Bs 40 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 6 sesiones = 48000 Bs	Facturas de alquiler Planilla de viáticos Pasajes de participantes Certificados	
<b>C5.A5 Desarrollar un proceso de capacitación para 18 gerentes del nivel hospitalario en Gestión diaria del hospital y redes de salud.</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Data Display + Laptop Ecran Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 6 módulos x 1200 Bs = 7200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 18 viáticos x 290 Bs x 3 días x 6 sesiones = 93960 Bs 18 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 6 sesiones = 21600 Bs	Memoria fotográfica Contrato con docentes Facturas de alquiler Planilla de viáticos Pasajes de participantes Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A6 Desarrollar un proceso de capacitación para 200 funcionarios del primer nivel de atención en salud materno-infantil</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Plataforma e-learning Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 200 viáticos x 290 Bs x 1 días = 58000 Bs 200 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 40000 Bs	Informes de plataforma MOODLE Contrato con docentes Facturas de alquiler Planilla de viáticos Pasajes de participantes Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>C5.A7 Desarrollar un proceso de capacitación para 200 funcionarios del primer nivel de atención en promoción de la salud</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Plataforma e-learning Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 200 viáticos x 290 Bs x 1 días = 58000 Bs 200 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 40000 Bs	Informes de plataforma MOODLE  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A8 Desarrollar un proceso de capacitación para 200 funcionarios del primer nivel en atención sociosanitaria</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Plataforma e-learning Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 200 viáticos x 290 Bs x 1 días = 58000 Bs 200 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 40000 Bs	Informes de plataforma MOODLE  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A9 Desarrollar un proceso de capacitación para 200 funcionarios del primer nivel de atención en enfermedades no transmisibles y paciente crónico</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Plataforma e-learning Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 200 viáticos x 290 Bs x 1 días = 58000 Bs 200 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 40000 Bs	Informes de plataforma MOODLE  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>C5.A10 Desarrollar un proceso de capacitación para 200 funcionarios del primer nivel de atención en salud mental</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Plataforma e-learning Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 200 viáticos x 290 Bs x 1 días = 58000 Bs 200 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 40000 Bs	Informes de plataforma MOODLE  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A11 Desarrollar un proceso de capacitación para 200 funcionarios del primer nivel de atención en urgencias y emergencias médicas</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Plataforma e-learning Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 200 viáticos x 290 Bs x 1 días = 58000 Bs 200 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 40000 Bs	Informes de plataforma MOODLE  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A12 Desarrollar un proceso de capacitación para 100 funcionarios de las redes en gestión del sistema ERP</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Data Display + Laptop Ecran Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 1 Docentes x 1 modulo x 7000 = 7000 50 viáticos x 290 Bs = 14500 Bs 50 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 10000 Bs	Memoria fotográfica  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>C5.A13 Desarrollar un proceso de capacitación para 200 funcionarios de las redes en sistemas de información de salud</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Plataforma e-learning Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 200 viáticos x 290 Bs x 1 días = 58000 Bs 200 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 40000 Bs	Informes de plataforma MOODLE  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A14 Desarrollar un proceso de capacitación para 200 funcionarios de ambas redes en el manejo de expediente clínico y carpeta familiar informatizada</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Plataforma e-learning Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 6 Docentes x 1 modulo x 7000 = 42000 Bs 200 viáticos x 290 Bs x 1 días = 58000 Bs 200 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 40000 Bs	Informes de plataforma MOODLE  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A15 Desarrollar un proceso de capacitación para 71 funcionarios de ambas redes en vigilancia de la farmacia clínica</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Data Display + Laptop Ecran Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 1 Docentes x 1 modulo x 7000 = 7000 50 viáticos x 290 Bs x 2 días = 29000 Bs 50 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 10000 Bs	Memoria fotográfica  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí



ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>C5.A16 Desarrollar un proceso de capacitación para 51 funcionarios de ambas redes en laboratorios y servicios de imagenología en red</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Data Display + Laptop Ecran Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 1 Docentes x 1 modulo x 7000 = 7000 50 viáticos x 290 Bs = 14500 Bs 50 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 10000 Bs	Memoria fotográfica  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A17 Desarrollar un proceso de capacitación para 40 funcionarios de ambas redes en gestión integral de recursos humanos en red</b>	Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional Data Display + Laptop Ecran Alquiler de ambiente con servicios de refrigerio x 1200 Bs = 1200 Bs 1 Docentes x 1 modulo x 7000 = 7000 40 viáticos x 290 Bs x 3 días = 34800 Bs 40 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) = 10000 Bs	Memoria fotográfica  Contrato con docentes  Facturas de alquiler  Planilla de viáticos  Pasajes de participantes  Certificados	Los procesos de convocatoria son liderados por el SEDES Potosí
<b>C5.A18 Diseñar, e implementar el sistema de evaluación de los procesos de capacitación.</b>	Personal del comité técnico de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 2 consultores pedagogos	Informes de evaluación a los procesos de capacitación  Memoria fotográfica	Se disponen de los desembolsos económicos de manera oportuna

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Pasajes y viáticos Vehículos con conductor		
<b>C6.A1 Contratar al equipo base del proyecto</b>  <b>Gerente de proyecto</b> <b>Administrador de proyecto</b> <b>Responsable Jurídico</b> <b>Responsable de control de la calidad</b> <b>Responsable de Gobernanza de red</b> <b>Responsable de sistemas de apoyo</b> <b>Responsable de sistemas logísticos</b> <b>Responsable de capacitación</b> <b>Responsable de desarrollo tecnológico</b> <b>Gerentes de red</b>	Gerente de proyecto 1x24 meses x 12000 Bs = 288000 Bs Administrador de proyecto 1x24 meses x 11500 Bs = 276000 Bs Responsable Jurídico 1x24 meses x 10000 Bs = 240000 Bs Responsable de control de la calidad 1 x24 meses x 10000 Bs = 240000 Bs Responsable de Gobernanza de red 1x24 meses x 11500 Bs = 276000 Bs Responsable de sistemas de apoyo 1 x24 meses x 10000 Bs = 240000 Bs Responsable de sistemas logísticos 1 x24 meses x 10000 Bs = 240000 Bs Responsable de capacitación 1 x24 meses x 10000 Bs = 240000 Bs Responsable de desarrollo tecnológico 1 x24 meses x 10000 Bs = 240000 Bs Gerente de red 2x24 meses x 11500 Bs = 552000	Contratos del equipo consultor base plurianual:  Gerente de proyecto Administrador de proyecto Responsable Jurídico Responsable de control de la calidad Responsable de Gobernanza de red Responsable de sistemas de apoyo Responsable de sistemas logísticos Responsable de capacitación Responsable de desarrollo tecnológico Gerentes de red  Informes mensuales de actividades de cada consultor	Existe suficiente oferta en el mercado laboral sanitario de profesionales sanitarios con la experiencia y capacidades solicitadas
<b>C6.A2 Alquilar y equipar la oficina del proyecto</b>	<b>Alquiler de oficina de proyecto</b> 1 oficina x 24 meses x 7000 Bs = 168000 Bs <b>Mobiliario de oficina</b> (10 escritorios, 10 sillones ejecutivos, mesa para 10 personas, 12 sillas, 10 estantes, 10 gabeteros, 15 sillas plegables, 5 mesas pequeñas) = 110000 Bs <b>Equipos de computación</b> 25 laptop x 7000 Bs = 175000 <b>Equipamiento de oficina</b> 6 impresoras x 3500 Bs = 21000	Facturas de alquiler  Facturas de adquisición  Facturas de adquisición	Existe la oferta suficiente en el mercado de ambientes de oficina, equipamiento de oficina y materiales de escritorio

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	3 Fotocopiadoras x 5000 Bs = 15000 3 Cámaras fotográficas más trípode x 1400 Bs = 4200 15 USB de 32 GB x 120 BS = 1800 Data Display x 6 unidades x 2800 Bs = 16800 Bs Ecran retráctil x 6 unidades x 1600 = 9600 Bs <b>Equipos de comunicación</b> 15 teléfonos móviles x 1200 Bs = 18000 Bs Línea corporativa x 15 teléfonos x 24 meses x 250 Bs = 90000 Bs <b>Material de escritorio</b> Insumos de escritorio para 24 meses = 250000 Bs	Facturas de adquisición  Facturas de adquisición	
<b>C6.A3 Diseñar y producir material de visibilidad del proyecto</b>	<b>Material de visibilidad institucional</b> Diseño y producción de 3 tipos de banners grandes (463X60) x 3 ejemplares cada uno x 300 Bs = 2700 Bs Diseño y producción de 150 maletines personalizados x 150 Bs = 22500 Bs Diseño del logo institucional = 700 Bs Diseño y producción de 2000 Folders personalizados x 2 Bs = 4000 Bs Diseño y producción de 2000 bolígrafos personalizados x 1 = 2000 Credenciales de identificación de personal x 200 x 50 Bs = 10000 Bs	Factura de diseño y producción de material de visibilidad	Existe la oferta suficiente en el mercado de empresas para el diseño y producción de material personalizado
<b>C6.A4 Alquilar y equipar las oficinas de las gerencias de red</b>	Alquiler de oficinas de las gerencias de red 2 oficinas x 24 meses x 7000 Bs = 336000 Bs Mobiliario de oficina (10 escritorios, 10 sillones ejecutivos, mesa para 10 personas, 12 sillas, 10 estantes, 10 gabeteros, 15 sillas plegables, 5 mesas pequeñas) = 110000 Bs	Factura de alquiler de oficina Factura de adquisición de mobiliario	Existe la oferta suficiente en el mercado de los municipios cabeceras de red de ambientes de oficina, equipamiento de oficina y materiales de escritorio

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Equipos de computación Equipamiento de oficina Equipos de comunicación Material de escritorio		
<b>C6.A5 Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión a la implementación de la propuesta de intervención</b>	Personal del comité de red Personal técnico del proyecto Oficina de proyecto de las gerencias de red Mobiliario de oficina de proyecto de las gerencias de red Equipamiento de oficina de las gerencias de red Equipos de computación y comunicación Material de escritorio Material de visibilidad institucional 8 viáticos x 290 Bs x 2 días x 18 meses = 83520 Bs 8 Pasajes x 100 Bs x 2 veces (ida y retorno) x 18 meses = 28800 2 camionetas 4x4 x 25000 Bs = 50000 Bs Mantenimiento e insumos de vehículos = 50000 Bs Combustible para 2 camionetas por 18 meses = 200000 2 conductores x 18 meses x 4000 Bs = 144000 Bs. 2 seguros de vehículo x 750 Bs x 2 años = 3000 Bs	Pasajes de ida y retorno  Planilla de viáticos y CI de personal supervisor  Factura vehículos  Factura de combustible  Contratos de conductores Bitácoras de viaje  Contratos de seguros	Se dispone de capacidades en técnicas participativas en marcos de regulación en el personal de salud y la sociedad civil ejerce su derecho a la gestión participativa en salud Existe disponibilidad de servicios de alimentación en las cabeceras de red Existe disponibilidad de conductores locales Existe oferta de vehículos 4x4
<b>C6.A6 Realizar la evaluación intermedia de la propuesta de intervención (ya sea a los 12 meses de ejecución del proyecto o cuando el 50% de los recursos del proyecto hayan sido gastados)</b>	Contratación de un consultor / firma consultora para que realice la evaluación intermedia de la propuesta de intervención = 100000 Bs	Contrato para consultoría de evaluación intermedia	Existe la suficiente oferta en el mercado de evaluadores de proyectos
<b>C6.A7 Realizar la evaluación final de la propuesta de intervención</b>	Contratación de la evaluación final del proyecto = 100000 Bs	Contrato para consultoría de evaluación final de la propuesta de intervención	Existe la suficiente oferta en el mercado de evaluadores de proyectos

ACTIVIDADES	COSTOS/RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>C6.A8 Realizar la auditoría interna de la propuesta de intervención</b>	Contratar a una empresa auditoria semestralmente x 4 veces x 50000 Bs = 200000 Bs		Existe la suficiente oferta en el mercado de evaluadores de proyectos

## 20.4. Presupuesto

El presupuesto de la propuesta de intervención asciende a un total de 39.377.356,40 bolivianos y es presentado en una estructura por partidas presupuestarias.

### 20.4.1. Presupuesto por partidas

PARTIDAS PRESUPUESTARIAS	Tiempo en meses	Cantidad	Costo unitario en Bs	Costo total de Bs
<b>Recursos humanos</b>				
<b>Personal permanente</b>				
Gerente de proyecto	24	1	12000	288000
Administrador de proyecto	24	1	11500	276000
Responsable Jurídico	24	1	10000	240000
Responsable de control de la calidad	24	1	11500	276000
Responsable de Gobernanza de red	24	1	10000	240000
Responsable de sistemas de apoyo	24	1	10000	240000
Responsable de sistemas logísticos	24	1	10000	240000
Responsable de capacitación	24	1	10000	240000
Responsable de desarrollo tecnológico	24	1	10000	240000
Gerente de red	24	2	11500	552000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>2832000</b>
<b>Personal eventual</b>				
Consultor en equipamiento médico	1	1	10000	10000
Consultor experto en salud materno-infantil	2	1	7000	14000
Consultor experto en salud mental	2	1	7000	14000
Consultor experto en ENT	2	1	7000	14000
Consultor experto en Emergencias	2	1	7000	14000
Consultor experto en atención socio-sanitaria	2	1	7000	14000
Consultor experto en promoción de la salud	2	1	7000	14000
Consultor biomédico	15	4	8000	480000
Consultor en infraestructura sanitaria	3	1	8000	24000
Consultor asesor de investigación	6	1	8000	48000
Consultor en laboratorio clínico y patología	1	1	8000	8000
Consultor en imagenología	1	1	8000	8000
Consultor en farmacia clínica	1	1	8000	8000
Consultor farmacéutico clínico	12	11	8000	1056000
Consultor carnetizador de red	12	11	4500	594000
Consultor en información en salud (epidemiólogo)	1	1	8000	8000
Consultor informático	15	2	7000	210000
Consultor auditor en información de salud	4	2	8000	64000

<b>PARTIDAS PRESUPUESTARIAS</b>	<b>Tiempo en meses</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario en Bs</b>	<b>Costo total de Bs</b>
Consultor de operación del servidor de HCyCF	12	11	6000	792000
Consultor en gestión y seguridad del paciente	1	1	8000	8000
Consultor en medicina tradicional y prácticas ancestrales	1	1	6000	6000
Consultor en genero e interculturalidad	1	1	6000	6000
Consultor en transporte sanitario	1	1	8000	8000
Consultor pedagogo	18	2	8000	288000
Consultor administrador de la plataforma	12	1	7000	84000
Investigador junior	6	5	4000	120000
Diseñador gráfico	1	1	2600	2600
Epidemiólogo	6	2	10000	120000
Bioestadístico	6	1	10000	60000
Conductor de vehículo	18	2	4000	144000
Facilitador en planificación estratégica	1	2	8000	16000
Facilitador en modelos de gestión de red	2	1	8000	16000
Facilitador en modelos de gestión hospitalaria	2	1	8000	16000
Facilitador en gestión pedagógica	4	1	1000	4000
Docente	14	64	7000	6272000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>10564600</b>
<b>SUBTOTAL RECURSOS HUMANOS</b>				<b>13396600</b>
<b>Refrigerios, Viáticos y pasajes</b>				
Refrigerios		<b>5670</b>	<b>30</b>	<b>170100</b>
Viáticos		6120	290	1774800
Pasajes		7532	100	753200
<b>SUBTOTAL</b>				<b>2698100</b>
<b>Servicios para evento social</b>				
Empresa de eventos		2	35000	70000
Empresa de servicio de cocktail		1	7000	7000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>77000</b>
<b>Contrato de servicios</b>				
Empresas constructoras				8500000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>8500000</b>
<b>Evaluación de proyecto</b>				
Evaluacion intermedia del proyecto				100000
Evaluacion final del proyecto				100000
Empresa auditora		4	50000	200000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>400000</b>
<b>Alquileres</b>				
Alquileres de ambiente para capacitación		14	1200	16800
Alquileres de oficina locales	12	11	5000	660000
Alquileres oficina de proyecto	24	1	7000	168000

<b>PARTIDAS PRESUPUESTARIAS</b>	<b>Tiempo en meses</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario en Bs</b>	<b>Costo total de Bs</b>
Alquileres de oficina gerencias de red	24	2	7000	336000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>1180800</b>
<b>Mobiliario de oficina</b>				
Mobiliario de oficina	1	13	4231	55000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>55000</b>
<b>Equipamiento para establecimientos de salud, laboratorios, vehículos y medicamentos e insumos</b>				
Lote de equipamiento para establecimientos de salud	1	1	7000000	7000000
Lote de equipamiento e insumos de laboratorios e imagenología	1	1	3080000	3080000
Lote de medicamentos e insumos	1	1	119000	119000
Equipamiento para 60 vehículos destinadas al transporte sanitario	1	60	3000	180000
60 localizadores GPS para vehículos del sistema de transporte sanitario	1	60	800	48000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>10427000</b>
<b>Publicaciones</b>				
Publicaciones en prensa escrita	4	2	33	264
Publicación de investigaciones	1	7	1500	10500
<b>SUBTOTAL</b>				<b>10764</b>
<b>Softwares, licencias, dominios, recursos web</b>				
Software ERP = 100500 Bs	1	1	100500	100500
Instalación y mantenimiento software = 20000 Bs	1	1	20000	20000
Software de gestión médica = 12120 Bs	1	1	12120	12120
Licencia para acceso a bases de datos primarias	1	1	10000	10000
Página web = 20880 Bs	1	1	20880	20880
Dominio y hosting	1	1	100	100
<b>SUBTOTAL</b>				<b>163600</b>
<b>Equipo de carnetización local</b>				
Impresora Datacard	1	11	7000	77000
Máquina Plastificadora Para Carnets	1	11	6672	73392
Rollos de cintas Ribbon Kit	1	100	1168	116800
Rollos de laminado Duragard de 1,0 mil Transparente	1	100	409	40900
600 paquetes de Tarjetas PVC Ultra Card III	1	600	700	420000
Material de Señalización, identificación, Etiquetado y accesorios	1	1	82000	82000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>810092</b>
<b>Material de visibilidad, identidad e información</b>				
1000 Trípticos informativos de avance x 2,5 Bs = 2500 Bs	1	1000	2,5	2500
Banners grandes (463X60)	3	3	300	2700
Maletines personalizados	1	150	150	22500
Diseño del logo institucional	1	1	700	700
Folders personalizados	1	2000	2	4000
Bolígrafos personalizados	1	2000	1	2000
Credenciales de identificación de personal	1	200	50	10000



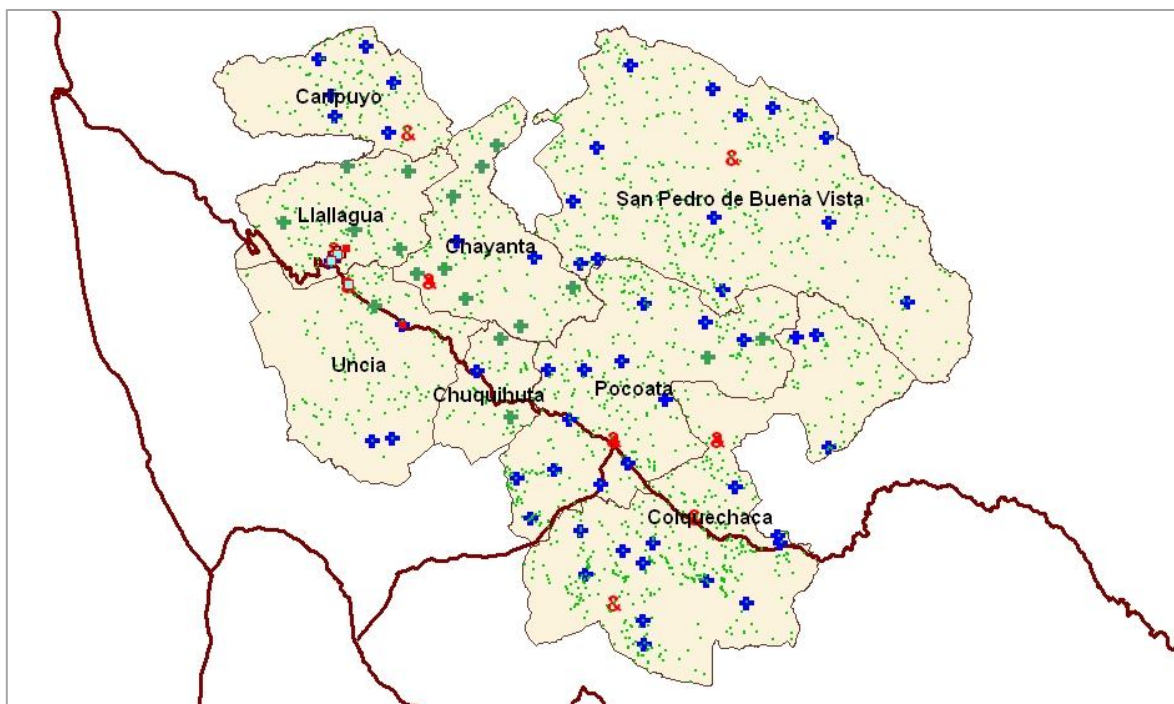
<b>PARTIDAS PRESUPUESTARIAS</b>	<b>Tiempo en meses</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario en Bs</b>	<b>Costo total de Bs</b>
<b>SUBTOTAL</b>				<b>44400</b>
<b>Material de escritorio</b>				
Material de escritorio x 11 oficinas = 110000 Bs	24	11	1364	360000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>360000</b>
<b>Vehículos</b>				
2 camionetas 4x4 x 25000 Bs = 50000 Bs	1	2	50000	100000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>100000</b>
<b>Mantenimiento y repuestos de vehículo</b>				
Mantenimiento e insumos de vehículos = 50000 Bs	1	1	50000	50000
Servicios de auto mecánica x 12 meses x 2000 Bs = 24000 Bs	12	1	2000	24000
Repuestos varios para vehículos durante 12 meses de funcionamiento = 220000 Bs	12	1	18333	220000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>294000</b>
<b>Seguros de vehículo</b>				
Seguros de vehículo	2	2	750	3000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>3000</b>
<b>Equipamiento de oficina</b>				
Laptop	1	25	7000	175000
Impresora	1	6	3500	21000
Fotocopiadora	1	3	5000	15000
Cámara fotográfica más trípode	1	3	1400	4200
USB de 32 GB	1	15	120	1800
Data Display	1	6	2800	16800
Ecran retráctil	1	6	1600	9600
<b>SUBTOTAL</b>				<b>243400</b>
<b>Servicios y equipos de comunicación</b>				
Servicios de compañía de rastreo satelital	12	1	1300	15600
Teléfono móvil	1	115	1200	138000
Línea corporativa	24	15	250	90000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>243600</b>
<b>Combustible</b>				
Combustible para 2 camionetas por 18 meses = 200000	18	2	5556	200000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>200000</b>
<b>Servicios de distribución</b>				
Distribución de documentos	1	1	10000	10000
Distribución de equipos e insumos	1	1	80000	80000
Distribución de medicamentos	1	1	80000	80000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>170000</b>
<b>TOTAL</b>				<b>39377356</b>

## 20.5. Mapas de Ubicación del proyecto

La presente propuesta de intervención rescata esta configuración de red basada en la demanda y los siete lineamientos propuestos para el diseño de redes de atención de salud y las denominará las redes norte y sur respectivamente; estos mapas no reflejan la ubicación de establecimientos de la seguridad social, FFAA u ONG por no estar disponibles en las bases de datos.

Red Norte: Conformada por ocho municipios los cuales son: Caripuyo, San Pedro de Buena Vista, Llallagua, Chayanta, Uncía, Chuquihuta Allju Jucumani, Pocoata y Colquechaca, con una población de 198.338 habitantes, 182 recursos humanos (no se disponen de datos de los municipios de San Pedro de Buena Vista, Llallagua y Uncía) distribuidos en los 103 establecimientos de salud, de los cuales hay dos hospitales categorizados como 2 nivel de atención: Hospital Obrero N° 11 de Uncía de la CNS y el Hospital madre Obrera de Llallagua.

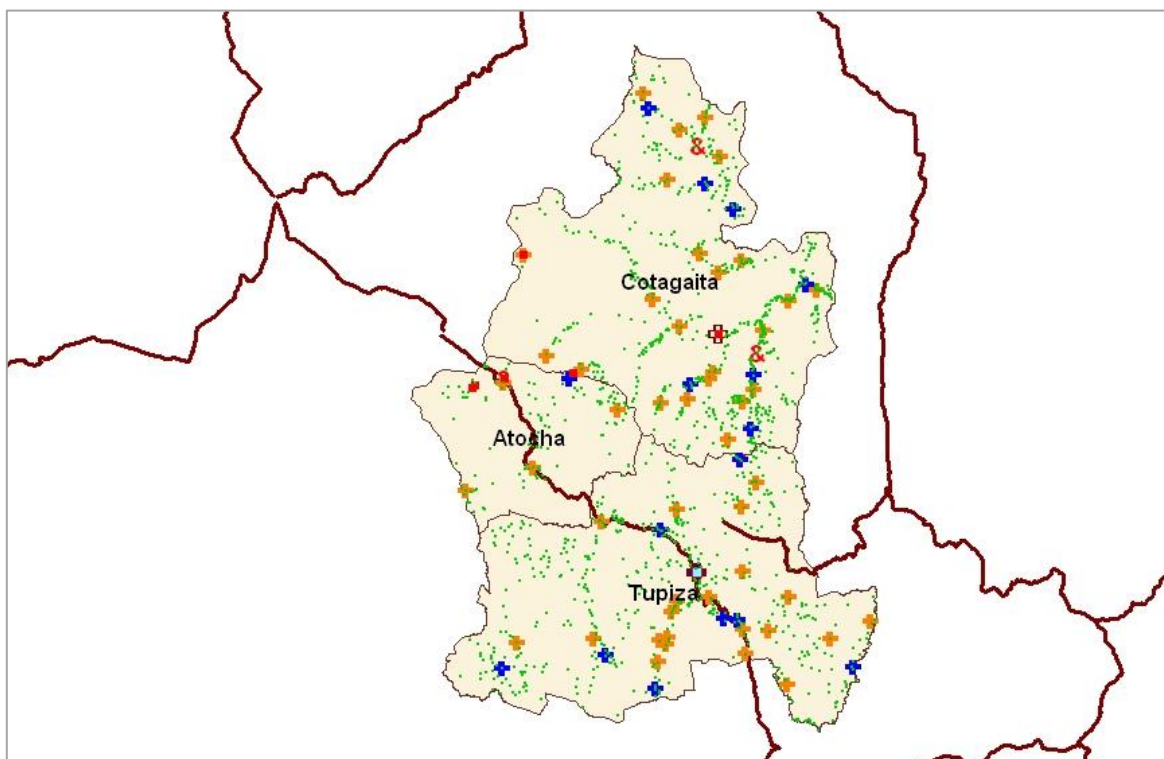
**Gráfico 18 Red Norte Propuesta**



Fuente: Mapa elaborado con el software Health Mapper versión 4.3 de 2008 con la base de datos del área de redes del Ministerio de Salud.

Red sur: Conformada por 3 municipios los cuales son: Cotagaita, Atocha y Tupiza, con una población de 93.207 habitantes; 269 recursos humanos distribuidos en casualmente también 103 establecimientos de salud dentro de este territorio con dos hospitales de 2 nivel de atención: Hospital Eduardo Eguía de Tupiza y el Hospital Obrero N° 13 de Atocha de la CNS.

### Gráfico 19 Red Sur Propuesta



**Fuente:** Mapa elaborado con el software Health Mapper versión 4.3 de 2008 con la base de datos del área de redes del Ministerio de Salud.

#### 20.6. Estructura Institucional o comunitaria

El Servicio Departamental de Salud Potosí, SEDES, es un órgano desconcentrado de la Gobernación de Departamento, tiene estructura propia e independencia de gestión administrativa, competencia de ámbito Departamental y depende linealmente del Gobernador a través de la Secretaría de Desarrollo Humano del Departamento y funcionalmente, del Ministerio de Salud.

El Servicio Departamental de Salud Potosí desarrolla sus actividades en el marco del ordenamiento legal que rige el Sistema Nacional de Salud, así como en el marco de las Leyes: 1178 (SAFCO), 031 Ley Marco de Autonomías y sus respectivos reglamentos y normas.

Inició sus actividades el año 1923 con el nombre de Sanidad Departamental. En 1965 se llamó Unidad Sanitaria Potosí, ya que mediante D.S. N° 7299 de 01 de septiembre de 1965, se crean Unidades Sanitarias en diez Distritos, uno en cada Departamento, con excepción de Potosí, en el cual se apertura dos Unidades Sanitarias en Potosí y Tupiza.

En 1993 tomó la denominación de Secretaria Regional de Salud. A partir de la Ley de Descentralización Administrativa (1995), se convierte en unidad desconcentrada de la Prefectura del Departamento, como Dirección Departamental de Potosí (DIDES), establecido por el DS 24237.

En 1997, con la promulgación del DS 24833 se denominó Unidad Departamental de Salud Potosí (UDES). En 1998, mediante DS 25060 adquiere la denominación del SEDES, cuyo rol es de ser “Cabeza del sector salud en todo el departamento y representante del Ministerio de Salud y a través del DS N° 25233 de 27 de noviembre de 1998, se establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del DS 25060 y las disposiciones vigentes en la materia de salud.

Actualmente, el SEDES Potosí tiene definidas sus competencias a través de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.

#### **20.6.1. Misión y Visión del SEDES Potosí**

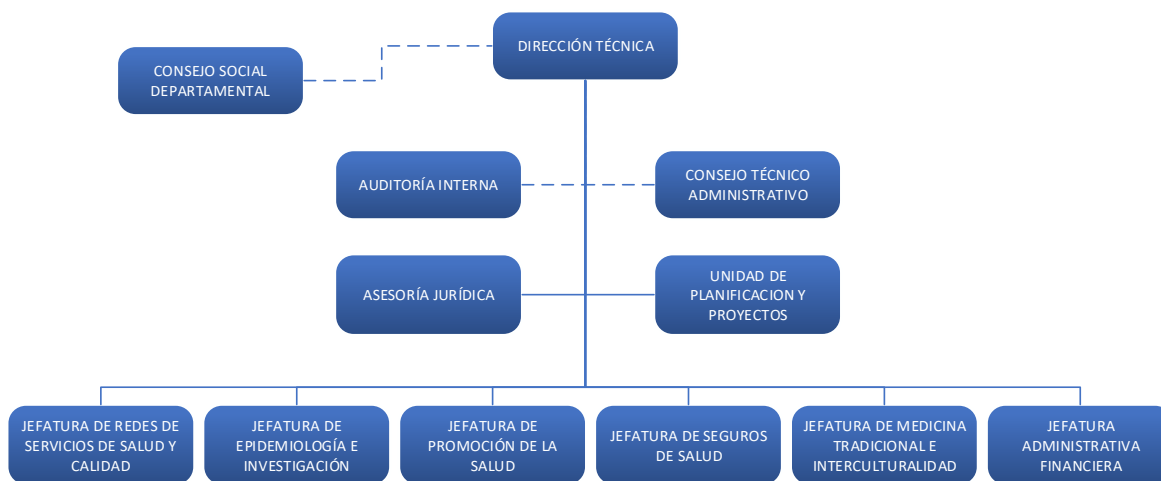
MISIÓN: Adecuar y articular la política nacional de salud en el departamento; de esta manera busca contribuir al desarrollo humano, a través de un sistema de salud accesible, con equidad de género, basado en la salud familiar, comunitaria e intercultural, que atiende con intersectorialidad, generando capacidades individuales para la atención integral a la población del departamento de Potosí, incluyendo a excluidos y marginados.

**VISIÓN:** La visión corresponde a la mirada a largo plazo de la institución. Por ende los objetivos estratégicos deben estar alineados al cumplimiento de la misma. La población Potosina accede al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, respetuoso de las culturas indígenas y originarias, enriquecido con la medicina tradicional, es inclusivo, equitativo, solidario, de calidad, y calidez, con pertinencia con las dimensiones económicas productivas, socioculturales y político organizativas, generador de capacidades individuales, familiares y comunitarias, dinámico, interactivo, dialógico, intersectorial, descentralizado, liderado por el SEDES, que actúa sobre los determinantes de salud; con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, promotor de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controla el ambiente, que promueve y se constituye en espacio de organización y movilización socio comunitaria del vivir bien.

### 20.6.2. Estructura organizacional del SEDES Potosí

Para efectos de realizar su misión institucional, el SEDES Potosí se estructura de acuerdo al siguiente organigrama.

**Gráfico 20 Organigrama SEDES Potosí**



**FUENTE: Planificación Estratégica de Salud del Departamento de Potosí 2014-2018**

Jefaturas y unidades:

- JEFATURA DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD
  - Unidad de Atención Integral a la Mujer - Salud Sexual y Reproductiva (SSR)
  - Unidad de Atención Integral al menor de 5 años
  - Unidad de Salud Oral
  - Unidad de Salud Mental Escolar y Adolescente
  - Unidad de Farmacia y Suministros
  - Unidad de Laboratorios
  - Unidad de Calidad y Acreditación
  - Servicios de Emergencia
- JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN
  - Unidad PAI-FC
  - Unidad ITS – VIH – SIDA
  - Unidad de Control de Tuberculosis y Lepra
  - Unidad de Enfermedades Emergentes y Reemergentes
  - Unidad de Control de Vectores
  - Unidad de Salud Ambiental
  - Enfermedades no transmisibles
  - Centro de Enlace
- JEFATURA DE SEGUROS DE SALUD
  - Unidad del SUMI-SPAM
- JEFATURA DE PROMOCIÓN DE SALUD
  - Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social
  - Unidad de Educación en Salud para la vida
  - Unidad de Buen Trato y Género
  - Unidad de Discapacidad
  - Equipos móviles SAFCI
  - Unidad especialistas SAFCI
  - Médicos Comunitarios del Bono
  - Unidad de Alimentación y Nutrición
- JEFATURA DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

- JEFATURA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
  - Unidad Financiera y Contabilidad
  - Unidad Administrativa y Bienes
  - Unidad de Recursos Humanos

Asesorías:

Las asesorías están compuestas por las siguientes unidades:

- UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS
  - Unidad SNIS – VE
  - Unidad Informática y Comunicación
  - Acreditación Profesional
- ASESORÍA JURÍDICA
- AUDITORIA INTERNA

### **20.6.3. Estructura funcional y redes de salud**

De acuerdo con la actual política sanitaria de salud “SAFCI”, el SEDES Potosí es quien regula el funcionamiento de las Redes de Servicios de Salud a través de sus Coordinaciones de Red.

Según la normativa vigente, se reconocen dos tipos de redes: la red funcional de servicios de salud y la red municipal SAFCI, como lo establece el DS N° 29601 de 11 de junio de 2008 – Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI y su reglamento (RM N° 0737 de 21 de abril de 2009) y la RM N° 1036 de 21 de noviembre de 2008 – Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios.

Cada una de estas redes presenta una característica particular en su estructura organizacional y gerencial:

## 20.6.4. Red de servicios de salud

### 20.6.4.1. Estructura organizacional

La estructura organizacional considera la composición según el número de municipios conformantes de la red (Gráfico 1):

- Red funcional de servicios de salud en un municipio: cuando existen establecimientos de salud en los tres niveles de atención lo que otorga una capacidad resolutive completa. (capitales departamentales y principales ciudades intermedias). En municipios grandes pueden coexistir más de una red funcional de servicios de salud en el mismo municipio (Como en el caso de los municipios de La Paz, El Alto y Santa Cruz de la Sierra).
- Red funcional de servicios de salud en varios municipios: requiere de la asociación entre municipios en busca de una capacidad resolutive completa lo que requiere trascender límites municipales, provinciales, departamentales y nacionales (áreas rurales dispersas).

El enfoque funcional de la red de servicios de salud hace referencia a la relación existente entre establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, de manera tal, que brinde a la red una capacidad resolutive de problemas de salud completa<sup>62</sup>, de esta manera, aplica la territorialización de las redes según la delimitación jurisdiccional municipal político-administrativa.

**Tabla 16 Comparación entre las Redes Actuales y las Funcionales en el departamento de Potosí, gestión 2012**

REDES ACTUALES	REDES FUNCIONALES
BETANZOS	OCURI
COTAGAITA	POTOSI RURAL
OCURI	POTOSI URBANO

<sup>62</sup> Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable, se reconoce tres niveles de atención, según su capacidad resolutive, descritos en la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud. Los Niveles de Atención son un conjunto de Establecimientos de Salud que de acuerdo a su capacidad resolutive, se clasifican en: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel.



POTOSI RURAL  
POTOSI URBANO  
PUNA  
SACACA  
TUPIZA  
UNCIA  
UYUNI  
VILLAZON

TUPIZA  
UNCIA  
UYUNI  
VILLAZON

**Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud, gestión 2012.**

La red funcional de servicios de salud correspondiente a Ocurí, dispone de 1 establecimiento de salud de segundo nivel contemplado en el municipio de Ocurí, el cual resulta ser el establecimiento de referencia de 53 establecimientos de salud de primer nivel distribuidos en 4 municipios del departamento de Potosí.

La red funcional potosí Rural queda conformada por un establecimiento de segundo nivel de atención ubicado en el municipio de Yocalla el cual recibe la referencia de usuarios relacionados a 23 establecimientos de salud de primer nivel de atención en 3 municipios del departamento de Potosí.

La red funcional de Potosí urbano correspondiente a la capital departamental, cuenta con 3 establecimientos de salud categorizados como de segundo nivel de atención y 1 de tercer nivel, los cuales representan la red de mayor capacidad resolutive del departamento y reciben la referencia funcional de 171 establecimientos de salud de primer nivel de atención ubicados en 13 municipios del departamento de Potosí.

La red funcional Tupiza posee 1 establecimiento de salud de segundo nivel de atención perteneciente al municipio de Tupiza y resulta en el centro de referencia de 62 establecimientos de salud de primer nivel de atención hallados en 6 municipios del departamento de Oruro.

La red funcional de servicios de salud Uncía cuenta con un establecimiento de segundo nivel de atención ubicado en el municipio de Llallagua, el cual resulta en la

referencia de 23 establecimientos de salud de primer nivel de atención pertenecientes a 6 municipios del departamento de Potosí.

La red funcional Uyuni, cuenta con un establecimiento de segundo nivel de atención ubicado en el municipio de Uyuni y que resulta en la referencia de 48 establecimientos de salud de primer nivel de atención ubicados en 6 municipios del departamento de Potosí.

Finalmente, la red funcional de servicios de salud Villazón posee 1 establecimiento de segundo nivel de atención y 17 de primer nivel de atención ubicados todos en el municipio de Villazón del departamento de Potosí.

**Tabla 17 Estructura de las redes funcionales de servicios de salud en el departamento de Potosí, gestión 2012**

REDES FUNCIONALES	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	RED DE SALUD	PRIMER NIVEL	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	HOSPITAL TERCER NIVEL
<b>OCURI</b>						
	POTOSI					
		COLQUECHACA	OCURI	24		
		OCURI	OCURI	12	1	
		POCOATA	OCURI	15		
		RAVELO	OCURI	2		
<b>POTOSI RURAL</b>						
	POTOSI					
		BELEN DE URMIRI	POTOSI RURAL	3		
		TINGUIPAYA	POTOSI RURAL	16		
		YOCALLA	POTOSI RURAL	5	*	
<b>POTOSI URBANO</b>						
	POTOSI					
		BETANZOS	BETANZOS	19		
		CAIZA "D"	PUNA	11		
		CHAQUI	BETANZOS	8		
		CKOCHAS	PUNA	15		
		COTAGAITA				

REDES FUNCIONALES	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	RED DE SALUD	PRIMER NIVEL	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	HOSPITAL TERCER NIVEL
			COTAGAITA	31		
		PORCO				
			POTOSI RURAL	4		
		POTOSI				
			POTOSI URBANO	23	1*2	1
		PUNA				
		TACOBAMBA	PUNA	21		
			POTOSI RURAL	9		
		TINGUIPAYA				
			POTOSI RURAL	1		
		TOMAVE				
			POTOSI RURAL	15		
		VITICHI				
			COTAGAITA	13		
		YOCALLA				
			POTOSI RURAL	3		
TUPIZA						
	POTOSI					
		ATOCHA				
			TUPIZA	6		
		COTAGAITA				
			COTAGAITA	2		
		MOJINETE				
			TUPIZA	3		
		SAN ANTONIO DE ESMORUCO				
			TUPIZA	4		
		SAN PABLO DE LIPEZ				
			TUPIZA	11		
		TUPIZA				
			TUPIZA	36	1	
UNCIA						
	POTOSI					
		CHAYANTA				
			UNCIA	1		
		CHUQUIHUTA AYLLU JUCUMANI				
			UNCIA	4		
		LLALLAGUA				
			UNCIA	8	1	
		POCOATA				
			OCURI	1		
		SAN PEDRO DE BUENA VISTA				
			SACACA	4		
		UNCIA				
			UNCIA	5		
UYUNI						
	POTOSI					
		COLCHA K				
			UYUNI	17		
		LLICA				
			UYUNI	8		

REDES FUNCIONALES	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	RED DE SALUD	PRIMER NIVEL	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	HOSPITAL TERCER NIVEL
		SAN AGUSTIN				
			UYUNI	4		
		SAN PEDRO DE QUEMES				
			UYUNI	1		
		TAHUA				
			UYUNI	3		
		UYUNI				
			UYUNI	15	1	
VILLAZON						
	POTOSI					
		VILLAZON				
			VILLAZON	17	1	
<b>Total general</b>				<b>400</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

**Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud, gestión 2012.**

Como se mencionó anteriormente las Redes de Servicios prestan atención de salud a una población determinada proveniente de un municipio o varios municipios, basado en la interrelación de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, haciéndose responsable de la efectividad de los resultados para esa población, ya que su objetivo principal es la solución a sus problemas de salud, asegurando la capacidad resolutive del sistema.

Como uno de los fines primordiales de la RED DE SERVICIOS es el de garantizar la capacidad resolutive, los establecimientos de salud deben articularse y coordinar entre sí mediante la Referencia y contra referencia.

La coordinación interinstitucional, la vinculación de personas, la integración operativa, la interculturalidad y la participación comunitaria se plantean por tanto, como un cambio que permite mejorar la calidad de los servicios, tomando en cuenta que para garantizar la misma es necesario contar con:

- la capacidad instalada
- la eficiencia en el uso de los recursos.
- el desempeño de los recursos humanos.
- la organización, gestión y provisión de los servicios.
- la articulación de sus componentes mediante la referencia y la contra referencia.

- la incorporación de las organizaciones sociales a los procesos de toma de decisiones
- la sostenibilidad del financiamiento.
- la medición del grado de satisfacción de las personas, familias y comunidades.

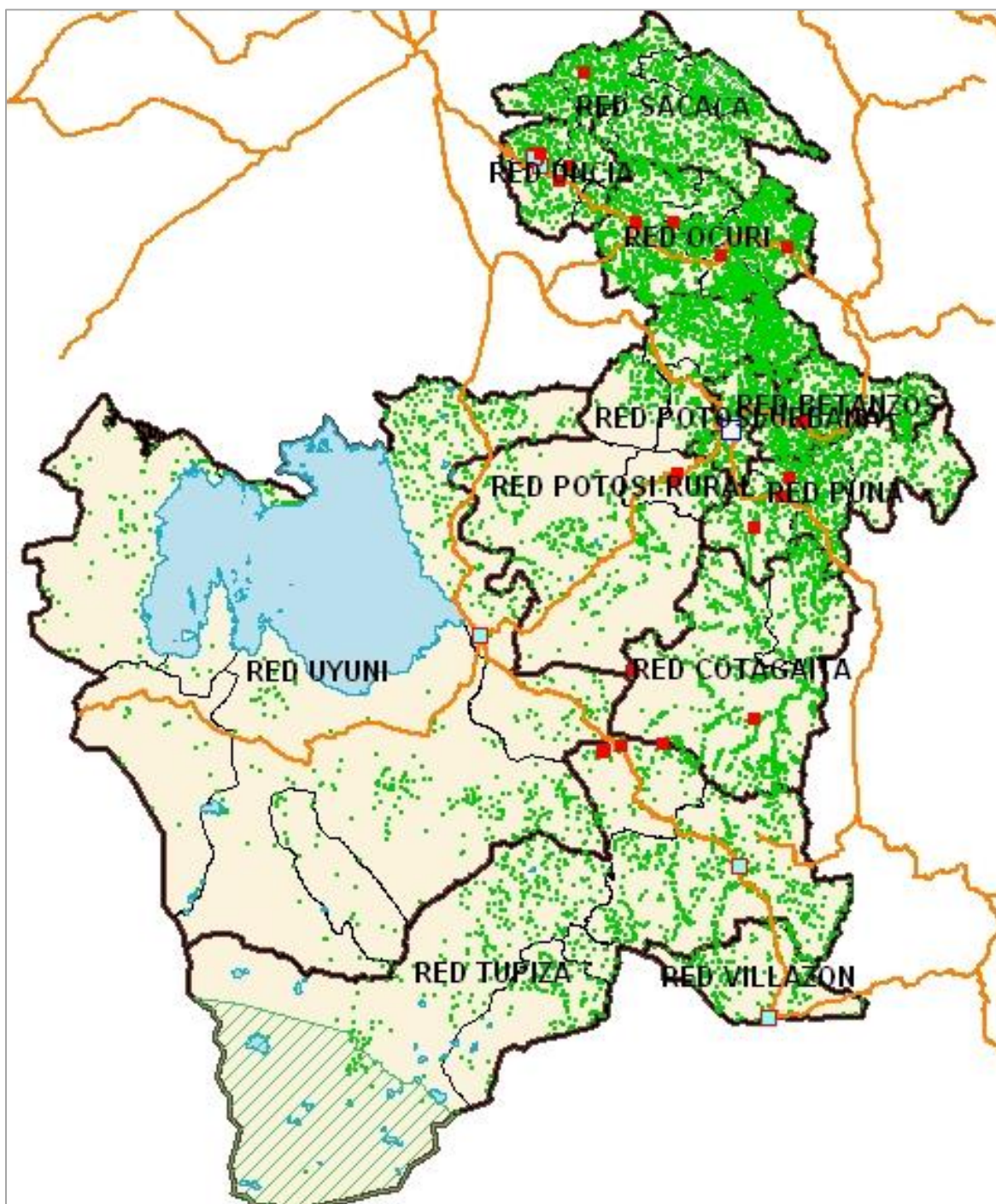
La base operativa de la Red de Servicios encargada de implementar la política nacional, y los lineamientos ministeriales (programas y proyectos) en salud, son los establecimientos de salud. Éstos se encuentran en cada municipio y conforman la Red de Servicios de Salud Municipal SAFCI, la cual es liderada y conducida por el Responsable Municipal SAFCI, quien es el responsable de garantizar la operativización e implementación de los componentes de la SAFCI referentes a la Gestión compartida en Salud y el componente de Atención en Salud

Los responsables municipales tienen una dependencia técnica, funcional y operativa del Coordinador de Red y por ende del SEDES Potosí.

El Coordinador de la Red de Servicios es el responsable técnico de la coordinación en los tres niveles de la red de Servicios, para lo que interactúa con los Responsables Municipales SAFCI, dependiendo orgánica y funcionalmente del Servicio Departamental de Salud. Su equipo técnico está conformado por al menos: un profesional en salud pública, un estadístico y un conductor.

La red de atención de salud de Potosí, está constituida por once Redes distribuidas en todo el departamento, las cuales se ubican en el territorio, como se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 21** Mapa de las redes de servicios de salud del departamento de Potosí 2016.



Fuente: Mapa elaborado con el software Health Mapper versión 4.3 de 2008 con la base de datos del área de redes del Ministerio de Salud.

## 20.7. Cronograma

La propuesta de intervención tiene una duración de 2 años calendario, por la extensión del cronograma, se presenta dividido por cada año de ejecución del proyecto.

### 20.7.1. Cronograma del año 1

ACTIVIDADES	Año	AÑO 1																																																			
	Mes	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12							
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>C1. Implementado un sistema de gobernanza único participativo de red en las dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí.</b>																																																					
C1.A1	Plan						X	X	X	X	X																																										
	Actual																																																				
C1.A2	Plan																	X																																			
	Actual																																																				
C1.A3	Plan																	X	X	X	X																																
	Actual																																																				
C1.A4	Plan																																																				
	Actual																																																				
C1.A5	Plan																																																				
	Actual																																																				
C1.A6	Plan																																																				
	Actual																																																				
C1.A7	Plan																																																				
	Actual																																																				
C1.A8	Plan																																																				
	Actual																																																				





ACTIVIDADES	Año		AÑO 1																																																						
	Mes		1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12										
	Semana		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
C3.A6	Plan																																												X	X	X										
	Actual																																																								
C3.A7	Plan																																																								
	Actual																																																								
C3.A8	Plan																																																								
	Actual																																																								
C3.A9	Plan																																																								
	Actual																																																								
<b>C4 Fortalecidos los sistemas de apoyo y sistemas logísticos de las 2 redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí</b>																																																									
C4.A1	Plan																																																								
	Actual																																																								
C4.A2	Plan																																																								
	Actual																																																								
C4.A3	Plan																																																								
	Actual																																																								
C4.A4	Plan																																																								
	Actual																																																								
C4.A5	Plan																																																								
	Actual																																																								
C4.A6	Plan																																																								
	Actual																																																								
C4.A7	Plan																																																								
	Actual																																																								
C4.A8	Plan																																																								
	Actual																																																								



ACTIVIDADES	Año	AÑO 1																																																							
	Mes	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12											
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
C5.A1	Plan									X	X	X	X																																												
	Actual																																																								
C5.A2	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A3	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A4	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A5	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A6	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A7	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A8	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A9	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A10	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A11	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A12	Plan																																																								
	Actual																																																								
C5.A13	Plan																																																								
	Actual																																																								













	Actual																																														
C5.A6	Plan					X	X	X	X																																						
	Actual																																														
C5.A7	Plan							X	X	X	X																																				
	Actual																																														
C5.A8	Plan									X	X	X	X																																		
	Actual																																														
C5.A9	Plan											X	X	X	X																																
	Actual																																														
C5.A10	Plan													X	X	X	X																														
	Actual																																														
C5.A11	Plan																																														
	Actual																																														
C5.A12	Plan																																														
	Actual																																														
C5.A13	Plan																																														
	Actual																																														
C5.A14	Plan																																														
	Actual																																														
C5.A15	Plan																																														
	Actual																																														
C5.A16	Plan																																														
	Actual																																														
C5.A17	Plan																																														
	Actual																																														
C5.A18	Plan	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Actual																																														
<b>C6. Administración, Monitoreo y Evaluación del proyecto implementada</b>																																															
C6.A1	Plan	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



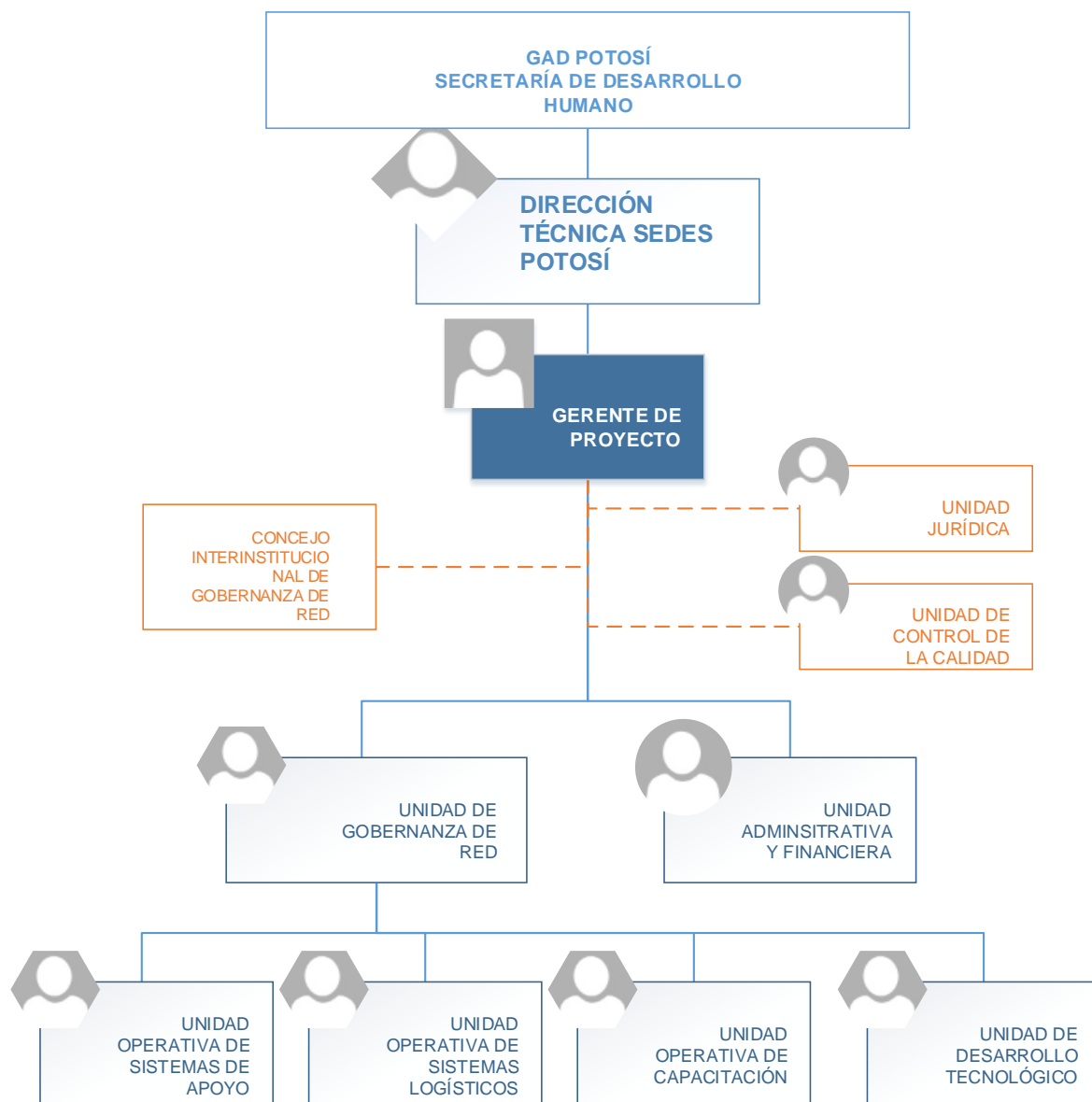
## **20.8. Plan de Ejecución del proyecto**

### **20.8.1. Modos organizativos y de toma de decisión**

La estrategia de implementación de la presente propuesta de intervención se dirige al fortalecimiento de la capacidad institucional del SEDES Potosí en la configuración de redes de salud basadas en el modelo de atención SAFCI (como la APS de Bolivia) liderada por una masa de recursos humanos motivados y con competencias necesarias.

A efectos de asegurar la adecuada implementación de la iniciativa propuesta en el tiempo propuesto y con estándares de calidad que se propone para cada acción, se asume una estructura organizativa de toma de decisiones realizada por el ejecutor del proyecto; con carácter multifuncional además de proporcionar las bases para la sostenibilidad de los resultados a lograr dentro de la propuesta de intervención, para lo cual se creará: un Concejo Interinstitucional de Red, una Unidad de Control de Calidad, una Unidad Administrativa financiera, una Unidad Jurídica y cinco unidades operativas (Gobernanza de red, Sistemas de apoyo, Sistemas logísticos, capacitación y Desarrollo tecnológico) necesarias para la implementación de la iniciativa inserto dentro del SEDES Potosí según el siguiente esquema:

**Gráfico 22 Estructura organizativa y de toma de decisiones propuesta**



**Fuente: Elaboración propia**

Contemplando una metodología de gestión participativa con el SEDES Potosí, se propone generar estas instancias de toma de decisión conjunta tanto en su nivel ejecutivo como operativo con personal del SEDES Potosí, lo cual garantizará la legitimidad de acciones, dando respuesta a necesidades locales con la flexibilidad necesaria en la ejecución de las acciones propuestas en la presente iniciativa.

Para la llegada a actores locales tanto institucionales como autoridades y sociedad civil, se pretende utilizar los canales institucionales establecidos por el SEDES Potosí, respetando las características de estas relaciones, su estructura institucional y su estructura social en salud.

## **20.8.2. Funciones de las unidades propuestas**

### **20.8.2.1. Gerente de proyecto**

El gerente del proyecto tendrá las siguientes funciones principales:

1. Definición y presentación del proyecto: El Gerente de Proyecto debe participar en la definición del mismo y en la presentación de las etapas. Teniendo un rol de intermediario entre la gerencia y los responsables de las tareas.
2. Planificación: Una vez definida la presentación se deberá pasar a la planificación, momento clave en donde se definen fechas, plazos, responsables, recursos y costos.
3. Establecer los objetivos: El Gerente de Proyecto debe definir los objetivos en función de la implementación de la propuesta de intervención.
4. Supervisión de tareas: El Gerente de Proyecto debe estar al tanto de cada tarea, medir su evolución y el desempeño de los involucrados, así como también detectar los riesgos asociados. Gran parte del éxito o fracaso de los proyectos depende del grado de supervisión.
5. Implementación de soluciones o cambios: Finalmente es fundamental que tenga la capacidad de gestionar los recursos, implementando cambios y soluciones. Esto exige contar con la capacidad de evaluar con criterio y de forma constante el avance del proyecto, dado que el Gerente de Proyecto debe decidir cuándo y cómo intervenir en el proceso.

### **20.8.2.2. Consejo Interinstitucional de Gobernanza de Red**

La viabilidad de la propuesta de intervención se define por su capacidad de articular apoyos políticos e institucionales, por un lado, y contar con solvencia técnica por el otro, de manera sostenida a lo largo del tiempo del proyecto con vistas a una potencial sostenibilidad en el largo plazo.

Es así, que se considera imperioso contar con una instancia interinstitucional de alto nivel ejecutivo para el desarrollo y apoyo en la implementación de la presente propuesta de intervención a manera de un Consejo Interinstitucional de Red.

El Consejo Interinstitucional de Red estará conformado por el secretario o su representante de la Secretaria de Desarrollo Humano del GAD Potosí, el Director Técnico del SEDES Potosí, el Gerente del Proyecto, el Presidente o su representante de la AMDEPO, ambos directores de red, representante de la seguridad social y el Presidente o su representante del Consejo Social Departamental de Salud.

La principal función del Consejo Interinstitucional de Red es ejercer la gobernanza única participativa de red, generar condiciones políticas, institucionales y técnicas para el cumplimiento de los objetivos y resultados de la propuesta de intervención. Son dos los principales retos: el primero la articulación entre instituciones, propuesta de intervención y sociedad civil y el segundo la creación de capacidades.

Crear una misión y una visión en las organizaciones del consejo interinstitucional de gobernanza de red.

Definir los objetivos y metas de las redes modelos a ser cumplidos en el corto, mediano y largo plazo.

Articular las políticas institucionales para el cumplimiento de objetivos y metas definidas.

Desarrollar la capacidad de gestión necesaria para planificar, monitorear y evaluar el desempeño de los gerentes y de la organización.

Ejercer la gobernanza única sobre los recursos humanos de la red

Rendición de cuentas de la calidad de los resultados económicos, clínicos y humanísticos y los recursos utilizados en la atención de la salud de las redes.

### **20.8.2.3. Unidad Jurídica**

Las funciones de la unidad jurídica serán las siguientes:

Asesorar al gerente de proyecto y dependencias del comité científico en asuntos relacionados con la aplicación del marco jurídico dentro de la gestión que se desarrolla, en relación a las competencias del Gobierno Departamental Autónomo de Potosí y su interrelación con otras instituciones afines al campo de la salud pública.

Asesorar jurídicamente a las diferentes unidades organizativas del Proyecto.

Asesorar jurídicamente al Gerente de Proyecto, apoyar legalmente el ejercicio de las facultades de las unidades de la estructura organizativa de la propuesta de intervención y actuar como órgano de consulta jurídica de las mismas

Tramitar y resolver documentación proveniente del Proyecto.

Elaborar y revisar Acuerdos o Convenios entre las instituciones involucradas dentro de la propuesta de intervención, sea públicas y privadas.

Apoyar la gestión para de inmuebles y movilidades en el marco de los objetivos de la propuesta de intervención.

Intervenir y asesorar en procesos relacionados con la Unidad de Gobernanza de Red y la Unidad Administrativa Financiera que requieran asesoría y opinión jurídica.

Asesorar procesos administrativos, judiciales y extrajudiciales relacionados con el proyecto.

Realizar otras funciones que sean asignadas por el Gerente de Proyecto.

#### **20.8.2.4. Unidad de Control de la Calidad**

Las funciones de la unidad de control de la calidad serán las siguientes:

Realizar el control de la calidad de las acciones a realizar en la propuesta de intervención.

Colaborar con el Gerente de Proyecto y Comité científico en el seguimiento a la calidad de cada una de las acciones a realizar en la propuesta de intervención.

Coordinación para el cumplimiento, seguimiento y evaluación de los:

- Objetivos de calidad de los compromisos de gestión de las redes
- Objetivos de calidad del Plan de Mejora Continua de la Calidad

Apoyo administrativo y metodológico en la implementación de ciclos de mejora continua.

Identificar los procesos clave del hospital en red y de los establecimientos de salud de las redes.

Promover la gestión y revisión de los procesos claves del hospital, con mayor esfuerzo en aquellos con repercusión directa en la atención a pacientes y/o usuarios en el marco de la SAFCI.

Establecer criterios de Buenas Prácticas Clínicas, estándares y evaluar su cumplimiento mediante la monitorización de indicadores adecuados.

Desarrollar un sistema de indicadores, cuadros de mando integral hospitalario y de red, que se pueda transformar en mejoras de la eficiencia y de la calidad asistencial.



Obtener un sistema de gestión de la calidad documentado: recopilar todos los documentos de cada Servicio que tenga que ver con la calidad:

- Cartera de Servicios de las redes de servicios de salud (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias y socio sanitaria)
- Guías Clínicas y protocolos
- Manuales de Procedimientos
- Manuales Operativos
- Procedimientos Normalizados de Trabajo
- Cuadros de Mando Integral
- Referencia y contrareferencia incluida la medicina tradicional
- Consentimientos Informados
- Hojas de Información a pacientes

Evaluación de Encuestas de satisfacción sobre la calidad de servicios recibidos.

Análisis y evaluación de reclamos como fuente de identificación de problemas relacionados con los aspectos que más valora el usuario.

#### **20.8.2.5. Unidad de Gobernanza de Red**

Las principales funciones de la unidad de Gobernanza de red son las siguientes:

Conducir las políticas, así como de establecer consensos y conducir la acción colectiva ejerciendo su autoridad política, económica y administrativa para gestionar las redes de salud.

Realizar los arreglos institucionales de interacción entre el SEDES Potosí y la sociedad, y ordenar los consensos y garantizar la estabilidad.

Garantizar la interacción entre actores estratégicos, mediada por la arquitectura institucional, que genere una determinada capacidad del sistema sociopolítico, para reforzarse a sí mismo.

Crear una misión y una visión en las redes de salud, definir objetivos y metas que deben ser cumplidos a corto, mediano y largo plazo para cumplir con la misión y con la visión, articular las políticas nacionales para el cumplimiento de los objetivos y metas y desarrollar la capacidad de gestión necesaria para planificar, monitorear y evaluar el desempeño de los directores de red.

Ejercer la Gobernanza sistémica que integre la APS, los puntos de atención de salud, los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos de la red.

Gestionar participativamente todos los componentes de las redes de salud.

Velar el gobierno de las relaciones entre la SAFCI - APS, los puntos de atención secundaria y terciaria, los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos, de manera que sean articulados en función de la misión, de la visión y de los objetivos comunes de las redes.

#### **20.8.2.6. Unidad operativa de Sistemas de Apoyo**

Se consideran sistemas de apoyo a los lugares institucionales de las redes en donde se prestan servicios comunes a todos los puntos de atención de salud, en los campos de apoyo diagnóstico y tratamiento, de la asistencia farmacéutica y de los sistemas de información en salud.

Dentro de las principales funciones de esta unidad están las siguientes:

Definir la forma de organización y adoptar un modelo de programación (la circulación de los materiales colectados, el sistema de información, la estandarización de los procedimientos y la centralización del procesamiento de los exámenes a través de la integración horizontal en laboratorios).

Garantizar la integración como componente transversal en las redes temáticas de servicios de salud definidas.

Definir el ciclo logístico de los medicamentos (selección, programación, adquisición, almacenamiento y distribución).

Definir e implementar la vigilancia de la farmacia clínica (formulario terapéutico, la dispensación, la adhesión al tratamiento, la conciliación de medicamentos y la farmacovigilancia).

Definir e implementar la integración de los sistemas de información en salud (homogeneizar las definiciones de servicios, procedimientos, variables e indicadores; estandarizar los procesos de colecta y procesamiento de los datos; y establecer una identificación única de las personas usuarias de los servicios de salud).

#### **20.8.2.7. Unidad operativa de Sistemas Logísticos**

Se consideran como sistemas logísticos a aquellas soluciones tecnológicas, que garantizan una organización racional de los flujos y contraflujos de informaciones, productos y personas en las redes de salud, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia de las personas e intercambios eficientes de productos e informaciones, en todos los puntos de atención de salud y sistemas de apoyo en esas redes bajo el concepto de integración vertical<sup>63</sup>.

Es así, que las principales funciones de esta unidad son las siguientes:

Diseñar e implementar el carnet de salud a la población beneficiaria por cada red.

Garantizar la implementación de la carpeta familiar y expediente clínico informatizado.

Regular la atención de salud mediando una oferta determinada y una demanda por servicios de salud.

Organizar el acceso de forma equitativa, transparente y con seguridad;

---

<sup>63</sup> La integración vertical se refiere a la combinación, en una misma organización o en una alianza interorganizacional, de diferentes unidades productivas que eran previamente autónomas, pero cuyos productos son insumos de una unidad para otra.

Organizar el acceso con foco en la persona usuaria;

Desarrollar y mantener actualizados los protocolos de atención de salud organizadores del proceso de regulación del acceso; instrumentalizar los flujos y procesos relativos a los procedimientos operacionales de regulación del acceso;

Mantener un cuerpo de profesionales capacitados para la regulación del acceso

Generar sistemas de monitoreo y evaluación de sus actividades a través de la generación de informes estandarizados.

Mantener actualizado un registro de los servicios que constituyen la red de salud.

#### **20.8.2.8. Unidad operativa de Capacitación**

Las principales funciones de esta unidad son las siguientes:

Definir los contenidos mínimos de capacitación

Definir el planeamiento didáctico y recursos didácticos

Definir la logística para las diferentes capacitaciones

Realizar la convocatoria a los profesionales de salud

Definir las modalidades de capacitación

Realizar el sistema de seguimiento a las capacitaciones realizadas en el trabajo

#### **20.8.2.9. Unidad de Desarrollo Tecnológico**

Las principales funciones de esta unidad son las siguientes:

Garantizar la calidad técnica de todos los procedimientos tecnológicos a ser implementados a través de la propuesta de intervención.

Realizar instalación y mantenimiento de diversos recursos tecnológicos identificados por las unidades de apoyo y logística de la red.

Brindar asesoramiento técnico al Gerente de Proyecto y Comité científico

Garantizar la implementación del sistema integrado de información ERP

Implementación continua de equipos después de la implementación del ERP

#### **20.8.2.10. Unidad administrativa y financiera**

Las principales funciones de esta unidad son las siguientes:

Elaborar los registros contables con los soportes que demuestren los ingresos y egresos efectuados del presupuesto de la propuesta de intervención.

Presentar trimestralmente el informe de gestión y la rendición de cuenta pública cuando le sea requerido por el Comité Científico, SEDES Potosí o GAD Potosí.

Prestar servicios financieros y no financieros en el área de su competencia.

Realizar la intermediación financiera, privilegiando el interés social sobre la acumulación de capital.

Proponer formas alternativas de intercambio de bienes y servicios para lograr la satisfacción de las necesidades y fortalecimiento de la economía local.

#### **20.8.3. Propuesta de siete lineamientos para el diseño de redes de salud**

A través de las redes de atención de salud basadas en la SAFCI, se espera contribuir al fortalecimiento y gestión eficiente del sistema de salud en el departamento de Potosí para que estos sean accesibles, equitativos y de calidad. De esta manera, se busca responder a las demandas de salud de la población a través de una oferta de servicios articulada, moderna, interconectada y con recursos humanos revalorizados.

Los servicios deberán estar centrados en la persona, su familia y comunidad; y garantizar la cobertura y calidad de los servicios de salud, oportunos y resolutivos.

La prestación en redes busca fortalecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud.

A continuación, se presenta una propuesta de lineamientos para la prestación de servicios de salud en las redes integradas de basadas en la SAFCI:

**Lineamiento 1:** Las redes de servicios deben establecerse en función del territorio, su población y accesibilidad por las vías de comunicación cotidianamente utilizada por la población (corredores sociales)<sup>64</sup> y el servicio debe estar centrado en la persona.

La constitución de las redes se inicia con la delimitación del territorio y su población. La organización del territorio de la red debe considerar la accesibilidad y vulnerabilidad geográfica y la dispersión de la población. La atención estará centrada en la persona, su familia y comunidad. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta los derechos y deberes de los pacientes, así como las particularidades referidas a aspectos culturales y de género. Asimismo, el servicio considerará cada etapa de la vida de las personas en las dimensiones física, mental y social.

**Lineamiento 2:** La oferta de servicios de salud debe determinarse con base en las necesidades de salud de la población de la red.

La cartera de servicios del primer nivel de atención se establece considerando el perfil epidemiológico de la población.

La oferta de servicios incluirá servicios de salud de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Para ello, integrará los programas de salud verticales establecidos por el Ministerio de Salud.

---

<sup>64</sup> Entiéndase como "corredores sociales" a los flujos naturales que sigue una población en particular, determinados por su dinámica socio económica, y que establecen la forma de su movilización en busca de respuestas a sus necesidades de reproducción social.

Las redes, en el primer nivel de atención, ofrecerán servicios de salud a través de establecimientos fijos, móviles o modalidades de atención virtual. Las redes contarán con atención de 24 horas (clínica de familia de atención continua) prestarán atención ambulatoria, atención de urgencias/emergencias, atención de partos e internación.

**Lineamiento 3:** Los servicios de salud dentro del territorio de la red deben garantizar la continuidad de la atención a través del sistema de referencia y contrareferencia además de contemplar su articulación con la medicina tradicional.

Se debe garantizar la continuidad de la atención de salud de los usuarios de la red, a través de la determinación de flujos de emergencia, flujos de atención especializada, flujos diferenciados por la condición del paciente y flujos de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, a través de la referencia y contrarreferencia.

Para ello, se debe identificar las redes de servicios de salud de urgencias para atención de 24 horas, cirugía de día o de corta estancia y servicios especializados según perfil epidemiológico de la demanda, asimismo, los establecimientos de salud hospitalarios de referencia.

**Lineamiento 4:** Los recursos humanos deben asignarse y programarse de manera eficiente para la prestación de la cartera de servicios de la red.

Los recursos humanos constituyen un eje fundamental en la mejora de la atención en salud. Esto involucra el desarrollo de competencias y compromiso ético del recurso humano para una atención de calidad y humanizada que respondan a las necesidades de salud de la población, en función de la cartera de servicios de la red. El personal se distribuye en los establecimientos de salud de la red, según las necesidades del sector y a fin de hacer eficiente el uso de la infraestructura y equipamiento de la red, y para ofrecer el mejor servicio al ciudadano.

Se deben establecer indicadores de evaluación del desempeño del recurso humano de la red en función al cumplimiento, la productividad, la satisfacción de la demanda y la calidad del servicio entregado.

**Lineamiento 5:** Se deben utilizar las tecnologías de información para apoyar a la gestión.

Para el adecuado funcionamiento de las redes de servicios de salud es necesario disponer de un sistema moderno de información e interoperable que permita realizar un seguimiento nominal a las personas a lo largo de la red. Asimismo, el sistema de información debe permitir implementar el uso de la historia clínica electrónica, registros de la atención, citas en línea y la telemedicina.

La red deberá tener bases de datos centralizadas de información de los usuarios, de la oferta de servicios, y demás variables, que permita el análisis de la morbilidad, cumplimiento de indicadores sanitarios, determinantes de salud, indicadores de desempeño, entre otros, en el ámbito de la red.

**Lineamiento 6:** Se requieren servicios de soporte logísticos para el funcionamiento adecuado de la red.

La red debe contar con servicios de soporte logísticos definidos a través de flujos para:

- a) La provisión, expendio y dispensación de medicamentos, material e insumos médicos y no médicos para los establecimientos de salud de la red.
- b) El procesamiento de muestras biológicas, provisión de sangre y hemoderivados.
- c) El transporte asistido de pacientes en condición de emergencia, o de pacientes ambulatorios que lo requieran para facilitar su acceso a los servicios determinados por la cartera de servicios.
- d) Los servicios/prestaciones que serán brindados mediante telemedicina, identificando los centros consultantes y el (los) centro(s) consultor(es).



- e) El apoyo en servicios generales, mantenimiento y soporte informático.
- f) El servicio de manejo de residuos sólidos.
- g) El servicio de diagnóstico e imágenes.

**Lineamiento 7:** Las redes deben gestionarse con énfasis en procesos y resultados, sin descuidar la humanización del sector.

La implementación de la gestión por procesos y resultados en las redes de servicios de salud, en el marco de la política de modernización del Estado, involucra la estandarización de los procesos administrativos y asistenciales para el cumplimiento de los resultados sanitarios establecidos para la red. En ese sentido, también resulta relevante implementar medidas de simplificación administrativa. Los resultados sanitarios en la red deberán ser medidos a través de indicadores de desempeño.

#### **20.8.4. Características de la red**

La teoría general de los sistemas de la Red, como parte de una Red Funcional, para su buen funcionamiento, presenta las siguientes características:

1. Heterogéneo: al establecer este término debido a que una RED NACIONAL, contiene diferentes característica poblacionales, laborales, ecologías, sociales y económicas, las cuales dan un perfil epidemiológico complejo el cual presenta problemas de salud pública diferentes de acuerdo a los riesgos establecidos en cada área.

2. Morfogenicidad: la organización funcional de una Red Funcional, está expuesta continuamente a variaciones poblacionales, económicas y sociales, este proceso debe ser capaz de varios ajustes con respecto a su forma, no estableciendo una forma fija en la red sino prever y contar con capacidades de resolución, y movilización en el proceso tanto de promoción de la salud como de la atención de pacientes, el mismo que pueda establecer una equidad en los servicios de atención.

3. Transversal: al establecer un modelo de transversalidad, se quiere obtener como resultado, que todos los pacientes puedan tener una distribución adecuada de los servicios de salud de tal forma que establezcan equidad en la distribución de los recursos de atención, para que la población asegurada cuente con una atención oportuna.

4. Abierta: como parte de un sistema toda estructura de una Red de Salud Funcional, debe encontrarse dispuesta a realizar un proceso de cambios que ayuden a su expansión, evolución y crecimiento, sin reducir la capacidad, ni la calidad en la atención, con el fin de reducir la confiabilidad institucional ni crear un impacto negativo dentro de los asegurados.

Al crear una Red abierta está habilitada para que se pueda establecer un modelo que se pueda adecuar a las necesidades de la población y brindar una calidad en la prestación de servicios, optimizando los recursos.

5. Equidistante: al utilizar este término nos referimos principalmente a que la Red de Salud Funcional, no solamente establece una respuesta hacia el modelo de atención sino que crea un equilibrio entre la promoción y la atención de la salud, por otro lado establece una línea estructural entre las áreas administrativas y operativas, creando una capacidad de gestión.

## 20.9. Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto

### 20.9.1. Sistema de monitoreo

<b>FIN</b>						
<b>FIN</b>	Contribuir al acceso a servicios de salud con calidad en la población del departamento de Potosí					
<b>INDICADORES</b>						
Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año			

Se reduce a menos de 10 % los niños, niñas con bajo peso al nacer en el departamento de Potosí.	Porcentaje	2,85%	2016	PLANEADO		2,57
				ACTUAL		
Se disminuye a menos de 10 % la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años (según distribución rural/urbana)	Porcentaje	área rural 25,2% área urbana 14,2%	2015	PLANEADO		área rural 22,6% área urbana 12,7%
				ACTUAL		
Se reduce a menos de 40 la tasa de incidencia notificada de casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) por cada 100 mil habitantes.	Porcentaje	47,6%	2015	PLANEADO		50%
				ACTUAL		
Se incrementa a más del 60 % la población que accedió a una atención institucional para resolver sus problemas de salud en el departamento de Potosí	Porcentaje	40,3	2016	PLANEADO		64.48%
				ACTUAL		

### MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/comentarios
Se reduce a menos de 10 % los niños, niñas con bajo peso al nacer en el departamento de Potosí.	Porcentaje	Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables:  10. Atención de partos en servicios  10.6 Nacidos vivos con peso menor a 2500 g.  El número de recién nacidos esperados proyectados es otorgado por el SNIS-VE - INE en su pestaña "Grupos Especiales SALUD".	

Se disminuye a menos de 10 % la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años (según distribución rural/urbana)	Porcentaje	La Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición ESNUT o su equivalente EDSA 2018 de la UDAPE, Ministerio de Salud y CT-CONAN.	
Se reduce a menos de 40 la tasa de incidencia notificada de casos nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+) por cada 100 mil habitantes.	Porcentaje	Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables:  20. Tuberculosis y lepra  20.2 N° de TBP BAAR (+) nuevos.  La población proyectada es otorgada por el SNIS-VE - INE en su plantilla "Población"	
Se incrementa a más del 60 % la población que accedió a una atención institucional para resolver sus problemas de salud en el departamento de Potosí	Porcentaje	Encuesta de hogares – INE  Sección IV - D: salud EH (para todos los miembros del hogar)  Variable 34: <i>¿A dónde fue o llevaron a (NOMBRE) para atender este(os) problema(s) de salud?</i>	

## PROPÓSITO

**PROPÓSITO** Mejorada la funcionalidad en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí

## INDICADORES

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año			
Se incrementa a más del 60 % la Cobertura de Parto Institucional en el departamento de Potosí.	Porcentaje	51,52%	2016	PLANEADO		60%
				ACTUAL		
	Porcentaje	55,52%	2016	PLANEADO		80%

Se incrementa a más de 80 % las consultas médicas nuevas en establecimientos de salud de primer nivel de atención respecto a la población proyectada.				ACTUAL		
Se incrementa a más de 1 la razón entre establecimientos de salud de primer nivel por cada 1000 habitantes	Razón	0,64	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se incrementa a más de 80 % las consultas prenatales nuevas en mujeres embarazadas antes del quinto mes de gestación.	Porcentaje	68,4%	2016	PLANEADO		80%
				ACTUAL		

### MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/comentarios
Se incrementa a más del 60 % la Cobertura de Parto Institucional en el departamento de Potosí.	Porcentaje	<p>Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables:</p> <p>10. Atención de partos en servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10.1 Vaginales</li> <li>• 10.2 Cesáreas</li> </ul> <p>11. Atención de partos en domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 11.1 Partos atendidos por proveedor calificado</li> <li>• 11.2 Partos atendidos por personal de salud calificado</li> </ul> <p>El número de partos esperados proyectados es otorgado por el SNIS-VE - INE en su pestaña "<i>Grupos Especiales SALUD</i>"</p>	

<p>Se incrementa a más de 80 % las consultas médicas nuevas en establecimientos de salud de primer nivel de atención respecto a la población proyectada.</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Informe mensual de producción de servicios en establecimientos de salud de primer nivel de atención (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables:</p> <p>1. Consulta externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1 Menores de 6 meses</li> <li>• 1.2 Niños de 6 meses a &lt; 1 año</li> <li>• 1.3 Niños de 1 a 4 años</li> <li>• 1.4 Personas de 5 a 9 años</li> <li>• 1.5 Personas de 10 a 14 años</li> <li>• 1.6 Personas de 15 a 19 años</li> <li>• 1.7 Personas de 20 a 39 años</li> <li>• 1.8 Personas de 40 a 49 años</li> <li>• 1.9 Personas de 50 a 59 años</li> <li>• 1.10 Personas de 60 años y más</li> </ul> <p>El número de población asignada a cada establecimiento de salud es otorgado por el SNIS-VE</p>	
<p>Se incrementa a más de 1 la razón entre establecimientos de salud de primer nivel por cada 1000 habitantes</p>	<p>Razón</p>	<p>La estructura de establecimientos para el periodo de gestión del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud (<a href="http://snis.minsalud.gob.bo/">http://snis.minsalud.gob.bo/</a> estructura-de-establecimientos).</p> <p>El número de población asignada a cada establecimiento de salud es otorgado por el SNIS-VE para el periodo de gestión del proyecto.</p>	
<p>Se incrementa a más de 80 % las consultas prenatales nuevas en mujeres embarazadas antes del quinto mes de gestación.</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Informe mensual de producción de servicios (formulario 301 "a" SNIS-VE) en sus siguientes variables:</p> <p>4. Consultas prenatales:</p> <p>4.1 Nuevas antes del 5to mes de embarazo</p> <p>La estimación de embarazos esperados para el periodo de gestión del proyecto elaborado por el SNIS-VE disponible en la página web del Ministerio de Salud (<a href="http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion">http://snis.minsalud.gob.bo/poblacion</a>) en su pestaña "Grupos Especiales SALUD"</p>	

**COMPONENTES**

<b>COMPONENTE 1</b>	C1. Implementado un diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí.
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>INDICADORES</b>
--------------------

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año			
Se desarrolla 1 documento para el diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) basado en la demanda (centrado en la persona) en el departamento de Potosí.	Numero de documentos	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se suscribe 1 convenio inter gubernativo para la implementación de la red de salud norte modelo con desconcentración administrativa funcional entre municipios conformantes (Caripuyo, Llallagua, Chayanta, Uncía, Pocoata, Chuquiuta, Colquechaca y San Pedro de Buena Vista) y GAD Potosí.	Numero de convenios	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se suscribe 1 Convenio inter gubernativo para la implementación de la red de salud sur modelo con desconcentración administrativa funcional <sup>65</sup> entre municipios conformantes (Tupiza, Atocha y Cotagaita) y GAD Potosí.	Numero de convenios	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		

<sup>65</sup> Desconcentración administrativa: “desplazamiento respecto de un centro, de órganos de decisión o de funcionalidad administrativa, pero sin que se les dote de personalidad jurídica y patrimonio propio, conservando respecto del centro original una relación de dependencia jerárquica con todas sus consecuencias en materia de decisiones, de revocaciones y de mando único”. La desconcentración no implica autonomía, pues existe una relación jerárquica entre los órganos desconcentrados dependiendo de las instancias centrales, que son las normativas.

Se realizan alianzas estratégicas interinstitucionales (sector salud, social y educación principalmente) que permitan definir una gobernanza con diseño multiinstitucional en la red desconcentrada en el marco de la implementación del SUS	Numero de convenios	0	2016	PLANEADO		5
				ACTUAL		
Se desarrolla una Planificación estratégica para cada red modelo (norte y sur) desconcentrada.	Numero de Documentos De planificación estratégica	0	2016	PLANEADO		2
				ACTUAL		
Se desarrolla 1 Marco normativo de regulación de los mecanismos de coordinación y supervisión entre niveles gerenciales y operativos.	Numero de Documentos De marco normativo	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		

### MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/comentarios
Se desarrolla 1 documento para el diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) basado en la demanda (centrado en la persona) en el departamento de Potosí.	Numero de documentos	Documento presentado y con acta de aprobación por el SEDES Potosí y GAD Potosí.	
Se suscribe 1 convenio inter gubernativo para la implementación de la red de salud norte modelo con desconcentración administrativa funcional entre	Numero de convenios	Convenio intergubernativo entre GAD y GAM conformantes firmado para la desconcentración funcional de la red de servicios de salud con organización de equipo gerencial recursos sanitarios y	



municipios conformantes (Caripuyo, Llallagua, Chayanta, Uncía, Pocoata, Chuquiuta, Colquechaca y San Pedro de Buena Vista) y GAD Potosí.		asignación presupuestaria mancomunada definida.	
Se suscribe 1 Convenio inter gubernativo para la implementación de la red de salud sur modelo con desconcentración administrativa funcional <sup>66</sup> entre municipios conformantes (Tupiza, Atocha y Cotagaita) y GAD Potosí.	Numero de convenios	Convenio intergubernativo entre GAD y GAM conformantes firmado para la desconcentración funcional de la red de servicios de salud	
Se realizan alianzas estratégicas interinstitucionales (sector salud, social y educación principalmente) que permitan definir una gobernanza con diseño multiinstitucional en la red desconcentrada en el marco de la implementación del SUS	Numero de convenios	Convenios para las alianzas estratégicas en función del número de instituciones identificadas en el momento de ejecución del proyecto.	
Se desarrolla una Planificación estratégica para cada red modelo (norte y sur) desconcentrada	Numero de Documentos De planificación estratégica	1 documentos de planificación estratégica para cada red (norte y sur) desconcentrada.	
Se desarrolla 1 Marco normativo de regulación de los mecanismos de coordinación y supervisión entre niveles gerenciales y operativos	Numero de Documentos De marco normativo	1 documento normativo de mecanismos de coordinación institucional.	

<sup>66</sup> Desconcentración administrativa: “desplazamiento respecto de un centro, de órganos de decisión o de funcionalidad administrativa, pero sin que se les dote de personalidad jurídica y patrimonio propio, conservando respecto del centro original una relación de dependencia jerárquica con todas sus consecuencias en materia de decisiones, de revocaciones y de mando único”. La desconcentración no implica autonomía, pues existe una relación jerárquica entre los órganos desconcentrados dependiendo de las instancias centrales, que son las normativas.

**COMPONENTE 2** C2. Implementado un modelo de gestión en dos redes de salud modelo (norte y sud) que garantice el continuum asistencial en el departamento de Potosí

**INDICADORES**

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año			
Se define un modelo de gestión de red basada en procesos clínicos – productivos eficientes (inter o intra establecimiento) con previsión de la integración vertical y horizontal de la red.	Numero de documentos	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se define un nuevo modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica para su integración en red.	Numero de documentos	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Definición de los instrumentos para la gestión de red (Cuadro de Mando Integral).	Numero de Compromisos De gestión	0	2016	PLANEADO		2
				ACTUAL		

**MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS**

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/comentarios
Se define un modelo de gestión de red basada en procesos clínicos – productivos eficientes (inter o intra establecimiento) con previsión de la integración vertical y horizontal de la red.	Numero de documentos	1 documento de modelo de gestión de la red de servicios de salud basadas en la SAFCI.	
Se define un nuevo modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica para su integración en red.	Numero de documentos	1 documento de modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica.	

Definición de los instrumentos para la gestión de red (Cuadro de Mando Integral).	Numero de Compromisos De gestión	Compromisos de gestión de red basada en resultados en dos redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí.	
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**COMPONENTE 3** C3. Implementado un modelo de gestión integral de recursos humanos<sup>67</sup> y sus 6 subsistemas (Gobernanza, planificación, formación, gestión del empleo, gestión del desempeño y desarrollo institucional y organizacional) basados en competencias en dos redes de salud modelo (norte y sud).

### INDICADORES

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año			
Creado el departamento de dirección estratégica de la gestión del trabajo y el desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud dentro de la dirección de ambas redes modelos (norte y sud).	Numero de resoluciones	0	2016	PLANEADO		2
				ACTUAL		
Desarrollo de un modelo de carrera sanitaria institucional basado en el enfoque de trabajo decente.	Numero de documentos	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso.	Numero de Convenios de Incentivos con GAM	0	2016	PLANEADO		11
				ACTUAL		
Registro de personal de salud en la red desarrollado.	Porcentaje	0	2016	PLANEADO		100%
				ACTUAL		
Redistribución y dotación de nuevos recursos humanos según el índice de dispersión desarrollado	Numero de Actas de redesignación	0	2016	PLANEADO		15
				ACTUAL		

<sup>67</sup> Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos. ORAS COHNU

**MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS**

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/comentarios
Creado el departamento de dirección estratégica de la gestión del trabajo y el desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud dentro de la dirección de ambas redes modelos (norte y sud).	Numero de resoluciones	Resolución de conformación del departamento de dirección estratégica del trabajo y el desarrollo de capacidades de los recursos humanos  Organigrama de las direcciones de red norte y sud  Contratos del personal del departamento de dirección estratégica de la gestión del trabajo y el desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud.	
Desarrollo de un modelo de carrera sanitaria institucional basado en el enfoque de trabajo decente.	Numero de documentos	Documento de carrera sanitaria desarrollado y consensuado con el SEDES Potosí y GAD Potosí.	
Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso.	Numero de Convenios de incentivos	Convenio intergubernativo entre la Dirección de red, GAM de cada red y GAD que definan un sistema de incentivos para áreas dispersas en coherencia con el índice de dispersión.	
Registro de personal de salud en la red desarrollado.	Porcentaje	Sistema digital de registro integrado de RRHH en salud funcionando con el 100% de personal de salud de las 2 redes modelo (norte y sud).	
Redistribución y dotación de nuevos recursos humanos según el índice de dispersión desarrollado	Numero de Actas de redesignación	Un documento metodológico para la identificación del Índice de dispersión desarrollado para cada red modelo (norte y sud).	

**COMPONENTE 4** C4. Fortalecida la estructura operacional de las 2 redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí (Los sistemas de apoyo y sistemas logísticos son funcionales para los puntos de atención de la red)

**INDICADORES**

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base		Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año		

La SAFCI, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza quedan organizados de forma transversal en las 2 redes modelos (norte y sud).	Numero de Resoluciones De constitucion	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se estructuran e identifican 5 principales redes de servicios de salud (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias y socio sanitaria) dentro de las dos redes modelos (norte y sud)	Numero de actas	0	2016	PLANEADO		10
				ACTUAL		
Selección, programación, adquisición y distribución de insumos y medicamentos a través de la dirección de red en las 2 redes modelos (norte y sud) en todos los establecimientos de salud de la red en una oportunidad.	Numero de actas	0	2016	PLANEADO		206
				ACTUAL		
Se define, y fortalece la red de laboratorios complementaria dentro de las direcciones de red.	Numero de convenios	0	2016	PLANEADO		15
				ACTUAL		
Se adopta una forma de organización y un modelo de programación del sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico asociado a las redes de servicios priorizadas (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias y socio sanitaria).	Numero de documentos	0	2016	PLANEADO		2
				ACTUAL		
Se define como herramienta de recolección de la información a la carpeta familiar ajustada para el	Numero de documentos	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		

primer nivel de atención.						
Se establece la emisión del carnet de salud a la población beneficiaria de la red	Numero de Resolución Modelo de carnet	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se define un sistema de gestión hospitalaria en red para la recolección de información en los hospitales de segundo nivel de atención.	Numero de documento	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se implementa el carnet de salud en, por lo menos, el 80% de la población asignada a ambas redes de salud modelo (151572 norte y 74565 sud)	Porcentaje de registros	0	2016	PLANEADO		90%
				ACTUAL		
Implementada una historia clínica informatizada asociada a la carpeta familiar.	Numero de documentos	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Desarrollado un sistema informático de acceso regulado a los puntos de atención de la red desde el equipo SAFCI de primer nivel de atención para las 5 redes de servicios priorizadas.	Numero de Soluciones informaticas	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se fortalece los sistemas de transporte de las dos redes modelos (garantizando movimiento de población beneficiaria transporte de urgencia y emergencia y transporte electivo -, material biológico, residuos hospitalarios y equipos de salud).	Numero de convenios	0	2016	PLANEADO		11
				ACTUAL		
Se establece el sistema de referencia comunitaria y medicina tradicional con las dos redes modelos (norte y sud).	Numero de normas	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		

**MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS**

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/comentarios
La SAFCI, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza quedan organizados de forma transversal en las 2 redes modelos (norte y sud).	Numero de Resoluciones De constitucion	Documento de constitución y organización de la estructura operacional de las 2 redes modelos (norte y sud)	
Se estructuran e identifican 5 principales redes de servicios de salud (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología, emergencias y socio sanitaria) dentro de las dos redes modelos (norte y sud)	Numero de actas	Acta de conformación de las 5 redes de servicios de salud al interior de ambas direcciones de red (norte y sud)	
Selección, programación, adquisición y distribución de insumos y medicamentos a través de la dirección de red en las 2 redes modelos (norte y sud) en todos los establecimientos de salud de la red en una oportunidad.	Numero de actas	Actas de entrega y recepción de lotes de insumos y medicamentos en el total de farmacias identificadas dentro de las 2 redes modelos (norte y sud) a través de una comisión de licitación integral de la dirección de red.	
Se define, y fortalece la red de laboratorios complementaria dentro de las direcciones de red.	Numero de convenios	1 Convenio con servicios de laboratorio y la dirección de red para brindar prestaciones de laboratorio a establecimientos de la red.	
Se adopta una forma de organización y un modelo de programación del sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico asociado a las redes de servicios prioritizadas (materno-infantil, transmisibles, ENT - oncología,	Numero de documentos	1 documento normativo de organización y funcionamiento del sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico para las redes de servicios de salud definidas en las direcciones de red norte y sud.	

emergencias y socio sanitaria).			
Se define como herramienta de recolección de la información a la carpeta familiar ajustada para el primer nivel de atención.	Numero de documentos	Carpeta familiar ajustada con variables pertinentes al primer nivel de atención.	
Se establece la emisión del carnet de salud a la población beneficiaria de la red	Numero de Resolución Modelo de carnet	Modelo de "carnet de salud" desarrollado  Instructiva intergubernativa para la afiliación de la población a la red	
Se define un sistema de gestión hospitalaria en red para la recolección de información en los hospitales de segundo nivel de atención.	Numero de documento	Modelo de información hospitalaria basada en red	
Se implementa el carnet de salud en, por lo menos, el 80% de la población asignada a ambas redes de salud modelo (151572 norte y 74565 sud)	Porcentaje de registros	Registros del carnet de salud	
Implementada una historia clínica informatizada asociada a la carpeta familiar.	Numero de documentos	Historia clínica informatizada.	
Desarrollado un sistema informático de acceso regulado a los puntos de atención de la red desde el equipo SAFCI de primer nivel de atención para las 5 redes de servicios priorizadas.	Numero de Soluciones informáticas	Software de acceso regulado en las dos redes modelo (norte y sud)	
Se fortalece los sistemas de transporte de las dos redes modelos (garantizando movimiento de población beneficiaria transporte de urgencia y emergencia y transporte electivo -, material biológico,	Número de convenios	Convenios de GAM con las direcciones de red para asignar los recursos necesarios al sistema de transportes de la red (físicos, económicos y humanos) y definir rutas y vehículos apropiados.	



residuos hospitalarios y equipos de salud).			
Se establece el sistema de referencia comunitaria y medicina tradicional con las dos redes modelos (norte y sud).	Numero de normas	Normativa de referencia comunitaria y con la medicina tradicional.	



<b>COMPONENTE 5</b>	C5. Desarrolladas las capacidades gerenciales de los equipos gestores de establecimientos de salud en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### INDICADORES

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base		Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año		
40 gestores de establecimientos de salud de primer nivel de atención (cabecera de red) capacitados	Número de personas	0	2016	PLANEADO	40
				ACTUAL	
18 equipos directivos de hospitales de segundo y tercer nivel de atención del subsector público capacitados (6 directores, 6 administrativos 6 jefes de planificación)	Número de personas	0	2016	PLANEADO	18
				ACTUAL	
Se tiene una carpeta de capacitación en gestión hospitalaria y de redes elaborada y didactizada y virtualizada	Numero de carpetas de capacitación	0	2016	PLANEADO	1
				ACTUAL	
160 funcionarios capacitados en manejo de expediente clínico digitalizado	Número de personas	0	2016	PLANEADO	160
				ACTUAL	

### MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/ comentarios
40 gestores de establecimientos de salud de primer nivel	Número de personas	Memoria fotográfica Informe de capacitación	

de atención (cabecera de red) capacitados		Certificación de participantes	
18 equipos directivos de hospitales de segundo y tercer nivel de atención del subsector público capacitados (6 directores, 6 administrativos 6 jefes de planificación)	Número de personas	Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes	
Se tiene una carpeta de capacitación en gestión hospitalaria y de redes elaborada y didactizada y virtualizada	Numero de carpetas de capacitación	Carpeta de capacitación generada en gestión hospitalaria y redes	
160 funcionarios capacitados en manejo de expediente clínico digitalizado	Número de personas	Memoria fotográfica Informe de capacitación Certificación de participantes	

**COMPONENTE 6** C6. Administración, Monitoreo y Evaluación del proyecto implementada

**INDICADORES**

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año			
4 informes de Monitoreo elaborados durante la vida de ejecución del proyecto	Número de informes	0	2016	PLANEADO		4
				ACTUAL		
Realizada una evaluación intermedia del proyecto al primer año de ejecución	Número de informes	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Realizada la evaluación de fin de proyecto a la conclusión del proyecto	Número de informes	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
1 auditoría a los estados financieros realizada al finalizar la ejecución del proyecto	Número de informes	0	2016	PLANEADO		1
				ACTUAL		
Se mantiene un equipo ejecutor del proyecto completo durante 24 meses de ejecución del proyecto	Número de contratos	0	2016	PLANEADO		20
				ACTUAL		
		0	2016	PLANEADO		36

Las dos direcciones de red modelo funcionan al menos 18 meses	Número de informes mensuales			ACTUAL		
---------------------------------------------------------------	------------------------------	--	--	--------	--	--

### MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/ comentarios
4 informes de Monitoreo elaborados durante la vida de ejecución del proyecto	Número de informes	Informes elaborados de monitoreo	
Realizada una evaluación intermedia del proyecto al primer año de ejecución	Número de informes	Informe de evaluación intermedia	
Realizada la evaluación de fin de proyecto a la conclusión del proyecto	Número de informes	Informe de evaluación de fin de proyecto	
1 auditoría a los estados financieros realizada al finalizar la ejecución del proyecto	Número de informes	Informe de auditoría	
Se mantiene un equipo ejecutor del proyecto completo durante 24 meses de ejecución del proyecto	Número de contratos	Informes mensuales de actividades	
Las dos direcciones de red modelo funcionan al menos 18 meses	Número de informes mensuales		

### 20.9.2. Evaluación Intermedia

Esta evaluación tiene por objetivo examinar los logros y proceso del proyecto, concentrándose en la eficiencia e importancia entre los Cinco Criterios de Evaluación. Con base en sus resultados, se podrá revisar el plan original del proyecto o fortalecer la estructura de la operación en caso de ser necesario.

Es así, que a continuación se presenta un modelo base de los términos de referencia para la contratación de un consultor/firma consultora que realizará la evaluación intermedia de la propuesta de intervención.

### **Términos de Referencia para el Consultor / Firma Consultora**

Nombre del proyecto: Propuesta de estructuración de redes funcionales de servicios de salud basados en la SAFCI.

## **I. CONTEXTO**

### **1.1 Justificación del Proyecto**

La presente propuesta de intervención pretende responder a las necesidades y expectativas de la población Potosina principalmente en el acceso a servicios de salud con calidad, contribuir a la equidad en salud y fortalecer el ejercicio al derecho a la salud a través de una propuesta de diseño de redes de salud basados en estándares, experiencias y modelos existentes basados en la atención primaria de salud y el modelo de atención familiar comunitario intercultural.

Es sabido que el departamento de Potosí históricamente presenta los peores indicadores de salud a nivel nacional, además que concentra una importante población en situación de marginalidad y pobreza además de una autoidentificación indígena (aproximadamente 65% de su población total<sup>68</sup>), si se suma a esta situación las barreras en el acceso a los servicios de salud tenemos como resultado a una población privada de uno de los derechos más fundamentales del ser humano, el derecho a la salud.

El departamento de Potosí refleja la misma situación del sistema nacional de salud presentando tres características principales: la segmentación, la fragmentación y la débil rectoría.

### **1.2 Objetivos y Componentes del Programa.**

---

<sup>68</sup> INE – CNPV 2012.

El objetivo general (meta) del programa es contribuir al acceso a servicios de salud con calidad en la población del departamento de Potosí.

El objetivo específico (propósito) es mejorar la funcionalidad en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí.

Para lograr estos objetivos, el proyecto incluirá los siguientes componentes: C1. Implementado un diseño institucional integrado en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí; C2. Implementado un modelo de gestión en dos redes de salud modelo (norte y sud) que garantice el continuum asistencial en el departamento de Potosí; C3. Implementado un modelo de gestión integral de recursos humanos y sus 6 subsistemas (Gobernanza, planificación, formación, gestión del empleo, gestión del desempeño y desarrollo institucional y organizacional) basados en competencias en dos redes de salud modelo (norte y sud); C4. Fortalecida la estructura operacional de las 2 redes modelos (norte y sud) en el departamento de Potosí (Los sistemas de apoyo y sistemas logísticos son funcionales para los puntos de atención de la red); C5. Desarrolladas las capacidades gerenciales de los equipos gestores de establecimientos de salud en dos redes de salud modelo (norte y sud) en el departamento de Potosí y C6. Administración, Monitoreo y Evaluación del proyecto implementada.

La propuesta de intervención es para 2 años y será implementado por el SEDES Potosí. El presupuesto total es de Bs. 2.291.500.

## **II. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE LA CONSULTORÍA**

2.1. El objetivo de la consultoría es preparar un informe de evaluación intermedia.

2.2. Evaluación Intermedia. El consultor / firma consultora preparará la evaluación intermedia del proyecto.

Los objetivos principales de esta evaluación son:

- (i) determinar hasta qué punto los objetivos, tal como se definieron en el marco lógico, han sido logrados a la fecha de la evaluación, y determinar la posibilidad de lograrlos al completar el proyecto;
- (ii) identificar las fortalezas y debilidades de SEDES Potosí como agencia ejecutora del proyecto; y
- (iii) identificar alternativas con potenciales para mejorar el programa, que podría incluir modificación de actividades, responsabilidades del personal del SEDES Potosí, cronograma de actividades y partidas presupuestarias entre otras.

Se realizará la evaluación intermedia ya sea a los 12 meses de ejecución del proyecto o cuando el 50% de los recursos del proyecto hayan sido gastados. La evaluación intermedia tomará en consideración la relevancia, niveles de eficiencia, y efectividad. Además, la evaluación proveerá recomendaciones para mejorar los procesos de la ejecución y consecuentemente la posibilidad de lograr los objetivos de desarrollo del proyecto. En este contexto, la evaluación examinará específicamente los siguientes aspectos:

- a. **Cambios en el contexto y revisión de supuestos (relevancia):** ¿El diseño del proyecto es el adecuado para lidiar con el/los problema/s que enfrenta/n? ¿Qué factores internos y externos han ejercido influencia en la habilidad de los grupos beneficiarios y SEDES Potosí para lograr los objetivos proyectados? ¿El proyecto se mantiene relevante considerando posibles cambios de contexto? ¿Hay necesidad de reformular el diseño del proyecto dados los cambios en el país, sector, contexto operativo?
- b. **Resultados en términos de productos (outputs) logrados vis-a-vis objetivos proyectados (eficiencia):** ¿El programa, ha alcanzado el número esperado de beneficiarios (es decir, individuos, firmas, industrias, etc.) dentro del tiempo esperado? ¿Las actividades del programa están alineadas con el cronograma de actividades tal como se definió por el equipo de proyecto y los planes de acción anual? ¿Los desembolsos y gastos del proyecto están en línea con el plan presupuestario?

- c. **Logro de objetivos e indicadores de resultados proyectados (efectividad):** ¿Cuál ha sido la efectividad del SEDES Potosí con respecto a sus indicadores de resultados proyectados? ¿El rendimiento actual indica probabilidad de lograr el propósito del proyecto (objetivo específico)? ¿Ha habido efectos imprevistos? Si fuese necesario, se deberá proponer recomendaciones para mejorar la ejecución del programa.
- d. **Determinación preliminar de los resultados de impacto (efectividad):** ¿El programa ha generado algún resultado que indique que la asistencia ha tenido un impacto en el grupo beneficiario objetivo de la operación?

### III. METODOLOGÍA

3.1 Revisión de la documentación del proyecto: Revisión de todo el material disponible relacionado con el programa, que deberá incluir, entre otros: el material de justificación utilizado en la preparación del proyecto, documentos del proyecto aprobado, documentos de seguimiento, informes de desembolsos, informes de progreso, planes de acción, y otra información disponible dentro del SEDES Potosí.

3.2 Visitas de Campo y entrevistas: (i) Visitas in situ ambas redes modelo la agencia ejecutora (SEDES Potosí) para realizar entrevistas a fondo, inspección y análisis de las actividades del proyecto; (ii) entrevistas telefónicas; (iii) entrevistas con el personal del SEDES Potosí, y otras personas que participaron en el diseño y ejecución del programa; (iv) entrevistas con entes relevantes; y (v) entrevistas con una muestra de consultores y/o proveedores de asistencia técnica que fueron contratados por el SEDES Potosí. Para cada una de estas entrevistas, el consultor / firma consultora deberá primero desarrollar y presentar sus ideas para el contenido y formato del formulario de la encuesta / entrevista que se aplicará para captar la información requerida, como así también el método a utilizarse en la administración de los mismos y para el tabulado de los resultados.

3.3 Recolección de datos. Los datos generados por el sistema de monitoreo del SEDES Potosí deberá ser otra fuente de información. También deberá

considerarse la información proveniente del Sistema Nacional de Información en Salud Vigilancia Epidemiológica – SNIS – VE, Instituto Nacional de Estadística, entre otros. El Consultor / firma consultora puede proponer métodos adicionales para la conducción de la evaluación.

#### **IV. PRODUCTOS Y CRONOGRAMA**

4.1 Preparación. Preparar propuesta para las visitas y entrevistas en el país durante la implementación del programa. Esta propuesta debe incluir borradores de cronogramas de viajes, identificar municipios a ser visitados y personas a ser entrevistadas. La propuesta deberá presentarse al SEDES Potosí para su debida revisión y aprobación.

4.2 Evaluación intermedia. El consultor / firma consultora presentará un borrador de informe al SEDES Potosí para comentarios. Dos semanas luego de recibir los comentarios, el consultor/firma consultora entregará la versión final.

4.3 Revisión de Indicadores y puntos de referencia a continuación de la revisión intermedia. Presentar un breve informe al SEDES Potosí para su revisión y aprobación.

#### **V. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA**

5.1 El consultor / firma consultora será supervisado por la Representación del SEDES Potosí. El (Los) consultor(es) trabajarán estrechamente con el Equipo de Proyecto del SEDES Potosí y tendrán al Coordinador de Proyecto como contacto principal dentro del SEDES Potosí. El Coordinador de proyecto tendrá responsabilidades específicas relacionadas con la recolección de información para la evaluación.

5.2 Duración y tipo de consultoría. Al consultor / firma consultora se le ofrecerá un contrato de monto fijo por 2 meses extendido durante 1 mes si es necesario.



5.3 Presupuesto. El costo total de la consultoría no debe exceder los Bs 100000 incluyendo todos los gastos tanto de viajes como otros, incurridos por el (los) consultor(es).

5.4 Pagos. El consultor / firma consultora será pagado de la siguiente manera:

- (i) 20% a la firma del contrato;
- (ii) 20% a la presentación y aprobación del SEDES Potosí y coordinador del proyecto, de las visitas y entrevistas como se indicó en el párrafo 4.1 precedente;
- (iii) 30% a la presentación del borrador de la evaluación intermedia y primer revisión anual de indicadores / punto de referencia; y
- (iv) 30% a la presentación y aceptación por el SEDES Potosí y coordinador del proyecto, de la versión final de la evaluación intermedia e informe de revisión de indicadores / puntos de referencia.

5.5 Calificaciones y experiencia. El (los) consultor(es) asignados al trabajo deben poseer demostrado conocimiento de la teoría de evaluación y su aplicación y varios años de experiencia evaluando proyectos de desarrollo, preferiblemente aquellos relacionados con el campo de redes de salud, SAFCI y sistema de salud boliviano.

5.6 Presentación de propuestas y criterios de selección. Los consultores / firmas consultoras interesadas deben presentar una propuesta al SEDES Potosí, delineando brevemente: (i) metodología para conducir el trabajo bajo su consultoría (máx. 2 págs.); (ii) un plan de trabajo propuesto (máx. 5 págs.); (iii) los nombres y CV de los consultores individuales a ser asignados al trabajo; (iv) el número de días estimado que cada consultor trabajará en la asignación; y (v) un presupuesto detallado e indicación del costo total del plan de trabajo propuesto. El SEDES Potosí seleccionará la mejor propuesta. Bajo ninguna circunstancia incrementará el monto de la consultoría una vez que ha sido perfeccionado.

### **20.9.3. Evaluación final y de impacto**

La presente propuesta de intervención contempla también realizar la evaluación final del proyecto a su terminación, concentrándose en su eficiencia, efectividad y sustentabilidad. Con base en los resultados de la evaluación, se determinará si es apropiado terminar el proyecto o si es necesario extender la propuesta hacia otros territorios y niveles de gestión en salud.

La evaluación de impacto prevé un diseño de investigación cuasiexperimentales, los cuales contrastan hipótesis causales, el proyecto se considera como una «intervención» en la que se comprueba en qué medida un tratamiento —incluidos los elementos de la iniciativa— logra sus objetivos, de acuerdo a las mediciones de un conjunto preestablecido de indicadores.

No obstante, un diseño cuasiexperimental carece, por definición, de distribución aleatoria. La asignación a las condiciones (tratamiento versus ningún tratamiento o comparación) se lleva a cabo por la selección efectuada por los administradores. Los diseños cuasiexperimentales identifican un grupo de comparación lo más parecido posible al grupo de tratamiento en cuanto a las características del estudio de base (previas a la intervención).

El grupo de comparación capta los resultados que se habrían obtenido si la iniciativa no se hubieran aplicado (es decir, el contrafáctico). Por consiguiente, se puede establecer si la propuesta de intervención ha causado alguna diferencia entre los resultados de las redes de salud de tratamiento y los de las redes de comparación.