

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE CIENCIA POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA
MENCIÓN GERENCIA EN GESTIÓN PÚBLICA



PROYECTO DE GRADO
“ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD DENTRO DEL PLAN DE
DESARROLLO MUNICIPAL DE EL ALTO, GESTIÓN 2007- 2011”

(Proyecto de Grado para optar al Título de Licenciatura)

POSTULANTE: UNIV. JUAN CARLOS TANCARA TANCARA

TUTOR: LIC. DIEGO MURILLO BERNARDIS

LA PAZ - BOLIVIA

2020

DEDICATORIA:

El presente proyecto de grado va dedicado con amor y cariño a mi padre Marcelo Tancara Quelca y a mi madre Justina Tancara Condori (+), quienes siempre fueron un apoyo desde el inicio para poder concluir con uno de mis anhelos.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecer a DIOS por guiarme en todo momento, por darme sabiduría para poder realizar el proyecto de grado y fuerza necesaria para seguir adelante y a la vez haberme brindado la oportunidad de concluir con una de mis expectativas.

A nuestra casa de estudios, la Universidad Mayor de San Andrés Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, a la Carrera de Ciencias Políticas y Gestión Pública por acogernos en sus ambientes en los momentos de estudio, como también a todos los docentes de cada materia por brindarnos conocimientos y enseñanzas académicas para poder ser mejores profesionales en la vida.

Agradecer a mi tutor académico Lic. Diego Murillo Bernardis por la colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A la vez agradecer a las instituciones públicas G.A.M.E.A, SEDES Y SERES, por brindarme informaciones adecuadas y poder realizar el proyecto de grado.

DECLARACIÓN JURADA

Yo Juan Carlos Tancara Tancara con C.I. Nro. 6076830 L.P., estudiante de la Universidad Mayor de San Andrés de la facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la carrera de Ciencias Políticas y Gestión Pública con matrícula Nro. 1637545.

Declaro que el presente trabajo de investigación “Proyecto de Grado”, titulado “ANALISIS DE LA POLITICA PÚBLICA EN SALUD DENTRO DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL DE EL ALTO, GESTION 2007- 2011”, ha sido producto de mi investigación.

Declaración que hago en honor a la verdad para dar fe firmo.

JUAN CARLOS TANCARA TANCARA
C.I. 6076830 L.P.
R.U. 1637545

RESUMEN/ABSTRACT

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo analizar la política pública en el sector de salud dentro del Plan de Desarrollo Municipal 2007-2011. De la ciudad de El Alto, considerando las diversas necesidades del municipio con relación a las políticas del Gobierno Municipal. En un primer momento se hará conocer una contextualización y tematización sobre el tema de investigación en el planteamiento del problema y la metodología que se utilizó en el transcurso de la investigación. Y en un segundo capítulo se considera la importancia de las normativas e instituciones en los cuales se basa el gobierno municipal para la realización de sus competencias.

En el tercer capítulo se considera la importancia del apoyo del gobierno central como del gobierno departamental es por esa razón que se realiza un análisis de la vinculación de los planes como el PND., PDD. y el PDM. Utilizando un método colombiano para el análisis de los resultados. Posteriormente se analiza el estado poblacional coma también territorial considerando la atención a las personas con relación a las redes de salud existentes en el municipio de El Alto.

En el quinto capítulo se realizará un análisis de las políticas como de los programas y los proyectos planteados en el PDM por el Gobierno Municipal de El Alto para mejorar la atención en los centros de salud como los hospitales para tener una mejor calidad de vida para todas las personas en base a los problemas que presentan. Y el último en base a todo lo realizado se llega a las conclusiones para posteriormente dar las recomendaciones.

INDICE

CAPÍTULO I

1	CONTEXTUALIZACIÓN Y TEMATIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1	Contexto Político.....	1
1.1.1	La salud pública en Bolivia.....	1
1.1.2	La salud pública en el departamento de La Paz	7
1.1.3	La salud pública en el municipio de la ciudad de El Alto.....	8
1.2	Estado del arte	9
1.2.1	El estudio de la política publica	10
1.2.2	El estudio del análisis de la política pública	13
1.2.3	El estudio de la gestión pública municipal.....	14
1.2.4	El estudio de la Planificación y desarrollo municipal.....	16
1.3	Marco teórico-metodológico	19
1.3.1	Estudio y análisis de las políticas públicas de salud en el ámbito municipal 19	
1.3.1.1	Estudio de la planificación y desarrollo municipal	21
1.3.1.2	La acción de los gobiernos municipales en la política de salud pública en México.	22
1.4	Planteamiento del problema	23
1.4.1	Identificación del problema.....	23
1.4.2	Pregunta de investigación	23
1.5	Objetivos	23
1.5.1	Objetivo General	23
1.5.2	Objetivos específicos	24
1.6	Diseño de investigación.....	24
1.6.1	Tipo de investigación	24
1.6.2	Método de investigación	24
1.6.3	Técnicas e instrumentos de investigación.	24

1.7	Delimitación de la investigación.....	25
1.7.1	Delimitación temporal.....	25
1.7.2	Delimitación espacial	25
CAPITULO II		
2	ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD.....	26
2.1	Leyes, normas y rectoría	26
2.2	Visión general del sistema de salud	32
2.3	Flujo de recursos financieros y de servicios de salud.....	33
2.4	Estructura, organización y funcionamiento.....	35
2.4.1	Atención primaria de salud (APS)	35
2.4.2	Atención secundaria y terciaria de salud	36
CAPITULO III		
3	ANÁLISIS DE LA ARTICULACIÓN DE LOS PLANES DE DESARROLLO NACIONAL - DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL.....	37
3.1	El Plan Nacional de Desarrollo	37
3.2	El Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social “La Paz progresa” (PDD).....	38
3.2.1	Identificación de los ejes y objetivos estratégicos del PDD	38
3.2.2	Identificación de políticas sectoriales departamentales en el marco del PND.....	39
3.3	Plan de Desarrollo Municipal de la ciudad de “El Alto” (PDM)	40
3.3.1	Identificación de los ejes y objetivos estratégicos del PDM.....	40
3.3.2	Identificación de políticas sectoriales municipales en el marco del PND .	42
3.4	Propuestas de articulación de los Planes	43
3.5	Análisis de la articulación	44
3.5.1	Metodología para el cálculo del NAP	44
3.5.2	Cálculo y Análisis de la articulación del PDD con el PND	46
3.5.3	Cálculo y Análisis de la articulación del PDM con el PND	50

CAPITULO IV

4	ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE EL ALTO CON RELACION A LAS REDES DE SALUD	56
4.1	Ubicación, Extensión y Límites Geográficos.....	56
4.2	División política administrativa	58
4.3	Análisis poblacional	59
4.3.1	Población por distrito	60
4.4	Servicios de salud en el municipio de El Alto.....	61
4.4.1	Red Los Andes	61
4.4.2	Red Boliviano Holandés	61
4.4.3	Red Corea.....	61
4.4.4	Red Lotes y Servicios.....	62
4.4.5	Red Senkata.....	62
4.5	Lugar donde acude la población cuando tiene problemas de salud	64
4.5.1	Atención a la población en los servicios de salud.....	64

CAPITULO V

5	ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DEL GOBIERNO MUNICIPAL DE EL ALTO.....	66
5.1	La política SAFCI.	66
5.1.1	Objetivos de la SAFCI	66
5.1.2	Principios de la política SAFCI.....	67
5.1.3	Estrategia de la política SAFCI.....	67
5.1.4	Componentes de la SAFCI.....	67
5.2	Política del Servicio Departamental de Salud (SEDES)	69
5.2.1	Antecedentes	69
5.2.2	Misión	70
5.2.3	Visión	70
5.3	Servicio regional de Salud de El Alto (SERES).....	71

5.3.1	Antecedentes	71
5.3.2	Misión	72
5.3.3	Visión	72
5.3.4	Objetivo operativo general de gestión.....	72
5.3.5	Objetivos operativos específicos de gestión	72
5.3.6	Objetivos estratégicos	73
5.4	principales programas y proyectos de salud pública en el PDM.....	73
5.4.1	Derecho a la salud.	75
5.4.2	Análisis del perfil epidemiológico de la ciudad de El Alto	77
5.4.3	Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento en salud	82
5.4.4	Servicios de salud complementados a la medicina tradicional	84
6	Conclusiones y recomendaciones	85
	Bibliografía	88
	Anexo n° 1: Infraestructura de centros de salud	11

TABLA DE CUADROS	pág.
Cuadro N° 1: Ámbitos de gestión del Sistema Nacional de Salud de Bolivia.....	29-30
Cuadro N° 2: Leyes, decretos supremos y normas del sector salud.....	32
Cuadro N° 3: Visión general del sistema de salud de Bolivia.....	33
Cuadro N° 4: Ejes y objetivos estratégicos en el marco del PND.....	39
Cuadro N° 5: Ejes estratégicos y políticas sectoriales.....	40
Cuadro N° 6: Ejes y objetivos estratégicos.....	41-42
Cuadro N° 7: Ejes estratégicos y políticas sectoriales.....	43
Cuadro N° 8: Ejes estratégicos según PDM y PDD.....	44
Cuadro N° 9: Parámetros de puntuación.....	45
Cuadro N° 10: Evaluación.....	46
Cuadro N° 11: Bolivia productiva.....	47
Cuadro N° 12: Bolivia digna.....	48
Cuadro N° 13: Bolivia democrática.....	49
Cuadro N° 14: Bolivia soberana.....	49
Cuadro N° 15: Nivel de articulación PND-PDD.....	50
Cuadro N° 16: Bolivia productiva.....	51
Cuadro N° 17: Bolivia digna.....	52-53
Cuadro N° 18: Bolivia democrática.....	53
Cuadro N° 19: Nivel de articulación.....	54
Cuadro N° 20: Creación de distritos del municipio de El Alto.....	58-59
Cuadro N° 21: Censo poblacional del municipio de El Alto.....	59
Cuadro N° 22: Habitantes por distrito.....	60-61

Cuadro N° 23: Lugar donde acude la población cuando tiene problemas de salud.	64
Cuadro N° 24: Población atendida por gestiones.....	65
Cuadro N° 25: Dirección General de Promoción de la Salud.....	69
Cuadro N° 26: Políticas públicas de salud en base a los problemas del municipio de El Alto.....	74-75
Cuadro N° 27: Principales causas de la morbilidad.....	78
Cuadro N° 28: Índice de cesáreas y razón de mortalidad materna según redes de salud por gestiones.....	79
Cuadro N° 29: Mortalidad infantil en centros de salud, según redes de salud por año.....	82
Cuadro N° 30: Estado de infraestructura de los hospitales.....	83

TABLA DE GRAFICOS	pág.
Grafico N° 1: Cobertura de parto institucional.....	79
Grafico N° 2: Incidencia de enfermedad no transmisible.....	80
Grafico N° 3: Representación de las enfermedades.....	80
Grafico N° 4: Representación de las enfermedades 2.....	81
Grafico N° 5: Desnutrición por redes de salud.....	81
Grafico N° 6: Prevalencia de desnutrición.....	82

TABLA DE IMÁGENES	pág.
Imagen N° 1: Mapa de los distritos del municipio de El Alto.....	57
Imagen N° 2: Mapa de ubicación de los Centros de Salud municipio de El Alto.....	63
Imagen N° 3: Niveles de gestión en salud.....	68

ANEXOS

pág.

Anexo I. infraestructura de los centros de salud.....90-93

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como principal objetivo el: Análisis de la política pública en salud en el municipio de la ciudad de El Alto, considerando también el Plan de Desarrollo Municipal en el cual se establecen las políticas, programas y proyectos del gobierno municipal que ejerce en su jurisdicción.

El gobierno nacional en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011 para mejorar la calidad de vida de todas las bolivianas y los bolivianos en la atención de lo que es el servicio de salud plantea la política de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), sustentada en el Plan Sectorial de Salud 2010-2020 con una visión de construcción e implementación de un Sistema Único de Salud (SUS) de una salud integral, para todos sin discriminación y con acceso a toda la población boliviana, con el objetivo de mejorar la calidad de vida para Vivir Bien.

Las políticas del gobierno municipal están lineadas a las políticas del gobierno central, la Constitución Política del Estado como la Ley Marco de Autonomías y descentralización establece las competencias que tienen cada nivel de gobierno, en el caso del gobierno municipal una de las competencias es el de formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal, así como también implementar el sistema único de salud en su jurisdicción.

El tema de investigación se enmarca en el análisis de las decisiones que toma el gobierno municipal sobre las políticas de salud pública planteadas en el Plan de Desarrollo Municipal, así como también en la articulación con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Departamental de Desarrollo, y ver el grado de apoyo que tiene el gobierno municipal con los demás niveles de gobierno.

El sector de salud de la ciudad de el alto en la actualidad cuenta con cinco redes de salud y cada red está conformado por varios centros de salud y postas sanitarias para la atención de toda la población alteña conformada en catorce distritos de los cuales 4 distritos pertenecen al área rural y 9 distritos al área urbano, debido al crecimiento

poblacional se debe tomar énfasis en la implementación de las políticas públicas para poder brindar mejor calidad de vida en los ciudadanos.

Dentro del desarrollo de la investigación, este proyecto de grado consta de los siguientes capítulos: En el primer capítulo se muestra la contextualización, la metodología de la investigación con la finalidad de brindar un aporte a la institución, como también el diseño metodológico para el análisis de la política pública como aporte académico en la gestión pública.

En el segundo capítulo se da a conocer las normativas que se aplican en el sector salud desde la creación del ministerio que se hará cargo para la elaboración e implementación de las políticas en salud para el mejoramiento y desarrollo de la calidad de la salud pública a nivel nacional, departamental y municipal.

En el tercer capítulo se analiza la articulación del Plan Nacional de Desarrollo con el Plan Departamental de Desarrollo y el Plan de Desarrollo Municipal, con el propósito de evaluar el grado de articulación con relación a los ejes y estrategias políticas que se muestra en los planes de desarrollo de los diferentes niveles de gobierno.

En el cuarto capítulo se realiza el estudio y análisis de la población del municipio por distritos en el cual se muestra las enfermedades más comunes que son atendidas en los hospitales y centros de salud de las cinco redes de salud que cuenta la ciudad de El Alto el cual es administrado por la Dirección de Salud del municipio.

En el quinto capítulo se hace énfasis en el análisis de la política en salud del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto en base al Plan de Desarrollo Municipal en el cual se establece los programas y proyectos y actividades que se realiza. Con la finalidad de mejorar la calidad en la atención a los pacientes en los hospitales y centros de salud de todas las personas que se encuentran dentro del municipio. Y como último capítulo se da la conclusión y recomendación del trabajo de investigación y su respectiva bibliografía.

CAPITULO I

1 CONTEXTUALIZACIÓN Y TEMATIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se realiza la metodología que se va a utilizar en las diferentes etapas de la investigación, con la finalidad de brindar un aporte académico en relación a la toma de decisiones de los Gobiernos municipales e instituciones para una buena gestión pública.

1.1 Contexto Político

El presente trabajo de investigación indaga sobre la gestión pública del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto, con relación a las políticas públicas en salud enmarcadas en el Plan de Desarrollo Municipal 2007-2011.

En el transcurso del tiempo el problema de la salud ha dejado de ser un problema individual, más aún se ha ido transformando en un problema social público en el cual se requiere la intervención de los gobiernos de turno. Para que los mismos puedan encargarse de los problemas que existen en la sociedad y darle una solución a los sectores que requieran mayor inversión para un mejor desarrollo.

Las políticas públicas es parte de la planificación y de la gestión pública que realiza cada gobierno de turno, a la vez es un guía que le facilita en la toma de decisiones en su gestión, en ellos se concretan las acciones y funciones que el gobierno local debe realizar para alcanzar los objetivos a futuro que persigue el desarrollo local. Permite vincular las decisiones cotidianas sobre proyectos con objetivos estratégicos de desarrollo, además de una mejor gestión pública.

1.1.1 La salud pública en Bolivia

En Bolivia con la creación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) en 1938 y con una atención centralista y hospitalaria se inicia el Sistema Nacional de Salud (SNS), que

coincide con lo dicho por Almeida “*la transformación de la atención médica solamente se produjo después de los años 30 del siglo XX, incluyéndose la atención hospitalaria, aunque también de manera específica, esto es, privatizada o fuertemente subsidiada por el Estado y dirigida a grupos particulares*”. (Almeida, 2002)

Más tarde en 1953 se implementaría el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes o independientes que cotizan en este sistema, excluyendo al resto de la población que no podía cotizar y generando fuertes niveles de desigualdad, más aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad que tendría la economía boliviana. Esta situación obligó a reformar el SNS en la década de los 70's, bajo el impulso de las tendencias en América Latina a enfatizar los gastos sectoriales y a forzar la reevaluación de prioridades como consecuencia de la crisis económica, buscando la eficiencia y la efectividad en la intervención del Estado, y la reducción del complejo médico industrial; así el SNS adopta un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales. Más tarde en 1984, en el contexto de la Declaración de Alma Ata, se inicia una regionalización de la salud en Bolivia y se crean los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud (APS) y en una perspectiva más técnica, economicista y pragmática, gracias a los ajustes económicos impuestos por la crisis de los 80's y al aumento de las desigualdades.

El SNS se define como “*el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD)*”. (UDAPE, 2007)

El Modelo de Gestión del SNS establece la existencia de tres niveles de atención en salud, el Primer Nivel de atención encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito y está conformado por la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, centro de salud, policlínicas y poli consultorios. El Segundo Nivel de atención comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía,

pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología; su unidad operativa son los hospitales básicos de apoyo; y el Tercer Nivel de atención que está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidad y sub especialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad, sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

El sistema nacional de salud establece cuatro ámbitos de gestión: 1) nacional, correspondiente al MSD; 2) departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura; 3) municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS) y 4) local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El MSD es la institución legalmente encargada de fungir como rector del sistema de salud y, en esa medida, normar la gestión de los servicios y formular estrategias, políticas, planes y programas a nivel nacional para el sistema nacional de salud. Los SEDES se encargan prioritariamente de la articulación de las políticas nacionales y la gestión municipal en relación con la administración de la prestación de servicios de atención a la salud de la población. Si bien técnicamente los SEDES dependen del MSD, en términos administrativos se encuentran bajo la jurisdicción de las prefecturas departamentales, ya que cada prefecto nombra al director del SEDES correspondiente. A nivel municipal, la responsabilidad de la gestión en salud recae en los DILOS que, nuevamente, deben articular las políticas nacionales en el nivel local en función de las prioridades de cada municipio. Los DILOS son dirigidos por cada uno de los alcaldes, en coordinación con el director técnico del SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia¹. Y en el ámbito local corresponde a los establecimientos de salud de área y a las brigadas móviles hacerse cargo de la prestación de los servicios.

¹ El Comité de Vigilancia es un órgano conformado por un representante del Distrito Municipal y por las Organizaciones Territoriales de Base, y tiene las atribuciones de vigilar que los recursos municipales sean

Durante este tiempo la estructura del SNS, separa a la población en dos grupos de atención en salud, uno a los que se encuentran adscritos a la seguridad social a corto plazo y el segundo a seguros públicos de salud, De acuerdo con Batista Moliner “...proporcionalmente la seguridad social es la que consume la mayor parte de los recursos destinados a los servicios de salud (42%), seguido del sector público (21%)”. (Batista, 2006)

Los subsectores público y de la seguridad social a corto plazo atienden, además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)², dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años y a las mujeres entre los 5 a 60 años; el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)³, dirigido a las personas mayores de 60 años; y las prestaciones de los Programas de Tuberculosis, Chagas y Malaria. Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos de Coparticipación Tributaria, IDH municipal y recursos externos.

Las políticas públicas de Bolivia están fuertemente enfocadas a las políticas sociales, en particular al sector salud⁴. El Proyecto de Reforma del Sector Salud (que se inició en el año 1999 financiado por el BM y el BID) se diseñó para introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, en sus relaciones y sus funciones. Dichas reformas estaban dirigidas a mejorar la equidad en la prestación de servicios de salud, la eficiencia de su gestión y la efectividad en las intervenciones de salud. Una

invertidos equitativamente entre la población urbana y rural, de pronunciarse en la elaboración de presupuestos y en la rendición de cuentas del Gobierno Municipal.

² Es un sistema nacional, creado por Ley N° 2426, que organiza, norma y provee financiamiento público para otorgar a los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas hasta el sexto mes después del parto, un conjunto de más de 400 prestaciones de atención médica y exámenes de laboratorio de carácter preventivo y curativo con el fin de reducir el impacto de las principales causas de mortalidad y morbilidad materno infantil.

³ Se crea el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor “SSPAM”, mediante Ley 3323 de 16 de enero del 2006, en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito, con el objetivo de otorgar servicio de atención en salud en todos los niveles, a ciudadanos y ciudadanas de 60 años y más con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud.

⁴ BID. ANALISIS DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA, agosto 2010, p. 53

condicionante de los organismos internacionales para financiar el Proyecto de Reforma del Sector Salud fue el compromiso con el proceso de descentralización de los servicios de salud, de tal manera que las prefecturas y municipios se hicieran cargo de la administración, evaluación y supervisión de recursos humanos, infraestructura y también del manejo y ejecución de partidas presupuestarias, asignadas a estas actividades.

La Ley de Participación Popular promulgada en 1994 contempló la municipalización del país y la transferencia de competencias y recursos a regiones, poblaciones rurales y pueblos indígenas para que tuviesen la posibilidad de decidir las mejores alternativas de desarrollo, según sus propias vivencias y prácticas culturales. Esta ley también logró incluir a la población en las decisiones políticas. Entonces, se dio inicio a la descentralización y el Proyecto de Reforma del Sector Salud la fortalecería. Sin embargo, la transferencia de funciones también conllevó un debilitamiento del MSD. *“El tema de la descentralización y su implementación ha sido estudiado y una de las lecciones aprendidas de esta literatura es que la descentralización tiene prerequisites y uno de ellos es que el descentralizado tenga la capacidad de recibir lo que se le ha delegado”*. (Williamson, 2000)⁵.

En el año 2006 el MSD presentó un marco general de rediseños de las políticas de salud, manifestando la voluntad política para impulsar la reforma del sector. Allí, el estado se definió como garante de las personas a la salud, innovando, además en el reconocimiento de preferencias culturales y en un modelo participativo para la gestión de los servicios. En efecto, en la Constitución Política, aprobada en el año 2008, se establece que: “Toda persona tiene derecho a la salud y el estado garantiza estos derechos. El Sistema de Salud Unificado será universal, libre, equitativo, intercultural, y participativo, con calidad, con calidez y control social”. Es así como el eje central de la

⁵ La descentralización se analiza en la teoría económica bajo un modelo de agente-principal, esto ha sido estudiado por Laffont (1987) e Ibern (1999).

reforma pasa a ser el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que pone gran énfasis en la promoción de la salud y en la comunidad⁶.

Durante el gobierno del MAS, se introdujo un nuevo enfoque en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011 (PND), con políticas públicas de desarrollo y que sea sostenible, con el paradigma del Vivir Bien, traducido al aymara “SUMA QAMAÑA” se define como: “el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización efectiva, subjetiva y espiritual; en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos”. El PND cuenta con cuatro pilares fundamentales para el desarrollo del país, uno de los pilares es Bolivia Digna (Socio Comunitario), en el cual se encuentra las políticas nacionales de salud pública, donde toda la población tendrá acceso al sistema único, intercultural y comunitario de salud.

El gobierno nacional establece la construcción del sistema universal de salud (SUS). El cual es garantizar la inclusión y la equidad en lo que se refiere a la salud, por esta razón se implementa la política salud familiar comunitaria e intercultural (SAFCI), donde toda la población boliviana tiene derecho a la salud sin discriminación ninguna.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2010 presentado el 2007 contiene las bases para que todos los sectores alineen sus políticas y planificación para lograr un modelo común social, económico y estatal en base a cuatro grandes estrategias: Bolivia Digna; Bolivia Soberana; Bolivia Productiva; y Bolivia Democrática. El sector salud se desenvuelve principalmente en la estrategia de Bolivia Digna o la estrategia socio-comunitaria donde se prioriza la promoción de la salud y el acceso a la salud. El MSD desarrolló el Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) 2006-2010 que plantea la visión y objetivos para el sector. Por ejemplo, se plantea que el MSD debe lograr establecer el Sistema Único de Salud (SUS) con acceso universal bajo el modelo SAFCI. Lamentablemente, no se hizo un seguimiento de lo planteado en el PSD y no existen evaluaciones de sus avances. Se critica que un problema del PSD fue su poca difusión en el sector.

⁶ BID. *ANALISIS DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA*, agosto 2010, p. 54

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio-comunitaria del Vivir Bien⁷.

Como se menciona en la nueva CPE. Del acceso a los servicios de salud, y que la finalidad del gobierno con el SUS. Es contar con una vida saludable para toda la población sin ninguna discriminación en el acceso y en la atención de salud y que este a futuro tenga un carácter de universal y gratuita.

1.1.2 La salud pública en el departamento de La Paz

La salud pública se inició en La Paz en 1942 cuando el Servicio Cooperativo Interamericana de Salud Pública ejecuto sus actividades en Bolivia, siendo nuestra ciudad la primera del país en contar con un Centro de Salud construido y equipado para este propósito, ubicado en la zona Garita de Lima en el centro en el que actualmente funciona el Hospital La Paz.

El Servicio Departamental de Salud fue creado el 1 de septiembre de 1965 con el nombre de “UNIDAD SANITARIA DE LA PAZ” a través del D.S. N° 07299, bajo la gestión del Director de Fomento de la Salud y Salud Rural del Ministerio de Prevención Pública, Dr. Walter Julio Fortun.

El 8 de febrero de 1996 a través del D.S. 24237 La Unidad Sanitaria de La Paz cambio de denominación y paso a ser “Dirección Departamental de Salud” (DIDES) y como una identidad desconcentrada del Ministerio de Salud.

⁷ PND. 2006-2010, P.38

A partir del 8 de febrero de 1996 en cumplimiento de la Ley 1654 de Descentralización Administrativa, la DIDES pasa a depender administrativamente y orgánicamente a la Prefectura del Departamento de La Paz.

El 2 de septiembre de 1997 a través del D.S. N° 29833 la DIDES cambia de denominativo y pasa a ser UNIDAD DEPARTAMENTAL DE SALUD (UDES).

Finalmente, por D.S. N°. 25060 de 2 de julio 1998 pasa a ser lo que actualmente se denomina SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD (SEDES). Que actualmente es dependiente de la Gobernación de La Paz.

1.1.3 La salud pública en el municipio de la ciudad de El Alto.

Los problemas de salud en los municipios es un problema de los gobiernos municipales, la salud es un derecho de cada persona, los gobiernos municipales deben elaborar políticas públicas según las necesidades del municipio, según al entorno social en que se vive. Las condiciones de vida que presentan un municipio a otro pueden ser diferentes, pueden influir muchos factores como ser el factor económico, social, cultural como también el aspecto geográfico y climático.

El alto por la gran influencia de migrantes tuvo una instancia decisiva para que sus habitantes decidieran separarse de La Paz, fundar una ciudad mediante Ley del 6 de marzo de 1985, emitida por Siles Zuazo se creó la cuarta sección de la Provincia Murillo del departamento de La Paz, con su capital El Alto.

Posteriormente se le otorgo el título de ciudad por Ley N° 1014 del 28 de septiembre de 1988, durante la presidencia de Víctor Paz Estensoro.

Hasta el año 1999 funcionaba en el Alto (Zona Rural del Municipio de La Paz), la COORDINADORA DE SALUD EL ALTO, que mediante Resolución Administrativa 297/99 de 20 de octubre de 1999, la Prefectura crea la Unidad de Salud Desconcentrada (UDSEA), desconcentrada del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), constituyéndose en Unidad operativa para la implementación de las políticas de

salud con jurisdicción, responsabilidad, competencia y administración propia con Sede en la ciudad de El Alto,.

El 24 de diciembre de 2004, el Servicio Departamental de Salud La Paz, emite la Resolución DIR. SEDES-001/2004, que resuelve la aprobación de la estructura organizacional del SEDES La Paz, donde se especifica la creación de las unidades desconcentradas, entre ellas se encuentra el Servicio Regional de Salud El Alto.

El 14 de julio de 2005, el SEDES La Paz emite la resolución DIR. SEDES – 006/2005 que resuelve la aprobación del documento de profundización de la desconcentración del Servicio Regional de Salud El Alto.

El 18 de julio de 2005, la nueva unidad desconcentrada del Servicio Regional de Salud El Alto emite la resolución administrativa DIR-SERES EL ALTO N° 001/2005 que resuelve, asumir la aprobación del documento de Profundización de la desconcentración del Servicio Regional de Salud El Alto, implantar la estructura orgánica y los niveles administrativos, implantar la propuesta de regionalización de las redes de salud y el equipo de gestión e implantar las funciones del personal.

El Municipio de El Alto, cuenta con 50 establecimientos de salud públicos de primer nivel, segundo y tercer nivel, con un total de 1333 recursos humanos en salud, de estos 666 recursos humanos están en un primer nivel de atención y 647 en un segundo nivel de atención, estos recursos están dentro de una red de servicios de salud estructurada, a partir del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) se estructura el lineamiento regional, el cual se operativiza por medio de las cinco coordinaciones de red (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios), hacia los 53 servicios de salud.

1.2 Estado del arte

En este apartado se da a conocer a algunos autores que escribieron sobre el tema con relación a las políticas públicas, gestión pública, desarrollo municipal y otros,

sustentados en las aportaciones de autores que tienen relevancia en este campo de conocimiento y disciplina de estudio.

1.2.1 El estudio de la política pública

A Harold, Lasswell se le considera como generador y orientador de la disciplina de políticas públicas en los años cincuenta; definió la política pública como “Quién obtiene qué, cuándo y cómo” (Harold, 1971). Este enfoque está centrado en la acción pública y su impacto en los actores beneficiados o perjudicados por esa acción. La definición guarda un sentido genérico, en el entendido de que no es una definición operativa; es decir, que no define la política pública por sí misma. La propuesta de Harold empieza a evolucionar y cobrar relevancia en el ámbito académico, intelectual y socio gubernamental hasta fines de la década de los sesenta, para convertirse en una definición más caracterizada y específica.

De acuerdo con Aguilar, (Aguilar, El estudio de las políticas públicas, 2003), la política pública es un doble sentido y un curso de acciones: deliberadamente diseñado, y segundo, porque es el curso de acción efectivamente seguido. No sólo en función de lo que afirma el gobierno y lo que quiere hacer. También lo que en realidad hace y logra por sí mismo o en interacción con actores políticos y sociales, más allá de sus intenciones. Entonces, es una estrategia de acción colectiva, deliberadamente diseñada y calculada, en función de determinados objetivos. Implica y genera toda una serie de decisiones para adoptar y de acciones a efectuar por un número extenso de actores, lo que significa que el autor integra la política y la gestión pública en una sola definición, como curso de acción deliberadamente diseñado, mientras que también es el curso de acción efectivamente seguido; es decir la instrumentación de la política pública.

Respecto de las políticas entendidas como estrategias encaminadas a una finalidad determinada, que comúnmente es la resolución de problemas, el autor define que "*Una política puede ser una regulación, una distribución de diversos tipos de recursos (incentivos o subsidios, en efectivo o en especie, presentes o futuros, libres o condicionados) y como una intervención redistributiva directa, más allá de dejar hacer a*

los ciudadanos" (Aguilar, 1996), También el autor expresa que "...La política pública (PP) y la nueva gestión pública (NGP) aparecieron en el medio latinoamericano en los años 80 y 90 como propuestas disciplinarias y profesionales para superar la vulnerabilidad financiera o la crisis fiscal en que habían caído los estados sociales desarrolladores y para restablecer la naturaleza pública, que las políticas de los gobiernos autoritarios habían distorsionado o pervertido y para mejorar los servicios públicos que eran considerados insatisfactorios en pertinencia, cobertura y costo-eficiencia. A ese contexto crítico se debe que las dos propuestas de PP y NGP se hayan difundido con certeza y hayan sido recibidas por gobierno, sociedad y academia como instrumentos de conocimiento y gestión, útiles para reconstruir la gobernabilidad con dificultades y dar forma a un modo de dirigir los asuntos públicos en forma eficaz y socialmente aceptado..."

En ese sentido, las políticas públicas implican también actividades de comunicación pública para la implantación de estrategias ante un problema determinado, convirtiéndose en un conjunto de actividades posteriores a la toma de decisiones inicial que dan origen a las actividades retrospectivas, por las cuales es posible proveer de elementos con evidencia, argumentativos y de persuasión, necesarios para la obtención de consensos. (Aguilar, 1996).

Para Lahera, Parada las políticas públicas son cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido éste de manera democrática, los cuales son desarrollados naturalmente por el sector gubernamental, con la participación de la comunidad y del sector privado. (Lahera P. E., 2002)

En esta definición, Lahera distingue que la política pública es política porque incorpora a los actores, a quienes afectan las decisiones de los problemas que interesa, sean integrados a la agenda gubernamental para lograr la debida negociación y solución. En el conjunto de los actores involucrados, es indispensable considerar el papel y capacidad de influencia del sector público, como señala el autor, es un error valorarlo como un actor neutral.

Define las políticas públicas como (...) una concatenación de actividades coherentes por los menos en su intención, y tomados principalmente por los actores del sistema público administrativo de un país con la finalidad de resolver un problema colectivo. Estas decisiones generan actos formalizados, de naturaleza más o menos coercitiva, con el objetivo de modificar el comportamiento de “grupos que conforman blancos”, los cuales se encuentran supuestamente en el origen del problema por resolver (Lahera P. E., 2002).

Afirma Meny-Thoenig, que “*Una política pública se presenta bajo la forma de un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico*”. (Menyl y Thornig, 1992)

Meny-Thoenig señalan que la política pública debe ser liderada por el gobierno, ya que ésta es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental, naturalmente en coordinación con los sectores social y privado.

Cabrero (Thoenig, citado en Cabrero), en lugar de política pública, define la acción pública como “*la construcción y la calificación de los problemas colectivos por una sociedad, problemas que ella puede delegar o no delegar a una o varias agencias gubernamentales, así como la elaboración de respuestas, contenidos, instrumentos y procesos para su tratamiento*”. (Cabrero, 2005)

Se infiere en esta definición que la política pública o acción pública como aquellas acciones que el sector público o entidades públicas emprenden para atender los problemas sociales de manera conjunta con la participación ciudadana.

En función de lo mencionado por los autores, exponen acerca de la definición de política pública, la reflexión de definición de política pública es como la identificación por la entidad gubernamental de un problema y su propia decisión de diseñar e implementar estrategias y acciones conjuntas con la ciudadanía para la solución equilibrada, integral y democrática de ese problema, y no sólo la identificación del propio problema y, por

consecuencia, que el diseño e implantación de estrategias y acciones queden como parte del discurso, es decir, sólo quedan en el papel. Con esta orientación, el gobierno tiene que dar solución real a los problemas que aquejan a la sociedad mediante la política pública; sólo así cumplirá con su función primordial, que consiste en atender los problemas de la comunidad.

La política pública en consecuencia, debe plantearse con base en una visión transformadora, provocar cambios en la sociedad, situando una acción que demanda coordinación institucional en el mediano y largo plazos. Además, debe ser participativa y primordialmente debe reconocer las principales necesidades de la sociedad.

Los gobiernos tienen la obligación de resolver problemas trascendentales para la sociedad, como son el empleo, vivienda, educación, abastecimiento de agua, alcantarillado, medio ambiente, salud y seguridad entre otros; para resolver o incluso, prevenir estos problemas por lo que resulta necesario la eficiente implantación de las políticas públicas, para lo cual se deberá contar con una estructura pública de carácter administrativo que opere con efectividad y contribuya para satisfacer a la sociedad en el cumplimiento a sus demandas. Con ello, se tendrán elementos para catalogar al gobierno como efectivo en su caso. Un gobierno puede ser valorado y calificado como eficaz si el objeto es alcanzado, o los rendimientos permanecen y crecen ante los desafíos públicos que tienen encomendados. El grado de alcance de ese objeto es variable y por consiguiente, es variable el grado de gobernabilidad. (Martinelli, 2002)

1.2.2 El estudio del análisis de la política pública

Analizar las políticas tiene una función científica (mejorar el conocimiento) y política (mejorar la acción y la toma de decisión). Dicho esto, como en muchos procesos, no existe una objetividad absoluta, el análisis tiende a la objetividad y a mejorar la calidad de la información para mejorar las decisiones, pero el mero hecho de decir que se

necesita de un tipo de información es, en sí, subjetivo (Mayer, 2013)⁸. La información adquirida y luego ser seleccionada pueden ayudar para la toma de una buena decisión.

Inicialmente el doble propósito al cual respondía el análisis de políticas según Lasswell. El conocimiento de las políticas y el conocimiento en las políticas, hacía eco a la distinción entre el analista y el gestor de políticas. Sin embargo, la frontera entre la vocación del científico y aquella del político (Weber, 1972) se volvió cada vez más permeable, puesto que los primeros colaboraban a menudo con los segundos, a la hora de elaborar un programa o de enfrentar una crisis política. Esta confusión de roles no es mayor en América Latina que en Europa, en Estados Unidos ni quizás en la China, pero tiene efectos diferentes, teniendo cuenta de la falta de institucionalidad y de la ausencia o de las insuficiencias de la formación en asuntos públicos que imperan en muchos países de nuestra región. Al fin y al cabo, debemos preguntarnos cuál es el lugar de las políticas públicas en las ciencias sociales y en la vida política de los países que observamos. Más allá de por qué y cómo analizar las políticas públicas, lo que está en juego aquí es un conocimiento fino de la realidad contemporánea, un conocimiento de alcance universal producido a nivel local⁹.

1.2.3 El estudio de la gestión pública municipal

El marco referencial y conceptual de políticas públicas y municipio contextualizan la idea de considerar que las políticas públicas forman parte del que hacer del Estado para llevar a cabo la gestión pública en atención de las demandas sociales. En ese sentido, es posible establecer más o menos una idea consensuada de que las políticas públicas se refieren a un determinado gobierno, que atiende fines y un núcleo específico de población. Es un medio para llegar a una determinada meta económica social. En este sentido, la diversidad municipal (...) es una realidad sumamente interesante, cuyo análisis constituye un desafío para quienes incursionan en el estudio de este nivel de

⁸ Citado en la obra de Fontaine Guillaume, *“El Análisis de las Políticas Públicas”* conceptos teóricos y métodos. Ecuador 2015. p.6

⁹ *Ibíd.*

gobierno, el cual se vuelve un espacio privilegiado para la articulación de acciones orientadas a promover el desarrollo económico. (Carrillo, M. 1987).

Los gobiernos locales y específicamente los municipios, son actores importantes para el fortalecimiento del desarrollo y el bienestar social. Su ámbito de gestión es un campo que favorece para ejercer la política pública local y construir nuevos espacios de acción pública en contextos que habitualmente no habían sido de su competencia.

Cabrero señala que (...) en las políticas públicas municipales en México es posible encontrar la falta de propuestas que tengan como origen el ámbito municipal. Las agendas municipales responden más que todo a la inercia de atender las demandas por servicios públicos o demandas específicas sin ninguna visión integral de desarrollo. Las decisiones son tomadas con una visión a corto plazo y siguiendo estrictamente los criterios rígidos del gobierno federal y estatal. Sin embargo, a pesar de todo ello, en los últimos años investigadores y estudiosos municipalistas se han dado a la ardua tarea para analizar la dinámica de las políticas públicas en los municipios, destacando los avances que al respecto se han dado (...). (Cabrero M. E., 2003).

Es necesario considerar que lo importante es gobernar con la aplicación de políticas públicas, entendidas como “decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos electores y contribuyentes” (Aguilar, 2003).

La importancia de las políticas públicas radica en lo que directamente los gobiernos realizan para mejorar su actuación y en consecuencia, constituyen las formas de acciones concretas desde el gobierno hacia la sociedad. Las políticas públicas, para su aplicación y procedimiento, deben ser de igual manera específicas y claras en sus propósitos, instrumentos y procedimientos para resolver con eficiencia las demandas de la población, en esta ocasión en el ámbito de los municipios.

Como la de Thomas R. Dye para quien “es política pública todo aquello que los gobiernos deciden hacer o no hacer” (Dye, 1992), o la de Jenkins “acciones o inacciones

de la autoridad pública. Sin embargo, otra forma de entender el carácter público de las políticas alude a la actualización constante del interés público entendido como el resultado del diálogo de perspectivas y actores que participan de una problemática específica que, junto con el gobierno, se puede transformar o resolver; en este sentido, la lógica de políticas públicas incluye la legitimidad de la participación democrática y la transparencia en los procesos de la acción pública. Se trata de pasar, en lo posible, de políticas hechas a nombre del público a políticas hechas con el público de las políticas. La realización de este ideal es más posible en el ámbito del gobierno local, dada la cercanía del gobierno y la ciudadanía.

1.2.4 El estudio de la Planificación y desarrollo municipal

Las necesidades que se dan en la sociedad no pueden ser las mismas de un municipio a otro municipio ya que las demandas van a ser diferentes de una a la otra, por lo cual las planificaciones de desarrollo local debe guiarse desde su entorno de vida dentro de su municipio, para “crear” una ciudad más habitable y humana, con mayor calidad de vida; y, por otra parte, a “creer” en ella, en sus posibilidades y en su futuro¹⁰.

El desarrollo local comienza a definirse entonces como “un proceso de crecimiento y cambio estructural de la economía de una ciudad, comarca o región, en el que se pueden identificar, al menos, tres dimensiones: una económica, caracterizada por un sistema de producción que permite a las empresas locales usar, eficientemente, los factores productivos, generar economías de escalas y aumentar la productividad a niveles que permitan mejorar la competitividad en los mercados; otra sociocultural, en que el sistema de relaciones económicas y sociales, las instituciones locales y los valores, sirven de base al proceso de desarrollo, y otra político-administrativa en que las iniciativas locales crean un entorno local favorable a la producción e impulsan el desarrollo sostenible”¹¹.

¹⁰ Martínez Gómez Antonio, Soriano Hernández Miguel A. octubre 2003.

¹¹ Morales P. Milagros, *El desarrollo local sostenible*, No. 2 / Vol. 140 / Jul.-Dic. 2006

Las demandas de la sociedad en la ciudad de El Alto son muchas, como las necesidades son varias no se puede decir que son las mismas por el cual los gobiernos de turno deben trabajar con planes de desarrollo que traten de llegar a todo el municipio con las diferentes necesidades que tenga la sociedad.

El enfoque de este documento se enmarca en una nueva perspectiva que reconoce a la política fiscal como instrumento para impulsar un desarrollo económico y social, erradicar la pobreza, y reducir las desigualdades. La Nueva Constitución Política plantea una organización territorial diferente que reconoce cuatro entidades territoriales autónomas, sin subordinación entre ellas y de igual rango constitucional: la autonomía departamental, la autonomía regional, la autonomía municipal y la autonomía indígena originaria campesina¹².

Según otro autor también podemos decir que el desarrollo local desde la perspectiva de la sostenibilidad ecológica del proceso económico. Busca articular ideas que ayuden a informar una visión del desarrollo local acorde con el concepto de desarrollo sostenible. En este sentido, empezaremos por la noción de desarrollo económico como proceso material y la caracterización de las capacidades que lo sustentan, vistas ambas cuestiones desde una perspectiva estratégica. Después destacaremos los rasgos fundamentales de la visión estratégica del desarrollo local, que ha hecho fortuna en los últimos veinte años, y las tendencias que cuestionan el actual modelo de desarrollo. Todo ello nos permitirá justificar la necesidad de un cambio de modelo y la función del plano local en su puesta en práctica, para confluir en la definición tentativa y provisional del campo estratégico del desarrollo local sostenible¹³.

Según otros autores el modelo de la planificación estratégica del desarrollo local significa un fuerte cuestionamiento metodológico a la eficacia de la planificación tecnocrática (“normativa”), orientada por un instrumentalismo científicista aplicado a

¹² Paz Arauco Verónica y Ocampo Mendoza Milenka. *Fiscalidad y desarrollo: una agenda pendiente para Bolivia*. Mayo de 2009

¹³ Tomás Carpi Juan A. Universidad de Valencia, *El desarrollo local sostenible en clave estratégica*, agosto 2008

una realidad supuestamente estática y manipulable. Modelo que se concentra en el “deber ser”, en la norma, como situación objetivo y les reconoce a los instrumentos técnicos eficacia para producir la nueva realidad proyectada en los objetivos. La planificación estratégica, por su parte, redefine el uso del conjunto de instrumentos y técnicas susceptibles de ser utilizados. Se propone como alternativa el paradigma de la planificación estratégica participativa como el modelo a seguir en la planificación del desarrollo social¹⁴.

Citando a otros autores el desarrollo local tiene que valorar las tendencias y los cambios que se manifiestan en el entorno de las ciudades y que hacen referencia a una serie de condicionantes en diversos ámbitos: economía, sociedad, tecnología, demografía, territorio, medio ambiente, cultura, política, educación, sanidad, etc. En esto también se toma en cuenta la participación de la ciudadanía. Ante los cambios en el entorno de las ciudades, la planificación estratégica se puede y debe convertir en la base para articular el desarrollo endógeno de las mismas y para ilusionar y comprometer a todos sus habitantes en un proyecto común. En definitiva, un plan estratégico ayuda, por una parte, a “crear” una ciudad más habitable y humana, con mayor calidad de vida; y, por otra parte, a “creer” en ella, en sus posibilidades y en su futuro¹⁵.

Según otro autor que el desarrollo local será el resultado de una articulación de intereses y de una construcción de intereses comunes, entre diversos actores locales, a través escenarios de formalizados de planificación gestión. No existe por tanto un actor-impulsor único del desarrollo local, aunque en cada circunstancia son distintos los que motorizan y asumen la iniciativa. Habitualmente se piensa a las empresas como los motores del desarrollo y no como beneficiarias del desarrollo socio-político-educacional institucional- organizacional. Sin embargo, las empresas pueden ser alcanzadas por el desarrollo de su entorno, impulsado también por otros actores. En el caso comentado se

¹⁴ Barrera Calderón Francisco J. Encuentros, Revista Semestral de la Unidad Académica de Economía, *La planificación del desarrollo local. Una visión alternativa*. 2005

¹⁵ Martínez Gómez Antonio, Soriano Hernández Miguel A. *Planes Estratégicos como Base de Desarrollo Endógeno*. octubre 2003.

amplían las perspectivas del desarrollo local desde el sistema educativo y las escuelas de enseñanza media¹⁶.

Es importante a la vez tomar en cuenta el desarrollo como libertad. “...el desarrollo puede concebirse (...) como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos”. Sen incluye los dos aspectos en su definición del desarrollo como libertad, concediéndole mayor importancia a la primera. La libertad es, ante todo, el fin principal del desarrollo. No se pretende entonces aumentar la libertad para lograr “algo más”, sino que es necesario aumentar la libertad por la libertad en sí misma. A esto lo llama el papel constitutivo de la libertad en el desarrollo. En cuanto a la libertad como medio, Sen sostiene que, además de ser el objetivo último del desarrollo, la libertad puede ser una excelente herramienta para lograr el desarrollo. Se trata del papel instrumental de la libertad en el desarrollo¹⁷.

1.3 Marco teórico-metodológico

La política pública es estudiada por diversos enfoques teóricos, los cuales nos dan a entender y comprender los diferentes conceptos teóricos de los autores. Con lo que se refiere al tema de investigación “análisis de políticas públicas en salud en el municipio” no hay estudios realizados por lo tanto nos inclinaremos a algunos autores que escribieron sobre las políticas públicas y políticas municipales para posteriormente formar conceptos adecuados al tema de investigación.

1.3.1 Estudio y análisis de las políticas públicas de salud en el ámbito municipal

El modelo de análisis de políticas públicas surge como campo de estudio y reflexión a partir de los trabajos de Lasswel (1951-1971), desde entonces el entender la acción gubernamental y social como una acción resultante de un entramado institucional y de

¹⁶ Atilio Poggiese Héctor, flacso-ppga, *Desarrollo local y planificación intersectorial, participativa y estratégica*. Buenos Aires, octubre de 2000.

¹⁷ Sen, A. *Desarrollo como Libertad*, 2000.

un conjunto de actores que con diferentes intereses participan en la atención de problemas públicos.¹⁸

El análisis de las políticas públicas son los estudios que se da a las políticas que ejecuta el gobierno municipal en base a las decisiones que toma para resolver los problemas y las necesidades que presenta el municipio.

Los gobiernos municipales deben optar por una política de un municipio saludable. El calificativo saludable se debe entender como una meta o un desafío, y no como un estado ya alcanzado, aun cuando cualquier municipio haya logrado avances significativos en la mejora del nivel de vida de su población. Esta dinámica plantea que siempre será posible mejorar la comunidad y el municipio, lo que a su vez representa considerar varias acepciones del calificativo saludable: un movimiento, una oportunidad un programa y una política¹⁹.

Una política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental frente a un problema o en un sector relevante de su competencia.

La política pública en consecuencia, debe plantearse con base en una visión transformadora, provocar cambios en la sociedad, situando una acción que demanda coordinación institucional en el mediano y largo plazos. Además, debe ser participativa y primordialmente debe reconocer las principales necesidades de la sociedad.

Analizar las políticas tiene una función científica (mejorar el conocimiento) y política (mejorar la acción y la toma de decisión). Dicho esto, como en muchos procesos, no existe una objetividad absoluta, el análisis tiende a la objetividad y a mejorar la calidad de la información para mejorar las decisiones, pero el mero hecho de decir que se

¹⁸ CABRERO Enrique, [2003]*Políticas públicas municipales; una agenda en construcción*, p. 17

¹⁹ García del Castillo R., Pérez Cabrera A., Santin del Rio L. p.324

necesita de un tipo de información es, en sí, subjetivo (Mayer, 2013). La información adquirida y luego ser seleccionada pueden ayudar para la toma de una buena decisión.

1.3.1.1 Estudio de la planificación y desarrollo municipal

Planificación del desarrollo como “un proceso que permite organizar de manera coordinada y consistente las acciones del gobierno municipal, de manera tal que los recursos existentes se aprovechen en forma óptima en beneficio de la comunidad” (Guillermo Salazar).

las planificaciones de desarrollo local deben guiarse desde su entorno de vida dentro de su municipio, para “crear” una ciudad más habitable y humana, con mayor calidad de vida; y, por otra parte, a “creer” en ella, en sus posibilidades y en su futuro.

Según otro autor también podemos decir que el desarrollo local desde la perspectiva de la sostenibilidad ecológica del proceso económico. Busca articular ideas que ayuden a informar una visión del desarrollo local acorde con el concepto de desarrollo sostenible. En este sentido, empezaremos por la noción de desarrollo económico como proceso material y la caracterización de las capacidades que lo sustentan, vistas ambas cuestiones desde una perspectiva estratégica.

El enfoque de este documento se enmarca en una nueva perspectiva de organización territorial que reconoce a la política pública como instrumento de gobierno para resolver los problemas latentes en la sociedad e impulsar un desarrollo económico y social, erradicar las diferencias, y reducir las desigualdades. La Nueva Constitución Política plantea una organización territorial diferente que reconoce cuatro entidades territoriales autónomas, sin subordinación entre ellas y de igual rango constitucional: la autonomía departamental, la autonomía regional, la autonomía municipal y la autonomía indígena originaria campesina.

1.3.1.2 La acción de los gobiernos municipales en la política de salud pública en México.

La salud pública en México se encuentra sometida a series presiones de demanda. El crecimiento de la población, la conformación de cuadros epidemiológicos nuevos y en el futuro inmediato, el cambio en las curvas de edad colocará al sector ante retos inéditos que exigirán respuestas eficientes y eficaces capaces de involucrar a los distintos agentes gubernamentales y sociales para la solución de dichas problemáticas.

La política pública de salud se encuentra caracterizadas por la interdisciplinariedad, pues el problema de salud es en realidad una cuestión de carácter integral. Por ello la acción de distintas dependencias incide de manera directa e indirecta en los efectos e impactos sobre la salud de la población.

Aun así, los gobiernos municipales han asumido poco a poco un mayor protagonismo en la prestación de servicio y un papel de mayor peso en la definición y puesta en marcha de políticas públicas en los espacios bajo su responsabilidad.

Cabrero señala que (...) en las políticas públicas municipales en México es posible encontrar la falta de propuestas que tengan como origen el ámbito municipal. Las agendas municipales responden más que todo a la inercia de atender las demandas por servicios públicos o demandas específicas sin ninguna visión integral de desarrollo. Las decisiones son tomadas con una visión a corto plazo y siguiendo estrictamente los criterios rígidos del gobierno federal y estatal. Sin embargo, a pesar de todo ello, en los últimos años investigadores y estudiosos municipalistas se han dado a la ardua tarea para analizar la dinámica de las políticas públicas en los municipios, destacando los avances que al respecto se han dado. (Cabrero M. E., 2003)

En este sentido el sector salud también es un espacio tocado por la descentralización y el cambio administrativo para crear mejores servicios y satisfactores para los ciudadanos, aunque faltaría valorar hasta donde la incorporación de los municipios puede representar una alternativa real de mejora en el sector.

1.4 Planteamiento del problema

1.4.1 Identificación del problema

Para la óptima investigación del presente trabajo es necesario hacer la identificación del problema; es así realizando un análisis de la misma se identificó el problema de la siguiente forma.

La ciudad de El Alto cuenta con una alta población, lo cual requiere de los servicios públicos que sea satisfactorio para la sociedad, así como lo que es el servicio de salud, educación y otros.

Durante el gobierno del MAS. La economía de Bolivia fue mejorando por la nacionalización de las empresas estratégicas y la subida de precios de la materia prima, y la distribución económica a los municipios fue favorable como en los diferentes sectores. Es por esta razón que las políticas públicas sobre salud deben ser eficientes para el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento, como una buena atención a los pacientes. El gobierno municipal debe implementar políticas públicas para el desarrollo del municipio.

1.4.2 Pregunta de investigación

¿Cuál importante es la política pública para un gobierno municipal para la toma de decisiones y mejorar la calidad de la salud publica en la población alteña?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Analizar la política pública en el sector de salud dentro del Plan de Desarrollo Municipal de la ciudad del alto tomando en cuenta los resultados que se ha dado en los periodos 2007 - 2011 con el cumplimiento y las expectativas que se quiere lograr con los programas y los proyectos, si estos resultados cuentan con eficacia, eficiencia si es pertinente y a la vez tiene estabilidad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que habitan en el municipio.

1.5.2 Objetivos específicos

- Conocer que normativas e instituciones son las que regulan la implementación de las políticas públicas en el sector salud.
- Analizar los lineamientos que se mencionan en el Plan de Desarrollo Municipal y la vinculación con PND y el PDD.
- Estudio y análisis poblacional y territorial con relación a la atención en salud.
- Analizar la política pública de salud en base a los programas y proyectos que se mencionan en el PDM del gobierno municipal de El Alto.

1.6 Diseño de investigación

1.6.1 Tipo de investigación

El trabajo a realizarse se refiere al tipo de investigación cualitativo al recopilar todo tipo de información referido al tema y estudiar los problemas que tiene el municipio sobre salud, y descriptiva ya que se recolecta informaciones de diversos medios para realizar el análisis de los resultados de la política pública de salud implementada en el PDM por el gobierno municipal de El Alto.

1.6.2 Método de investigación

En el trabajo de investigación se utilizó el método “estudio de caso” para analizar las causas y los efectos sobre los resultados de la política pública de salud en el municipio, se usó también el método deductivo porque pasamos de las políticas públicas implementadas en el PDM llegando a lo específico que es el sector salud que está dentro del PDM, y por último se utiliza el método inductivo al realizar el análisis sobre las articulaciones de los planes de desarrollo departamental PDD, y plan nacional de desarrollo PND.

1.6.3 Técnicas e instrumentos de investigación.

Las técnicas nos ayudan en el trabajo de investigación en la observación atenta de un fenómeno, hecho o caso, que consiste en tomar la información y registrarla para su posterior análisis.

Los instrumentos a los que se acudieron fueron las revisiones documentales de primera fuente revisiones bibliográficas y hemerotecas para poder recopilar la información que se requiere para la investigación.

1.7 Delimitación de la investigación.

1.7.1 Delimitación temporal

Considerando el tiempo del PDM que son de cinco años por el cual se limitó a estudiar desde el 2007-2011 sobre las políticas y estrategias que se menciona en la misma.

1.7.2 Delimitación espacial

El trabajo de investigación que se realizó sobre el análisis de la política pública en salud del PDM, se dio en el departamento de La Paz en el municipio de El Alto.

CAPITULO II

2 ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD²⁰.

En este capítulo mostraremos la organización institucional a nivel nacional del sector salud el cual también es tomado en cuenta en el municipio de El Alto, presentamos el marco legal en el que se rige el gobierno nacional como también el gobierno municipal de El Alto, como es el sistema nacional de salud (SNS). También se mencionará el financiamiento sobre los servicios de salud, la organización institucional de salud es importante por el cual mencionaremos las normas nacionales en el cual se rige el municipio.

2.1 Leyes, normas y rectoría

La Constitución Política del Estado en el Artículo 18 establece que todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. Sin embargo, Bolivia no tiene una ley general de salud. El sector salud funciona en base al Código de la Seguridad Social de 1956 y el Código de Salud de 1978.

El Código de la Seguridad Social es obligatorio para trabajadores con dependencia obrero-patronal. Dicho código regula el Seguro Social Obligatorio y las asignaciones familiares.

El primero protege a los trabajadores y sus familiares en caso de: enfermedad; maternidad; riesgos profesionales; invalidez; vejez; y muerte. Las asignaciones familiares corresponden a los siguientes subsidios: matrimonial; de natalidad; de lactancia; familiar; y de sepelio.

²⁰ PRIETO, Lorena. CID, Camilo. Banco interamericano de Desarrollo. *Análisis del Sector Salud de Bolivia. 2010.*

El 15 de abril de 1987 se promulgó la Ley Financial No. 0924, que en su artículo tercero replantea los esquemas de Seguridad Social dejándole a las cajas de salud la administración de los seguros a corto plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y a los Fondos Complementarios la administración de las prestaciones a largo plazo (invalidez, vejez y muerte).

Ahí también se establece la contribución a la seguridad social de corto plazo (cajas de salud) de 10 por ciento del salario de los trabajadores.

El Código de Salud establece la regulación para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población y define la salud como un bien de interés público.

Asimismo, establece que es de responsabilidad del Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad. El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, define la política nacional de salud, la regulación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas sin excepción alguna.

La gestión del sistema de salud se modifica en los años noventa mediante la promulgación de dos disposiciones legales, que significaron el inicio de un proceso de apertura a la participación ciudadana y a una descentralización administrativa en el manejo de los recursos del sector salud. La Ley N° 1551 de Participación Popular, promulgada el 20 de abril de 1994, establece una participación activa de la sociedad civil en los procesos de planificación (Planificación Participativa), mayores recursos a los Municipios (Coparticipación Tributaria) y representación de la sociedad civil (reconocimiento de las Organizaciones Territoriales de Base – OTB's) y creación del Comité de Vigilancia), en la toma de decisiones y control social.

Con la Ley de Participación Popular se promueve la participación de la sociedad civil.

También se transfiere a los municipios la infraestructura física de salud con la obligación de administrarla. Asimismo, incrementa recursos en favor de los gobiernos municipales, a los que se denominan recursos de Coparticipación Tributaria y clasifica los ingresos del Estado en Nacionales, Departamentales y Municipales, y establece un principio de distribución equitativa, en función al número de habitantes de cada sección de provincia, de los recursos de Coparticipación Tributaria.

Con la Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa de 24 de julio de 1995, se formaliza el proceso de descentralización administrativa transfiriendo atribuciones de carácter técnico administrativo a nivel departamental.

El Programa de Alivio a la Pobreza (HIPC II) distribuye los recursos de manera focalizada a través de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), es decir, asigna mayores recursos a los municipios más pobres, en función a las categorías establecidas.

Con esta distribución de recursos, con base en la equidad, nivel de pobreza y eficiencia, se incrementan los recursos a los Municipios.

Con este nuevo modelo de gestión se implementó, mediante la promulgación del Decreto Supremo 25265 del Seguro Básico de Salud (SBS) de diciembre de 1998, como política principal de la Reforma de Salud en Bolivia para dar a la población el acceso gratuito a un paquete básico de 92 prestaciones de servicios preventivos y curativos. El principal objetivo era de disminuir las altas tasas de mortalidad materna e infantil, así como la curación de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población. El Seguro Médico Gratuito de Vejez se aprobó en 1998 brinda una atención médica integral de consulta externa, exámenes, cirugías, hospitalización, medicamentos, rehabilitación, servicios preventivos y odontológicos. Se financia en base a una prima anual de US\$56,00 por afiliado donde el TGN paga el 60 por ciento de la prima y el restante 40 por ciento las municipalidades. Sin embargo, en el año 2006, se reemplaza

dicho seguro con el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) cuyo financiamiento es otorgado en su totalidad por las municipalidades.

Cuadro N°1: Ámbitos de gestión del Sistema Nacional de Salud de Bolivia

Ámbito	Atribuciones principales	Nivel de gestión
Nacional Ministerio de Salud y Deportes (MSD)	<ul style="list-style-type: none"> • Órgano rector y normativo • Responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales • Responsable de dictar normas que rigen el Sistema Nacional de Salud. 	Normativo nacional
Departamental Servicios Departamentales de Salud (SEDES) – dependiente de la Prefectura	<ul style="list-style-type: none"> • Articula las políticas nacionales y la gestión municipal. • Coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en coordinación con los gobiernos municipales. • Promueve la participación comunitaria y del sector privado. • Encargado de hacer cumplir las políticas en salud. 	Gestión técnica departamental
Municipal Directorio Local de Salud (DILOS) – conformado por representantes de los Gobiernos Municipales, Comités de Vigilancia y los SEDES	<ul style="list-style-type: none"> • Máxima autoridad en la gestión compartida con la participación popular en salud para el cumplimiento de la Política Nacional en Salud, implementación del SUMI y aplicación de programas priorizados por el municipio. • Armonizar la planificación participativa municipal con el sector salud para garantizar la prestación de todos los servicios de salud, el desarrollo de programas de atención integral y el SUMI. • Promover y gestionar programas y proyectos de cooperación técnica y financiera para la provisión de servicios de salud en el marco de regulaciones y convenios en vigencia. • Elaborar, suscribir y evaluar compromisos de gestión con el Gerente de Red. • Instruir la realización de auditorías financiero contables, administrativas, médicas y de medicamentos en la red de servicios. 	Gestión

	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar, controlar y atender los procesos de fiscalización en el uso de Cuentas Municipales de Salud, promoviendo la generación periódica de informes dirigidos a los entes deliberantes y de control social. • Gestionar recursos físicos, financieros y humanos de la red de servicios para mejorar la calidad y eficiencia en la producción de servicios 	
Municipal Red de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Instancia técnica, operativa y ejecutiva del ámbito de gestión, responsable del funcionamiento de la red de salud, respetando y obedeciendo las decisiones del DILOS. • Firma el Convenio Local de Salud y es responsable del cumplimiento de las actividades planificadas en materia de prestación de servicios de salud, y otras relacionadas con la promoción y movilización comunitaria en salud. • Es responsable de gestionar la adecuada y suficiente gestión de recursos humanos y de supervisar y realizar seguimiento a la prestación de servicios de salud en todos los establecimientos que la conforman. • Es responsable de coordinar la implementación de programas y proyectos de apoyo a la salud que trabajan con recursos privados • (ONGs, iglesia, etc.). 	Gestión
Local Establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de hacer la prestación de servicios de salud. • Responsable de coordinar con los usuarios y las autoridades municipales la solución de problemas relacionados con: horarios de atención a la población, comunicación entre personal de salud y, como nivel operativo comunidad, promoción de los servicios de salud, difusión de información sobre gratuidad del seguro hacia los usuarios de los servicios y planificación participativa de la implementación de los servicios de salud. 	Operativo

Fuente: Contraloría General de la República de Bolivia, 2007.

Desde 1996 existía el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez que incluía una cobertura de 32 prestaciones. Sin embargo, como parte de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza (EBRP) se crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que entró en vigencia a partir del 1 de enero de 2003 con una cobertura de 500 prestaciones. En el año 2005, mediante la Ley 3250, la cobertura se amplía agregando 27 prestaciones en salud sexual y reproductiva y para mujeres en edad fértil.

Se establece que el financiamiento del SUMI sería mediante:

- El Tesoro General de la Nación (TGN) cubre el costo de los servicios personales;
- El 10 por ciento de los recursos de Coparticipación Tributaria cubre el costo de los insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales.
- Hasta el 10 por ciento de los recursos de la cuenta especial Diálogo 2000, que cubre el costo de los insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales, cuando los recursos de Coparticipación Tributaria sean insuficientes.

Los recursos propios (provenientes de los servicios que prestan los centros hospitalarios y de salud) y los recursos municipales de participación popular (Coparticipación Tributaria) y de generación local financian los siguientes ítems: suministro de medicamentos, insumos y suministros médicos, mantenimiento y conservación de equipos médicos, servicios básicos de energía eléctrica, agua potable, teléfono y limpieza de los establecimientos de salud, mantenimiento de la infraestructura de los centros de salud, construcción de infraestructura médica y equipamiento, material de escritorio y capacitación de recursos humanos municipales.

Cuadro N° 2: Leyes, decretos supremos y normas con relación al seguro de salud

Fecha	Ley, decreto supremo, norma
20/04/1994	Ley No. 1551 de Participación Popular
28/07/1995	Ley No. 1654 de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental
28/07/1995	Ley No. 1654 Ley de Descentralización Administrativa
24/05/1996	Decreto Supremo 24303 del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (abrogado con el Decreto Supremo 25265)
17/07/1996	Ley No. 1702 Modificación a la Ley No. 1551 de Participación Popular y a la Ley No. 696 Ley Orgánica de las Municipalidades
14/08/1998	Ley No. 1886 Seguro Médico Gratuito de Vejez
30/09/1998	Decreto Supremo Reglamentario 25186 del Seguro Médico Gratuito de Vejez
31/12/1998	Decreto Supremo 25265 del Seguro Básico de Salud
31/07/2001	Ley No. 2235 de Diálogo Nacional (Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP))
21/11/2002	Ley No. 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (entra en vigencia el 1 de enero del 2003)
21/12/2002	Decreto Supremo 26875 de Modelo de gestión y Directorio Local de Salud
06/12/2005	Ley 3250 SUMI ampliado
16/01/2006	Ley 3323 Seguro de Salud para el Adulto Mayor

Fuente: elaboración propia en base a la normativa boliviana.

2.2 Visión general del sistema de salud

El sistema de salud boliviano es un sistema segmentado con tres subsectores. El privado, la seguridad social de corto plazo (o seguridad social en salud) y el público.

El sector privado funciona en un esquema de libre mercado con 15 empresas de seguros de salud que compran servicios a través de convenios de proveedores privados de la misma aseguradora o a través de convenios con otros proveedores privados. Entre los proveedores privados se encuentran aquellos administrados por la Iglesia, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otros. La seguridad social de corto plazo, conocida como las cajas de salud, incluye 6 cajas de salud públicas (Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, Caja de Salud de la Banca Estatal, Caja de Salud de Caminos, Caja de Salud de las Corporaciones de Desarrollo, y el Seguro Integral

Empleado de Cordecruz), una Caja de Salud privada (Caja de Salud de la Banca Privada), la Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) y ocho Seguros Universitarios.

Cada caja tiene su propia red de proveedores de los cuales compra los servicios a sus beneficiarios. Finalmente, en el sector público el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es una entidad de administración pública a cargo de la rectoría del sector. Al nivel regional de la administración territorial de los departamentos están los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Finalmente, el sector público tiene su propia red de proveedores administrado por las municipalidades.

El municipio de El Alto cuenta con el Sector Regional de Salud (SERES), el cual está conformado por cinco redes de salud.

Cuadro N° 3: Visión general del sistema de salud de Bolivia



Fuente: elaboración propia

2.3 Flujo de recursos financieros y de servicios de salud

El subsector privado funciona a través de la contratación de seguros de salud ya sea por la población o por empleadores mediante el pago de primas. Sus beneficiarios acceden a los servicios de salud de la red de proveedores privados especificado en sus seguros y realizan los copagos correspondientes.

En el caso de la seguridad social de corto plazo, los empleadores de los trabajadores realizan pagos correspondientes al 10 por ciento del salario del trabajador que cubre a su familia incluyendo a hijos hasta los 25 años de edad. Los empleadores seleccionan la caja de salud al cual afilian a sus trabajadores y familias. Los beneficiarios acceden a las redes de proveedores de servicios de salud que cada caja ofrece. Las cajas financian a sus proveedores con presupuestos históricos.

La seguridad social de corto plazo también acoge a los jubilados. Su cobertura se financia mediante el pago de un tres por ciento de su renta pensionista a la caja de salud de la cual era beneficiario era trabajador activo. La población en general también puede acceder al aseguramiento de las cajas de salud mediante la compra de seguros de salud con el pago de primas. Finalmente, el subsector público ofrece seguros públicos y programas nacionales a la población, además de los servicios de atención de salud primarios, secundarios, hospitalarios y de urgencia (emergencia) que brinda la red pública de atención. El MSD recibe del Tesoro Nacional mediante la asignación del Presupuesto General de la Nación, recursos para asignar a los Gobiernos Regionales y Programas Nacionales. Los dos principales seguros son el SUMI y el SSPAM. Asimismo, el MSD administra los programas nacionales en salud. La asignación a los gobiernos regionales se asigna a las SEDES que financian los recursos humanos (RRHH) de los establecimientos de su red.

Las municipalidades son las responsables de la administración de los establecimientos. Los gobiernos locales o municipalidades financian el SUMI asignando el 10 por ciento de los recursos de los fondos del HIPC (Highly Indebted Poor Countries – Países Pobres Altamente Endeudados). A su vez, el SSPAM se financia por una asignación per cápita de US\$56 por adulto mayor. Los gobiernos regionales o departamentales asignan el financiamiento de los recursos humanos de los establecimientos, mientras que las municipalidades financian los gastos operacionales (equipos e insumos). La inversión en establecimientos de salud es administrada por el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS). Finalmente, los programas nacionales se financian con

recursos asignados por el MSD por mediante donaciones o préstamos de fuentes externas.

El subsector público ofrece servicios en todos los niveles de atención. En caso de que no exista un establecimiento público, las atenciones aseguradas por el SUMI o el SSPAM pueden ser provistas por establecimientos de las cajas. En tal caso el gobierno local paga a dichos establecimientos por sus servicios.

2.4 Estructura, organización y funcionamiento

El SNS está organizado en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas. La puerta de ingreso al sistema son los establecimientos de atención primaria en salud con los mecanismos de referencia y contra-referencia con el segundo y tercer nivel de atención. Siguiendo el principio de interculturalidad, el modelo de atención SAFCI incluye la articulación de la atención biomédica y la tradicional.

La red de servicios de salud está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutoria, entendiéndose como ésta como la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver los problemas de salud de la población.

2.4.1 Atención primaria de salud (APS)

El primer nivel de atención son los Puestos de Salud y Centros de Salud (con y sin camas). Las principales atenciones que se ofrecen en el primer nivel incluyen: promoción de salud, educación en salud, prevención en salud, consulta ambulatoria, internación de tránsito (en establecimientos con camas) y visitas domiciliarias. Como se mencionó anteriormente, los establecimientos de primer nivel de atención son el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud.

Las principales funciones se realizan tanto en los establecimientos de salud como también con la comunidad. Por ejemplo, en el establecimiento, aparte de prestar atención integral, debe realizar actividades de educación y promoción en salud, vigilancia epidemiológica completa y vigilancia epidemiológica nutricional y violencia

intrafamiliar (en coordinación con las Unidades Nutricionales Integrales –UNI). En la comunidad debe fomentar la participación social, coordinar con autoridades locales y comités de salud y lograr alianzas estratégicas.

Existen comunidades que no tienen un Puesto de Salud o Centro de Salud por su difícil acceso. El programa “Extensa” de extensión de coberturas llega a aproximadamente 2,500 comunidades de todo el país para entregar la atención primaria de salud a través de brigadas móviles.

2.4.2 Atención secundaria y terciaria de salud

El segundo nivel de atención de salud se compone por los Hospitales Básicos que ofrecen servicios de inter-consulta para especialidades básicas (medicina interna, pediatría, ginecologíaobstetricia, cirugía, traumatología, anestesiología, servicios básicos de apoyo de diagnóstico y terapéutico). En este nivel se realiza la referencia al tercer nivel o la contra referencia al primer nivel de atención que le haya solicitado la atención. Al hospital básico se le asigna la población de un área territorial. Entre sus funciones está la de implementar las Unidades Nutricionales Infantiles (UNI) para la atención de niños menores de dos años con problemas de desnutrición.

El tercer nivel de atención se representa por los hospitales generales y los institutos especializados que ofrecen servicios de consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub-especialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos de alta complejidad.

CAPITULO III

3 ANÁLISIS DE LA ARTICULACIÓN DE LOS PLANES DE DESARROLLO NACIONAL - DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL

En este capítulo se identificará los pilares fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien” (PND). Luego identificar los ejes y objetivos estratégicos, planes sectoriales y describe las propuestas de articulación que encontramos en el Plan de Desarrollo Departamental (PDD) y el Plan de Desarrollo Municipal de la ciudad de “El Alto” (PDM). Que es el tema de estudio que se debe analizar en detalle y a fondo.

En una segunda parte se realizará un análisis de las propuestas de articulaciones plasmadas en el PDD y PDM. Para luego utilizar una metodología planteada por el Ministerio de Educación de la República de Colombia para determinar el Nivel de Articulación de los Planes.

Esta metodología nos ayudara a comprender cuanto apoyo tiene el gobierno municipal con el gobierno departamental y central para llevar adelante los proyectos para lograr el desarrollo del municipio.

3.1 El Plan Nacional de Desarrollo

El enfoque estratégico del Plan Nacional de Desarrollo (PND) que el Gobierno Nacional propone al País²¹, está sustentada en una visión crítica al modelo económico neoliberal, tiene como precepto fundamental al vivir bien que se define como “el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización afectiva, subjetiva y espiritual; en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos”. Para lograr ese cambio propone la implementación de cuatro estrategias nacionales:

²¹ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2006-2010

- Estrategia económica: Bolivia Productiva, basada en los sectores que conforman la matriz productiva y los que coadyuvan a su funcionamiento.
- Estrategia sociocomunitaria: Bolivia Digna, incluye los sectores distribuidores de factores y medios de producción y servicios sociales.
- Estrategia del poder social: Bolivia Democrática, comprende a los sectores que promoverán el poder social territorializado
- Estrategia de relacionamiento internacional: Bolivia Soberana, comprende las relaciones económicas, políticas y culturales e incluye a los sectores vinculados con el comercio e intercambio de bienes, servicios y capitales.

Constituyendo los cuatro pilares que serán elementos fundamentales para el análisis de su articulación con el resto de planes.

3.2 El Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social “La Paz progresa” (PDD)

3.2.1 Identificación de los ejes y objetivos estratégicos del PDD

En el plan “La Paz progresa” después de un análisis de las condiciones del departamento realizando la identificación de los principales problemas y debilidades, además de considerar las oportunidades de desarrollo que el departamento puede generar, se plantea una propuesta de desarrollo con la siguiente visión “La Paz sociedad de hombres y mujeres emprendedores, departamento con desarrollo turístico, agropecuario e industrial como base de una economía moderna e internacionalizada. Departamento integrado, políticamente democrático, económicamente fuerte, y con identidad propia”²².

Los ejes estratégicos y objetivos estratégicos en el marco del PND que propone el PDD se expresan en el siguiente cuadro, cabe hacer notar que esta es una propuesta que se diferencia con la articulación planteada por el PDM, lo que analizaremos posteriormente.

²² PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL, “La Paz progresa” 2007-2010

Cuadro N° 4: Ejes y objetivos estratégicos en el marco del PND.

PND	Ejes estratégicos	Objetivos estratégicos
Bolivia Productiva	La Paz-Integrada (LPI) La Paz- Productiva (LPP)	Una red departamental de caminos que: <ul style="list-style-type: none"> - Integre las 20 provincias del departamento - Incorpore zonas de los Yungas y la Amazonía a la estructura productiva departamental - Amplíe a 10 destinos la oferta turística departamental - Promover un crecimiento del PIB de La Paz de 3,5% a 5,5% - Contribuir a disminuir la tasa de desempleo de 4,8% a 3,3% generando 21 800 empleos directos por la ejecución del PDD
Bolivia Digna	La Paz-Solidaria (LPS)	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la cobertura de inmunización en menores de 1 año de 83,5% a 87,8% para contribuir a reducir la Mortalidad Materna - Contribuir a la implementación del Seguro Universal de Salud en todo el departamento
Bolivia Democrática	La Paz-Descentralizada (LPD)	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la gestión pública en el departamento - Reducir el número de Gobiernos Municipales con problemas de gestión institucional
Bolivia Soberana	La Paz- Competitiva (LPC)	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar las exportaciones del departamento de La Paz

Fuente: Elaboración propia.

3.2.2 Identificación de políticas sectoriales departamentales en el marco del PND

Según el PDD la correspondencia de las políticas sectoriales con los ejes estratégicos del PND es el siguiente cuadro:

Cuadro N° 5: Ejes estratégicos y políticas sectoriales.

PND	Ejes estratégicos	Política Sectorial
Bolivia Productiva	La Paz Integrada	Diagonal Franz Tamayo Conexiones interoceánicas Integración provincial Aeropuertos provinciales Infraestructura de transporte terrestre bimodal Infraestructura de transporte terrestre Sistema ferroviario
	La Paz Productiva	Turismo, cultura Agronegocios Manufactura Recursos naturales Ambiente sano
Bolivia Digna	La Paz Solidaria	Luz para todos Agua – saneamiento básico Educación con calidad Salud con calidad Deporte para todos Protección social Código 911 Previsión de riesgos
Bolivia Democrática	La Paz	Fortalecimiento institucional prefectural
	Descentralizada	Fortalecimiento municipal y de Mancomunidades
Bolivia Soberana	La Paz Competitiva	Servicio de apoyo a la exportación

Fuente: Elaboración propia.

3.3 Plan de Desarrollo Municipal de la ciudad de “El Alto” (PDM)

3.3.1 Identificación de los ejes y objetivos estratégicos del PDM

En este caso también establece como precepto fundamental al suma qamaña y considera al Diagnóstico Municipal 2006 y agrupa en las siguientes áreas los problemas del municipio:

- Área económica productiva
- Área socio – cultural
- Área Desarrollo Humano y Medio Ambiente
- Área Gestión Municipal Institucional

Establece como misión, “La Municipalidad y su Gobierno Municipal tienen como finalidad contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas y garantizar la integración y participación de los ciudadanos en la planificación y el desarrollo humano sostenible del Municipio” y como visión, “El Alto productivo, industrial, Municipio de oportunidades, basado en valores culturales milenarios, centro de la región metropolitana, impulsora del desarrollo integral comunitario, planificado y guardián de la democracia. Población con calidad que promueve nuevos liderazgos; con participación concertada, equidad, solidaridad, e interculturalidad. Municipio seguro, limpio y saludable, en armonía con la naturaleza”²³.

Los ejes y objetivos estratégicos planteados por el PDM los establecemos en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 6: Ejes y objetivos estratégicos.

PND	Ejes estratégicos	Objetivos estratégicos
Bolivia Productiva	Municipio de oportunidades económicas	Posicionar a El Alto como un lugar propicio para el desarrollo y aprovechamiento de oportunidades destinadas a potenciar la actividad productiva, industrial y comercial tanto pública como privada para intensificar la generación de empleo y viabilizar que la población pueda contar con una fuente de ingresos digna y sostenible.
Bolivia Digna	Población con calidad en un municipio habitable y acogedor en armonía con la naturaleza	Garantizar la preservación de la población del Municipio mediante la generación de condiciones que aseguren la educación y salud de la población, así como el incentivo de

²³ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL DE EL ALTO 2007-2011

		<p>las actividades culturales y deportivas para generar el desarrollo integral del ser humano,</p> <p>en un municipio constituido como moderno, acogedor sin discriminación, donde se puede vivir en forma segura y dignamente, con todos los servicios básicos y lugares de esparcimiento necesarios, contribuyendo a la erradicación de las causas estructurales de la pobreza, y reducir las brechas de inequidad entre la población .</p>
Bolivia Democrática	Democracia nuevo liderazgo y gobernabilidad	<p>Construir la Metrópoli Andina mediante el liderazgo del Municipio del El Alto para perfilar el desarrollo sostenible del área metropolitana, desde los ámbitos territorial, físico transformado, económico y medio ambiental.</p>
Bolivia Soberana	Centro articulador de la región metropolitano andina	<p>Impulsar el desarrollo del Gobierno Municipal como forma de dar mayor eficacia, eficiencia, celeridad y transparencia a la gestión administrativa, asimismo garantizar la Ejecución y evaluación los planes y proyectos municipales, con el fin de tener un Gobierno moderno e innovador acorde a las necesidades de la población de la ciudad de El Alto.</p>

Fuente: Elaboración propia.

3.3.2 Identificación de políticas sectoriales municipales en el marco del PND

Según el PDM la correspondencia de las políticas sectoriales municipales con los ejes estratégicos del PND es el siguiente. (ver cuadro No. 7)

CUADRO N° 7: Ejes estratégicos y políticas sectoriales

PND	Ejes estratégicos	Políticas sectoriales
Bolivia Productiva	Municipio de oportunidades económicas	Productividad y competitividad Infraestructura productiva y de comercio Empleo y fomento de nuevas empresas
Bolivia Digna	Población con calidad en un municipio habitable y acogedor en armonía con la naturaleza	Educación Salud Deportes Cultura Planificación territorial Equipamiento urbano comunitario Servicios básicos Medio ambiente habitable Género y generacional Seguridad ciudadana
Bolivia Democrática	Democracia, nuevo liderazgo y gobernabilidad	Administración municipal Participación y control social activo Finanzas e inversiones Gestión de servicios municipales Transparencia municipal
Bolivia Soberana	Centro articulador de la región metropolitana andina	Metrópoli andina

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Propuestas de articulación de los Planes

Existen dos propuestas de articulación de los planes, una del PDD y otra del PDM, existiendo consenso en el caso de la correspondencia de Bolivia democrática y Bolivia digna con los otros ejes estratégicos subnacionales, además de La Paz Productiva como parte del eje Bolivia Productiva. La diferencia se encuentra en los ejes departamentales La Paz competitiva y La Paz integrada, por lo que analizaremos con un mayor detalle los contenidos de estos ejes. (ver cuadro No. 8)

CUADRO N° 8: Ejes estratégicos según PDM y PDD.

Nacional PND	Departamental PDD	Municipal PDM
Bolivia Productiva	La Paz Integrada La Paz Productiva	Municipio de oportunidades económicas
Bolivia Digna	La Paz Solidaria	Población con calidad en un municipio habitable y acogedor en armonía con la naturaleza
Bolivia Democrática	La Paz Descentralizada	Democracia, nuevo liderazgo y gobernabilidad
Bolivia Soberana	La Paz Competitiva	Centro articulador de la Región Metropolitana Andina

Fuente: Elaboración propia.

3.5 Análisis de la articulación

El Sistema Nacional de planificación²⁴ indica que el PND define el conjunto de objetivos y políticas integrales de carácter nacional, a partir de los cuales se deben elaborar los planes nacionales. Y, los planes de desarrollo departamental y municipal deben territorializar los objetivos y políticas definidos en el PND. Por lo que en esta parte determinaremos el nivel de articulación (NAP)²⁵ del PND con el PDD y el PDM.

3.5.1 Metodología para el cálculo del NAP

El NAP es utilizado en el ámbito educativo en la República de Colombia por el Ministerio del área, por lo que adaptaremos esta metodología a los planes que estudiamos para determinar el nivel de su articulación.

Por razones prácticas sistematizamos la información de los planes se realizará un cuadro de resumen con todos los objetivos estratégicos de los planes (PND – PDD – PDM) agrupados por pilar fundamental y alineados horizontalmente con un criterio de correspondencia. Además, se realizará el mismo tratamiento con las políticas de los

²⁴ Ley No 1178. Título V. Cap. IV

²⁵ Índice propuesto por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia en el “Informe Consolidado de la articulación de los planes de desarrollo con el Plan Decenal de Educación”

planes agrupándolos por pilar fundamental, pero partiendo de los proyectos que plantea el PDM y correspondiéndolos con las políticas del PDD.

Para su cálculo en un inicio determinaremos el Nivel de Articulación de Correspondencia (NAC), para lo que enlistamos objetivos de los sectores del PND (de acuerdo a sus pilares fundamentales) que coinciden con los objetivos de los sectores del PDD y del PDM (por separado). Otorgando un puntaje de "2" en caso de correspondencia, "1" en caso de baja correspondencia y "0" si no existe correspondencia.

Luego para evaluar la calidad de la articulación del plan, se revisaron los objetivos y políticas que cuentan con metas cuantificables con el propósito de calcular el Nivel de Calidad de la Articulación (NCA). Los puntajes máximos de este indicador oscilan entre 0 y 2 dependiendo de la importancia de las estrategias, como se detalla a continuación.

Cuadro N° 9: parámetros de puntuación

Puntajes	Parámetros
0	El objetivo estratégico no ha sido considerado en el PDD/PDM, o está contemplada pero carece de metas cuantificables o de asignación presupuestal.
1	Cuando el objetivo estratégico ha sido considerado en una política o programa del PDD/PDM, se plantea con metas cuantificables y su asignación presupuestal está incluida en una meta mayor
2	Cuando el objetivo estratégico ha sido considerado en el PDD/PDM, se plantea con metas cuantificables, y además tiene asignación presupuestal detallada.

Fuente: elaboración en base a la metodología.

Finalmente, mediante la combinación de estos indicadores y con una ponderación de 40% al NAC y 60% al NCA calcularemos el NAP con la siguiente fórmula:

$$\text{Nivel de Articulación del Plan} = \text{Nivel de Articulación a partir de} + \text{Nivel de Calidad de la}$$

$$(NAP) \qquad \text{Correspondencia (NAC 40\%)} \qquad \text{Articulación (NCA 60\%)}$$

Para el análisis del NAP convertiremos los puntajes a porcentajes y asignaremos intervalos:

CUADRO N°10: Evaluación.

Intervalo del NAP	Nivel de articulación
71% < NAP < 100%	Alto
41% < NAP < 70%	Medio
NAP < 40	Bajo

Fuente: Elaboración en base a la metodología.

3.5.2 Cálculo y Análisis de la articulación del PDD con el PND

Para el cálculo del NAP se toma en cuenta a los ejes y objetivos del PDD que según nuestro criterio pertenecen a los pilares fundamentales del PND. El análisis lo realizaremos por pilar.

Para el pilar Bolivia productiva (resultados en el siguiente cuadro) existe una correspondencia media debido a que la mitad de los objetivos estratégicos del PDD coinciden con los lineamientos que plantea el PND. En el caso de vivienda, empleo, telecomunicación y ciencia, estos no coinciden con ningún objetivo ni con alguna política por lo que se les otorgo la menor puntuación. Consideramos al servicio de apoyo a la producción en este pilar, aunque no encontramos correspondencia con algún objetivo del PND por lo que también tiene la menor puntuación.

El nivel de calidad de articulación de este pilar es bajo. Aunque haya una correspondencia media esto no significa que los objetivos que coinciden son cuantificables, solo en los casos de la electricidad y del transporte se tiene un puntaje máximo, el primero gracias a un programa dedicado a la cobertura e infraestructura eléctrica y el segundo porque cuenta con todo un eje estratégico (La Paz integrada) y ambos cuentan con presupuestos detallados. (ver cuadro No. 11)

Cuadro N° 11: Bolivia productiva

PND		PDD	Puntaje NAC	Puntaje NCA	Puntaje NAP	Nivel
Hidrocarburos	Recursos naturales: Hidrocarburos (LPP)		2	0	40%	Baja
Minería	Recursos naturales: Minería (LPP)		1	0	20%	Bajo
Electricidad	Luz para todos (LPS)		1	2	80%	Alto
Recursos ambientales	Recursos naturales y de la biodiversidad ambiente sano (LPP)		2	0	40%	Bajo
Desarrollo agropecuario	Agronegocios (LPP)		2	1	70%	Medio
Turismo	Turismo cultura (LPP)		2	1	70%	Medio
Industria manufacturera y artesanía	Manufactureras de exportación (LPP)		2	1	70%	Medio
	Servicio de apoyo a la producción (LPC)		2	0	40%	bajo
Vivienda			0	0	0%	Bajo
Empleo			0	0	0%	Bajo
Transporte	Caminos (LPI)		2	2	100%	Alto
Telecomunicación			0	0	0%	Bajo
Ciencia Tecnología e innovación			0	0	0%	Bajo
Sub total			17/30	7/30	37%	Bajo

Fuente: Elaboración propia.

En el pilar Bolivia digna existe dos componentes que tienen coherencia y calidad en la articulación, protección social y educación. En el resto hay combinaciones regulares de ambos parámetros a excepción de justicia y prevención de riesgos, el primero no tiene correspondencia en el nivel departamental y el segundo no tiene coherencia con algún

objetivo del PND, pero es considerado por la incidencia que tiene en el área social. (ver cuadro No. 12)

Cuadro N° 12: Bolivia digna.

PND	PDD	Puntaje NAC	Puntaje NCA	Puntaje NAP	Nivel
Protección social y desarrollo comunitario	Protección social (LPS)	2	2	100%	Alto
Salud	Salud con calidad (LPS)	2	1	70%	Medio
	Deporte para todos (LPS)	1	1	50%	Medio
Educación	Educación con calidad	2	2	100%	Alto
Justicia		0	0	0%	Bajo
Seguridad publica	Código 911 (LPS)	2	1	70%	Medio
culturas	Promoción cultural (LPP)	1	1	50%	Medio
Agua y saneamiento básico	Agua y saneamiento básico (LPS)	1	1	50%	Medio
	Prevención de riesgos (LPS)	0	1	30%	Bajo
Sub Total		11/18	10/18	58%	Medio

Fuente: elaboración propia.

En Bolivia democrática se encuentra correspondencia y coherencia en la articulación de los objetivos, pero cuando observamos las metas estas no son cuantificables, aunque tienen un presupuesto detallado para la realización de estos objetivos. Por lo que este pilar tiene un nivel medio de articulación. (ver cuadro No. 13)

Cuadro N°13: Bolivia democrática

PND		PDD	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Nivel
			NAC	NCA	MAP	
Poder social comunitario	Fortalecimiento municipal y de mancomunidades (LPD)		2	1	70%	Alto
Descentralización	Fortalecimiento institucional prefectural (LPD)		2	1	70%	Alto
Sub Total			4/4	2/4	70%	Alto

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de Bolivia soberana consideramos los tres ejes que se encuentran en el cuadro inferior, pero estos no encuentran una correspondencia plena, pero existen algunos objetivos en el PDD como el programa de agronegocios y el servicio de apoyo a la exportación que aportan al logro de los objetivos de este pilar. A pesar de estas consideraciones el nivel de articulación es bajo. (ver cuadro No. 14)

Cuadro N° 14: Bolivia soberana.

PND		PDD	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Nivel
			NAC	NCA	NAP	
Relaciones internacionales			0	0	0%	Bajo
Relaciones exteriores			0	0	0%	Bajo
Relaciones económicas internacionales	Programa de agronegocios (LPP)		1	1	50%	Bajo
	Servicio de apoyo a la exportación (LPC)		1	0	20%	Bajo
Sub Total			2/8	1/8	18%	Bajo

Fuente: Elaboración propia.

Reuniendo todos los índices se calcula el NAP de la articulación del PDD con el PND y este es medio, con un 45%. Lo que nos indica que existen deficiencias en la articulación del PDD con el PND. Anteriormente hicimos notar las diferentes propuestas de articulación en los documentos del PDD y el PDM, estas diferencias son corroboradas cuantitativamente mediante este método. La desarticulación es consecuencia del proceso de elaboración de los planes sin analizar la orientación de las propuestas de los planes de mayor jerarquía.

Cuadro N° 15: Nivel de articulación PND-PDD

	Puntaje NAC	Puntaje NCA	Puntaje NAP	Nivel
Bolivia productiva	17	7	37%	Bajo
Bolivia digna	11	10	58%	Medio
Bolivia democrática	4	2	70%	Medio
Bolivia soberana	2	1	18%	bajo
Total	34	20	45%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

3.5.3 Cálculo y Análisis de la articulación del PDM con el PND

Para este cálculo y análisis se toma en cuenta los sectores en los que el municipio tiene competencia y excluimos algunos sectores en los que se esperaba, por el marco legal competencial, que no exista correspondencia. Por lo que se tiene los siguientes resultados:

En el pilar Bolivia productiva se calculó un NAP de 48%, un nivel medio de articulación. Siendo el área de industria y manufactura el único con una correspondencia y una calidad en la articulación máxima. En los casos de transporte y ciencia e innovación se da un caso particular en el que no existe una correspondencia alta entre los objetivos,

pero por la existencia de metas cuantificables y presupuestos detallados para programas en estas, el NCA tiene un nivel alto.

Cuadro N° 16: Bolivia productiva

PND	PDM	Puntaje NAC	Puntaje NCA	Puntaje NAP	Nivel
Electricidad		0	0	0%	Bajo
Recursos ambientales	Planificación territorial	1	1	50%	Medio
Desarrollo agropecuario		0	0	0%	Bajo
Turismo	Turismo urbano comunitario	1	1	50%	Medio
Industria manufacturera y artesanía	Infraestructura productiva y de comercio	2	2	100%	Alto
	Desarrollo integral de la productividad	2	2	100%	Alto
vivienda		0	0	0%	Bajo
Empleo	Empleo y fomento a nuevas empresas	2	1	70%	Medio
Transporte	Ordenamiento vial, tráfico y transporte	1	2	80%	Alto
Telecomunicación		0	0	0%	Bajo
Ciencia tecnología e	Formación técnica laboral	1	2	80%	Alto

innovación					
	Sub Total	10/22	11/22	48%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

La situación mejora en el caso del pilar Bolivia digna en la que existe un contraste claro entre los sectores con un nivel alto de correspondencia y calidad en la articulación y los sectores deficientes en estos parámetros. Salud, deporte, educación, seguridad, cultura y saneamiento básico tienen correspondencia con los objetivos del PND y además cuentan con recursos y metas cuantificables. Por el contrario, el resto de sectores tiene un nivel bajo lo que reduce el promedio del NAP de este pilar porque en el PDM existen objetivos y políticas que pertenecen a este pilar, pero no encuentran correspondencia en objetivos del PND.

Cuadro N° 17: Bolivia digna

PND	PDM	Puntaje NAC	Puntaje NCA	Puntaje NAP	Nivel
Protección social y desarrollo comunitario		0	0	0%	bajo
Salud	Salud	1	2	80%	Alto
	deporte	2	2	100%	Alto
Educación	Educación	2	2	100%	Alto
Justicia		0	0	0%	Bajo
Seguridad pública	Seguridad ciudadana	1	2	80%	Alto
Culturas	Cultura	2	2	100%	Alto
Agua y saneamiento básico	Servicios básicos	2	2	100%	Alto

	Equipamiento urbano comunitario	0	1	30%	Bajo
	Medio ambiente habitable	0	1	30%	Bajo
	Genero generacional	0	1	30%	Bajo
	Sub Total	10/22	15/22	59%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

En Bolivia democrática existe correspondencia entre los objetivos del área Poder social comunitario y los diferentes objetivos de la misma área en el PDM, el problema se encuentra en que sus metas no son cuantificables y no existe un presupuesto detallado, de esta manera la calidad de la articulación se ve mermada y reduce el nivel de articulación de este pilar a medio. En el caso del pilar Bolivia soberana no existe ninguna relación con los objetivos por el cual no es graficado.

Cuadro N° 18: Bolivia democrática.

PND	PDM	Puntaje NAC	Puntaje NCA	Puntaje NAP	Nivel
Poder social comunitario	Planificación municipal	2	1	70%	Medio
	Planificación y control social activo	2	1	70%	Medio
Descentralización		0	0	0%	Bajo
	Sub Total	4/6	2/6	47%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

Reuniendo todos los índices como la anterior se calcula el NAP de la articulación del PDM con el PND y este es medio, con un 51%. Lo que nos indica que existen deficiencias en la articulación del PDM con el PND como también en el PDD y el PND.

Toda esta información permite determinar el nivel de articulación de los planes PND, PDD y el PDM que en ambos casos nos dieron un resultado medio.

Cuadro N°19: Nivel de articulación PND-PDM

	Puntaje NAC	Puntaje NCA	Puntaje NAP	Nivel
Bolivia productiva	10	11	48%	Medio
Bolivia digna	10	15	59%	Medio
Bolivia democrática	4	2	47%	Medio
Total	24	28	51%	Medio

Fuente: elaboración propia.

En los tres planes existen coincidencias entre las categorías, metodologías, programas y los enfoques utilizados. Aunque las diferentes metodologías que están detrás de la formulación de los planes dificultan la comprensión lógica y sistémico de los componentes de estos.

Entre los tres planes el nivel de articulación a partir de la correspondencia es de 57% y el nivel de calidad de la articulación es del 38%, lo que nos indica que los objetivos son planteados pero sus avances y logros no son contrastables cuantitativamente y tienen deficiencias en la planificación presupuestaria.

En los tres planes la educación es considerada como un eje fundamental del desarrollo después sigue lo que es la salud.

La desarticulación con los pilares fundamentales (Bolivia productiva y Bolivia soberana) se evidencia en las distintas percepciones de correspondencia que existen entre las propuestas del PDD y el PDM

Una adecuada articulación requiere como condición mínima la claridad en las competencias a cada nivel de gobierno respecto a las políticas sociales por lo que se tendría que tomar en cuenta la ley de autonomías y su incidencia en la elaboración y articulación de los planes.

CAPITULO IV

4 ANALISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE EL ALTO CON RELACION A LAS REDES DE SALUD

4.1 Ubicación, Extensión y Límites Geográficos

El Municipio de El Alto, se encuentra ubicado en el Departamento de La Paz, cuarta sección de la Provincia Murillo, en un entorno geográfico situado sobre una meseta caracterizada por una superficie plana y ondulada, al pie de la Cordillera de La Paz y Cordillera Oriental²⁶, a 16°31' latitud sur y 68°13' longitud oeste, a una altura variable entre los 6.000 m.s.n.m. (Nevado del Huayna Potosí) y 3.700 m.s.n.m. (Valle de Kaque Marka)²⁷.

El municipio de El Alto cuenta con una extensión Territorial de 428,03 Km², esta superficie se halla resguardada por la Ley 2337 de fecha 12 de marzo de 2002. Esta misma Ley en el Art. 3° delega la demarcación correspondiente al Instituto Geográfico Militar (IGM), en conformidad al Art. 29° párrafo 1 de la Ley 2150²⁸.

En cuanto a sus límites el municipio de El Alto, La Ley N° 728 de 6 de marzo de 1985 en el art. 2, manifiesta “Son sus límites: Al Norte, con el Cantón Zongo, de la Tercera Sección de la Provincia Murillo; al Sur, con el Cantón Viacha de la Provincia Ingavi; al Este, con la Ceja de El Alto de la ciudad de La Paz; y al Oeste, con el Cantón Laja de la

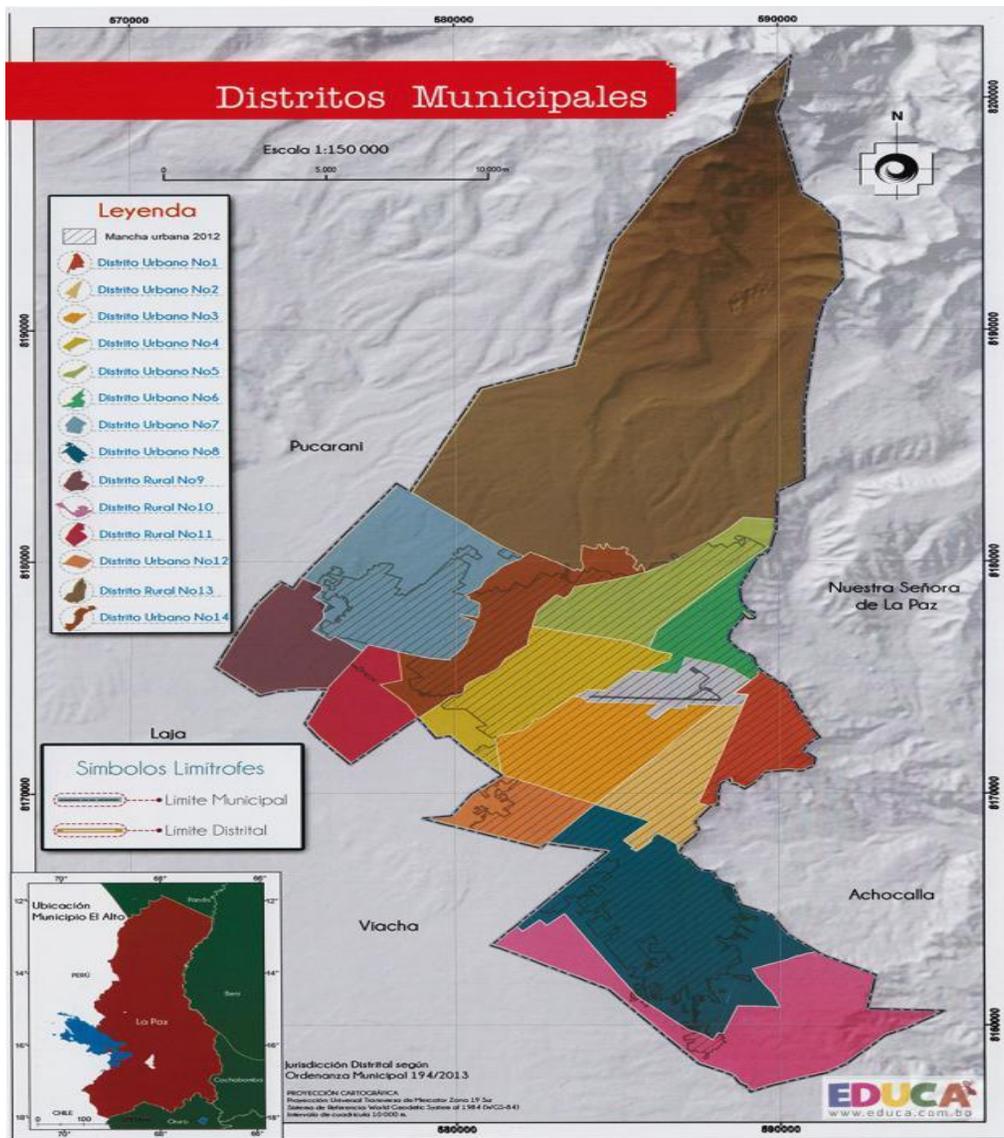
²⁶ Datos obtenidos del Atlas geográfico del municipio de El Alto, primera edición 2015

²⁷ Fuente Cartográfica. Modelo Digital de Elevaciones(M.D.E.) de la N.A.S.A.

²⁸ Ley 2150, Art. 29 “I. El Instituto Geográfico Militar es el único organismo técnico encargado de realizar la demarcación de las Unidades Político - Administrativas en el territorio nacional. En esa condición coadyuvará en la organización de la base de datos político administrativa nacional, así como en la red informática institucional”.

Segunda Sección de la provincia Los Andes”. Estos límites son ratificados mediante Ley 2337 del 12 de marzo de 2002²⁹.

Imagen N° 1: mapa de los distritos del municipio de El Alto.



²⁹ manifestando en su art. 1 “Apruébese la Delimitación de la Cuarta Sección de la Provincia Murillo de conformidad al Artículo 2°, de la Ley de "Creación de la Cuarta Sección Municipal de la Provincia Murillo, con su capital El Alto", de fecha 6 de marzo de 1985.

4.2 División política administrativa

El municipio de El Alto que es la cuarta sección de la provincia Murillo también se encuentra dividida en catorce distritos municipales, de los cuales cuatro distritos son rurales, (distrito 9, 10, 11 y 13) y los demás distritos son urbanos.

La Ley 482 de Gobiernos Autónomos Municipales, señala que el Concejo Municipal dentro de sus atribuciones establecerá requisitos y procedimientos generales para la creación de Distritos Municipales mediante una Ley Municipal; en este escenario la última modificación distrital fue aprobada mediante Ordenanza Municipal No. 194/13 de fecha 16 de agosto de 2013. (ver el siguiente cuadro).

Cuadro N° 20: Creación de distritos del municipio de El Alto.

CARÁCTER DEL DISTRITO	DISTRITO	EXTENSION TERRITORIAL EN Km2.	MODIFICACION Y CREACION DE DISTRITOS MUNICIPALES
URBANO	D-14	16,96	O.M.065/2010 del 3 de mayo,2010 se Crea el Dist. 14 como desglose del Dist. 7
RURAL	D-13	180,91	O.M.174/2008 del 31 de julio 2008 se Crea el Distrito Agro-Ecológico Turístico No. 13
URBANO	D-12	8,3	O.M.074/2008 del 3 de abril 2008 se Crea el Distrito Municipal No. 12
RURAL	D-11	9,83	O.M. 147/2007 del 6 de noviembre 2007 se Crea el Distrito 11 como Sector Productivo y Agroindustrial
RURAL	D-10	38,34	O.M.150/2005 del 11 de octubre 2005 se Crea el Distrito Agropecuario y Turístico Rural N° 10
RURAL	D-9	13,26	O.M. 065/2002 del 29 de mayo 2008, establece como distrito Rural 9
URBANO	D-8	41,01	O.M. 065/2002 del 29 de mayo 2008, establece como distrito Urb. 8
URBANO	D-7	29,86	O.M. 007/96 del 9 de marzo 1996 Se crea el distrito Rural. 7
URBANO	D-6	15,38	O.M. 007/96 del 9 de marzo 1996 Se crea el

			distrito Urb. 6
URBANO	D-5	15,76	O.M. 007/96 del 9 de marzo 1996 Se crea el distrito Urb. 5
URBANO	D-4	18,47	O.M. 007/96 del 9 de marzo 1996 Se crea el distrito Urb. 4
URBANO	D-3	17,74	O.M. 007/96 del 9 de marzo 1996 Se crea el distrito Urb. 3
URBANO	D-2	11,98	O.M. 007/96 del 9 de marzo 1996 Se crea el distrito Urb. 2
URBANO	D-1	10,23	O.M. 007/96 del 9 de marzo 1996 Se crea el distrito Urb. 1

FUENTE: elaboración en base a datos de la DATC y DOTPE del GAMEA

4.3 Análisis poblacional

Según los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2012, muestra cambios importantes a comparación del censo 2001 por lo cual el municipio de El Alto se caracteriza por tener un crecimiento acelerado debido a que acogió en su jurisdicción personas que provenían de distintos municipios del departamento de La Paz como también de otros departamentos, la tasa de crecimiento entre los periodos del censo 2001 y el censo de 2012 alcanza el 2.4%, resultado de esta comparación se puede apreciar un crecimiento moderado entre esos periodos, con estos resultados la inversión pública tendrá que ser mayor con relación a las anteriores gestiones.

Cuadro N° 21: Censo poblacional del municipio de El Alto.

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	CENSO 2001		TOTAL	CENSO 2012		TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL
		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	%
El Alto	649.958	321.527	328.431	848.452	408.984	439.468	2.4

Fuente: Elaboración en base a datos del INE.

El municipio de El Alto se encuentra constituida en su mayoría por migrantes de las diferentes provincias del Departamento de La Paz y un segmento de migración del interior del país, sobre todo migración minera producto de la relocalización de la década

de 1980, por lo que el municipio se ha constituido en su mayoría por migración rural andino aymara.

Sus características se basan principalmente en la resolución de sus conflictos, las formas propias de comunicación, las ceremonias y ofrendas rituales que ofrecen al Tata Inti, la Pacha Mama y Tata Santiago y otras reconocidas por la religión católica. Lo que permite ver que nos encontramos en un escenario de mestizaje cultural muy diverso y complejo donde el diario vivir es una lucha permanente entre lo moderno y lo tradicional, donde el indígena, originario, campesino, mestizo, blancos que abandonan sus valores e identidad cultural, incorporando en sus actitudes nuevas pautas culturales producto del permanente choque cultural en que se ve obligado a vivir³⁰.

4.3.1 Población por distrito

El Alto cuenta con 14 distritos, en el cual cuatro distritos de los diez distritos urbanos (D-3, D-4, D-5, D-8) superan a los 100 mil habitantes cada distrito urbano, en lo que se refiere el distrito rural 13 es el que cuenta con más de dos mil habitantes a comparación de los cuatro municipios rurales, los distritos rurales son menor en población a comparación de los distritos urbanos.

Cuadro N° 22: Habitantes por distrito.

DISTRITO	POBLACION (hab.)
D-1	87.997
D-2	73.939
D-3	144.828
D-4	104.226
D-5	107.147
D-6	90.538
D-7	44.402
D-8	121.843

³⁰ El Alto es, por ello, muestrario de la interculturalidad lograda y práctica, cambiando la situación de indígenas, mestizos y blancos en la estructura política, convirtiéndolos ante la realidad compartida del vecindario sin urbanismo o frente a temas de escolaridad de los hijos, en ciudadanos iguales frente a los dilemas de la vida. (C. Laruta, 2006)

D-9	1.853
D-10	785
D-11	1.081
D-12	19.816
D-13	2.085
D-14	47.912
Total	848.452

Fuente: Elaboración en base al INE 2012

4.4 Servicios de salud en el municipio de El Alto

El sistema de salud en el municipio de El Alto está constituido por cinco Redes Funcionales los cuales son: Boliviano holandés, Corea, Lotes y Servicios, Los Andes y Senkata, cada una de estas redes están conformadas por centros de salud de primer nivel y hospitales de segundo nivel y todas estas redes implementan la Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI).

4.4.1 Red Los Andes

Tiene 10 centros de salud de primer nivel, los cuales cuentan con los servicios básicos de agua y luz, 8 centros de salud con alcantarillado, 2 centros de salud con pozo séptico, en esta red el estado de construcción de los centros de salud es regular, así mismo el recurso humano es enfocado a medicina general con el personal médico de área.

4.4.2 Red Boliviano Holandés

Tiene 7 centros de salud de primer nivel, los cuales cuentan con los servicios básicos de agua y luz, 6 centros de salud con alcantarillado, 1 centro de salud con pozo séptico, en esta red el estado de construcción es regular en 6 centros de salud y 1 centro de salud Santa Rosa que se encuentra en estado bueno, así mismo el recurso humano es enfocado a medicina general con el personal médico de área.

4.4.3 Red Corea

tiene 20 centros de salud de primer nivel, los cuales cuentan con los servicios básicos de agua y luz, 15 centros de salud con alcantarillado, 2 centros de salud con pozo séptico,

en esta red el estado de construcción de los centros de salud es regular, así mismo el recurso humano es enfocado a medicina general con el personal médico de área.

4.4.4 Red Lotes y Servicios

tiene 12 centros de salud de primer nivel, los cuales cuentan con los servicios básicos de agua y luz, 6 centros de salud con alcantarillado, 6 centros de salud con pozo séptico, en esta red el estado de construcción es regular en 10 centros de salud y 1 centro de salud Puerto Camacho que se encuentra en estado bueno, así mismo el recurso humano es enfocado a medicina general con el personal médico de área.

4.4.5 Red Senkata

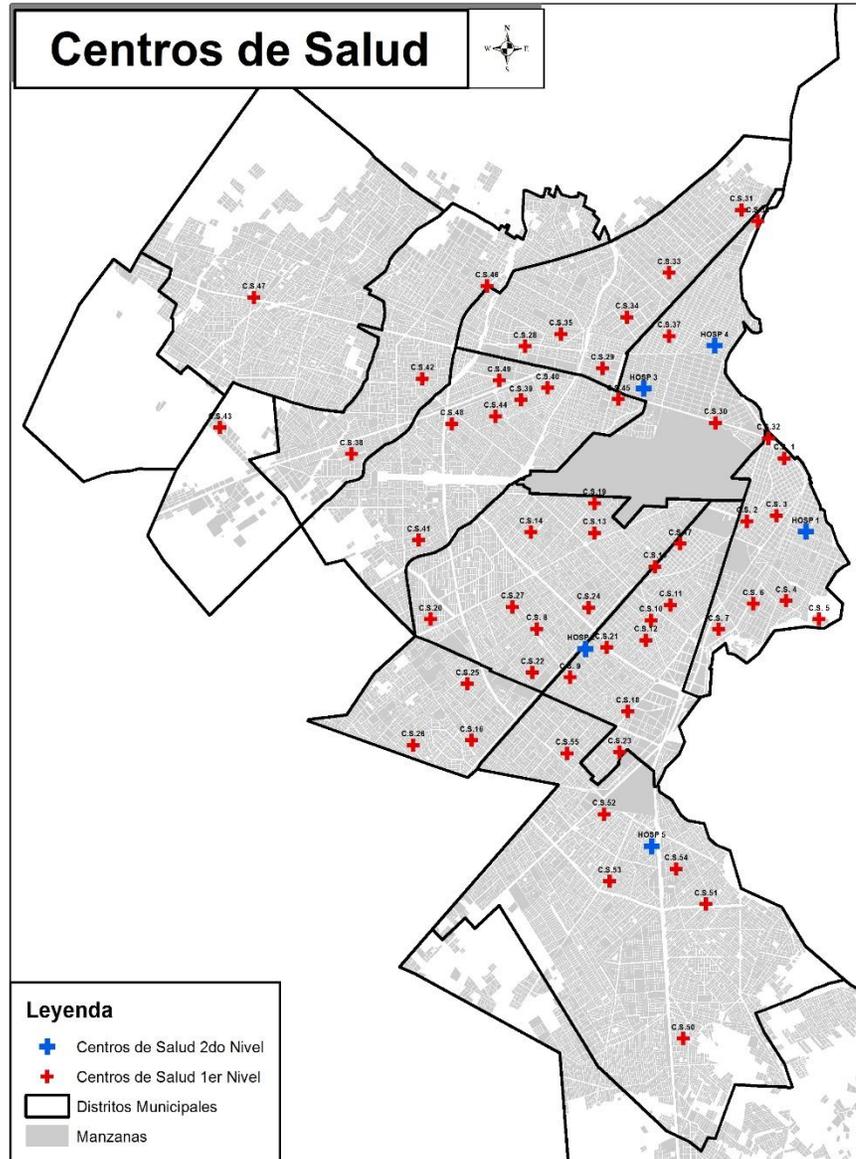
tiene 6 centros de salud de primer nivel, los cuales cuentan con los servicios básicos de agua y luz, no cuentan con alcantarillado y tienen pozos sépticos, en esta red el estado de construcción de los centros de salud es regular, así mismo el recurso humano es enfocado a medicina general con el personal médico de área.

Por tanto, se tiene 55 Centros de Salud de primer nivel ubicados en 5 redes que corresponden a los 14 distritos del Municipio. La accesibilidad a los diferentes centros asistenciales en algunos sectores urbanizados, se puede realizar por medios comunes de movilización local sin muchas dificultades, que en el peor de los casos demora entre 15 a 30 minutos en ubicar alguno de ellos, las zonas periurbanas son las que presentan mayor dificultad especialmente en horas de la noche, pues se deben asociar una serie de elementos como ser la falta de transporte, inseguridad ciudadana, falta de alumbrado eléctrico que incrementan los riesgos³¹.

La ciudad de El Alto también cuenta con un hospital llamado Hospital Del Norte de tercer nivel ubicado en Rio Seco en el Distrito cuatro los cuales cuenta con una estructura y equipamiento adecuado para la atención a los pacientes.

³¹ Anexo

Imagen N° 2: Mapa de ubicación de los Centros de Salud municipio de El Alto.



Fuente: SERES. GAMEA.

4.5 Lugar donde acude la población cuando tiene problemas de salud

La población de la ciudad de El Alto como en su mayoría son personas migrantes de las áreas rurales campo-cuidad y como también del interior del país de otros departamentos cuando presentan problemas de salud acuden a los centros de salud más cercanos de la zona en donde viven establecimientos de salud pública, en su mayoría las personas acuden a las farmacias o se automedica también recurren a las soluciones caseras y a la medicina tradicional. Las personas que están asegurados acuden a las cajas de salud (CNS, COSSMIL, u otras), y aquellas personas que cuentan con el factor económico acuden a los establecimientos de salud privada.

Cuadro N°23: Lugar donde acude la población cuando tiene problemas de salud.

Salud	Total	Hombres	Mujeres
Caja de Salud (CNS, COSSMIL, u otros)	189.396	91.609	97.787
Seguro de salud privado	91.391	44.847	46.544
Establecimiento de salud publico	442.442	206.319	236.123
Establecimiento de salud privado	149.665	72.720	76.945
Medicina tradicional	149.502	72.297	77.205
Soluciones caseras	440.915	208.092	232.823
La farmacia o se automedica	530.156	256.231	273.925

Fuente: Elaboración del INE

4.5.1 Atención a la población en los servicios de salud

Las cinco redes de salud prestan atención a la población los cuales brindan atención a las personas que se encuentran en mal de salud, durante estas gestiones el número de personas atendidas en los centros de salud como hospitales son numerosas, en este sentido la atención debe de ser eficiente y eficaz y de debe contar con una buena calidad que pueda satisfacer a la sociedad en su conjunto con los insumos suficientes para la buena atención.

Cuadro N° 24: Población atendida por gestiones

RED DE SALUD	2008	2009	2010	2011	2012
B. Holandés	220.594	167.295	172.938	174.005	176.548
Corea	245.070	261.020	274.779	278.572	282.568
Los Andes	266.025	256.870	259.407	260.607	264.347
Lotes y Serv.	165.083	163.681	169.095	171.468	173.928
Senkata	0	79.986	84.547	90.058	91.351
SERES	896.772	928.852	960.766	974.755	988.742

Fuente: SEDES-LP, UNIDAD SNIS-VE

CAPITULO V

5 ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DEL GOBIERNO MUNICIPAL DE EL ALTO

5.1 La política SAFCI.

La SAFCI es una nueva política planteada por el Ministerio de Salud y Deportes, que busca el ejercicio del derecho a la salud garantizada por el Estado, la eliminación de la exclusión social en salud y la reducción de las barreras culturales, que provocan la separación de la población de los servicios de salud.

La política en salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.³²

5.1.1 Objetivos de la SAFCI

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

³² MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. LA POLITICA SAFCI, SU ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD Y PRACTICAS ALIMENTARIAS SALUDABLES. 2013.

5.1.2 Principios de la política SAFCI

La política SAFCI se basa en cuatro principios fundamentales que son:

- La participación social.
- La interculturalidad.
- La intersectorialidad.
- La integralidad.

5.1.3 Estrategia de la política SAFCI

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

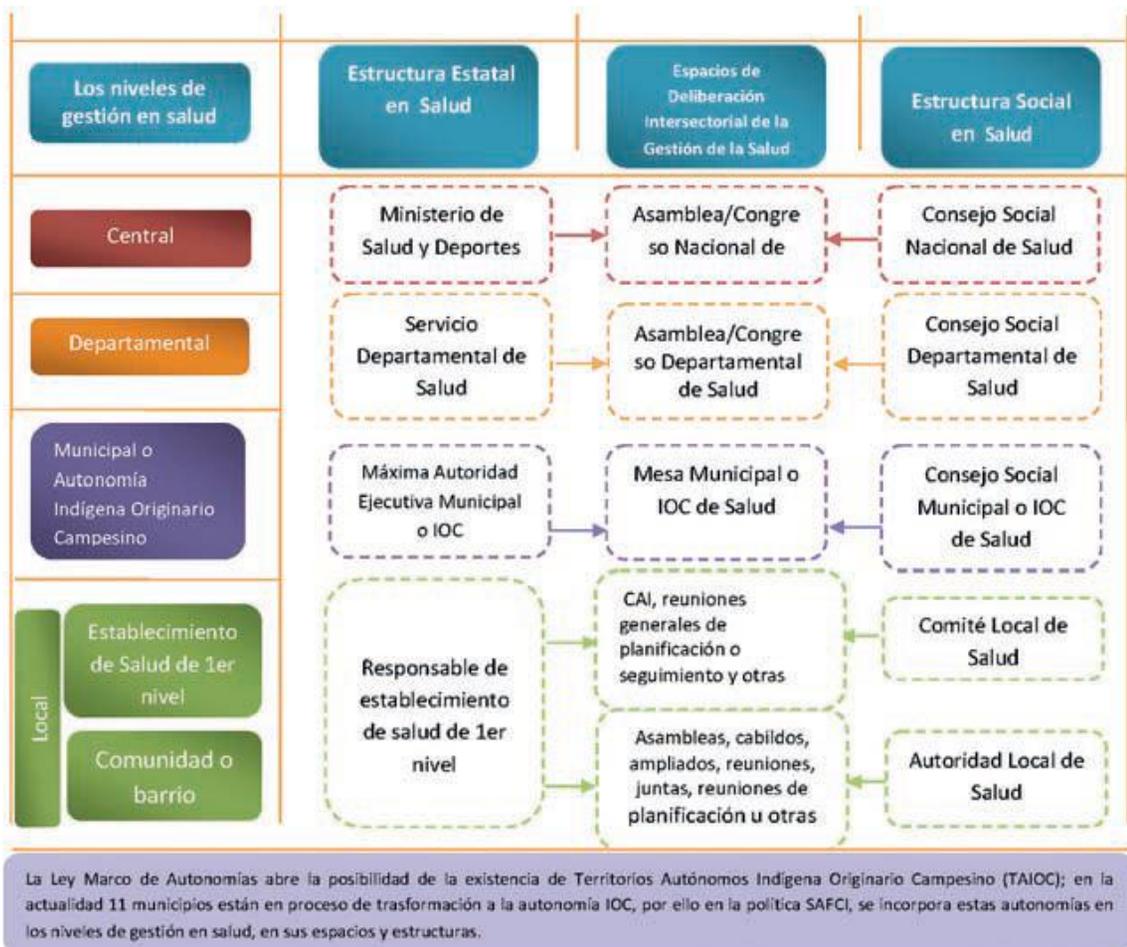
Los mecanismos de la promoción de salud son:

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

5.1.4 Componentes de la SAFCI

- La gestión participativa y control social, que es la interacción de los actores sociales e institucionales para tomar decisiones sobre las acciones de salud de manera eficiente, armónica y equilibrada, dirigidas a transformar determinantes de la salud, reorientar los servicios de la salud, fortalecer la medicina tradicional y generar hábitos de protección de la salud, a través de la planificación, ejecución-administración y seguimiento-control social, se aplica mediante: (ver imagen N° 3)

Imagen N° 3: Niveles de gestión en salud.



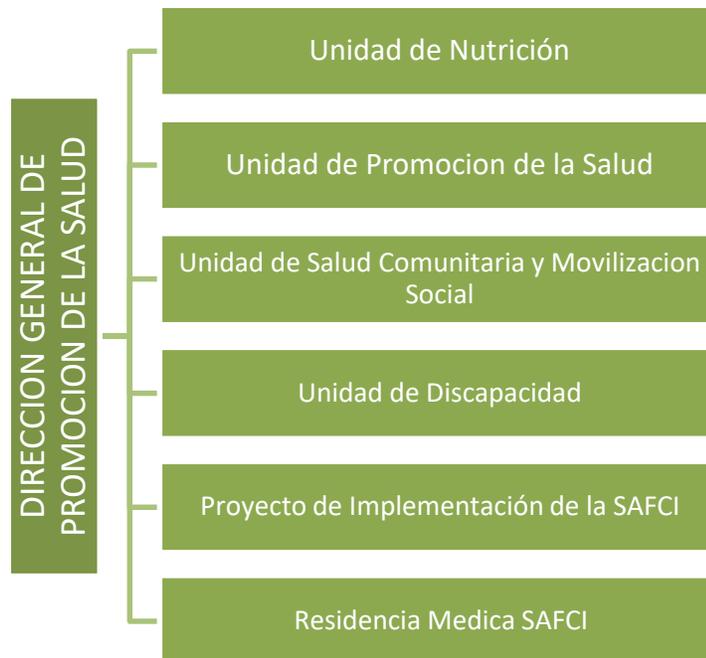
Fuente: Políticas de Salud SAFCI.

- La atención integral intercultural en salud, que es la forma de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad pertinente y oportunamente con capacidad resolutoria de enfoque de red, horizontalmente con respeto y valoración de sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas en el marco de la complementariedad, reciprocidad con la medicina tradicional y se aplica mediante.
 - El Establecimiento de Salud
 - La Unidad Territorial de Salud

- La Red Funcional de Servicios de Salud

La aplicación de la estrategia y componentes de la SAFCI, está liderada por la Dirección General de Promoción de Salud, sus unidades, programas y proyectos los cuales se reflejan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 25: Dirección General de Promoción de Salud.



Fuente: Políticas de Salud SAFCI.

5.2 Política del Servicio Departamental de Salud (SEDES)

5.2.1 Antecedentes

La salud pública se inició en La Paz en 1942 cuando el Servicio Cooperativo Interamericana de Salud Publica ejecuto sus actividades en Bolivia, siendo nuestra ciudad la primera del país en contar con un Centro de Salud construido y equipado para este propósito, ubicado en la son Garita de Lima en el centro en el que actualmente funciona el Hospital La Paz.

El Servicio Departamental de Salud fue creado el 1 de septiembre de 1965 con el nombre de “UNIDAD SANITARIA DE LA PAZ” a través del D.S. N° 07299, bajo la

gestión del Director de Fomento de la Salud y Salud Rural del Ministerio de Prevención Pública, Dr. Walter Julio Fortun.

El 8 de febrero de 1996 a través del D.S. 24237 La Unidad Sanitaria de La Paz cambio de denominación y paso a ser “Dirección Departamental de Salud” (DIDES) y como una identidad desconcentrada del Ministerio de Salud.

A partir del 8 de febrero de 1996 en cumplimiento de la Ley 1654 de Descentralización Administrativa, la DIDES pasa a depender administrativamente y orgánicamente a la Prefectura del Departamento de La Paz.

El 2 de septiembre de 1997 a través del D.S. N° 29833 la DIDES cambia de denominativo y pasa a ser UNIDAD DEPARTAMENTAL DE SALUD (UDES).

Finalmente, por D.S. N°. 25060 de 2 de julio pasa a ser lo que actualmente se denomina SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD (SEDES).

5.2.2 Misión

el Sedes La Paz ejerce la rectoría en el Sistema Departamental de Salud, promoviendo el derecho de la población en él, marco de la Política Departamental de “SALUD PARA LA PAZ”, contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

5.2.3 Visión

El Sedes La Paz regula, implementa políticas, planes, programas y proyectos que contribuyan de redes funcionales de salud acreditadas con acciones de promoción, prevención con responsabilidad compartida en el marco de la “SALUD PARA LA PAZ CON TODOS”.

5.3 Servicio regional de Salud de El Alto (SERES)

5.3.1 Antecedentes

Hasta el año 1999 funcionaba en el Alto (Zona Rural del Municipio de La Paz), la COORDINADORA DE SALUD EL ALTO, que mediante Resolución Administrativa 297/99 de 20 de octubre de 1999, la Prefectura crea la Unidad de Salud Desconcentrada (UDSEA), desconcentrada del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), constituyéndose en Unidad operativa para la implementación de las políticas de salud con jurisdicción, responsabilidad, competencia y administración propia con Sede en la ciudad de El Alto,.

El 24 de diciembre de 2004, el Servicio Departamental de Salud La Paz, emite la Resolución DIR. SEDES-001/2004, que resuelve la aprobación de la estructura organizacional del SEDES La Paz, donde se especifica la creación de las unidades desconcentradas, entre ellas se encuentra el Servicio Regional de Salud El Alto.

El 14 de julio de 2005, el SEDES La Paz emite la resolución DIR. SEDES – 006/2005 que resuelve la aprobación del documento de profundización de la desconcentración del Servicio Regional de Salud El Alto.

El 18 de julio de 2005, la nueva unidad desconcentrada del Servicio Regional de Salud El Alto emite la resolución administrativa DIR-SERES EL ALTO N° 001/2005 que resuelve, asumir la aprobación del documento de Profundización de la desconcentración del Servicio Regional de Salud El Alto, implantar la estructura orgánica y los niveles administrativos, implantar la propuesta de regionalización de las redes de salud y el equipo de gestión e implantar las funciones del personal.

El Municipio de El Alto, cuenta con 50 establecimientos de salud públicos de primer nivel, segundo y tercer nivel, con un total de 1333 recursos humanos en salud, de estos 666 recursos humanos están en un primer nivel de atención y 647 en un segundo nivel de atención, estos recursos están dentro de una red de servicios de salud estructurada, a partir del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) se estructura el lineamiento

regional, el cual se operativiza por medio de las cinco coordinaciones de red (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios), hacia los 53 servicios de salud.

5.3.2 Misión

El Servicio Regional de Salud El Alto, es una Institución Pública desconcentrada, dependiente del Servicio Departamental de Salud La Paz, que implementa el Plan Sectorial de Salud del Departamento de La Paz, en el marco de la Constitución Política del Estado, bajo los principios de equidad, calidad, intersectorialidad, interculturalidad y participación social como base de la Política SAFCI.

5.3.3 Visión

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

5.3.4 Objetivo operativo general de gestión

Implementar el Plan Sectorial de Salud, Ejerciendo la Rectoría Departamental con la Participación Social efectiva, articulada en las 5 Redes de Salud, basado en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y reducción de la mortalidad materna y Neonatal en el marco de la Política SAFCI en la Ciudad de El Alto.

5.3.5 Objetivos operativos específicos de gestión

- Fortalecer la Implementación de la Política SAFCI, en la atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud
- Gestionar el desarrollo de las actividades de las Redes y Hospitales de manera integral.

- Desarrollar estrategias y acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Fortalecer la participación y control social de la población organizada.
- Certificar y Acreditar el funcionamiento de servicios públicos de salud y del establecimiento que producen y distribuyen alimentos de consumo humano y/o brindan servicios generales.

5.3.6 Ojetivos estratégicos

- Contribuir a acelerar el acceso universal a servicios de salud en el marco de la SAFCI/SUS.
- Contribuir a consolidar la propuesta Departamental por la Revolución Sanitaria, Universal y Gratuita en la Cumbre de Salud.
- Consolidar el proceso de institucionalización de personal según cargos y niveles establecidos en la norma.
- Aportar a la visión del desarrollo de la salud departamental alineada al PDS y a los lineamientos del Pacto por La Paz
- Reestructurar orgánica y funcionalmente del SERES El Alto, para lograr un alto grado de agilidad, flexibilidad, creatividad y rapidez de respuestas.

5.4 principales programas y proyectos de salud pública en el PDM

Considerando que la salud es un derecho de las personas y una de las competencias que tiene el Gobierno Municipal es el de fijar políticas públicas para el mejoramiento y la atención en el sector salud, sin embargo, es necesario conocer las problemáticas que presenta el municipio con respecto a la calidad de vida.

El Gobierno Municipal considera que es necesario velar por la calidad y calidez del servicio de salud, fortalecer los servicios de salud gratuita, procurando maximizar la cobertura del servicio, pero además se cuide el respeto al aspecto intercultural.

Asimismo, es necesario, la aplicación de la cobertura de los servicios de salud y garantizar las condiciones de accesibilidad sin discriminación.³³

Dentro el PDM el GAMEA considerando la importancia del desarrollo humano, se plantean políticas en los cuales contienen tres programas y dieciséis proyectos para solucionar los problemas y demandas de la sociedad en base a la política pública de salud que contribuirán a mejorar y elevar el nivel de vida de los ciudadanos del Municipio que mencionaremos a continuación en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 26: Políticas Publicas de salud en base a los problemas del municipio de El Alto.

Problemas	Políticas	Programas	Proyectos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Baja participación y control social en el modelo de la gestión de la salud pública. ➤ Desconocimiento de la población sobre los derechos y obligaciones en servicios de salud. ➤ Deficiencia en la calidad y calidez en la atención en el servicio de salud. ➤ Inexistencias de programas de capacitación de los recursos humanos. ➤ Problema en la alimentación y nutrición en la población, generan bajas defensas ante las enfermedades en la niñez. 	Servicios de salud sin discriminación	Derecho a la salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difusión de derechos a la salud plica. ➤ Seguros de salud gratuito (SUMI, SESO, SSPA) ➤ Implementación centros móviles de salud. ➤ Programa Municipal de nutrición en la población de infantil. ➤ Mejoramiento de los servicios de las redes de salud. ➤ Construcción e implementación de escuela municipal de salud pública.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insuficiente infraestructura y equipamiento en los centros de salud ➤ Baja cobertura de los servicios de salud y controles deficientes. 	Calidad en los servicios de salud	Mejoramiento de infraestructura y equipamiento en salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conclusión y equipamiento hospital materno infantil. ➤ Ampliación y equipamiento del hospital “Los Andes” de 2do nivel para

³³ “SUMA QAMAÑA” PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL EL ALTO 2007-2011. P.52

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación inadecuada de la gestión compartida de la salud Directorio Local de Salud (DILOS) y Servicio Departamental de Salud (SEDES). ➤ Déficit de personal médico y paramédico en los centros de salud. ➤ Alta prevalencia desnutricional e índices elevados de mortalidad materno-infantil por barreras económicas y culturales ➤ Falta de conocimiento del perfil epidemiológico del municipio. 			<ul style="list-style-type: none"> hospitalización. ➤ Mantenimiento y equipamiento de centros de salud. ➤ Construcción y equipamiento de 2 hospitales de 3er nivel (norte y sur). ➤ Construcción y equipamiento de centros de salud de 2do nivel D7 y D8. ➤ Construcción de postas sanitarias. ➤ Ampliación de centros de salud.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ El servicio de salud, no complementa la medicina tradicional con la medicina occidental. 	Integración de la medicina tradicional con el sistema de salud	Servicios de salud complementados a la medicina tradicional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incorporación de medicina tradicional en centros de salud. ➤ Construcción y equipamiento de centro piloto municipal de medicina tradicional.

Fuente: Elaboración propia en base al PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL DE EL ALTO.

A continuación, se analizará las políticas y los programas que se encuentran en el PDM., para solucionar los problemas y las demandas de la sociedad y mejorar el servicio de salud a lo que se refiere al derecho a la salud, a la infraestructura como la atención sin discriminación y atender los diferentes tipos de enfermedades que presentan la población.

5.4.1 Derecho a la salud.

El programa “derecho a la salud pública” es un derecho fundamental para los seres humanos, se ha incorporado un conjunto de acciones y proyectos que debe realizar el Gobierno Municipal de El Alto, en el marco de sus competencias o en coordinación con

otras instancias públicas como el SEDES de la Prefectura y/o Ministerio de Salud y la Cooperación Internacional.

En este marco, se deben mejorar los servicios de salud en todos los niveles de manera que incrementen el acceso, la cobertura y la calidad de la salud pública.

Es importante que el Municipio permita generar una mayor cobertura y acceso a los servicios de salud, principalmente a grupos con mayor vulnerabilidad. Existen tres seguros de cobertura parcial, porque el municipio no cuenta con el nivel III de atención, el primero es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM).

Asimismo, el programa pretende disminuir los niveles de desnutrición en los niños menores a cinco años, a través de la ampliación de los servicios del desayuno escolar (alimentación complementaria y vigilancia nutricional). Para ello, se deben realizar las siguientes acciones³⁴:

- Fortalecimiento de los Centros Infantiles Municipales, en Mejoramiento de Infraestructura y mantenimiento adecuado y oportuno;
- Centros Móviles, ambulatorios que trabajen en zonas marginales, que permitan repartir las raciones y realizar el seguimiento nutricional, la conformación de equipos de trabajo combinados en alianza con organizaciones vecinales. Complementariamente, estos grupos deberán brindar capacitación a madres, padres o personas responsables de niños de cero a cinco años, en educación alimentaria nutricional.

Las personas deben de estar informados de los derechos que cada uno de ellos tienen. A la vez es un deber del GAMEA de difundir información sobre los derechos relacionados a la salud pública juntamente con el SERES (Servicio Regional de Salud). En los POAs. De las gestiones del 2007 al 2011 se designan varias actividades como ser de capacitación, campañas masivas de vacunación, campañas de prevención de salud

³⁴ Plan de Desarrollo Municipal, SUMA QAMAÑA, *Marco Estratégico*.

dental, capacitación a las manzaneras de la salud, programa de salud dental de la vejes, mis primeros pasos, fortalecimiento y atención integral a personas con discapacidad, fortalecimiento institucional prestación de servicios en salud a la población en general, campaña en vacunación en animal³⁵.

5.4.2 Análisis del perfil epidemiológico de la ciudad de El Alto

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida³⁶.

a) Morbilidad

Las enfermedades más frecuentes que se presentan en la población según los grupos de edad se muestran en el siguiente cuadro, los datos muestran que las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores es la principal causa entre otras de morbilidad registrada en los servicios de atención del municipio con un total de 33.900 que afecta a niños menores de diez años, como también las afecciones del aparato digestivo, la neumonía los resfríos que suele suceder por el tipo de clima variante en la ciudad de El Alto, también se puede destacar la obesidad que es un problema por la educación alimentaria en la población.

³⁵ Esta información está en base a los datos de los POAs 2007-2011, son los presupuestos que designa el GAMEA, según las necesidades del municipio.

³⁶ RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., perfil epidemiológico red de salud de ladera E.S.E. año 2010. 2011 p. 2

Cuadro N° 27: principales causas de la morbilidad.

CODIGO	Diagnostico	GRUPOS DE EDAD									Total General	%
		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	40-49	50-59	60 y+		
J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3.006	10.394	8.641	3.653	1.821	3.714	1.363	360	948	33.900	9,7%
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5.426	10.906	1.289	560	309	903	626	141	482	20.642	5,9%
J00	Rinofaringitis Aguda (resfriado común)	5.859	7.273	1.323	876	575	2.017	235	208	442	18.808	5,4%
J18	Neumonía organismo no especificado.	6.210	7.477	400	156	88	365	168	38	144	15.046	4,3%
J02	Faringitis Aguda	1.883	4.170	1.280	505	308	1.260	258	135	274	10.073	2,9%
J22	Infecciones Agudas no especificada de las vías respiratorias inferiores	3.728	4.797	538	227	77	154	6	7	23	9.557	2,7%
N39	Otros trastornos del sistema urinario	178	955	725	347	769	3.402	637	275	597	7.885	2,3%
M54	Dorsalgia	142	196	115	112	366	2.429	918	594	2.574	7.446	2,1%
T14	Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo	185	937	920	956	668	1.560	462	328	669	6.685	1,9%
J03	Amigdalitis Aguda	765	3.851	842	241	126	389	112	48	122	6.496	1,9%
H10	Conjuntivitis	2.105	1.925	621	332	175	441	244	83	495	6.421	1,8%
E44	Desnutrición proteocalórica de grado moderado y leve.	950	3.257	88	75	250	726	61	8	116	5.531	1,6%
J20	Bronquitis Aguda	637	1.290	440	137	115	697	256	165	772	4.509	1,3%
J01	Sinusitis Aguda	1.231	1.998	139	69	93	298	91	50	66	4.035	1,2%
H00	Orzuelo y calacio	883	1.398	237	133	82	459	250	58	320	3.820	1,1%
N30	Cistitis	192	455	253	143	327	1.773	309	85	241	3.778	1,1%
B37	Candidiasis	299	346	110	40	226	2.120	376	105	51	3.673	1,1%
N76	Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva	102	429	155	64	161	2.077	364	104	95	3.551	1,0%
K59	Otros trastornos funcionales del intestino	1569	629	127	91	57	297	88	33	139	3030	0,9%
E66	Obesidad	37	53	34	51	112	1749	580	259	136	3011	0,9%
SUB TOTAL		35.387	62.683	18.243	8.717	6.593	25.081	6.824	2.825	8.570	174.886	50,0%
OTRAS CAUSAS		79.463	114.114	35.172	20.822	21.637	87.491	20.704	10.037	27.876	417.316	49,1%
TOTAL		114.850	176.797	53.415	29.539	28.230	112.572	27.528	12.862	36.446	592.238	100,0%
Fuente de Inf. Registro de pacientes.										Estad. Epidemiología/NRC		

FUENTE SERES EL ALTO, 2014

b) Mortalidad

La mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de la población. Sus niveles, tendencias, diferenciales y causas constituyen elementos básicos que deben considerarse en la planificación de los servicios de salud³⁷.

En las REDES Boliviano Holandés y Corea en la gestión 2014 se presentaron casos de muerte materna por razones diferentes que podría influir la atención oportuna en los centros de salud más cercanos de sus domicilios, en la gestión 2015 fue disminuyendo los casos de muerte materna en las cinco redes de salud de la ciudad de El Alto.

³⁷ Plan Territorial de Desarrollo Integral 2016-2020

Cuadro N° 28: índice de cesáreas y razón de mortalidad materna según redes de salud por gestiones

Red de Salud	Gestión	Nº CPN Nuevos	Partos Vaginales	Partos por Cesáreas	Total, Partos Atendidos	Índice de Cesáreas	Muertes Maternas	Razón de Muertes Maternas
B. Holandes	2015	6.706	2.864	869	3.733	23,28	2	0
	2014	1.261	828	176	1.004	17,53	4	0
Senkata	2015	3.491	901	0	901	0,00	1	0
	2014	730	223	0	223	0,00	1	0
Corea	2015	9.869	3.533	1.165	4.698	24,80	1	0
	2014	2.409	1.034	413	1.447	28,54	5	0
Lotes y Servicios	2015	6.732	532	0	532	0,00	0	0
	2014	1.492	218	0	218	0,00	2	1
Los Andes	2015	7.165	2.769	1.059	3.828	27,66	0	0
	2014	4.883	840	230	1.070	21,50	2	0
Hospital 3er Nivel	2015	18	1.338	761	2.099	36,26	3	0
	2014	0	0	0	0	0,00	0	0
Caja de Salud	2015	0	0	0	0	0,00	0	0
	2014	78	0	0	0	0,00	0	0

FUENTE: registros SNIS-VE, CEMEUD.

La cobertura de partos en el municipio de El Alto del 2009 al 2011 fue ascendiendo, pero en la gestión 2012 hubo un descenso muy notorio, como podemos ver en el cuadro que en el 2013 fue ascendiendo la cobertura de parto a diferencia de la gestión 2014.

Grafico N° 1: cobertura de parto institucional

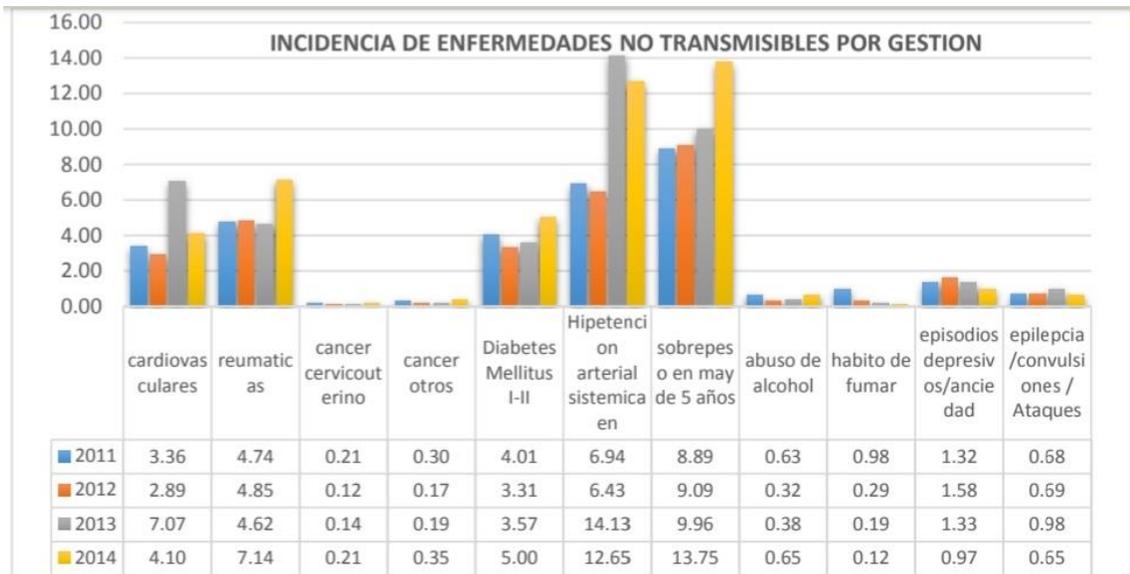


FUENTE: INFO SPIE, 2016

La salud presenta un perfil epidemiológico con incidencia de enfermedades no transmisibles, lo que se ve en el siguiente grafico se analiza las enfermedades más frecuentes como es la hipertensión arterial sistémica en la gestión 2014 con un 14.13% de crecimiento y otro problema común que sufre la sociedad es el sobrepeso en mayores

de cinco años que en el 2014 tuvo un crecimiento del 13.75%, motivos por el cual se da esta enfermedad es por falta de educación alimentaria del municipio.

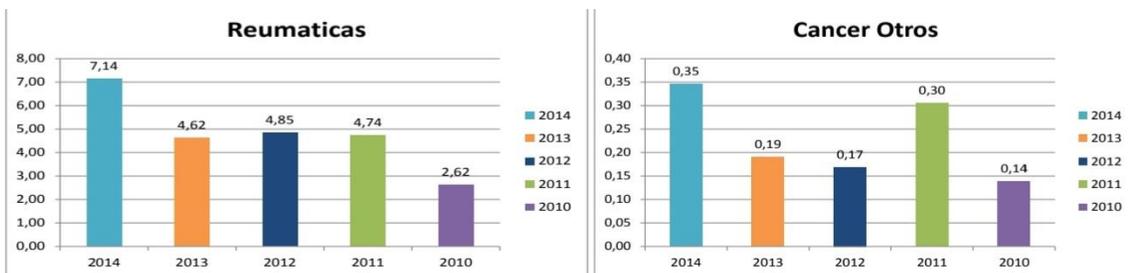
Grafico N° 2: incidencia de enfermedad no transmisible



FUENTE: SNIS SERES EL ALTO

Una de las enfermedades más comunes que sufre la población alteña son las enfermedades reumáticas que fue ascendiendo en el 2014 a un 7.14%, como también se puede observar en el siguiente grafico que las enfermedades de cáncer (próstata, hígado, mama, etc.) también muestran una tendencia ascendente en la gestión 2014.

Grafico N° 3: representación de las enfermedades

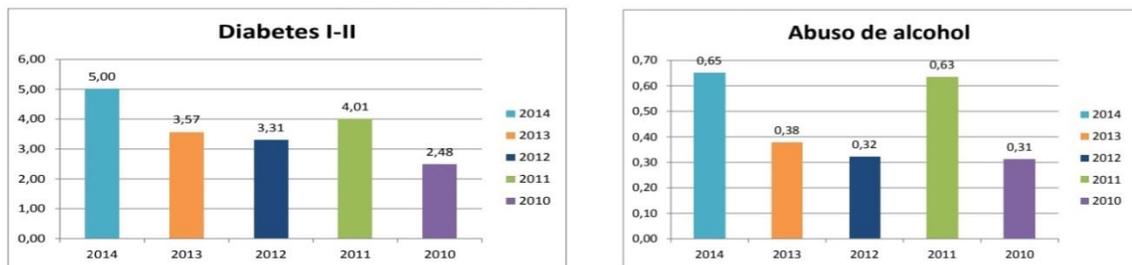


FUENTE: SNIS SERES EL ALTO

Otra enfermedad frecuente que se presenta el municipio de El Alto es la diabetes I, II que en el año 2014 tiene un crecimiento de un 5%, como también el consumo abusivo

del alcohol es un problema constante que también tiene un crecimiento elevado en el 2011 y el 2014.

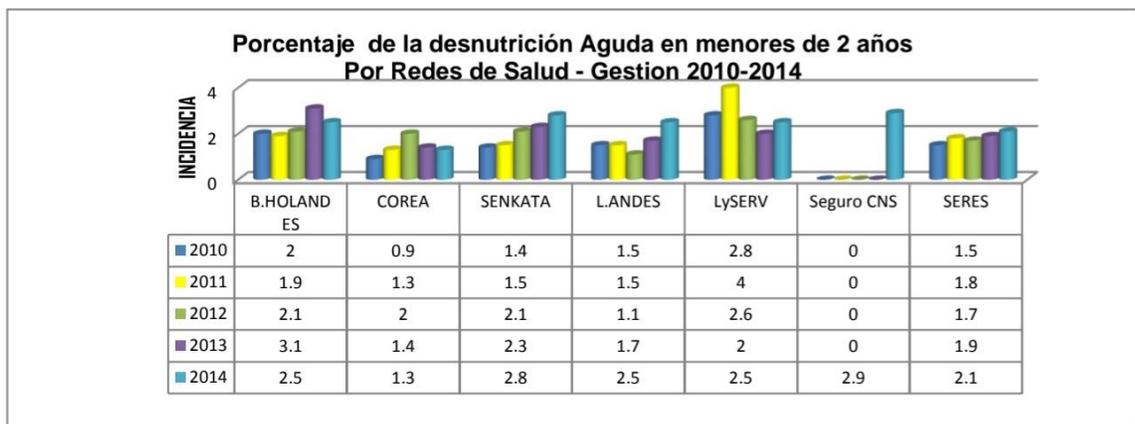
Grafico N° 4: representación de las enfermedades 2



FUENTE: SNIS SERES EL ALTO

La desnutrición que se presenta en los niños y niñas menores de 2 años en el municipio de El Alto se presenta con frecuencia en las cinco redes de salud, en la gestión 2014 las redes Senkata, Los Andes y Lotes y Servicios tuvieron un crecimiento porcentual a comparación a la gestión 2013. Ver gráfico 5.

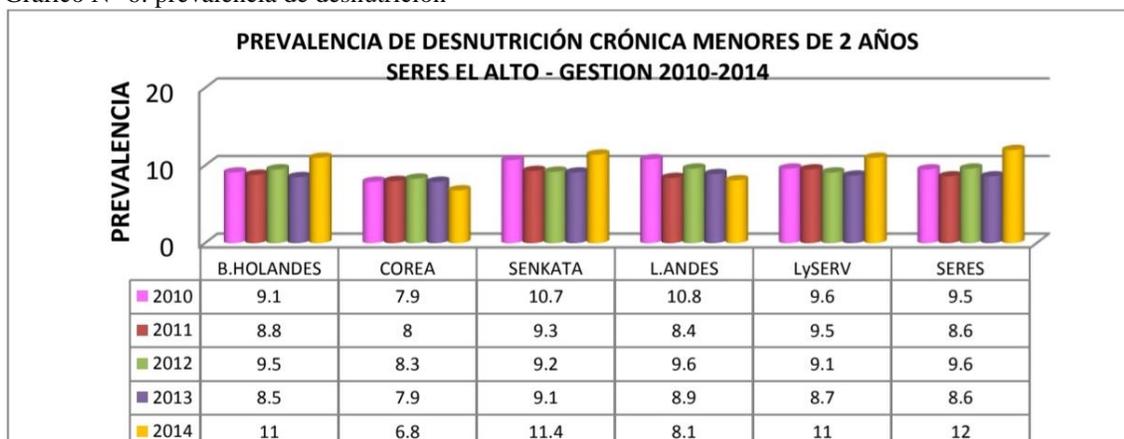
Grafico N° 5: desnutrición por redes de salud



FUENTE: SNIS-VE SERES EL ALTO, 2016

Se evidencia que la desnutrición crónica en el municipio de El Alto se fue manteniendo en las gestiones 2010 a 2013 pero sin embargo en la gestión 2014 se fue incrementando en un 12% según los datos del SERES por el cálculo poblacional y la medición de talla de los niños y niñas. Ver gráfico 6.

Grafico N° 6: prevalencia de desnutrición



FUENTE: SNIS SERES EL ALTO

- La mortalidad infantil

La mortalidad infantil en los servicios de salud del municipio de El Alto, de las cinco redes de salud durante la gestión 2011 y 2012 la red Senkata registra cifras elevadas sobre muertes en la primera infancia en la gestión 2015 el índice de mortalidad infantil fue bajando numerosamente que en las cinco redes de salud suman un total de 2.47% de muertes de niños y niñas a comparación de las gestiones anteriores.

Cuadro N° 29: mortalidad infantil en centros de salud, según Redes de Salud, por años.

REDE DE SALUD	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Red Boliviano Holandés	13.42	15.08	16.78	11.23	8.0	10.48	7.38	2.40
Red Corea	10.55	16.92	24.71	11.15	12.44	13.98	10.17	1.41
Red Senkata		3.76	13.54	36.28	30.42	18.10	15.78	2.19
Red Los Andes	16.01	13.66	13.1	23.82	18.65	14.82	10.57	3.40
Red Lotes y Servicios	9.69	6.84	6.81	3.46	26.77	43.55	18.85	5.23
TOTAL	13.15	14.73	18.09	15.52	14.48	14.67	10.43	2.47

FUENTE: SERES EL ALTO, 2015

5.4.3 Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento en salud

El programa “Mejoramiento de la Infraestructura y Equipamiento” incluye un conjunto de proyectos, que debe realizar el Gobierno Municipal de El Alto en el marco de sus

competencias en coordinación con otras instancias públicas y de Cooperación (SEDES, Ministerios de Salud y la Cooperación Técnica Belga).

La organización en la atención del servicio estará constituida de la siguiente manera: los de primer nivel serán consultorios de prevención y no permiten internación, atienden problemas de medicina general y en algunos casos el servicio de odontología, gineco-obstetricia y pediatría; los de segundo nivel tienen capacidad de internación y atienden las especialidades más comunes: especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, oftalmología y gineco-obstetricia; anestesiología y servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología³⁸.

El estado de la infraestructura que presentan los cinco hospitales del municipio cuentan con los servicios básicos como ser agua, luz, alcantarillado y teléfono, pero ninguno de ellos cuenta con el servicio de internet y gas, con lo que se refiere a la construcción está en un estado regular y los planos que presentan es incompleto. Viendo el siguiente cuadro aún se encuentra deficiencias que presenta un hospital con estas características no puede brindar una adecuada atención con calidad a las personas.

Cuadro N° 30: estado de infraestructura de los hospitales

Red	Nombre de Hospital Municipal	Servicios Básicos							Estado de Construcción			Planos	
		Agua	Luz	Alcantarillado	Pozo séptico	Teléfono	Internet	Gas	Bueno	Regular	Malo	Completo	Incompleto
Los Andes	Hospital comunitario Chacaltaya	X	X	X		X				X			X
Senkata	Hospital Modelo Boliviano-Japonés	X	X	X		X				X			X
Los Andes	Los andes	X	X	X		X				X			X
Corea	Corea	X	X	X		X				X			X
Boliviano Holandés	Boliviano Holandés	X	X	X		X				X			X

FUENTE: PLAN MUNICIPAL DE SALUD, 2016

³⁸ Plan de Desarrollo Municipal “SUMA QAMAÑA”, 2007-2011

Con lo que se refiere infraestructura de los centros de salud que se encuentra dentro de las cinco redes de salud, las cinco redes cuentan con los servicios de agua y luz y alcantarillado, pero algunos centros de salud como de la Red Lotes y Servicios, Corea y Senkata cuentan aún con los pozos sépticos que no es nada bueno para la calidad de atención a los pacientes y a la vez es un problema tanto para el personal médico como para el personal de apoyo por los malos olores que se puede presentar en el lugar, también no cuentan con los servicios de teléfono, internet, gas. Su construcción de los centros de salud es regular y los planos están incompletos³⁹.

Este programa requiere de mayor inversión pública por parte del Gobierno Municipal durante las gestiones 2007-2011, según los presupuestos del POAs. Una parte de los recursos son destinados al equipamiento y fortalecimiento de los hospitales, centros de salud, postas sanitarias, como también en la construcción de hospitales y de centros de salud en áreas alejadas. También los gastos se realizan en el mantenimiento de infraestructura de los centros de salud.

5.4.4 Servicios de salud complementados a la medicina tradicional

Dentro de este programa se pretende la complementación de la medicina tradicional con la medicina convencional, de manera que la población cuente con alternativas cuando tenga que decidir sobre el cuidado y conservación de su salud.

Por esta razón el gobierno municipal destina una parte del POAs 2008-2010. recursos para la construcción de centro de salud y medicina tradicional en el distrito-9 de la ciudad de El Alto.

³⁹ Anexo 1

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El análisis de las políticas públicas es necesario para poder corregir los errores a futuro en la gestión pública, que se fue dando en la ejecución de las políticas de los gobiernos municipales y no solo de los gobiernos municipales sino también de todos los niveles de gobierno para la mejor elaboración e implementación en los planes de desarrollo que plantea cada gobierno, considerando que las políticas públicas es un guía de la toma de decisiones de un gobierno para poder lograr los objetivos del desarrollo del municipio como del país.

Las normas en las cuales se enmarca el gobierno municipal para la elaboración del plan de desarrollo municipal es en base a las normas nacionales en el cual el gobierno central mediante la constitución política del estado y la ley marco de autonomías le otorga atribuciones para que en función a la ley pueda plantear políticas públicas para que solucione problemas de la sociedad el cual su competencia en el sector salud es el 1er y 2do nivel para mejorar la calidad de vida en función al Plan Sectorial de Salud y la política nacional de la salud familiar comunitario intercultural (SAFCI), con el objetivo de tener un sistema único de salud.

La Constitución Política del Estado Garantiza los derechos humanos, uno de los derechos fundamentales es el derecho a la salud en base a un sistema único de salud que será universal, gratuito, equitativo y que cuente con calidad, es por esta razón que el gobierno municipal de El Alto elaboro políticas públicas en el PDM en base a las necesidades de los habitantes del municipio y fue necesario la participación ciudadana porque a través de ello se canalizo los problemas para luego poderlos resolver en beneficio de la sociedad alteña.

Con lo que respecta sobre la articulación del PDM. de ciudad de El Alto con el PDD. Del departamento de La Paz en el cuadro realizado existe una vinculación de correspondencia ya que la articulación del PDD. con el Plan Nacional de Desarrollo

(PND) llega al 50% es un nivel medio lo que quiere decir que el gobierno departamental debe de congeniar mucho más con el gobierno central y trabajar de mejor manera para mejorarla calidad en el sistema de salud.

Con relación al Plan de Desarrollo Municipal de El Alto con el PND. existe una articulación de correspondencia y de calidad del 80%, es un nivel alto, el gobierno municipal trabaja conjuntamente con el gobierno nacional enfocándose en las políticas públicas de desarrollo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de todos la ciudadanía, en comparación al sector educación y deportes que corresponden al mismo eje estratégico que es Población con calidad en un municipio habitable y acogedor en armonía con la naturaleza corresponde a un 100%, lo cual la inversión que se destina en el sector de salud no es igual a los que se designa a los sectores de educación y deportes sabiendo que corresponde al mismo eje estratégico del PDM.

Realmente en los últimos años ha crecido de forma numerosa la población alteña es por esto que el gobierno municipal tiene la obligación de invertir los recursos del POA en infraestructura y en proyectos para mejorar la calidad de vida de todos los alteños, pero siendo una ciudad joven y que requiere de los servicios básicos en los barrios alejados el gobierno tiene que atender las demandas de algunos sectores y se le hace complicado cumplir con los objetivos trazados en el PDM.

Las cinco redes de salud que cuentan con varios centros de salud de la ciudad de el alto los cuales son representados por el SERES y dependientes del gobierno municipal se ven complicados en realizar los objetivos previstos en las políticas públicas de salud el presupuesto del POA no cubre para toda la población por la falta de los recursos humanos y los personales de apoyo como los insumos la atención no cuenta con la calidad que se debería lograr con las políticas propuestas por el gobierno municipal ante la sociedad alteña.

Con relación a las políticas públicas planteadas en el PDM de El Alto por el gobierno municipal con respecto a la política del derecho a la salud, es muy genérico, porque en la

realidad no todos tienen el mismo derecho con relación a la salud, no todos tienen el mismo acceso para la atención como se menciona en la CPE. una salud sin discriminación, gratuito y equitativo para todos, porque algunos acuden a las cajas de salud y seguros, los que cuentan con una buena posición económica acuden a los privados influye mucho el factor económico de cada persona o familia, y una mayor parte acude a los establecimientos de salud pública en el cual la atención no cuenta con la calidad y atención que se debería tener, y una parte busca la manera de curarse mediante soluciones caseras como también lo que es la medicina tradicional.

Sobre el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento en salud el gobierno municipal invierte más en mantenimiento de la infraestructura de los centros de salud a lo que se refiere construir nuevos centros de salud u hospitales en los POAs. Anuales el presupuesto va destinado más al mantenimiento que al equipamiento. Algunos hospitales y centros de salud que corresponde a la red de Senkata no cuentan con alcantarillado y siguen utilizando los pozos sépticos, la falta de medicamentos para los enfermos y cama para los internados hace que no haya una atención adecuada y con calidad para las personas que se encuentran con problemas de salud.

El gobierno municipal debería de trabajar de manera integral con los demás niveles de gobierno, invertir más en el sector de salud, plantear políticas públicas de salud para el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento en los hospitales y centros de salud como también en los recursos humanos para posteriormente tener mejores resultados y mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, V. L. (1996). *El estudio de las politicas publicas (estudio introductorio y edicion)*. Mexico.
- Aguilar, V. L. (2003). *El estudio de las politicas publicas*. Mexico.
- Almeida, C. (2002). *Reforma de sistema de servicios de salud y equidad en america latina y el caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*.
- Atilio Poggiuese, H., Flasco. (2000). *Desarrollo Local y Planificacion Intersectorial, Participativa y Estrategica*. Buenos Aires.
- Atlas Geografico del Municipio de El Alto*. (2015).
- Barrera Calderon, F. (2005). *La Planificacion del Desarrollo Local, una vision alternativa*.
- Batista, M. (2006). *Manual de Normas y Procedimientos SNIS-VE*.
- BID. (2010). *Analisis del Sector Salud de Bolivia*.
- Cabrero. (2005). *Accion Publica y Desarrollo Local*.
- Cabrero, M. E. (2003). *Politicicas publicas municipales. una agenda en construccion*. Mexico.
- Carbajal Burbano, A. (2011). *Desarrollo Local, manual basico para agente de desarrollo local y otros actores*. España.
- Dye, T. R. (1992). *Understanding public policy*. New Jersey.
- GAMEA. (s.f.). *Direccion de Planificacion, Cordinacion y Seguimiento unidad de planificacion y transparencia*.
- Garcia del Castillo,R., Perez Cabrera A., Santin del Rio L. (s.f.). *La accion de los gobiernos municipales en la politica de salud: en busqueda de una primera explicacion*.
- Guillaume, F. (2015). *El Analisis de las Politicas Publicas, concepto teorico y metodos*.
- Harold, L. (1971). *La concepcion emergente de las ciencias politicas*.

- Lahera Parada, E. (2002). *Introduccion a las Politicas Publicas*. Chile.
- Lahera, P. E. (2004). *Introduccion a las politicas publicas*. Chile.
- Ley N° 31 Ley Marco de Autonomia y decscentralizacion "Andres Ibañez". (s.f.).
- Martinelli, J. M. (2002). *politicas publicas en el nuevo sexenio*. Mexico.
- Martinez Gomez ,A., Soriano Hernandez, M. (2003). *Planes Estrategicos como Base del Desarrollo E ndogeno*.
- Menyl y Thornig, J. (1992). *Las Politicas Publicas*. Barcelona.
- Ministerio de Educacion Nacional de Colombia. (s.f.). *Informe consolidado de la articulacion de los planes de desrrollo con el Plan Decenal de Educacion*.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). *La Politica SAFCI, su estrategia de promocion de salud y pacticas alimentarias saludables*.
- Morales, P. (2006). *El Desarrollo Local Sostenible*.
- Nueva Constitucion Politica del Estado Plurinacional de Bolivia*. (s.f.).
- OMS. (2008). *informe sobre la salud en el mundo, politicas publicas para la salud publica*. Ginebra.
- Paz Arauco, V., Ocampo M. (2009). *Fiscalida y Desarrollo: una agenda pendiente para Bolivia*.
- Plan de Desarrollo Departamental. (2007-2010). *La Paz progresa*.
- Plan de Desrrollo Municipal El Alto. (2007-2011). *"Suma Qamaña"*.
- Plan Nacional de Desarrollo. (2006-2010).
- plan territorial de desarrollo integral*. (2016-2020).
- RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. (2011). *perfil epidemiologico red de salud ladera E.S.E. año 2010*.
- Robles Hernandez, G. (2013). *Politicas Publicas y Gestion Municipal, tres consideraciones para los municipios urbanos*. Mexico.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo como Libertad*.

Tomás Carpi, J. (2008). *El Desarrollo Local Sostenible en Clave Estratégico*.

UDAPE. (2007). *Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas*. La Paz-Bolivia.

USAID. (2007). *Guía para la formulación de políticas*.

Williamson. (2000). *La Nueva Institución Económica*.

Anexo n° 1: Infraestructura de centros de salud.

Cuadro N° 51 – INFRAESTRUCTURAS DE CENTROS DE SALUD

Red	Nombre Centro de Salud	Servicios Básicos										Estado de Construcción			RR.HH. Área	Planos	
		Agua	Luz	Alcantarillado	Pozo Séptico	Teléfono	Internet	Gas	Buena	Regular	Mala	Completo	Incompleto				
Los Andes	C.s. villa Ingenio	X	X	X								X		Medicina General,(1 consultorio), Odontología, Farmacia, PAI vacunas		X	
	C.s. villa Esperanza	X	X	X								X		Medicina General (1 consultorio) ,Enfermería, Odontología, PAI vacunas, Farmacia		X	
	C.s. Huayna Potosi	X	X	X								X		Medicina General (1 consultorio),Enfermería, Odontología, Laboratorio, PAI vacunas, Sala de partos, Farmacia, Pre/Pos parto			
	C.s. Puerto Mejillones	X	X		X							X		Medicina General (1 consultorio), Enfermería, Odontología, Farmacia, PAI vacunas		X	
	C. S. S Rosa de Lima	X	X		X							X		Medicina General (1 consultorio), Enfermería, Odontología, Laboratorio, PAI vacunas, Sala de Partos, Farmacia, Pre/ Pos Parto			
	C. S. Alto Lima 3ra Sección	X	X	X								X		Medicina General (1 consultorio), Enfermería, Odontología, Laboratorio, PAI Vacunas, Sala de partos, Farmacia			
	C. S. Alto Lima 4ta Sección	X	X	X								X		Medicina General (1 consultorio), Enfermería, Odontología, PAI vacunas, Farmacia, Enfermería			
	C. S. C.r.a.	X	X	X								X		Medicina General (1 consultorio), Enfermería, Odontología, PAI vacunas, Farmacia			
	C.s German Busch	X	X	X								X		Medicina General (1 consultorio), Enfermería, Odontología, Laboratorio, PAI vacunas, Sala de Partos, Farmacia, Pre/Pos Parto			
	Oftalmológico	X	X	X								X					X
Boliviano Holandes	C.s. Villa Dolores	X	X	X								X		Medicina General (2 consultorio), Enfermería, Vacunas, Prepartos, Sala de partos, Farmacia, Dirección, Recaudaciones, Sala de espera, Cocina, Almacén, Auditorio			
	C.s. 12 de Octubre	X	X	X								X		Medicina General (2 consultorio), Sala de TB, Odontología, Enfermería, PAI			

	C.s. Santiago I	X	X	X						X	Medicina General (2 consultorio), Sala de TB, Odontología 1 y 2, Enfermería, PAI		
	C.s. Santa Rosa	X	X	X					X		Medicina General (2 consultorio), Odontología, Enfermería, Vacunas PAI	X	
	C.s. v. Exaltación	X	X	X						X	Medicina General (2 consultorio), Odontología, Enfermería, Farmacia, Admisiones y Archivo, Laboratorio, Sala de espera, Sala Múltiple		X
	C.s. Rosas Pampa	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Ginecología, Odontología, Sala de Pre Partos, Sala de Partos, Sala de Puerperio, Enfermería, PAI Vacunas, Lavandería		
	C.s. Alpacoma	X	X		X						Medicina General (1 consultorio), Enfermería, Farmacia y Recaudaciones, Portería, Sala Múltiple		
Corea	C.s. Avaroa	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Ginecología, consulta externa y ecografía, Enfermería, Laboratorio, PAI Vacunas		X
	C.s. Santiago II	X	X		X					X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, PAI Vacunas, Enfermería		X
	C.s. Nuevos Horizontes	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Enfermería, PAI Vacunas		
	C.s. San Juan kenko	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Enfermería		
	C.s. Calama	X	X		X					X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Enfermería, PAI Vacunas		X
	C.s. Luis Espinal	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, PAI Vacunas, Enfermería		
	C.s. Villa Adela	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Dots, Enfermería, Laboratorio, PAI Vacunas		X
	C.s. Cosmos 79	X	X		X					X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, PAI Vacunas		
	C.s. 1 ro de Mayo	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Dots, Enfermería, Laboratorio, PAI Vacunas		
	C.s. 6 de Junio	X	X		X					X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Enfermería, Laboratorio, PAI Vacunas		X
	C.s. Asunción s.p.	X	X	X						X			

	C.s. Prefectural	X	X		X					X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Enfermería		
	C.s. Kenko	X	X	X						X			
	C.s. Romero Pampa	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Vacuna/enfermería		
	C.s. Copacabana	X	X	X						X	Medicina General (2 consultorio), Odontología, Enfermería, Farmacia, Sala de defectología, Área de laboratorio clínico, Neuropediatría, Ecografía obstétrica, Ecografía general, Planificación general, Ginecología, Especialidades, Psicología, Sala de Partos, Sala de internación	X	
	C.s. S.J. Charapaqui	X	X	X						X			X
	C.s. 3 de Mayo	X	X	X							Medicina General (1 consultorio), Odontología, Enfermería, Laboratorio, PAI Vacunas		X
	C.s. San Martin	X	X	X							Medicina General (1 consultorio), Odontología, Enfermería, PAI Vacunas		X
	C.s. Chijini Chico	X	X		X					X			X
	C.s. Chijini Alto	X	X	X						X			X
Lotes y servicios	C.s. San José de Yunguyo	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Enfermería ,PAI , Lavandería		
	C.s. 16 de Febrero	X	X		X					X	Medicina General (1 consultorio), Odontología, Crecimiento y desarrollo vacunatorio, Enfermería, Dots, Sala de partos, Sala de prepartos, Auditorio, PAI cadena de frío, Farmacia, Recaudaciones, Cocina		
	C.s. Lotes y Servicios	X	X	X		X				X	Medicina General (1 consultorio), Ginecología, Odontología, Pediatría, PAI , Lavandería		
	C.s. Villa Tunari	X	X	X						X	Medicina General (2 consultorio), Odontología, Laboratorio, PAI, Enfermería		
	C.s. Brasil	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Ginecología, Odontología, Farmacia, PAI , Recaudación		
	C.s. Cooperativa	X	X	X						X	Medicina General (1 consultorio), Odontología		
	C.s. Puerto Camacho	X	X		X					X	, Medicina General (2 consultorio), Odontología, Enfermería, Farmacia, Recaudaciones, Sala de Prepartos, Sala de Partos,		X

												Sala de Postparto, Sala de Internación		
	C. S. San Roque	X	X		X						X	Medicina General (1 consultorio), Ginecología, Odontología, Pediatría, PAI vacunas, Lavandería		
	C. S. Ocomisto	X	X		X						X	Medicina General (3 consultorio), Odontología, Enfermería, PAI, Farmacia, Recaudación y Archivo, Lavandería		
	C. S. Franz tamayo	X	X		X						X	Medicina General (2 consultorio), Enfermería, PAI, Farmacia, Sala de espera, Odontología, Sala de internación, Sala prepartos, Sala de parto, Laboratorio, Bono, Rayos X, Cocina portería lavandería, TB		
	C. S. Mercedario	X	X		X						X	Medicina General (2 consultorio), Enfermería, Cuarto para guardar vacunas, TB		X
	C. S. Villa Yunguyo	X	X	X								Medicina General (2 consultorio), Enfermería, PAI, Sala cadena de frio		
Senkata	C. S. Mercedes	X	X		X						X	Medicina General (2 consultorio), Odontología, Enfermería, PAI, Farmacia, Sala de Esterilización		
	C. S. Unificada Potosí	X	X		X						X	Medicina General, Consultorio Odontológico, Enfermería, Archivo, Farmacia		
	C. S. Ventilla	X	X		X						X	Medicina General (2 consultorio), Consultorio Odontológico, Enfermería, PAI, Farmacia, Sala de Esterilización		
	C. S. San francisco	X	X		X						X	Medicina General, Enfermería, Consultorio Odontológico, PAI		X
	C. S. Atipiris	X	X		X						X	Medicina General (2 consultorio), Enfermería (2), Consultorio Odontológico, PAI		
	C.s. Los pinos	X	X		X						X	Medicina General, Enfermería, PAI, Farmacia, Sala de Parto y Pap.		

FUENTE: ELABORACIÓN DOTPE CON DATOS DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD