



**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

# **PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2011 - 2015**

**Movilizados por  
el Derecho a la Salud y la Vida**

**Serie: Documentos de Política**

**PUBLICACIÓN  
5**

**La Paz – Bolivia  
2010**





**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

# **PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2011 - 2015**

**Movilizados por  
el Derecho a la Salud y la Vida**

**PUBLICACIÓN  
5**

**Serie: Documentos de Política**

**La Paz – Bolivia  
2010**

## Ficha bibliográfica

BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Planificación.  
WA525 Unidad de Planificación  
M665p Plan sectorial de desarrollo **2011-2015** "Movilizados por el derecho a la salud y  
No.5 la vida"./Ministerio de Salud y Deportes. La Paz : San Martín, 2010  
2010  
134p. :tab. (Serie: Documentos de Política No.5)

Depósito Legal: 4-1-314 -10 P.O.  
ISBN : 978-99954-50-26-7

- I. PLANES NACIONALES DE DESARROLLO
- II. POLITICA DE SALUD
- III. DIRECTRICES PARA LA PLANIFICACION EN SALUD
- IV. BOLIVIA
  1. t.
  2. Serie.

### **PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2011-2015 "MOVILIZADOS POR EL DERECHO A LA SALUD Y LA VIDA", MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

Puede obtenerse información en la siguiente dirección de internet

<http://www.sns.gob.bo>

<http://saludpublica.bvsp.org.bo>

**Resolución Ministerial Nº 0889 de 11 de agosto de 2010 / Nº 1448 de 24 de noviembre de 2010**

**Depósito legal:** 4-1-314-10 P.O.

**Nº de ISBN:** 978-99954-50-26-7

#### **Autor:**

Ministerio de Salud y Deportes – MSc. Julien Dupuy

#### **Dirección y coordinación:**

MSc. Julien Dupuy; Responsable Técnico Planificación Estratégica - Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes

#### **Revisión:**

Dra. Nila Heredia; Dr. Germán Crespo Infantes; Dr. Johnny Sánchez; Lic. Steven Sanjines; Dr. Eduardo Aillón; Dr. Jorge Jemio; Dr. Martín Maturano; Dr. Johnny Vedia

#### **Validación:**

Técnicos y Autoridades del Ministerio de Salud y Deportes; Técnicos y Autoridades de los Servicios Departamentales de Salud; Equipo Multidisciplinario del MSD (Anexo Editorial)

#### **Edición:**

MSc. Julien Dupuy – Responsable Planificación Estratégica; Dr. Johnny Sánchez – Jefe Unidad de Planificación; Sr. Miguel Cárcamo – Técnico en Imagen Institucional.

**La Paz: Unidad de Planificación - Dirección General de Planificación - Comité de Identidad Institucional y de Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes - 2010**

**© Ministerio de Salud y Deportes 2010**

**La impresión de este documento tiene el apoyo financiero del Programa de Apoyo al Sector Salud – Componente Apoyo Presupuestario – PASS Canadá.**

**Este documento es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial a condición de citar fuente y propiedad.**

*Impreso en Bolivia*

# **MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

Dra. Nila Heredia Miranda  
**MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES**

Dr. Martín Maturano Trigo  
**VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN**

Alberto Camaqui Mendoza  
**VICEMINISTRO DE MEDICINA  
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD**

Miguel Ángel Rimba Alvis  
**VICEMINISTRO DE DEPORTES**

Dr. Germán Crespo Infantes  
**DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN**

Dr. Johnny Sánchez Arias  
**JEFE DE LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN**



# Resolución Ministerial



Resolución Ministerial

Nº 0889

11 AGO. 2010

## VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el artículo 35 de la Constitución Política del Estado establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud;

Que, el Decreto Supremo N° 29272 de aprobación del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República: “Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien – Lineamientos Estratégicos 2006-2011”, en su artículo 3 dispone que los Planes Sectoriales deben ser elaborados, formulados y ejecutados bajo los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo;

Que, el artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, que establece la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, determina, dentro de las atribuciones del Ministra(o) de Salud y Deportes, el de ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público, privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional;

Que, el Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008, cuyo objeto es establecer el Modelo de Atención y Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural –SAFCI, organiza el modelo sanitario vigente, en sus componentes de atención y de gestión, aplicando la estrategia de promoción de la salud;

Que, el Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 constituye el documento estratégico a largo plazo elaborado según metodología del Ministerio de Planificación del Desarrollo, y que guía el accionar del Sector Salud, constituido por la seguridad social a corto plazo, sector público, sector privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional, alineándose con el Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”, la Constitución política del Estado Plurinacional y el Decreto Supremo N° 29601 que establece el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural;

Que, el artículo 14, numeral 22, del Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, establece dentro de las atribuciones y obligaciones del Ministra(o) de Salud y Deportes, la de emitir resoluciones ministeriales.

## POR TANTO:

La señora Ministra de Salud y Deportes, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009,

## RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar el documento base del **PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2011-2015 “HACIA LA SALUD UNIVERSAL”**, en sus cinco Capítulos, de acuerdo con el texto que forma parte inseparable de la presente resolución.

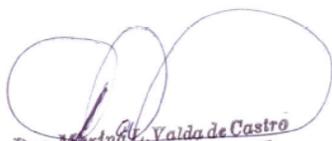
**ARTICULO SEGUNDO.-** El Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 “Hacia la Salud Universal” es de ejecución obligatoria en el Ministerio de Salud y Deportes, en los subsectores del Seguro Social de corto plazo, público, privado con y sin fines de lucro y de la medicina tradicional.

///.

**ARTICULO TERCERO.-** El Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 “Hacia la Salud Universal” podrá ser modificado durante su periodo de vigencia por instructivos de la (del) Ministra(o) de Salud y Deportes, en coordinación con la (el) Ministra(o) de Planificación del Desarrollo.

**ARTICULO CUARTO.-** La Dirección General de Planificación del Ministerio de Salud y Deportes, es responsable de la coordinación, elaboración y ajuste del Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 y de la evaluación de su ejecución así como de la coordinación, elaboración y ajuste del Plan Estratégico Institucional 2010-2015 y de la evaluación de su ejecución.

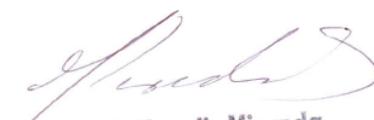
Regístrese, comuníquese y archívese.



*Dra. Martina Valda de Castro*  
DIRECTORA GENERAL DE  
ASUNTOS JURIDICOS  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



*Dr. Martin Maturano Trigo*  
VICEMINISTRO DE SALUD  
Y PROMOCION  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



*Dra. Nila Heredia Miranda*  
MINISTRA DE SALUD  
Y DEPORTES  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

SQL



## Resolución Ministerial

Nº 1448

24 NOV. 2010

### VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el artículo 35 de la Constitución Política del Estado, establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud;

Que, el Decreto Supremo Nº 29272 de aprobación del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República, denominado: "Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien - Lineamientos Estratégicos 2006-2011", en su artículo 3 dispone que los Planes Sectoriales deben ser elaborados, formulados y ejecutados bajo los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo;

Que, con Resolución Ministerial Nº 0889 de fecha 11 de agosto de 2010 se aprobó el documento base del *Plan sectorial de Desarrollo 2011-2015 "Hacia la Salud Universal"*, para su ejecución obligatoria en todo el Sistema Nacional de Salud;

Que, mediante nota CITE: MSD/DGP/1284/2010 de fecha 17 de noviembre de 2010, el Director General de Planificación, con la finalidad de proceder a la publicación del documento *Plan Sectorial de Desarrollo 2010 - 2020*, solicita a la Sra. Ministra de Salud y Deportes pueda instruir la modificación del Artículo Primero de la Resolución Ministerial Nº 0889, cuyo eslogan es "*Hacia la Salud Universal*" por el de "*Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida*";

Que, mediante instrucción contenida en la Hoja de Ruta MSD Nº 12795 de fecha 19 de noviembre de 2010, el Sr. Jefe de Gabinete instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos proceder con la modificación solicitada por el Director General de Planificación.

### POR TANTO:

La Sra. Ministra de Salud y Deportes, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo No. 29894 de 07 de febrero de 2009.

### RESUELVE:

**ARTÍCULO UNICO.-** Autorizar la modificación del eslogan del *PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2011-2015* de "*Hacia la Salud Universal*" por el de "*MOVILIZADOS POR EL DERECHO A LA SALUD Y LA VIDA*", en el articulado de la Resolución Ministerial Nº 0889 de fecha 11 de agosto de 2010.

Regístrese, hágase saber y archívese.

  
Dra. Mariela L. Valde Castro  
DIRECTORA GENERAL DE  
ASUNTOS JURIDICOS  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

SQL.

  
Dr. María Mercedes Trigo  
VICEMINISTRO DE SALUD  
Y PROMOCION  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

  
Dra. Nila Heredia Miranda  
MINISTRA DE SALUD  
Y DEPORTES  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



# Introducción

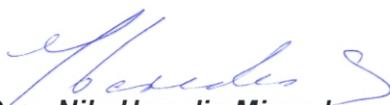
Durante los cinco años de Proceso de Cambio que refundó al país y sentó las bases del Estado Plurinacional, al Sector Salud le ha correspondido definir los fundamentos estratégicos para la transformación sectorial, elaborar y ejecutar los lineamientos del Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2010 “Movilizados por el Derecho a la Salud”, reflexionar sobre los logros alcanzados en ese periodo y establecer los desafíos pendientes al 2015 y 2020, todo ello con la finalidad de proponer nuevas medidas que impulsen y contribuyan, con dignidad y soberanía, a la profundización de la transformación de la realidad social y sanitaria del país.

El Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015, que se presenta en este documento, tiene sus bases en los logros sectoriales del periodo 2006-2009 y recoge las propuestas y demandas de los diversos sectores de la sociedad. Se constituye en un instrumento para transformar los desafíos en oportunidades, al mismo tiempo que es un llamamiento a la acción participativa colectiva de todos los interesados e involucrados en la construcción de un Sistema Único de Salud y de la política de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural, que hagan posible el sueño del *Vivir Bien*.

Por tanto, los grandes hitos que debe alcanzar el Sector Salud boliviano en la hora actual son: la eliminación de la exclusión social en salud, con igualdad y equidad; la mejora de los servicios de salud en el marco del Sistema Único y de la política sanitaria SAFCI; la transformación de las determinantes de la salud, la recuperación de la soberanía sanitaria; la atención de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, agudas, crónicas, y que devienen del cambio climático y desastres naturales; el incremento y racionalización de la inversión y gasto en salud; la recuperación de los conocimientos ancestrales en salud, de la medicina tradicional e intercultural; la revalorización de la salud en las prioridades de la población y el incremento de la eficiencia, efectividad y sostenibilidad en las intervenciones del Sector.

Tengo la seguridad de que, en los próximos diez años, este Plan guiará nuestras acciones, generara un dialogo permanente, intrasectorial e intersectorial, posibilitara alianzas estratégicas consolidadas con las agencias de cooperación externa en el marco de los compromisos del Milenio y de la Declaración de Paris sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, y facilitara la rendición de cuentas a la población sobre las acciones y logros sectoriales.

Estoy convencida de que todos los lineamientos, ejes de desarrollo, programas, proyectos sectoriales, objetivos y metas del Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 son viables, tienen una renovada visión de país a corto, mediano y largo plazo, y apuntan a un nuevo objetivo común: avanzar en el Proceso de Cambio para llevar a Bolivia a convertirse en País Líder de la equidad e inclusión social en salud.



**Dra. Nila Heredia Miranda**  
Ministra de Salud y Deportes



# Índice de Contenido

Introducción .....	11
Resumen Ejecutivo .....	15
<b>Capítulo I. Marco Conceptual .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1. Fundamentación del Vivir Bien .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2. Concepto de salud.....</b>	<b>21</b>
1.2.1. Determinantes de la salud e Intersectorialidad .....	21
1.2.2. La salud como derecho .....	22
1.2.3. La participación social en salud .....	22
1.2.4. La Interculturalidad en salud .....	22
<b>1.3. La responsabilidad del sector en la Constitución Política del Estado .....</b>	<b>23</b>
<b>1.4. La responsabilidad del sector en el Plan Nacional de Desarrollo .....</b>	<b>24</b>
<b>Capítulo II. Estado de Situación .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1. El Sector Salud en el periodo 2006-2009.....</b>	<b>29</b>
2.1.1. Acciones estratégicas emprendidas entre 2006 y 2009.....	29
2.1.2. Resultados alcanzados en el periodo 2006-2009 .....	30
<b>2.2. Caracterización de los integrantes del sector salud.....</b>	<b>32</b>
<b>2.3. Análisis de la Situación en Salud.....</b>	<b>37</b>
2.3.1. Características demográficas .....	37
2.3.2. Determinantes de la salud .....	37
2.3.3. Principales enfermedades y problemas de salud .....	40
2.3.4. Salud por Grupos de Población de riesgo .....	41
2.3.5. Exclusión en salud y barreras al acceso .....	44
<b>2.4. Contexto internacional .....</b>	<b>48</b>
2.4.1. Compromisos con los Objetivos del Milenio .....	48
2.4.2. Reglamento sanitario internacional .....	49
2.4.3. Cooperación internacional en salud y Declaración de París .....	49
2.4.4. Nuevas perspectivas de integración regional .....	50
2.4.5. Comparación internacional en salud.....	50
<b>2.5. Problemática y potencialidades del sector .....</b>	<b>50</b>

<b>2.6. Diagnóstico de los enfoques transversales de desarrollo en el sector</b> .....	<b>52</b>
2.6.1. Enfoque transversal de equidad.....	52
2.6.2. Enfoque transversal de innovación.....	52
2.6.3. Enfoque transversal de medio ambiente y riesgos.....	53
<b>2.7. Conclusiones del Estado de Situación Sectorial</b> .....	<b>53</b>
<b>Capítulo III. Propuesta de Desarrollo</b> .....	<b>56</b>
<b>3.1. Mandato Político y Social del Sector Salud</b> .....	<b>57</b>
<b>3.2. Visión del Sector Salud al 2015</b> .....	<b>57</b>
<b>3.3. Enfoque estratégico del PSD 2011-2015</b> .....	<b>57</b>
3.3.1. Finalidad del Sector Salud .....	57
3.3.2. Propósito del PSD 2011-2015 .....	57
<b>3.4. Ejes de Desarrollo</b> .....	<b>60</b>
3.4.1. EJE 1 Acceso universal al Sistema Único SAFCI .....	62
3.4.2. EJE 2 Promoción de la Salud y Movilización Social .....	69
3.4.3. EJE 3 Rectoría y Soberanía en Salud .....	78
<b>Capítulo IV. Financiamiento e Implementación</b> .....	<b>84</b>
<b>4.1. Estrategia de financiamiento</b> .....	<b>85</b>
<b>4.2. Estrategia de implementación</b> .....	<b>86</b>
<b>Capítulo V. Seguimiento y Evaluación</b> .....	<b>90</b>
<b>5.1. Desarrollo del proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación</b> .....	<b>91</b>
5.1.1. Definición de términos .....	91
5.1.2. Criterios de evaluación.....	92
5.1.3. Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación .....	92
<b>5.2. Sistema de indicadores</b> .....	<b>93</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>96</b>
<b>Anexo 1 – Comparación internacional de indicadores</b> .....	<b>97</b>
<b>Anexo 2 – Principales enfermedades en Bolivia</b> .....	<b>99</b>
<b>Anexo 3 – Estructura Programática y metas plurianuales del PSD</b> .....	<b>101</b>
<b>Anexo 4 – La salud en la Constitución Política del Estado Plurinacional</b> .....	<b>111</b>
<b>Anexo 5 – La salud en el Plan Nacional de Desarrollo</b> .....	<b>118</b>
<b>Anexo 6 – Decreto Supremo N° 29601 del Modelo SAFCI</b> .....	<b>124</b>

# Resumen Ejecutivo

El Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 (PSD) es el instrumento de planificación sectorial nacional, que orienta el accionar de todo el Sector Salud en Bolivia, en alineación a los nuevos paradigmas de desarrollo del Estado Plurinacional establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional (CPE), el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Gobierno 2010-2015 “Evo Bolivia Avanza” y la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, y que emana de las propuestas sociales y sanitarias realizadas en la concertación social nacional de las Pre constituyentes de salud del 2006 y del trabajo de coordinación con autoridades y técnicos del nivel nacional, departamental y municipal.

El Plan fue elaborado siguiendo la metodología diseñada y conducida por el Ministerio de Planificación del Desarrollo, en el marco del nuevo Sistema de Planificación Integral Estatal Plurinacional SPIEP, siguiendo las siguientes etapas: 1) Preparación y organización del proceso, 2) Elaboración del marco teórico conceptual y del estado de situación, 3) Formulación de la propuesta de desarrollo y 4) Formulación de la programación de inversiones y presupuesto, estrategia de implementación y sistema de Seguimiento y Evaluación.

En ese marco, el PSD 2011-2015 está organizado en tres partes. En la primera se analiza la responsabilidad del Sector Salud en el marco de los conceptos operacionales de salud y de derecho a la salud. Se presenta un conjunto de elementos teóricos, con posicionamiento crítico de las políticas sociales del periodo neoliberal y de los diversos grados de imposición de las fuerzas internacionales, dando cuenta de la situación social y de salud heredada de este periodo.

En la segunda parte se analizan los grupos que intervienen en el quehacer en salud como parte del Sector y las acciones que realizan, se estudia la situación de salud (epidemiología, determinantes, acceso) en Bolivia, definiendo las problemáticas y potencialidades del Sector al momento de elaborar la propuesta de desarrollo para el periodo 2011-2015.

La tercera parte consiste en la propuesta de desarrollo del Sector Salud, elaborada a partir del marco conceptual y del análisis situacional: incluye el mandato político y social del sector, su visión al 2015, la finalidad y objetivo general, los Ejes de Desarrollo, los Programas y Proyectos Sectoriales, la estrategia de implementación, el sistema de seguimiento y evaluación, y la presentación de informes sobre el desempeño y los logros en los niveles de gestión pública.

La propuesta se articula en tres Ejes de Desarrollo: el primer Eje “Acceso Universal al Sistema Único SAFCI” establece la necesidad de erradicar la exclusión social en salud, a partir del desarrollo de los servicios de salud en redes funcionales, con calidad, del desarrollo de la medicina tradicional y de la interculturalidad, y de la gratuidad de la atención; el segundo Eje “Promoción de la Salud y Movilización Social” impulsa la gestión participativa y actuación intersectorial sobre la determinantes de la salud, así como la protección de grupos poblacionales vulnerables, y la educación en salud orientada al logro de hábitos y prácticas saludables, incluyendo la práctica deportiva recreacional y competitiva. Finalmente, el tercer Eje “Rectoría y Soberanía en salud” pretende reforzar la conducción sanitaria en el Sector y la eficiencia de las intervenciones.

Los objetivos de estos tres Ejes y de sus respectivos Programas y Proyectos Sectoriales constituyen el núcleo programático del Plan Sectorial de Desarrollo y son comunes al Ministerio de Salud y Deportes, los SEDES, los DILOS, el Seguro Social de corto plazo y el subsector privado. Cada objetivo estratégico incorpora varios resultados previstos a nivel nacional (RPN) cuyo logro es

responsabilidad de todos. Los objetivos estratégicos y los RPN constituyen una respuesta de política sectorial a las prioridades de salud pública del país, lo suficientemente flexibles para que se pueda responder a los problemas y las amenazas emergentes a medida que surjan.

El Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 constituye el instrumento indicativo que permite la alineación nacional a los resultados programados de todos los responsables e involucrados en el quehacer sanitario. Es la base para toda la planificación y programación subnacional en el marco de las atribuciones establecidas en la Ley Orgánica de Autonomías y Cartas Municipales, en las que se establecerá las competencias y atribuciones de los diferentes niveles de gestión, así como la conducción y dirección estratégica del nivel central. Esto con equilibrio entre el alineamiento estratégico, el programático y la especificidad nacional, departamental, regional, municipal y de pueblos indígenas originario campesinos exigida por las Autonomías.

En resumen, el PSD, incorporando el marco de gestión por resultados, permitirá la agregación subsidiaria de los resultados alcanzados en todo el Sector y entre todos los niveles autonómicos. Los resultados e indicadores sectoriales establecidos permitirán que la planificación, el seguimiento y la rendición de cuentas se realicen de manera ágil, simple y transparente.

***Capítulo I.***  
***MARCO CONCEPTUAL***



# Capítulo I. Marco Conceptual

Tomando en cuenta los paradigmas del desarrollo económico social y cultural establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional y en el Plan Nacional de Desarrollo PND, el planteamiento del PSD asume como marco de referencia el Vivir Bien y la concepción social del proceso salud enfermedad, señalando el rol de lo biológico como parte de una relación dialéctica entre fuerzas determinantes más amplias y la posibilidad de que existan fenómenos singulares en los individuos. Estos son los ejes que orientan conceptualmente las alternativas estratégicas y programáticas que han orientado la fundamentación y el repensar de las relaciones entre los diversos niveles en los que se desarrolla el proceso salud-enfermedad: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, recuperación, desde la epidemiología, la salud pública y la protección social.

Por tanto, la categoría de análisis y los conceptos operacionales asumidos permiten el reconocimiento de la interconexión dialéctica entre salud y desarrollo, dando lugar al conocimiento de las diferencias en la reproducción social, en el perfil epidemiológico, en el estado de salud y en el acceso a los servicios.

En consecuencia, el marco teórico referencial que se asume en el Plan está dado por el Vivir Bien, el concepto social de salud y sus determinantes, la salud como derecho fundamental, la Intersectorialidad, la participación social y la interculturalidad.

## 1.1. Fundamentación del Vivir Bien

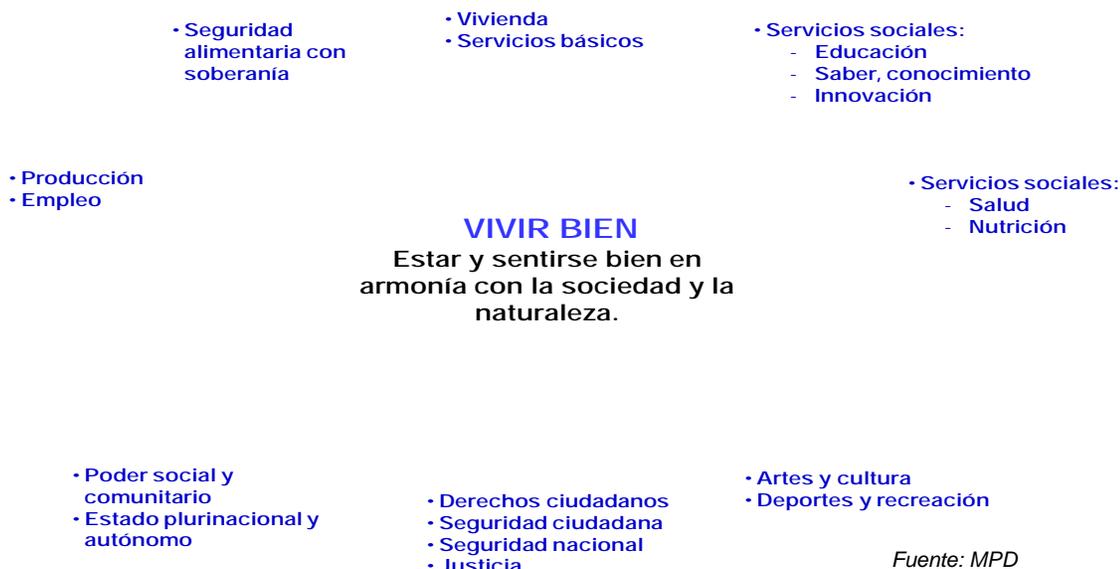
El Vivir Bien es un concepto milenario sustentado por las cosmovisiones de los pueblos indígenas originarios, fuertemente vinculado a la relación armoniosa con la naturaleza y a un modo de realización humana desde una vivencia holística y comunitaria. La filosofía ancestral del Vivir Bien ha sido retomada en las políticas nacionales de desarrollo principalmente a partir del año 2006, y constituye el fundamento del Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” y mayor reconocimiento en la Constitución Política del Estado Plurinacional (art.8).

En el Plan Nacional de Desarrollo, se resume el Vivir Bien como el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos” (ilustración 1).

En este sentido, el Vivir Bien se constituye en la base de un modelo de vida comunitario, donde prevalece el “todos nosotros” sobre el “yo”, se privilegia la complementariedad, la armonía y la interdependencia, se desarrollan las condiciones materiales y al mismo tiempo las espirituales, las relaciones sociales, las redes sociales y la solidaridad; el bien común se privilegia sobre el bienestar particular, la plenitud es una condición permanente que expresa las relaciones entre las personas y el medio ambiente natural construido.

En la tabla 1 se presenta la contribución del Sector Salud a las varias dimensiones del Vivir Bien.

## Ilustración 1 las dimensiones del Vivir Bien



**Tabla 1 Aportes del Sector Salud a las dimensiones del Vivir Bien**

Dimensiones del Vivir Bien	Contribución del sector a cada dimensión
Vivir en Comunidad (compartir decisiones, recursos y beneficios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Comunidad tiene un rol central en la toma de decisiones sobre la planificación y ejecución-administración en base al seguimiento y control social realizado mediante la estructura social para la gestión participativa y control social.</li> <li>• El beneficio principal producido por el Sector es un mejor estado de salud de toda la población, constituyéndose en un beneficio para toda la comunidad</li> <li>• Los recursos del Sector Salud en el marco del Sistema Único son colectivos, no privatizables y corresponden a toda la comunidad en la producción de servicios.</li> </ul>
Acceso y disfrute de los bienes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso de la población a servicios integrales de salud</li> <li>• Acceso a los servicios básicos mediante la promoción de la salud</li> <li>• Redistribución de la riqueza mediante programas de protección social</li> <li>• Construcción de la igualdad en el acceso y derecho a la salud, sin consideración de capacidad de pago y otras barreras creadas por los sistemas neocoloniales y neoliberales.</li> </ul>
Realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual / Identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento de los sentires, saberes, conocimientos y prácticas tradicionales en salud, incluida la medicina tradicional y su interacción con la medicina académica como una forma de realización espiritual y respeto de identidades y conductas propias.</li> <li>• Interrelacionamiento y respeto entre el personal de salud y la población como factor de realización afectiva.</li> </ul>
Armonía con la naturaleza, vivir en equilibrio con lo que nos rodea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información, educación, comunicación y cambio de conducta en relación al cuidado del medio ambiente y la prevención de riesgos naturales.</li> <li>• Gestión de los desechos y residuos de los establecimientos de salud</li> <li>• Vigilancia y control en la producción de bienes y servicios potencialmente contaminantes y perjudiciales a la salud.</li> <li>• Utilización de los productos de la naturaleza para la farmacopea tradicional y natural de manera reglamentada y protectora.</li> </ul>
Descolonización (pensamiento, saber, conocimiento y poder basado en la diversidad cultural y la construcción de la igualdad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en las relaciones de poder socioeconómicas, de clase, de género y culturales: redistribución equitativa de recursos, participación social (política) efectiva y acceso igualitario al conocimiento.</li> <li>• Recuperación y desarrollo de la medicina tradicional y de los conocimientos ancestrales en salud en sus diversas formas.</li> <li>• Toma de decisiones corresponsable para la gestión local de la salud, entre la Estructura Social en Salud, la población y el personal de salud.</li> </ul>

## 1.2. Concepto de salud

La salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios de nuestro país y de su diversidad: el proceso salud/enfermedad no tiene solamente causas, sino más bien determinantes.

Esta conceptualización permite avanzar respecto a la definición que limita a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946). Por la propia condición humana, el bienestar es transitorio y difícilmente puede existir un estado de completo bienestar. Sin embargo, si se añaden parámetros para considerar los determinantes de la salud, es decir aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales, se puede llegar a una definición científica apegada a la realidad. En tal sentido, la propuesta en torno a la definición de salud obliga a incorporar nuevos valores y por consiguiente, nuevas responsabilidades personales y sociales. Esto implica asumir completamente valores de igualdad, accesibilidad, gratuidad y equidad, además de armonía con la naturaleza, principios estos que privilegian la vigencia del derecho a la salud y la vida como derechos humanos y sociales fundamentales. La nueva óptica de análisis conduce a repensar la tarea del personal de salud y de las organizaciones y movimientos sociales en torno al ejercicio pleno del derecho a la salud.

Por tanto, al asumir la salud como un proceso multidimensional de contradicciones, entre situaciones destructivas y protectoras para la vida y la salud, que son específicas en cada espacio social, con sus características productivas, organizativas, culturales y de relaciones históricas con el medio ambiente, que se dan en momentos concretos e interdependientes de clase social, género y cultura, se la entiende como la relación de profunda armonía, complementariedad, interdependencia, solidaridad, reciprocidad, espiritualidad y equilibrio de las personas consigo mismas, con la familia, la comunidad, con todos los demás seres, con la Madre Tierra y el cosmos que nos cobija respetando, aceptando y valorando a todos con sus diferencias.

### 1.2.1. Determinantes de la salud e Intersectorialidad

Los determinantes de la salud son factores que, en diferentes grados de interacción, determinan el estado de salud individual y colectiva de la población. En este marco, se asume que el proceso salud/enfermedad no tiene causas, sino determinantes sociales, políticas, jurídicas, educativas, de género, económicas, culturales y ambientales.

El enfoque de los determinantes de la salud permite una comprensión integral del proceso salud-enfermedad y así adecuar el quehacer en salud: 1) aborda un amplio rango de determinantes y no sólo los riesgos y condicionantes de la enfermedad; 2) concierne a toda la población y no sólo a los enfermos. Este enfoque contribuye además, al Vivir Bien, a reducir los gastos de atención de la enfermedad y a generar estabilidad social.

A partir de la consideración de los determinantes, la salud está concebida bajo el principio de integralidad, es decir como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades, de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la Constitución Política del Estado Plurinacional.

En este marco, el accionar exclusivamente sectorial es insuficiente para la transformación de la salud global: se deben desarrollar acciones intersectoriales, es decir intervenciones coordinadas entre las comunidades urbano rurales (indígena, originario, campesino, interculturales y afro bolivianas) con los diferentes sectores en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes: pobreza, educación, agua, tierra-territorio, medio ambiente, producción, cultura, vivienda, justicia, defensa, organización social y otras, en el marco de la corresponsabilidad.

### **1.2.2. La salud como derecho**

El Derecho a la Salud es inherente a su reconocimiento y responsabilización por el Estado y a la necesidad de regulación de las relaciones sociales que se producen en el proceso salud - enfermedad y de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, su curación, rehabilitación y recuperación.

El derecho a la salud es un derecho humano y social fundamental, individual y colectivo, reconocido en la Constitución Política del Estado Plurinacional (artículo 18), que es entendido como el conjunto de disposiciones legales u otras relacionadas a la salud humana y a su protección. En el marco del principio de integralidad mencionado, el derecho a la salud incluye la reglamentación de los servicios del Sector Salud y también el derecho a tener condiciones de vida, sociales, económicas, culturales y ambientales favorables a la salud.

### **1.2.3. La participación social en salud**

La Participación social es un proceso social por el cual un grupo de personas con problemas y necesidades de vida compartidas en un área geográfica determinada, identifican sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos de solución.

A partir de la declaración de Alma-Atá en 1978, la participación comunitaria y social se constituyó en una estrategia principal para alcanzar el propósito de “Salud para todos en el año 2000”. Dentro de esta estrategia se determinó que la participación comunitaria es la clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población, en particular a los grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a ese tipo de servicio (OMS, 1990, *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario*).

La participación social en salud es el derecho y el deber que tiene la población organizada para participar directamente en la toma de decisiones de manera efectiva sobre el quehacer en salud en todos los niveles de gestión y atención, para consolidar una visión integral colectiva y no solo sectorial o corporativa. Se constituye en un factor clave para lograr el desarrollo de acciones en salud de manera corresponsable, legitimando las intervenciones sectoriales.

### **1.2.4. La Interculturalidad en salud**

Uno de los aspectos fundamentales del paradigma de la transformación del Estado boliviano, que cuestiona profundamente al sistema capitalista y que tiene como meta eliminar las desigualdades en

los intercambios culturales y la distribución inequitativa de recursos es la interculturalidad, que se entiende como la interrelación, la interacción, la reciprocidad, la aceptación, la cohesión, la convivencia, el aprendizaje, la enseñanza, la participación, el encuentro y el dialogo entre las culturas en igualdad de condiciones.

La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) define la interculturalidad como la complementariedad y reciprocidad entre las personas, familias y comunidades, urbano rurales, naciones y pueblos indígena originario campesino, comunidades interculturales y afro bolivianas con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, saberes/conocimientos y prácticas, para reconocerse y enriquecerse; promoviendo una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud.

La aplicación del principio de Interculturalidad en la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural está orientada, entre otros, a eliminar la barrera cultural en el acceso a la atención de salud y a promover la participación social efectiva en la toma de decisiones.

### 1.3. La responsabilidad del sector en la Constitución Política del Estado

La Constitución Política del Estado Plurinacional fue aprobada mediante referéndum el 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009. Establece, las bases fundamentales del Estado Plurinacional, los derechos, deberes y garantías de la población, la estructura y organización del Estado a través de 5 Partes y 411 artículos, de los cuales varios se refieren a salud.

Se reconoce así el derecho a la salud para las personas, la garantía por parte del Estado de la inclusión y acceso a la salud sin exclusión ni discriminación alguna, y se establece la unicidad del Sistema de Salud (“el Sistema de Salud es único”).

Dentro de los artículos referidos a salud, se puede destacar algunos que establecen derechos y obligaciones primordiales al momento de elaborar la propuesta de desarrollo; la integralidad de los artículos sobre salud están en anexo 4 (no se incluye los artículos sobre determinantes de la salud):

- Derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual, sin violencia (Art. 15)
- La Salud como un Derecho Fundamental para todos (Art.18)
- Acceso gratuito de la población a servicios de salud (Art.35)
- Sistema Único de Salud incluyente de las medicinas tradicionales (Art.35)
- Acceso al Seguro Universal de Salud y ejercicio de los servicios (Art.36)
- Obligación del Estado a garantizar y sostener el derecho a la salud (Art.37)
- Priorización de la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Art.37)
- Vigilancia de la calidad de atención (Art.39)
- Participación de la población en la toma de decisiones y gestión del sistema (Art.40)
- Acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos (Art.41)
- Promoción y práctica de la Medicina Tradicional (Art.42)
- Derecho a La Seguridad Social (Art.45)
- Derechos sexuales y reproductivos (Art.66)

## 1.4. La responsabilidad del sector en el Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” tiene como objetivo construir un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y en lo plurinacional, articulado a través de cuatro estrategias.

- Estrategia económica: Bolivia Productiva, basada en los sectores que conforman la matriz productiva y los que coadyuvan a su funcionamiento.
- Estrategia socio-comunitaria: Bolivia Digna, incluye los sectores distribuidores de factores y medios de producción y servicios sociales.
- 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.
- Estrategia del poder social: Bolivia Democrática, comprende a los sectores que promueven el poder social territorializado.

La estrategia Bolivia Digna, a la cual contribuye el sector salud, plantea la erradicación de la pobreza y de la exclusión social, eliminación de la discriminación, marginación y explotación, a partir de la provisión de servicios básicos (salud, educación, agua, etc.), como también acciones que generen capacidades económicas a familias y comunidades, buscando en las sociedades sus raíces culturales, el respeto a los derechos humanos, el sentido de pertenencia, la seguridad, el respeto a las formas de organización social y los derechos de las minorías, el principio de libertad cultural y de respeto a la diferencia y a la diversidad.

Este planteamiento asume la salud como un producto del desarrollo humano, que reorienta, redimensiona y humaniza el progreso social y en el cual las determinantes de salud (educación, saneamiento, vivienda, alimentación, medio ambiente, etc.) tienen una importancia fundamental.

El Sector Salud contribuye en diferentes objetivos y dimensiones de la Bolivia Digna, pero también en los objetivos de Bolivia Productiva, Soberana y Democrática (tablas 2 y 3).

**Tabla 2 Responsabilidad del Sector Salud en el marco de la Bolivia Digna**

Objetivo del PND	Dimensiones	Responsabilidad del sector salud a cada dimensión desde la propuesta de cambio
<b>BOLIVIA DIGNA</b> erradicación de la pobreza, la inequidad y la exclusión social en salud	Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribución a la erradicación de la pobreza a través del acceso a un Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y la implementación de la gratuidad en el lugar de atención, a manera de disminuir los gastos de bolsillo de la población en salud</li> <li>• Desarrollo de las capacidades de la población para disminuir la pobreza a través de proyectos intersectoriales liderados por el sector salud y con perspectiva de género, de un mejor acceso al sistema de salud, y Programa Desnutrición Cero</li> <li>• Reducción de las brechas de inequidad entre la población mediante la priorización de las poblaciones históricamente excluidas (mujeres, niños y niñas, personas adultas mayores, personas con capacidades especiales y pueblos indígenas, originarios y campesinos).</li> <li>• Disminución de los factores de riesgo, precariedad y vulnerabilidad de hombres y mujeres mediante inversiones, en particular en el área rural (fortalecimiento de redes).</li> <li>• Participación social en la gestión de acciones de salud.</li> </ul>

Objetivo del PND	Dimensiones	Responsabilidad del sector salud a cada dimensión desde la propuesta de cambio
<b>BOLIVIA DIGNA</b> erradicación de la pobreza, la inequidad y la exclusión social en salud	Erradicación de la exclusión social en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y del Seguro Universal de Salud, con el objetivo de erradicar las barreras de acceso a la salud: económicas, sociales, de género, generacionales, culturales (integración de la medicina tradicional), y relacionadas con la calidad de los servicios.</li> <li>Transformación de las determinantes y condicionantes de la salud, que generan exclusión social.</li> <li>Mejora de la solidaridad mediante la alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia; la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos desprotegidos que viven en la extrema pobreza como mujeres, niños y niñas, personas adultas mayores, personas con capacidades especiales y pueblos indígenas, originarios y campesinos.</li> </ul>
	Transformación del sistema educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adecuación curricular de las carreras de salud a los nuevos paradigmas del Sector Salud (Salud Familiar Comunitaria Intercultural y otros)</li> <li>Generación de nuevos conocimientos en base a investigación científica en salud</li> </ul>

**Tabla 3 Contribución del Sector Salud en el marco de los demás pilares del PND**

Objetivo del PND	Dimensiones	Contribución del sector salud a cada dimensión desde la propuesta de cambio
<b>BOLIVIA DEMOCRÁTICA</b>	Ejercicio del poder social y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profundización de la democracia participativa mediante toma de decisiones por la comunidad en la gestión de salud (componente de gestión SAFCI).</li> <li>Estructura social para la gestión participativa y control social</li> </ul>
<b>BOLIVIA PRODUCTIVA</b>	Generación de empleos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliación del personal del sector</li> </ul>
	Transformación y diversificación de la matriz productiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo tecnológico en salud e investigaciones de la farmacopea nacional</li> <li>Producción nacional de medicamentos tradicionales y naturales</li> <li>Implementación de las Farmacias institucionales Municipales Interculturales (FIMIs)</li> <li>Investigación de los usos medicinales de la hoja de coca.</li> </ul>
<b>BOLIVIA SOBERANA</b>	Alineamiento de la cooperación internacional y privados a las prioridades del País.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Cooperación Internacional en salud, alinea sus recursos a los ejes estratégicos del sector, tomando en cuenta territorialidad, coordinación intersectorial.</li> </ul>

Además de las cuatro estrategias principales presentadas anteriormente, el PND plantea enfoques transversales que interactúan en todos los niveles y dimensiones del desarrollo:

- **Innovación:** es el conjunto de procesos de incorporación y desarrollo de la ciencia, tecnología, y saber local para alcanzar mayor eficacia y eficiencia en los procesos de desarrollo de los sectores.
- **Equidad social:** es el principio que busca superar las brechas históricas y reducir las profundas desigualdades en el ejercicio fundamental de los derechos y en las contradicciones sustanciales de poder que enfrentan los grupos existentes en una sociedad. Estas contradicciones determinan procesos interdependientes (relaciones sociales de clase, culturales y de género).
- **Medio ambiente y riesgos:** es el enfoque que incorpora los factores de medio-ambiente y de riesgos en los procesos de planificación y gestión del desarrollo.

La erradicación de la inequidad social constituye uno de los principales objetivos de la “Bolivia Digna” y es entonces para el Sector Salud más que un eje transversal, sino un fin. En este marco, la diversidad es un concepto central en el desarrollo sectorial, como una característica sustancial de la naturaleza y de toda la sociedad. El carácter heterogéneo de la realidad y su movimiento es el principio básico del mundo real, en el que todos los procesos de la realidad son diversos, aunque también tienen relaciones esenciales que les otorgan unidad. La diversidad de género y la multiculturalidad son potencialidad favorables para el desarrollo humano. En una sociedad equitativa, lo diverso es una característica enriquecedora, pero en una fundada en inequidades lo diverso puede constituir un vehículo de explotación, colonización y subordinación de género.

**Tabla 4 Contribución del Sector Salud en el marco de los ejes transversales del PND**

<b>Eje transversal</b>	<b>Contribución del sector salud a cada dimensión desde la propuesta de cambio</b>
<b>Innovación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias de reconocimiento y desarrollo de las diferentes medicinas tradicionales</li> <li>• Desarrollo de la farmacopea tradicional y natural a partir de los saberes ancestrales, pero también a partir de nuevas investigaciones</li> <li>• Difusión de la ciencia y saberes tradicionales</li> <li>• Desarrollo de la producción nacional de medicamentos y otros insumos en salud para disminuir la dependencia tecnológica hacia el exterior.</li> <li>• Realización de nuevas investigaciones científicas para creación y difusión de nuevas tecnologías y nuevos procesos de desarrollo</li> <li>• Utilización de tecnologías modernas en salud como telemedicina y otras.</li> </ul>
<b>Equidad Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación de las inequidades y desigualdades mediante el acceso universal a un sistema único de salud</li> <li>• Disminución de las inequidades de género, económicas, territoriales y culturales</li> <li>• Priorización de los grupos de población más vulnerables y más excluidos históricamente en una lógica de equidad vertical: niños, mujeres embarazadas y en postparto, adultos mayores, naciones indígenas originarias, poblaciones rurales, etc.</li> <li>• Políticas públicas participativas e incluyentes</li> </ul>
<b>Medio ambiente Y Riesgos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de mecanismos intersectoriales de adaptación y mitigación al cambio climático y desastres naturales.</li> </ul>

***Capítulo II.***  
***ESTADO DE SITUACIÓN***



# Capítulo II. Estado de Situación

## 2.1. El Sector Salud en el periodo 2006-2009

### 2.1.1. Acciones estratégicas emprendidas entre 2006 y 2009

En cuanto al avance y logros respecto de programas, proyectos y acciones estratégicas ejecutados en el periodo 2006-2009 en el marco del PDS, se destacan las siguientes actividades:

- Formulación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural como nueva forma de pensar y hacer la salud, que se implementa de manera progresiva en todo el territorio, mediante el Decreto Supremo N° 29601 del Modelo SAFCI.
- Elaboración de las propuestas de cambio en salud en las Asambleas Pre constituyentes de Salud, incorporadas en la Constitución Política del Estado Plurinacional.
- Elaboración de la propuesta de Seguro Universal de Salud (SUSALUD) que fue aprobada en la Cámara de Diputados y no tratada en el Senado Nacional.
- Implementación del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, para erradicar la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años.
- Organización y consolidación del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición CONAN, conformado por nueve Ministros y presidido por el Primer Mandatario.
- Implementación del Bono Juana Azurduy en todo el territorio nacional para mujeres embarazadas y niños menores de 2 años no afiliados al Seguro Social de corto plazo, como incentivo a la mejora de la salud y nutrición materno-infantil.
- Implementación y reforzamiento de medidas de control y de la capacidad de respuesta institucional sectorial frente a desastres naturales y enfermedades transmisibles: principalmente rubeola, dengue, influenza A H1N1, fiebre amarilla, etc.
- Fortalecimiento de programa de atención a personas con insuficiencia renal terminal, mediante la dotación de equipos de hemodiálisis, creación de unidades y centros especializados.
- Introducción de la vacuna contra el rotavirus para controlar los casos de diarreas y contra el Papilomavirus para controlar el cáncer de cuello uterino.
- Implementación de la Residencia Médica SAFCI y de los Equipos Móviles SAFCI en comunidades rurales estratégicas y de extrema pobreza.
- Conformación de la estructura de gestión participativa y control social en salud en los niveles local, municipal y departamental.
- Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Deportes con la creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y Dirección General de Promoción de la Salud. .
- Creación del Programa Nacional de Bancos de Sangre.
- Implementación del proyecto Sonrisas Sanas Vidas Saludables con 10 Consultorios Odontológicos Móviles
- Implementación del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad.
- Fortalecimiento del Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) en su capacidad de control de calidad de medicamentos y de alimentos.
- Proyectos de solidaridad internacional: Brigadas Médicas Cubanas, Operación Milagro, construcción y equipamiento de establecimientos de salud de 1<sup>er</sup>, 2<sup>do</sup> y 3<sup>er</sup> nivel, dotación de ambulancias, Proyecto Misión Solidaria Moto Méndez y otros.
- Organización de los Juegos Bolivarianos, Olimpiadas Especiales, y construcción de la vía olímpica de Sucre.

## 2.1.2. Resultados alcanzados en el periodo 2006-2009

El Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2010 planteo alcanzar las siguientes metas globales: Cumplir las Metas del Milenio en salud hasta el año 2015; que la población boliviana, hasta el 2010, acceda en un 100% al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, además del acceso a servicios básicos; eliminar la desnutrición en niños menores de cinco años; alcanzar la mayor cantidad de años de vida saludables con menor incidencia de enfermedades; generar un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos; eliminar la violencia intrafamiliar focalizada en niñas de municipios pobres. En el marco de estas metas, se puede destacar los siguientes avances (tabla 5).

**Tabla 5. Avances en objetivos y metas del PDS periodo 2006-2009**

Objetivos	Indicadores	Situación inicial (2005 o antes)	Situación 2009	
Erradicar la pobreza extrema y el hambre  Eliminar la desnutrición en niños menores de 5 años	Tasa de desnutrición en menores de 5 años, crónica y global (estándar 2003)	Crónica: 27% Global: 8% (2003) Fuente: ENDSA 2003	Crónica: 22% Global: 6% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
	Cobertura de control de crecimiento (consultas nuevas) en menores de 5 años	54,6% (2005) Fuente: SNIS	58,5% (2009) Fuente: SNIS	
	Tasa de lactancia materna exclusiva en menores 6 meses	54% (2003) Fuente: ENDSA 2003	60% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
	% de niños de 6 meses a menores de 2 años con dosis completa de micronutrientes	28,0% (2005) Fuente: SNIS	49,9% (2009) Fuente: SNIS	
Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)	75 x 1.000 n.v. (1999-2003) Fuente: ENDSA 2003	63 x 1.000 n.v. (2004-2008) Fuente: ENDSA 2008	
	Tasa de mortalidad infantil	54 x 1.000 n.v. (1999-2003) Fuente: ENDSA 2003	50 x 1.000 n.v. (2004-2008) Fuente: ENDSA 2008	
	Cobertura de vacunación anti-sarampión en niños de 1 año	88,9% (2005) Fuente: SNIS	86,2% (2009) Fuente: SNIS	
	Cobertura completa de vacunas en menores de 5 años aplicadas en el periodo apropiado	43,7% (2003) Fuente: ENDSA 2003	69,7% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
	Tasa de incidencia reportada de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años	1.137 x 1.000 hab. (2005) Fuente: SNIS	1.373 x 1.000 hab. (2009) Fuente: SNIS	
Mejorar la salud materna	Razón de mortalidad materna	229 x 100.000 n.v. (1999-2003) Fuente: ENDSA 2003	En estudio Fuente: ENDSA 2008	
	% de partos asistidos por personal sanitario especializado	62% (2005) Fuente: SNIS 60,8% (2003) Fuente: ENDSA 2003	67% (2009) Fuente: SNIS 71,1% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
	Tasa específica de fecundidad en adolescentes (15-19)	84 x 1.000 mujeres (2003) Fuente: ENDSA 2003	88 x 1.000 mujeres (2009) Fuente: ENDSA 2008	

Objetivos	Indicadores	Situación inicial (2005 o antes)	Situación 2009	
Mejorar la salud materna	Cobertura 4to control prenatal en mujeres que tuvieron parto	57,9% (1999-2003) Fuente: ENDSA 2003 50,7% (2005) Fuente: SNIS	72,1% (2004-2008) Fuente: ENDSA 2008 59,1% (2009) Fuente: SNIS	
	Índice de necesidad insatisfecha en planificación familiar	22,7% (2003) Fuente: ENDSA 2003	20,2% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Tasa de prevalencia de VIH en adultos de 15 a 49 años	0,1% (2005) Fuente: OMS	0,2% (2007) Fuente: OMS	
	Tasa de uso de preservativo en relación de alto riesgo	36% (2003) Fuente: ENDSA 2003	50% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
	% de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a antirretrovirales	37% (2005) Fuente: OMS	22% (2007) Fuente: OMS	
	Tasa de prevalencia de tuberculosis (todas formas) en toda la población	280 x 100.000 hab. (2005) Fuente: OMS	170 x 100.000 hab. (2008) Fuente: OMS	
	Tasa de incidencia reportada de malaria en toda la población	1.106 x 100.000 hab. (2005) Fuente: SNIS	436 x 100.000 hab. (2009) Fuente: SNIS	
Acceso del 100% de la población al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, además del acceso a servicios básicos	% de personas enfermas que lograron atención en el sistema de salud (académica y tradicional)	48,6% (2004) Fuente: MECOVI 2004	58,1% (2007) Fuente: MECOVI 2007	
	% de mujeres que lograron atención en el sistema de salud para su parto (medicina académica y parteras)	66,8% (2003) Fuente: ENDSA 2003	75% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
	% de hogares con acceso a fuente de agua mejorada	80,2% (2003) Fuente: ENDSA 2003	85,6% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
Alcanzar la mayor cantidad de años de vida en forma saludable	Esperanza de vida saludable	54 años (2003) Fuente: OMS	58 años (2007) Fuente: OMS	
	Esperanza de vida al nacer	65 años (2005) Fuente: OMS	67 años (2008) Fuente: OMS	
Eliminar la violencia intrafamiliar focalizada en niñas de municipios pobres	% de mujeres unidas que han declarado sufrir violencias físicas o sexuales en el último año	53,3% (2003) Fuente: ENDSA 2003	24,2% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
	% de mujeres de municipios de pobreza alta que reportan que se castiga a sus hijo(a)	81,3% (2003) Fuente: ENDSA 2003	78,5% (2008) Fuente: ENDSA 2008	
	Número de casos de violencia intrafamiliar anuales reportados a nivel nacional	6.525 (2005) Fuente: SNIS	6.559 (2009) Fuente: SNIS	
	% de establecimientos de salud que han reportado casos de VIF	25,5% (2005) Fuente: SNIS	21,8% (2009) Fuente: SNIS	

## 2.2. Caracterización de los integrantes del sector salud

Actualmente, a pesar de los esfuerzos realizados, el sector salud todavía está caracterizado por su segmentación y fragmentación, que afectan al desarrollo sectorial y a la eficiencia de las intervenciones, generando exclusión social, discriminación e inequidad, dificultando la rectoría y ejercicio de la autoridad sanitaria del ente rector, Ministerio de Salud y Deportes. En consecuencia, las políticas de salud, los lineamientos estratégicos, las normas y los procedimientos elaborados por el Ministerio de Salud y Deportes son parcialmente aplicados por parte de los integrantes del sector.

El Sector Salud está compuesto por los siguientes subsectores:

- Subsector público, financiado por fondos públicos, descentralizado en su gestión.
- Subsector del Seguro Social de Corto Plazo, conformado por diversas Cajas de Salud que atienden a empleados, trabajadores con dependencia laboral formal, financiado por cotizaciones contributivas.
- Subsector privado, conformado por las entidades sin fines de lucro que actúan en salud (ONG, Iglesia y otros) y por las entidades con fines de lucro, que atienden solamente a grupos poblacionales con capacidad de pago (establecimientos privados, seguros privados, etc.).
- Subsector de la medicina tradicional, conformado por diferentes proveedores: parteras, Quilliris, Herbolistas, Amautas, Jampiris, Kallawayas, Chamanes, Kákuris, Aysiris, Ipayes y otros.

En el cuadro siguiente se presentan las características de cada subsector según la cobertura poblacional, las fuentes de financiamiento y gasto en salud en 2007 (tabla 6).

**Tabla 6 Población y financiamiento del Sector Salud**

Subsectores	Población	Fuentes actuales financiamiento
<b>PÚBLICO</b>	≈ 50 a 60 % de la población en los 3 niveles de atención	TGN, recursos propios, IDH, FPS, Coparticipación tributaria, créditos, donaciones, hogares (pagos directos)
<b>SEGURO SOCIAL DE CORTO PLAZO</b>	≈ 28 % en los 3 niveles de atención (esencialmente 2 <sup>do</sup> y 3 <sup>er</sup> nivel) + atiende seguros públicos	Cotizaciones afiliados e instituciones empleadoras, hogares (afiliación voluntaria)
<b>PRIVADO</b>	≈ 5 a 10 % (esencialmente en el 1 <sup>er</sup> y 2 <sup>do</sup> nivel de atención)	Hogares (pagos directos), Seguros de salud privados, donaciones
<b>MEDICINA TRADICIONAL</b>	≈ 5 a 10 % en el 1 <sup>er</sup> nivel de atención	Hogares (pagos directos)

En la tabla 7 se presenta la caracterización de los integrantes del Sector Salud, según su razón social, responsabilidades, y sus percepciones, limitaciones y expectativas (tabla 7).

**Tabla 7 Integrantes del Sector Salud**

Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p align="center"><b>Cabeza de Sector Ministerio de Salud y Deportes Máxima Autoridad Sanitaria en el Sector Salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ En el marco de sus atribuciones exclusivas e indelegables establecidas en la CPE, es la instancia política normativa que establece las políticas nacionales de salud y normas.</li> <li>❖ Conduce y regula el sector a través de leyes, decretos, resoluciones ministeriales, resoluciones administrativas, normas, disposiciones.</li> <li>❖ Establece las normas de seguimiento y evaluación.</li> <li>❖ Establece relaciones de coordinación inter e intrainstitucional en el marco de sus atribuciones exclusivas y compartidas reconocidas en la Ley Marco de Autonomías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reconoce que el Sector salud es fragmentado, con débil rectoría, y no satisface plenamente las demandas de la población.</li> <li>❖ No cuenta con asignación presupuestaria suficiente, y su gasto no es eficiente.</li> <li>❖ Reconoce la insuficiente coordinación y comunicación intraministerial e intersectorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Consolidar la implementación de la política SAFCI y el Sistema Único</li> <li>❖ Aumentar su capacidad de negociación frente a Economía y finanzas.</li> <li>❖ Ejecutar los recursos financieros, de compromiso programático, a manera de evitar la reversión de los mismos.</li> <li>❖ Recuperar la rectoría y liderazgo.</li> </ul>
<p align="center"><b>Servicios Departamentales de Salud (SEDES)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Dependientes de las Gobernaciones departamentales.</li> <li>❖ Cumplen y hacen cumplir parcialmente las disposiciones emanadas del MSD, (políticas de salud, disposiciones, normas en sus jurisdicciones territoriales)</li> <li>❖ Responsable de gestionar los recursos humanos del subsector público, a través de transferencias del TGN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reconocen que no existe una relación de coordinación.</li> <li>❖ Reconoce que la asignación presupuestaria que otorga el MSD no es suficiente.</li> <li>❖ Todavía no existe un relacionamiento técnico con los municipios, solo son solicitudes de fondos y recursos.</li> <li>❖ Existe una pugna de poder entre SEDES y municipios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mayor participación técnica programática.</li> <li>❖ Mayor acercamiento.</li> <li>❖ Una planificación conjunta de las acciones y procesos.</li> <li>❖ Procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación, desarrollados conjuntamente.</li> </ul>

Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<b>Gobiernos Municipales y DILOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Redes Municipales de Salud.</li> <li>❖ Directorio Local de Salud, DILOS.</li> <li>❖ El Municipio, mediante el DILOS, es la instancia ejecutiva local responsable del abastecimiento de insumos, medicamentos y alimentación, de los gastos operativos, construcción, mantenimiento y equipamiento de los establecimientos de salud públicos de su jurisdicción territorial.</li> <li>❖ No asumen a cabalidad el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No otorgan importancia al Sector como lo muestra el poco espacio acordado a Salud en los Planes de Desarrollo Municipales</li> <li>❖ No siempre cumplen con sus responsabilidades financieras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Más personal para ejecutar las acciones programadas y/o delegadas, SUMI, Bono JA, Desnutrición Cero, PAI, AIEPI, Tuberculosis y otras patologías.</li> <li>❖ Menos registros y estadísticas que llenar.</li> </ul>
<b>Establecimientos de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Provee los servicios de salud de tipo promocional, preventivo, curativo, etc.</li> <li>❖ Están organizados en redes territoriales y funcionales de salud</li> <li>❖ Proveen los servicios en el mismo establecimiento o en la comunidad</li> <li>❖ Funcionan en el marco de la descentralización por factores, en el MSyD, SEDES y Municipios tienen responsabilidades compartidas que dificultan su gestión y atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Son los responsables de otorgar atención en salud a la población que la demande.</li> <li>❖ Son responsables de la referencia y retorno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Más personal para ejecutar las acciones programadas y/o delegadas, SUMI, Bono JA, Desnutrición Cero, PAI, AIEPI, Tuberculosis y otras patologías.</li> <li>❖ Menos registros y estadísticas que llenar.</li> </ul>

Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p><b>Instituciones del Seguro Social de Corto Plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ INASES. Instituto Nacional de Seguros en Salud.</li> <li>❖ Seguro Social Obligatorio (SSO) de Corto Plazo: administrado por los entes gestores del Seguro social,</li> <li>❖ Las cajas que integran este subsector son: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Caja Nacional de Salud</li> <li>○ Petrolera</li> <li>○ De Caminos</li> <li>○ Banca Estatal</li> <li>○ Banca Privada</li> <li>○ Universitaria</li> <li>○ COSSMIL</li> <li>○ De seguros delegados como el de COTEL</li> </ul> </li> <li>❖ Seguro Social Largo Plazo y el Seguro Voluntario: administrado por las Administradoras de los Fondos de Pensiones (AFP's).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El INASES es la Entidad descentralizada, encargada de normar, implementar, monitorear, evaluar las actividades que realizan las Cajas de Salud.</li> <li>❖ Las Cajas de Salud cubren las prestaciones en servicios, especie y dinero y supervisan el cumplimiento de las asignaciones familiares, tienen su sede en la ciudad de La Paz y se desconcentran geográficamente en Administraciones Regionales y Agencias Distritales.</li> <li>❖ Las AFP's son instituciones financieras privadas, encargadas por el Estado para administrar el fondo de capitalización individual, compuesto por los aportes propios de los trabajadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No reconocen la rectoría del MSyD.</li> <li>❖ No hay una coordinación fluida entre los correlatos jerárquicos, intermedios.</li> <li>❖ Hay coordinación local puntual para temas operativos como es el PAI, VIH/SIDA y el SSPAM.</li> <li>❖ Cuestionan la implementación de un Seguro Único de Salud.</li> <li>❖ No asumen el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tienen un sistema de información propio.</li> <li>❖ Responden a sí mismas.</li> </ul>
<p><b>Todos los bolivianos y bolivianas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Población en general.</li> <li>❖ Organizaciones Sociales.</li> <li>❖ Organizaciones campesinas.</li> <li>❖ Organizaciones originarias.</li> <li>❖ Juntas Vecinales.</li> <li>❖ Otras organizaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Son bolivianos y bolivianas reconocidos/as por la CPE.</li> <li>❖ Son organizaciones que cuentan con personería jurídica.</li> <li>❖ Tienen reconocimiento de sus derechos fundamentales en la CPE y en normas internacionales.</li> <li>❖ Son a la vez beneficiarios directos de las actividades realizadas por el sistema de salud, pero también actores a través de la estructura social en salud.</li> <li>❖ Tienen derecho a la salud integral y gratuita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Demandan del sector acciones concretas en salud, como atención de calidad y calidez en los establecimientos de salud.</li> <li>❖ Solicitan una atención sin costo al beneficiario.</li> <li>❖ Apoyan al sector con sus organizaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ejercer el derecho a la salud de manera general.</li> <li>❖ Promoción de la salud, difusión y educación en el derecho a la salud, en derechos sexuales, en derechos reproductivos en todo el estado plurinacional.</li> <li>❖ Beneficiar de servicios de salud de calidad y con respeto</li> </ul>

Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p><b>Sub sector privado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ actores privados con fines de lucro               <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ de lucro</li> </ul> </li> <li>❖ actores privados sin fines de lucro               <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ de lucro</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Son organizaciones empresariales, individuales, formales e informales con fines de lucro, y con financiamiento y administración privada</li> <li>❖ Otorgan prestaciones de atención médica, los insumos, los servicios de apoyo diagnóstico y los medicamentos, se estima que solo 10% de la población lo usa regularmente. Conforman Organizaciones No Gubernamentales como PROCOSI y otras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prestan servicios lucrativos a la población.</li> <li>❖ Apoyan el desarrollo de actividades en salud, alineándose a las estrategias del MSD, principalmente en el área rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Seguir prestando sus servicios a la población.</li> <li>❖ Mayor acercamiento de los actores públicos para seguir apoyando a las políticas nacionales</li> </ul>
<p><b>Medicina Tradicional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Médicos tradicionales, parteras, Quilliris, Herbolistas, Amautas, Jampiris, Kallawayas, Chamanes, Kákuris, Aysiris, Ipayes y otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Son personas individuales con conocimientos y prácticas médicas ancestrales, u organizaciones conformadas por estos</li> <li>❖ Trabajan independientemente del sistema de salud.</li> <li>❖ Trabajan en las áreas urbanas marginales y rurales.</li> <li>❖ No responden a las disposiciones normativas del MSyD o SEDES.</li> <li>❖ El sistema de salud reconoce gradualmente a las parteras, médicos y médicas tradicionales.</li> <li>❖ La demanda por estos servicios suele combinarse con proveedores públicos y privados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Quieren más relaciones y reconocimiento por parte del Sector</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Seguir ejerciendo su profesión con mayor reconocimiento y articulación con la medicina occidental.</li> </ul>
<p><b>Cooperación Internacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Cooperaciones Bilaterales</li> <li>❖ Organizaciones Internacionales Multilaterales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Son entidades que cuentan con grandes recursos económicos para apoyar al sector, financian más que el mismo estado en los programas y proyectos en salud, como también en insumos, equipos e infraestructuras.</li> <li>❖ Se encuentran establecidos en los marcos de las relaciones internacionales, multilaterales y bilaterales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Otorgan apoyo financiero al sector salud, sin necesidad de que el sector solicite.</li> <li>❖ Tienen una estructura operativa ágil.</li> <li>❖ Apoyan tanto a SEDES como también a los Municipios en todos los programas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Esperan mayor coordinación, eficiencia y eficacia.</li> </ul>

## 2.3. Análisis de la Situación en Salud

El análisis de la situación de salud de la población debe partir del estudio de las determinantes de la salud y de sus consecuencias en el perfil epidemiológico de los grupos sociales. Se asume una descripción de la situación demográfica, de las determinantes de la salud, de la situación epidemiológica y de la exclusión en salud, en base a la información suministrada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), las bases de datos, estudios y publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), las Encuestas de Demografía y Salud (ENDSA), las encuestas MECOVI, etc.

### 2.3.1. Características demográficas

En los últimos sesenta años, la población boliviana se ha casi cuadruplicado, alcanzando 10.426.154 habitantes al 2010 según las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas a partir del censo poblacional de 2001. Según estas mismas proyecciones, la población total de Bolivia alcanzará 12.362.780 personas en 2020. La tasa anual de crecimiento estimada es de 1,9%, con mayor crecimiento en los departamentos de Pando, Santa Cruz y Tarija.

La población se caracteriza por su baja densidad (9,7 habitantes por km<sup>2</sup> a nivel nacional) y su desigual repartición dentro del territorio boliviano debido a la migración desde el área rural hacia las ciudades: más del 70% de la población total vive en los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, y la densidad poblacional en departamentos como Beni y Pando es de 2,1 y 1,3 habitantes por km<sup>2</sup> respectivamente.

Por otra parte, Bolivia se caracteriza por tener una población joven: el 64% tiene menos de 30 años y solo el 4% tiene más de 65 años según las proyecciones del INE para el 2010. De la población de mujeres, más de la mitad se encuentra en edad fértil.

El país se encuentra en fase de transición demográfica, caracterizada por una disminución de la natalidad e incremento de la esperanza de vida, resultando en un envejecimiento de la población: la tasa global de fecundidad mostró un importante descenso en los últimos años, pasando de 4,8 hijos por mujer en 1994 a 3,5 en 2008 (*Fuente: ENSA 1994 y 2008*), mientras que la esperanza de vida al nacer entre 1990 y 2007 pasó de 59 años a 67 años para ambos sexos (*Fuente: OMS 2002 y 2009*). Sin embargo, la transición demográfica no es generalizada a todo el territorio, ya que las disparidades entre las diferentes regiones y áreas del país son grandes.

### 2.3.2. Determinantes de la salud

La situación epidemiológica tiene raíces profundas en las condiciones de pobreza, de exclusión social y de insuficiente acceso a servicios básicos de la mayoría de la población. A continuación se presentan los principales determinantes de la salud, que deben ser el objeto de un análisis continuo por parte del Sector Salud.

### a) Alimentación / Seguridad Alimentaria

La vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria puede ser causada y/o incrementarse por factores tanto internos como externos al individuo o a la familia, ya que está dada por la diferencia entre el riesgo a presentar inseguridad alimentaria y la capacidad de respuesta de una determinada población ante la presencia de ese riesgo.

Para cuantificar la vulnerabilidad alimentaria, se utiliza el índice VAM que se calcula en una escala de 1 a 5. Según el Diagnóstico, Modelo y Atlas Municipal de Seguridad Alimentaria en Bolivia, en el año 2006, de los 327 municipios, 25 presentaban un índice de VAM 5 (muy alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria), en tanto que 118 presentaban un grado alto de vulnerabilidad (VAM 4), mostrando mejoras en comparación del año 2003, en el cual 36 Municipios tenían un índice VAM 5 y 137 un índice VAM 4 (*MPD PMA, 2008*).

Las principales causas directas de la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria son, entre otros, la insuficiente capacidad productiva, la falta de recursos para la compra de alimentos, el elevado precio de estos, el clima y la insuficiente capacidad de respuesta a eventos climáticos adversos.

En cuanto a las repercusiones de la alimentación inadecuada en cantidad o calidad, están la desnutrición aguda y crónica, que afectan al 1,4% y 27,1% de los menores de cinco años respectivamente (*MSyD INE, ENDSA 2008*), pero también la obesidad y el sobrepeso, que a su vez son factores de riesgo relevantes para las enfermedades no transmisibles, especialmente por su relación con diabetes y patologías cardiovasculares.

### b) Vivienda

La disponibilidad y las características de la vivienda son esenciales y determinan la salud de las personas, familias y comunidades.

Según el censo poblacional de 2001, el 71,63% de las viviendas del área rural tiene piso de tierra y sólo el 0,76% lo tiene de mosaico, baldosas o cerámica. En área urbana el 49,02% cuenta con piso de cemento y el 33,65% piso de tierra. En cuanto a las paredes, el 51,01% de las viviendas son fabricadas con adobe o tapial, y los techos en un 48,61% son de calamina. Respecto al hacinamiento, en el 36,96% de los hogares, el dormitorio es ocupado por más de tres personas.

En lo que hace a la relación entre vivienda y salud, el hacinamiento condiciona la transmisión de enfermedades contagiosas tales como la tuberculosis. Asimismo la relación de la vivienda con corrales o gallineros y la utilización de materiales de construcción inadecuados también favorecen la proliferación de vectores y con ello el riesgo de contraer enfermedades transmisibles.

### c) Agua potable y alcantarillado

Según el censo poblacional de 2001, el 65,11% de los hogares se abastece de agua por cañería de red, 12,17% de río, vertiente o acequia, 9,66% de pozo o noria sin bomba, 5% de pileta pública y el 8,06% restante de otra fuente de provisión. Datos más actuales recogidos por el sector salud en la ENDSA 2008 muestra que el 86% de los hogares tienen acceso a fuente de agua mejorada.

En cuanto a alcantarillado, el 68,76% de las viviendas cuenta con servicio sanitario (38,96% en el área rural y 85,93% en área urbana) según el censo de 2001. Del total de viviendas con servicio sanitario, 31,43% dispone de alcantarillado, 25,75% pozo ciego y 10,62% cámara séptica.

Tanto la falta de alcantarillado como la de agua segura producen enfermedades gastro-intestinales y enteroparasitosis, que hallan expresión en episodios diarreicos que son causales de muerte por deshidratación.

#### d) Educación

Según el censo poblacional de 2001, el 13,28% de la población boliviana era analfabeta. Para el 2009, esta situación ha sido revertida hasta el 4,5% con la aplicación del Programa “Yo sí Puedo”.

Se constata que existe una estrecha relación entre el nivel de estudios alcanzado y la ocupación. Las personas con nivel educativo primario se concentran en empleos como trabajadores manuales (artesanos, obreros, etc.). De la misma forma, la probabilidad de ser pobre es más alta cuanto más bajo es el nivel de educación alcanzado: sólo un 0.8% de la población tiene sus necesidades básicas satisfechas cuando el jefe del hogar no ha recibido ninguna educación. En cambio, tiene sus necesidades básicas satisfechas un 58.4% cuando el jefe del hogar alcanza educación superior (Fuente: censo INE 2001).

Salud y educación están muy relacionadas y actúan juntas para el desarrollo de la niñez y de la población en general. Uno aprende mejor cuando está en buena salud, pero la relación funciona también en el otro sentido: cuando los niños tienen buenas condiciones de educación y aprenden mejor, favorece su salud presente y futura. De manera general, la gente con mayor educación tiene mayor acceso a servicios básicos y es más apta a utilizar los servicios de salud con eficiencia (por ejemplo para cumplir con los tratamientos). Además, la educación tiene un impacto indirecto sobre la salud mediante su influencia sobre variables como el ingreso.

#### e) Pobreza y desigualdades económicas

El nivel de pobreza y el estado de salud están relacionados de manera determinante. En primer lugar, la pobreza crea barreras económicas que no permiten el acceso a servicios de salud. El efecto de la pobreza sobre el estado de salud consiste también en la relación que esta tiene con las otras determinantes de la salud (acceso a servicios básicos, educación, vivienda y otros).

De acuerdo con los datos del Anuario Estadístico 2005 del INE, el 39.6% de la población boliviana vive en condiciones de pobreza extrema; el 29.1% de la población del área urbana se encuentra en pobreza extrema, mientras que en el área rural el 58.6% está en esa categoría. Por otra parte, los municipios se pueden clasificar en 5 categorías según la proporción de pobres que se encuentran en su territorio: la mayoría de los municipios (273 de 314 en 2001) tiene más del 60% de su población en situación de pobreza. En cambio, 41 municipios que representan más de la mitad de la población presentan una magnitud de pobreza inferior a 60% (tabla 8).

**Tabla 8 Distribución de municipios y población según magnitud de pobreza. 2001**

Grupo	Magnitud pobreza NBI (%)	No. Municipios	%	Población	%
Grupo I	17,0 - 59,9	41	13,1	4.309.566	52,1
Grupo II	60,0 - 84,9	73	23,2	1.753.331	21,2
Grupo III	85,0 - 94,9	80	25,5	1.032.190	12,5
Grupo IV	95,0 - 97,9	49	15,6	619.059	7,5
Grupo V	98,0 - 100,0	71	22,6	560.179	6,8

Fuente: Elaborado en base a datos de INE-UDAPE

Por otra parte, Bolivia está caracterizada por las grandes desigualdades que existen en la distribución de la riqueza: el 10% de la población más pobre se beneficia del 0,5% del ingreso nacional, mientras que el 10% más rico controla el 44,1% (PNUD, Informe sobre el desarrollo mundial 2009). El índice de Gini a nivel nacional es de 0,560 para 2007 (UDAPE, 2008), categorizando Bolivia dentro de los países con más inequidades económicas en el mundo.

De acuerdo con diferentes estudios, los municipios con mayores niveles de pobreza muestran también los peores resultados en los principales indicadores de salud, lo que reafirma la relación

entre las condiciones de salud y la pobreza. En este sentido, la tabla 9 muestra la relación entre un indicador muy representativo del estado general de salud (la tasa de mortalidad infantil, por 1.000 nacidos vivos) y otros determinantes de la salud, entre las cuales está la pobreza.

**Tabla 9. Tasa de mortalidad infantil en Bolivia con relación a determinantes de salud**

Departamento	Incidencia de Pobreza absoluta	Población sin acceso a agua segura	Tasa de analfabetismo en mujeres > 15 años	Tasa mortalidad infantil (x 1000 nv)
<b>Potosí</b>	66.7%	56.0%	40.0%	99
<b>Chuquisaca</b>	61.5%	46.1%	34.8%	71
<b>Oruro</b>	46.3%	42.5%	17.3%	82
<b>La Paz</b>	42.4%	34.5%	17.6%	64
<b>Beni</b>	41.0%	64.9%	11.7%	60
<b>Cochabamba</b>	39.0%	46.1%	21.2%	72
<b>Pando</b>	34.7%	61.4%	13.8%	63
<b>Tarija</b>	32.8%	24.5%	20.1%	53
<b>Santa Cruz</b>	25.1%	22.3%	10.3%	54
<b>BOLIVIA</b>	<b>40.4%</b>	<b>37.7%</b>	<b>19.4%</b>	<b>66</b>

Fuente: elaboración propia en base a Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Frente a esta estrecha interrelación entre salud y condiciones de vida, se puede concluir que no es posible el tratamiento de lo sectorial sanitario de manera aislada de lo social global.

### 2.3.3. Principales enfermedades y problemas de salud

En 2009, la Organización Mundial de la Salud reactualizó el estudio mundial sobre las principales causas de mortalidad y enfermedad: se produjo estimaciones de mortalidad y de años saludables perdidos por cada problema de salud para el año 2004 a partir de modelos de mortalidad, siguiendo la clasificación internacional de enfermedades (ver anexo 2). Aunque estas informaciones son solamente estimaciones, tienen la ventaja de tomar en cuenta todos los problemas de salud y de no limitarse a los casos reportados.

Por una parte, este estudio considera la mortalidad específica, mostrando que las infecciones respiratorias son la principal causa de defunción en Bolivia. Sin embargo, la mortalidad no es el único criterio de gravedad de una enfermedad; también se toma en cuenta la morbilidad, ya que existen problemas de salud que, a pesar de no ocasionar alta mortalidad directa, afectan a la población boliviana (depresión, adicción al alcohol, a drogas, etc.).

De manera general, Bolivia presenta un perfil epidemiológico con altas incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles: tuberculosis, mal de Chagas, leishmaniasis, etc., así como infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y problemas relacionados con las condiciones maternas y neonatales, que son propios de países en desarrollo y con las condiciones de pobreza y exclusión en las cuales se encuentra la mayoría de la población.

No obstante, Bolivia se encuentra en proceso de modificación del perfil epidemiológico y de mejoramiento de las condiciones de vida, que determina una mayor esperanza de vida para la población, con incremento de enfermedades crónicas, no transmisibles y degenerativas (OMS 2009, *Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States 2004*).

## 2.3.4. Salud por Grupos de Población de riesgo

### a) Niños y niñas menores de cinco años

Según proyecciones del INE basadas en el censo poblacional de 2001, la población menor de cinco años de edad representa 12,5% de la población boliviana en el año 2010 (1.302.875 niños, respectivamente 664.395 niños y 638.480 niñas). Esta proporción disminuirá con el proceso de transición demográfica, caracterizado por una disminución de la natalidad e incremento de la esperanza de vida, hasta alcanzar 10,5% al 2020.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad es según la ENDSA 2008 de 63 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos (n.v) en el periodo 2004-2008; los niños menores de un año y recién nacidos son los principales afectados, ya que se reporta una tasa de mortalidad infantil de 50 por cada 1.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad neonatal de 27 x 1.000 n.v. En cuanto a estos indicadores, se observa mejoras en comparación con el periodo 1998-2003, en el cual las tasas de mortalidad en la niñez, infantil y neonatal eran de 75, 54 y 27 por cada 1.000 nacidos vivos respectivamente (*MSD INE, ENDSA 2003*).

Los principales problemas de salud encontrados en las niñas y niños menores de cinco años de edad que producen esta alta mortalidad están identificados: se estima que en 2008, 18% de las defunciones de menores de 5 años en Bolivia son debidas a neumonía, 16% a prematuridad, 15% a diarrea, 13% a asfixia perinatal, 8% a sepsis neonatal, 5% a anomalías congénitas, 3% a traumatismos y 22% a otras enfermedades; 50% de las defunciones están relacionadas a un estado nutricional deficiente (*OMS, estadísticas sanitarias mundiales 2010*).

En 2008, según la ENDSA, la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRAs) en menores de 5 años, en las dos semanas que precedieron la encuesta, fue de 20% mostrando una ligera disminución desde el año 2003 (22,2%). En cuanto a casos de IRAs reportados en el SNIS, fueron 1.784.424 para el año 2009, es decir una tasa de incidencia reportada de 1.373 x 1.000 niños.

Otro problema de salud en la niñez es la prematuridad; según el SNIS, 4% de los nacidos vivos en 2009 tenían bajo peso al nacer (menor a 2,5 kg).

Respecto a Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), la prevalencia en menores de 5 años según la ENDSA 2008 fue de 26% en las dos semanas que precedieron la encuesta y 5,4% diarreas con sangre; se muestra mayor prevalencia en los niños de 12 a 23 meses de edad (40,4% y 8,8% con sangre). El número de casos de EDAs reportado por el SNIS en 2009 fue de 600.534, representando una tasa de incidencia reportada de 462 casos por cada 1.000 menores de 5 años.

En cuanto a enfermedades inmunoprevenibles, las coberturas de vacunación permiten que éstas no tengan impacto muy grave sobre la salud de los niños de 0 a 4 años: la cobertura de todas las vacunas (en cualquier momento) de niños entre 18 y 29 meses de edad reportado por la ENDSA era de 78,6% en 2008 (63,8% en 2003) y la proporción de niños que no recibieron ninguna vacuna era de 0,8% (2,8% en 2003). Sin embargo, la vacunación no siempre se realiza en el momento apropiado: solamente 69,7% de los niños recibieron en el 2008 la totalidad de las vacunas respetando el esquema normativo (43,7% en 2003) (*INE, MSyD, ENDSA 2008*).

La desnutrición es también un problema en la población menor de cinco años en Bolivia, ya que 22,5% de ella sufre de desnutrición crónica según la ENDSA 2008 (talla baja para la edad); sin embargo, la desnutrición global (bajo peso – edad) concierne 4,3% de los menores de 5 años.

### **b) Adultos mayores (60 años y más)**

Según las proyecciones poblacionales del INE, la población de 60 años y más representan el 6,9% de la población total en el año 2010, alcanzando 721.039 personas, de las cuales la mayor parte son mujeres (394.696 mujeres y 326.343 hombres). Con el incremento de la esperanza de vida, esta proporción aumentará hasta alcanzar 8,1% al 2020 (1.007.087 personas).

Las principales causas de mortalidad en adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares, cáncer (principalmente estómago y próstata), enfermedades digestivas como cirrosis e infecciones respiratorias, con tasas de mortalidad específicas de 1491, 1395, 516 y 315 defunciones por cada 100.000 adultos mayores respectivamente (*OMS 2009, Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States 2004*). También sufren de afecciones no letales, propias del envejecimiento, como problemas del aparato osteomuscular, dificultades en la visión, pérdida de audición y depresión, entre otros.

Existen sistemas de protección y apoyo a las personas de la tercera edad como la renta Dignidad y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM); sin embargo, los adultos mayores constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad, tanto por las condiciones de pobreza relativa en la que se encuentran, como por el elevado gasto que demanda la atención de padecimientos crónicos y discapacidades que les afectan.

### **c) Personas con discapacidad**

Según estudios internacionales, se estima que la prevalencia de discapacidad es de 9,26% de la población total (*BID, 2001*), representando 965.462 personas para el año 2010, de las cuales se estima que el 10% presenta grado de discapacidad grave y muy grave.

Las principales causas de discapacidad en Bolivia están relacionadas con problemas congénitos, accidentes laborales, hechos de tránsito, inadecuada atención del parto, enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales.

Según la ENDSA 1998, el 26,3% de la población con algún tipo de discapacidad tiene retraso mental, 17,8% es sorda, 17,7% manca o coja, 14,5% paralíticos, 10,4% ciegos, 8,2% sordomudos y 5,1% mudos.

### **d) Pueblos indígena originario campesinos**

Las poblaciones indígena originarias constituyen la mayor parte de la población boliviana, ya que según el censo poblacional de 2001, 62,05% de la población de 15 años y más se autoidentifica como indígena originario, repartidos en la forma siguiente: 30,71% Quechuas, 25,23% Aymaras, 2,22% Chiquitanos, 1,55% Guaranies, 0,85% Mojeños, 1,49% otros y 37,95% no originarios.

Varios estudios realizados muestran generalmente condiciones de vida y de salud más precarias en la población indígena originaria que en la población no originaria. Sin embargo, los diferentes estudios en salud no siempre toman en cuenta esta variable, lo que dificulta el análisis específico de la salud de pueblos indígena originario campesinos.

Estas condiciones de pobreza, de inequidad de género y etnoculturales determinan según el censo poblacional de 2001, que la mortalidad infantil es más alta cuando la madre es indígena originaria, como se constata en la tabla 10. Esta misma situación se evidencia en los Municipios con preponderancia indígena originaria campesina (tabla 11).

Finalmente, la MECOVI 2007 muestra que los pueblos indígenas originarios tienen menos acceso a servicios de salud cuando lo necesitan, ya que 51,4% de las personas que declararon pertenecer a

algún pueblo indígena originario tuvieron atención institucional cuando estuvieron enfermos (38,6% en Aymaras), contra 63,9% para poblaciones no indígenas.

**Tabla 10. Tasa de mortalidad infantil según el idioma que habla la madre**

Idioma que habla la madre	Tasa mortalidad infantil 2001
<b>BOLIVIA</b>	61 x 1.000 n.v.
Quechua	100
Guarani	84
Aymara	75
Castellano y nativo	70
Otro nativo	63
Castellano solamente	53
Castellano y extranjero	40

Fuente: INE (CNPV 2001)

**Tabla 11. Tasa de mortalidad infantil e IDH por autonomía Indígena Originaria Campesina**

Municipios con autonomía indígena originario campesina	% población indígena 2001	Tasa mortalidad infantil 2001	Índice de Desarrollo Humano 2005
<b>BOLIVIA</b>	61,97%	61 x 1.000 n.v.	0,669
Huacaya (CHQ)	50,41%	74	0,515
Tarabuco (CHQ)	98,38%	104	0,423
Mojocoya (CHQ)	94,94%	78	0,539
Charazani (LPZ)	98,61%	91	0,467
Jesús de Machaca (LPZ)	95,73%	70	0,598
Pampa Aullagas (ORU)	82,18%	91	0,561
San Pedro Totora (ORU)	95,59%	94	0,528
Chipaya (ORU)	98,73%	58	0,564
Salinas G.Mendoza (ORU)	80,06%	104	0,528
Chayanta (PTS)	96,80%	123	0,443
Charagua (SCZ)	55,41%	72	0,603

Fuente: INE (CNPV 2001), PNUD (Informe sobre Desarrollo humano en Bolivia)

#### e) Mujeres en edad fértil

Según las proyecciones poblacionales del INE, las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) son 2.646.279 en 2010, representando la cuarta parte de la población total (25,4%) y alcanzaran 3.271.057 personas en 2020 (26,5% de la población).

Según la ENDSA 2008, la tasa global de fecundidad es de 3,5 hijo(a)s por cada mujer (4,2 en 2003), y la tasa general de fecundidad de 121 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil, con mayores nacimientos para mujeres de 20 a 29 años de edad.

Según estimaciones de la ENDSA 2003, la razón de mortalidad materna sería de 229 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte materna son las hemorragias, infecciones en el embarazo, complicaciones de abortos, hipertensión, y el parto prolongado, que representarían el 65% de las defunciones maternas (*MSyD, 2002, Encuesta post-censal de mortalidad materna*). Esta situación está relacionada con factores sociales de riesgo como el embarazo en adolescentes y el intervalo intergenésico corto, y con factores relacionados a la atención del parto en el esquema de las “tres demoras” (1. decisión de buscar ayuda, relacionada a los factores socio-económicos, 2. el acceso y llegada a servicios y 3. calidad de los servicios de salud).

En relación al embarazo adolescente, el 18% de las mujeres de 15 a 19 años estuvo alguna vez embarazada (16% en 2003). En cuanto al periodo entre nacimientos, este es en promedio de 35 meses; sin embargo, 7,6% de las mujeres tienen un intervalo entre el último y el penúltimo nacimiento inferior a 17 meses (*MSyD INE, ENDSA 2008*).

Esta situación se debe al insuficiente conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos: en 2008, solamente 60,5% de las mujeres unidas reportaron usar algún método de contracepción, que sea moderno o tradicional (*MSyD INE, ENDSA 2008*).

Por otra parte, las mujeres en edad fértil tienen problemas de salud específicos a este grupo poblacional y no relacionados con la maternidad. Entre estos, el cáncer de cuello uterino, que se debe a lesiones que se desarrollan durante el periodo de actividad sexual, provocaría 1.525 defunciones cada año en Bolivia (*OMS 2009, Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States 2004*).

### 2.3.5. Exclusión en salud y barreras al acceso

#### a) Exclusión en salud

La exclusión en salud se refiere a la falta de acceso total o parcial a los servicios de salud, es decir cuando un individuo está en la imposibilidad de acceder a la atención en salud de manera adecuada y cuando la necesita. En este sentido, la exclusión en salud es un fenómeno que trasciende el sector por ser un problema multi-causal, donde se pueden distinguir fuentes externas e internas al Sector. Entre las causas externas se encuentran las barreras de acceso económicas, geográficas, laborales, de género, generacionales, culturales, etc. Las fuentes internas están constituidas por fallas o déficit de calidad, de estructura y de capacidad resolutive.

#### b) Situación de la exclusión en salud

Según la encuesta continua de hogares de 2002 (MECOVI), la tasa de exclusión en salud alcanza el 58% de la población que reportó haber estado enferma antes de la encuesta (23% de la población total); por una parte, el 18% no recibió atención alguna porque no pudo o no percibió la necesidad de acudir a un servicio sanitario, sea por barreras económicas (42%), porque se trataba de un caso leve (33%), por recurrir a la automedicación (13%), por la distancia de los servicios (9%) o su mala calidad (3%); ellos constituyen el primer grupo de exclusión. Del otro 82% que buscó algún servicio, el 55% fueron atendidos institucionalmente por personal de salud (no se considera la calidad ni el resultado); el otro 45% no accedió a ningún servicio institucional aunque había percibido la necesidad, constituyendo el segundo grupo de excluidos. Este grupo recibió atención no institucional, es decir, se hizo atender con un farmacéutico (6%), un familiar (39%) u otra persona.

Además, parece existir una relación negativa entre atención institucional y pobreza. El 59% de las personas que tiene un ingreso mayor a la línea de pobreza ha logrado atender su demanda de salud

institucionalmente, comparado con sólo el 44% y el 35% de los pobres y pobres extremos respectivamente.

Según la encuesta MECOVI 2007, 57% de la población enferma no accedió a la atención en el sistema de salud, que sea medicina académica o tradicional. Sin embargo, al contrario de la MECOVI 2002, no se consideró la percepción de la necesidad de atención.

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

Por otra parte, la distribución del riesgo de exclusión según área geográfica y región (tabla 14) muestra que la mayor severidad en el riesgo de exclusión existe en el occidente urbano y en el oriente rural, con 40% y 41% respectivamente.

**Tabla 12. Distribución del Riesgo de Exclusión, según Área Geográfica y Región**

Área	Región	Grado del riesgo de exclusión			
		Severo	Alto	Moderado	Leve
Urbana	Occidente	40%	4%	10%	46%
	Valles	26%	7%	22%	45%
	Oriente	3%	0%	80%	17%
Rural	Occidente	21%	75%	0%	5%
	Valles	16%	82%	0%	2%
	Oriente	41%	5%	6%	48%

Fuente: UDAPE OPS 2004, Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia

Los departamentos del oriente (Santa Cruz, Beni y Pando), son los que cuentan con menor grado de riesgo de exclusión. Si se suman los tramos de riesgo severo y alto, el departamento de Beni es el que tiene menor grado de exclusión (9%), seguido por Santa Cruz (16%) y Pando (22%). En cambio, los departamentos que presentan el mayor grado de riesgo de exclusión (severo y alto) son Potosí (89%), Chuquisaca (76%) y Oruro (62%).

### c) Causas de Exclusión

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

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

recuperación de los saberes locales y su valoración, articulación y coordinación entre las medicinas tradicional y académica, respeto cultural de la persona, familia y comunidad.

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

Resulta difícil estimar el peso relativo de cada una de estas barreras en el acceso de la población a servicios de salud. Sin embargo, la ENDSA 2008 identificó que el 92% de las bolivianas identifica al menos un problema de acceso a los servicios de salud (tabla 15).

**Tabla 13. Porcentaje de mujeres que reportaron problemas en el acceso a servicios de salud**

Problemas en accesos a servicios de salud	2003	2008
Conseguir permiso para tratamiento	22,1%	23,2%
Conseguir dinero para tratamiento	68,5%	59,8%
Lejanía de los servicios médicos	51,0%	50,5%
No tener transporte	48,9%	48,5%
No quiere ir sola	45,8%	43,0%
Preocupación que no haya Proveedor femenino	52,5%	51,3%
Preocupación que no haya quien la atienda	-	72,8%
Preocupación que no haya medicinas disponibles	-	73,2%
Cualquiera de los anteriores	89,5%	92,1%

Fuente: MSyD INE, ENDSA 2008

#### **d) Barreras económico-financieras y seguros de salud**

Una de las principales barreras al acceso es la económica, que se caracteriza principalmente por el gasto de bolsillo en salud, cuando los hogares pagan directamente el costo total o parcial de las prestaciones de servicios de salud. Este representa en promedio el 6% del gasto total del hogar y solo el 34% de los hogares reportaron no recurrir al gasto de bolsillo para la atención en salud (UDAPE OPS 2004, *Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia*). En términos agregados, el 24,5% del gasto total en salud corresponde a pagos de bolsillo (MSyD UDAPE 2010, *Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia*).

El gasto de bolsillo en salud puede acentuar la pobreza cuando se convierte en gasto catastrófico, es decir cuando es mayor al 10% del gasto total del hogar. A nivel nacional, el 53% de los hogares reportó un nivel de gasto de bolsillo en salud menor al 10% del gasto total, mientras que el 13% de

los hogares tuvieron gasto catastrófico en salud (UDAPE OPS 2004, *Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia*).

La principal forma de protegerse de los efectos adversos del gasto de bolsillo en salud es la afiliación a seguros de salud. Actualmente, el Seguro Social de corto plazo protege al 28,5% de la población (Fuente: MSyD). Sin embargo, el subsector del Seguro Social es excluyente, ya que solamente protege a trabajadores formales y sus familias: el 37% de la población del quintil más rico de ingresos está asegurado en las Cajas de Salud, mientras que sólo el 4% de la población del quintil de ingresos más pobre se encuentra afiliada al Seguro social de corto plazo (UDAPE OPS 2004, *Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia*).

Además del Seguro Social de corto plazo, el Estado Boliviano ha implementado, en las dos últimas décadas, seguros públicos de salud, principalmente con el fin de reducir de manera significativa los índices de morbilidad materna e infantil. También se implementó seguros para las poblaciones mayores de 60 años, que figuran dentro de las más pobres y excluidas de los servicios de salud. Es así que a partir de 1996 se ingresa a una etapa de la salud pública nacional caracterizada por la otorgación de prestaciones de salud gratuitas mediante seguros públicos de salud financiados con recursos fiscales y administrados por los Gobiernos Municipales (tablas 16).

**Tabla 14. Seguros Públicos de Salud materno-infantiles y de la vejez en Bolivia**

Seguro	Beneficiarios	Vigencia	Prestaciones y atención	Financiamiento
<b>Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)</b>	Menores de 5 años y mujeres embarazadas	mayo 1996 a dic. 1998	32 prestaciones en el sub-sector público: 18 prest. de diagnóstico, 12 prest. para mujeres embarazadas y 9 prest. para menores de 5 años	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (3,2% del 90% de CP tributaria municipal), RRHH financiados por TGN
<b>Seguro Básico de Salud (SBS)</b>	Menores de 5 años, mujeres embarazadas y familias (grandes endemias)	marzo 1999 a 2003	92 prestaciones en el sub-sector público: 14 prest. de diagnóstico, 35 prest. para mujeres embarazadas, 33 prest. para menores de 5 años y 13 prestaciones universales a la familia (Tb, malaria, cólera e ITS)	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (6,4% del 85% de CP tributaria municipal), RRHH financiados por TGN
<b>Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 1)</b>	Menores de 5 años y mujeres embarazadas hasta 6 meses posteriores al parto	2003 a dic. 2005	500 prest. de atención a la enfermedad y prevención de la enfermedad en los sub-sectores público, del Seguro Social y sub-sector privado (con convenio)	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (10% del 100% de la CP tributaria municipal), transferencias eventuales del FSN, RRHH financiados por TGN y fondos del Seguro Social de Corto Plazo
<b>Ampliación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 2)</b>	Beneficiarios SUMI 1 + mujeres en edad fértil	Desde diciembre 2005	Prestaciones SUMI 1 + 27 prestaciones de salud reproductiva a todas las mujeres en edad fértil en los sub-sectores público, de la Seg. Social y sub-sector privado (con convenio)	Mismas fuentes de financiamiento SUMI 1

Seguro	Beneficiarios	Vigencia	Prestaciones y atención	Financiamiento
<b>Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV)</b>	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	Agosto 1998 a enero 2006	Atención integral de enfermedades (menos prestaciones excluidas por el código de Seg. Social), únicamente en los establecimientos de la Seg. Social de CP	Prima anual para establecimientos de salud de \$56 por afiliado (repartida entre los 3 niveles de atención), pagada a 60% por TGN y 40% por Gobiernos Municipales (CP tributaria)
<b>Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)</b>	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	desde enero 2006	Atención integral de enfermedades (menos prestaciones excluidas por el código de Seguridad Social) Atención en los sub-sectores público y del Seguro Social, y en otros sub-sectores con convenios	Prima anual de Bs.580 (3 niveles de atención) por afiliado pagada integralmente por recursos municipales (provenientes de la CP tributaria municipal, IDH municipal e ingresos propios), RRHH financiados por TGN, Seguro Social de Corto Plazo y otros sub-sectores según convenios

Fuente: MSyD

## 2.4. Contexto internacional

Bolivia ha iniciado una nueva época de relacionamiento internacional, basada en el respeto y beneficio mutuo, la dignidad y la no-injerencia. Así, los compromisos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio, el Reglamento Sanitario Internacional, la Declaración de París y otros se dan tomando en cuenta la nueva política de relacionamiento internacional.

### 2.4.1. Compromisos con los Objetivos del Milenio

La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas organizada en septiembre de 2000. En ella se reafirmaron estrategias globales para el desarrollo humano y la reducción de la pobreza, acordando ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y sus respectivas metas (21), que deberán ser alcanzados hasta el 2015.

Los objetivos del Milenio que conciernen directamente el sector salud son los siguientes:

- ODM 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre  
*Meta 1C: Disminuir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padece hambre.*
- ODM 4 Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años  
*Meta 4A: Reducir en 2/3, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años.*
- ODM 5 Mejorar la salud materna  
*Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en 3/4 partes.*  
*Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.*
- ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades  
*Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación VIH/SIDA.*  
*Meta 6B: Lograr, para el 2010, el acceso universal al tratamiento VIH/SIDA.*  
*Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (tuberculosis, Chagas, etc.).*
- ODM 8: Desarrollar la colaboración global para el desarrollo  
*Meta 8E: proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo*

## 2.4.2. Reglamento sanitario internacional

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un instrumento jurídico internacional firmado por 194 países miembros de la Organización Mundial de la Salud, que entró en vigor en junio de 2007 con el fin de prevenir y afrontar riesgos de salud pública susceptibles de cruzar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo, y principalmente la propagación de enfermedades transmisibles.

El reglamento obliga al país a reforzar sus medios actuales de vigilancia y respuesta sanitaria y a comunicar a la OMS los brotes de ciertas enfermedades y determinados eventos de salud pública, siguiendo los procedimientos establecidos. En una primera etapa, se prevé la evaluación de las capacidades de vigilancia y respuesta, y en una segunda, se aplicará planes de acción para asegurar que esas capacidades básicas estén en funcionamiento al finalizar el 2012.

## 2.4.3. Cooperación internacional en salud y Declaración de París

Bolivia participa en los procesos de cooperación internacional para el desarrollo, para apoyar sus estrategias, programas y proyectos de salud. Los principales acuerdos de cooperación multilaterales y bilaterales para el periodo 2006-2010, se establecieron con Cuba, Venezuela, la Comisión Europea, el Banco Mundial, UNICEF, PNUD, UNFPA, OPS/OMS, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, JICA (Japón), AECID (España), USAID (Estados Unidos), CTB (Bélgica), Francia, Irán, Italia, República de Corea, Argentina, México y otros.

La alineación de las Agencias de Cooperación internacionales a las políticas, programas y prioridades de salud ha sido insuficiente. En este contexto, la Declaración de París sobre eficacia de la ayuda al desarrollo suscrita en marzo del 2005, define un marco de evaluación completo, con lineamientos estratégicos definidos, acciones orientadas a resultados, medibles y cuantificables para mejorar la calidad de la ayuda y su impacto en el desarrollo.

La declaración de París fue acordada entre 101 países y se basa en cinco grandes compromisos:

- La apropiación, para que los países beneficiarios de la ayuda ejercen una autoridad efectiva sobre sus propias políticas de desarrollo y estrategias.
- La alineación, para que los donantes basan todo su apoyo en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países beneficiarios, utilizando sus sistemas.
- La armonización, para que las acciones de los donantes sean más armonizadas, transparentes y colectivamente eficaces, utilizando disposiciones comunes.
- Gestión orientada a resultados, para administrar los recursos y mejorar las tomas de decisiones orientadas a resultados deseados.
- Mutua responsabilidad, para que donantes y socios sean conjuntamente responsables de los resultados del desarrollo, con transparencia en el uso de los recursos.

#### 2.4.4. Nuevas perspectivas de integración regional

Las políticas regionales tienen un nuevo impulso desde la creación de la Alternativa Bolivariana para América (ALBA) en diciembre de 2004, hoy denominada “Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América - Tratado de Comercio de los Pueblos” (ALBA-TCP). El ALBA constituye un nuevo marco regional de cooperación y de solidaridad entre los pueblos, que podría apoyar al Sector Salud de Bolivia a través de la capacidad de fomento del Banco ALBA.

El ALBA fue creada conjuntamente por la República Bolivariana de Venezuela y la República de Cuba, principalmente para desarrollar la integración latinoamericana y oponerse al “Área Libre de Comercio para la Américas” (ALCA), que “es la expresión más acabada [...] de profundización del neoliberalismo, que crearía niveles de dependencia y subordinación sin precedente” (*Declaración de Creación del ALBA, 2004*). En 2010, el ALBA está conformada por ocho países luego de la renuncia al tratado de Honduras. Estos países son, por orden de adhesión: Cuba y Venezuela (2004), Bolivia (2006), Nicaragua (2007), Mancomunidad de Dominica (2008), Antigua y Barbuda, San Vicente y las Granadinas y Ecuador (2009).

Por otra parte, existen uniones y acuerdos regionales que, aunque no invierten directamente en salud, tienen un cierto impacto sobre las relaciones internacionales en Américas, como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) constituida en 2008, la Comunidad Andina (1969), el Mercado Común del Sur Mercosur (1991) y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica OTCA, entre otros.

#### 2.4.5. Comparación internacional en salud

Para señalar en qué proporciones se pueden mejorar los indicadores sanitarios en Bolivia, resulta atrayente observar la situación de salud de otros países. Se debe tomar en cuenta que existen limitantes, potencialidades y especificidades sociales, geográficas o culturales propias de cada país. En este sentido, se compara con países que tienen contextos similares a Bolivia.

Se presenta en Anexo 1 un cuadro comparativo de algunos indicadores de salud entre Bolivia y países vecinos, países con el mismo nivel de desarrollo humano y de PIB por habitante y países sin acceso al mar: región de las Américas, Perú, Brasil, Paraguay, Irán, Honduras y Uzbekistán.

### 2.5. Problemática y potencialidades del sector

La problemática en salud ha sido resumida en las asambleas Pre constituyentes y en el Plan nacional de Desarrollo de la manera siguiente:

- **Alta privación socio – biológica en las mayorías poblacionales**, determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva; que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, étnicos, culturales, y según género, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad, que afectan principalmente grupos vulnerables, como mujeres, niños y niñas, personas adultas mayores, personas con capacidades especiales y pueblos indígenas, originarios y campesinos.

- **Sistema de Salud Inequitativo e ineficiente:** no se toma en cuenta la diversidad cultural, social, étnica del país. Insuficiente capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, expresado en niveles de gestión y atención desintegrados; sin criterio de calidad y eficiencia, desconectados entre sí, mal distribuidos, deficientemente equipados, con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados y sin mecanismos de control social.
- **Sistema Nacional de salud segmentado, fragmentado,** con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuesto no coordinados entre sectores; y de accionar independiente, con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes, con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre las determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.
- **Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud** con expresión de la alineación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aun más el de las mujeres.
- **El Sector salud no asume la medicina tradicional** y no hay complementación plurinacional en los servicios. Hay una falta de fomento a la práctica de los terapeutas tradicionales, a la valoración de conocimientos tradicionales de las mujeres mayores y parteras, a la investigación de la medicina ancestral, a la elaboración de una farmacopea y a la implementación de mecanismos regulatorios.
- **Los problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición** y malnutrición que generan bajas defensas frente a la enfermedad y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

Sin embargo, el sector salud posee capacidades y potencialidades para dar pasos hacia el futuro y así revertir esta situación. Se pueden, entre otras, destacar las potencialidades siguientes:

- Un modelo de gestión de salud descentralizado y concurrente, en proceso de mayor profundización, que tendría capacidad para tomar decisiones más próximas a los problemas locales, en la que participarán las comunidades en la toma de decisiones.
- Pueblos Indígenas y Originarios con estructuras propias que cuentan con saberes ancestrales, usos y costumbres en el tratamiento de enfermedades.
- Se cuenta con un Sistema Nacional de Salud con práctica gerencial en manejo del seguro público (Seguro Universal Materno Infantil y Seguro Médico Gratuito de Vejez) en todo el territorio nacional, además de 50 años de experiencia en Seguridad Social.
- Alianzas estratégicas intersectoriales por niveles de gestión. (Universidades públicas y privadas, organizaciones sociales, Sectores de Desarrollo y otros para acciones de promoción en salud)
- Incorporación efectiva de las redes sociales al sector, por niveles de gestión. (especialmente en el nivel local para la sistematización de necesidades y toma de decisiones.
- El Plan Nacional de Desarrollo prioriza la protección social y el desarrollo comunitario integral Base de la salud familiar comunitaria intercultural
- Apoyo de la Cooperación Internacional a través del financiamiento y asistencia técnica.

## 2.6. Diagnóstico de los enfoques transversales de desarrollo en el sector

### 2.6.1. Enfoque transversal de equidad

La equidad es un principio que busca superar las brechas históricas, económicas, sociales, de género, culturales, territoriales y reducir las profundas desigualdades en el ejercicio de los derechos fundamentales. La equidad pretende generar oportunidades con acciones positivas en beneficio de segmentos sociales discriminados, excluidos y vulnerables, en el acceso, distribución y control de los recursos y beneficios del desarrollo. Transversalizar el enfoque de equidad es un proceso, que implica proveer herramientas metodológicas que permitan superar las brechas históricas, reducir las profundas desigualdades, valorar las implicaciones de cualquier acción que se planifique, trátase de legislación, políticas o programas en todas las áreas y a todos los niveles.

Así, el Sector Salud buscó disminuir las inequidades y desigualdades. En este propósito, no siempre fueron favorecidas las poblaciones más excluidas, debido a problemas políticos, administrativos, económicos y técnicos. No obstante, se puede destacar que los programas y proyectos que se enfocaron en las desigualdades, como Desnutrición Cero (desigualdades territoriales en este caso) han tenido resultados significativos. Además, el Sector cuenta ahora con la intervención del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, dependiente del Ministerio de Justicia.

Un rumbo importante del enfoque de equidad en el sector salud es la equidad de género, ya que se constatan generalmente desigualdades en desmedro de las mujeres tanto en el poder como en el acceso a las decisiones y los recursos, debidas a realidades históricas, religiosas, económicas y culturales. Así, se constata un limitado acceso a la salud de las mujeres, en muchos casos como resultado de la falta de tiempo, por escasos recursos económicos, por su escasa participación en instancias de decisión acerca de la salud y a estos se suma la discriminación y deficiente calidad de atención en el servicio de salud.

### 2.6.2. Enfoque transversal de innovación

El eje transversal de innovación en salud ha tenido avances significativos desde 2006, pues se revalorizó los conocimientos locales y ancestrales de los pueblos indígenas originarios mediante el reconocimiento y desarrollo de la medicina tradicional. Aunque queda todavía mucho que hacer para el desarrollo de la medicina tradicional, en particular su reconocimiento formal, es evidente que tiene un lugar en la Sociedad boliviana y en las políticas de desarrollo mucho más importante que antes de la gestión del Presidente Evo Morales.

Los conocimientos ancestrales de la medicina tradicional se despliegan actualmente en el reconocimiento, registro y formación de los recursos humanos, es decir los médicos, médicas tradicionales y parteras, pero también en la producción de medicamentos naturales que ayudan a disminuir y romper la dependencia tecnológica hacia medicinas producidas en países industrializados por parte de grandes empresas multinacionales.

Sin embargo, existe todavía una gran dependencia tecnológica del exterior en cuanto a medicamentos, equipamientos e insumos, dado que la industria farmacéutica y médica no está muy desarrollada en el país. En este sentido, se deben multiplicar las iniciativas públicas y privadas en una óptica de disminución de la dependencia tecnológica.

### 2.6.3. Enfoque transversal de medio ambiente y riesgos

La salud está grandemente condicionada por los riesgos climáticos y de medio ambiente. Se ha detectado a nivel nacional los principales problemas siguientes (MSyD, ASIS 2004):

- Contaminación del agua de consumo, ya sea natural o debida a actividades humanas (agrícolas, extractivas, industriales), provocando graves consecuencias en la salud humana, por el consumo directo y la utilización de estas aguas en la agricultura y crianzas. Entre otros, la presencia de contaminantes orgánicos persistentes y otros plaguicidas, en medio ambiente, alimentos y tejidos humanos tiene efectos carcinogénico, mutagénico, etc.
- El cambio climático y la variabilidad climática ya tienen impacto sobre la salud, con un incremento de la extensión geográfica y altitudinal de las enfermedades transmitidas por vectores. Por otro lado, alteraciones meteorológicas violentas de presentación cíclica, como el fenómeno de El Niño, también ejercen notable influencia sobre la salud humana, a partir de magnificación de eventos naturales tales como lluvias y sequía, que pueden generar desastres y facilitar la proliferación de enfermedades infecciosas como el dengue.
- Polución del aire, que puede provocar infecciones respiratorias, entre otros.

## 2.7. Conclusiones del Estado de Situación Sectorial

El análisis de la situación en salud permite resaltar dos grandes categorías de problemas: por una parte, la población no tiene un acceso universal e integral a servicios de salud de calidad, con capacidad resolutoria suficiente. Por otra parte, existen factores sociales, económicos, culturales y ambientales, llamados determinantes de la salud, que provocan alta morbi-mortalidad general y materno-infantil en particular. Estas dos categorías de problemas muestran la necesidad de modificar profundamente el accionar sectorial, mejorando las condiciones de los servicios de salud (accesibilidad, calidad, interculturalidad) y desarrollando a gran escala la promoción de la salud a partir de la movilización social y de alianzas estratégicas intersectoriales, para impactar eficientemente sobre el estado de salud y la calidad de vida de la población.

Además, la fragmentación del sector y la baja eficiencia en sus intervenciones se convierten en obstáculos tanto para la conducción y la regulación sanitaria, como para la efectiva implementación de programas y proyectos de salud en todo el territorio. Asimismo, la insuficiente asignación presupuestaria en salud del PGN y la irracionalidad del gasto impiden que el sector plantee y logre metas ambiciosas orientadas a solucionar los principales problemas de salud y de calidad de vida de la población enfrenta, con sostenibilidad e independencia.

Otro aspecto a considerar es el referido a la cantidad, calidad y estabilidad de los recursos humanos: el personal de salud de establecimientos y de instituciones como el Ministerio de Salud y Deportes y SEDES, se halla desmotivado por la inestabilidad laboral, por los bajos sueldos, y por los mínimos incentivos a trabajar en el área rural. Además, los procesos de formación de RRHH son de baja calidad y no toman en cuenta la realidad social del país ni los requerimientos potenciales de la política sanitaria de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Otra condición esencial al desarrollo del Sector Salud es la participación protagónica de la población organizada, tanto en procesos formales de planificación, ejecución, administración y control social

de las actividades sectoriales; en la modificación de actitudes y priorización de la salud, logrando así hábitos, usos y costumbres saludables; como en el análisis crítico de las políticas sectoriales.

La problemática y factores claves de éxito identificados se consideran en el proceso de cambio plasmado en el presente Plan, en alineación con la Constitución Política del Estado Plurinacional y el Plan nacional de Desarrollo. El Plan Sectorial de Desarrollo de salud 2011-2015 constituye un compromiso social de todos los integrantes del Sector, y deberá lograr un mejor futuro para las generaciones presentes y futuras.

***Capítulo III.***  
***PROPUESTA***  
***DE DESARROLLO***



# Capítulo III. Propuesta de Desarrollo

## 3.1. Mandato Político y Social del Sector Salud

El mandato político y social del Sector Salud es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza e inequidad para Vivir Bien.

## 3.2. Visión del Sector Salud al 2015

En el año 2015,

La población ejerce plenamente su derecho a la salud en igualdad de condiciones, ha mejorado su estado de salud integral y vive bien; accede a la atención universal gratuita en el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que cuenta con atención de calidad y redes de servicios funcionales.

Las personas, familias y comunidades desarrollan prácticas saludables y la gestión social participativa, en corresponsabilidad con el personal de salud y en interacción con los diferentes sectores de desarrollo.

El Ministerio de Salud y Deportes ejerce la rectoría sobre el Sector Salud en el marco de las autonomías, asegurando el cumplimiento de los objetivos sectoriales en todo el territorio.

57

## 3.3. Enfoque estratégico del PSD 2011-2015

### 3.3.1. Finalidad del Sector Salud

La finalidad del Sector Salud es contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud, al cual el Sector Salud contribuye en conjunto con los demás Sectores de Desarrollo.

### 3.3.2. Propósito del PSD 2011-2015

El propósito del presente Plan es consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de Salud y Deportes.

El propósito busca la integración de los diferentes subsectores en el Sistema Único y la aplicación efectiva de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). El Sistema Único de Salud estará regulado por ley para su aplicación en todo el territorio nacional.

Para medir el cumplimiento del Plan Sectorial de Desarrollo, se establecen indicadores con sus respectivas metas al 2015 y 2020, construidas a partir de proyecciones de la situación deseada y alcanzable en un plazo de diez años (tablas 15 y 16). Estas metas podrán eventualmente ser reajustadas a partir de la evaluación de medio término del Plan Sectorial de Desarrollo al 2015.

- Para medir la finalidad, se utilizarán indicadores globales como la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida saludable, la tasa de mortalidad infantil, e indicadores intersectoriales de calidad de vida y Vivir Bien.
- Para medir el propósito, se utilizarán indicadores cuantitativos referidos al acceso de la población y cobertura de servicios de salud, a la participación y control social y al número de instituciones integradas al Sistema Único que aplican la política sanitaria SAFCI.

**Tabla 15 Finalidad del Sector**

Finalidad	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>FINALIDAD</b></p> <p>Contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud</p>	Esperanza de vida al nacer, según sexo	2008: AS= 67 años (H= 65; M= 68)* Fuente: OMS, 2010	> 71 años (H> 70; M> 72)	Censos y estudios específicos (ENDSA, modelos de mortalidad), PNUD (frecuencia: cada 2-5 años)
	Esperanza de vida saludable, s. sexo	2008: AS= 58 años Fuente: OMS, 2010	> 64 años	
	Tasa de mortalidad infantil, s. sexo (TMI)	2004-2008: AS= 50 x 1.000 nac.vivos (H= 55; M= 44) x Fuente: ENDSA 2008	< 30 x 1.000 n.v. (H< 30; M< 30)	
	Razón de mortalidad materna	1999-2003: 229 x 100.000 nac.vivos Fuente: ENDSA 2003	< 100 x 100.000 n.v.	
	Brecha de TMI entre quintiles riqueza 1 y 5	2004-2008: 65,8% (TMI quintil 1 = 79; TMI quintil 5 = 27) Fuente: ENDSA 2008	< 55%	
	Tasa de prevalencia de tuberculosis	2008: 170 x 100.000 habitantes (2008) Fuente: OMS, global Tuberculosis database	< 100 x 100.000 hab.	
	Tasa de incidencia de malaria	2009: 6,9 x 1.000 habitantes en zonas de riesgo Fuente: MSyD, Programa Nacional de Malaria	0 x 1.000 habitantes en zonas de riesgo (eliminación de la malaria en Bolivia)	
	Tasa de desnutrición crónica en menores de 2 años	2008: 16,2% (27,1% en menores de 5 años) Fuente: ENDSA 2008	< 5%	
	Índice de Desarrollo Humano (IDH)	2007: 0,729 Fuente: PNUD, 2009	> 0,800	

Finalidad	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>FINALIDAD</b> Contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud	% de mujeres adolescentes que fue alguna vez embarazada, según quintil de pobreza	2008: 17,9% Quintil inferior: 31,3% Segundo Q.: 22,8% Q. intermedio: 17,7% Cuarto Q.: 16,3% Q. superior: 7,8% Fuente: ENDSA 2008	< 15%	Censos y estudios específicos (ENDSA, modelos de mortalidad) (frecuencia: cada 2-5 años)
	Tasa de prevalencia de infecciones de transmisión sexual según tipo de infección, sexo y grupos de edad.	A establecer	A establecer	
	Tasa de mortalidad por cáncer según tipo de cáncer, según sexo.	2004: 139,3 x 100.000 habitantes Fuente: OMS	< 130 x 100.000 habitantes	
	% de hombres y mujeres con problemas de ansiedad, dolores de cabeza, trastornos del sueño y/o cansancio	A establecer	A establecer	

\* AS= Ambos Sexos; H= Hombres; M= Mujeres

Tabla 16 Propósito del Plan Sectorial 2011-2015

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>PROPÓSITO DEL PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2011-2015</b> Consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de Salud y Deportes	% de instituciones del Sector integradas al Sistema Único SAFCI	2010: 0 Fuente: MSyD	> 90%	Censos y encuestas, Ministerio de Salud y Deportes, SNIS, SEDES, etc. (frec.: anual)
	% establecimientos de 1er nivel con comité local de salud conformado y cumpliendo con atribuciones	29% (conformados) Fuente: MSyD (USCMS)	> 80% conformados y cumpliendo con atribuciones	
	% establecimientos de 1er nivel que realizan referencia y retorno con la Medicina Tradicional	A establecer	> 50%	
	% de proyectos de salud en ejecución con componente intersectorial	A establecer	> 50%	
	% de la población que accede al Sistema Único de Salud cuando lo necesita, según sexo	2007: AS= 57% (H= 56%; M= 58%) Fuente: MECOVI 2007	> 90%	

### 3.4. Ejes de Desarrollo

A partir del mandato legal de la Constitución Política del Estado, del mandato estratégico del Plan Nacional de Desarrollo, del marco conceptual y del análisis situacional del Sector, se establecen los siguientes ejes de desarrollo que orientarán el accionar del Sector Salud para el periodo 2011-2015, y que se operativizan dentro del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural:

- Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural
- Promoción de la Salud y Movilización Social
- Rectoría y Soberanía en Salud

Cada uno de estos Ejes de Desarrollo comprende categorías específicas de problemas:

- El primer Eje está orientado a garantizar el acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, sin costo en el punto de atención y con calidad.
- El segundo Eje está orientado a incidir en las determinantes de la salud, promover el ejercicio pleno del derecho a la salud, la participación y control social en salud.
- El tercer Eje está orientado a fortalecer la capacidad rectora del Ministerio de Salud y Deportes y el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión y en todo el Sector.

Los Ejes de Desarrollo abordan problemas diferentes, pero en una perspectiva de integralidad, como estrategias imprescindiblemente complementarias (ilustración 2).

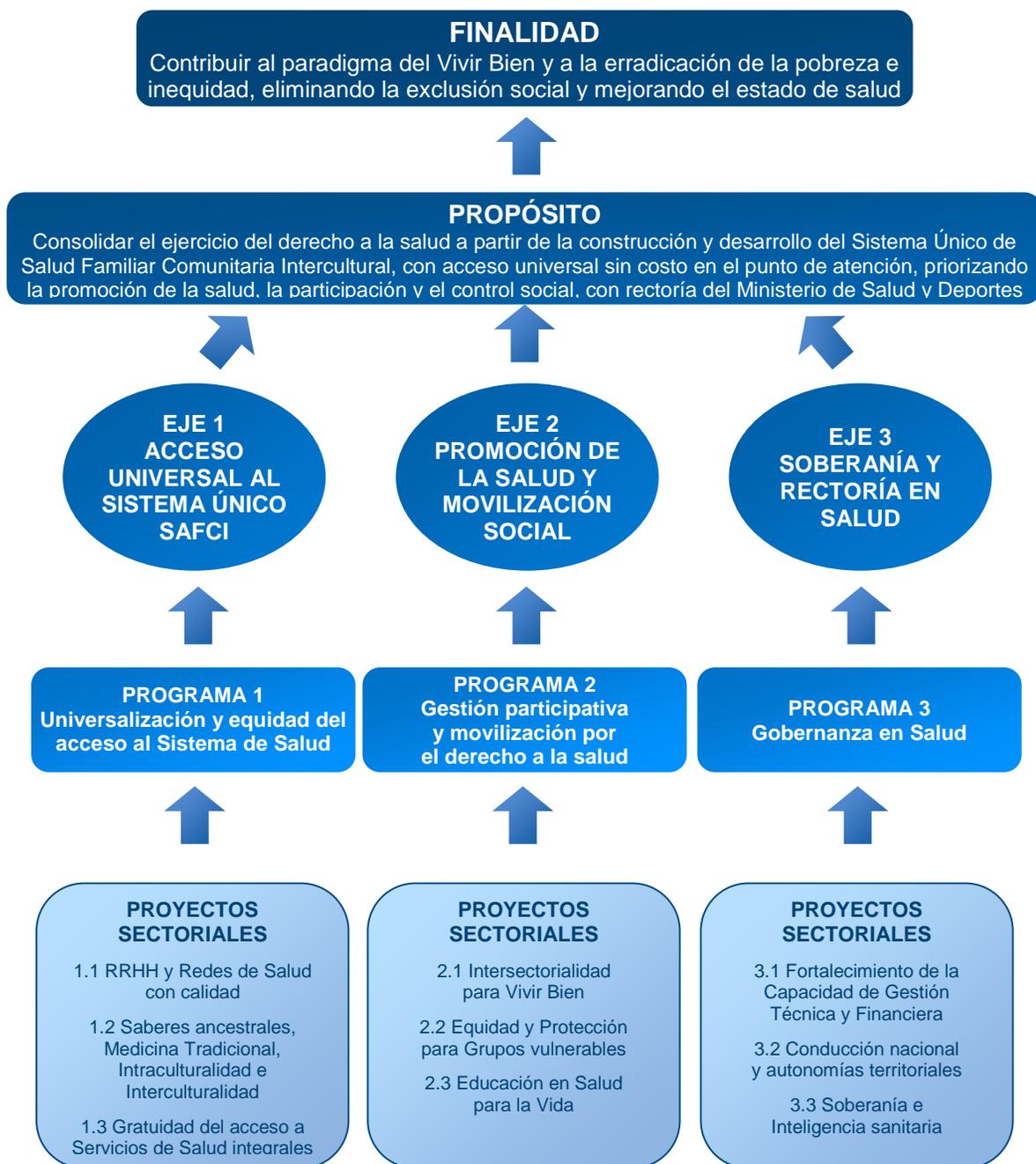
**Ilustración 2 Diagrama de los 3 Ejes de Desarrollo**



Para cada Eje de Desarrollo, se incluyen Programas y Proyectos Sectoriales que contribuyen a lograr los objetivos estratégicos, el propósito y la finalidad.

La estructura programática que resulta de esta cascada de objetivos se presenta en la ilustración 3.

**Ilustración 3 Estructura programática del PSD 2011-2015**



### 3.4.1. EJE 1 Acceso universal al Sistema Único SAFCI

#### a) Objetivo estratégico

Efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones.

#### b) Descripción

El acceso universal es la potestad que tiene la población, cuando lo requiera, de acceder a servicios de salud integrales (promoción, prevención, curación y rehabilitación) con capacidad resolutive apropiada, lo que implica la eliminación de las barreras al acceso.

#### c) Programa Universalización y Equidad del Acceso al Sistema Único SAFCI

El Programa 1 “Universalización y Equidad del Acceso al Sistema de Salud”, tiene como objetivo eliminar las barreras de acceso al Sistema de Salud (barreras económicas, geográficas, culturales y de calidad). El programa está constituido por los siguientes Proyectos Sectoriales:

- Proyecto Sectorial 1.1 “Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad”: se enfoca principalmente en las barreras geográficas y en las barreras internas relacionadas con la calidad de atención.
- Proyecto Sectorial 1.2 “Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad”: se enfoca principalmente en barreras culturales, a fortalecer a la medicina tradicional y lograr articulación complementaria entre medicinas (biomédica y tradicional).
- Proyecto Sectorial 1.3 “Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales”: se enfoca en eliminar las barreras económicas al acceso.

#### d) Indicadores y metas: Eje 1 y Programa 1

La medición del acceso de la población a los servicios de salud está limitada por la escasez de estudios específicos relacionados a la exclusión social en salud; en este sentido, la evaluación y seguimiento necesita establecer líneas de base (tabla 17).

Por otra parte, el acceso a servicios de salud también se medirá mediante el incremento de coberturas de prestaciones esenciales, en las áreas de prevención, detección temprana, tratamiento, y control de enfermedades. Las coberturas se medirán con indicadores trazadores.

Se perfeccionará la recolección de datos de cobertura, ya que actualmente se basan esencialmente en el número de prestaciones de servicios producidos y no en el número de personas cubiertas.

En cuanto a la medición de los avances del Programa 1, se utilizará indicadores trazadores de barreras y de equidad en el acceso a servicios de salud (tabla 18).

Tabla 17 Objetivo, Indicadores y Metas del Eje de Desarrollo 1

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>EJE 1 ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA ÚNICO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL</b></p> <p>Efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones</p>	% de hombres y mujeres que accede al Sistema de Salud cuando lo necesita, desagregado por causa de ingreso	2007: AS= 57% (H= 56%; M= 58%) <i>Fuente: MECOVI 2007</i>	AS > 90% H > 90% M > 95%	Censos y estudios específicos (ENDSA, modelos de mortalidad), SNIS, Ministerio de Salud y Deportes <i>(frecuencia.: cada 1-2 años)</i>
	Cobertura de vacuna anti-sarampión en niños de 12 a 23 meses año, s. sexo	2009: AS= 86,2% <i>Fuente: SNIS</i>	> 95%	
	Cobertura de partos asistido por personal de salud calificado (en servicio y en domicilio)	2009 = 67% <i>Fuente: SNIS</i>	> 90%	
	Cobertura de 4to control prenatal (en servicio y domicilio)	2009 = 59,1% <i>Fuente: SNIS</i>	> 80%	
	Tasa de necesidades insatisfechas en planificación familiar	2008 = 20,2% <i>Fuente: ENDSA 2008</i>	< 10%	
	Cobertura tratam. retrovirales en personas con infección por VIH avanzada	2007: AS= 22% <i>Fuente: OMS, estadísticas sanitarias mundiales 2010</i>	> 80%	
	% de pacientes curados de tuberculosis del total de detectados con Tb, s. sexo	2007: AS= 83% <i>Fuente: OMS, global Tuberculosis database</i>	> 95%	
	% de mujeres mayores de 45 años con mamografía y control de osteoporosis anual.	A establecer	> 50%	
	% de partos asistido por personal de salud en presencia de la pareja	A establecer	A establecer	
	% de interrupciones voluntarias del embarazo cubiertos por el sistema de salud	A establecer	100%	
	% de hombres y mujeres que tienen acceso a medicamentos de calidad de acuerdo a sus necesidades	A establecer	AS > 90%	

Tabla 18 Objetivo, Indicadores y Metas del Programa 1

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>PROGRAMA 1 UNIVERSALIZACIÓN Y EQUIDAD DEL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD</b></p> <p>Eliminar las barreras de acceso al Sistema de Salud (barreras económicas, geográficas, culturales y de calidad)</p>	<p><i>Barreras económicas:</i> gasto de bolsillo total de los hogares en % del gasto total en salud</p>	<p>2007 = 24,5% Fuente: Cuentas Nacionales de Salud</p>	< 10%	<p>Censos y estudios específicos, certificación y acreditación de establecimientos, Ministerio de salud y Deportes, OPS (ISM) (frecuencia: cada 1-2 años)</p>
	<p><i>Barreras geográficas:</i> % de comunidades rurales atendidas y capacitadas permanentemente por equipos de salud tomando en cuenta sus usos y costumbres</p>	A establecer	> 90%	
	<p><i>Barreras culturales:</i> % establecimientos de salud de 1er nivel certificados en adecuación intercultural (equipamiento, infraestructura y procedimientos)</p>	A establecer	> 70%	
	<p><i>Barreras de calidad:</i> % establecimientos de salud acreditados según nivel y que toman en cuenta el enfoque de género, generacional, intercultural y personas con discapacidad</p>	A establecer	> 80%	
	<p><i>Equidad:</i> Brecha en tasas de acceso entre grupos de población (mujeres, indígenas originarios, personas c. discapacidad, etc).</p>	A establecer	A establecer	

**e) Proyecto Sectorial 1.1 Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad**

El Proyecto Sectorial 1.1 “Recursos Humanos en Salud y Redes de Salud con Calidad” tiene como objetivo mejorar la calidad, capacidad resolutoria y gestión de recursos humanos y servicios en todo el Sector, en las redes de salud funcionales.

En este marco, se mejorará:

- La formación, actualización y actitud de los recursos humanos, su carrera laboral, su redistribución equitativa, para lograr una atención de calidad.
- La infraestructura, el equipamiento, su mantenimiento y renovación, en el marco de la interculturalidad.

- La calidad, en el marco de la política SAFCI, en términos de oportunidad, disponibilidad, resolutivez e interculturalidad.
- La atención a las comunidades dispersas mediante el desplazamiento de los equipos de salud para disminuir las barreras de accesibilidad geográfica.

El mejoramiento de la calidad general de atención en las redes de salud constituye un factor clave del incremento de la accesibilidad, ya que la población rehúye ir a establecimientos donde no se solucionan sus problemas. Para controlar la calidad de atención en todas sus dimensiones (oportunidad, disponibilidad y resolutivez, con respeto), se desarrollará la acreditación de los establecimientos de salud de todo el Sector y auditorías médicas dictadas por la Constitución Política del Estado (Art.39); también se controlará la calidad de los medicamentos e insumos y la gestión de desechos hospitalarios del Sector. El control de calidad abarca tanto a la medicina académica como la medicina tradicional (Art. 42 de la CPE).

La disponibilidad, distribución territorial y organización de recursos en las redes de salud se monitorea mediante indicadores de estructura y proceso. En cuanto a la calidad de los servicios de salud, que es compleja y de difícil medición, la cantidad de establecimientos de salud acreditados constituye el indicador de seguimiento ex-ante. Adicionalmente, la calidad de los servicios de salud será evaluada ex-post a partir de las auditorías médicas y otros. Otro aspecto de la calidad es la percepción por parte de la población, que deberá ser el objeto de investigaciones. Finalmente, el porcentaje de medicamentos que cumplen con las normas nacionales constituirá otro indicador trazador de calidad de los bienes y servicios de salud (tabla 19).

**Tabla 19 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.1**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>PROYECTO SECTORIAL 1.1 RECURSOS HUMANOS Y REDES DE SALUD CON CALIDAD</b>  Mejorar la calidad, capacidad resolutivez y gestión de recursos humanos y servicios en todo el Sector, en las redes de salud funcionales	% establecimientos acreditados conforme a Norma de caracterización con enfoque intercultural, de género, generacional intercultural y de personas con discapacidad	A establecer <i>(acreditación SEDES y diagnóstico de Redes)</i>	> 60%	Censos y estudios específicos, acreditación de establecimientos, auditorías médicas, SNIS, Ministerio de Salud y Deportes <i>(frecuencia: cada 1-2 años)</i>
	% de consultas externas realizadas en establecimientos de primer nivel	2009: AS = 62% H= 62,3%; M= 61,8 Fuente: SNIS	> 80%	
	Nº de médicos generales por 10.000 habitante (cobertura territorial)	4 en promedio nacional Fuente: SNIS	6 con disminución de desigualdades en la distribución territorial	
	% de medicamentos disponibles en el Sector que cumplen con la normativa	A establecer	100%	
	% establecimientos de salud que aplican efectivamente la estrategia AIEPI-Nut	A establecer	> 95%	
	Índice general de capacidad resolutivez, según nivel de atención	A establecer	A establecer	

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>PROYECTO SECTORIAL 1.1 RECURSOS HUMANOS Y REDES DE SALUD CON CALIDAD</b></p> <p>Mejorar la calidad, capacidad resolutoria y gestión de recursos humanos y servicios en todo el Sector, en las redes de salud funcionales</p>	Índice de satisfacción de la población sobre la atención recibida, desagregado por sexo	A establecer	90% de hombres y mujeres satisfechos de la atención recibida	Censos y estudios específicos, acreditación de establecimientos, auditorías médicas, SNIS, Ministerio de Salud y Deportes (frecuencia: cada 1-2 años)
	% establecimientos de salud evaluados con sistema manejo de desechos adecuado (categ. A)	2009 = 18,8% (sobre 186 establ.) Fuente: SNIS	> 95%	
	% de población atendida en domicilio por el personal de salud, desagregado por sexo	2009:7,6% de partos atendidos por personal de salud en domicilio Fuente: SNIS	A establecer	
	% de familias con carpeta familiar abierta y llenada mediante visita domiciliaria	0,69% Fuente: MSyD (USCMS)	> 40%	
	% establecimientos de salud que articulan sus actividades con médicos y médicas tradicionales y parteros y parteras	A establecer	> 40%	
	% de niños de menores de 6 a 59 meses que recibe micronutrientes	2008: VitA = 23,5% Hierro = 45,4% Fuente: ENDSA 2008	95%	
	% de menores de 5 que recibe atención integral de calidad	A establecer	95%	
	% de la población que ha percibido discriminación en el establecimiento de salud por razones de sexo, edad, u otras	A establecer	< 5%	

**f) Proyecto Sectorial 1.2 Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad**

El Proyecto Sectorial 1.2 tiene como objetivo fortalecer, promover y desarrollar conocimientos ancestrales, la Medicina Tradicional de los pueblos indígena originario campesinos, la intraculturalidad y la interculturalidad en la atención en salud. Se desarrollarán procesos de articulación complementaria entre la biomedicina / académica y la medicina tradicional con el fin de responder a las demandas, usos, hábitos, costumbres y prácticas de la población y así disminuir las barreras culturales de acceso en el marco definido por la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural.

En este marco se incorporará la Medicina Tradicional al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, tal como lo manda la Constitución Política del Estado Plurinacional; para

tal propósito, se diseñara y desarrollara mecanismos de coordinación y referencia entre medicina tradicional y medicina académica, hasta la articulación de médicos / médicas tradicionales y parteras en las redes de salud. El fortalecimiento de la medicina tradicional se enfocará en los recursos humanos tradicionales, pero también en la farmacopea natural y tradicional, desarrollando su producción, promoción, control de calidad y distribución en todo el territorio boliviano.

Se reconducirá la adecuación cultural de los servicios de salud, considerando los aspectos humanos y ambientales de la calidad, traducidos en la transformación de infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención.

Los avances en el marco del Proyecto Sectorial 1.2 serán medidos a partir de indicadores trazadores de articulación entre la biomedicina / académica y la medicina tradicional, de la adecuación cultural de los servicios y del desarrollo de los medicamentos naturales (tabla 20).

**Tabla 20 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.2**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>PROYECTO SECTORIAL 1.2 SABERES ANCESTRALES, MEDICINA TRADICIONAL, INTRACULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD</b></p> <p>Fortalecer, promover, y desarrollar saberes ancestrales, la Medicina Tradicional de los pueblos indígenas originarios campesinos, la intraculturalidad y la interculturalidad en la atención en salud</p>	Nº de médicos y médicas Tradicionales y partera(o)s certificados/as	A establecer	3.000	Censos y estudios específicos, certificación de médicos tradicionales Ministerio de Salud y Deportes (VMMTI) (frecuencia: cada 1-2 años)
	% establecimientos de salud que realizan la referencia y retorno con la medicina tradicional	A establecer	> 40%	
	Nº de medicamentos tradicionales y naturales que cuentan con registro sanitario	0 <i>Fuente: MSyD</i>	A establecer	
	% de partos atendidos por parteras, parteros y/o médicas tradicionales	2008 = 3,9% <i>Fuente: ENDSA 2008</i>	A establecer	
	% de laboratorios artesanales de medicina tradicional y natural acreditados	A establecer	A establecer	
	% de atenciones con salida y/o resuelta por médicos y médicas Trad. y parteros o parteras	A establecer	A establecer	
	% establecimientos de salud con adecuación cultural y de género de equipamiento, infraestructura y procedimientos	A establecer	> 60%	
	% de personal en establecimientos que habla y practica idioma originario local	A establecer	A establecer	

### g) Proyecto Sectorial 1.3 Gratuidad de acceso a Servicios de Salud integrales

El Proyecto Sectorial 1.3 tiene como objetivo garantizar el acceso a los servicios de salud sin costo en el punto de atención, asegurando prestaciones integrales que cubran las necesidades esenciales.

El principal desafío es asegurar a la población que no se beneficia de un seguro de salud, haciendo cumplir el mandato constitucional (Art.36 “el Estado garantizará el acceso al Seguro Universal de Salud” y Art.37 “el derecho a la Salud se constituye en primera responsabilidad financiera del Estado plurinacional”).

El Proyecto Sectorial eliminará las barreras económicas de acceso, evitando los gastos de bolsillo y gastos catastróficos en salud de la población. Aspectos esenciales de la estrategia de gratuidad son: incrementar la cobertura de prestaciones esenciales, con calidad, garantizando los insumos necesarios y controlando la ausencia de cobros ilegales. Solamente a estas condiciones se disminuirá la magnitud de las barreras económicas de acceso.

Los indicadores trazadores que miden a los avances del Proyecto Sectorial son la cobertura de seguros de salud, el gasto de bolsillo en % de los gastos totales en salud (tabla 21).

**Tabla 21 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.3**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>PROYECTO SECTORIAL 1.3 GRATUIDAD DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES</b>  Garantizar el acceso a los servicios de salud sin costo en el punto de atención, asegurando prestaciones integrales que cubran las necesidades esenciales	% de la población que accede a servicios de salud sin costo en el punto de atención, diferenciado por sexo	2008: AS= 49% (H: 46%; M: 52%) (estimación 2008 beneficiarios teóricos) <i>Fuente: MSyD</i>	> 90 %	Censos y estudios específicos, registros de afiliación, cuentas nacionales de salud (frecuencia: cada 1-2 años)
	gasto de bolsillo de los hogares en % del gasto total en salud	24,5% (2007) <i>Fuente: MSyD UDAPE Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia</i>	< 8%	
	% de Municipios con ejecución presupuestaria de la cuenta municipal de salud > 80%	A establecer	100%	
	% de la población afiliada al Sistema Único de Salud, diferenciada por sexo	2009: 0%	> 80 %	

### 3.4.2. EJE 2 Promoción de la Salud y Movilización Social

El incremento del acceso y de la calidad de los servicios de salud no tiene impacto sostenible en la salud porque no permite influir en las determinantes económicas, sociales, culturales y ambientales que explican el estado de salud de la población. En este sentido, el Sector Salud desarrollará procesos de Promoción de la Salud, como un conjunto de acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida, la armonía y el equilibrio entre la mujer, el hombre, la familia, la comunidad con la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual para Vivir Bien; a partir de la gestión participativa y movilización social, del control intersectorial de las determinantes en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades y el equipo de salud, y de la educación en salud para la vida.

#### a) Objetivo estratégico

Incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud.

#### b) Descripción

En relación a los impactos esperados en la salud, “Promoción de la Salud y Movilización Social” es el Eje de Desarrollo más importante del presente Plan Sectorial, por su carácter articulador con los demás Sectores de Desarrollo y su impacto mayor en el estado de salud. Es en este sentido que se debe priorizar la promoción de la salud como establece la CPE (Art.37).

En el presente Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015, se considera la Promoción de la Salud en su significado más amplio, es decir un conjunto de acciones enfocadas al desarrollo de la participación social y a la actuación intersectorial sobre las determinantes de la salud, basándose en los siguientes principios consensuados a nivel internacional (*Fuente: Cartas de Ottawa, Bangkok*):

La Promoción de la Salud:

- se sustenta en una política pública multisectorial que combina enfoques distintos pero complementarios (legislación, medidas fiscales, organización, etc.).
- debe generar condiciones de vida y de trabajo: seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables, con protección y conservación del medio ambiente.
- funciona mediante acciones comunitarias concretas para establecer prioridades, tomar decisiones, planificar estrategias y aportar medios para lograr mejor salud.
- debe orientarse hacia la Promoción de la Salud, más allá de su responsabilidad de prestar servicios clínicos, de manera sensible y respetuosa de las necesidades culturales.
- desarrolla alianzas estratégicas y corresponsabilidad entre personas, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones del Sector y gobiernos.
- se basa en aspectos de solidaridad y holismo, para garantizar que la sociedad cree las condiciones que permitan que todos sus miembros alcancen la salud, eliminando las inequidades sociales existentes.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores, el D.S. N° 29601 SAFCI asume la promoción de la salud como la estrategia de implementación de la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural, definiéndola en su reglamento como un proceso político participativo y de fortalecimiento orientado al conocimiento y control de las determinantes sociales (políticas, jurídicas, educativas, género), económicas, culturales y ambientales de la salud, que se realiza en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades y el equipo de salud para responder y solucionar las problemáticas de salud de acuerdo a los principios de la SAFCI.

### **c) Programa Gestión participativa y movilización por el derecho a la salud**

El segundo objetivo estratégico del PSD 2011-2015 se lograra a partir de los procesos de movilización, participación y control social. En este sentido, el segundo programa denominado “Gestión participativa y movilización por el derecho a la salud”, tiene por objetivo dinamizar la toma de decisiones de la población organizada en la Gestión en salud (planificación, ejecución administración, seguimiento y control social) en corresponsabilidad con el personal de salud.

Este Programa Sectorial se inscribe en el marco legal de la Constitución Política del Estado Plurinacional y del D.S. N° 29601 de la SAFCI: La CPE expresa que “El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud” (Art.40, 241, 242), así que en el Seguro Social de corto plazo (Art. 45).

La movilización y gestión social se realizará a partir de la estructura social para la gestión participativa y control social en salud de la Salud Familiar Comunitaria intercultural, que es la organización que emerge y que es parte inherente de sus diferentes formas de organización territorial, constituidas por la Autoridad Local de Salud, el Comité Local de Salud, el Consejo Social Municipal de Salud, el Consejo Social Departamental de Salud y el Consejo Social Nacional de Salud, concordante con los niveles de gestión de la Estructura Estatal de Salud existente.

El Programa Sectorial Gestión participativa y movilización por el derecho a la salud tiene una importancia clave en el logro de todos los objetivos establecidos en el presente Plan, contribuyendo al desarrollo de la intersectorialidad, del incremento del acceso a servicios, del fortalecimiento de la capacidad de gestión, etc. de manera eficiente y adecuada a las demandas sociales.

Considerando que varias de los Comités y Consejos Sociales de la estructura social para la gestión y control social en salud ya han sido creados antes del año 2010, uno de los principales resultados a alcanzar con este Programa Sectorial será de fortalecer las instancias creadas y lograr que cumplan con sus atribuciones definidas en el reglamento del Decreto Supremo N° 29601, con el apoyo del personal de salud; también se deberá crear nuevos Comités Locales de Salud, Consejos Sociales Municipales y otros en todos los niveles de gestión, todo el territorio y en todos los subsectores.

Para lograr inducir en las determinantes de la salud en forma participativa, el segundo programa está constituido por tres Proyectos Sectoriales:

- Proyecto Sectorial 2.1 “Intersectorialidad para Vivir Bien” se enfoca en el desarrollo de alianzas estratégicas entre la población organizada y los demás sectores de desarrollo.
- Proyecto Sectorial 2.2 “Equidad y Protección para grupos vulnerables” está enfocado principalmente en las víctimas de violencia, de la inequidad social, de género, etc.
- Proyecto Sectorial 2.3 “Educación en Salud para la vida” busca desarrollar hábitos saludables a partir de mecanismos de IEC para la movilización social y el cambio de hábitos.

### **d) Indicadores y metas: Eje 2 y Programa 2**

Los avances en el objetivo estratégico del segundo Eje de Desarrollo serán medidos a partir de indicadores de determinantes de la salud, principalmente de educación, saneamiento básico, y otros (tabla 22). También se utilizará el índice municipal de Salud que permite medir las desigualdades en determinantes entre los municipios. Sin embargo, se deberá evaluar en qué medida es el Sector Salud, mediante su ente rector, que ha liderado la intersectorialidad enfocada en determinantes.

En cuanto a la medición de los avances del Programa 2, se utilizará indicadores trazadores de conformación de la estructura social en salud, en acuerdo con los planteamientos del Decreto Supremo del modelo SAFCI y de su reglamento (tabla 23).

**Tabla 22 Objetivo, Indicadores y Metas del Eje de Desarrollo 1**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>EJE 2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MOVILIZACIÓN SOCIAL</b></p> <p>Incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud</p>	Índice Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	A establecer	A establecer	Censos y encuestas, OPS (ISM) (frecuencia: cada 2-5 años)
	% de hogares con acceso a fuente de agua mejorada	2008 = 85,6% Fuente: ENDSA 2008	> 95%	
	% de hogares con servicio sanitario (alcantarillado-pozo)	2008 = 71,4% Fuente: ENDSA 2008	> 85%	
	% de la población que vive con < 1 \$ por día (paridad poder adquisitivo), desagregado por sexo	AS: 2009 = 19,6% Fuente: Banco mundial, World Development Indicators 2009	< 10%	
	Índice de Salud municipal (ISM)	2007: 179 Municipios con ISM < 0.500 Fuente: OPS MSyD 2007	300 Municipios con ISM > 0,500	

**Tabla 23 Objetivo, Indicadores y Metas del Programa 2**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>PROGRAMA 2 GESTIÓN PARTICIPATIVA Y MOVILIZACIÓN POR EL DERECHO A LA SALUD</b></p> <p>Dinamizar la toma de decisiones de la población organizada en la Gestión en salud (planificación, ejecución administración, seguimiento y control social) en corresponsabilidad con el personal de salud.</p>	% establecimientos 1er nivel con comité local conformado y cumpliendo con atribuciones con enfoque de género, generacional, intercultural y para p. con discapacidad	29% (conformados) Fuente: MSyD (USCMS)	> 80% conformados y cumpliendo con atribuciones con enfoque de género, generacional, intercultural y para personas con discapacidad	SEDES, Estudios de seguimiento al modelo de gestión SAFCI, Municipios (frecuencia: cada 1-2 años)
	% de Municipios con Consejo Social Municipal de Salud conformado y cumpliendo con sus atribuciones	27% (conformados) Fuente: MSyD (USCMS)	> 90% conformados y cumpliendo con atribuciones	
	% de mujeres que son parte de los Consejos Sociales de Salud	A establecer	50%	
	% de Estrategias Municipales de Salud que incorporan gastos de operación para Consejos Sociales	0.69% Fuente: MSyD (USCMS)	100%	
	% de proyectos de salud elaborados participativamente con la estructura social en salud	A establecer	A establecer	

### e) **Proyecto Sectorial 2.1 Intersectorialidad para Vivir Bien**

El Proyecto Sectorial 2.1 “Intersectorialidad para Vivir Bien” tiene como objetivo desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo, para transformar las determinantes de salud y erradicar la desnutrición.

El fundamento es que los proyectos de salud no se limiten solamente a servicios asistenciales, sino también a incidir en las determinantes de la salud, en particular en zonas rurales.

En este marco, se multiplicarán los espacios de deliberación intersectorial en salud donde se toman decisiones de carácter multisectorial. Estos espacios son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones, sobre la gestión de la salud integral, entre los Comités y Consejos Sociales (local, municipal, departamental, nacional), la estructura estatal de salud, otros sectores e instituciones relacionados con la problemática de la salud (agua, saneamiento básico, educación, justicia, vivienda, nutrición y soberanía alimentaria, etc.) y los gobiernos, que participan de igual a igual y asumen corresponsabilidad en el desarrollo de acciones incorporados en los planes y POAs de cada nivel de gestión de salud.

Se desarrollará la estrategia de Espacios Saludables, con el objetivo de declarar como saludables por lo menos 303 de los 337 municipios conformados en Bolivia (90%), entendiendo Municipio saludable aquel en el que se establecen alianzas estratégicas, proyectos y programas intersectoriales como parte del esfuerzo permanente y sistemático para mejorar las condiciones de vida, de salud y del ambiente.

Dentro del Proyecto Sectorial 2.1, se desarrollarán también las siguientes líneas operacionales:

- Erradicación de la desnutrición y malnutrición en toda la población, a partir de acciones intersectoriales para disminuir la vulnerabilidad alimentaria y de buenas prácticas nutricionales, priorizando los alimentos producidos localmente y nacionalmente. También se continuará la atención integral a desnutridos.
- Desarrollo de acciones intersectoriales de mitigación al cambio climático y eventos adversos ambientales, creando mecanismos de prevención, promoción y atención de enfermedades.
- Control de calidad de determinantes de la salud (agua, contaminación, etc.) con priorización de los municipios, comunidades y zonas de Bolivia menos desarrollados en cuanto a acceso a agua potable, saneamiento básico, vivienda saludable, etc.
- Mejora de la salud ocupacional y de las condiciones de trabajo para la salud en coordinación con el Sector Empleo y los Sectores productivos.

Los avances en el Proyecto Sectorial 2.1 serán medidos a partir de indicadores trazadores de proceso como de implementación de los espacios de deliberación intersectorial con la estructura social para la gestión participativa y control social en salud, y de proyectos de salud que incluyan un componente intersectorial. También se considerarán indicadores de impacto, como de nutrición, seguridad alimentaria y medio ambiente (tabla 24).

**Tabla 24 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.1**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>PROYECTO SECTORIAL 2.1 INTERSECTORIALIDAD PARA VIVIR BIEN</b>	% de proyectos gestionados por el Sector Salud con componente intersectorial	A establecer	> 50%	Ministerio de Salud y Deportes, SEDES, censos y encuestas, SNIS y otros (frecuencia: cada 1-2 años)

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>PROYECTO SECTORIAL 2.1 INTERSECTORIALIDAD PARA VIVIR BIEN</b></p> <p>Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo, para transformar las determinantes de salud y erradicar la desnutrición</p>	Nº de proyectos nacionales intersectoriales concurrentes con enfoque de género, generacional y personas con discapacidad gestionados por el Sector Salud	0	10	
	% de municipios que ejecutan Mesas Municipales de Salud de acuerdo a reglamento	A establecer	100%	
	% de Municipios con Estrategias Mun. de Salud elaboradas en Mesas Municipales de Salud	1,2% Fuente: MSyD USCMS	> 90%	
	% de municipios declarados saludables	0 Fuente: MSyD 2010	> 90%	
	Tasa de desnutrición global y crónica en menores de 5 años, según sexo	Global: AS= 4,3% H= 4,7%; M= 3,9% Crónica: AS= 27,1% H=27,9%; M=26,2% Fuente: ENDSA 2008	A establecer	
	% de Municipios con índice VAM 4 y 5	2006 = 43,7% Fuente: VAM 2003	< 10%	
	% de Municipios que cuentan con UNIs funcionando de acuerdo a normas	A establecer	> 50%	
	Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil	2008 = 38,3% Fuente: ENDSA 2008	< 10%	
	% de menores de 1 año que reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	2008 = 60% Fuente: ENDSA 2008	> 95%	
	% de municipios que incorporan acciones de erradicación de la desnutrición en PDM	A establecer	100%	
Nº de casos de enfermedades transmisibles consecutivos a desastres naturales	A establecer	Disminuir en 50%		

### f) **Proyecto Sectorial 2.2 Equidad y Protección para grupos vulnerables**

El Proyecto Sectorial 2.2 “Equidad y Protección para Grupos Vulnerables” tiene como objetivo disminuir las inequidades y desigualdades (sociales, de género y culturales), erradicar la violencia e integrar las personas con discapacidad fortaleciendo acciones de promoción y prevención en el ámbito familiar y grupos vulnerables. Se dará un enfoque particular a la eliminación de las discriminaciones fundadas en razón de sexo, edad, identidad de género, origen, cultura, filiación política, condición económica o social, discapacidad, embarazo y otras en el marco previsto por la Constitución Política del Estado Plurinacional, que prohíbe y sanciona toda forma de discriminación.

El Proyecto Sectorial tiene un enfoque transversal en promoción de la salud, participación y movilización social, medicina tradicional y prevención de enfermedades, entre otros, para asegurar la equidad e igualdad de oportunidades en el accionar sectorial y contribuir a la erradicación de la exclusión social.

La equidad entre mujeres y hombres en el sector garantiza el ejercicio efectivo de los derechos en igualdad de condiciones, mediante el desarrollo de mecanismos que promuevan su participación en el auto cuidado y cuidado de la salud, promoción, prevención de riesgos y toma de decisiones.

El Proyecto también establece que las personas con discapacidades ejerzan plenamente su derecho a Vivir Bien con salud y con dignidad, a partir de la mejora de la prevención, identificación, diagnóstico, atención, habilitación, rehabilitación y equiparación de oportunidades, con respeto e interculturalidad. En este marco, se proveerá atención y rehabilitación sin costo en el punto de atención en servicios públicos de salud, la prevención de discapacidades, la consolidación del Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad, la mejora de la accesibilidad espacial, cultural, comunicacional y actitudinal de las personas con discapacidad a los servicios de salud, entre otros.

Por otra parte, define prevenir y captar casos de violencia, atender a las víctimas y denunciar los casos para erradicar la tolerancia actual hacia este problema y hacer cumplir el mandato constitucional (art.15): “derecho individual a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad, en particular para mujeres” y “el Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional”.

Los resultados del Proyecto Sectorial 2.2 están medidos a partir de indicadores trazadores de inequidades y relacionados a los grupos vulnerables como mujeres, discapacitados y otros. Para realizar el seguimiento y evaluación del objetivo de reducción de la violencia, se manejará tanto indicadores de proceso y de impacto.

**Tabla 25 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.2**

<b>Objetivo</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Situación inicial</b>	<b>Meta esperada al 2020</b>	<b>Fuente de Verificación (frecuencia)</b>
<b>PROYECTO SECTORIAL 2.2 EQUIDAD Y PROTECCIÓN PARA GRUPOS VULNERABLES</b> Disminuir las inequidades y desigualdades (sociales, de género y culturales), erradicar la violencia e integrar las personas con discapacidad fortaleciendo acciones de promoción y prevención en el ámbito familiar y grupos vulnerables	% de víctimas de violencia de género que ha recibido atención médica, desagregado por sexo.	A establecer	A establecer	Ministerio de Salud y Deportes, SEDES, censos y encuestas, SNIS y otros <i>(frecuencia: cada 1-2 años)</i>
	Número de ingresos anuales en centros de salud y hospitales por violencia de género	A establecer	A establecer	

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>PROYECTO SECTORIAL 2.2 EQUIDAD Y PROTECCIÓN PARA GRUPOS VULNERABLES</b></p> <p>Disminuir las inequidades y desigualdades (sociales, de género y culturales), erradicar la violencia e integrar las personas con discapacidad fortaleciendo acciones de promoción y prevención en el ámbito familiar y grupos vulnerables</p>	% establecimientos de salud que reportan casos de VIF al SNIS	2008 = 21,8% Fuente: SNIS	70%	Ministerio de Salud y Deportes, SEDES, censos y encuestas, SNIS y otros (frecuencia: cada 1-2 años)
	% establecimientos de salud que denuncian sistemáticamente casos de violencia a Defensorías y Servicios Legales Integrales Municipales SLIMs	A establecer	100%	
	% de personas unidas que han sufrido alguna vez de violencia física o sexual por parte de su pareja en el último año	Mujeres: 24% Hombres: 15% Fuente: ENDSA 2008	< 10%	
	% de personas con discapacidad calificadas y con registro de persona con discapacidad, desagregado por sexo	A establecer	>95% de las personas con discapacidad registradas	
	% infraestructuras de salud que cumplen con norma arquitectónica de acceso para personas con discapacidad	0%	100% de los establecimientos de referencia ( nivel II, III y nivel I con camas) cumplen con las normas	
	% de proyectos gestionados por el Sector Salud con enfoque de género, generacional y enfoque de discapacidad	A establecer	100%	

### **g) Proyecto Sectorial 2.3 Educación en Salud para la Vida**

El Proyecto Sectorial 2.3 “Educación en Salud para la Vida” tiene como objetivo generar actitudes de protección de la salud y movilización social mediante procesos de difusión, transmisión intercambio de sentires, saberes-conocimiento y práctica.

La educación en salud constituye una actividad fundamental en la promoción de la salud ya que permite comprender, discutir e intercambiar reflexiones sobre las determinantes y condicionantes de la salud, y así lograr actitudes, prácticas, hábitos y usos saludables, individuales o colectivos. También es un instrumento para fortalecer la soberanía sanitaria, estandarizar acciones, para un relacionamiento efectivo con la comunidad y que apoya los procesos de participación social.

El Ministerio de Salud y Deportes normará y dará seguimiento a la pertinencia y al alineamiento a la política sanitaria SAFCI de los procesos educativos que se desarrollan en el Sector.

Entre otros, la actividad física / deporte y la disminución del abuso de consumo de alcohol, tabaco y drogas son dos temas importantes contemplados en el Proyecto Sectorial:

- Se promocionará y desarrollará la práctica del deporte y otras actividades físicas recreacionales en toda la población, en coordinación con el Sector Educación, como un proceso que garantice la incorporación de estilos de vida activa, el desarrollo de la salud mental y física, orientado a una cultura ética de ganadores.
- Se promocionará la disminución, en la población vulnerable, del abuso de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicotrópicas, a partir de acciones integrales, intersectoriales, interinstitucionales y comunitarias.

Los avances en el Proyecto Sectorial 2.2 serán medidos a partir de indicadores trazadores de procesos de educación en salud. También se considerarán indicadores de impacto para la práctica deportiva y de actividades físicas, y de consumo excesivo de alcohol, tabaco y drogas (tabla 26).

**Tabla 26 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.3**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>PROYECTO SECTORIAL 2.3 EDUCACIÓN EN SALUD PARA LA VIDA</b>  Generar actitudes de protección de la salud y movilización social mediante procesos de difusión, transmisión intercambio de sentires, saberes-conocimiento y prácticas	% de redes municipales con Autoridades, Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa con enfoque de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad de acuerdo a normas	A establecer	90%	Ministerio de Salud y Deportes, SEDES, censos y encuestas, SNIS y otros (frecuencia: cada 1-2 años)
	% de unidades educativas que implementan la estrategia de Escuelas Saludables con enfoques de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad	A establecer	> 50%	
	% de la población de 14 a 19 años que participa en torneos deportivos, diferenciado por sexo	A establecer	20%	

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>PROYECTO SECTORIAL 2.3 EDUCACIÓN EN SALUD PARA LA VIDA</b></p> <p>Generar actitudes de protección de la salud y movilización social mediante procesos de difusión, transmisión intercambio de sentires, saberes-conocimiento y prácticas</p>	% de la población que practica regularmente una actividad física recreativa, desagregado por sexo	Mujeres: 33,7% Hombres: 69.5% (% de personas que bailaron o manejaron bicicleta en la semana previa a la entrevista) Fuente: ENDSA 2008	A establecer	Ministerio de Salud y Deportes, SEDES, censos y encuestas, SNIS y otros (frecuencia: cada 1-2 años)
	% de Establecimientos de Salud que reportan casos de abuso de alcohol, tabaco y drogas	A establecer	A establecer	
	Nº de Convenios intersectoriales, interinstitucionales y comunitarios con enfoque de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad orientados a la reducción del abuso de drogas	0 Fuente: MSyD	A establecer	

### 3.4.3. EJE 3 Rectoría y Soberanía en Salud

#### a) Objetivo estratégico

Recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector en el marco de las Autonomías, para asegurar el cumplimiento eficiente y efectivo de las políticas, programas y proyectos sectoriales en todo el territorio.

#### b) Descripción

La rectoría y el ejercicio de la autoridad sanitaria permiten, a corto y mediano plazo, que los subsectores de salud se alineen a las políticas establecidas en el Plan nacional de Desarrollo, a la política sanitaria SAFCI y al Plan Sectorial, de manera que en el largo plazo, se integren plenamente al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Este Eje se constituye en el soporte fundamental de los dos primeros, facilitando la aplicación integrada de los tres Ejes en todo el Sector Salud.

El ejercicio efectivo de la autoridad sanitaria y el fortalecimiento de la capacidad de gestión institucional también permitirán fortalecer el liderazgo del Sector en el proceso de la intersectorialidad para la transformación de las determinantes sociales, económicas, culturales y ambientales de la salud, y así desarrollar eficientemente las estrategias del Eje de Desarrollo “Promoción de la Salud y Movilización Social”.

#### c) Programa Gobernanza en Salud

“Gobernanza en Salud” es el programa que permite cumplir el tercer Eje de Desarrollo, cuyo objetivo es mejorar la conducción y regulación sectorial por parte del Ministerio de Salud y Deportes, además de su modulación financiera.

Este Programa está constituido por tres Proyectos Sectoriales:

- Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector”, dirigido a mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud, considerando las funciones esenciales de la salud pública (FESP).
- Proyecto Sectorial 3.2 “Conducción nacional y autonomías territoriales”, orientado en la coordinación y alineación intrasectorial al PSD y a la política sanitaria SAFCI.
- Proyecto Sectorial 3.3 “Soberanía e Inteligencia sanitaria”, orientado en mejorar las políticas de salud con soberanía a partir de la investigación en salud y del desarrollo tecnológico.

#### d) Indicadores y metas: Eje 3 y Programa 3

El seguimiento y la evaluación de los objetivos planteados en el tercer Eje de Desarrollo se realizarán en base a información sobre la integración de las diferentes Instituciones en el Sistema Único y sobre la contribución de estos a los objetivos estratégicos y específicos planteados en el presente Plan Sectorial 2011-2015 (tabla 27).

**Tabla 27 Objetivo, Indicadores y Metas del Eje de Desarrollo 3**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>EJE 3</b> <b>RECTORÍA Y SOBERANÍA EN SALUD</b></p> <p>Recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector en el marco de las Autonomías, para asegurar el cumplimiento eficiente y efectivo de las políticas, programas y proyectos sectoriales en todo el territorio</p>	% de subsectores e Instituciones que adoptan la política sanitaria y su normativa (adaptada a su contexto)	< 5% Fuente: MSyD	> 90%	Ministerio de Salud y Deportes (frecuencia.: cada 1-2 años)
	% de subsectores e Instituciones que adoptan los enfoques de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad	A establecer	A establecer	
	% de compromisos de gestión sectoriales anuales cumplidos	A establecer	> 90%	
	% de cumplimiento de las metas sectoriales	A establecer	100%	

**Tabla 28 Objetivo, Indicadores y Metas del Programa 3**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<p><b>PROGRAMA 3</b> <b>GOBERNANZA EN SALUD</b></p> <p>Mejorar la conducción y regulación sectorial por parte del Ministerio de Salud y Deportes, además de su modulación financiera</p>	% de proyectos con seguimiento efectivo de impacto	A establecer	100%	Ministerio de Salud y Deportes (frecuencia.: cada 1-2 años)
	% Planes Estratégicos, programas y proyectos del Sector alineados a la política sanitaria SAFCI y al PSD	< 5% Fuente: MSyD	90%	
	% de instituciones del Sector con compromisos de gestión firmados anualmente con el Ente rector	0% Fuente: MSyD	A establecer	
	Número de rendiciones de cuentas anuales realizadas por el MSyD a las organizaciones sociales y estructura social en salud en la Asamblea de Salud	0	2	

### e) Proyecto Sectorial 3.1 Fortalecimiento de la Capacidad de Gestión Técnica y Financiera

El desarrollo eficiente de las políticas sectoriales, la mejora de la soberanía sanitaria estatal sobre el Sector y el ejercicio de la autoridad sanitaria por parte del MSyD se lograrán mejorando la capacidad de gestión y financiera, tanto en el nivel central, como en todas las instituciones y organizaciones que conforman al Sector.

En este sentido, el Proyecto Sectorial 3.1 tiene como objetivo mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud, considerando las funciones esenciales de la salud pública (FESP).

Las funciones esenciales de la salud pública son: 1 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; 2 Vigilancia de la salud pública y control de riesgos y daños en salud pública; 3 Promoción de la salud; 4 Participación de los ciudadanos en la salud; 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9 Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; 10 Investigación en salud pública; 11 Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Se dará enfoque en la capacidad de gestión del MSyD, que es el encargado de hacer aplicar el Plan Sectorial y planificar su implementación, con la elaboración anual de las prioridades estratégicas dentro del Plan Anual de Desarrollo Sectorial. Para una aplicación eficaz del PSD, las demás entidades del Sector fortalecerán su capacidad de gestión, planificación y seguimiento de la misma manera, incluyendo la estructura social para la gestión participativa y control social en salud.

En cuanto a la gestión financiera, se promoverá la mejora de los niveles de ejecución y eficiencia de la inversión y gasto, y se asegurará el incremento y sostenibilidad del financiamiento nacional y sub-nacional en salud, con disminución de la dependencia financiera de la ayuda externa para el desarrollo, en particular para gastos corrientes.

Los indicadores trazadores del fortalecimiento de la capacidad de gestión son la ejecución financiera y física de los POAs en todo el Sector, así que indicadores sobre las actividades de planificación y seguimiento, que son la base de la evaluación del Sector Salud.

**Tabla 29 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.1**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>PROYECTO SECTORIAL 3.1 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE GESTIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA</b> mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud considerando las funciones esenciales de la salud pública	% ejecución financiera y física de POAs de salud	A establecer	> 90%	Ministerio de Salud y Deportes, SNIS, SEDES, Municipios, Seguro Social, ONGs, Cuentas Nacionales de Salud (frecuencia: cada 1-2 años)
	% de proyectos con seguimiento efectivo de impacto	A establecer	100%	
	% de indicadores del SNIS analizados trimestralmente	0%	100%	
	% del gasto total en salud financiado por recursos interiores (TGN, aportes, etc.)	2007 = 92,3% Fuente: <i>Cuentas Nacionales de Salud 2007</i>	A establecer	
	gasto en salud en % del PIB	2007 = 3,8% Fuente: <i>Cuentas Nacionales de Salud 2007</i>	A establecer	

**f) Proyecto Sectorial 3.2 Conducción Nacional y Autonomías Territoriales**

El Proyecto 3.2 tiene como objetivo coordinar la alineación de las estrategias e intervenciones del Sector según disposiciones legales vigentes (Ley Marco de autonomías, Cartas Orgánicas Municipales, Ley del Sistema Único de Salud, SAFCI y otras). En este marco, se tomará desde el nivel central medidas legales, incentivas y coercitivas para asegurar la aplicación de las políticas nacionales en todo el Sector y todo el territorio, como un paso esencial en la creación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

En primer lugar, se asegurara la alineación de los Planes Estratégicos en salud al Plan Sectorial 2011-2015, para certificar el compromiso de todos los integrantes del Sector en su planificación estratégica con los objetivos delineados en el presente Plan. En el Sistema de Planificación Integral del Estado Plurinacional (SPIEP), el Plan Sectorial de Desarrollo se articula a nivel territorial e institucional. Asimismo, los Planes Estratégicos que deberán ser alineados al presente Plan Sectorial de Desarrollo son los Planes de Desarrollo Territoriales (Departamental, Regional, Municipal y de Tierras Indígenas Originario campesinas) y los Planes Estratégicos Institucionales de las entidades que conforman al Sector Salud (Ministerio de Salud y Deportes, Servicios Departamentales de Salud, Instituciones del Seguro Social, etc.).

El Proyecto Sectorial también busca alinear las acciones y el financiamiento de las Agencias de Cooperación, para que su asistencia técnica-financiera sea solidaria, en el marco de la Declaración de Paris sobre ayuda externa y respetando las prioridades sanitarias y territoriales establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes.

Finalmente, a partir de la alineación estratégica, se deberá asegurar la integración de los diferentes subsectores en el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

**Tabla 30 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.2**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>PROYECTO SECTORIAL 3.2 CONDUCCIÓN NACIONAL Y AUTONOMÍAS TERRITORIALES</b>  Coordinar la alineación de las estrategias e intervenciones del Sector según disposiciones legales vigentes (Ley Marco de autonomías, Cartas Orgánicas Municipales, Ley del Sistema Único de Salud, SAFCI y otras)	% Planes Estratégicos, programas y proyectos de todo el Sector alineados al modelo SAFCI y al PSD	< 5% Fuente: MSyD	90%	MSyD, SNIS, SEDES, Municipios, Seguro Social, ONGs (frecuencia: cada 1-2 años)
	% de Cajas de Salud integradas en el Sistema Único SAFCI	0% Fuente: MSyD	100%	
	% de integrantes e instituciones del Sector que firman anualmente compromisos de gestión con el MSyD (SEDES, Seguro Social y otros)	2010: 0% Fuente: MSyD	Cada institución pública y subsectores han acordado de compromisos de gestión con el MSyD	
	% Planes Estratégicos y proyectos que incluyen enfoque de género, generacional, interculturalidad y p. con discapacidad	A establecer	A establecer	

**g) Proyecto Sectorial 3.3 Soberanía e Inteligencia Sanitaria**

El Proyecto 3.3 tiene como objetivo desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud. En este marco, se desarrollará las capacidades nacionales en cuanto a tecnología en salud (como equipamientos, medicamentos, insumos en salud y otros), para asegurar la soberanía nacional y disminuir la dependencia económica y científica hacia el exterior. En cuanto a investigación, se desarrollará procesos de producción y difusión de conocimientos para contar con estudios adaptados al contexto boliviano.

Desde el año 2007, se han redefinido participativamente las prioridades de investigación en salud, en la “Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud”. Los temas de investigación prioritarios establecidos en este documento son salud infantil, salud y género, sistemas de salud, nutrición y seguridad alimentaria, promoción de la salud, enfermedades infecto-contagiosas, salud ambiental, salud y cultura y plantas medicinales. Además, se recomienda, entre otros, capacitar en metodología de investigación, desarrollar la difusión de resultados, conformar el Sistema Nacional de Investigación en Salud, desarrollar sinergias financieras con otros sectores.

**Tabla 31 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.3**

Objetivo	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
<b>PROYECTO SECTORIAL 3.3 SOBERANÍA E INTELIGENCIA SANITARIA</b> Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud	N° de investigaciones científicas que apoyan a los Proyectos Sectoriales del PSD	A establecer	33 investigaciones científicas mandadas por el MSyD realizadas al 2020	MSyD, SNIS, Universidades y otros (frecuencia: cada 1-2 años)
	% de los medicamentos de la LINAME producidos nacionalmente en beneficio de la población	A establecer	> 50%	
	N° de investigaciones científicas con enfoque de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad	A establecer	A establecer	

*Capítulo IV.*  
**FINANCIAMIENTO E  
IMPLEMENTACIÓN**



# Capítulo IV. Financiamiento e Implementación

## 4.1. Estrategia de financiamiento

### 4.1.1. Fuentes de financiamiento del Sector Salud

Las fuentes de financiamiento para la implementación del Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 son diferentes según el sub-sector considerado.

#### a) Fuentes de financiamiento del sub-sector público

- Recursos del Tesoro General de la Nación que se transfieren esencialmente a Prefecturas para el pago de salarios de los recursos humanos del Sector.
- Recursos de Coparticipación Tributaria.
- Recursos HIPC (hasta el 2012)
- Recursos IDH
- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación.
- Pagos directos: son los pagos realizados por los usuarios cuando utilizan los servicios de salud del subsector público. Estos pagos directos desaparecerán con la gratuidad de acceso.

#### b) Fuentes de financiamiento del sub-sector del Seguro Social a corto plazo

- Aportes de los empleadores, pagado para afiliar a los asalariados; constituyen la fuente de financiamiento principal y casi exclusiva del Seguro Social a corto plazo.
- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación.

#### c) Fuentes de financiamiento del sub-sector privado

- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación. Estos recursos conciernen solamente el subsector privado sin fines de lucro.
- Pagos directos: son los pagos realizados por los usuarios cuando utilizan los servicios de salud del subsector privado.
- Cotizaciones a Seguros de Salud privados.

#### d) Fuentes de financiamiento del sub-sector de la Medicina Tradicional

- Pagos directos, monetarios o no, realizados por los usuarios

### 4.1.2. Presupuesto Plurianual Sectorial

El presupuesto plurianual sectorial será elaborado a partir del mandato legal de la Ley del Sistema Único y de su respectivo reglamento, que determinarán las modalidades de financiamiento del Sistema de Salud.

## 4.2. Estrategia de implementación

La Estrategia de Implementación comprende la organización de los recursos humanos, técnicos y financieros de las entidades del sector en el territorio nacional, y la elaboración de prioridades para asegurar, de manera óptima y eficiente el logro de los objetivos del Plan Sectorial.

La estrategia de implementación está constituida en las siguientes etapas:

1. Formación de una instancia técnico-administrativa para la implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación del PSD. Sus tareas serán: llevar a cabo la evaluación completa del sector para el periodo 2006-2009; realizar los ajustes eventuales al PSD 2011-2015; difundir el documento en todo el Sector acompañado con una metodología indicativa para la realización de los Planes Estratégicos Institucionales en los diferentes sub-sectores de salud y los Planes de Desarrollo Territoriales (PDD, PDM, etc.).
2. Realización del mapeo de integrantes del Sector y de sus respectivos roles en la implementación de los programas, con el fin de realizar una estructura organizativa completa, por sub-sectores y por niveles territoriales. De acuerdo al tercer eje de desarrollo del Plan, el MSyD es el ente rector del sector; actualmente, constituye solamente el ente rector del sub-sector público, razón por la cual se deberá crear espacios e instrumentos para que los demás subsectores adaptan sus acciones al PSD en una primera etapa, antes de integrarse al Sistema Único en una segunda etapa a mediano/largo plazo. Uno de estos instrumentos será la carpeta sectorial de proyectos, que reúne y articula los diferentes proyectos de salud de todo el Sector.
3. Realización e implementación de los Planes estratégicos 2011-2015 alineados con el PSD en los diferentes sub-sectores y en los diferentes niveles de gestión territorial. Estos planes estratégicos y sus instrumentos de aplicación respectivos, definirán las estrategias propias a cada integrante del Sector para el logro de los objetivos delineados en el Plan Sectorial de Desarrollo. A partir de estos planes estratégicos, se realizará anualmente los PADs y POA.

Se implementará el Sistema de Seguimiento y Evaluación de las acciones del Sector. Debido a la fragmentación actual del sector, este sistema deberá ser adaptativo a las características propias de cada subsector en una etapa preliminar, antes de ser integral con la creación del Sistema de Salud Único (ver capítulo 5). Este sistema de seguimiento y evaluación servirá para monitorear el cumplimiento de los objetivos, pero también para realizar seguimiento a la implementación del PSD en cada entidad del Sector.

**Tabla 32 Estrategia de implementación del Plan Sectorial de Desarrollo**

Eje de Desarrollo	Instituciones e integrantes del Sector	Roles y responsabilidades
<p><b>EJE 1</b>  <b>Acceso universal al Sistema único SAFCI</b></p>	<p>Ministerio de Salud y Deportes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer normas y procedimientos relacionados a los objetivos planteados, acceso, calidad (control, acreditación), interculturalidad, medicina tradicional gratuidad de acceso, etc.</li> <li>• realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados alcanzados (tasas de acceso, de coberturas de los servicios de salud, gratuidad, etc.) a nivel nacional</li> <li>• Integrar los medicamentos naturales en las listas nacionales</li> <li>• Establecer el sistema de coordinación entre medicina tradicional y medicina occidental</li> <li>• realizar el control, seguimiento y evaluación de los proyectos sectoriales 1.1 a 1.3 y de los resultados alcanzados</li> </ul>
	<p>Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extender las coberturas a toda la población, adaptándose a sus características para proveer los servicios necesarios;</li> <li>• Mejorar la accesibilidad de sus servicios</li> <li>• mejorar la prestación de servicios preventivos y promocionales</li> <li>• Aplicar normas y procedimientos nacionales</li> <li>• Realizar la acreditación y control de calidad de los establecimientos de salud de todos los subsectores (SEDES)</li> <li>• Financiar RRHH, infraestructuras y equipamientos en lugares dónde se necesitan realmente</li> <li>• Coordinar la referencia y retorno con los demás subsectores</li> <li>• Realizar registro y certificación de médicos tradicionales</li> <li>• Aplicar las normas de coordinación con la medicina tradicional</li> <li>• Asegurar la gratuidad de atención, con calidad</li> </ul>
	<p>Seguro Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extender las coberturas y adaptarse a las características de su población;</li> <li>• mejorar la prestación de servicios preventivos y promocionales</li> <li>• Aplicar normas y procedimientos nacionales</li> <li>• Financiar RRHH, infraestructuras y equipamientos en lugares dónde se necesitan realmente</li> <li>• Coordinar la referencia y retorno con los demás subsectores</li> <li>• Articularse con la medicina tradicional,</li> <li>• Aplicar las normas de coordinación con la medicina tradicional</li> <li>• Proveer ítems a médicos tradicionales</li> <li>• Integrarse en el Sistema Único</li> </ul>
	<p>Sub-sector privado con o sin fines de lucro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar normas y procedimientos nacionales</li> <li>• Asegurar la coordinación con el Sector público para cubrir las prestaciones del nuevo Sistema Único de Salud</li> <li>• Rendir cuentas a la comunidad y al MSyD</li> <li>• Reconocer y articularse con la medicina tradicional,</li> <li>• Aplicar las normas de coordinación con la medicina tradicional</li> </ul>
	<p>Sub-sector de la Medicina Tradicional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar y coordinar con el MSyD y otras instituciones para el registro y acreditación de médicos tradicionales,</li> <li>• realizar el control social y seguimiento de la coordinación con medicina biomédica / académica</li> <li>• Aplicar las normas nacionales en salud</li> </ul>
	<p>Estructura social para la gestión participativa y control social en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar y ejecutar en coordinación con los demás actores sectoriales acciones locales que contribuyen al primer objetivo estratégico y a los objetivos específicos 1.1 a 1.3</li> <li>• Realizar el control de la ejecución correspondiente</li> </ul>

Eje de Desarrollo	Instituciones e integrantes del Sector	Roles y responsabilidades
<b>EJE 2</b> <b>Promoción de la Salud y Movilización Social</b>	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer normas y procedimientos relacionados a los objetivos planteados en el segundo Eje, incluyendo intersectorialidad, participación social, nutrición y alimentación, equidad, detección y atención de violencias, atención integral a personas con discapacidad, medio ambiente, deporte, etc.</li> <li>• Coordinar con los demás sectores para la verdadera creación e implementación de acciones intersectoriales</li> <li>• Integrar los determinantes de la salud en todas las políticas, normas de salud, y en el SNIS</li> <li>• Promover la implementación de las autoridades locales, comités locales, consejos sociales municipales, departamentales y nacional de salud</li> <li>• Organizar el consejo nacional de salud</li> <li>• Realizar el control, seguimiento y evaluación de los proyectos sectoriales 2.1 a 2.3 y de los resultados alcanzados</li> </ul>
	Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar normas y procedimientos nacionales</li> <li>• Coordinar con los demás sectores a nivel territorial para la aplicación de intervenciones intersectoriales</li> <li>• Asegurar la implementación, el buen funcionamiento y el financiamiento de las autoridades locales, comités locales, consejos sociales municipales y departamentales de salud</li> <li>• Ejecutar acciones de educación en salud</li> <li>• Mejorar la promoción, prevención y atención de desnutrición y malnutrición</li> <li>• Mejorar la accesibilidad para personas con discapacidad en los establecimientos de todo el Sector</li> </ul>
	Seguro Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar normas y procedimientos nacionales</li> <li>• Integrar la promoción de la salud en sus intervenciones</li> <li>• Implementar comités locales, consejos departamentales y nacional de salud en el ámbito del Seguro Social, con competencias adaptadas al subsector del Seguro Social</li> <li>• Ejecutar acciones de educación en salud en afiliados</li> </ul>
	Sub-sector privado con o sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar normas y procedimientos nacionales</li> <li>• Integrar la promoción de la salud en sus intervenciones</li> <li>• Implementar comités locales, consejos departamentales y nacional de salud en los establecimientos sin fines de lucro</li> <li>• Ejecutar acciones de educación en salud</li> </ul>
	Sub-sector de la Medicina Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar normas y procedimientos nacionales</li> <li>• Integrar la promoción de la salud en sus intervenciones</li> <li>• Ejecutar acciones de educación en salud</li> </ul>
	Estructura social para la gestión participativa y control social en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar y ejecutar acciones locales que contribuyen al segundo objetivo estratégico y a sus objetivos específicos</li> <li>• Realizar el control de la ejecución correspondiente</li> <li>• Realizar eficientemente sus atribuciones delineadas en el reglamento del modelo SAFCI.</li> </ul>
	<b>EJE 3</b> <b>Rectoría y Soberanía en salud</b>	Ministerio de Salud y Deportes
Otros actores e instituciones del Sector Salud		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrarse en un sistema único</li> <li>• Mejorar su capacidad de gestión y ejecución para actuar eficientemente</li> <li>• Apoyar la investigación en salud</li> </ul>

*Capítulo V.*  
**SEGUIMIENTO  
Y EVALUACIÓN**



# Capítulo V. Seguimiento y Evaluación

Uno de los requisitos de todo proceso de planificación, es establecer y ejecutar un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del mismo. El Plan de Desarrollo Sectorial, además de haber sido construido participativamente, está pensado como un conjunto de estrategias dinámicas, que incluyen acciones de retroalimentación y propuestas correctivas durante su aplicación.

Aunque lo ideal sería contar con una instancia dedicada con exclusividad a efectuar el seguimiento y monitoreo en la aplicación del PSD, por el momento, debido a la escasez de recursos, los equipos técnicos de las Unidades de Planificación del Ministerio de Salud y Deportes y de los SEDES se encargarán de realizar este proceso en coordinación con los diferentes niveles de gestión departamentales, municipales y locales, en todos los subsectores: público, privado, Seguro social y medicina tradicional.

El desarrollo adecuado del proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación depende del buen funcionamiento del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), cuestión que está contemplada en las estrategias del Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015, en el tercer Eje de Desarrollo (Proyecto Sectorial 3.1).

El objetivo del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación es apreciar y cuantificar los resultados e impactos alcanzados por los diferentes programas del Plan de Desarrollo 2011-2015 y analizar futuros proyectos o intervenciones que no se incluyeron en el presente documento. En este sentido, se analizará los procesos, los impactos, y sus interrelaciones, para determinar en qué proporción las mejoras en finalidad e indicadores son efecto directo de los programas y proyectos sectoriales, y en qué proporción se deben a factores exteriores al Sector.

Los hallazgos del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación beneficiarán en primer lugar al Ministerio de Salud y Deportes y a los integrantes del Sector Salud en general, para que conozcan el estado del Sector Salud en Bolivia y en consecuencia, puedan reformular y reorientar adecuadamente el diseño y la implementación de las intervenciones del Sector Salud.

El seguimiento y evaluación también tienen un objetivo de rendición de cuentas hacia toda la población boliviana.

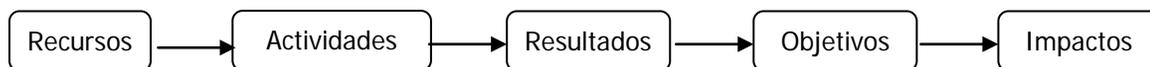
## 5.1. Desarrollo del proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación

### 5.1.1. Definición de términos

- **Monitoreo:** es el proceso rutinario y continuo de observación y recolección de informaciones sobre las diferentes intervenciones y proyectos del Sector.
- **Seguimiento:** es el proceso de acompañamiento a la implementación de las iniciativas (proyectos, programas y ejes estratégicos), que permite controlar si el Plan, programas y proyectos están siendo ejecutados tal como estaba previsto.
- **Evaluación:** es el proceso por el cual se determina el nivel de cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados: objetivos inmediatos de los proyectos, objetivos intermedios de los programas, objetivos finales del Plan e impactos sobre la población boliviana.

### 5.1.2. Criterios de evaluación

El proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación del PDS seguirá el esquema de análisis siguiente:



El análisis de los recursos, actividades, resultados, objetivos e impactos se realizará en base a los 4 criterios siguientes, siempre cuando sea posible:

1. **EFICACIA:** análisis de los indicadores de proceso y de los resultados específicos de cada Programa y cada Proyecto, para saber si los objetivos específicos y resultados han sido alcanzados, cuantitativamente y cualitativamente.
2. **EFICIENCIA:** análisis de los recursos utilizados (financieros –costos-, humanos y materiales) de cada Programa y cada Proyecto, para determinar si han sido aprovechados de manera óptima; en otras palabras, el criterio de eficiencia determina si se habría podido alcanzar mejores resultados con los recursos disponibles (o alcanzar los mismos resultados con menos recursos), o en termino de costo-eficiencia, si los resultados han sido alcanzados al menor costo sin sacrificar a la calidad.
3. **IMPACTO:** análisis de los beneficios y de los costos del PDS 2006-2010 en toda la Sociedad boliviana, en cuanto a salud (indicadores de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, indicadores de carga global, etc.), pero también en cuanto al impacto social de las intervenciones (repartición de los beneficios / costos en la población, efectos sobre la pobreza, sobre necesidades básicas, etc.). Así, se deberá medir para cada objetivo del Plan Sectorial la equidad social, con particular enfoque en los pueblos indígenas originarios campesinos, la equidad de género y generacional.
4. **VIABILIDAD:** análisis financiera, técnica e institucional para determinar si es posible continuar el proyecto o la intervención.

### 5.1.3. Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación

Básicamente, el proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación empezará una vez aprobado oficialmente el presente Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015, con las actividades rutinarias de monitoreo en los subsectores público y del Seguro Social; La Dirección General de Planificación del Ministerio de Salud y Deportes y el SNIS realizarán conjuntamente un manual detallado de Normas y procedimientos para el proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación del PSD, que incluirá también procedimientos para los subsectores que actualmente no comparten informaciones con el MSyD (algunas Cajas de Salud, Sector privado y Medicina Tradicional).

La tabla 35 presenta el cronograma plurianual indicativo del proceso de seguimiento y evaluación.

**Tabla 33 Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación**

Actividades	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Evaluación de las acciones del Sector para el periodo 2006-2009	■	■	■									
Elaboración de la Norma nacional de monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones del Sector Salud y de su manual de procedimientos	■											
Difusión de la Norma y Manual a nivel nacional		■	■	■								
Proceso de Monitoreo en los sub-sectores público y del Seguro Social	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Proceso de Monitoreo y proporción de la información en los demás subsectores			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Producción del informe anual de seguimiento por parte de UP/MSyD (cada tercer trimestre para el año anterior)				■		■		■		■		■
Eventual formulación de recomendaciones y ajustes a los programas y proyectos		■	■		■		■		■		■	
Evaluación de medio-término del PSD							■	■				
Difusión de los resultados de la primera evaluación del Sector								■	■			
Inicio del proceso de evaluación final del Sector para el periodo 2011-2015												■

## 5.2. Sistema de indicadores

Los indicadores son esencialmente parámetros que sirven para medir el grado de cumplimiento de los objetivos y de los procesos de los Programas y Proyectos del Plan Sectorial de Desarrollo, así como los impactos alcanzados.

Dentro del conjunto de indicadores posibles para cada Proyecto, Programas, se realizó una selección de algunos, con el fin de simplificar el proceso de seguimiento y evaluación, en base a los varios criterios siguientes:

- pertinencia (muestra el objetivo logrado);
- confiabilidad (refleja la realidad, no se puede manipular / engañar);
- simple (es fácilmente comprensible y comunicable);
- práctico (el costo de recopilar y producir la información es razonable);

- inequívoco (refleja directamente y sin ambigüedad el progreso hacia el objetivo)
- coherente con el ciclo de toma de decisión

Para facilitar el tratamiento de datos, los valores de los diferentes indicadores estarán compilados en una tabla de seguimiento (tabla 36):

**Tabla 34 Formato de recopilación de indicadores**

Objetivos	Indicador	Método de cálculo del Indicador	Valor indicador y metas a alcanzar					Fuentes de información	Observación sobre el indicador	Tipo de indicador
			2009 (línea base)	10	11	12	...			
objetivo proyecto o programa	nombre indicador	Fórmula de cálculo del indicador considerado	Valor					Quién produce los datos	Eventuales notas	Impacto Resultado o Intermedio
			Meta							

# Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020

***ANEXOS***



# Anexos

## Anexo 1 – Comparación internacional de indicadores

Tabla 35 Comparación internacional de indicadores de salud

Indicadores Fuentes	Bolivia	Amé- ricas	Perú	Brasil	Para- guay	Irán	Hon- duras	Uzbe- kistán
Índice de Desarrollo Humano Fuente: PNUD, informe desarrollo mundial 2009	0,729 (2007)	Lat 0,821 Nor 0,952 (2007)	0,806 (2007)	0,813 (2007)	0,761 (2007)	0,782 (2007)	0,732 (2007)	0,710 (2007)
Producto interno bruto per cápita, en \$ int. (paridad de poder adquisitivo) Fuente: WB, World Development Indicators 2009	4.140 (2008)	24.005 (2008)	7.980 (2008)	10.070 (2008)	4.820 (2008)	10.955 (2007)	3.870 (2008)	2.660 (2008)
Proporción de la población que vive con < 1 \$ int. (paridad p. adq) por día Fuente: WB, World Development Indicators 2009	19,6 (2007)	6,5 (2007)	7,9 (2007)	5,2 (2007)	6,5 (2007)	-	18,2 (2007)	46,3 (2007)
Índice de Gini para repartición del ingreso nacional Fuente: PNUD, informe desarrollo mundial 2009	58,2	-	49,6	55,0	53,2	38,3	55,3	36,7
Esperanza de vida al nacer, en años Fuente: OMS World Health Statistics 2010	67 (2008)	76 (2008)	76 (2008)	73 (2008)	74 (2008)	72 (2008)	70 (2008)	68 (2008)
Esperanza de vida saludable al nacer, en años Fuente: OMS World Health Statistics 2010	58 (2007)	67 (2007)	67 (2007)	64 (2007)	64 (2007)	61 (2007)	62 (2007)	59 (2007)
Tasa de mortalidad neonatal (defunciones en < 1 mes de vida por cada 1.000 nacidos vivos) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	25 (2008)	9 (2008)	13 (2008)	11 (2008)	15 (2008)	19 (2008)	15 (2008)	20 (2008)
Tasa de mortalidad infantil (defunciones en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	48 (2008)	15 (2008)	22 (2008)	18 (2008)	24 (2008)	27 (2008)	26 (2008)	34 (2008)
Tasa de mortalidad en menores de 5 años, (defunciones por cada 1.000 nacidos vivos) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	54 (2008)	18 (2008)	24 (2008)	22 (2008)	28 (2008)	32 (2008)	31 (2008)	38 (2008)
Tasa de mortalidad en adultos (defunciones entre 15 y 60 años por cada 1.000 habitantes) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	196 (2008)	126 (2008)	106 (2008)	158 (2008)	139 (2008)	124 (2008)	179 (2008)	181 (2008)
Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100.000 nacidos vivos) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	290 (2005)	99 (2005)	240 (2005)	110 (2005)	150 (2005)	140 (2005)	280 (2005)	24 (2005)
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, por cada 100.000 habitantes Fuente: OMS World Health Statistics 2010	290 (2004)	91 (2004)	231 (2004)	139 (2004)	119 (2004)	92 (2004)	174 (2004)	164 (2004)

<b>Indicadores Fuentes</b>	<b>Bolivia</b>	<b>Amé-ricas</b>	<b>Perú</b>	<b>Brasil</b>	<b>Para-guay</b>	<b>Irán</b>	<b>Hon-duras</b>	<b>Uzbe-kistán</b>
Tasa de mortalidad por VIH/SIDA, por cada 100.000 habitantes Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>&lt; 10</b> (2007)	<b>12</b> (2007)	<b>12</b> (2007)	<b>8</b> (2007)	<b>&lt; 50</b> (2007)	<b>6</b> (2007)	<b>27</b> (2007)	<b>&lt; 10</b> (2007)
Cobertura de terapia antirretroviral en personas con infección por VIH avanzada (en %) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>22</b> (2007)	<b>54</b> (2007)	<b>48</b> (2007)	<b>80</b> (2007)	<b>22</b> (2007)	<b>5</b> (2007)	<b>47</b> (2007)	<b>24</b> (2007)
Tasa de mortalidad por tuberculosis en la población seronegativa, por cada 100.000 habitantes Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>22</b> (2008)	<b>3,4</b> (2008)	<b>8,7</b> (2008)	<b>3,8</b> (2008)	<b>5,4</b> (2008)	<b>3</b> (2008)	<b>9,5</b> (2008)	<b>27</b> (2008)
Tasas de prevalencia de tuberculosis en todas sus formas, por cada 100.000 habitantes Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>170</b> (2008)	<b>25</b> (2008)	<b>46</b> (2008)	<b>29</b> (2008)	<b>40</b> (2008)	<b>23</b> (2008)	<b>79</b> (2008)	<b>190</b> (2008)
Tasas de incidencia de tuberculosis en todas sus formas, por cada 100.000 habitantes Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>140</b> (2008)	<b>31</b> (2008)	<b>120</b> (2008)	<b>46</b> (2008)	<b>47</b> (2008)	<b>20</b> (2008)	<b>64</b> (2008)	<b>130</b> (2008)
Cobertura de partos atendidos por personal de salud (en %) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>66</b> (2008)	<b>92</b> (2008)	<b>73</b> (2008)	<b>97</b> (2008)	<b>77</b> (2008)	<b>97</b> (2008)	<b>67</b> (2008)	<b>100</b> (2008)
Cobertura de vacuna anti sarampión en niños de 1 año de edad (en %) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>86</b> (2008)	<b>93</b> (2008)	<b>90</b> (2008)	<b>99</b> (2008)	<b>77</b> (2008)	<b>98</b> (2008)	<b>95</b> (2008)	<b>98</b> (2008)
Tasa de necesidades insatisfechas en planificación familiar (en %) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>22,7</b> (2007)	<b>9,4</b> (2007)	<b>8,1</b> (2007)	-	<b>6,6</b> (2007)	-	<b>16,9</b> (2007)	-
% de la población que tiene acceso a fuente de agua mejorada Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>86</b> (2008)	<b>96</b> (2008)	<b>82</b> (2008)	<b>97</b> (2008)	<b>86</b> (2008)	<b>91</b> (1990)	<b>86</b> (2008)	<b>87</b> (2008)
Tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años (en %) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>27,1</b> (2008)	-	<b>29,8</b> (2008)	<b>7,1</b> (2008)	<b>18,3</b> (1999)	<b>20,4</b> (1999)	<b>29,9</b> (2008)	<b>19,6</b> (2008)
Tasa de desnutrición global en niños menores de 5 años (en %) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>4,3</b> (2008)	-	<b>5,4</b> (2008)	<b>2,2</b> (2008)	<b>2,8</b> (1999)	<b>9,5</b> (1999)	<b>8,6</b> (2008)	<b>4,4</b> (2008)
Número promedio de médicos por cada 10.000 habitantes Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>12</b>	<b>23</b>	-	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>26</b>
Número promedio de camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>48</b>
Gasto en salud promedio per cápita, en \$ int. (paridad poder adquisitivo) Fuente: OMS World Health Statistics 2010	<b>200</b> (2007)	<b>3.046</b> (2007)	<b>327</b> (2007)	<b>837</b> (2007)	<b>253</b> (2007)	<b>689</b> (2007)	<b>235</b> (2007)	<b>121</b> (2007)

## Anexo 2 – Principales enfermedades en Bolivia

Tabla 36 Número de defunciones anuales por causa en Bolivia (2004)

Causa de defunción	N° defunciones
<b>CAUSAS GENERALES</b>	
Enfermedades no transmisibles	39 887
Enfermedades transmisibles y condiciones maternas, perinatales y nutricionales	26 397
Lesiones	5 845
<b>CAUSAS ESPECÍFICAS</b>	
Infecciones respiratorias	6 968
Enfermedad isquémica de corazón	4 065
Enfermedades diarreicas	3 861
Enfermedades cerebro-vasculares	3 198
Otras lesiones no intencionales	3 094
Tuberculosis	2 883
Cirrosis del hígado	2 431
Nefritis y nefrosis	2 199
Malnutrición en proteína	2 103
Prematuridad y bajo peso al nacer	2 095
Infecciones neonatales	1 874
Asfixia y trauma en nacimiento	1 749
Diabetes mellitus	1 665
Hipertensión cardíaca	1 578
Cáncer de cuello uterino	1 525
Accidentes de tránsito	1 480
Cáncer de estómago	1 232
Cáncer de próstata	1 021
Anomalías congénitas	878
Cáncer de colon y recto	847
Cáncer de mama	842
Enfermedad de Chagas	781

Fuente: OMS 2009, Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States 2004

**Tabla 37 Años de vida saludables perdidos por causa en Bolivia (2004)**

Causa de defunción	N° defunciones
<b>CAUSAS GENERALES</b>	
Enfermedades no transmisibles	1 080 485
Enfermedades transmisibles y condiciones maternas, perinatales y nutricionales	976 695
Lesiones	244 080
<b>CAUSAS ESPECÍFICAS</b>	
Infecciones respiratorias	199 092
Enfermedades diarreicas	132 782
Otras lesiones no intencionales	131 456
Asfixia y trauma en nacimiento	99 640
Depresión	95 202
Prematuridad y bajo peso al nacer	81 275
Malnutrición en proteína	70 986
Infecciones neonatales	69 703
Tuberculosis	62 474
Anomalías congénitas	60 153
Accidentes de tránsito	53 906
Alcoholismo	50 311
Enfermedad de Chagas	37 949
Enfermedad isquémica de corazón	36 202
Cirrosis del hígado	36 061
Enfermedades cerebro-vasculares	34 205
Adicción a drogas	32 606
Asma	28 013
Diabetes mellitus	26 817
Nefritis y nefrosis	25 702

Fuente: OMS 2009, Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States 2004

## Anexo 3 – Estructura Programática y metas plurianuales del PSD

Tabla 38 Metas para Finalidad y Propósito

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020
FINALIDAD	Contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud	Esperanza de vida al nacer, según sexo	2008: AS= 67 años (H= 65; M= 68)* Fuente: OMS, 2010	-	> 69 años (H> 67; M> 70)	> 71 años (H> 70; M> 72)
		Esperanza de vida saludable, s. sexo	2008: AS= 58 años Fuente: OMS, 2010	-	> 61 años	> 64 años
		Tasa de mortalidad infantil, s. sexo (TMI)	2004-2008: AS= 50 x 1.000 nac.vivos (H= 55; M= 44) x Fuente: ENDSA 2008	-	< 40 x 1.000 n.v. (H< 40; M< 37)	< 30 x 1.000 n.v. (H< 30; M< 30)
		Razón de mortalidad materna	1999-2003: 229 x 100.000 nac.vivos Fuente: ENDSA 2003	-	< 180 x 100.000 n.v.	< 100 x 100.000 n.v.
		Brecha de TMI entre quintiles riqueza 1 y 5	2004-2008: 65,8% (TMI quintil 1 = 79; TMI quintil 5 = 27) Fuente: ENDSA 2008	-	< 62%	< 55%
		Tasa de incidencia de malaria	2009: 6,9 x 1.000 hab.zonas de riesgo Fuente: Prog. Nac. Malaria	5,7 x 1.000 habitantes en zonas de riesgo	2,8 x 1.000 hab. Eliminación de la malaria por P. falciparum	0 x 1.000. hab. en zonas de riesgo (0 casos de malaria por P. Vivax)
		Tasa de prevalencia de tuberculosis	2008: 198 x 100.000 habitantes (2008) Fuente: OMS, global Tuberculosis database	< 190 x 100.000 hab.	< 150 x 100.000 hab.	< 100 x 100.000 hab.
		Tasa de desnutrición crónica en menores de 2 años	2008: 16,2% Fuente: ENDSA 2008	-	< 12%	< 5%
		Índice de Desarrollo Humano (IDH)	2007: 0,729 Fuente: PNUD, 2009	-	> 0,750	> 0,800
		% de mujeres adolescentes que fue alguna vez embarazada, según quintil de pobreza	2008: 17,9% Quintil inferior: 31,3% Segundo Q.: 22,8% Q. intermedio: 17,7% Cuarto Q.: 16,3% Q. superior: 7,8% Fuente: ENDSA 2008	-	< 17%	< 15%

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020
FINALIDAD	Contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud	Tasa de prevalencia de infecciones de transmisión sexual según tipo de infección, sexo y grupos de edad.	Por establecer	-	Por establecer	Por establecer
		Tasa de mortalidad por cáncer según tipo de cáncer, según sexo.	2004: 139,3 x 100.000 habitantes Fuente: OMS	-	< 139 x 100.000 habitantes	< 130 x 100.000 habitantes
		% de hombres y mujeres con problemas de ansiedad, dolores de cabeza, trastornos del sueño y/o cansancio	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
PROPÓSITO	Consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del MSyD	% de instituciones del Sector integradas al Sistema Único SAFCI	2010: 0 Fuente: MSyD	-	> 50%	> 90%
		% establecimientos de 1er nivel con comité local de salud conformado y cumpliendo con atribuciones	29% (conformados) Fuente: MSyD (USCMS)	> 10% conformados y cumpliendo con atribuciones	> 50% conformados y cumpliendo con atribuciones	> 80% conformados y cumpliendo con atribuciones
		% establecimientos de 1er nivel que realizan referencia y retorno con Medicina Tradicional	Por establecer	> 10%	> 30%	> 50%
		% de proyectos de salud en ejecución con componente intersectorial	Por establecer	> 5%	> 20%	> 50%
		% de la población que accede al Sistema Único cuando lo necesita, según sexo	2007: AS= 57% (H= 56%; M= 58%) Fuente: MECOVI 2007	> 65%	> 80%	> 90%

\* AS= Ambos Sexos; H= Hombres; M= Mujeres

**Tabla 39 Metas para Ejes de Desarrollo y objetivos estratégicos**

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020
<b>EJE Acceso Universal al Sistema Único SAFCI</b>	Efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones	% de hombres y mujeres que accede al Sistema de Salud cuando lo necesita, desagregado por causa de ingreso	2007: AS= 57% (H= 56%; M= 58%) <i>Fuente: MECOVI 2007</i>	AS > 65%	AS > 80%	AS > 90% H > 90% M > 95%
		Cobertura de vacuna anti-sarampión en niños de 12 a 23 meses año, s. sexo	2009: AS= 86,2% <i>Fuente: SNIS</i>	> 88%	> 92%	> 95%
		Cobertura de partos asistido por personal de salud calificado (en servicio y en domicilio)	2009 = 67% <i>Fuente: SNIS</i>	> 80%	> 85%	> 90%
		Cobertura de 4to control prenatal (en servicio y domicilio)	2009 = 59,1% <i>Fuente: SNIS</i>	> 70%	> 75%	> 80%
		Tasa de necesidades insatisfechas en planificación familiar	2008 = 20,2% <i>Fuente: ENDSA 2008</i>	< 20%	< 15%	< 10%
		Cobertura tratam. retrovirales en personas con infección por VIH avanzada	2007: AS= 22% <i>Fuente: OMS, estadísticas sanitarias mundiales 2010</i>	> 40%	> 60%	> 80%
		% de pacientes curados de tuberculosis del total de detectados con Tb, s. sexo	2007: AS= 83% <i>Fuente: OMS, global Tuberculosis database</i>	> 88%	> 92%	> 95%
		% de mujeres mayores de 45 años con mamografía y control de osteoporosis anual.	Por establecer	Por establecer	Por establecer	> 50%
		% de partos asistido por personal de salud en presencia de la pareja	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% de interrupciones voluntarias del embarazo cubiertos por el sistema de salud	Por establecer	Por establecer	Por establecer	100%
		% de hombres y mujeres que tienen acceso a medicamentos de calidad de acuerdo a sus necesidades	Por establecer	Por establecer	Por establecer	AS > 90%
<b>EJE Promoción de la salud y Movilización Social</b>	Incidir en la transformación de los determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud	Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% de hogares con acceso a fuente de agua mejorada	2008 = 85,6% <i>Fuente: ENDSA 2008</i>	-	> 90%	> 95%
		% de hogares con servicio sanitario (alcantarillado o pozo)	2008 = 71,4% <i>Fuente: ENDSA 2008</i>	-	> 78%	> 85%
		% de la población que vive con < 1 \$ por día (paridad poder adquisitivo), desagregado por sexo	2009 = 19,6% <i>Fuente: Banco mundial, WDI 2009</i>	-	< 15%	< 10%
		Índice de Salud municipal	2007: 179 Mun. con ISM bajo-muy bajo (< 0,500) <i>Fuente: OPS 2007</i>	-	200 Municipios con ISM > 0,500	300 Municipios con ISM > 0,500

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020
EJE Rectoría y Soberanía en Salud	Recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector, en el marco de las Autonomías	% de subsectores e Instituciones que adoptan la totalidad de las políticas y normativa en salud del sector (adaptada a su contexto)	< 5% Fuente: MSyD	> 20%	> 50%	> 90%
		% de subsectores e Instituciones que adoptan los enfoques de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad	Por establecer	> 20%	> 50%	> 90%
		% de objetivos de gestión sectoriales anuales cumplidos	Por establecer	> 50%	> 75%	> 90%
		% de cumplimiento de las metas sectoriales	Por establecer	-	> 35%	> 95%

**Tabla 40 Supuestos para Finalidad, objetivo general y Ejes de Desarrollo**

	<b>OBJETIVOS</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FINALIDAD</b>	Contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe un fuerte enfoque intersectorial que logra mejorar las condiciones de vida, en particular de poblaciones pobres</li> <li>- La población participa en la planificación, ejecución, control y seguimiento de las políticas de salud mediante la estructura social</li> <li>- Se priorizan los grupos poblacionales más vulnerables</li> <li>- Se implementa el Sistema único de Salud Familiar Comunitaria intercultural</li> <li>- Se mejora el acceso a servicios de salud integrales (disminuyendo las barreras al acceso)</li> <li>- La calidad y la capacidad resolutoria de los servicios de salud se han mejorado</li> <li>- El MSyD tiene la capacidad técnica y financiera para ejercer la rectoría sobre el Sector</li> <li>- El personal de salud cambia su comportamiento</li> </ul>
<b>PROPÓSITO</b>	Consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único SAFCI [...]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe voluntad política para reunir los subsectores en el Sistema Único y aplicar la política SAFCI</li> <li>- Los diferentes subsectores aceptan estar reunidos en el sistema único</li> <li>- Los diferentes subsectores aceptan aplicar la política sanitaria familiar, comunitaria intercultural</li> </ul>
<b>EJE Acceso Universal al Sistema Único SAFCI</b>	Efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se brinda atención intercultural (de manera adecuada), de calidad, y gratuita</li> <li>- Los servicios de salud integrales llegan a las poblaciones más pobres y más aisladas</li> <li>- Los médicos tradicionales y los académicos aceptan la articulación entre ambas medicinas</li> <li>- Se cuenta con suficientes recursos financieros, humanos e insumos para implementar programas y proyectos</li> <li>- El personal de salud ha cambiado su comportamiento</li> <li>- El personal de salud conoce los estándares de calidad</li> <li>- Se cuenta con suficientes recursos financieros y humanos para la supervisión y control de cumplimiento</li> <li>- Se cuenta con financiamiento suficiente para lograr la gratuidad de atención con calidad</li> </ul>
<b>EJE Promoción de la salud y Movilización Social</b>	Incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas, familias, comunidades se encuentran comprometidos para mejorar su salud</li> <li>- Los otros sectores de desarrollo aceptan apoyar activamente los proyectos intersectoriales a favor de la salud</li> <li>- Se cuenta con suficientes recursos financieros, humanos e insumos para implementar programas y proyectos de promoción</li> <li>- Se prioriza la promoción de la salud y el enfoque integral</li> <li>- La población conoce y actúa sobre sus prácticas y hábitos para lograr una mejor salud</li> <li>- Se financia la estructura social en salud</li> <li>- Existe voluntad política en todos los niveles para desarrollar la estructura social en salud y la promoción de la salud</li> <li>- Se cuenta con el compromiso del personal de salud para coadyuvar en la implementación de la estructura social</li> <li>- Se cuenta con el compromiso de la población y organizaciones sociales para participar en la estructura social en salud</li> </ul>
<b>EJE Rectoría y Soberanía en Salud</b>	Recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector en el marco de las Autonomías, para asegurar el cumplimiento eficiente y efectivo de las políticas, programas y proyectos sectoriales en todo el territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe voluntad política para reunir los subsectores en el Sistema Único y aplicar la política SAFCI</li> <li>- Se cuenta con financiamiento suficiente para fortalecer la capacidad de gestión y la capacidad de rectoría del MSyD</li> <li>- Se controla que cada integrante del sector cumple con sus funciones y objetivos en función del marco legal y estratégico vigente</li> <li>- Se desarrollan investigaciones específicas al contexto nacional para adaptar las políticas</li> </ul>

Tabla 41 Metas para el Eje 1

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020
Programa Sectorial 1	Eliminar las barreras de acceso al Sistema de Salud (barreras económicas, geográficas, culturales y de calidad)	<i>Barreras económicas:</i> gasto de bolsillo total de los hogares en % del gasto total en salud	2007 = 24,5% <i>Fuente: Cuentas Nacionales de Salud</i>	< 22%	< 15%	< 10%
		<i>Barreras geográficas:</i> % de comunidades rurales atendidas y capacitadas permanentemente por equipos de salud tomando en cuenta sus usos y costumbres	Por establecer	> 50%	> 70%	> 90%
		<i>Barreras culturales:</i> % establecimientos de salud de 1er nivel certificados en adecuación intercultural (equipamiento, infraestructura y procedimientos)	Por establecer	> 20%	> 40%	> 70%
		<i>Barreras de calidad:</i> % de establecimientos de salud acreditados según nivel	Por establecer	> 10%	> 30%	> 80%
		<i>Equidad:</i> Brecha en tasas de acceso entre grupos de población (mujeres, indígenas originarios, personas c. discapacidad, etc).	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
Proyecto Sectorial 1.1	Mejorar la calidad, capacidad resolutiva y gestión de recursos humanos y servicios en todo el Sector, en las redes de salud funcionales	% establecimientos acreditados conforme a Norma de caracterización con enfoque intercultural, de género, generacional intercultural y de personas con discapacidad	A establecer <i>(acreditación SEDES y diagnóstico de Redes)</i>	> 5%	> 30%	> 60%
		% de consultas externas realizadas en establecimientos de primer nivel	2009: AS = 62% <i>Fuente: SNIS</i>	> 62%	> 70%	> 80%
		Nº de médicos generales por 10.000 hab.	4 en promedio nacional <i>Fuente: SNIS</i>	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% de medicamentos disponibles en el Sector que cumplen con la normativa	Por establecer	Por establecer	100%	100%
		% establecimientos de salud que aplican efectivamente la estrategia AIEPI-Nut	Por establecer	Por establecer	Por establecer	> 95%
		Índice general de capacidad resolutiva, según nivel de atención	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		Índice de satisfacción de la población sobre la atención recibida, desagregado por sexo	Por establecer	Por establecer	Por establecer	90%
		% establecimientos de salud con sistema manejo de desechos adecuado (cat. A)	2009 = 18,8% (sobre 186 establ.) <i>Fuente: SNIS</i>	> 30%	> 60%	> 95%
		% de población atendida en domicilio por el personal de salud, desagregado por sexo	2009: 7,6% de partos atendidos por en domicilio <i>Fuente: SNIS</i>	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% de familias con carpeta familiar abierta y llenada mediante visita domiciliaria	0,69% <i>Fuente: MSyD USCMS</i>	> 5%	> 20%	> 40%
% establecimientos de salud que articulan sus actividades con médicos tradicionales y parteras	Por establecer	Por establecer	Por establecer	> 40%		

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020
Proyecto Sectorial 1.1	Mejorar la calidad, capacidad resolutive y gestión de recursos humanos y servicios en todo el Sector, en las redes de salud funcionales	% de niños de menores de 6 a 59 meses que recibe micronutrientes	2008: VitA = 23,5% Hierro = 45,4% Fuente: ENDSA 2008	Por establecer	Por establecer	95%
		% de menores de 5 que recibe atención integral de calidad	Por establecer	Por establecer	Por establecer	95%
		% de la población que ha percibido discriminación en el establecimiento de salud por razones de sexo, edad, u otras	Por establecer	Por establecer	Por establecer	< 5%
Proyecto Sectorial 1.2	Fortalecer, promover, y desarrollar saberes ancestrales, la Medicina Tradicional de los pueblos indígenas originarios campesinos, la intraculturalidad y la interculturalidad en la atención en salud	N° de médicos y médicas Tradicionales y partera(o)s certificados/as	Por establecer	200	1.000	3.000
		% establecimientos de salud que realizan la referencia y retorno con la medicina tradicional	Por establecer	> 5%	> 20%	> 40%
		N° de medicamentos tradicionales y naturales que cuentan con registro sanitario	0 Fuente: MSyD	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% de partos atendidos por parteras, parteros y/o médicas tradicionales	2008 = 3,9% Fuente: ENDSA 2008	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% de laboratorios artesanales de medicina tradicional y natural acreditados	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% de atenciones con salida y/o resuelta por médicos y médicas Trad. y parteros o parteras	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% establecimientos de salud con adecuación cultural y de género de equipamiento, infraestructura y procedimientos	Por establecer	Por establecer	> 30%	> 60%
% de personal en establecimientos que habla y practica idioma originario local	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer		
Proyecto Sectorial 1.3	Garantizar el acceso a los servicios de salud sin costo en el punto de atención, asegurando prestaciones integrales que cubran las necesidades esenciales	% de la población que accede a servicios de salud sin costo en el punto de atención, diferenciado por sexo	2008: AS= 49% (H: 46%; M: 52%) (estimación 2008 beneficiarios teóricos) Fuente: MSyD	> 50%	> 80%	> 90 %
		gasto de bolsillo de los hogares en % del gasto total en salud	24,5% (2007) Fuente: MSyD UDAPE Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia	< 23%	< 15%	< 8%
		% de Municipios con ejecución presupuestaria de la cuenta municipal de salud > 80%	Por establecer	Por establecer	Por establecer	100%
		% de la población afiliada al Sistema Único de Salud	2009: 0%	Por establecer	Por establecer	> 80 %

Tabla 42 Metas para el Eje 2

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020	
Programa Sectorial 2	Dinamizar la toma de decisiones de la población organizada en la Gestión en salud (planificación, ejecución administración, seguimiento y control social) en corresponsabilidad con el personal de salud	% establecimientos niv.I con comité local de salud conformado y cumpliendo c.atribuciones con enfoque de género, generacional, intercultural y para personas con discapacidad	29% (conformados) Fuente: MSyD USCMS	> 10%	> 40%	> 80% cumpliendo con atribuciones	
		% de Municipios que cuentan con Consejo Municipal de Salud conformado y cumpliendo con sus atribuciones	27% (conformados) Fuente: MSyD USCMS	> 20%	> 50%	> 90% cumpliendo con atribuciones	
		% de mujeres que son parte de los Consejos Sociales de Salud	Por establecer	> 15%	> 80%	50%	
		% de Estrategias Municipales de Salud que incorporan gastos de operación para los Consejos Sociales Municipales de Salud	0.69% Fuente: MSyD (USCMS)	Por establecer	Por establecer	Por establecer	100%
		% de proyectos de salud elaborados participativamente con la estructura social	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
Proyecto Sectorial 2.1	Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo, para transformar las determinantes de salud y erradicar la desnutrición	% de proyectos gestionados por el Sector Salud con componente intersectorial	Por establecer	> 5%	> 20%	> 50%	
		Nº de proyectos nacionales intersectoriales concurrentes con enfoque de género, generacional y personas con discapacidad gestionados por el Sector Salud	0	Por establecer	Por establecer	10	
		% de municipios que ejecutan Mesas Municipales de Salud de acuerdo a reglamento	Por establecer	> 20%	> 50%	100%	
		% de Municipios con Estrategias Mun. de Salud elaboradas en Mesas Municip. de Salud	1,2% Fuente: MSyD USCMS	> 10%	> 40%	> 90%	
		% de municipios declarados saludables	0 Fuente: MSyD 2010	-	> 30%	> 90%	
		Tasa de desnutrición global y crónica en menores de 5 años, según sexo	Global: AS= 4,3% H= 4,7%; M= 3,9% Crónica: AS= 27,1% H=27,9%; M=26,2% Fuente: ENDSA 2008	Por establecer	Por establecer	Por establecer	
		% de Municipios con índice VAM 4 y 5	2006 = 43,7% Fuente: VAM 2003	-	< 25%	< 10%	
		% de Municipios que cuentan con UNIs funcionando de acuerdo a normas	Por establecer	Por establecer	Por establecer	> 50%	
		Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil	2008 = 38,3% Fuente: ENDSA 2008	Por establecer	Por establecer	< 10%	
		% de menores de 1 año que reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	2008 = 60% Fuente: ENDSA 2008	Por establecer	Por establecer	> 95%	
		% de municipios que incorporan acciones de erradicación de la desnutrición en PDM	Por establecer	Por establecer	Por establecer	100%	
		Nº de casos de enfermedades transmisibles consecutivos a desastres naturales	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Disminuir en 50%	

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020
Proyecto Sectorial 2.2	Disminuir las inequidades y desigualdades (sociales, de género y culturales), erradicar la violencia e integrar las personas con discapacidad fortaleciendo acciones de promoción y prevención en el ámbito familiar y grupos vulnerables	% de víctimas de violencia de género que ha recibido atención médica, desagregado por sexo.	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		Número de ingresos anuales en centros de salud y hospitales por violencia de género	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% establecimientos de salud que reportan casos de VIF al SNIS	2008 = 21,8% Fuente: SNIS	30%	50%	70%
		% establecimientos de salud que denuncian sistemáticamente casos de violencia a Defensorías y Servicios Legales Integrales Municipales SLIMs	Por establecer	100%	100%	100%
		% de personas unidas que han sufrido alguna vez de violencia física o sexual por parte de su pareja en el último año	Mujeres: 24% Hombres: 15% Fuente: ENDSA 2008	-	< 15%	< 10%
		% de personas con discapacidad calificadas y con registro de persona con discapacidad	Por establecer	Por establecer	Por establecer	>95% de las personas con discapacidad registradas
		% infraestructuras de salud que cumplen con norma arquitectónica de acceso para personas con discapacidad	0%	Por establecer	Por establecer	100% de establ. de referencia ( nivel II, III y I con camas) cumplen con las normas
Proyecto Sectorial 2.3	Generar actitudes de protección de la salud y movilización social mediante procesos de difusión, transmisión intercambio de sentires, saberes-conocimiento y práctica	% de redes municipales con Autoridades, Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa con enfoque de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad de acuerdo a normas	Por establecer	Por establecer	Por establecer	90%
		% de unidades educativas que implementan la estrategia de Escuelas Saludables	Por establecer	Por establecer	Por establecer	> 90%
		% de la población de 14 a 19 años que participa en torneos deportivos, diferenciado por sexo	Por establecer	Por establecer	Por establecer	20%
		% de la población que practica regularmente una actividad física recreativa, desagregado por sexo	Mujeres: 33,7% Hombres: 69.5% (% de personas que bailaron o manejaron bicicleta en la semana previa a la entrevista) Fuente: ENDSA 2008	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		% de Establecimientos de Salud que reportan casos de abuso de alcohol, tabaco y drogas	Por establecer	Por establecer	Por establecer	A establecer
		Nº de Convenios intersectoriales, Interinstitucionales y comunitarios con enfoque de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad orientados a la reducción del abuso de drogas	0 Fuente: MSyD	Por establecer	Por establecer	A establecer

Tabla 43 Metas para el Eje 3

	OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA BASE	META 2011	META 2015	META 2020
Programa Sectorial 3	Mejorar la conducción y regulación sectorial por parte del Ministerio de Salud y Deportes, además de su modulación financiera	% de proyectos con seguimiento efectivo de impacto	Por establecer	Por establecer	Por establecer	100%
		% Planes Estratégicos, programas y proyectos del Sector alineados a la política sanitaria SAFCI y al PSD	< 5% Fuente: MSyD	Por establecer	Por establecer	90%
		% de instituciones del Sector con compromisos de gestión firmados anualmente con el Ente rector	0% Fuente: MSyD	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		Nº de rendiciones de cuentas anuales realizadas por el MSyD a las organizaciones sociales y estructura social en salud en la Asamblea de Salud	0	2	2	2
Proyecto Sectorial 3.1	Mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud considerando las funciones esenciales de la salud pública	% ejecución financiera y física de POAs de salud	Por establecer	Por establecer	Por establecer	> 90%
		% de proyectos con seguimiento efectivo de impacto	Por establecer	Por establecer	Por establecer	100%
		% de indicadores del SNIS analizados trimestralmente	0%	Por establecer	Por establecer	100%
		% del gasto total en salud financiado por recursos interiores (TGN, aportes, etc.)	2007 = 92,3% Fuente: Cuentas Nacionales de Salud	Por establecer	Por establecer	Por establecer
		gasto en salud en % del PIB	2007 = 3,8% Fuente: CNS	Por establecer	Por establecer	Por establecer
Proyecto Sectorial 3.2	Coordinar la alineación de las estrategias e intervenciones del Sector según disposiciones legales vigentes (Ley Marco de autonomías, Cartas Orgánicas Municipales, Ley del Sistema Único de Salud, SAFCI y otras)	% Planes Estratégicos, programas y proyectos de todo el Sector alineados a SAFCI y PSD	< 5% Fuente: MSyD	Por establecer	Por establecer	90%
		% de Cajas de Salud integradas en el Sistema Único SAFCI	0% Fuente: MSyD	Por establecer	Por establecer	100%
		% de integrantes e instituciones del Sector que firman anualmente compromisos de gestión con el MSyD (SEDES, S. Soc.etc.)	2010: 0% Fuente: MSyD	Por establecer	Por establecer	Cada institución pública y subsectores han acordado de compromisos
Proyecto Sectorial 3.3	Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud	Nº de investigaciones científicas que apoyan a los Proyectos Sectoriales del PSD	Por establecer	Por establecer	Por establecer	33 investigaciones científicas mandadas por MSyD realizadas
		% de los medicamentos de la LINAME producidos nacionalmente en beneficio de la población	Por establecer	Por establecer	Por establecer	> 50%
		Nº de investigaciones científicas con enfoque de género, generacional, interculturalidad y personas con discapacidad	Por establecer	Por establecer	Por establecer	Por establecer

## Anexo 4 – La salud en la Constitución Política del Estado Plurinacional

### PRIMERA PARTE BASES FUNDAMENTALES DEL ESTADO DERECHOS, DEBERES Y GARANTÍAS

#### TÍTULO I BASES FUNDAMENTALES DEL ESTADO

##### CAPÍTULO SEGUNDO PRINCIPIOS, VALORES Y FINES DEL ESTADO

**Artículo 9.** Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:

2. Garantizar el bienestar, el desarrollo, la seguridad y la protección e igual dignidad de las personas, las naciones, los pueblos y las comunidades, y fomentar el respeto mutuo y el diálogo intracultural, intercultural y plurilingüe.

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

#### TÍTULO II DERECHOS FUNDAMENTALES Y GARANTÍAS

##### CAPÍTULO SEGUNDO DERECHOS FUNDAMENTALES

**Artículo 15.**

I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte.

II. Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad.

III. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.

**Artículo 16.**

I. Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación.

II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población.

**Artículo 18.**

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

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

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

**CAPÍTULO CUARTO  
DERECHOS DE LAS NACIONES  
Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS**

**Artículo 30.**

II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos:

9. A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

11. A la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, así como a su valoración, uso, promoción y desarrollo.

13. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

**CAPÍTULO QUINTO  
DERECHOS SOCIALES Y ECONÓMICOS**

**SECCIÓN II  
DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL**

**Artículo 35.**

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

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

**Artículo 36.**

I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

**Artículo 37.** El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

**Artículo 38.**

I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.

II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

**Artículo 39.**

I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

**Artículo 40.** El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

**Artículo 41.**

I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.

II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.

III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

**Artículo 42.**

I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

**Artículo 43.** La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

**Artículo 44.**

I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.

II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

**Artículo 45.**

I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.

V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.

VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

**SECCIÓN III  
DERECHO AL TRABAJO Y AL EMPLEO**

**Artículo 46.**

I. Toda persona tiene derecho:

1. Al trabajo digno, con seguridad industrial, higiene y salud ocupacional, sin discriminación, y con remuneración o salario justo, equitativo y satisfactorio, que le asegure para sí y su familia una

**SECCIÓN V  
DERECHOS DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

**Artículo 59.**

I. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a su desarrollo integral.

**Artículo 60.** Es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado.

**Artículo 61.**

I. Se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad.

## **SECCIÓN VI DERECHOS DE LAS FAMILIAS**

**Artículo 66.** Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

## **SECCIÓN VII DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

**Artículo 68.**

I. El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades.

II. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

## **SECCIÓN VIII DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**Artículo 70.** Toda persona con discapacidad goza de los siguientes derechos:

1. A ser protegido por su familia y por el Estado.
2. A una educación y salud integral gratuita.

**Artículo 71.**

I. Se prohibirá y sancionará cualquier tipo de discriminación, maltrato, violencia y explotación a toda persona con discapacidad.

**Artículo 72.** El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley.

## **SECCIÓN X DERECHOS DE LAS USUARIAS Y LOS USUARIOS Y DE LAS CONSUMIDORAS Y LOS CONSUMIDORES**

**Artículo 75.** Las usuarias y los usuarios y las consumidoras y los consumidores gozan de los siguientes derechos:

1. Al suministro de alimentos, fármacos y productos en general, en condiciones de inocuidad, calidad, y cantidad disponible adecuada y suficiente, con prestación eficiente y oportuna del suministro.

**CAPÍTULO SEXTO  
EDUCACIÓN, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS CULTURALES**

**SECCIÓN V  
DEPORTE Y RECREACIÓN**

**Artículo 104.** Toda persona tiene derecho al deporte, a la cultura física y a la recreación. El Estado garantiza el acceso al deporte sin distinción de género, idioma, religión, orientación política, ubicación territorial, pertenencia social, cultural o de cualquier otra índole.

**Artículo 105.** El Estado promoverá, mediante políticas de educación, recreación y salud pública, el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles preventivo, recreativo, formativo y competitivo, con especial atención a las personas con discapacidad. El Estado

**TÍTULO III  
DEBERES**

**Artículo 108.** Son deberes de las bolivianas y los bolivianos:

9. Asistir, alimentar y educar a las hijas e hijos.

10. Asistir, proteger y socorrer a sus ascendientes.

11. Socorrer con todo el apoyo necesario, en casos de desastres naturales y otras contingencias.

**SEGUNDA PARTE  
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL ESTADO**

**TÍTULO VIII  
RELACIONES INTERNACIONALES, FRONTERAS,  
INTEGRACIÓN Y REIVINDICACIÓN MARÍTIMA**

**CAPÍTULO PRIMERO  
RELACIONES INTERNACIONALES**

**Artículo 255.**

II. La negociación, suscripción y ratificación de tratados internacionales se regirá por principios de:

9. Acceso de toda la población a los servicios básicos para su bienestar y desarrollo.

10. Preservación del derecho de la población al acceso a todos los medicamentos, principalmente los genéricos.

**TERCERA PARTE  
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL ESTADO**

**TÍTULO I  
ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL ESTADO**

**CAPÍTULO OCTAVO  
DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS**

**Artículo 298.**

II. Son competencias exclusivas del nivel central del Estado:

- 16. Régimen de Seguridad Social.
- 17. Políticas del sistema de educación y salud

**Artículo 299.**

II. Las siguientes competencias se ejercerán de forma concurrente por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas:

- 2. Gestión del sistema de salud y educación.

**Artículo 300.**

I. Son competencias exclusivas de los gobiernos departamentales autónomos, en su jurisdicción:

- 30. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.

**Artículo 302.**

I. Son competencias exclusivas de los gobiernos municipales autónomos, en su jurisdicción:

- 39. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.

**Artículo 304.**

II. Las autonomías indígena originario campesinas podrán ejercer las siguientes competencias compartidas:

- 3. Resguardo y registro de los derechos intelectuales colectivos, referidos a conocimientos de recursos genéticos, medicina tradicional y germoplasma, de acuerdo con la ley.

III. Las autonomías indígena originario campesinas podrán ejercer las siguientes competencias concurrentes:

- 1. Organización, planificación y ejecución de políticas de salud en su jurisdicción.

**CUARTA PARTE  
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN ECONÓMICA DEL ESTADO**

**CAPÍTULO PRIMERO  
DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 306.**

V. El Estado tiene como máximo valor al ser humano y asegurará el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud, educación, cultura, y en la reinversión en desarrollo económico productivo.

**CAPÍTULO TERCERO  
POLÍTICAS ECONÓMICAS**

**SECCIÓN I  
POLÍTICA FISCAL**

**Artículo 321.**

II. La determinación del gasto y de la inversión pública tendrá lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal. Las asignaciones atenderán especialmente a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo.

**CAPÍTULO CUARTO  
BIENES Y RECURSOS DEL ESTADO Y SU DISTRIBUCIÓN**

**Artículo 341.** Son recursos departamentales:

4. Las transferencias del Tesoro General de la Nación destinadas a cubrir el gasto en servicios personales de salud, educación y asistencia social;

**TÍTULO II  
MEDIO AMBIENTE, RECURSOS NATURALES, TIERRA  
Y TERRITORIO**

**CAPÍTULO PRIMERO  
MEDIO AMBIENTE**

**Artículo 344.**

II. El Estado regulará la internación, producción, comercialización y empleo de técnicas, métodos, insumos y sustancias que afecten a la salud y al medio ambiente.

**Artículo 347.**

II. Quienes realicen actividades de impacto sobre el medio ambiente deberán, en todas las etapas de la producción, evitar, minimizar, mitigar, remediar, reparar y resarcir los daños que se ocasionen al medio ambiente y a la salud de las personas, y establecerán las medidas de seguridad necesarias para neutralizar los efectos posibles de los pasivos ambientales.

**CAPÍTULO NOVENO  
TIERRA Y TERRITORIO**

**Artículo 402.** El Estado tiene la obligación de:

1. Fomentar planes de asentamientos humanos para alcanzar una racional distribución demográfica y un mejor aprovechamiento de la tierra y los recursos naturales, otorgando a los nuevos asentados facilidades de acceso a la educación, salud, seguridad alimentaria y producción, en el marco del Ordenamiento Territorial del Estado y la conservación del medio ambiente.

## Anexo 5 – La salud en el Plan Nacional de Desarrollo

### CAPÍTULO II BOLIVIA DIGNA

#### 2.5 SECTORES GENERADORES DE ACTIVOS SOCIALES

##### 2.5.1 SALUD

El Estado tiene una deuda social sanitaria con la población boliviana acumulada desde la colonia, agravada en los últimos 20 años por la aplicación de políticas neoliberales de ajuste económico social, y que incluyeron procesos de reforma estructural del Estado, el privilegio de la economía de mercado, así como reformas sectoriales, que comprendieron el sector salud, que profundizaron la desigualdad, la exclusión social y la ineficiencia e ineficacia de las instituciones públicas.

Los datos revelan que el recorte del gasto público en salud y el desplazamiento de la responsabilidad del Estado de garantizar los derechos sociales constitucionales en salud, generaron serios problemas, tanto en la profundización de la precariedad de las condiciones de vida y situación de salud de grandes mayorías poblacionales, incrementando la desigualdad, la exclusión en salud y el debilitamiento de las instituciones públicas del sector.

Esta situación, junto a la depresión salarial, el aumento del desempleo, la flexibilización de las relaciones laborales y la feminización de la pobreza, derivó en la conformación de grupos de población con perfiles epidemiológicos diferenciados, en su mayoría caracterizados por la prevalencia de las enfermedades de la pobreza –tuberculosis, diarreas e infecciones–, que a su vez han incidido en la alta morbilidad general, y materno infantil, en particular; además de ahondar las brechas de inequidad y de género, las diferencias entre lo urbano y lo rural, y entre indígenas y no indígenas.

Así también, siendo que Bolivia es un país multiétnico y multicultural, el Sistema Nacional de Salud ejerció represión y desprecio al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales, situaciones que están entre las causas de la exclusión y marginación en la atención en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes ya que nunca antes se asumió la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios de las diferentes regiones.

Entre los indicadores que reflejan la grave situación de salud y de exclusión de la población boliviana, están los siguientes:

- El 77 por ciento de la población se encuentra excluido de los servicios de salud, con fuerte incidencia en regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras son la económica, la geográfica, la cultural y la social.
- Siete niños de cada cien mueren antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y curables; 26,5 por ciento de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo; el 67 por ciento de los niños menores de tres años tiene anemia y el 19 por ciento déficit de vitamina A.
- El 44 por ciento de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, lo que prueba una relación directa entre educación y desnutrición.

- Un tercio de la población de niños de áreas rurales menores de tres años e indígenas de la misma edad tiene desnutrición crónica, que equivale al doble de la población de niños de la misma edad que viven en la ciudad. Por otro lado, el país presenta una mortalidad materna de 320 por cada 100 mil nacidos vivos (ENDSA 2003), y es la más alta de Sudamérica.
- La tasa de Incidencia Parasitaria Anual (IPA) en la población en riesgo es de 4,3 por mil habitantes expuestos en 2005.
- La dispersión de vectores domiciliarios cubre, aproximadamente, el 60 por ciento del territorio, ocupando casi toda la superficie de los departamentos de Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz y, parcialmente, Potosí y La Paz, representando un 80 el riesgo de transmisión vectorial.
- La tuberculosis es un problema grave de salud pública: la notificación de casos procedentes de los servicios de salud públicos muestra una incidencia de casos pulmonares positivos de 67,3 por 100 mil y en todas sus formas de 100,3 x 100 mil.

Para revertir la crítica situación de salud de la población anteriormente señalada, el Gobierno Nacional ha definido una nueva política social, en cuyo centro se encuentra la salud y la seguridad social. En ese marco, el Ministerio de Salud y Deportes, con una visión integral e intersectorial, tomando en cuenta las prerrogativas constitucionales, ha elaborado participativamente un Plan de Desarrollo Sectorial orientado a generar bienestar social, a proteger a la sociedad de riesgos, a garantizar la equidad en salud, la asignación de recursos y a lograr la máxima eficiencia en el impacto.

Inicialmente, el sector salud ha establecido las siguientes problemáticas:

- Alta privación socio-biológica<sup>9</sup> en mayorías poblacionales, dada por los factores obstaculizadores y desfavorables en la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva, que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.
- Sistema de Salud inequitativo e ineficiente, que no toma en cuenta la diversidad social, étnica y cultural del país. Insuficiente capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, expresado en niveles de gestión y atención desintegrados; sin criterios de calidad y eficiencia; desconectados entre sí; mal distribuidos; deficientemente equipados; con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados, y sin mecanismos de control social.
- Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría, gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuestos no coordinados con el Ministerio de Salud y Deportes, y de accionar independiente; con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes; con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre los determinantes y minimizar la exclusión social en salud.
- Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, y escasa participación en la planificación y control social de la actividad, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aún más el de las mujeres.

- El sistema de salud no asume la medicina tradicional y no hay complementación intercultural en los servicios. Hay una falta de fomento a la práctica de los terapeutas tradicionales, a la investigación de la medicina ancestral, a la elaboración de una farmacopea y a la implementación de mecanismos regulatorios.
- Problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición y malnutrición, que generan bajas defensas frente a la enfermedad, y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

Las potencialidades identificadas son las siguientes:

- Un modelo de gestión de salud descentralizado y concurrente, en proceso de mayor profundización que tendría capacidad para tomar decisiones más próximas a los problemas locales, en la que participarán las comunidades en la toma de decisiones.
- La existencia de varias experiencias exitosas del enfoque de salud familiar comunitaria intercultural en el altiplano, valles, llanos y en otros países, que serán sistematizados y aplicados en Bolivia.
- Pueblos indígenas y originarios con estructuras propias que cuentan con saberes ancestrales en el tratamiento de enfermedades.
- Sistema Nacional de Salud con práctica gerencial en manejo del seguro público (Seguro Universal Materno Infantil y Seguro Médico gratuito de Vejez) en todo el territorio nacional, además de 50 años de experiencia en Seguridad Social.

### ***Propuesta de cambio***

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, se conseguirá con la implementación del Sistema de salud familiar comunitario intercultural, 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 sociocomunitaria del Vivir Bien.

El rol del Estado, basado en una concepción social, comunitaria intercultural, asume la historicidad de las personas y el derecho a la salud y la vida. Reconoce lo social como totalidad para lograr una correcta caracterización de la situación de salud y formular propuestas articuladas para la solución de los problemas de salud y lograr transformaciones socio económicas.

En este sentido, todos los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud (público, seguridad social, tradicional y privado) cumplirán, bajo la rectoría y autoridad normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Deportes, los roles y funciones que estén vigentes. (Ver Gráfico N° 4).

**GRÁFICO N° 4  
RELACIÓN DEL ENFOQUE POLÍTICO CON LOS  
LINEAMIENTOS CENTRALES DEL PLAN DE SALUD**



Este cambio permitirá el cumplimiento de las Metas del Milenio en Salud hasta el 2015:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Alcanzar la educación primaria universal
- Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo, Chagas y Tuberculosis
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

La población boliviana, hasta el 2010, accederá en un 100 por ciento al Sistema Salud Familiar Comunitario Intercultural, además del acceso a servicios básicos. Se eliminará la desnutrición en niños menores de cinco años. Se alcanzará la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades.

El sistema de salud generará un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos (minería, agricultura, hidrocarburos y otros). Para ellos se crearán políticas, normas y sistemas.

Se eliminará la violencia intrafamiliar focalizada principalmente en niñas de municipios pobres.

### ***Políticas y estrategias***

#### **i) Sistema único de salud familiar comunitaria intercultural**

Permitirá el acceso a los servicios de salud del 100 por ciento de la población boliviana bajo el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, mediante la promoción de hábitos y

conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar comunitaria intercultural.

La estrategia de esta política es la Universalización del Acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables.

El Programa es Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que comprende la Extensión de coberturas; el Fortalecimiento de Redes de Salud; Gestión de la calidad, Intercultural, género generacional; y Vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios. El requerimiento para la implementación del programa es el de contar con recursos humanos con competencias especiales en la atención primaria de salud.

## **ii) Rectoría**

Recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del sector, proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. También se busca que el Sistema de Salud cuente con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos.

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

El programa Conducción, Regulación Fiscalización y Modulación del Financiamiento, recuperará para el Estado la responsabilidad de la salud y la protección social de la población en general y de los grupos más vulnerables en particular. El avance será mediante fortalecimiento de la capacidad de gestión; aseguramiento público ampliado y reformas en la Seguridad Social de Corto Plazo.

## **iii) Movilización social**

Plantea promover la ciudadanía activa, participativa y corresponsable del que hacer en salud y del autocuidado de las personas de base comunitaria (gestión, movilización y control social) empoderando y movilizando consejos de salud en el nivel nacional, departamental y municipal. Esto permitirá coadyuvar a aumentar los años de vida saludable de la población y mayor productividad para el país.

La estrategia de esta política es la Revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas, orientada a la promoción de una ciudadanía activa, participativa y responsable.

Esta estrategia se implementará mediante el programa Participación comunitaria, desarrollando las comunidades saludables en el marco de la propuesta nacional de “comunidades en acción”.

#### **iv) Determinantes de la salud**

Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida de las personas y familias.

La estrategia de esta política es la Recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a la disminución de la carga social sobre el proceso salud enfermedad, a intervenir, coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del desarrollo económico social, en los factores que determinan la calidad de vida, para que se incremente el acceso de la población a servicios básicos, alimentación, vivienda, vestimenta, recreación, acceso a servicios básicos de educación, salud, saneamiento básico, agua segura, energía limpia y seguridad social.

Para lograr esta estrategia se implementará el programa Intersectorialidad, como una acción intersectorial, integral, articulada y sostenible para contribuir a mejorar la capacidad del Estado para enfrentar los problemas de los diferentes grupos sociales, logrando aumentar la calidad de vida y alcanzar la equidad por sobre intereses excluyentes, contribuyendo con ello a la dignidad nacional.

Articulará al sector educativo, por ser el encargado de formar la mente de las y los niños, y producir recursos humanos para el desarrollo nacional, prioriza la formación y el desarrollo integral de los bolivianos y bolivianas, mediante la actividad física como un proceso que garantice la incorporación de estilos de vida activa y saludable y el desarrollo de una cultura de ganadores.

Dentro de este programa, el proyecto Espacios Saludables, que plantea construir e implementar el concepto y la práctica de escuelas, normales, universidades, cuarteles saludables y productivas y otros. En todos se priorizará la atención de todos los sectores sociales y productivos a nivel nacional que garanticen los insumos, medios y servicios que contribuyan al Vivir Bien.

#### **v) Solidaridad**

Esta política desarrollará la estrategia de la Alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia; la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos desprotegidos que viven en la extrema pobreza.

Se pretende mejorar la alimentación y nutrición de niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil; cambiar los hábitos alimentarios.

Esto implica un plan de acciones inmediatas intersectoriales bajo la coordinación del Sector Protección Social y con recursos de los sectores incorporados en su programación operativa como acciones intersectoriales.

La estrategia es la Alianza Nacional para la erradicación de la desnutrición y la violencia; la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientada a eliminar la exclusión social en salud.

Para lograr esta estrategia, se implementará el programa Solidaridad, que focalizará las intervenciones en forma inmediata, en tanto se vayan modificando las estructuras sociales y del Estado para el Vivir Bien. Asimismo, se plantea luchar contra la violencia, fundamentalmente, en niñas menores de cinco años; el derecho a la integración de las personas con discapacidad.

## **Anexo 6 – Decreto Supremo Nº 29601 del Modelo SAFCI**

### **Decreto Supremo Nº 29601 Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia**

#### **“MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”**

#### **EVO MORALES AYMA PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA**

##### **CONSIDERANDO:**

Que el inciso a) del artículo 7 de la Constitución Política del Estado, establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad.

Que, la Ley No 3351 de 21 febrero de 2006, de Organización del Poder Ejecutivo establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación del modelo sanitario.

Que, el Decreto Supremo No 29272 de 12 de septiembre de 2007, aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 establece entre los objetivos del pilar Bolivia Digna la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Que, el Decreto Supremo No 29246 de 22 de agosto de 2007, de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario establece la política, objetivos y principios para la erradicación de la pobreza y extrema pobreza y toda forma de exclusión, discriminación, marginación y explotación; coadyuvando a la restitución y fortalecimiento de los derechos y capacidades (económicas, físicas, humanas, naturales y sociales) de la población, principalmente de los indígenas, originarios y campesinos; fortalecer el modelo comunitario urbano y rural que se sustenta en los valores de la comunidad, el control social directo y la transparencia, las formas organizativas propias de las poblaciones locales y la identidad cultural y territorial.

Que, la Ley 1702 de 17 de julio de 1996, modificatoria del Artículo 1º de la Ley 1551 de Participación Popular, reconoce, promueve y consolida el proceso de Participación Popular, articulando a las Comunidades Indígenas, Pueblos Indígenas, Comunidades Campesinas y Juntas Vecinales, respectivamente, en la vida jurídica, política y económica del país, procurando mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre bolivianos, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos.

Que la Ley Nro 1252 de 11 de julio de 1991, reconoce el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, sobre derechos de los pueblos indígenas, como forma de eliminar las diferencias socioeconómicas en la sociedad, y que en salud significa la oferta de servicios de salud adecuados a la realidad indígena bajo la responsabilidad y control de los mismos; además, de la valoración y utilización de las medicinas propias de dichos pueblos.

Que la Ley 3760 de 7 de noviembre de 2007, eleva a rango de Ley la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas a través de los cuales se reconoce el derecho de éstos a su autodeterminación, a partir de sus especificidades culturales, identitarias, políticas y organizativas,

por lo cual se apoya la revalorización de la medicina indígena originaria campesina y su proceso de articulación y complementariedad con la medicina académica occidental.

Que, el D.S. N° 25233 de 27 de noviembre de 1998 establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 que establece la estructura orgánica de las Prefecturas de Departamento y disposiciones vigentes en materia de salud.

Que, la Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil dispone la prestación de salud con carácter universal, integral y gratuito en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a Corto Plazo a mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

Que, el D.S. N° 26875 de 21 de diciembre de 2002, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud amplía los alcances del D.S. 25233, incorporando al conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Local; reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social, involucrando al Sistema Público, Seguro Social de Corto Plazo, Iglesias Privadas con y sin fines de lucro y la Medicina Tradicional.

Que, ante la necesidad de establecer e implementar un Modelo Sanitario de Salud, coherente con la realidad socio económico cultural de la población boliviana, desarrolle sus acciones en el marco de la justicia, en la búsqueda de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras).

## **EN CONSEJO DE MINISTROS,**

### **DECRETA:**

## **TÍTULO I MARCO GENERAL**

### **CAPÍTULO I OBJETIVO, PRINCIPIOS Y ESTRATEGIA**

#### **ARTÍCULO 1.- (OBJETO)**

El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

#### **ARTICULO 2. (OBJETIVO DEL MODELO)**

El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

### **ARTÍCULO 3.- (PRINCIPIOS)**

#### **a. Participación Comunitaria**

Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

#### **b. Intersectorialidad**

Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

#### **c. Interculturalidad**

Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

#### **d. Integralidad**

Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

### **ARTÍCULO 4.- (PROMOCIÓN DE LA SALUD)**

Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.

## **TÍTULO II MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD**

### **CAPÍTULO I MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD**

### **ARTÍCULO 5.- (DEFINICIÓN)**

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad,

integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

#### **ARTÍCULO 6.- (CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD)**

- a. Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).
- b. Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios
- c. Organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes sociales.
- d. Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios.
- e. Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

#### **ARTÍCULO 7.- (AFILIACION)**

La afiliación constituye el proceso de registro a los Seguros Públicos de salud, siendo ésta responsabilidad de los Gobiernos Municipales como componente de la planificación y del desarrollo humano sostenible para el Vivir Bien.

La reglamentación, tanto del proceso de afiliación como de la aplicación de su sistema integrado de información, será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

#### **ARTICULO 8.- (CARPETA FAMILIAR – HISTORIA CLINICA)**

La Carpeta Familiar constituye el instrumento esencial para la aplicación del Modelo de atención SAFCI para establecer las determinantes de la salud de las familias y comunidades, realizar el seguimiento de su estado de salud y garantizar el ejercicio de sus derechos a la salud.

La Historia Clínica es parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrativa bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los Seguros Públicos de Salud.

La reglamentación de la implementación de la Carpeta Familiar será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

#### **ARTÍCULO 9.- (MODELO DE ATENCIÓN EN EL SEGURO DE CORTO PLAZO)**

La Seguridad de corto plazo que brindan las Cajas de Salud, deben adecuar su atención al Modelo Sanitario SAFCI, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### **CAPÍTULO II ESTRUCTURA DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

#### **ARTÍCULO 10.- (REDES DE SERVICIOS)**

I A fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, se constituyen las Redes de Servicios. Cada Red deberá estar conformada por un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios municipios.

II Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción.

III La reglamentación será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

#### **ARTICULO 11.- (COORDINADOR DE LA RED DE SERVICIOS)**

I El Coordinador es el responsable técnico de la coordinación en los tres niveles de atención de una Red de Servicios que depende orgánica y funcionalmente del Servicio Departamental de Salud.

II Es responsable de la suscripción de compromisos de gestión con los establecimientos de salud de la Red bajo su coordinación de acuerdo a normativa del Ministerio de Salud y Deportes.

III El Coordinador de la Red de Servicios cuenta con un Equipo Técnico conformado al menos por un Profesional en Salud Pública, un Estadístico y un Conductor.

IV La remuneración y gastos operativos del Coordinador y su Equipo estarán a cargo de la Prefectura correspondiente, a través del SEDES.

#### **ARTÍCULO 12.- (RED MUNICIPAL SAFCI)**

I Es la estructura operativa del Modelo SAFCI constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma.

II Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de su jurisdicción), la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores en el marco de la salud familiar y la interculturalidad.

#### **ARTÍCULO 13.- (RESPONSABLE MUNICIPAL DE SALUD)**

I Es el responsable técnico administrativo del funcionamiento de la Red Municipal SAFCI.

II Depende orgánica y funcionalmente del Gobierno Municipal.

III Es responsable del cumplimiento de la planificación municipal de salud a través de compromisos de gestión de la Red Municipal SAFCI.

IV El Perfil del responsable municipal de salud corresponde a un profesional de las ciencias de la salud, ciencias económicas y financiera o de ciencias sociales con experiencia en salud.

### TÍTULO III MODELO DE GESTIÓN EN SALUD

#### CAPÍTULO I MODELO DE GESTIÓN EN SALUD

##### **ARTÍCULO 14.- (ÁMBITO, COMPETENCIAS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL)**

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

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

##### **ARTÍCULO 15.- (ESTRUCTURA ESTATAL).**

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

b. **Nivel municipal:** El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión de salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación del Modelo Sanitario SAFCI, seguros públicos, políticas y programas de salud en el marco de las políticas nacionales. Así mismo, es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud. El Directorio Local de Salud – DILOS, elaborará su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.

c. **Nivel departamental:** Constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales; además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación social y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política nacional de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial, alcanzando a las instituciones y/o entidades que conforman tanto el sector público como privado. El Director Técnico que dirige el SEDES es nombrado por el Prefecto del Departamento y depende técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes.

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

##### **ARTÍCULO 16.- (FUNCIONAMIENTO DEL DIRECTORIO LOCAL DE SALUD DILOS)**

En el marco de la conformación de DILOS establecida en el artículo 6 de la Ley No 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil, esta instancia cuenta para el ejercicio de sus funciones con:

- a. Nivel de decisión política. Conformado por el Alcalde Municipal o su representante, quien lo preside, un representante técnico del SEDES y un representante del Comité de Vigilancia.
- b. Nivel de coordinación. Conformado por el Coordinador de la Red de Servicios.

c. Nivel operativo. Conformado por la Red Municipal SAFCI y la Estructura Social en salud local y municipal, conformada por la Autoridad Local de Salud, Comité local de Salud y Consejo Social Municipal de Salud.

#### **ARTÍCULO 17.- (PARTICIPACIÓN DE LA ESTRUCTURA SOCIAL)**

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

**a. Autoridad Local de Salud:** Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargada de hacer planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. No es un cargo voluntario, es una más de las autoridades de la comunidad o barrio.

**b. Comité Local de Salud:** Es la representación orgánica de las Autoridades Locales de Salud, pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión compartida en salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. No es un cargo voluntario, es una más de las autoridades de la comunidad.

**c. Consejo Social Municipal de Salud:** Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS garantizando la Gestión Compartida de Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local en salud (Autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS), proponer el porcentaje de presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA municipal.

**d. Consejo Social Departamental de Salud:** Es la representación orgánica de los Concejos Sociales Municipales de salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo; además de realizar control social a la implementación de la misma en cuanto a salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, proponer el porcentaje de presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental.

**e. Consejo Social Nacional de Salud:** Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud, organizaciones sociales e instituciones del nivel nacional, que articula las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar control social a las acciones que esta instancia emprenda.

#### **ARTÍCULO 18.- (ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL EN LA GESTIÓN EN SALUD)**

Los espacios de deliberación de la Gestión, son instancias de dialogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, disensos y toma de decisiones, sobre la gestión de la salud, donde la estructura social y estatal de gestión en salud participan de manera conjunta asumiendo corresponsabilidad en el desarrollo de acciones de salud incorporadas en los planes estratégicos de cada nivel de gestión de salud

a. **ASAMBLEA NACIONAL DE SALUD:** Es la máxima instancia nacional de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan Nacional de Salud; a su vez es el espacio de seguimiento al desarrollo del mismo.

b. **ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE SALUD:** Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan Departamental de Salud, a su vez es el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA departamental

c. **MESA MUNICIPAL DE SALUD:** Es una instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la Gestión Compartida del municipio, otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el municipio (Estrategia Municipal de Salud).

d. **ASAMBLEAS, AMPLIADOS, REUNIONES, JUNTAS, CUMBRES, CABILDOS, OTROS Y CAIS COMUNALES O BARRIALES:** Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres), donde se concretiza la Gestión Local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución administración y seguimiento evaluación control de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local, existen dos tipos de espacios de deliberación, que se detallan a continuación:

I **Planificación:** “Reunión General de Planificación” (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros) que se realizan una vez al año, en las comunidades o barrios tengan o no establecimiento de salud, para identificar las problemáticas en salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución, que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y responsables.

II **Espacios de seguimiento control:** “Comité de Análisis de Información en Salud (CAI) comunal o barrial”, que se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a los usuarios

#### **ARTÍCULO 19.- (DESARROLLO REGLAMENTARIO)**

El Ministerio de Salud y Deportes queda encargado de reglamentar el presente Decreto Supremo en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha. Asimismo, aprobará las normas de funcionamiento del Modelo de Atención y Modelo de Gestión en salud.

## **CAPÍTULO II DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA.-**

La seguridad de corto plazo debe presentar en el término de noventa (90) días al Ministerio de Salud y Deportes, un plan de adecuación al Modelo Sanitario SAFCI, para su compatibilización y aplicación a nivel nacional.

### **DISPOSICIONES ABROGATORIAS Y DEROGATORIAS**

#### **DISPOSICIONES DEROGATORIAS.-**

I. Se derogan los artículos 2, 3, 4, 5, 7 párrafo I, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 25,26, 27 y 28 del Decreto Supremo N° 26875 de 21 de diciembre de 2002.

II Que derogado el párrafo I del artículo 2 del Decreto Supremo N° 26874 de 21 de septiembre del año 2002.

El Señor Ministro de Estado, en el Despacho de Salud y Deportes, queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los once días del mes de junio del año dos mil ocho.

**FDO. EVO MORALES AYMA**, David Choquehuanca Céspedes, Juan Ramón Quintana Taborga, Walker San Miguel Rodriguez, Alfredo Octavio Rada Vélez, Celima Torrico Rojas, Graciela Toro Ibañez, Luis Alberto Arce Catacora, René Gonzalo Orellana Halkyer, Angel Javier Hurtado Mercado, Oscar Coca Antezana, Susana Rivero Guzmán, Carlos Villegas Quiroga, Luis Alberto Echazú Alvarado, Walter J. Delgadillo Terceros, María Magdalena Cajías de la Vega, Walter Selum Rivero, Héctor E. Arce Zaconeta.

## Índice de ilustraciones

Ilustración 1 las dimensiones del Vivir Bien .....	20
Ilustración 2 Diagrama de los 3 Ejes de Desarrollo .....	60
Ilustración 3 Estructura programática del PSD 2011-2015 .....	61

## Índice de tablas

Tabla 1 Aportes del Sector Salud a las dimensiones del Vivir Bien .....	20
Tabla 2 Responsabilidad del Sector Salud en el marco de la Bolivia Digna .....	24
Tabla 3 Contribución del Sector Salud en el marco de los demás pilares del PND .....	25
Tabla 4 Contribución del Sector Salud en el marco de los ejes transversales del PND .....	26
Tabla 5. Avances en objetivos y metas del PDS periodo 2006-2009 .....	30
Tabla 6 Población y financiamiento del Sector Salud .....	32
Tabla 7 Integrantes del Sector Salud .....	33
Tabla 8 Distribución de municipios y población según magnitud de pobreza. 2001 .....	39
Tabla 9. Tasa de mortalidad infantil en Bolivia con relación a determinantes de salud .....	40
Tabla 10. Tasa de mortalidad infantil según el idioma que habla la madre .....	43
Tabla 11. Tasa de mortalidad infantil e IDH por autonomía Indígena Originaria Campesina .....	43
Tabla 14. Distribución del Riesgo de Exclusión, según Área Geográfica y Región .....	45
Tabla 15. Porcentaje de mujeres que reportaron problemas en el acceso a servicios de salud .....	46
Tabla 16. Seguros Públicos de Salud materno-infantiles y de la vejez en Bolivia .....	47
Tabla 15 Finalidad del Sector .....	58
Tabla 16 Propósito del Plan Sectorial 2011-2015 .....	59
Tabla 17 Objetivo, Indicadores y Metas del Eje de Desarrollo 1 .....	63
Tabla 18 Objetivo, Indicadores y Metas del Programa 1 .....	64
Tabla 19 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.1 .....	65
Tabla 20 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.2 .....	67
Tabla 21 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.3 .....	68
Tabla 22 Objetivo, Indicadores y Metas del Eje de Desarrollo 1 .....	71
Tabla 23 Objetivo, Indicadores y Metas del Programa 2 .....	71
Tabla 24 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.1 .....	72
Tabla 25 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.2 .....	74
Tabla 26 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.3 .....	76
Tabla 27 Objetivo, Indicadores y Metas del Eje de Desarrollo 3 .....	79
Tabla 28 Objetivo, Indicadores y Metas del Programa 3 .....	79
Tabla 29 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.1 .....	80
Tabla 30 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.2 .....	81
Tabla 31 Objetivo, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.3 .....	82
Tabla 34 Estrategia de implementación del Plan Sectorial de Desarrollo .....	87
Tabla 35 Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación .....	93
Tabla 36 Formato de recopilación de indicadores .....	94
Tabla 37 Comparación internacional de indicadores de salud .....	97
Tabla 38 Número de defunciones anuales por causa en Bolivia (2004) .....	99

Tabla 39 Años de vida saludables perdidos por causa en Bolivia (2004) .....	100
Tabla 40 Metas para Finalidad y Propósito .....	101
Tabla 41 Metas para Ejes de Desarrollo y objetivos estratégicos .....	103
Tabla 42 Supuestos para Finalidad, objetivo general y Ejes de Desarrollo .....	105
Tabla 43 Metas para el Eje 1 .....	106
Tabla 44 Metas para el Eje 2 .....	108
Tabla 45 Metas para el Eje 3 .....	110

## **Lista de las personas que contribuyeron a la validación de la versión final del Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 “Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida:**

- Dra. Nila Heredia Miranda, Ministra de Salud y Deportes
- Dr. Martín Maturano Trigo, Viceministro de Salud y Promoción
- Dr. Eduardo Aillón Terán, Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud y Deportes
- Dr. German Crespo Infántes, Director General de Planificación
- Dra. Margarita Flores Franco, Directora General de Seguros de Salud
- Dr. Jorge Jemio Ortuño, Director General de Promoción de la Salud
- Dr. Johnny Vedia Rodriguez, Director General de Servicios de Salud
- Dr. Johnny Sánchez Arias, Jefe de la Unidad de Planificación
- Dra. Adriana Espinoza Almazan, Jefe de la Unidad de Nutrición
- Dra. Amelia López Flores, Jefa de la Unidad de Promoción de la Salud
- Lic. Juan Carlos Delgadillo Olivera, Jefe de la Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social
- Dr. Víctor Reynaldo Aguilar Alvarez, Jefe de la Unidad de Seguros Públicos
- Lic. Victor Alvarez, Jefe de la Unidad de Recursos Humanos
- Dr. Marco Antonio Valencia Cárdenas, Coordinador General de la Residencia Médica SAFCI
- Dra. Ana Maria Aguilar Liendo, Coordinadora Programa Desnutrición Cero
- Dra. Alicia Aliaga Yana, Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social
- Dra. Evelin Cerruto Gutiérrez, Unidad de Nutrición
- Dra. Mary Tejerina, Unidad de Servicios de Salud y Calidad
- Dr. Ramiro Asturizaga, Unidad de Servicios de Salud y Calidad
- Dr. Omar Flores Velasco, Unidad de Servicios de Salud y Calidad
- Lic. Victor Estrada Zacarías, Residencia Médica SAFCI
- Dr. Luis Fernando Rivera Camacho, Unidad de Promoción de la Salud
- Dr. Mario Villagra Romay, Unidad de Promoción de la Salud
- Dra. Ana María Young
- Dra. Jenny Soto Villalta
- Dra. Alexia Paredes Prieto
- Dr. Freddy Huaraz
- Lic. Katty Torrez Mamani
- Dr. Henry Herrera Paredes
- Sr. Teodoro Blanco Mamani
- Dr. Jaime Choque Cortez
- Dr. Henry Flores Zuñiga





---

**Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva**  
 **PARA VIVIR BIEN**