



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020



PUBLICACIÓN
16

Serie: Documentos de Política

La Paz - Bolivia
2017

BO Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación.
WA546 Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 2020. /Ministerio de Salud; César
M665p Ayala; Carla Marquez Cabezas; Guido Monasterios Vergara; Efraín Alarcón. Coaut. La Paz :
No. 16 Escarlata Industrias Gráficas, 2017

236p.: ilus. (Serie: Documentos de Política No.16)

Depósito legal: 4-1-97-16 P.O.

- I. PLANES ESTATALES DE SALUD
- II. PLANES NACIONALES DE DESARROLLO
- III. POLITICA DE SALUD
- IV. PLANIFICACION INTEGRAL DE SALUD
- V. BOLIVIA
1. t.
2. Serie.
3. Ayala, César; Marquez Cabezas, Carla; Monasterios Vergara, Guido; Alarcón, Efraín. Coaut.

PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO PARA VIVIR BIEN 2016-2020

Puede obtenerse información en la siguiente dirección de internet

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

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

Resolución Ministerial: N° 908 de fecha 09 SEP/2016

Depósito legal: 4-1-607-16 PO

N° de ISBN:

Elaboración:

| | |
|-------------------------------|--|
| Dr. Cesar Ayala Gonzales | PROFESIONAL DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO/DGP |
| Dra. Carla Marquez Cabezas | PROFESIONAL DE APOYO A SEGUIMIENTO DE PROYECTOS/DGP |
| Dr. Guido Monasterios Vergara | CONSULTOR TÉCNICO POR PRODUCTO ELABORACIÓN PSDI |
| Lic. Efraín Alarcón Bautista | CONSULTOR ECONOMISTA POR PRODUCTO ELABORACIÓN DEL PSDI |
| Dr. Ronald Machaca Zarate | RESPONSABLE DE PROGRAMAS Y PROYECTOS/DGP |
| Lic. Julien Dupoy | CONSULTOR DE CUENTAS DE SALUD/DGP |
| Lic. Carmiña Valverde Aguirre | CONSULTORA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA |
| Dr. Elías Huanca Quisbert | PROFESIONAL DE GESTIÓN DEPARTAMENTAL/DGP |
| Dr. Hugo Vargas Quispe | CONSULTOR RESPONSABLE PROYECTOS DE INVERSIÓN/DGP |
| Dra. Miriam Nogales Rodríguez | PROFESIONAL DE SEGUIMIENTO ONG'S/DGP |
| Dr. José Villamil Cuevas | PROFESIONAL TÉCNICO EN PROYECTOS EN INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD/DGP |
| Lic. Andrea Cortez Téllez | TÉCNICO ADMINISTRATIVO/DGP |
| Lic. Lisbeth Coca Calderón | RESPONSABLE DE SOA/DGP |
| Lic. Romane Ortega Barrón | CONSULTORA PROFESIONAL EN ANÁLISIS FINANCIERO |
| Ing. Jaime Condori | PROFESIONAL DE SISTEMAS/DGP |
| Lic. Yumy Takeno Flores | PROFESIONAL SEGUIMIENTO POA/DGP |

Revisión:

| | |
|-------------------------------|---|
| Lic. Marcos Rios Vacaflor | DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN |
| Lic. Ricardo Machicado Monroy | JEFE DE UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA |

Aprobación:

Dictamen Informe de compatibilidad y/o concordancia
MPDNPC/DESP No 0009 /2016 de 4 de Agosto de 2016
Ministerio de Planificación del Desarrollo

La Paz: Dirección General de Planificación - Comité de Identidad Institucional y de Publicaciones - Ministerio de Salud

El presente documento fue elaborado con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo – AECID y el Proyecto FORTALESSA del Ministerio de Salud.

© Ministerio de Salud 2016

Reproducción autorizada con indicación de la fuente bibliográfica

Impreso en Bolivia

AUTORIDADES DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

Dr. Álvaro Terrazas Peláez
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Germán Mamani Hualpa
**VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD**

Lic. Marcos Ríos Vacaflor
DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN



Resolución Ministerial

Nº 0908

Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

09 SEP 2016

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 37 de la Constitución Política del Estado dispone que; 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.

Que, el Numeral 9 del Artículo 316 de la misma norma precitada señala que la función del Estado en la economía consiste; formular periódicamente, con participación y consulta ciudadana, el plan general de desarrollo, cuya ejecución es obligatoria para todas las formas de organización económica.

Que, el Artículo 1 de la Ley Nº 777 de 21 de enero de 2016, señala que el objeto de la presente ley es establecer el Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE), que conducirá el proceso de planificación del desarrollo integral del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco del Vivir Bien.

Que el Artículo 1 de la Ley Nº 786, Ley de 09 de marzo de 2016, dispone que la presente ley tiene por objeto aprobar el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020, establecer la obligatoriedad de su aplicación y los mecanismos de coordinación, evaluación y seguimiento. Asimismo su Artículo 3 dispone; que el contenido del Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020, en el Marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien, se formula a partir de los trece (13) pilares de la Agenda Patriótica del Bicentenario 2025, que se constituye en el Plan General de Desarrollo establecido en el numeral 9 del Artículo 316 de la Constitución Política del Estado. Por otro lado su Artículo 4 señala el ámbito de aplicación del Sistema de Planificación Integral del Estado, comprende a las siguientes entidades públicas: (...).

Que, el Parágrafo I del Artículo 13 de la norma precitada dispone que el Subsistema de Planificación (SP) está constituido por el conjunto de planes de largo, mediano y corto plazo de todos los niveles del Estado Plurinacional, y se implementa a través de lineamientos, procedimientos, metodologías e instrumentos técnicos de planificación. (...).

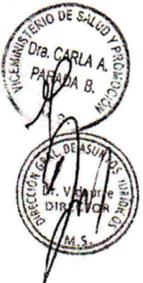
Que, el Inc. e) del Artículo 90 del Decreto Supremo Nº29894 de 7 de febrero de 2009, dispone que una de las atribuciones de la Señora Ministra de Salud es , ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud.

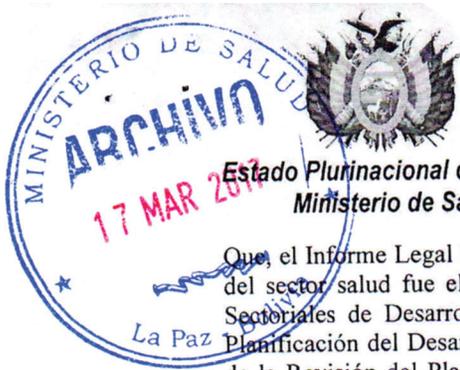
Que, el Parágrafo IV del Artículo 10 del Decreto Supremo Nº 1868, de 22 de enero de 2014, dispone que en todo el texto del Decreto Supremo Nº 29894, de 7 de febrero de 2009, de Organización del Órgano Ejecutivo, se sustituye la denominación de "Ministra(o) de Salud y Deportes" por "Ministra(o) de Salud".

Que, el Informe Técnico MS/DGP/UPL/IT/187/2016 de 09 de septiembre de 2016, emitido por la Profesional de Apoyo Seguimiento de Proyectos dependiente de la Dirección General de Planificación de esta Cartera de Estado, refiere en sus conclusiones que el Ministerio de Salud ha cumplido con cada uno de los pasos establecidos en la Ley Nº 777 del SPIE tal como se evidencia en Nota con CITE MPD/VPC/DESP Nº 177/16 del Ministerio de Planificación del Desarrollo que remite Informe de compatibilidad y concordancia Plan Sectorial de Desarrollo Integral en el cual conclusiones manifiesta "De la revisión del Plan Sectorial de Desarrollo Integral del Ministerio de Salud y el Plan Estratégico Institucional, se concluye que los mismos están formulados de acuerdo a los lineamientos metodológicos establecidos para la formulación de los Planes Sectorial de Desarrollo Integral y Planes Estratégicos Institucionales, y que se encuentran articulados al Plan de Desarrollo Económico Social PDES 2016-2020 en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien, por lo que corresponde un dictamen favorable de compatibilidad y concordancia". Siendo ahora necesario cumplir el paso "3. Realizados los ajustes que correspondan, en un plazo máximo de treinta (30) días, y con el dictamen favorable del Órgano Rector, el Ministerio cabeza de sector aprueba el PSDI con Resolución Ministerial". Por lo que recomienda la aprobación del Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016-2020 mediante Resolución Ministerial.

COPIA FIEL DE ORIGINAL
MINISTERIO DE SALUD

COPIA LEGALIZADA





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Que, el Informe Legal MS/DGAJ/UAJ/1960/2016 de septiembre de 2016, refiere que toda vez que el PSDI del sector salud fue elaborado siguiendo los lineamientos metodológicos para la formulación de Planes Sectoriales de Desarrollo Integral para Vivir Bien, dentro del SPIE, establecidos por el Ministerio de Planificación del Desarrollo; y dando cumplimiento a los pasos establecidos en la Ley N° 777 del SPIE y de la Revisión del Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 200; se recomienda a la Señora Ministra de Salud aprobar la misma mediante una Resolución Ministerial.

POR TANTO:

La **MINISTRA DE SALUD**, en ejercicio de las facultades y en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009.

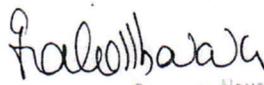
RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Aprobar el documento denominado “Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016-2020”, conforme al texto adjunto que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Abog. Romero Casare Landa
DIRECTOR GENERAL
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD


Dra. Carla Paz Padilla Barba
VICEMINISTRA DE SALUD
Y PROMOCION
MINISTERIO DE SALUD


Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA




Betty Paola Menezes
RESPONSABLE DE ARCHIVO
Y DOCUMENTACION
MINISTERIO DE SALUD

COPIA FIEL DE ORIGINAL
MINISTERIO DE SALUD

COPIA LEGALIZADA

Presentación

En cumplimiento al mandato legal establecido en la Constitución Política del Estado de brindar atención de salud universal, integral y de calidad a la población, mediante el Sistema Único de Salud y la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, se desarrolla este documento técnico.

Los próximos cinco años podremos considerarlos los años de la salud para nuestra población. La política de cambio iniciada hace diez años, ha ido decantando lo esencial y se le ha dado al sector salud la prioridad requerida, necesaria y demandada. Una oferta de inversión muy grande, la mayor en la historia de la salud boliviana, es una real oportunidad para reajustar los otros elementos del sistema con miras a alcanzar un Sistema Único de Salud. Se espera el esfuerzo conjunto nacional y subnacional para que esta inversión sea una realidad.

Al formular el Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020, lo adecuamos al Sistema de Planificación Integral del Estado; evaluamos los alcances y resultados del plan anterior, tomando en cuenta las nuevas directrices establecidas en la Agenda Patriótica 2025, nuestras políticas actuales de desarrollo, ajustamos este instrumento, para garantizar el derecho de todos al acceso a salud y reducir las inequidades que aún existen.

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien contribuirá en la planificación de cada una de las instituciones que componen el sector salud, el sector de esta forma contribuirá al logro de los resultados establecidos en el Plan de Desarrollo Económico Social 2016 - 2020.



Dra. Ariana Campero Nava
Ministra de Salud

Introducción

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020 ha sido elaborado en el marco de la Ley N° 777, del Sistema de Planificación Integral del Estado Plurinacional de Bolivia - SPIE, a partir del Plan de Desarrollo Sectorial 2016 - 2020 concluido en octubre del 2015. Ambos procesos han sido plenamente participativos.

El Capítulo I nos muestra el enfoque político que rige el proceso de transformación del sistema de salud. El capítulo II muestra el Diagnóstico de situación de salud, desglosado en tres componentes: una síntesis de los avances del sistema de salud de los últimos cinco años; el análisis de la situación del Sector Salud y el estado de situación de la salud de la población a diciembre del 2015. Se identifican los principales problemas del sector y se plantean los principales desafíos para el quinquenio planificado.

En el Capítulo III se describen las principales políticas y lineamientos estratégicos (SAFCI, Sistema Único de Salud, Calidad de Servicios de Salud, Rectoría Sanitaria, Medicina Tradicional y Salud Intercultural). Se analizan los sistemas de vida identificados en las Macroregiones en que se estructura el territorio con fines de planificación integral; se muestra la contribución del Sector salud a esos sistemas, en términos de erradicación de la extrema pobreza, conservación de funciones ambientales y desarrollo de sistemas productivos sustentables. También se identifican los riesgos en cada macroregión, la vulnerabilidad del Sector Salud ante las amenazas identificadas y los efectos del Calentamiento Global sobre la salud, así como las variables externas al Sector Salud que influyen en la salud y en la eficacia de la gestión del sistema de salud.

Se describen los desafíos que deben afrontarse respecto a: la Gestión del talento humano, el uso y aprovechamiento de tecnología, el ejercicio de los derechos y deberes en salud de la población, la capacidad Instalada y resolutoria del sistema de salud y el Plan Nacional de Hospitales.

Finalmente, en el Capítulo IV se establece la Visión Sectorial, el Objetivo General y los objetivos estratégicos; los pilares del PDES en los que intervendrá el Sector Salud y sus correspondientes metas a alcanzar; en cada una de ellas se plantean los resultados a alcanzarse y las acciones que permitirán ese logro. Para cada acción se ha elegido un indicador de proceso, el más significativo. En total se han identificado 51 resultados y 75 Acciones. El documento culmina con el presupuesto plurianual.

Índice de Contenido

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO I. ENFOQUE POLÍTICO | 17 |
| CAPÍTULO II. DIAGNÓSTICO | 23 |
| 2.1 AVANCES LOGRADOS EN EL SECTOR EN LOS ÚLTIMOS AÑOS | 25 |
| 2.1.1. Marco normativo | 25 |
| 2.1.2. Infraestructura y equipamiento | 35 |
| 2.1.3. Recursos Humanos | 38 |
| 2.1.4. Medicamentos e Insumos | 41 |
| 2.1.5. Programas y Proyectos | 42 |
| 2.2. SITUACIÓN ACTUAL | 54 |
| 2.2.1. Indicadores Sociodemográficos | 54 |
| 2.2.2. Indicadores de Salud Materna | 59 |
| 2.2.3. Indicadores de Salud Infantil | 62 |
| 2.2.4. Indicadores Epidemiológicos | 65 |
| 2.3. ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN EL TERRITORIO | 75 |
| 2.3.1. Análisis de Sistemas De Vida | 75 |
| 2.3.2. Análisis de Riesgos y Cambio Climático | 84 |
| 2.4. ANÁLISIS EXTERNO | 90 |
| 2.4.1. Determinantes Sociales | 90 |
| 2.4.2. Contexto Internacional | 97 |
| 2.5. PROBLEMAS Y DESAFÍOS | 104 |
| 2.5.1. Problemas | 104 |
| 2.5.2. Desafíos | 110 |
| CAPÍTULO III. POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS | 119 |
| 3.1. DERECHO A LA SALUD | 121 |
| 3.2. LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL | 122 |
| 3.3. EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD | 123 |
| 3.4. SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD | 125 |
| 3.4.1. Red Funcional de Servicios de Salud | 125 |
| 3.4.2. Atención Integral de Salud | 126 |
| 3.4.3. El Continuo de Atención en el Curso de la Vida | 126 |
| 3.4.4. Envejecimiento Saludable | 126 |
| 3.5. RÉGIMEN AUTONÓMICO EN SALUD | 127 |
| 3.6. RECTORÍA SANITARIA | 127 |
| 3.7. MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD INTERCULTURAL | 128 |
| 3.7.1. La Interculturalidad en Salud | 128 |
| 3.7.2. La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana | 129 |
| CAPÍTULO IV. PLANIFICACIÓN | 131 |
| 4.1. IDENTIFICACIÓN DE PILARES, METAS, RESULTADOS Y ACCIONES | 133 |
| 4.1.1. Visión del Ministerio de Salud al 2020 | 133 |
| 4.1.2. Objetivo General | 133 |
| 4.1.3. Metodología | 133 |
| 4.1.4. Objetivos Estratégicos | 133 |
| 4.1.5. Pilares, Metas, Resutados y Acciones | 134 |

| | |
|--|------------|
| 4.2. PROGRAMACIÓN DE ACCIONES POR RESULTADOS | 157 |
| 4.3. TERRITORIALIZACIÓN DE ACCIONES CON ENFOQUE DE SISTEMAS DE VIDA, GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO..... | 178 |
| 4.3.1. Impactos de acciones territorializadas en Sistemas de Vida (modelo de armonización de sistemas de vida)..... | 178 |
| 4.4. ANÁLISIS DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO (PROYECCIÓN AL 2020)..... | 179 |
| 4.4.1. Contribución del sector salud al Vivir Bien..... | 199 |
| 4.4.2. Territorialización de acciones por división político administrativa | 200 |
| 4.4.3. Articulación intersectorial | 206 |
| 4.5. DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL | 208 |
| | |
| CAPITULO V PRESUPUESTO PLURIANUAL QUINQUENAL | 231 |
| 5.1. Gasto corriente..... | 240 |

Índice de Ilustraciones

| | | |
|-----------------|--|----|
| Ilustración 1. | Ingresos y Egresos de las Cuentas Municipales de Salud Período 2010 - 2015..... | 26 |
| Ilustración 2. | Ingresos y Egresos Financieros del Fondo Solidario Nacional y Fondo Compensatorio Nacional de Salud - Período 2010 - 2015..... | 27 |
| Ilustración 3. | Evolución de la Cobertura de Acceso a Servicios de Salud Gratuitos Período 2010 - 2015..... | 27 |
| Ilustración 4. | Porcentaje de prestaciones otorgadas por grupo etario a nivel nacional Periodo 2014-2015..... | 28 |
| Ilustración 5. | Gasto Corriente en Salud por afiliado, por Subsector, en bolivianos..... | 30 |
| Ilustración 6. | Porcentaje de Niños/as Beneficiarios del Periodo 2009 - 2015 Bono Juana Azurduy..... | 31 |
| Ilustración 7. | Porcentaje de mujeres embarazadas beneficiadas del Bono Juana Azurduy Periodo 2009 - 2015..... | 31 |
| Ilustración 8. | Gasto corriente en salud del Estado per cápita (Precios Constantes) y Tasa de cobertura de parto institucional - Periodo 2005 - 2014..... | 32 |
| Ilustración 9. | Nº de Personas que son Atendidas por Médico y Parteras Tradicionales Periodo 2014 - 2015..... | 33 |
| Ilustración 10. | Registro de asociaciones de medicina tradicional legalmente establecidos por departamento..... | 33 |
| Ilustración 11. | Nuevos establecimientos de salud de primer nivel..... | 36 |
| Ilustración 12. | Disponibilidad de Establecimientos de Salud de Primer Nivel (E. S. primer nivel/2.000habitantes) Gestión 2015..... | 36 |
| Ilustración 13. | Asignación de Ítems Acumulado Bolivia Periodo 2011 - 2015..... | 40 |
| Ilustración 14. | Nº de notificaciones recibidas por el Centro de Farmacovigilancia Periodo 2009 - 2015..... | 42 |
| Ilustración 15. | Modalidades de Intervención DIT Periodo 2013-2015..... | 45 |
| Ilustración 16. | Programa Nacional de Vigilancia y Control de ITS/VIH/SIDA Área de intervención del Periodo 2009 - 2011..... | 48 |
| Ilustración 17. | Donaciones voluntarias de sangre a Nivel Nacional Periodo 2015..... | 50 |
| Ilustración 18. | Programa Nacional de Sangre Periodo 2010 - 2015..... | 51 |
| Ilustración 19. | Bolivia, población por Género y edades quinquenales..... | 55 |
| Ilustración 20. | Razón de Mortalidad Materna Periodo 2000 - 2011..... | 60 |
| Ilustración 21. | Causas de Muerte Materna Periodo - 2011..... | 60 |
| Ilustración 22. | Lugares Donde Ocurren las Muertes Maternas Periodo - 2011..... | 61 |
| Ilustración 23. | Mortalidad Materna según Etnia Periodo - 2011..... | 61 |
| Ilustración 24. | Índice de Poliomieltis y Coberturas de Vacunación - Periodo Previo Posterior 2006..... | 62 |
| Ilustración 25. | Casos de Sarampión y Coberturas de Vacunación - Periodo Previo y Posterior 2006..... | 62 |
| Ilustración 26. | Evolución de Coberturas de Vacunación en Niños y Niñas por Años Bolivia Periodo 2010 - 2015..... | 63 |
| Ilustración 27. | Prevalencia de Desnutrición Crónica <5 años Periodo 2003 - 2012..... | 64 |
| Ilustración 28. | EDAs, ETAs y Cólera - Período 2010 - 2015..... | 64 |
| Ilustración 29. | Porcentaje de desnutrición crónica en niños de 6 a 23 meses de edad Periodo 2007 - 2012..... | 65 |
| Ilustración 30. | Trasplantes Realizados y Máquinas de Hemodiálisis Financiamiento del Ministerio de Salud Periodo 2010 - Primer Semestre 2016..... | 66 |

| | | |
|-----------------|--|-----|
| Ilustración 31. | Tasa incidencia notificada de Tuberculosis todas sus formas y Tuberculosis pulmonar BAAR (+) x 100.000 hab. Bolivia 2010 - 2015..... | 66 |
| Ilustración 32. | Casos reportados de Dengue-Chikungunya-Zika- Periodo 2009 - 2011..... | 68 |
| Ilustración 33. | Casos de Influenza - Período 2009 - 2015..... | 68 |
| Ilustración 34. | Riesgo endémico de Chagas a nivel municipal..... | 69 |
| Ilustración 35. | Índice de Infestación Vectorial de Chagas Periodo 2010 - 2015..... | 70 |
| Ilustración 36. | Diagnóstico y tratamiento de Chagas por Grupo Etario 2010- 2015..... | 70 |
| Ilustración 37 | Incidencia y Prevalencia de notificación de VIH-SIDA Bolivia - Periodo 2010 – 2015 | 72 |
| Ilustración 38. | Número de Casos de Leishmaniasis Período 2011 - 2015 | 72 |
| Ilustración 39. | Zonas Endémicas de Leishmaniasis Periodo 2009 - 2011..... | 73 |
| Ilustración 40. | Índices de Programa Nacional de Control de la Malaria Periodo 2010 - 2014 | 73 |
| Ilustración 41. | Zonas Endémicas de Malaria y Dengue 2015 | 74 |
| Ilustración 42. | Tendencia de la Rabia Canina Periodo 2001 - 2015..... | 74 |
| Ilustración 43. | Tendencia de la Rabia Humana Periodo 2001 - 2015..... | 75 |
| Ilustración 44. | Análisis de sistemas de vida por macroregión Valles..... | 76 |
| Ilustración 45. | Análisis de sistemas de vida por macroregión Chiquitanía Pantanal..... | 77 |
| Ilustración 46. | Análisis de sistemas de vida por macroregión Chaco..... | 78 |
| Ilustración 47. | Análisis de sistemas de vida por macroregión Altiplano | 79 |
| Ilustración 48. | Análisis de sistemas de vida por macroregión Yungas Chapare | 80 |
| Ilustración 49. | Análisis de sistemas de vida por macroregión Amazonía | 81 |
| Ilustración 50. | Análisis de sistemas de vida por macroregión Llanuras Sabanas | 82 |
| Ilustración 51. | Enfermedades trazadoras atendidas por las brigadas de atención rápida gestión 2014..... | 89 |
| Ilustración 52. | Cobertura formal de los servicios públicos de salud Gestión - 2014 | 106 |
| Ilustración 53. | Gasto corriente en salud per cápita de los subsectores público y seguridad social (sobre la población cubierta*), según Subsector y Departamento, en bolivianos - Gestión - 2014 | 107 |
| Ilustración 54. | Ejecución Presupuestaria Cuenta Municipal en Salud (Ley 475) | 108 |
| Ilustración 55. | Ejecución Presupuestaria Gasto Municipal total en Salud | 108 |
| Ilustración 56. | Área de construcción de Hospitales de Nivel 4 - Periodo - 2015 - 2020..... | 113 |
| Ilustración 57. | Ubicación de la Construcción de Hospitales de Tercer Nivel Periodo - 2015 - 2020..... | 114 |
| Ilustración 58. | Ubicación de la Construcción de Hospitales de Segundo Nivel Periodo - 2015 - 2020..... | 114 |
| Ilustración 59. | Presupuesto PSDI Periodo 2016 - 2020 | 239 |
| Ilustración 60. | Presupuesto Proyectoado PSDI Periodo 2016 - 2020 | 239 |

Índice de Tablas

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabla 1. | Transferencias a beneficiarias del Bono Juana Azurduy Periodo 2010 - 2015 | 30 |
| Tabla 2. | Avances estructura social - Gestión 2014 | 34 |
| Tabla 3. | Inversiones en Establecimientos de Salud Periodo 2006 - 2015 | 35 |
| Tabla 4. | Ambulancias Entregadas por Departamentos | 37 |
| Tabla 5. | Ambulancias Especializadas Adquiridas | 37 |
| Tabla 6. | Becas para Formación de Especialistas..... | 39 |
| Tabla 7. | Médicos Mi Salud a Nivel Nacional 2015 | 41 |
| Tabla 8. | Atenciones Realizadas por Mi Salud | 41 |
| Tabla 9. | Evaluación Comparativa entre Gestiones del PAI | 43 |
| Tabla 10. | Índices Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya, Zika..... | 44 |
| Tabla 11. | Intervenciones Realizadas por el Programa Nacional de Desastres..... | 46 |
| Tabla 12. | Intervenciones realizadas por el Programa de ITS - VIH SIDA | 48 |
| Tabla 13. | Equipos entregados a los Municipios e interconsultas realizadas..... | 52 |
| Tabla 14. | Atenciones de asesoramiento genético y estudios cromosómicos | 53 |
| Tabla 15. | Estudios Cromosómicos | 53 |
| Tabla 16. | Bolivia, población por grupo etario y género | 54 |
| Tabla 17. | Mortalidad comparada por causas - Relación Bolivia - Latinoamérica..... | 56 |
| Tabla 18. | Población con necesidades básicas insatisfechas y variación anual Censos de 2001 y 2012..... | 57 |
| Tabla 19. | Componentes del índice de necesidades básicas insatisfechas (%) | 57 |
| Tabla 20. | Indicadores de Pobreza Extrema, Según Área | 58 |
| Tabla 21: | Población de 10 años o más de edad, según sexo y condición de actividad, por área geográfica..... | 59 |
| Tabla 22. | Logros de Programa Nacional de Control de Tuberculosis | 67 |
| Tabla 23. | Indicadores Programa Nacional de Control de Chagas | 69 |
| Tabla 24. | Análisis Territorial Zona Altiplánica | 86 |
| Tabla 25. | Análisis Territorial Zona Valluna..... | 86 |
| Tabla 26. | Análisis Territorial Zona Yungas Chapare..... | 86 |
| Tabla 27. | Análisis Territorial Zona Llanuras Sabanas..... | 87 |
| Tabla 28. | Análisis Territorial Zona Chiquitina..... | 87 |
| Tabla 29. | Análisis Territorial Zona Chaco | 87 |
| Tabla 30. | Análisis Territorial Zona Amazonia..... | 88 |
| Tabla 31. | Definiciones seguridad y soberanía alimentaria | 93 |
| Tabla 32. | Indicadores determinantes de la desnutrición infantil | 94 |
| Tabla 33. | Identificación de pilares, metas. Resultados y acciones | 136 |
| Tabla 34. | Programación de acciones por resultados | 157 |
| Tabla 35. | Territorialización de acciones por división político administrativa..... | 201 |
| Tabla 36. | Distribución competencial..... | 209 |
| Tabla 37. | Roles de actores | 226 |
| Tabla 38. | Plan Sectorial de Desarrollo Integral: Presupuesto Plurianual | 233 |
| Tabla 39. | PSDI -Costos de Recursos Humanos Plan de Hospitales | 240 |
| Tabla 40. | PSDI -Especificación del gasto corriente..... | 240 |

Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien 2016-2020



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Capítulo I. ENFOQUE POLÍTICO

CAPÍTULO I. ENFOQUE POLÍTICO

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien - PSDI se constituye en un instrumento de gestión, dirección y planificación sectorial, que define objetivos; en el marco de los pilares, metas y resultados para el sector establecidos en el Plan de Desarrollo Económico Social 2016 – 2020, que está en concordancia la Agenda Patriótica 2025, este fue elaborado de forma participativa con las diferentes organizaciones sociales y sectores a nivel nacional y se constituye en la planificación a mediano plazo que implementa el mandato legal de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Estos lineamientos estratégicos deben ser considerados por las entidades territoriales autónomas y todos los sectores en el diseño de sus planes de mediano plazo¹.

Los servicios del Sector Salud: públicos, del seguro social a corto plazo y privados con y sin fines de lucro, independientemente de cual sea su dependencia institucional y régimen administrativo financiero, están sujetos al marco legal único, políticas, modelo, control y demás disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud, que se constituye en la **Autoridad Sanitaria** y rector del Sector Salud, conforme lo señala el inciso II, del Artículo No. 36 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Asimismo, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia establece que se debe implementar el **Sistema Único de Salud** para lograr del acceso universal de salud, el mismo que se constituye en un resultado dentro del Plan de Desarrollo Económico Social PDES 2016 - 2020.

Para avanzar hacia la salud universal se ha desarrollado la **Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural** establecida en la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización y en el Decreto Supremo N° 29601 que plantea dos modelos, uno de atención y otro de gestión, que tienen los principios de integralidad, intersectorialidad, participación comunitaria e interculturalidad. El objetivo buscado es mantener sana a la población, mediante la prevención y el control de las enfermedades y la actuación sobre las determinantes de la salud, mediante la promoción de la salud, que se constituye en un hecho político social, ya que se enfoca en la armonía de la persona consigo misma, con su familia, con la comunidad y con su entorno la madre tierra como significado del vivir bien.

Los servicios de salud en el subsector público son competencia concurrente de responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Municipales en cuanto al primer y segundo nivel de atención, y de responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Departamentales sobre el tercer nivel de atención. El Gobierno Central es responsable del cuarto nivel.

La seguridad social de corto plazo, es el régimen que tiene como marco legal, el Código de Seguridad Social, con los recursos de los trabajadores y empleadores, administrados por los Entes Gestores o Cajas de Salud y se constituyen en instituciones descentralizadas del Ministerio de Salud que realizan prestaciones de salud, prestaciones en especie y otras.

¹ Ministerio de planificación del desarrollo. Lineamientos PSDI de mediano y largo plazo hacia la agenda patriótica 2025

Los servicios de salud del subsector privado con o sin fines de lucro, aplican las políticas de salud y se constituyen legalmente en el nivel nacional, departamental y municipal para su funcionamiento; se encuentran entre estos a las organizaciones no gubernamentales y otros seguros de salud privados como el Seguro Obligatorio Contra Accidentes de Tránsito - SOAT.

La Medicina Tradicional no cuenta con establecimientos de salud propiamente dichos, pero en algunos casos, se brinda en establecimientos del subsector público.

Entre las instituciones desconcentradas, el Sector Salud cuenta con el Instituto Nacional de Seguros de Salud – INASES, responsable de la fiscalización de los seguros de salud de corto plazo; el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud – INLASA, responsable de la vigilancia y control laboratorial de enfermedades prevalentes, de acuerdo al perfil epidemiológico Nacional; el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales – CENETROP, responsable de la vigilancia y control de enfermedades tropicales y síndromes febriles; la Escuela Nacional de Salud de La Paz y la Escuela de Salud Boliviano Japonesa de Cochabamba, responsables de la formación de los técnicos en salud y supervisión de otros institutos de formación de técnicos en salud.

Entre las instituciones descentralizadas están el Instituto Nacional de Salud Ocupacional – INSO, responsable de las evaluaciones pre ocupacionales y supervisión de la bioseguridad y salubridad de los trabajadores; el Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, responsable de generar políticas de protección a las personas con ceguera; la Central de Abastecimientos y Suministros en Salud - CEASS, responsable de la dotación de medicamentos al Sector Salud, en el marco de la Ley de Medicamentos; y finalmente, la Lotería Nacional Boliviana - LONABOL, una institución de beneficencia social.

El Sector Salud contribuye a todas las dimensiones del vivir bien, considerando que su ámbito de intervención es múltiple (las personas, familias y comunidades, el medio ambiente) y sus estrategias de intervención deben ser integrales.

Entre los pilares y metas a las que se contribuye como sector se tienen:

a) Pilar 1: Reducción de la extrema pobreza

En este pilar se encuentran los resultados enfocados a trabajar con las poblaciones que viven en situación de vulnerabilidad como ser niños/as, adolescentes, mujeres que sufren violencia, adultos mayores, pueblos indígenas, personas con discapacidad y el GLTB.

Meta 1: Erradicación de la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada; la Meta 2: Combatir la pobreza social; la Meta 3: en Bolivia ya no existen las comunidades cautivas, ninguna forma de pongueaje y esclavismo y explotación en el trabajo infantil; la Meta 4: combatir la discriminación y el racismo; la Meta 5: combatir la pobreza espiritual y la meta 6: construir un ser humano integral para vivir bien.

b) Pilar 3: Salud, Educación y Deporte

Para el Plan Sectorial de Desarrollo Integral es una preocupación central el derecho a la salud de las y los bolivianos, por lo que se tiene previsto en este período avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de

salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad con enfoque intercultural. Este pilar tiene dos metas: Meta 1: Acceso universal al servicio de salud y Meta 2: Integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado.

c) Pilar 4. Soberanía científica y tecnológica con identidad propia

Nos incluye si reconocemos que mediante ésta podremos resolver algunos problemas de acceso, calidad, eficacia y motivación para los recursos humanos del sector salud. Meta 1: Investigación y desarrollo de tecnología y la Meta 4: Medicina ancestral y natural.

d) Pilar 8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del saber alimentarse para Vivir Bien

En parte nos exige ampliar nuestro enfoque en la promoción de la salud y una mayor coordinación con el sector educación, a quien le compete educar. Meta 1: Eliminar el hambre, la desnutrición y reducir la malnutrición. Meta 5: Bolivia ha puesto en marcha programas intersectoriales en el marco de la Política de Alimentación y Nutrición.

e) Pilar 9. Soberanía ambiental con desarrollo integral

Este pilar impulsa la puesta en marcha del modelo civilizatorio del Vivir Bien, dinamizando el desarrollo integral del país respetando las capacidades de regeneración de los componentes de la Madre Tierra, en el marco de los postulados de la Ley N° 300, Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien. Meta 2: reconocimiento de mecanismos internacionales no basados en el mercado y promoción de la gestión comunitaria de pueblos indígenas y comunidades locales; Meta 3: desarrollo del conjunto de las actividades económico - productivas, en el marco del respeto y complementariedad con los derechos de la madre tierra; Meta 7: agua y prevención de riesgos por cambio climático: gestión integral.

f) Pilar 11. Soberanía y transparencia en la gestión pública

El Sector salud siempre ha sido un ejemplo de honestidad y entrega al servicio de la población, aún en las malas condiciones en que se desenvuelve el personal del subsector público y ahora también en el ámbito municipal. Meta 1: Gestión pública transparente, con servidores públicos éticos, competentes y comprometidos que luchan contra la corrupción

Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien 2016-2020



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Capítulo II. DIAGNÓSTICO

CAPÍTULO II. DIAGNÓSTICO

En este capítulo se analizan: los avances logrados en el sector en los últimos años, el estado de situación actual de salud, los problemas principales identificados y los desafíos más importantes para el Sector Salud.

2.1. AVANCES LOGRADOS EN EL SECTOR EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Se realizó el diagnóstico comparativo cuantitativo y cualitativo basado en indicadores de acceso, cobertura y calidad de atención, tomando en cuenta los avances logrados en el sector en los últimos años, el estado de situación con indicadores de salud, los problemas y desafíos considerando los siguientes aspectos de análisis:

- Marco normativo
- Infraestructura y Equipamiento
- Recursos Humanos
- Medicamentos e insumos
- Programas y Proyectos

2.1.1. Marco normativo

Se analiza el marco regulador relacionado con el financiamiento de los servicios de salud públicos, privados, de la seguridad social de corto plazo y de la medicina tradicional. También se analizan las transferencias condicionadas y los subsidios generados por el Sector, así como la política nacional de salud.

a) Financiamiento de salud

El sistema de aseguramiento público en Bolivia, comenzó en mayo de 1996, con el lanzamiento del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), mediante el Decreto Supremo N° 24303 de 24 de mayo de 1996; este seguro contaba con 32 prestaciones aplicadas al grupo de mujeres y niños menores de 5 años.

El 14 de agosto de 1998 se promulgó la Ley N° 1886, que implementaba el Seguro Médico Gratuito de Vejez, otorgando prestaciones de salud a las personas mayores de 60 años a través de los establecimientos de la Seguridad Social.

El 31 de diciembre de 1998, se lanzó mediante el Decreto Supremo N° 25265, el Seguro Básico de Salud (SBS), que aumentaba las prestaciones a 92.

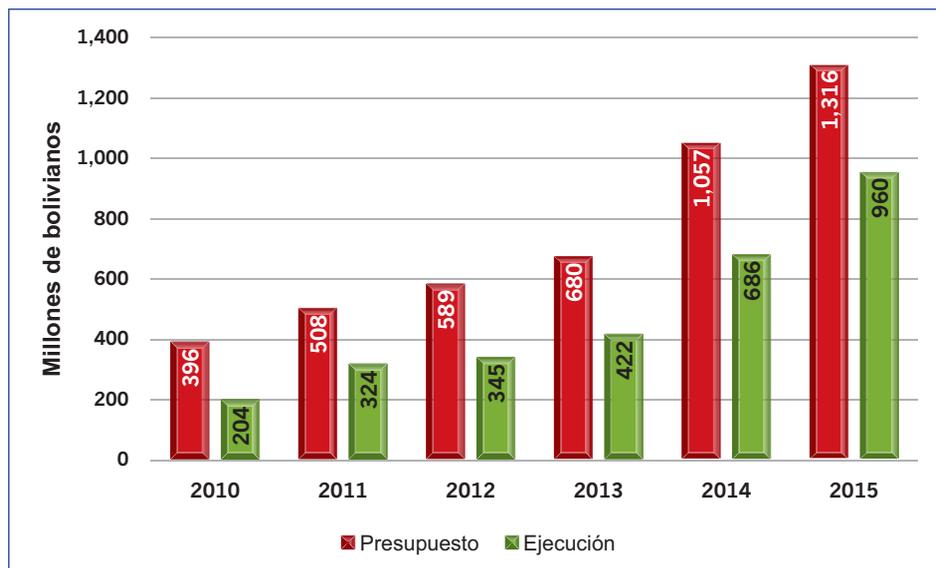
El 1° de noviembre de 2002, fue promulgada la Ley N° 2426 que creaba el Seguro Universal Materno Infantil, que remplazaba al SBS, para dar atención gratuita en el punto de atención a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 5 años de edad, en todos los establecimientos de salud, en los tres niveles de atención del Sistema Público, el seguro social de corto plazo, y en aquellos seguros privados con o sin fines de lucro adscritos bajo convenio.

La Ley No. 3250 de fecha 6 de diciembre de 2005 y la Resolución Ministerial N° 0032 del 23 de enero de 2006, hacía conocer la ampliación del SUMI a partir del 1° de marzo del 2006, con 27 prestaciones en Salud Sexual y Reproductiva y Cáncer Cérvico Uterino, protegiendo a las mujeres entre los 5 a 60 años.

El 16 de enero de 2006 se promulgó la Ley N° 3323 del Seguro de Salud Para el Adulto Mayor – SSPAM y su Decreto Supremo reglamentario N° 28968 de 13 de diciembre de 2006, aseguraba atención integral a todos los adultos mayores de 60 años que no tuvieran ningún otro seguro de salud.

El 30 de diciembre de 2013 se promulgo la Ley N° 475 de Prestaciones Integrales de Salud que ha remplazado a todas las normas antes descritas es decir al Seguro Universal Materno Infantil – SUMI y al Seguro de Salud para el Adulto Mayor SSPAM y ha incluido a las personas con discapacidad y tiene un solo sistema de administración.

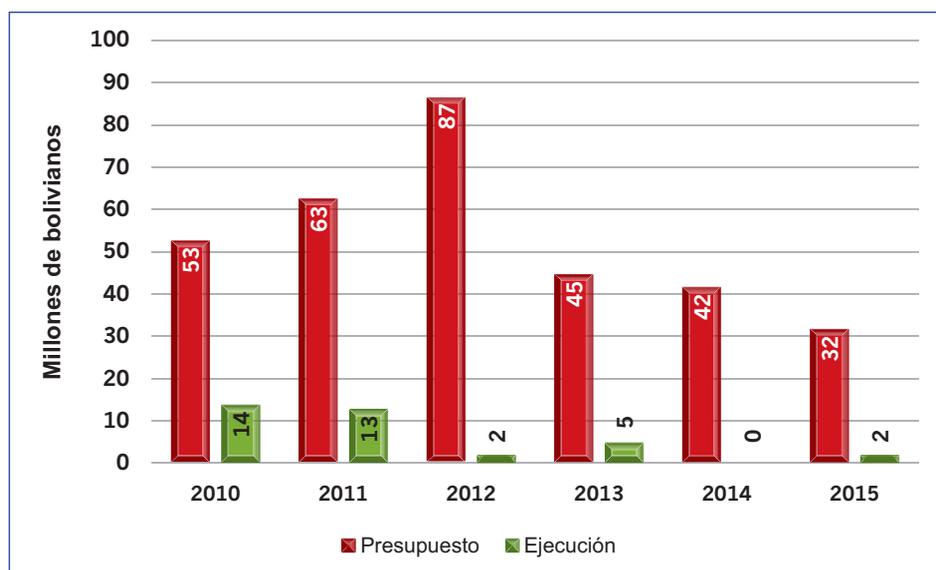
Ilustración 1. Ingresos y Egresos de las Cuentas Municipales de Salud - Período 2010 – 2015



Fuente: Dirección General de Seguros de Salud – Ministerio de Salud

Con la Ley N° 475 se impulsó la mejora del financiamiento de los Seguros Públicos, negociando el incremento del 10 al 15.5% de Coparticipación Tributaria Municipal. La atención especializada en el tercer nivel de atención, de la población protegida por esta Ley 475, es financiada con recursos del Fondo Solidario Municipal. Se observa que el grado de ejecución de estos recursos ha sido importante el 2015.

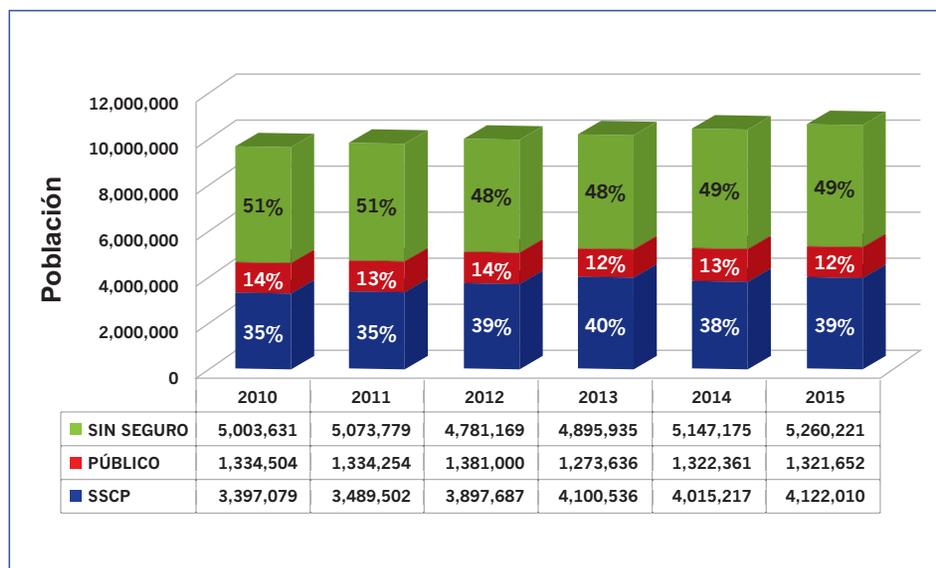
Ilustración 2. Ingresos y Egresos Financieros del Fondo Solidario Nacional y Fondo Compensatorio Nacional de Salud - Período 2010 – 2015



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud – Ministerio de Salud

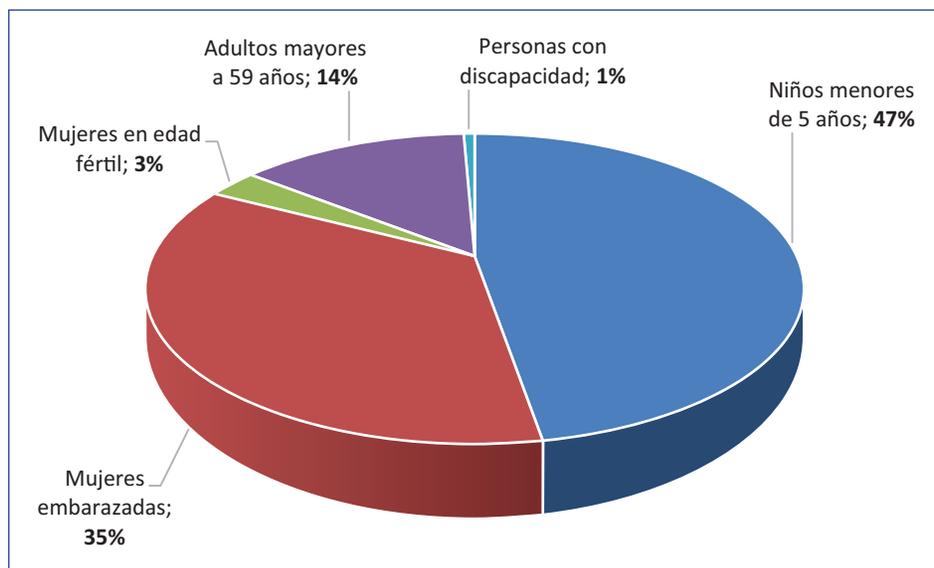
La aplicación de los esquemas de financiación de la salud pública ha contribuido en reducir el gasto de bolsillo en salud de 30.4% el 2010 a 27.4% el 2014 respecto del total de gasto corriente en salud y espera seguir reduciéndolo aún más.

Ilustración 3. Evolución de la Cobertura de Acceso a Servicios de Salud Gratuitos Período 2010 – 2015



Fuente: Dirección General de Seguros - Ministerio de Salud

Ilustración 4. Porcentaje de prestaciones otorgadas por grupo etario a nivel nacional Periodo 2014-2015



Fuente: Dirección General de Seguros - Ministerio de Salud

Este acceso se hace más notorio en la población adulta mayor, luego en niñas/niños menores de cinco años y mujeres embarazadas; la población con discapacidad que ha requerido servicios ha sido todavía bajo; ello puede ser por el corto tiempo de su inclusión o por tener realmente dificultades de acceso no económicas.

28

b) Seguro social de corto plazo

El marco legal de la seguridad social de corto plazo es el Código de Seguridad Social, sancionado el 14 de diciembre de 1956, fundado en los principios de solidaridad económica y social, universalidad en el campo de aplicación y contingencias cubiertas y personas protegidas, unidad legislativa y de gestión. Este Código contiene un conjunto de normas que tienden a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, aplicación de las medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar, incluida la vivienda de interés social.

En el Código de Seguridad Social Boliviano, se consignan ocho de las nueve contingencias recomendadas por el Convenio 102 de la OIT, relativo a la norma mínima de la Seguridad Social: Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez, Muerte, Asignaciones Familiares y Vivienda de Interés Social.

La seguridad social de corto plazo, es el seguro que gestiona las contingencias inmediatas de la vida y del trabajo como ser enfermedad, maternidad y riesgos profesionales (enfermedad y accidentes de trabajo) encontrándose bajo la administración de las Cajas de Salud.

El Código de Seguridad Social es obligatorio para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en el territorio de la República y prestan servicios remunerados para otra persona natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o contrato de

aprendizaje, sean éstos de carácter privado o público, expresos o presuntos; obliga a los empleadores de las empresas, entidades, organizaciones públicas o privadas, autónomas o semiautónomas, autárquicas o semi autárquicas, descentralizadas o desconcentradas, universidades, cooperativas contratistas, subcontratistas o intermediarios y en general a todos los que tengan trabajadores a su servicio, a su incorporación dentro del campo de aplicación del Código de Seguridad Social.

La Ley N° 924 de 15 de abril de 1987, regula la administración de los regímenes del Sistema de Seguridad Social, diferenciando el corto y largo plazo y estableciendo los siguientes niveles operativos: CAJAS DE SALUD. - Responsables de la gestión administrativa, promoción de la salud y del otorgamiento de las prestaciones en especie y dinero del régimen de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo. FONDOS DE PENSIONES. - Responsables de la gestión y administración de las prestaciones básicas y complementarias del régimen de invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales a largo plazo.

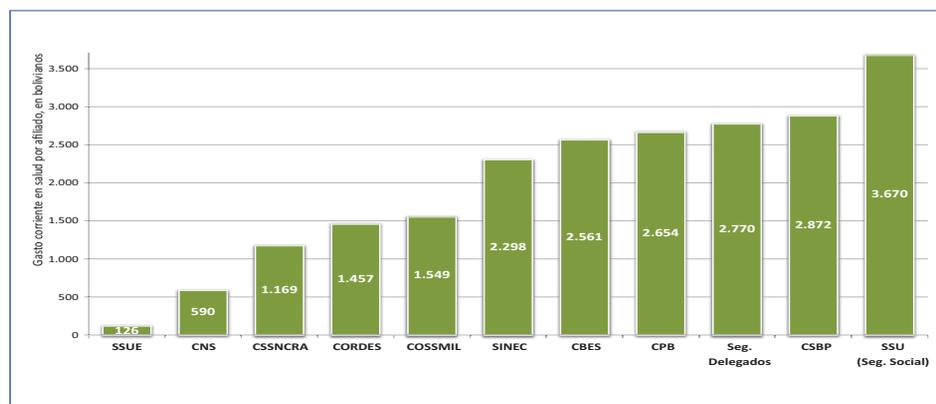
Las disposiciones del Código regulan las prestaciones del Seguro Social Obligatorio y las Asignaciones Familiares. El Seguro Social Obligatorio comprende los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales. Las Asignaciones Familiares, los subsidios: prenatal, de natalidad y de lactancia.

El Decreto Supremo No. 25798 de 2 de junio de 2000 en el marco del Código de la Seguridad Social, tiene aplicación obligatoria en el INASES, los Entes Gestores, Seguros Delegados, Seguros Médico Gratuito de la Vejez y Seguro Universal Materno-Infantil. Para ello, el INASES fiscaliza los siguientes Entes Gestores del Sistema de Seguros de Salud:

- Caja Nacional de Salud
- Caja Petrolera de Salud
- Caja Bancaria Estatal de Salud
- Caja de Salud de la Banca Privada
- Caja de Salud de Caminos
- Caja de Salud CORDES
- Seguro Social Universitario
- COSSMIL
- Seguros Delegados
- SINEC

Las personas protegidas por el Seguro Social son: el asegurado y los siguientes familiares; esposa o conviviente, el esposo inválido, los hijos, hasta los 25 años, el padre inválido y la madre, siempre que no dispongan de rentas personales para su subsistencia, los hermanos huérfanos o cuyos padres no perciben rentas y vivan a expensas del asegurado hasta la edad señalada para los hijos.

Ilustración 5. Gasto Corriente en Salud por afiliado, por Ente Gestor, en bolivianos



Fuente: Ministerio de Salud

Mediante Decreto Supremo N° 268, 26 de agosto de 2009 se autoriza los Entes Gestores de Salud de Corto Plazo a prestar atención médica asistencial a todos los hijos e hijas de los asegurados, hasta que alcancen la edad de veinticinco (25) años, que estudien o que se hallen en trabajo de aprendizaje sin percepción de remuneración alguna, previa certificación.

c) Bono Juana Azurduy

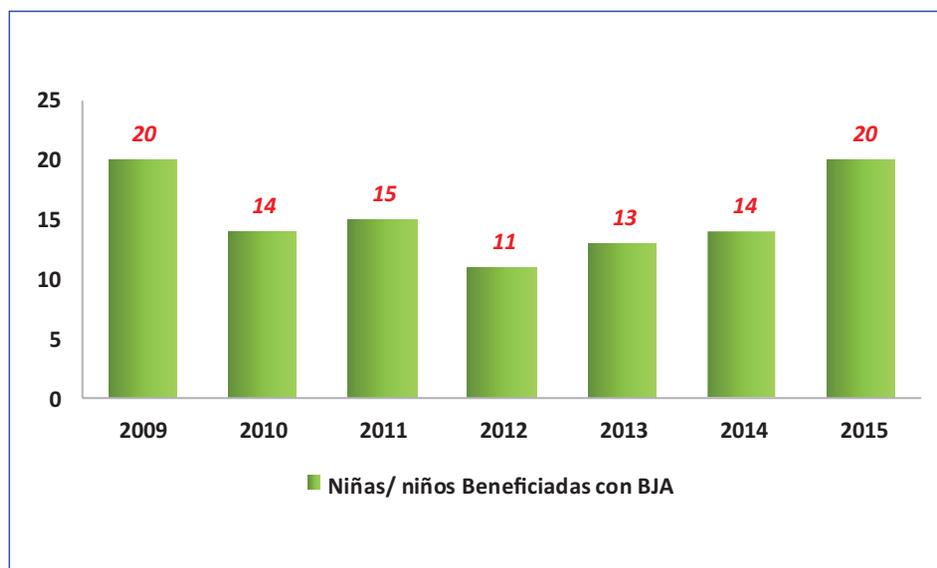
El Bono Madre Niño/a “Juana Azurduy” creado mediante Decreto Supremo N° 066 del 3 de abril del 2009, tiene como objetivo el de coadyuvar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, de la mujer y el niño/la niña, desde el embarazo hasta los dos años de edad del niño y niña. Durante el quinquenio de 2010 al 2015 el Programa Bono Juana Azurduy ha hecho posible la atención de 409.266 partos institucionales en todo el territorio nacional, favoreciendo a 1.380.097 beneficiarias pagadas por sus corresponsabilidades, de los cuales 617.489 son mujeres embarazadas que cumplieron sus controles prenatales, parto institucional y controles durante el puerperio y 762.608 son niños y niñas menores a un año, quienes realizaron sus controles integrales de salud, con una inversión total de 711.370.556 Bolivianos.

Tabla 1. Transferencias a beneficiarias del Bono Juana Azurduy
Periodo 2010 – 2015

| DEPARTAMENTO | CANTIDAD DE BENEFICIARIAS | PRESUPUESTO EJECUTADO |
|--------------|---------------------------|-----------------------|
| LA PAZ | 372.423 | 206.169.945 |
| COCHABAMBA | 252.781 | 144.763.791 |
| SANTA CRUZ | 267.134 | 113.149.310 |
| CHUQUISACA | 104.948 | 61.680.070 |
| ORURO | 73.881 | 39.949.270 |
| TARIJA | 75.679 | 40.740.430 |
| BENI | 72.924 | 27.344.565 |
| POTOSI | 145.733 | 71.642.290 |
| PANDO | 14.594 | 5.930.885 |
| TOTAL | 1.380.097 | 711.370.556 |

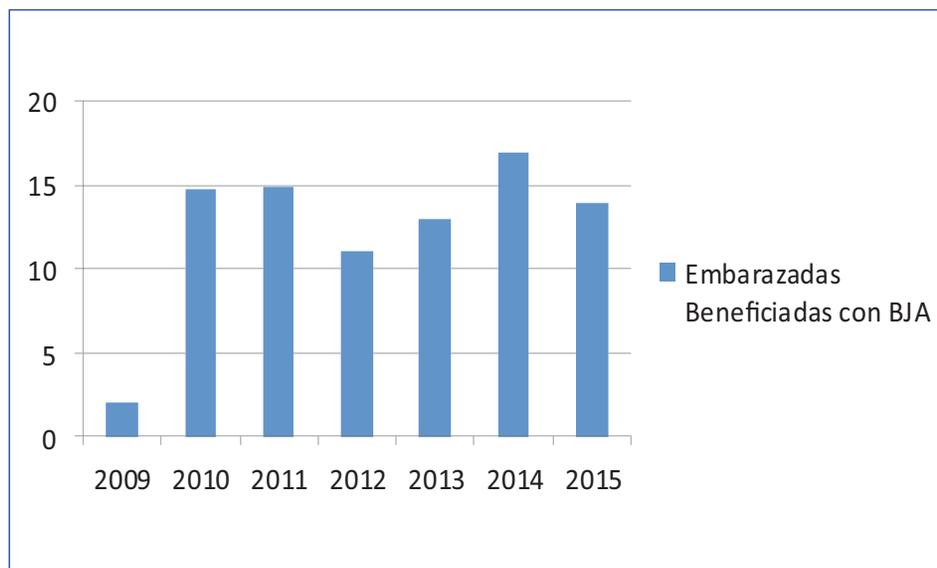
Fuente: Programa Bono Juana Azurduy - Ministerio de Salud

Ilustración 6. Porcentaje de Niños/as Beneficiarios del Bono Juana Azurduy
Periodo 2009 -2015



Fuente: Programa Bono Juana Azurduy - Ministerio de Salud

Ilustración 7. Porcentaje de mujeres embarazadas beneficiadas
del Bono Juana Azurduy - Periodo 2009 – 2015



Fuente: Programa Bono Juana Azurduy - Ministerio de Salud

d) Subsidio Universal Prenatal Por La Vida

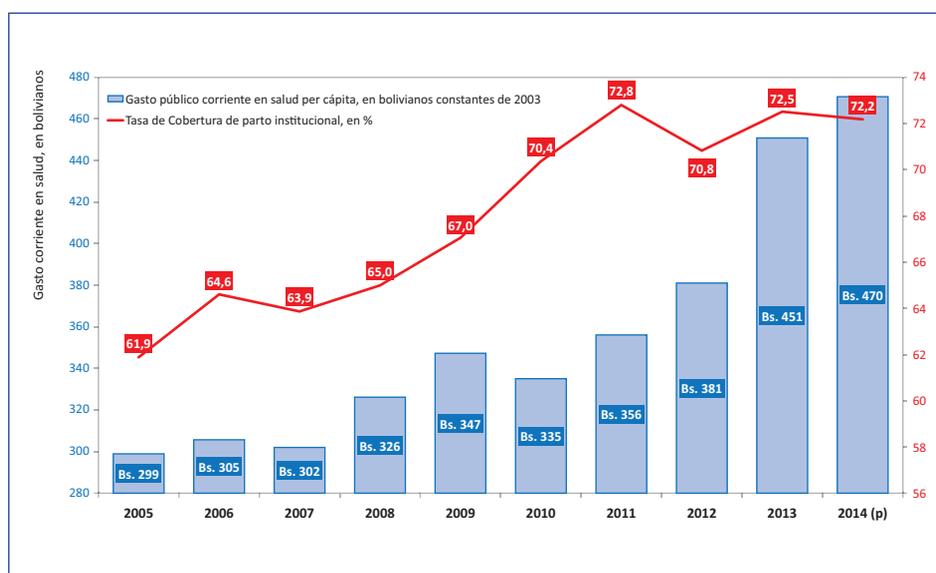
El 6 de agosto del 2015 se instituyó el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” mediante el Decreto Supremo N° 2480 para la madre gestante que no está registrada en ningún Ente Gestor del Seguro Social de Corto Plazo. Este Subsidio consiste en la entrega de cuatro (4) paquetes de productos en especie equivalentes cada uno a un monto de Bs 300.- (Trescientos 00/100 bolivianos).

Los productos que integran el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” son establecidos por el Ministerio de Salud en reglamentación específica, priorizando alimentos locales de alto valor nutritivo que contribuyen a mejorar el estado nutricional de las madres gestantes y es entregado mensualmente a partir del quinto mes de embarazo.

En todos los casos, las entregas se realizan después de efectuado y verificado el control prenatal que corresponda por el Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”.

En la gestión 2015 se entregó el Subsidio en los meses de octubre, noviembre y diciembre un total de 66.783 paquetes del subsidio, los cuales representaron un monto de 20.034.900 bolivianos.

Ilustración 8. Gasto corriente en salud del Estado per cápita (Precios Constantes) y Tasa de cobertura de parto institucional - Periodo 2005 – 2014



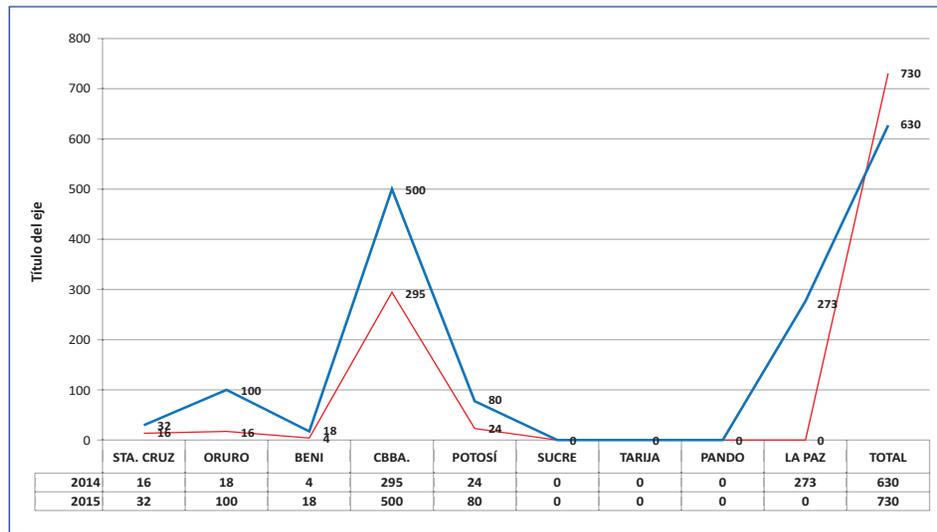
Fuente: Programa Bono Juana Azurduy - Ministerio de Salud

El gráfico de gasto corriente en salud del Estado per cápita y la tasa de cobertura de parto institucional, reflejan que la intervención a partir del 2009 ha subido a 3,4 % manteniéndose en un promedio de 72 %.

e) Medicina Tradicional Ancestral Boliviana

La Ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana de diciembre de 2013 y el Decreto Supremo N° 2436, otorgan los lineamientos de la Medicina Tradicional para su revalorización e incorporación en el Sistema Único de Salud. Se han inscrito en el Registro Único de Médicos Tradicionales a 1.666 Médicos Tradicionales a Nivel Nacional.

Ilustración 9. N° de Personas que son Atendidas por Médico y Parteras Tradicionales - Periodo 2014 – 2015

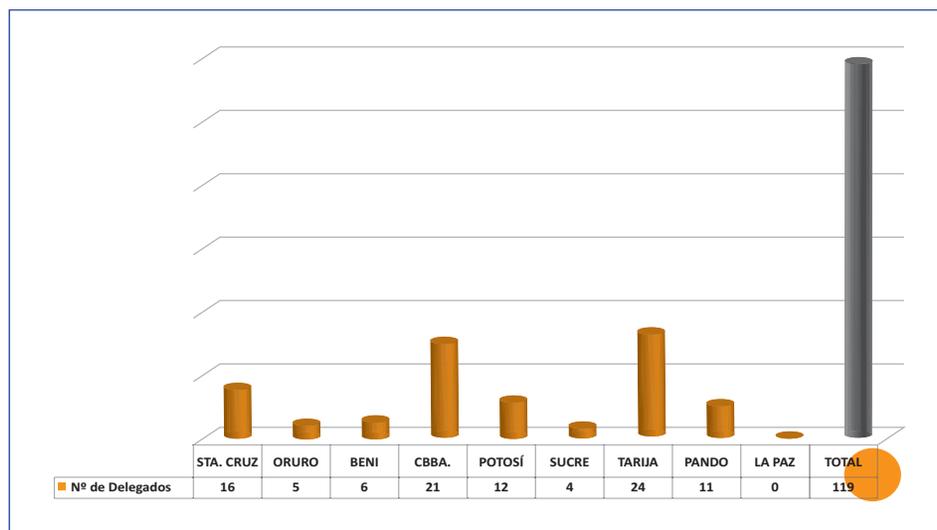


Fuente: Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad- Ministerio de Salud

El cuadro superior, muestra el número de personas atendidas por Médicos/as Tradicionales y parteros/as en la gestión 2014, que suman 630, que el 2015 alcanzaron a 730. Se observa mayor número de atenciones en los departamentos de La Paz y Cochabamba y ninguna en Chuquisaca, Tarija y Pando.

El Programa Nacional de Salud Intercultural, creado en junio de 2014, depende de la Dirección de General de Medicina Tradicional e Intercultural, por las características de intervención de tipo cualitativo, hacia el posicionamiento y articulación al Sistema de Salud mediante el reconocimiento de los Médicos Tradicionales. En este contexto, para la articulación se tiene: 9 responsables del programa en los SEDES, más 1 en la regional de la ciudad del El Alto; 2 responsables en servicios de segundo nivel y 31 en servicios de primer nivel.

Ilustración 10. Registro de asociaciones de Medicina Tradicional legalmente establecidos por departamento



Fuente: Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad- Ministerio de Salud

f) Salud Familiar Comunitaria Intercultural

El Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio del 2008, establece el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que tiene como objetivo 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 compartida de la salud; y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia comunidad y entorno; 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.

Este modelo se vuelve en política nacional de salud en la Ley N° 031 Marco de Autonomías que establece en el artículo 81 la política de salud familiar comunitaria intercultural - SAFCI.

Basándose en el modelo de gestión se ha logrado consolidar la conformación de Autoridades Locales, Comités Locales de Salud y los Concejos Sociales Municipales de Salud; sin embargo, las organizaciones sociales naturales como centrales campesinas, y otras mantienen su vigencia y son actores importantes a la hora de participación en salud.

Tabla 2. Avances estructura social - Gestión 2014

| DEPARTAMENTOS | CSDS | N° Municipios | CSMS | % | N° CS | CLS | % | ALS |
|---------------|----------|---------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| LA PAZ | 1 | 85 | 55 | 65% | 608 | 392 | 64,4 | 1761 |
| POTOSI | 1 | 40 | 18 | 45% | 493 | 286 | 58 | 1018 |
| CHUQUISACA | 0 | 29 | 16 | 55% | 327 | 147 | 44,9 | 704 |
| COCHABAMBA | 1 | 47 | 26 | 55% | 419 | 205 | 48,9 | 700 |
| SANTA CRUZ | 0 | 57 | 11 | 19% | 443 | 80 | 18 | 386 |
| ORURO | 1 | 36 | 29 | 81% | 184 | 143 | 77,7 | 462 |
| BENI | 0 | 19 | 8 | 42% | 184 | 74 | 40,7 | 278 |
| TARIJA | 1 | 11 | 11 | 100% | 193 | 169 | 87,5 | 564 |
| PANDO | 1 | 15 | 15 | 100% | 71 | 52 | 73,2 | 52 |
| TOTAL | 6 | 339 | 189 | 56 % | 2922 | 1548 | 52,9 | 5925 |

Fuente: Ministerio de Salud; CSDS: Consejo Social Departamental de Salud; CSMS: Consejo Social Municipal de Salud CLS: Comités Locales de Salud; ALS: Autoridad Local de Salud; CS: Centro de Salud

Las características del modelo de atención son:

1. Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).
2. Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios
3. Organiza sus prestaciones en redes de servicios.
4. Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios.
5. Desarrolla acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

2.1.2. Infraestructura y equipamiento

Durante el periodo 2006 – 2015 se ha invertido de forma concurrente Estado nivel nacional, departamental, municipal y entes gestores cerca de Bs 601.283.536, beneficiándose 139 Municipios con la mejora de infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos. Se han implementado 3 establecimientos de salud de tercer nivel, 26 de segundo nivel y 282 establecimientos de primer nivel (incluye construcciones, refacciones, ampliaciones y equipamiento).

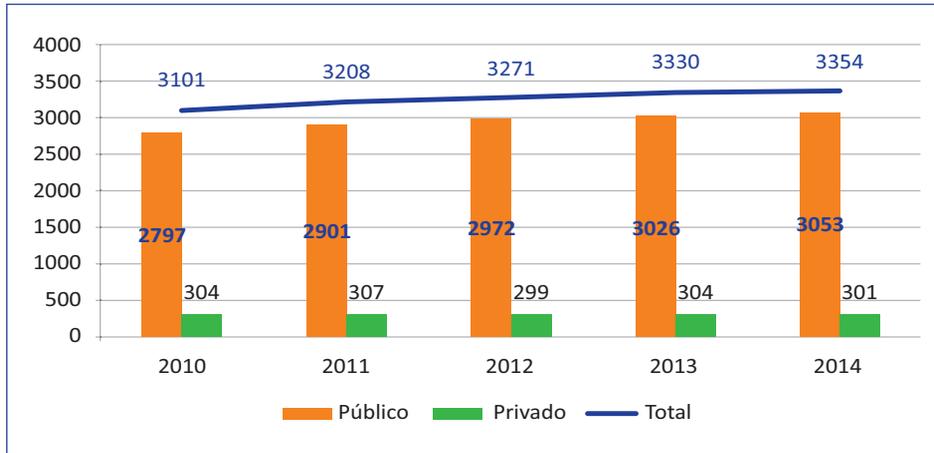
Tabla 3. Inversiones en Establecimientos de Salud Periodo 2006 – 2015

| DEPARTAMENTO | Nº municipios beneficiados | Establecimientos de Primer Nivel | Hospitales de Segundo Nivel | Hospital de Tercer Nivel | Nº de Establecimientos Fortalecidos | TOTAL PTO |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| La Paz | 38 | 59 | 10 | 0 | 69 | 110.946.979 |
| Cochabamba | 16 | 37 | 6 | 0 | 43 | 128.469.123 |
| Santa Cruz | 29 | 48 | 6 | 0 | 54 | 59.287.588 |
| Tarija | 2 | 5 | 1 | 2 | 8 | 87.877.328 |
| Potosí | 18 | 38 | 0 | 0 | 38 | 19.036.709 |
| Chuquisaca | 12 | 25 | 1 | 0 | 26 | 67.414.583 |
| Beni | 13 | 33 | 2 | 0 | 35 | 63.577.261 |
| Pando | 11 | 37 | 0 | 1 | 38 | 64.673.960 |
| TOTAL NACIONAL | 139 | 282 | 26 | 3 | 311 | 601.283.536 |

Fuente: Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico- Ministerio de Salud

- En los centros de hemodiálisis, 226 máquinas se implementaron en el subsector público y 165 en el Seguro Social de Corto Plazo hasta el 2016.
- Se fortalecieron los Laboratorios: 1) El Laboratorio nacional de referencia de enfermedad renal crónica con tecnología de punta para el diagnóstico virológico y citopatológico. 2) Laboratorios de histocompatibilidad en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.
- La Caja Nacional de Salud ha construido y equipado el Hospital Obrero de cuatrocientas camas en Santa Cruz.
- La Caja Petrolera de Salud y la Caja Bancaria Privada han construido y equipado un hospital de más 200 camas en La Paz.
- Se implementaron 40 salas de estimulación temprana totalmente equipadas para niñas/niños de 2 a 4 años, en los departamentos de Chuquisaca y Potosí.

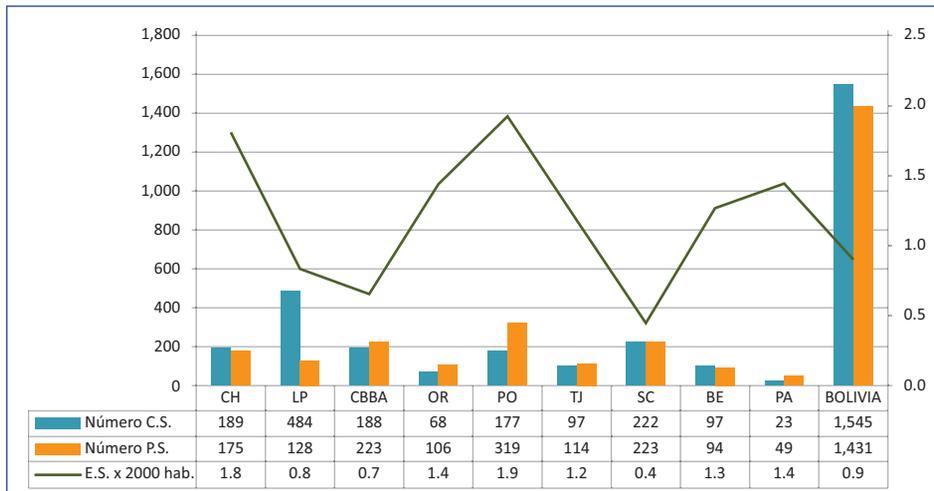
Ilustración 11. Nuevos establecimientos de salud de primer nivel



Fuente: Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico- Ministerio de Salud

El cuadro refleja el incremento de establecimientos de salud pública de 2.797 en la gestión 2010 a 3.053 en la gestión 2014.

Ilustración 12. Disponibilidad de Establecimientos de Salud de Primer Nivel (E. S. primer nivel/2.000habitantes) Gestión 2015



Fuente: Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico- Ministerio de Salud

Se fortalecieron las Unidades de Seguros Públicos de los Servicios Departamentales de Salud - SEDES mediante la asistencia técnica y la dotación de equipos informáticos (Mini Servidores) para la centralización departamental de la información.

a) Ambulancias

La organización de servicios de atención ambulatoria de urgencias tiene larga data, con experiencias importantes: en 1998 se organizó en Santa Cruz, el Sistema Integrado de Servicios Médicos de Emergencia – SISME, hoy se lo conoce como SISME 160; en marzo del 2010 se inauguró el Servicio de Urgencias Médicas El Alto – SUMA, que funciona bajo el número 911;

en La Paz, se cuenta con el Servicio Médico de Ambulancias - SEMA, del Gobierno Municipal de La Paz, como servicio de atención pre hospitalaria, bajo el número 165; el Centro de Emergencia Médicas de Tarija – CEMAT de reciente inauguración, opera bajo el número 168; en Oruro se implementó el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias Médicas para el departamento, en el Hospital General “San Juan de Dios”, destacando el emprendimiento y financiamiento por el Gobierno Autónomo Departamental.

En marzo del 2011 se inició la entrega de 335 ambulancias, donadas por el Gobierno de España, a los municipios del país, completando la dotación realizada desde el 2006, alcanzando al año 2014 a 805 las ambulancias entregadas a los municipios por el Gobierno Nacional.

Tabla 4. Ambulancias Entregadas por Departamentos

| Ambulancias Entregadas por Departamentos Periodo 2006 – 2014 | |
|---|------------|
| DEPARTAMENTO | CANTIDAD |
| BENI | 38 |
| CHUQUISACA | 72 |
| COCHABAMBA | 105 |
| LA PAZ | 265 |
| ORURO | 67 |
| PANDO | 20 |
| POTOSÍ | 88 |
| SANTA CRUZ | 119 |
| TARIJA | 31 |
| TOTAL | 805 |

Fuente: Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico- Ministerio de Salud

Mediante D.S. N° 2210 de diciembre del 2014 se autorizó la adquisición de 702 ambulancias equipadas de la república argentina, que completaron el parque automotor de atención de emergencias en salud, además de 5 ambulancias aéreas (4 en el Beni una en El Alto) bajo administración de la FAB. El Ministerio de Salud ha elaborado las Normas de Ambulancia Terrestres y Aéreas. Desde el 2015 a la fecha, un total de 180 pacientes fueron trasladados en las ambulancias aéreas con más de 600 horas de vuelo.

Tabla 5. Ambulancias Especializadas Adquiridas

| AMBULANCIAS ESPECIALIZADAS ADQUIRIDAS - Periodo 2015 | | | | |
|--|------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Tipo de ambulancia | Cantidad | Costo Unitario (\$us) | Total (\$us) | Total (Bs) |
| Odontológicas | 359 | 107.107 | 38.451.413 | 263.776.693 |
| Terapia Intensiva Adulto | 19 | 81.922 | 1.556.518 | 10.677.713 |
| Neonatal | 37 | 107.302 | 3.970.174 | 27.235.394 |
| Terapia Intensiva Mixta | 287 | 71.920 | 20.641.040 | 141.597.534 |
| TOTAL | 702 | 368.251 | 64.619.145 | 443.287.335 |

Fuente: Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico- Ministerio de Salud

Entre otros actores de la emergencia o urgencia en salud cabe destacar al Grupo SAR-Bolivia, con 25 años de existencia y presencia en seis departamentos: en Cochabamba, con dos estaciones, en Cala Cala y Jayhuayco; en Oruro, con una; en La Paz, con tres, en El Alto, Santa Bárbara y Caranavi; en Potosí, con una, en Llallagua, y en Chuquisaca y Santa Cruz, con una estación. Sus áreas de acción comprenden: 1) Búsqueda y rescate en áreas alejadas y de difícil acceso; 2) Cuerpo de Bomberos Voluntarios y 3) Servicio de Emergencias Médicas que, a través de paramédicos y médicos, atiende accidentes domésticos, de trabajo, vehicular y cualquier otra emergencia en la que la vida esté en peligro. A la fecha se cuenta con 1.500 voluntarios en todo el país y que se responde a un promedio de 18 operaciones por día, aunque con deficientes equipos, pero con mucha voluntad.

2.1.3. Recursos Humanos

El crecimiento vegetativo en el subsector público es de 2000 ítems por año, a partir del año 2012; asimismo, los Gobiernos Autónomos Departamentales contrataron recursos humanos para los seguros o programas de salud creados a nivel departamental, y en la seguridad social de corto plazo se aumentó considerablemente también el número de ítems debido a los nuevos hospitales de tercer nivel construidos. Actualmente, 64% del total de recursos humanos de salud son del subsector público, 25% son del subsector de la seguridad social de corto plazo y 11% corresponden a privados con o sin fines de lucro. Se ha aumentado el porcentaje de recursos humanos del área médica, se ha mantenido el porcentaje de recursos en el área técnica y se ha disminuido el porcentaje en el área administrativa. El 92% del personal del subsector público tiene como fuente de financiamiento al TGN y 8%, recursos propios e IDH, quedando los HIPC II incorporados con TGN.

La distribución de médicos según el nivel de atención concentra a la mayoría: 45% en el tercer nivel de atención, al 20% en el segundo nivel y al 35% en el primer nivel de atención.

La distribución de los Recursos Humanos Médicos en el sector público antes del año 2014, muestra una concentración de 77% en el área urbana y 23% en el área rural. Actualmente por la creación del Mi Salud, Bono Juana Azurduy y Residencia Médica ASSO, se tiene una distribución de recursos humanos médicos de 65% en área urbana y 35% en área rural.

La densidad de recursos humanos en salud en Bolivia es de 14,1 por 10.000 habitantes (incluyendo médicos y enfermeras); en el subsector público, se tiene apenas a 8,5 profesionales en salud y en el ámbito de la Seguridad Social de corto plazo el promedio es de 5,5. Al no contar con un sistema nacional de registro de recursos humanos implementado y funcionando, es difícil conocer la densidad de los recursos humanos de los demás subsectores de salud.

La política nacional de salud en cuanto a recursos humanos ha tenido los siguientes avances:

a) Formación Postgrado

Durante la gestión 2015 se creó el área de Gestión de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud con la finalidad de realizar la Planificación Estratégica en Recursos Humanos; entre las primeras gestiones que se realizaron, se suscribió un acuerdo interinstitucional e internacional de servicio académico, lanzándose una convocatoria pública, dirigida a profesionales médicos bolivianos, para optar a 50 becas de formación de postgrado a ser realizada en la República de Cuba, programa denominado “Becas de Especialidades, para mi Hospital de Tercer Nivel”,

con duración hasta el año 2021 la siguiente tabla nos muestra las especialidades, años de formación y la conclusión del mismo.

Tabla 6. Becas para Formación de Especialistas

| N° | Especialidades | Becarios | Años de formación | Año de conclusión de la formación |
|----|------------------------|----------|-------------------|-----------------------------------|
| 1 | Anatomía Patológica | 7 | 3 | 2018 |
| 2 | Cirugía cardiovascular | 6 | 6 | 2021 |
| 3 | Cirugía Pediátrica | 6 | 4 | 2019 |
| 4 | Endocrinología | 3 | 3 | 2018 |
| 5 | Hematología | 4 | 3 | 2018 |
| 6 | Imagenología | 8 | 3 | 2018 |
| 7 | Inmunología | 3 | 4 | 2019 |
| 8 | Neurocirugía | 2 | 4 | 2019 |
| 9 | Oncología | 8 | 3 | 2018 |
| 10 | Urología | 3 | 4 | 2019 |

Fuente: Unidad de RRHH – Ministerio de Salud

Simultáneamente se lograron pre acuerdos con este mismo fin, con las Repúblicas de Irán y Argentina, México y Egipto.

Mediante el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación CNIDAI:

- Se ha establecido la incorporación del Año de Servicio Social Obligatorio – ASSO, que consiste en cumplir un año de servicio en área rural por parte del médico que hizo su formación de especialidad, antes de tener su título de especialización, con el objetivo de brindar acceso a la atención especializada a poblaciones que no contaban en su territorio con este servicio.
- Se han generado nuevas especialidades, y mayor número de plazas para la formación de especialistas en el Sistema Nacional de Residencia Médica.
- Se han formado 611 enfermeras obstétricas en las universidades públicas Siglo XX de Llalagua, Universidad Mayor de San Francisco Xavier de Chuquisaca y la Universidad Mayor de San Andrés.

Se formaron 5.000 médicos en la Escuela Latinoamericana de Medicina – ELAM, en la República de Cuba, que actualmente trabajan en el programa Mi Salud.

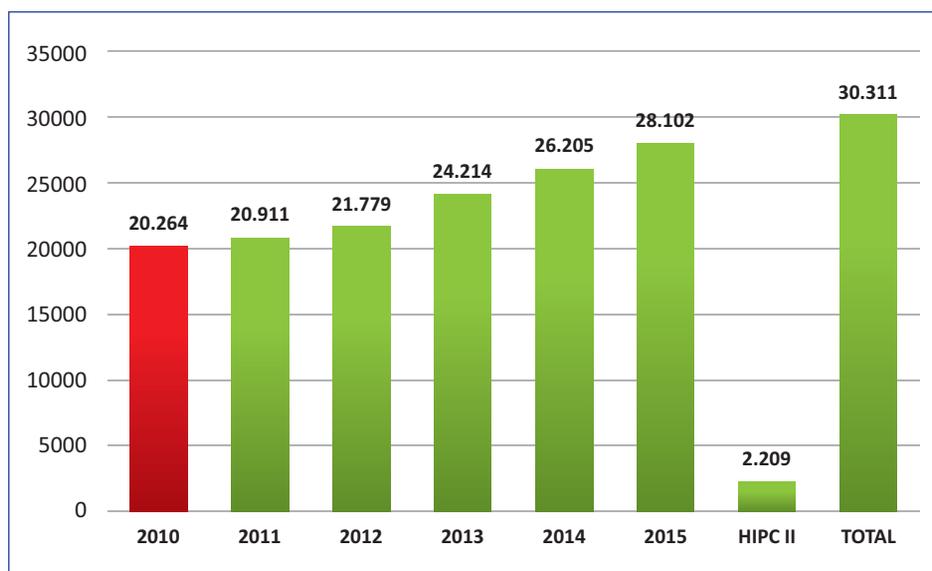
Se han conformado Brigadas de calificación y atención de las personas con discapacidad, formadas en la República de Ecuador y en Bolivia que actualmente trabajan en la calificación de las personas con discapacidad.

Se ha creado el Sistema de Registro Único de Recursos Humanos SOREH y registro de más de 2.500 recursos humanos en salud.

b) Creación de nuevos ítems

Entre los años 2010 y 2014, en la Seguridad Social de Corto Plazo se incrementaron 982 ítems de médicos, en equivalente de tiempo completo²; entre tanto, en el sub sector público se incrementaron 5.941 ítems; esto incluye 2.200 ítems HIPC II, que deberán ser absorbidos por el TGN pues su fuente de financiamiento concluyó el 2015.

Ilustración 13. Asignación de Ítems Acumulado Bolivia Periodo 2011 - 2015



Fuente: Unidad de RRHH – Ministerio de Salud

40

La brecha de salud en cuanto a número de recursos humanos de salud actuales versus los requerimientos de recursos humanos a nivel nacional es de aproximadamente 10.000 ítems, sin tomar en cuenta los nuevos ítems que se requerirán para el funcionamiento de los hospitales que se tienen previstos terminar para el año 2020.

c) Creación del programa Mi Salud

Implementación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural mediante el programa Mi Salud que son médicos generales que han sido distribuidos a lugares con difícil acceso a servicios de salud, habiendo alcanzado resultados positivos para la población debido a que se realizaron las visitas domiciliarias, las salas de análisis de situación de salud y la gestión intersectorial y participativa en salud.

Este proceso se fortalece con la firma de convenios intergubernativos con Gobiernos Municipales, quienes dan la contraparte en contratación de recursos humanos técnicos, equipamiento, medicamentos e insumos y otros medios logísticos. Actualmente el Programa Mi Salud se encuentra con presencia en más de 250 municipios y con más de 2.000 médicos, entre especialistas SAFCI y médicos generales.

² Fuente de información INASES

Tabla 7. Médicos Mi Salud a Nivel Nacional 2015

| RR HH ASIGNADOS POR DEPARTAMENTO | |
|----------------------------------|-------------|
| La Paz | 346 |
| Oruro | 98 |
| Potosí | 138 |
| Cochabamba | 404 |
| Chuquisaca | 124 |
| Tarija | 155 |
| Santa Cruz | 564 |
| Beni | 107 |
| Pando | 65 |
| TOTAL | 2001 |

Fuente: Unidad de RRHH – Ministerio de Salud

Tabla 8. Atenciones Realizadas por Mi Salud hasta la gestión 2015

| ACTIVIDADES | CANTIDAD |
|---|------------------|
| Indicador de atenciones | |
| Atención en Consultorio | 2.831.507 |
| Atención en Domicilio | 3.121.688 |
| TOTAL DE ATENCIONES | 5.953.195 |
| Visitas familiares | |
| Cantidad de familias carpetizadas | 429.126 |
| Número de familias carpetizadas con seguimiento | 565.931 |
| TOTAL DE VISITAS FAMILIARES | 995.057 |
| Educación en salud | |
| Educación en salud individual | 2.219.270 |
| Charlas Educativas en comunidades | 470.788 |

Fuente: Mi Salud – Ministerio de Salud

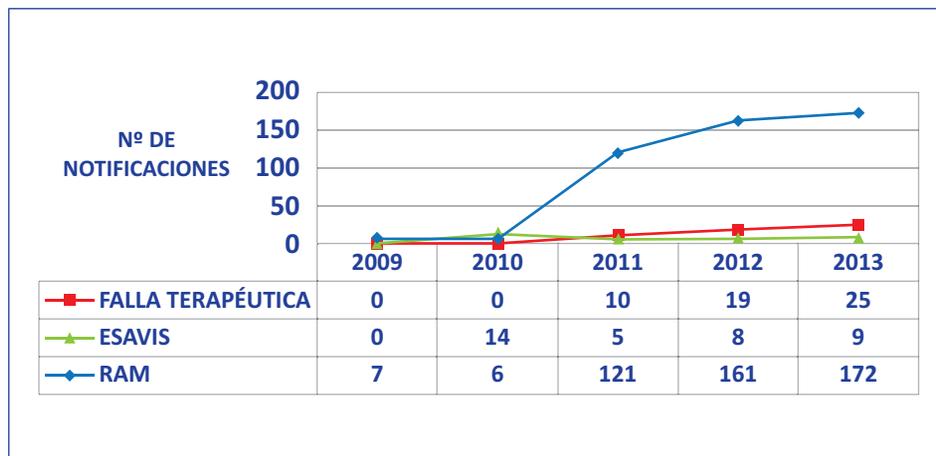
2.1.4. Medicamentos e Insumos

Se cuenta con una Política Nacional de Medicamentos y un plan de aplicación de la Política Farmacéutica Nacional - PFN, actualizada el año 2011. Algunos aspectos de ésta (Selección de medicamentos esenciales, financiación, fijación de precios, distribución y uso racional de medicamentos; reglamentación farmacéutica, farmacovigilancia; desarrollo de recursos humanos, investigación, seguimiento y evaluación; medicina tradicional) no están vigilados o evaluados de manera regular; sin embargo, se ha avanzado en:

- La implementación del Sistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos SALMI – SIAL para el manejo eficiente de los medicamentos en las farmacias de las redes de Salud y Farmacias Institucionales Municipales.

- La promulgación Decreto Supremo N° 1008 que establece la economía de escala para la adquisición de medicamentos e insumos de salud.
- La Lista Nacional de Medicamentos (LINAME) actualizada cada dos años conforme a lo establecido en la Ley del Medicamento.
- La Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud (UNIMED) del Ministerio de Salud, representa la Autoridad Reguladora de Medicamentos, que regula el funcionamiento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFCVG).
- Hay 26 fabricantes autorizados de productos farmacéuticos en Bolivia que cuentan con Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM); los demás laboratorios nacionales están en proceso de certificación. En el país, no hay compañías farmacéuticas multinacionales que fabriquen medicamentos localmente.
- UNIMED, ha incorporado nuevas tecnologías en salud para el fortalecimiento de la farmacovigilancia.
- Mediante Decreto Supremo N° 2905 de 21 de Septiembre de 2016 se determina la creación de la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías de Salud “AGEMED” para la regulación de medicamentos.

Ilustración 14. N° de Notificaciones recibidas por el Centro de Fármacovigilancia - Periodo 2009 – 2015



Fuente: ESAVIS: Eventos supuestamente atribuidos a Vacunación; RAM Reacción Adversa a Medicamentos. Ministerio de Salud

2.1.5. Programas y Proyectos

a) Programa Ampliado de Inmunización - PAI:

El objetivo del programa es proteger contra enfermedades inmunoprevenibles a la población en general, priorizando puntualmente a la población más vulnerable como son los niños (as) menores de 5 años y población en riesgo (personal de salud, mujeres embarazadas, enfermos crónicos, etc.) Asimismo, el PAI en los últimos nueve años ha incorporado al esquema nacional de vacunación nuevas vacunas en respuesta al perfil epidemiológico que el país presenta.

El último caso de poliomielitis en Bolivia se reportó en 1986, el de sarampión en el 2000 y el de rubéola en el 2006. El resto de las Enfermedades Prevenibles por Vacuna - EPV se encuentran en nivel de control. El último caso de Rubéola en el país se presentó en 2006, luego de que en 1998 su vigilancia fuera integrada con la vigilancia del sarampión y el año 2000 se introdujera la vacuna SRP (sarampión, papera y rubéola) al programa regular de inmunización.

Tabla 9. Evaluación Comparativa entre Gestiones del PAI

| Periodos de gestión | 1997 – 2005 | 2006 – 2015 |
|--|--|---|
| Tipos de vacunas | 5 tipos | 11 tipos |
| Enfermedades prevenidas | 10 | 19 |
| Dosis aplicadas | 22.826.264 | 60.808.600 |
| Fuente de financiamiento para la compra de vacunas | Con recursos de la Cooperación y sin recursos del Estado | 80% con recursos del Estado Plurinacional |

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones – Ministerio de Salud

- Se introdujeron al esquema nacional de vacunación, las vacunas contra la fiebre amarilla para los niños 12 a 23 meses y anti rotavírica contra diarreas graves.
- Se introdujo al esquema nacional de vacunación la vacuna influenza trivalente (H1N1, H3N2 y tipo B) y vacuna anti neumocócica contra neumonías y meningitis.
- Campaña de seguimiento de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita.
- Se ha declarado “América Libre de Rubeola”, 2015.
- Se incorporará la vacuna papiloma humana - VPH para las niñas de 10 a 12 años de edad a partir de abril del 2017 de prevención contra el cáncer de cuello uterino.

En la actualidad, The Vaccine Alliance es un Fondo Mundial para la Vacunación e Inmunización - GAVI ofrece apoyo para vacunas nuevas e infrautilizadas (AVN) y fortalecimiento del sistema de salud (FSS) y apoyará a la incorporación de la vacuna VPH.

b) Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC)

El objetivo del PMDC es contribuir a erradicar la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años priorizando a los menores de 2 años.

El PMDC tiene en marcha diversas estrategias, como el incentivo a la Lactancia Materna (Inmediata, Exclusiva y Prolongada), Alimentación Complementaria, Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A), consumo de alimento complementario Nutribebé, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la infancia y Nutrición (AIEPI-NUT), creación de Unidades de Nutrición Integral (UNIs), implementación del Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario (SVIN), Incentivo Municipal (Dotación de Bs.350.000 a 155 municipios priorizados por el PMDC), acciones que repercuten en al ámbito multisectorial, debido a que los factores que predisponen a cursar con Desnutrición Crónica están en relación a determinantes sociales y de salud.

El 2008 se inició con la dotación del alimento complementario Nutribebé para niñas y niños menores de 2 años, alcanzando al 2015 una cobertura de entrega de 92% de municipios. Se cuentan con 3 reglamentos actualizados de fortificación de alimentos de consumo: sal

fortificada con yodo, harina de trigo fortificado con hierro y mezcla de vitaminas del complejo B y aceite vegetal fortificado con vitamina A. El 2013 se elaboraron las guías alimentarias en el ciclo de la vida.

Para el 2015 se disponen de 159 Unidades de Nutrición Integral (UNI) ubicadas en 144 municipios del país (brazo operativo a nivel municipal). Ese año se elaboró y presentó el anteproyecto de la Ley de Promoción de Alimentación Saludable con el objeto de luchar contra la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad.

c) Programa Nacional Centinelas de Salud

Con las FF.AA. se trabaja por la salud de varias maneras. Mediante el Programa “Centinelas de la Salud de la Salud” se capacita en aspectos básicos de salud, a jóvenes, tanto durante el Servicio premilitar como en el servicio militar obligatorio. Estos últimos prestan apoyo en acciones de salud durante emergencias y desastres o en actividades de promoción de salud para el control epidemiológico en municipios endémicos, apoyando al personal de salud.

d) Programa Nacional de Control de Chagas

El programa tiene por objeto contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad de Chagas, mediante la interrupción de la cadena de transmisión epidemiológica del *Trypanosoma cruzi* (vectorial, congénito, transfusional, trasplante de órganos, oral y accidental en laboratorio), desarrollando acciones integrales (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y multisectoriales (vivienda, educación, servicios básicos) para el control y vigilancia entomológico y epidemiológico con participación social.

e) Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya y Zika:

El 2009 se controló la mayor epidemia de Dengue ocurrida en el país, con más de 60.000 casos reportados y 23 fallecidos, con una tasa de letalidad menor del 0,03 %; para lo cual se implementaron 13 laboratorios de diagnóstico en el país mediante la técnica de (Mac-Elisa) en los municipios de Trinidad, Riberalta, Yacuiba, Caranavi, Villa Tunari, Cobija, Tarija, Sucre, Cochabamba, entre otros; y se incorporó en la malla curricular de educación escolar el tema de prevención del D-CHIK “Mi casa está libre de criaderos de mosquitos”.

Tabla 10. Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya, Zika

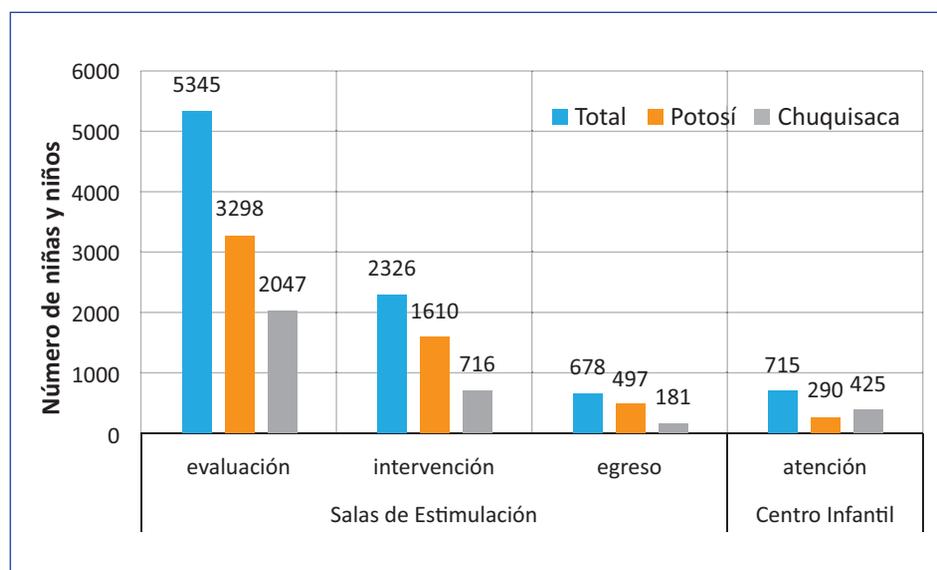
| LOGRO | CANTIDAD |
|---|-----------|
| N° de casos de Dengue atendidos. | 33.979 |
| N° de personas protegidas en municipios endémicos | 36.913 |
| ACTIVIDADES | CANTIDAD |
| Epidemia de Dengue: notificación de casos | 60.426 |
| Adquisición de minidosas de biolarvicida | 1.268.946 |
| Adquisición de litros de biolarvicida | 1.000 |
| TOTAL | |

Fuente: Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya – Ministerio de Salud

f) Programa Desarrollo Infantil Temprano

Su objetivo es contribuir a mejorar en forma sostenible y con pertinencia cultural el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niñas y niños bolivianos en los departamentos de Chuquisaca y Potosí. Este programa se ha iniciado en abril de 2015 mediante la implementación de salas de estimulación temprana, apoyo en centros infantiles y conformación de brigadas móviles, en los departamentos de Chuquisaca y Potosí.

Ilustración 15. Modalidades de Intervención DIT Periodo 2013-2015



Fuente: Programa de Desarrollo Infantil Temprano – Ministerio de Salud

La Brigada móvil realiza visitas domiciliarias a hogares con niñas y niños de 0 a 4 años de edad donde se desarrollan habilidades parentales en las familias con el fin de modificar el comportamiento parental y las prácticas de crianza con miras a mejorar el desarrollo de los niños, con este fin, se contrataron y capacitaron a 65 Tutores de Brigada.

g) Programa Nacional de Atención de Desastres

El Programa Nacional de Atención de Desastres es el encargado de regular, adecuar, articular e implementar políticas, planes en coordinación con otros ministerios, sectores y organismos que coadyuvan en el proceso de atención en los desastres.

Tabla 11. Intervenciones Realizadas por el Programa Nacional de Desastres

| DEPARTAMENTO | ACTIVIDAD | ACUMULADO | RESULTADO ALCANZADO | PRESUPUESTO EJECUTADO | |
|--------------|--|-----------|---|-----------------------|------------|
| | | | | Parcial | Total |
| LA PAZ | Ejecutar actividades conjuntas con la unidad de epidemiología frente a epidemias Nacionales (Atención Médica Integral) | 1.174 | Se logra la implementación de la prevención, control y atención a desastres | 468.726 | 12.602.767 |
| | Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida. | 6 | Numero de Capacitaciones para la Gestión de riesgos. | 100.000 | |
| | Conformación de los Equipos y estructura en Gestión de Riesgos del Ministerio de Salud | 9 | Número de equipos de Respuesta Rápida conformados. | 900.000 | |
| BENI | Atención Médica Integral en albergues | 46.684 | Número de Personas atendidas | 5.024.280 | |
| | Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida. | 1 | Numero de Capacitaciones para la Gestión de riesgos. | 31.000 | |
| PANDO | Atención Médica Integral en albergues | 5.412 | Número de Personas atendidas | 992.481 | |
| | Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida. | 1 | Número de Capacitaciones para la Gestión de riesgos. | 31.000 | |
| SANTA CRUZ | Atención Médica Integral en albergues | 19.083 | Número de Personas atendidas | --- | |
| | Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida | 1 | Número de Capacitaciones para la Gestión de riesgos. | 31.000 | |
| COCHABAMBA | Atención Médica Integral en albergues | 2.075 | Número de Familias Atendidas. | 5.024.280 | |

Fuente: Programa Nacional de Atención de Desastres – Ministerio de Salud

Los avances más importantes son:

- Conformación y estructuración de los equipos de respuesta rápida en los 9 departamentos con 180 integrantes, mejora de la capacidad resolutoria del Equipo de Respuesta Rápida (ERR) para la intervención en lugares con declaración de emergencias y desastres.

- Movilización en todo el territorio de equipos de salud para actividades de atención de emergencias y acompañamiento.
- Planes de emergencias y contingencias en los 9 departamentos para su ejecución, evaluación y readecuación, se realizó el mapeo de regiones con mayor vulnerabilidad para su priorización en medidas preventivas y promoción de la participación de las personas, familias y comunidades para sus contingencias.

Los entes gestores también realizan apoyo en campañas de atención a personas que tienen problemas de salud por desastres o contingencias ambientales.

h) Programa de vigilancia y control de Influenza inusitada:

La aparición de virus pandémico de la influenza AH1N1 pdm09, en el año 2009, junto con anteriores episodios de nuevos virus como la influenza aviar H5N1 generaron la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica del virus de la influenza.

i) Programa Nacional de Control de las ITS/VIH/SIDA

En este quinquenio se ha avanzado en:

- Simplificación de la dosis antirretroviral en el tratamiento a las PVVS, con los inicios de Tratamiento con la dosis única.
- Desconcentración de los servicios de los CDVIR: en prevención, diagnóstico de ITS/VIH/SIDA y atención a pacientes, hacia la red de servicios de salud.
- Incremento de la cobertura de pruebas de VIH y Sífilis en embarazadas hasta un 79%, para la prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita.
- Incremento del número de personas con conocimientos y utilizando el condón de forma correcta y consistente.
- Fortalecimiento de la logística de medicamentos para la gestión del suministro de medicamentos e insumos en el marco del SNUS.
- Sostenibilidad de la Gestión: Para que los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales realicen sus actividades en la respuesta Nacional a las ITS, las Hepatitis Virales y el VIH/SIDA, enmarcadas en el PEM 2013 – 2018.
- Gestión de Incremento del presupuesto del TGN (niveles nacional, departamental y municipal) para desarrollar las estrategias de prevención de las ITS, Hepatitis Virales y el VIH/SIDA, la atención y tratamiento integral de PVVS.
- Mejora de la información mediante la implementación del Sistema Informático Nacional de Monitoreo y Evaluación y la estandarización del reporte de la información.
- El Programa ejercerá el Control de las Hepatitis Virales.
- Incremento de la cobertura de promoción y atención hacia la población indígena: Se iniciaron algunos estudios para determinar la prevalencia de ITS y VIH en diferentes poblaciones indígenas originarias del país.
- Simplificación del algoritmo de diagnóstico de VIH: Se eliminó la prueba de Western Blott y el diagnóstico ahora se realiza solo con Pruebas Rápidas y un ELISA. Lo que ampliará la cobertura y el tratamiento oportunos.

Tabla 12. Intervenciones realizadas por el Programa de ITS – VIH SIDA

| Actividad | Beneficiarios | Monto ejecutado (bs) |
|--|------------------|-----------------------|
| Actividades de Prevención de las ITS/VIH/SIDA (IEC, distribución de condones de manera informada, y Tamizaje con pruebas rápidas de VIH a alrededor de personas durante el quinquenio) | 8.255.259 | Bs. 9.218.849 |
| Consultas/Atenciones/Laboratorio/Tratamiento Antirretroviral a pacientes con ITS/VIH/SIDA y a la población general en los CDVIR/CRVIR (Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia). | 786.987 | Bs. 79.56.6047 |
| TOTAL | 9.042.246 | Bs. 88.784.896 |

Fuente: Programa Nacional de Control de las ITS/VIH/SIDA – Ministerio de Salud

Ilustración 16. Programa Nacional de Vigilancia y Control de ITS/VIH/SIDA Área de intervención del Periodo 2009 – 2011



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de ITS/VIH/SIDA – Ministerio Salud

j) Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Leishmaniasis

Durante estos últimos años el Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Leishmaniasis ha trabajado en el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del personal de salud, partiendo del diagnóstico clínico, laboratorio y tratamiento oportuno a pacientes con leishmaniasis, así como en la actualización e implementación de instrumentos normativos y operativos que faciliten el trabajo del personal de salud. Pese a los esfuerzos desplegados aún existen pacientes silenciosos los cuales no pueden acceder a un centro de salud por la topografía de

las regiones en la mayoría de los casos. Sumado a esto veremos también que la estructuración y definición de una red departamental y nacional de laboratorios fortalecerán el manejo integral y oportuno de estos pacientes.

k) Programa Nacional de Control de la Malaria:

11 Programas Regionales de Malaria han sido fortalecidos con la dotación de medicamentos, insumos de laboratorio, insecticidas, materiales y ropa de trabajo.

- Se ha logrado cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducción del IPA a menos de 2 x 1000 habitantes el índice parasitario anual al 2015.
- Se ha reducido la casuística de malaria a 6.907 casos el 2015.

l) Programa Nacional de Salud Ocular

El Área de Salud Ocular ha sido recientemente creada en el Ministerio de Salud, en respuesta a un duro diagnóstico de situación de la salud que refería que en el país había más de 48.000 personas ciegas, la mayor parte en personas adultas mayores, de las cuales 30.000 respondían a un cuadro de cataratas bilaterales, que pueden ser intervenidas con recuperación de la vista.

Se ha recibido cooperación externa en un programa de cirugía ocular, apoyado por las Misiones Cubanas, que han dejado equipos instalados en varios municipios y que se integrarán a la red de servicios de salud, paulatinamente.

Se cuenta con el Plan de salud ocular aprobado, aún sin Resolución Ministerial; hay protocolos, pero solamente en la SSCP que se compatibilizarán con el subsector público y privado.

m) Programa Nacional de Salud Oral

Desde la gestión 2010, el Proyecto “Prevención de la Salud Oral a Nivel Nacional”, dependiente del Programa Nacional de Salud Oral, está enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo, Plan Sectorial en Salud y la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Como misión principal en el marco de la Promoción en Salud se motiva a los padres de familia, escolares e instituciones, a desarrollar estilos de vida y hábitos integrales que tiendan a prácticas preventivas de la salud oral.

El Proyecto está dirigido a la población comprendida en las edades de 6 a 12 años y el adulto mayor de 59 años, en los municipios rurales de Bolivia. Sus actividades son realizadas en 16 Consultorios Móviles Odontológicos y Brigadas Móviles a nivel nacional vía terrestre y fluvial.

n) Programa Nacional de Salud Renal y Trasplante

El Programa se creó ante la necesidad de atención de pacientes con enfermedad renal crónica, que debido al alto costo del tratamiento no tenían acceso a la terapia de sustitución renal tanto la hemodiálisis como el trasplante. Inicialmente se realizaba apoyo de medicamentos en calidad de donación, posteriormente en subvención siendo en la actualidad el tratamiento gratuito para los pacientes, con la promulgación de la Ley N°475.

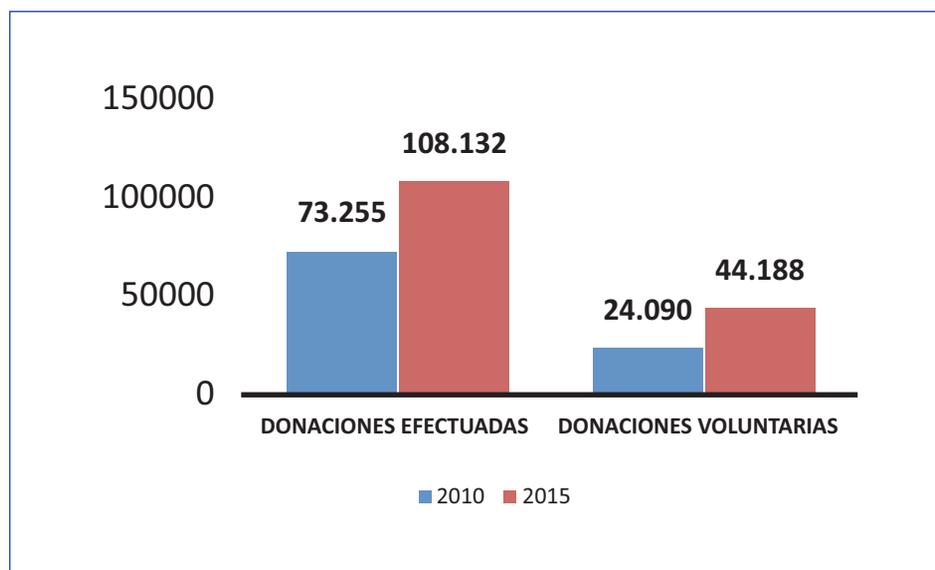
Se han elaborado las normas de trasplante renal y las normas de acreditación para trasplante renal. Se han implementado 15 Unidades de Hemodiálisis en los establecimientos de salud y hospitales a nivel nacional, entregando 195 máquinas de hemodiálisis, de las cuales 126 fueron entregadas al sub sector público y 71 máquinas fueron entregadas al Sub sector de la Seguridad Social de Corto Plazo.

Se promulgó la Ley N° 176 de 13 de octubre de 2011 y el Decreto Supremo N°1115 de 21 de Junio de 1997, modificado mediante el Decreto Supremo N° 1870 de 23 de Enero de 2014, para normar el trasplante en Bolivia y dar acceso al trasplante renal gratuito en Bolivia, financiado con recursos del TGN.

o) Programa Nacional de Sangre

El Programa Nacional de Sangre tiene como objetivo conformar la red nacional de servicios transfusionales, garantizando la seguridad transfusional, autosuficiencia, hemocomponentes seguros, accesibles y de menor costo. En cinco años, el Programa ha conformado una red con 18 Bancos de Sangre, distribuidos en el Subsector Público, de los cuales 9 son de Referencia Departamental y 1 Local; 6 son de la Seguridad Social, y 2 del Sistema Privado.

Ilustración 17. Donaciones voluntarias de sangre a Nivel Nacional Periodo 2015

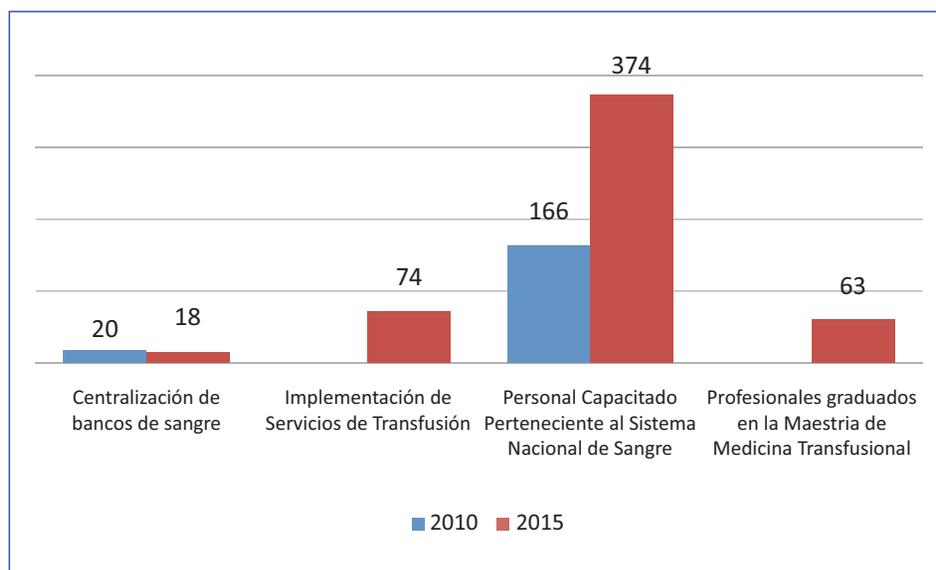


Fuente: Programa Nacional de Sangre – Ministerio de Salud

Se han implementado 74 Servicios de transfusión en Hospitales de Segundo y Tercer nivel en la gestión 2015. Las donaciones de sangre voluntarias se incrementaron de 73.255 donaciones el 2010 a 108.132 donaciones el 2015.

Actualmente el programa se encuentra trabajando en líneas estratégicas para incrementar la donación voluntaria altruista no remunerada de sangre, así como en la elaboración de un proyecto Ítalo – Boliviano sobre el mejoramiento de la calidad y seguridad transfusional y de esta forma permitir el abastecimiento adecuado de Sangre a toda la población ya que a pesar de los esfuerzos realizados en la actualidad nos encontramos en 1,08% de donación impidiendo alcanzar este porcentaje mínimo para abastecimiento adecuado a la población.

Ilustración 18. Programa Nacional de Sangre Periodo 2010 – 2015



Fuente: Programa Nacional Sangre – Ministerio de Salud

En la actualidad se realiza el tamizaje serológico (Chagas, Sífilis, VIH, Hepatitis B, Hepatitis C) a todas las unidades distribuidas. Se implementa el Programa Externo de Evaluación a la Calidad (PEEC) a todos los Bancos de Sangre pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Sangre. Se han becado a 63 profesionales en la Maestría en Gestión de Calidad de Medicina Transfusional.

p) Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

En las gestiones 2010 al 2015 el Programa de Tuberculosis ha continuado realizando un trabajo específico en el manejo de la tuberculosis en:

- Tuberculosis multidrogoresistente TB MDR, se realizó vigilancia de la tuberculosis drogoresistente en grupos de riesgo de resistencia (retratados, contactos de pacientes TB-DR y otros).
- Reacciones adversas a fármacos antituberculosos, se inicia la farmacovigilancia en casos de tuberculosis y el reporte y notificación de estos casos con la utilización de la tarjeta amarilla de farmacovigilancia.
- Coinfección TB-VIH, se inicia las actividades colaborativas de TB-VIH a través de la oferta de la prueba rápida de VIH a pacientes con Tuberculosis.
- Referencia de casos de Tuberculosis con prueba rápida reactiva para confirmación de VIH, la notificación de casos que presentan coinfección TB-VIH y la realización de la quimioprofilaxis a PVVS.

q) Programa Nacional de Zoonosis (Rabia)

Los logros obtenidos en el periodo de gestión 2006-2015 son: Coberturas de vacunación antirrábica canina por encima del 80%, Dotación de vacuna antirrábica canina a los 9 departamentos según plan de trabajo. Dotación de vacuna antirrábica humana para la atención de personas expuestas al virus rábico según análisis de casos reportados.

Las estrategias para el control de la rabia canina y la eliminación de la rabia humana a nivel nacional están dirigidas a un control y trabajo multisectorial, mediante promoción, prevención, información, educación y vigilancia epidemiológica, realizando acciones de vacunación en canes y profilaxis a las personas expuestas al virus rábico.

r) Proyecto de TELESALUD

En virtud a la puesta en marcha del Satélite “Túpac Katari”, el Estado ha priorizado la implementación del proyecto “Telesalud para Bolivia”, el mismo que fue aprobado por la Ley N°396 del 22 de agosto de 2013.

Mediante el Proyecto Telesalud, se aplican tecnologías avanzadas de telecomunicaciones que facilitan el intercambio de información médica y la provisión de servicios de salud a distancia: Tele consulta; Tele diagnóstico y educación continua en gerencia, vigilancia epidemiológica e investigación, permitiendo que las familias, comunidades y recursos humanos de salud accedan a servicios y productos con los que no se contaba.

Tabla 13. Equipos entregados a los Municipios e interconsultas realizadas hasta la gestión 2015

| Departamento | Municipios | E. S. | U. Tele entregadas | Interconsultas Remotas Realizadas |
|--------------|------------|------------|--------------------|--|
| Chuquisaca | 29 | 29 | 29 | 11.657 Interconsultas a nivel nacional |
| La Paz | 87 | 87 | 87 | |
| Santa Cruz | 56 | 57 | 57 | |
| Oruro | 35 | 35 | 35 | |
| Potosí | 40 | 40 | 40 | |
| Cochabamba | 47 | 47 | 47 | |
| Tarija | 11 | 11 | 11 | |
| Pando | 15 | 15 | 15 | |
| Beni | 19 | 19 | 19 | |
| TOTAL | 339 | 340 | 340 | |

Fuente: Proyecto Telesalud – Ministerio de Salud

Telesalud permite la interconsulta con especialistas y/o personal multidisciplinario logrando dar acceso a la población que por falta de recursos no puede llegar a niveles de mayor complejidad y cuando se detecta un problema más complejo se realiza la referencia a un establecimiento de salud de mayor complejidad; además se puede utilizar los equipos y conexión de internet para la teleeducación que permite la capacitación continua al personal de salud.

s) Programas de prevención y rehabilitación de la discapacidad

Asesoramiento Genético: El año 2010, con apoyo de genetistas de las brigadas cubanas de la Misión Moto Méndez, se inició el proceso asesoramiento genético a familias con algún cuadro congénito, a fin de prevenir nuevas discapacidades; desde el 2013, con apoyo de profesionales nacionales; un asesoramiento genético seguido de estudios cromosómicos y nuevamente asesoramiento basado en los resultados de los estudios.

Tabla 14. Atenciones de asesoramiento genético

| Gestión | Misión Moto Méndez y Ministerio de Salud | Ministerio de Salud | Total |
|--------------|--|---------------------|---------------|
| 2010 | 4.220 | | 4.220 |
| 2011 | 4.192 | | 4.192 |
| 2012 | 4.185 | | 4.185 |
| 2013 | | 4.794 | 4.794 |
| 2014 | | 11.037 | 11.037 |
| 2015 | | 9.884 | 9.884 |
| TOTAL | 12.597 | 25.715 | 38.312 |

Fuente: Unidad de Discapacidad – Ministerio de Salud

Se realiza actualmente un estudio piloto de pesquisa diagnostico intervención temprana del déficit auditivo en menores de 5 años.

Tabla 15. Estudios cromosómicos

| Gestión | Misión Moto Méndez y Ministerio de Salud | Ministerio de Salud | Total |
|--------------|--|---------------------|------------|
| 2010 | 104 | | 104 |
| 2011 | 102 | | 102 |
| 2012 | 103 | | 103 |
| 2013 | | 82 | 82 |
| 2014 | | 11 | 111 |
| 2015 | | 99 | 99 |
| TOTAL | 309 | 192 | 601 |

Fuente: Unidad de Discapacidad – Ministerio de Salud

Desde la gestión 2012 se implementan Centros de Rehabilitación con los servicios de: Mecanoterapia, Electroterapia, Termoterapia, Hidroterapia, Foniatría, Estimulación temprana, en los cuales la rehabilitación es un proceso global y continuo, de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como también su ajuste psicológico, social, vocacional, que les permita llevar de forma libre e independiente su propia vida.

2.2. SITUACIÓN ACTUAL

2.2.1. Indicadores sociodemográficos

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) del año 2012, la población en Bolivia llega a 10.351.118 habitantes. El cuadro siguiente muestra la población de Bolivia y posteriormente, podemos observar la población desglosada por género y grupo etario.

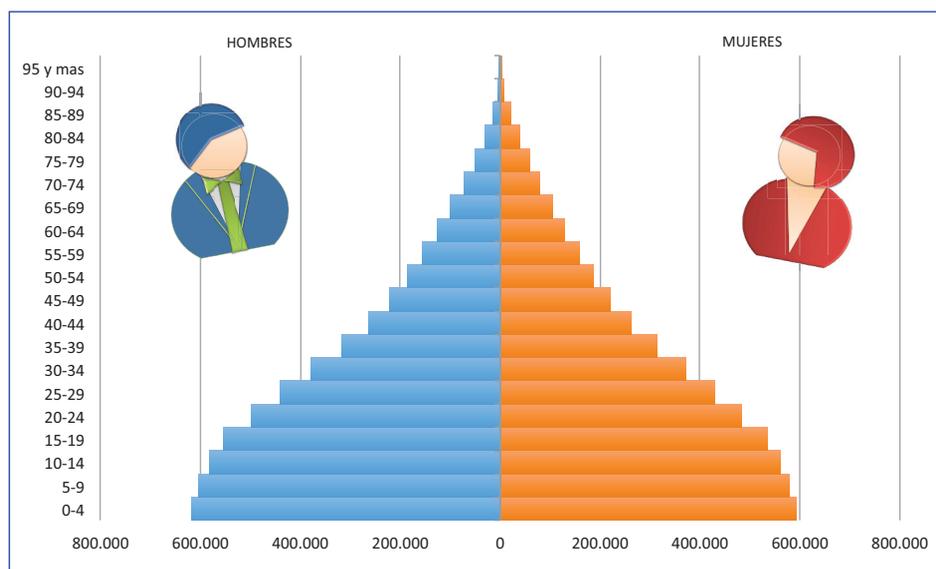
TABLA 16: BOLIVIA, POBLACIÓN POR GRUPO ETÁREO Y GÉNERO

| GRUPO ETÁREO | MUJERES | VARONES | TOTAL |
|--------------|------------------|------------------|-------------------|
| 0-4 | 591.947 | 618.037 | 1.209.984 |
| 5-9 | 579.392 | 603.058 | 1.182.450 |
| 10-14 | 560.111 | 582.326 | 1.142.437 |
| 15-19 | 534.236 | 554.055 | 1.088.291 |
| 20-24 | 482.948 | 497.863 | 980.811 |
| 25-29 | 429.787 | 439.975 | 869.762 |
| 30-34 | 372.199 | 378.818 | 751.017 |
| 35-39 | 313.813 | 317.662 | 631.475 |
| 40-44 | 262.200 | 263.827 | 526.027 |
| 45-49 | 220.455 | 221.490 | 441.945 |
| 50-54 | 186.009 | 186.060 | 372.069 |
| 55-59 | 157.809 | 156.219 | 314.028 |
| 60-64 | 129.009 | 125.815 | 254.824 |
| 65-69 | 105.469 | 101.121 | 206.590 |
| 70-74 | 78.122 | 71.587 | 149.709 |
| 75-79 | 58.824 | 50.072 | 108.896 |
| 80-84 | 39.743 | 31.399 | 71.142 |
| 85-89 | 20.634 | 14.461 | 35.095 |
| 90-94 | 7.540 | 4.428 | 11.968 |
| 95 y mas | 1.865 | 733 | 2.598 |
| TOTAL | 5.132.112 | 5.219.006 | 10.351.118 |

Fuente: CNPV 2012 – INE.

La estructura poblacional del país, permite establecer que la población del país es eminentemente joven. Asimismo, la población mayoritaria se presenta en los grupos etarios de 15 a 19 años, de 0 a 4 y de 10 a 14 años. La población joven de 15 a 19 años de edad es la más preponderante por lo que en el mediano plazo las políticas sociales y en especial de vivienda, deberán responder a este contexto poblacional de manera más específica.

Ilustración 19: BOLIVIA: PIRÁMIDE POBLACIONAL QUINQUENALES SEGÚN SEXO GESTIÓN: Censo 2012



Fuente: SNIS, en base al CNPV-2012 - INE.

La esperanza de vida al nacer era de 67.95 años en promedio: 70,19 años para mujeres versus 65,81 años para varones; la tasa bruta de natalidad al 2015 fue de 23,83 por mil habitantes, en tanto que la tasa general de fecundidad (por 1.000 mujeres) era de 91,94; la tasa bruta de mortalidad fue de 6,86 por mil habitantes³.

La tasa de mortalidad infantil proyectada por el INE al 2015 es de 35,20.

Los adultos mayores representarán el 8,1% de la población al 2020 (1.007.087 personas). En algunos municipios, del área rural el porcentaje de mujeres adultas mayores duplicará y hasta triplicará al de hombres adultos mayores.

La Tasa de Alfabetismo alcanzó a 94,98%, pero sólo 92,54% en mujeres. La Tasa de Asistencia Escolar femenina ascendió a 83,45%.

Hay diferencias de perfil epidemiológico entre regiones altiplano, valles y llanuras. En los departamentos de La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Potosí, por su diversidad geográfica, coexisten perfiles de los tres pisos ecológicos.

Las personas mayores representan el 75% de la muerte por ENT. La mortalidad en Bolivia, el año 2012 se repartía de la siguiente manera: Un 19,5% por enfermedades transmisibles; un 8,6% por condiciones neonatales, maternas y de nutrición; 58,6% por enfermedades no transmisibles, (principalmente enfermedades cardiovasculares 23,5%, cáncer 10%, enfermedades digestivas 7,6%, enfermedades renales 4,4% y diabetes 4%) y 13,3% lesiones (2,8% solo para accidentes de tránsito).

³ La experiencia demuestra que tres de las estrategias más eficaces para reducir las tasas de fecundidad son asegurar que la gente 1) tenga mayor acceso a la atención primaria de la salud y a los servicios de planificación de la familia, 2) reciba educación básica, especialmente en el caso de las niñas y las mujeres y 3) tenga servicios públicos que la protejan en la vejez, cuando está enferma o desempleada.

Tabla 17. Mortalidad comparada por causas - Relación entre Bolivia y Latinoamérica

| Causa | Bolivia | Grupo de comparación Latinoamericano (*) |
|---------------------------------|---------|--|
| Infecciones respiratorias bajas | | 1,004.6 |
| Enfermedad isquémica coronaria | 1,778.3 | 2,044.7 |
| Accidentes de tránsito | | 897.8 |
| Cuerpo extraño | | 167.4 |
| Enfermedad Cerebro vascular | 1,222.5 | 1,304.5 |
| Nacimiento prematuro | 783.5 | 561.3 |
| Enfermedad renal crónica | | 658.6 |
| Anomalías congénitas | 723.6 | 732.7 |
| Encefalopatía neonatal | | 253.6 |
| Cáncer de estómago | | 307.7 |

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation Global Burden of Disease (GBD). 2015 Modificado
(*) Se compara la mortalidad de países con condiciones socioeconómicas similares.

La morbi-mortalidad total medida con AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) corresponde a años de vida que se ajustan por un cierto nivel de discapacidad experimentado, durante un periodo determinado de tiempo. Los AVAD, mediante el estudio de carga de enfermedad, resumen el impacto de la mortalidad y la discapacidad relacionada con la enfermedad específica en las diferentes comunidades, muestra que el peso de las condiciones neonatales, maternas y de nutrición en la morbimortalidad total es de 20%, las condiciones neonatales, maternas y de nutrición el 14,5%, las enfermedades no transmisibles el 50,6%, principalmente enfermedad cardiovascular 11,8%, adicciones a drogas y alcohol 7,3% cáncer 5,2%, enfermedades digestivas 4,8% y las lesiones el 14,9% (3,2% solo para accidentes de tránsito)⁴.

Se debe tomar en consideración la migración de la población en edad productiva a las ciudades y el predominio de población adulta mayor en el área rural de muchas regiones, lo cual significa que para reducir la pobreza en estas zonas se requieren enfoques solidarios y políticas de desarrollo social dirigidas a esta población. Territorialmente, esta gran asimetría urbana rural, muy ligada a la migración interna, genera sobre demanda en los servicios urbanos periféricos, incluidos los de salud.

Tabla 18. Población con necesidades básicas insatisfechas y variación anual - Censos de 2001 y 2012

| DESCRIPCIÓN | CENSO 2001 | CENSO 2012 | REDUCCIÓN |
|-------------|------------|------------|-----------|
| BOLIVIA | 58,6% | 44,9% | 13,7% |
| Chuquisaca | 70,1% | 54,5% | 15,6% |
| La Paz | 66,2% | 46,3% | 19,9% |
| Cochabamba | 55% | 45,5% | 9,5% |
| Oruro | 67,8% | 47% | 20,8% |
| Potosí | 79,7% | 59,7% | 20% |
| Tarija | 50,8% | 34,6% | 16,2% |
| Santa Cruz | 38% | 35,5% | 2,5% |
| Beni | 76% | 56,4% | 19,6% |
| Pando | 72,4% | 58,8% | 13,6% |

Fuente: INE - Unidad de análisis de políticas sociales y económicas (UDAPE)

Son importantes los avances producidos en 8 de los 9 departamentos (Oruro, Potosí, La Paz, Beni, Tarija, Chuquisaca, Pando y Cochabamba); Santa Cruz, con una reducción de tan solo 2,5 puntos porcentuales entre el 2001 y el 2012, hoy sigue siendo el departamento con menos NBI, junto a Tarija (35,5% y 34,6% respectivamente).

La variación de los niveles de pobreza departamentales se encuentra entre 1,8 y 2,5⁵ y se sitúa en 2,15 como un promedio nacional; ello permite inferir que el impacto del sector Salud fue positivo y homogéneo en los nueve departamentos. Si se analiza la variación de las NBI, la diferencia entre extremos (59,7% y 34,6%) se sitúa en un 44,9%.

En el censo de población 2012 se identificaron 388.109 personas que tendrían alguna dificultad permanente (discapacidad), de las cuales 48,87% son hombres y 51,13% mujeres.

Tabla 19. Componentes del índice de necesidades básicas insatisfechas (%)

| Descripción | Vivienda: inadecuados materiales de la vivienda | Vivienda: insuficientes espacios en la vivienda | Servicios e insumos: inadecuados servicios de agua y saneamiento | Servicio e insumos energéticos: inadecuados insumos energéticos | Insuficiencia en educación | Inadecuada atención en salud |
|-------------|---|---|--|---|----------------------------|------------------------------|
| BOLIVIA | 31.0 | 64.8 | 43.6 | 27.3 | 42.9 | 25.3 |
| Chuquisaca | 39.8 | 64.4 | 49.3 | 45.4 | 58.3 | 21.3 |
| La Paz | 34.2 | 55.9 | 41.6 | 27.3 | 38.9 | 33.3 |
| Cochabamba | 28.9 | 62.8 | 44.3 | 25.4 | 46.2 | 24.8 |
| Oruro | 32.5 | 60.8 | 52.4 | 29.5 | 36.1 | 27.8 |
| Potosí | 47.3 | 60.1 | 60.9 | 49.3 | 57.6 | 31.1 |
| Tarija | 17.6 | 65.7 | 29.4 | 24.1 | 49.3 | 13.0 |
| Santa Cruz | 19.4 | 74.4 | 35.2 | 15.3 | 37.6 | 19.3 |
| Beni | 59.3 | 81.3 | 63.8 | 37.3 | 39.8 | 20.4 |
| Pando | 38.1 | 80.4 | 70.6 | 49.4 | 41.2 | 20.1 |

Fuente: INE - Unidad de análisis de políticas sociales y económicas (UDAPE)

Según el Índice de Gini, el índice de pobreza y desigualdad era de 0,48 el 2015, pero alcanzaba a 0,55 en área rural. Hubo grandes avances en la incidencia de pobreza; se redujo de 26,06% el 2009 a 18,83% el 2013 (manteniendo la desigualdad urbana y rural); El 2015 hemos alcanzado la meta del milenio en este indicador.

Tabla 20. Indicadores de Pobreza Extrema, Según Área

| | DESCRIPCIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | 2009 | 2013 |
|--------------------------|-----------------------------------|------------------|------------|------------|
| Promedio nacional | Incidencia de pobreza (FGT o) (*) | Porcentaje | 26,06 | 18,83 |
| | Brecha de pobreza (FGT_1) (**) | Porcentaje | 12,72 | 8,51 |
| | Magnitud de pobreza (FGT_2) (***) | Porcentaje | 8,58 | 5,50 |
| | Población total | Persona | 10.269.598 | 10.394.527 |
| | Población en pobreza extrema | Persona | 2.676.286 | 1.956.921 |
| Área Urbana | Incidencia de pobreza (FGT o) | Porcentaje | 16,09 | 9,15 |
| | Brecha de pobreza (FGT_1) | Porcentaje | 5,65 | 3,14 |
| | Magnitud de pobreza (FGT_2) | Porcentaje | 3,20 | 1,74 |
| | Población total | Persona | 6.785.816 | 7.004.175 |
| | Población en pobreza extrema | Persona | 1.091.830 | 641.195 |
| Área Rural | Incidencia de pobreza (FGT o) | Porcentaje | 45,48 | 38,81 |
| | Brecha de pobreza (FGT_1) | Porcentaje | 26,50 | 19,60 |
| | Magnitud de pobreza (FGT_2) | Porcentaje | 19,04 | 13,28 |
| | Población total | Persona | 3.483.782 | 3.390.352 |
| | Población en pobreza extrema | Persona | 1.584.456 | 1.315.726 |

(*) Expresa el porcentaje de hogares, o de población, que no alcanza el nivel de la línea de pobreza. www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/123 Alcanzo a 17 el año 2015

(**) Mide la cantidad de dinero que le falta a la unidad pobre (hogar o persona) para dejar de ser pobre.

(***) Refleja a la vez la proporción de pobres y la intensidad de su pobreza, pero desconoce el factor esencial de la distribución.

Fuente: INE

TABLA 21: POBLACIÓN DE 10 AÑOS O MÁS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD, POR AREA GEOGRÁFICA

| AREA Y DEPTO. | POBLACIÓN TOTAL | POBLACIÓN EN EDAD DE NO TRABAJAR | | | POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR (DE 10 AÑOS O MÁS) (PET) | | | | | | | |
|---------------|-----------------|----------------------------------|-----------|-----------|--|-----------|---------------------------|---------|---|-----------|-----------|--|
| | | | | | Población Económicamente Activa (PEA) | | | | Población Económicamente Inactiva (PEI) | | | |
| | | Total | Hombres | Mujeres | Población Ocupada (PO) | | Población Desocupada (PD) | | Total | Hombres | Mujeres | |
| | | | | | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | | | | |
| BOLIVIA | 10.038.866 | 2.080.265 | 1.059.751 | 1.020.514 | 2.716.382 | 1.957.822 | 37.051 | 27.948 | 3.219.398 | 1.195.223 | 2.024.175 | |
| Urbana | 6.773.257 | 1.364.008 | 693.996 | 670.012 | 1.718.770 | 1.323.795 | 30.109 | 25.040 | 2.311.535 | 863.847 | 1.447.688 | |
| Rural | 3.265.609 | 716.257 | 365.755 | 350.502 | 997.612 | 634.027 | 6.942 | 2.908 | 907.863 | 331.376 | 576.487 | |
| Chuquisaca | 579.735 | 125.689 | 63.472 | 62.217 | 146.222 | 98.579 | 2.206 | 1.699 | 205.340 | 73.123 | 132.217 | |
| La Paz | 2.714.910 | 511.131 | 259.806 | 251.325 | 741.067 | 616.096 | 11.446 | 9.227 | 825.943 | 329.195 | 496.748 | |
| Cochabamba | 1.759.130 | 363.792 | 185.551 | 178.241 | 461.775 | 340.906 | 6.866 | 5.259 | 580.532 | 213.344 | 367.188 | |
| Oruro | 493.649 | 100.861 | 51.318 | 49.543 | 125.379 | 96.539 | 2.321 | 1.622 | 166.927 | 65.304 | 101.623 | |
| Potosí | 824.952 | 187.436 | 95.317 | 92.119 | 212.348 | 151.488 | 2.612 | 1.701 | 269.367 | 98.854 | 170.513 | |
| Tarija | 482.347 | 93.410 | 47.721 | 45.689 | 136.992 | 96.451 | 1.617 | 1.367 | 152.510 | 54.196 | 98.314 | |
| Santa Cruz | 2.652.438 | 568.864 | 290.557 | 278.307 | 745.157 | 473.205 | 8.661 | 6.318 | 850.233 | 299.094 | 551.139 | |
| Beni | 421.390 | 101.824 | 52.066 | 49.758 | 115.601 | 68.978 | 918 | 567 | 133.502 | 48.620 | 84.882 | |
| Pando | 110.315 | 27.258 | 13.943 | 13.315 | 31.841 | 15.580 | 404 | 188 | 35.044 | 13.493 | 21.551 | |

Fuente: INASES, en base de datos del CNPV 2012 – INE.

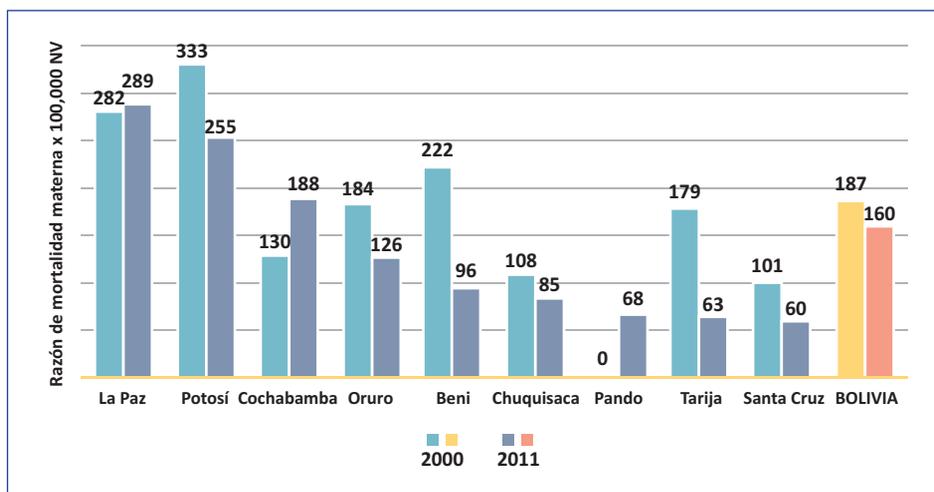
Del total de la población residente en Bolivia la Población en Edad de Trabajar (PET) registra 79,3 por ciento y la Población en Edad de No Trabajar (PENT), 20,7 por ciento. La Población en Edad de Trabajar (PET) está conformada por la Población Económicamente Activa (PEA) y la Población Económicamente Inactiva (PEI).

Así la PET, representa el 59,5 por ciento en calidad de económicamente activa y 40,5 por ciento inactiva. A nivel departamental, se evidencia que La Paz y Santa Cruz registran la mayor Población Económicamente Activa (PEA), según condición de actividad, registrando 1.377.836 y 1.233.341 habitantes respectivamente.

2.2.2. Estudio de Mortalidad Materna

El Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011, cuyo objetivo fue establecer los niveles y características de mortalidad materna a nivel nacional y departamental, debidas a causas biológicas de la muerte materna y sus determinantes socio-económicos y étnico-culturales, muestra resultados a nivel nacional y departamental que serán tomados en cuenta en las intervenciones propuestas por el Ministerio de Salud en el siguiente quinquenio.

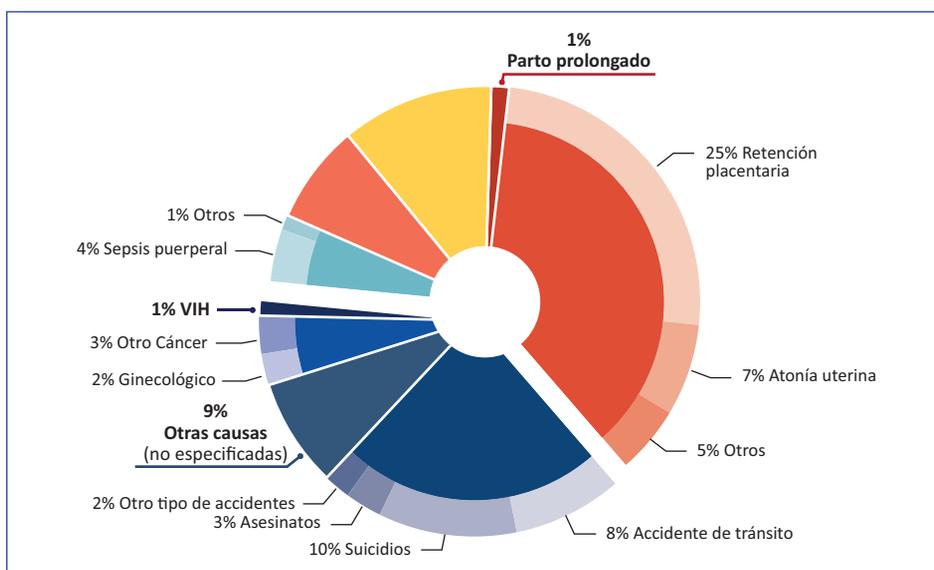
Ilustración 20. Razón de Mortalidad Materna Periodo 2000 – 2011



Fuente: Estudio de Mortalidad Materna 2011

Los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba tienen las razones de muerte materna más altas de Bolivia, superiores al promedio nacional. En relación al año 2000, los departamentos de Beni y Tarija han logrado reducir su Razón de Mortalidad Materna (RMM) en más de la mitad, mientras que Santa Cruz la ha reducido en un 40% finalmente; Chuquisaca, Oruro y Potosí presentan disminución moderada. La Paz (2%) y Cochabamba (44%) registran un incremento en su RMM.

Ilustración 21. Causas de Muerte Materna Periodo – 2011

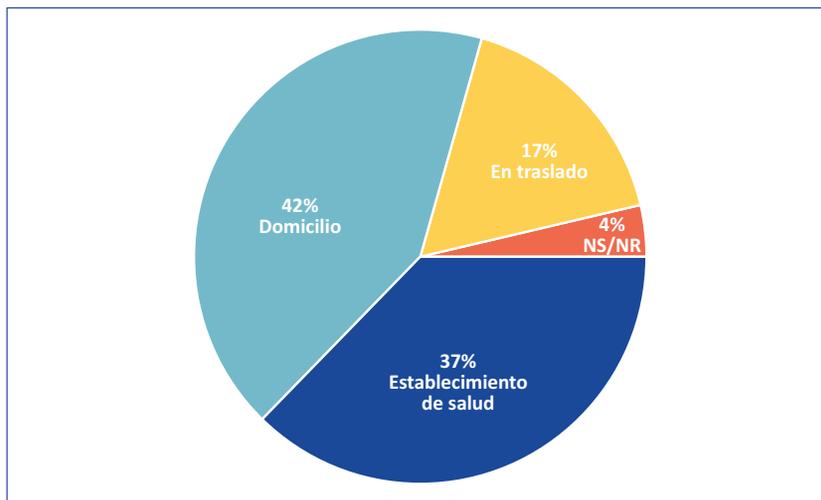


Fuente: Estudio de Mortalidad Materna 2011

De acuerdo al estudio, 538 mujeres fallecieron a consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, de este número 502 han sido detectadas a través del estudio y solo 36 fueron detectadas por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Muerte Materna. El

estudio muestra que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Bolivia para el año 2011 fue de 160 por 100,000 nacidos vivos.

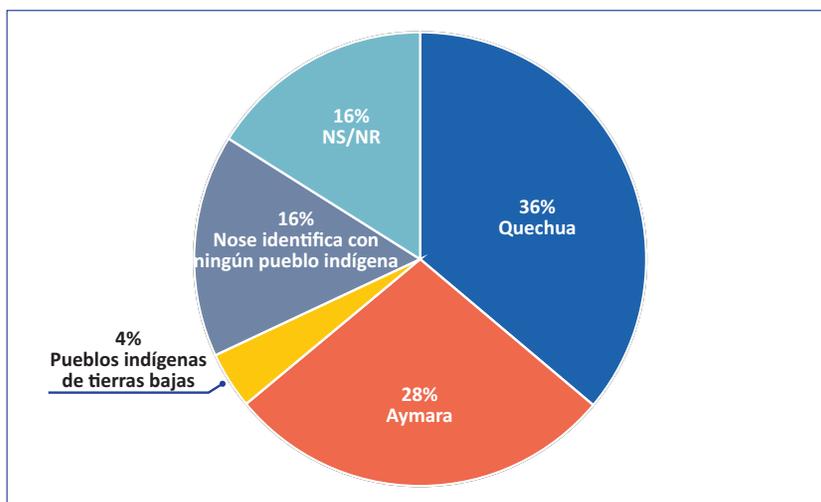
Ilustración 22. Lugares Donde Ocurren las Muertes Maternas Periodo – 2011



Fuente: Estudio de Mortalidad Materna 2011

Las principales causas directas de muerte materna son las hemorragias, hipertensión y aborto; representan 63% de causa directa identificada y 37% de muertes indirecta a expensas de las causas externas (asesinatos, suicidios y otros). Las muertes maternas han ocurrido principalmente durante el parto o cesárea y están concentradas en los grupos etarios de 20 a 39 años y 14 a 19 años.

Ilustración 23. Mortalidad Materna según Etnia Periodo - 2011



Fuente: Estudio de Mortalidad Materna 2011

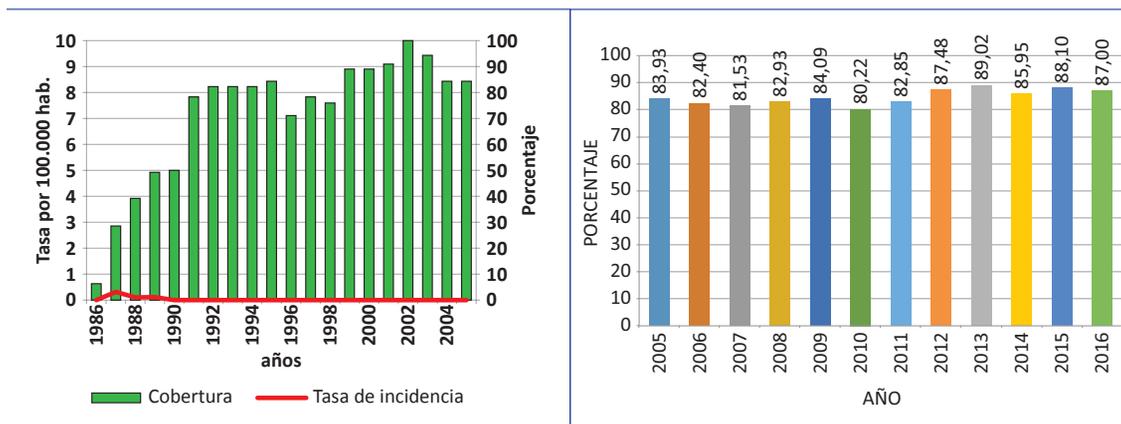
Del total de muertes maternas en Bolivia, el 42% ocurren en el domicilio, mientras que el 37% acontece en un establecimiento de salud. El 68% de las muertes maternas ocurren en la población indígena.

2.2.3. Indicadores de Salud Infantil

Desarrollo infantil Temprano: Durante la gestión 2015 se realizaron 5.345 evaluaciones a niñas y niños menores de 6 años en las Salas de Estimulación Temprana (3.298 en Potosí y 2.047 en Chuquisaca) para la detección de rezagos en áreas de lenguaje, motricidad, cognitiva, comunicación u otros, desde un primer nivel de atención en los Centros de Salud. Se identificaron 2.326 niñas/os con algún tipo de rezago, que recibieron tratamiento por parte de personal especializado; egresaron 678 niñas y niños, esto significa que lograron superar el rezago que presentaban. En los Centros Infantiles se atendieron a 715 niñas y niños (290 en Potosí y 425 Chuquisaca).

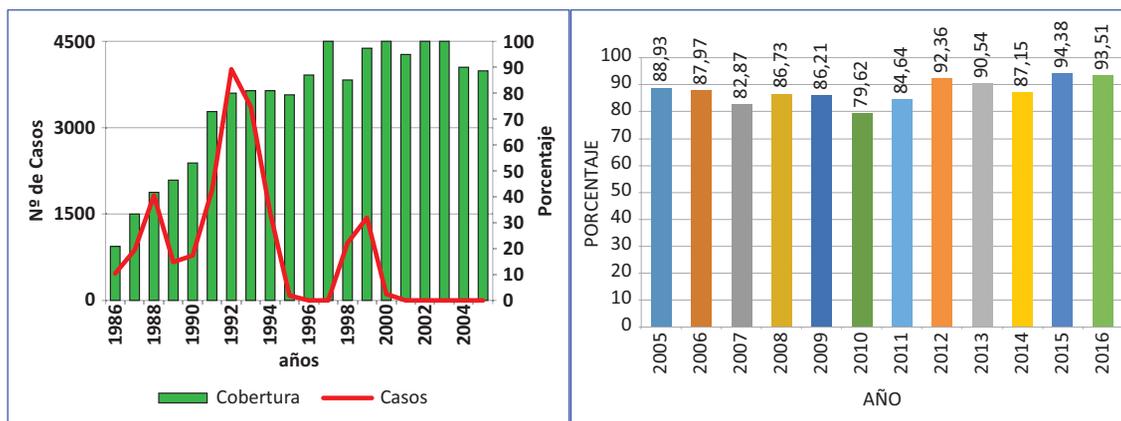
Enfermedades transmisibles e Inmunizaciones: El 7,5% de los niños muere antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y/o curables; el 26,5% de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y de desarrollo; el 67% de los niños menores de tres años tiene anemia y el 19% déficit de vitamina A.

Ilustración 24. Índice de Poliomielitis y Coberturas de Vacunación - Periodo Previo – Posterior 2006



Fuente: Programa Ampliado de Inmunización – Ministerio de Salud

Ilustración 25. Casos de Sarampión y Coberturas de Vacunación - Periodo Previo y Posterior 2006



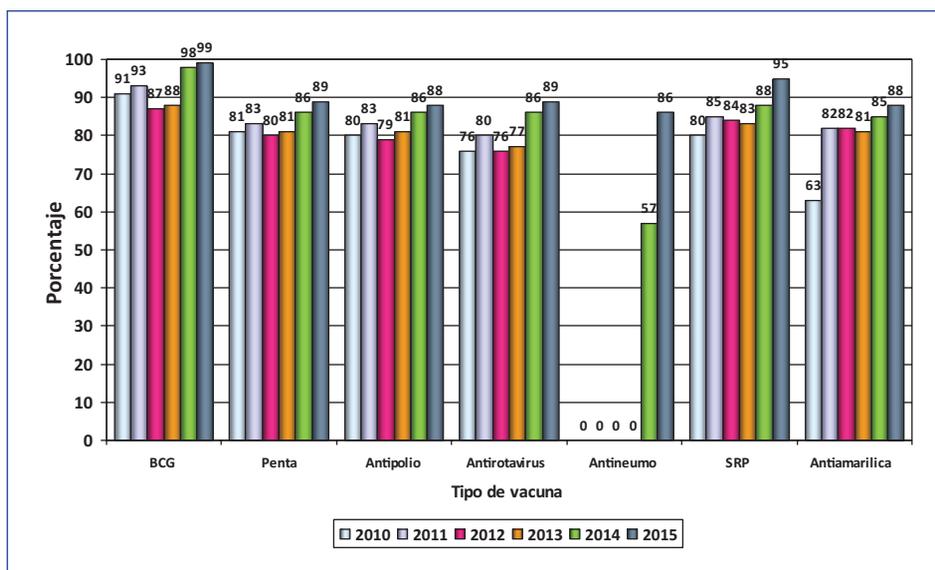
Fuente: Programa Ampliado de Inmunización – Ministerio de Salud

Los indicadores de proceso y desempeño de Sarampión/Rubéola no alcanzaron las metas de notificación por departamento; hay diferencias en Beni, Pando, Cochabamba. Asimismo, la tendencia de la Difteria es decreciente, los niveles de transmisión en el país son bajos y están circunscritos, en particular, a determinadas regiones. Al primer semestre de la gestión 2016 no se tienen casos confirmados y se ha notificado 1 sospechoso. Es necesario apoyar la capacitación y la notificación regional.

En cuanto al Tétanos, muestra claramente la tendencia decreciente de la enfermedad; en la década de los 80s, la incidencia superaba los cien casos anuales, a inicios de los 90s se redujo a cuarenta casos por año y desde el 2000 se tienen menos de cinco casos anuales, con lo que se cumple la meta de menos de 1 caso por mil nacidos vivos.

La última epidemia de Poliomieltis en Bolivia sucedió en 1979 con 433 casos registrados. El último caso confirmado en Bolivia ocurrió en 1986. En 1994 fue certificada la erradicación de la polio en la región de las Américas. Sin embargo, la vigilancia de las parálisis flácidas (PFA) continúa ante la eventualidad de reintroducción del virus, para identificar casos asociados a la vacuna o a virus derivados de la vacuna y hasta que se declare la erradicación en el mundo.

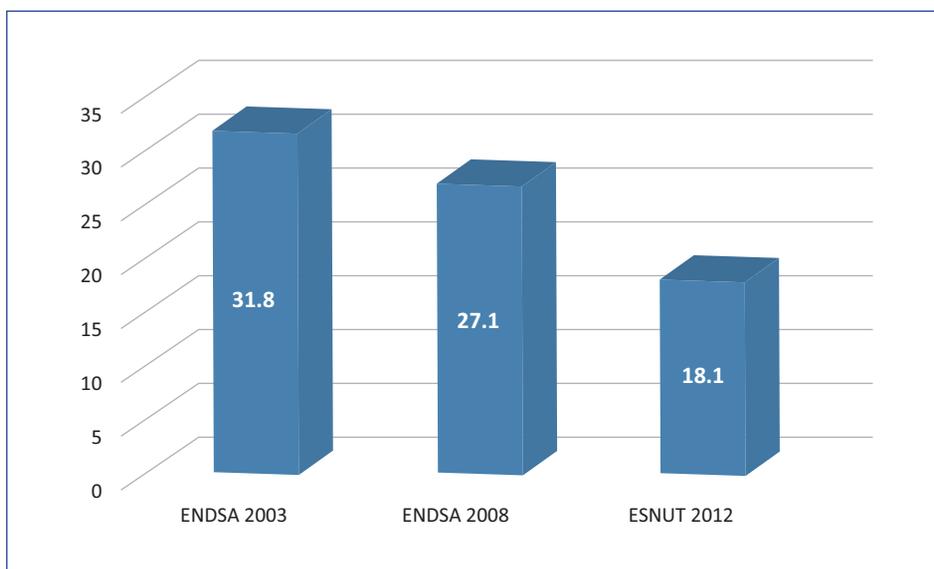
Ilustración 26. Evolución de Coberturas de Vacunación en Niños y Niñas por Años Bolivia Periodo 2010 – 2015



Fuente: Programa Ampliado de Inmunización – Ministerio de Salud

Nutrición: Del 2007 al 2012, el porcentaje de lactancia materna exclusiva se ha incrementado del 60 al 64,3% (ESNUT 2012); se tienen 50 establecimientos de salud acreditados como amigos de la Madre y la Niñez; y el primer Banco de Leche Humana implementado en La Paz, beneficiando a 100 prematuros por mes. En cuatro años se ha reducido la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 2 años de 23,2% a 16,8%, y la anemia de 66,5% a 63,0% en el mismo grupo etareo (ESNUT 2012).

Ilustración 27. Prevalencia de Desnutrición Crónica <5 años Periodo 2003 – 2012

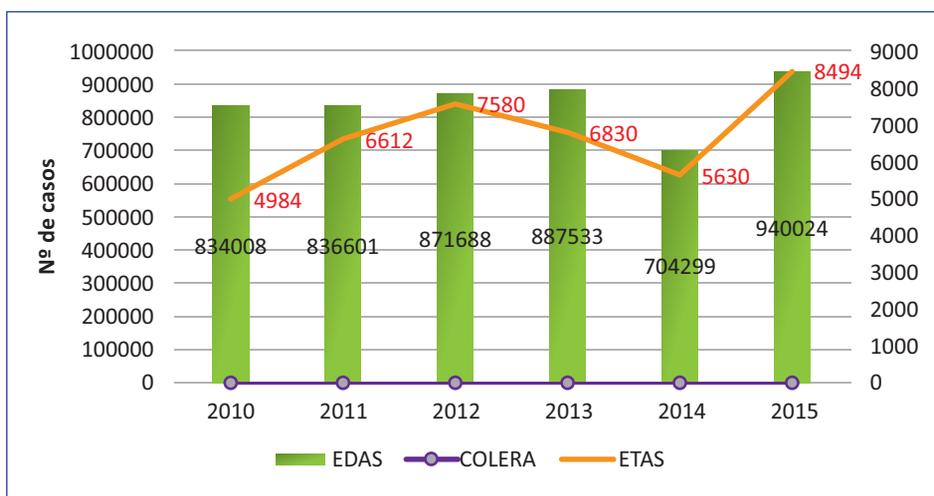


Fuente: Unidad de Nutrición y Alimentación Sana – Ministerio de Salud

Enfermedades transmitidas por agua y alimentos: Un 20,6% (211.267) de niñas/os menores de 5 años han tenido EDAS el 2012, de las cuales un 73,9% han sido atendidas institucionalmente. En la gestión 2013 se registraron 216.472 casos, demostrando que las determinantes de salud como saneamiento básico, acceso al agua energía y otras condiciones, son aún insuficientes y siguen afectando la salud de la población, especialmente a los niños menores de 5 años.

El Programa de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos durante la gestión 2015 registró 940.024 episodios de diarrea aguda a nivel nacional; 2.87% más que la gestión 2014, en que la tasa de EDA fue de 431,63 por 1.000 <5 años evidenciando un descenso de 20,63% respecto al 2013. La tasa de incidencia acumulada (TIA) ha ido disminuyendo desde el 2009 (TIA 90,71 episodios x 1000 hab.), siendo para el 2015 (TIA 88,12 x 1000 hab.).

Ilustración 28: EDAs, ETAs y Cólera - Período 2010 – 2015



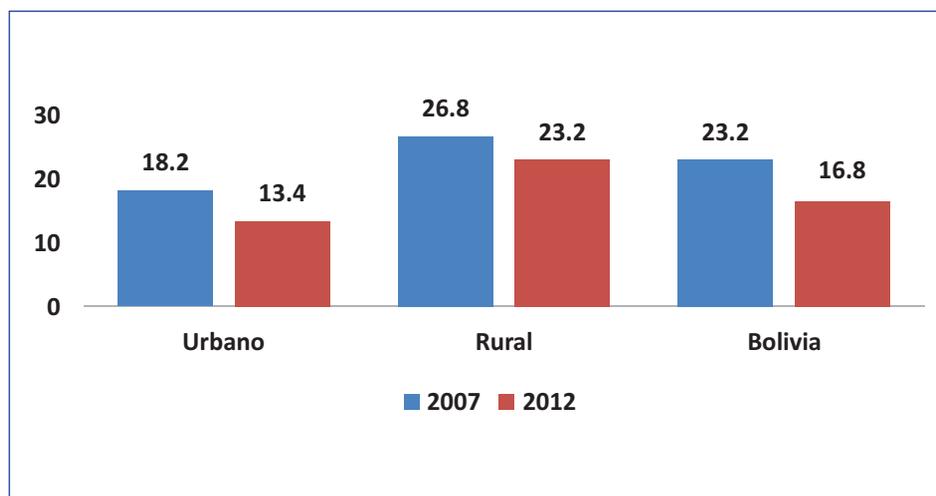
Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Enfermedad Transmitida por Alimentos – Ministerio de Salud

En el 2015 a nivel nacional se notificaron 8.494 casos de Enfermedades Transmitidas por alimentos. La tasa de incidencia acumulada (TIA) de ETA el año 2010 fue de 0.46 x 1000 hab., el 2013 fue de 0.64, el 2014 se evidenció un ascenso de 20,20% y el 2015 fue 0.79%. Hasta la gestión 2015 no se presentaron casos de Cólera en el país.

Sobrepeso y obesidad: Al 2008 se tenía un 8,5% de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años; 19,4% de sobrepeso en adolescentes y 32.3% en mujeres en edad fértil, y 38,3% de anemia en mujeres en edad fértil.

En cinco años de implementación del Programa Multisectorial Desnutrición Cero - PMDO, el porcentaje de la desnutrición crónica de niños menores de 6 a 23 meses de edad se redujo de 23.2% (2007 Línea de Base) a 16.8% (2012 Evaluación de Medio Término).

Ilustración 29. Porcentaje de desnutrición crónica en niños de 6 a 23 meses de edad - Periodo 2007 – 2012



Fuente: Unidad de Alimentación y Nutrición – Ministerio de Salud

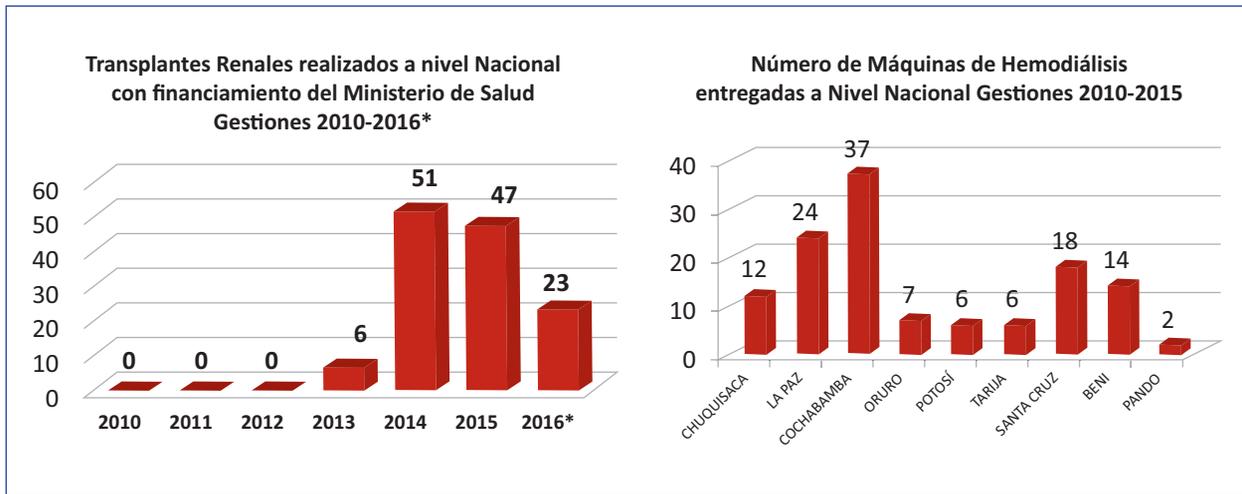
2.2.4. Indicadores Epidemiológicos

Enfermedad renal crónica: La primera causa de la enfermedad renal crónica en Bolivia, es la diabetes, siendo la segunda causa la hipertensión arterial, ambas con un adecuado control pueden evitar o retrasar su aparición.

Hasta el 2015, existían 2.854 pacientes con Enfermedad Renal Crónica en las unidades de hemodiálisis; un 70% eran adultos mayores y un 27% entre 17 y 50 años. El 50% de los pacientes son nuevos, con una tasa de mortalidad del 30,9%. Las únicas causas de egreso de las unidades de diálisis son el abandono y el fallecimiento. Desde el año 2012 hasta el año 2015 se tienen 123 pacientes con trasplante de donante vivo y 6 pacientes con trasplante de donante cadavérico.

La mortalidad de los pacientes trasplantados es de un 17%, con injerto funcionante, a 10 años post trasplante (datos al 2011 de la Caja Nacional de Salud); un 14% en Hemodiálisis por pérdida de injerto y en buen estado un 69%.

Ilustración 30: Trasplantes Realizados y Máquinas de Hemodiálisis Financiamiento del Ministerio de Salud Periodo 2010 – Primer Semestre 2016

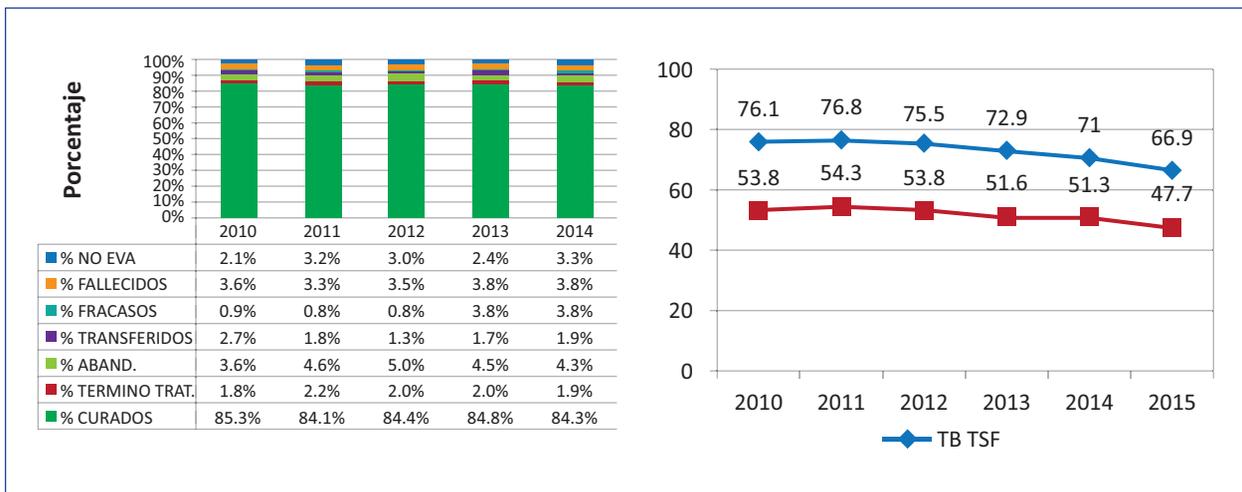


Fuente: Programa Nacional de Salud Renal y Trasplante Ministerio de Salud

Tuberculosis: El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, tiene como objetivo disminuir la mortalidad y morbilidad producida por el Mycobacterium Tuberculosis, evitando la aparición de resistencia al tratamiento. En los últimos 6 años (2010 – 2015) la Tasa de Incidencia de Tuberculosis en todas sus formas presenta una tendencia descendente (2% en promedio por año), similar comportamiento se presenta a nivel departamental.

El año 2015 la diferencia por área de residencia (urbano y rural) fue de 84 y 60 x 100.000 habitantes, respectivamente y a nivel país en el eje central (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) se reportan hasta el 80% de los casos.

Ilustración 31. Tasa incidencia notificada de Tuberculosis todas sus formas y Tuberculosis pulmonar BAAR (+) x 100.000 hab. Bolivia 2010 – 2015



Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis

El predominio de la enfermedad en el sexo masculino ocurre como consecuencia a un mayor número de factores de riesgo presentes en este sexo, tales como alcoholismo, tabaquismo y otros.

En razón a que las cohortes de tratamiento se miden de enero a diciembre de cada año y a que el tratamiento tiene una duración de 6 meses como mínimo, la información sobre el número total de pacientes curados se conoce con una gestión de retraso. La tasa de curación de casos de TBP BAAR (+) a nivel nacional se encuentra por encima del 84% del total de pacientes que se notificaron. Los departamentos de Santa Cruz, Tarija y Beni, presentan tasas de incidencia superiores a 51,4/100.000 habitantes, Santa Cruz es el Departamento con mayor riesgo (Tasa de incidencia TBP BAAR (+) por encima de 80/100.000 habitantes).

El resto está por debajo de este promedio, catalogados en riesgo severo (Tasa de incidencia TBP BAAR (+) por debajo de 70/100.000 habitantes), presumiéndose que se debería a una sub-notificación y baja detección de casos, ya que las coberturas de captación de los casos de TB BAAR (+) durante esta gestión ha alcanzado al 51,4% de lo programado.

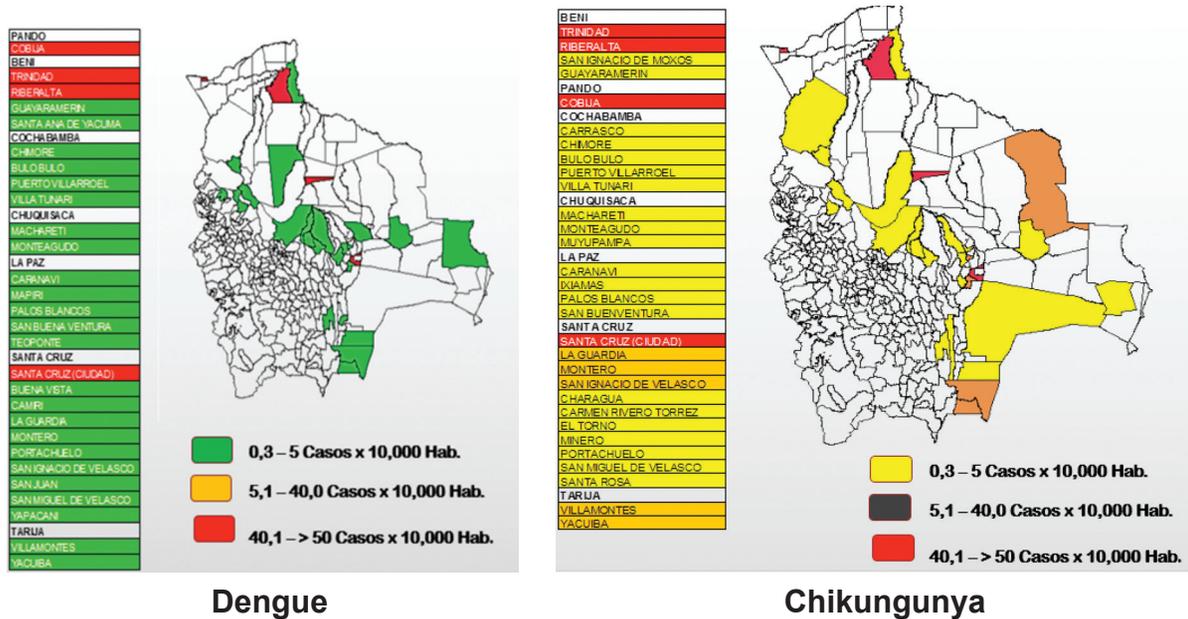
Tabla 22. Logros Programa Nacional de Control de Tuberculosis

| N° | Logro Importante | Monto Bs (Millones) | Fuente |
|----|--|---------------------|---------------|
| 1 | 280 pacientes TB MDR que iniciaron tratamiento con medicamentos de Segunda línea | 51.8 | Fondo Mundial |
| 2 | 838,929 Sintomáticos Respiratorios fueron sometidos a baciloscopía para descarte o confirmación de Tuberculosis Pulmonar BAAR (+) | 41.8 | TGN |
| 3 | 82,355 pacientes con tuberculosis que iniciaron tratamiento con medicamentos de primera línea | | |
| 4 | 41.332 pacientes con Tuberculosis pulmonar BAAR (+) que curaron y terminaron su tratamiento (ODM) | | |
| 5 | 27.549 pacientes con Tuberculosis fueron sometidos a prueba rápida de VIH | | |
| 6 | 1,364 pacientes fueron notificados porque presentaron Reacción Adversa a Medicamentos Antituberculosos de primera línea (Fármaco vigilancia) | | |

Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis – Ministerio de Salud

Virosis importantes: En el país, 7 de 9 departamentos presentaron reportes de casos autóctonos de Dengue, Chikungunya y Zika durante la gestión 2015; 101 municipios reportaron casos de Dengue y 72 municipios reportaron casos de Chikungunya en las 7 áreas endémicas (Santa Cruz, Trópico de Cochabamba, Norte de La Paz, Chaco Chuquisaqueño, Chaco Tarijeño, Beni, y Pando).

Ilustración 32. Casos reportados de Dengue-Chikungunya - Periodo 2009 – 2011

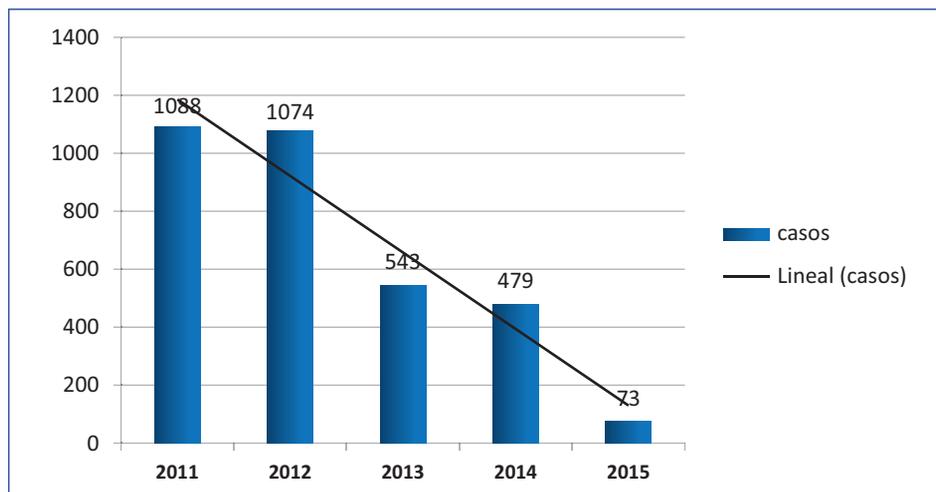


Fuente: Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya y Zika – Ministerio Salud

La situación epidemiológica del Dengue los últimos 12 años muestra un incremento ascendente hasta el 2009, donde se reporta la epidemia más grande de dengue en el País, posterior a ese año desde el 2011 se observa un comportamiento descendente, ninguno comparado a la gestión 2009.

Influenza: En los años del 2010 al 2015 la Influenza ha tenido un comportamiento estacional presentando, de acuerdo al reporte de la Vigilancia Centinela de IRAG, donde la tendencia ha ido en descenso

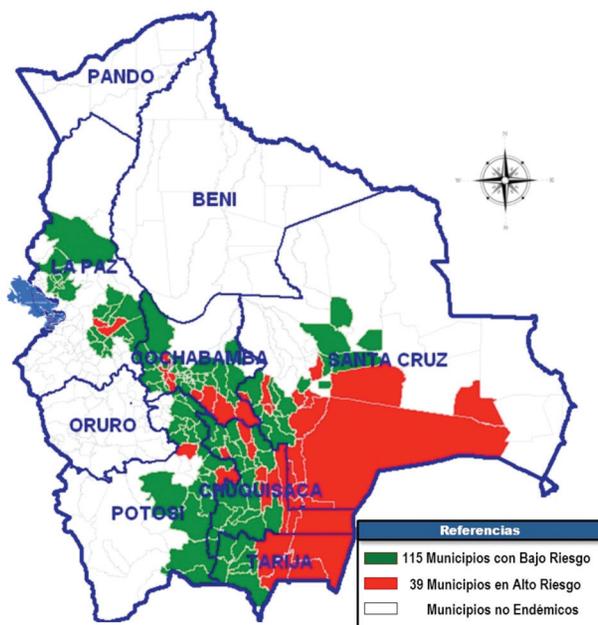
Ilustración 33: Casos de Influenza - Período 2009 - 2015



Fuente: Programa Nacional de Influenza – Ministerio de Salud

Enfermedad de Chagas: La zona endémica de Chagas comprende 154 municipios en 6 departamentos del país, de acuerdo al siguiente detalle: Chuquisaca: 29 municipios, Cochabamba: 40, La Paz: 24, Potosí: 21, Santa Cruz: 30 y Tarija: 10 municipios.

Ilustración 34. Riesgo endémico de Chagas a nivel municipal, Bolivia gestión 2015



Fuente: Programa Nacional de Control de Chagas – Ministerio de Salud

De los 154 municipios endémicos, actualmente, 115 municipios del país han logrado un Índice de Infestación de Vivienda menor al 3%, lo que indica bajo riesgo de transmisión vectorial de la enfermedad. Los restantes 39 municipios mantienen los índices de infestación de vivienda por encima del 3%, 24 de ellos están ubicados en la región de los Valles y 15 en la región del Chaco.

El año 2011 el índice de infestación de vivienda global fue de 3.2%, a la gestión 2015 se redujo a 2.1% como promedio nacional (en intradomicilio se redujo de 1.3% a 0.7% y en peridomicilio de 1.9% a 1.4%).

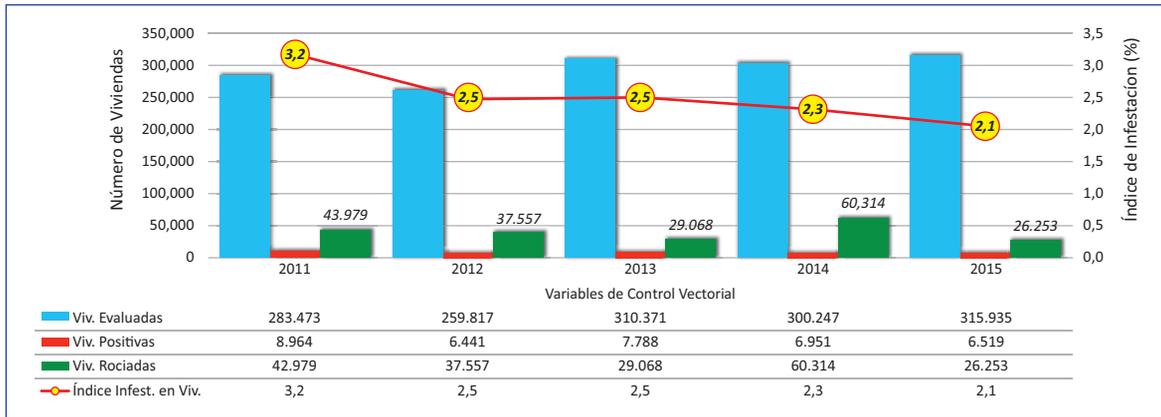
Tabla 23. Indicadores Programa Nacional de Control de Chagas, período 2011 – 2015

| INDICADOR | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|------|------|------|------|------|
| Control Vectorial: | | | | | |
| • Infestación en vivienda | 3,2 | 2,5 | 2,5 | 2,3 | 2,1 |
| • Infestación, Peridomicilio | 1,3 | 0,9 | 1,0 | 0,8 | 0,7 |
| • Infestación, Intradomicilio | 1,9 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,4 |
| Diagnóstico de Chagas | | | | | |
| • Prevalencia en mujeres embarazadas | 20,5 | 22,0 | 21,8 | 19,4 | 17,8 |
| • Transmisión Materno - Fetal | 2,3 | 1,6 | 1,5 | 1,9 | 1,9 |
| • Prevalencia en niños <5 años de edad | 3,5 | 3,4 | 3,7 | 9,8 | 4,3 |
| • Prevalencia en niños de 5 a <15 años | 5,2 | 5,0 | 5,3 | 4,8 | 4,9 |
| • Prevalencia en población mayor de 15 años | 26,8 | 28,4 | 27,6 | 34,9 | 36,7 |

Fuente: Programa Nacional de Control de Chagas – Ministerio de Salud

De acuerdo a información consolidada en cada departamento, Santa Cruz, presenta el Índice de Infestación de Vivienda (IIV) más elevado 5.7%, continúa Tarija con 2.9%, Cochabamba 2.2%, Chuquisaca 1.9%, La Paz 1.4% y Potosí 1.2%. Los dos últimos evaluados por INCOSUR y OPS/OMS, han certificado la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en intradomicilio el año 2011 y 2012.

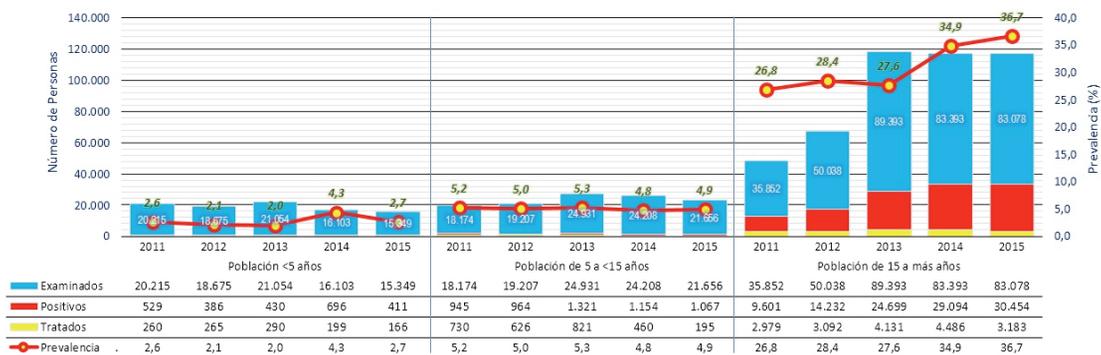
Ilustración 35. Índice de Infestación Vectorial de Chagas, período 2011 - 2015



Fuente: Programa Nacional de Control de Chagas – Ministerio de Salud

En el quinquenio 2011 a 2015, se desarrollaron actividades de vigilancia y control entomológico en viviendas del área endémica tomando en cuenta la continuidad y contigüidad de las comunidades. Esta actividad se ejecuta a través del personal técnico institucional de los Programas departamentales de Chagas, personal técnico contratado por los municipios y con la participación activa de población beneficiaria. Gracias a este trabajo integral cada año el número de viviendas evaluadas a nivel nacional, va incrementando, lográndose evaluar 315.935 viviendas durante la gestión 2015. Se observa inversamente que el número de viviendas positivas cada año va descendiendo como resultado de las intervenciones de vigilancia comunitaria y rociado químico de acuerdo a la norma establecida por el Ministerio de Salud. En consecuencia la tendencia del Índice de Infestación vectorial de vivienda va disminuyendo progresivamente, hasta un 2.1% en la gestión 2015, como promedio nacional.

Ilustración 36. Diagnóstico y tratamiento de Chagas por Grupo de Edad, período 2011-2015



Fuente: Programa Nacional de Control de Chagas – Ministerio de Salud

La reducción de los índices de infestación vectorial de vivienda ha permitido la implementación de actividades de diagnóstico y tratamiento en establecimientos del sistema nacional de salud situados prioritariamente en municipios endémicos.

La demanda en el diagnóstico de Chagas se concentra en el grupo de 15 y más años de edad. Sin embargo, como se observa en la ilustración N° 36 el acceso a la atención es universal tanto para niños como para adultos siendo la prioridad nacional la población infantil. Anualmente entre 15.000 y 25.000 menores de 15 años de edad, realiza la prueba de Chagas, detectándose entre 1.000 y 1.500 casos por año, con una prevalencia para el 2015 de 2.7% en menores de 5 años que incluye el diagnóstico de Chagas congénito en menores de 1 año y 4.9% en la población de 5 a menor de 15 años de edad.

La prevalencia es mucho más alta en población adulta, alcanzando en la gestión 2015 el 36.7% de 83.078 personas examinadas. Anualmente se examinan alrededor de 100.000 mujeres embarazadas durante el control prenatal y parto, disminuyendo la prevalencia de 20.5% a 17.8% en la gestión 2015.

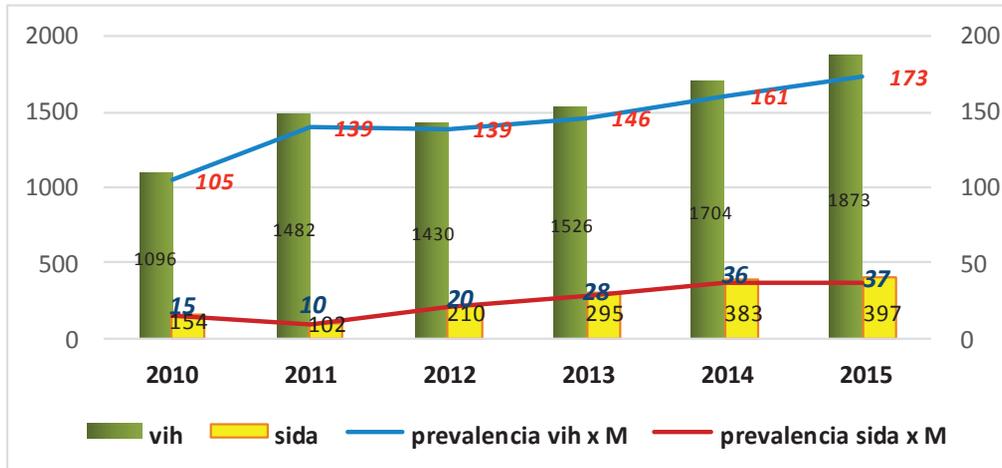
El Estado boliviano garantiza el acceso al tratamiento etiológico de las personas infectadas. En la gestión 2.015, 3.544 personas recibieron tratamiento de forma gratuita en establecimientos del sistema nacional de salud.

Infecciones de Transmisión Sexual - ITS/VIH/SIDA: El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA tiene intervención a nivel nacional. Hasta marzo de 2015 se registraron 14.884 casos de VIH/SIDA. La prevalencia estimada para área urbana, es de 0,21% y, en área rural es de 0,13%.

La epidemia está concentrada en poblaciones clave, principalmente en población gay, bisexual y mujeres trans, que registran una prevalencia de 20%. A nivel departamental, existe una concentración geográfica, en los departamentos del eje troncal: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. A marzo 2015, la cantidad de personas que están en tratamiento antirretroviral son 5.865, cifra que muestra un avance importante en el marco de las metas de acceso universal.

Desde 1984, año que se diagnosticó el primer caso de VIH en Bolivia hasta septiembre de 2015, se han notificado un total de 14.884 casos de VIH/SIDA de los cuales 12.064 fueron casos de VIH y 2.820 llegaron a la fase SIDA. En 2014 se han reportado un total de 2.140 casos de VIH/SIDA, de los cuales 1.752 son casos de VIH y 388 en fase SIDA.

Ilustración 37. Incidencia y Prevalencia de notificación de VIH – SIDA Bolivia - Periodo 2010 – 2015

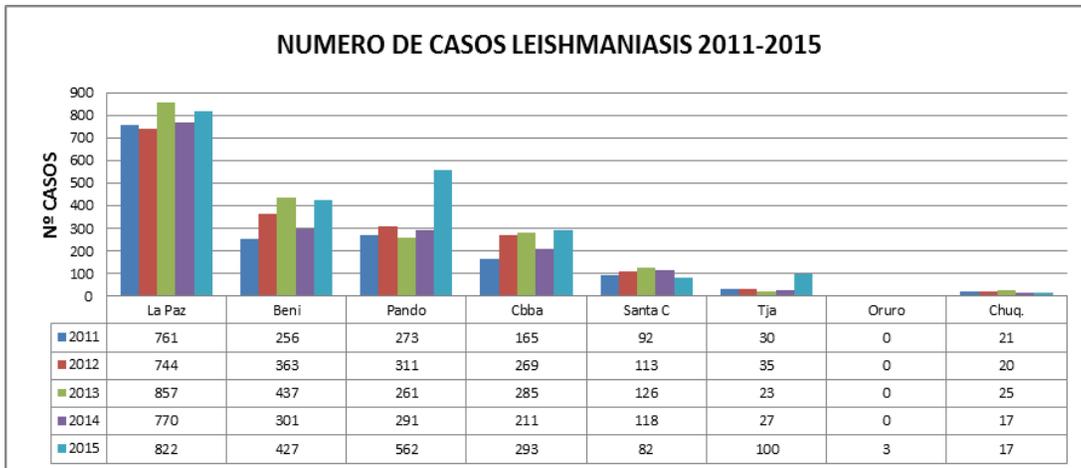


Fuente: Programa Nacional de Control de las ITS/VIH/SIDA – Ministerio de Salud

Leishmaniasis: La Leishmaniasis está focalizada en los departamentos de La Paz, Beni y Pando. El Programa provee medicación gratuita a los pacientes diagnosticados, pero aún la tendencia de esta enfermedad es creciente.

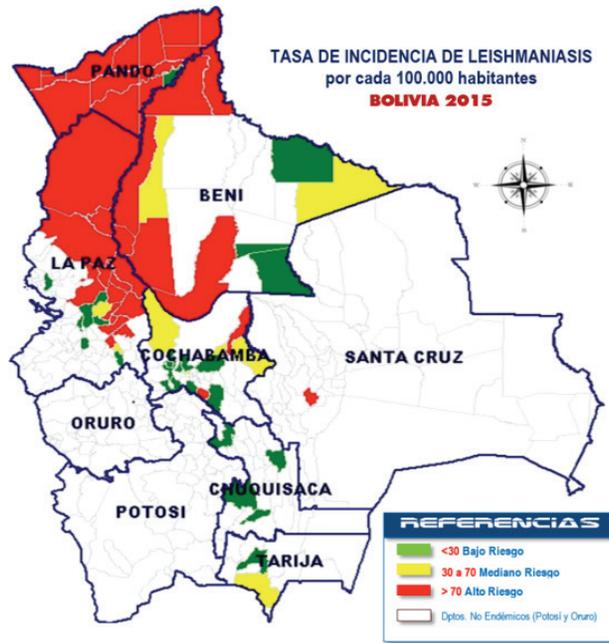
Se tiene un promedio de 1.900 casos en los últimos cinco años, con picos el 2013 y 2015. El 2014 se registraron 2.306 casos, con predominio de la forma Cutánea sobre la muco cutánea: No hubo casos de Leishmaniasis Visceral en el quinquenio.

Ilustración 38. Número de Casos de Leishmaniasis Período 2011 – 2015



Fuente: Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Leishmaniasis – Ministerio de Salud

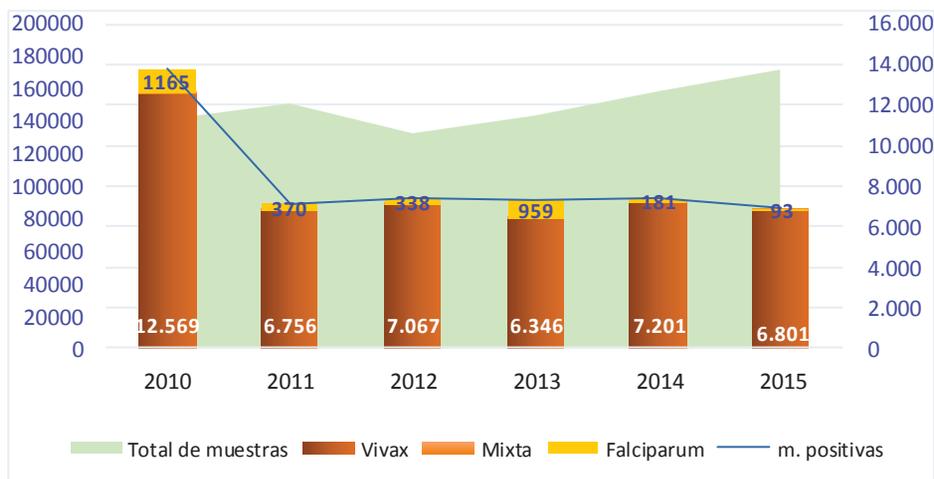
Ilustración 39. Zonas Endémicas de Leishmaniasis Periodo 2009 – 2011



Fuente: Programa Nacional Control de Leishmaniosis – Ministerio Salud

Malaria: En Bolivia, la Malaria se produce por los protozoarios del género Plasmodium Vivax y Plasmodium Falciparum, ocasionando que esta sea un problema prioritario de salud pública ya que el 15% de la población vive en zonas endémicas (zona tropical y sub tropical), reportándose casos en 53 de los 339 municipios del país. Al 2015 se reportaron 6.903 casos positivos de Malaria (6.779 casos de Vivax y 84 casos de malaria Falciparum y 12 mixtas) (gráfico N°2). Principalmente en Guayaramerín.

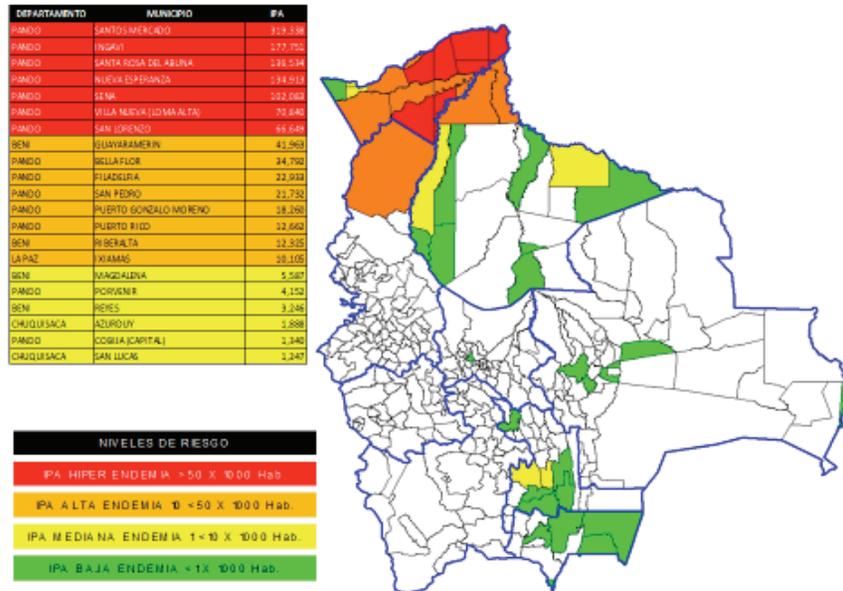
Ilustración 40. Índices de Programa Nacional de Control de la Malaria Periodo 2010 – 2014



Fuente: Programa Nacional de Control de la Malaria – Ministerio de Salud

La Malaria está presente en 8 de 9 Departamentos de Bolivia (Oruro no presenta transmisión de Malaria) Existen dos zonas de transmisión: Región Amazónica: Malaria por P. Vivax y P. Falciparum cuyo vector es el Anopheles Darlingi; Zona de valles, llanos centrales y el Chaco boliviano, donde sólo hay casos por P. Vivax y el vector es el Anopheles Pseudopunctipennis. El Programa Regional de Malaria de Guayaramerín es el que tiene mayor notificación, seguido por Pando y Riberalta.

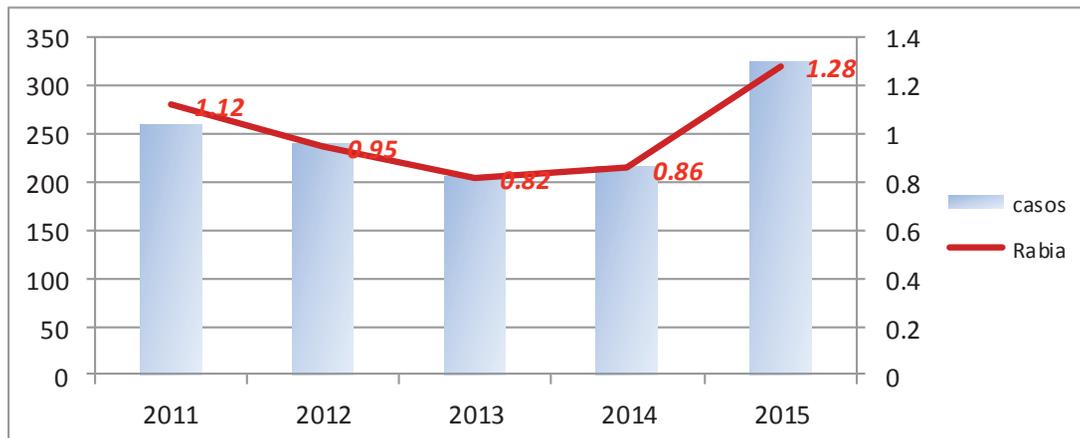
Ilustración 41. Zonas Endémicas de Malaria y Dengue 2015



Fuente: Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya y Zika – Ministerio Salud

Zoonosis: Este programa enfrenta la necesidad de la prevención de la rabia en los seres humanos mediante el control de la misma en los perros. El año 2016 se diagnosticaron 600 casos de rabia canina; se redujeron a 100 casos en la gestión 2010; sin embargo, desde el 2011 se incrementó a nivel nacional a más de 300 casos hasta el 2015.

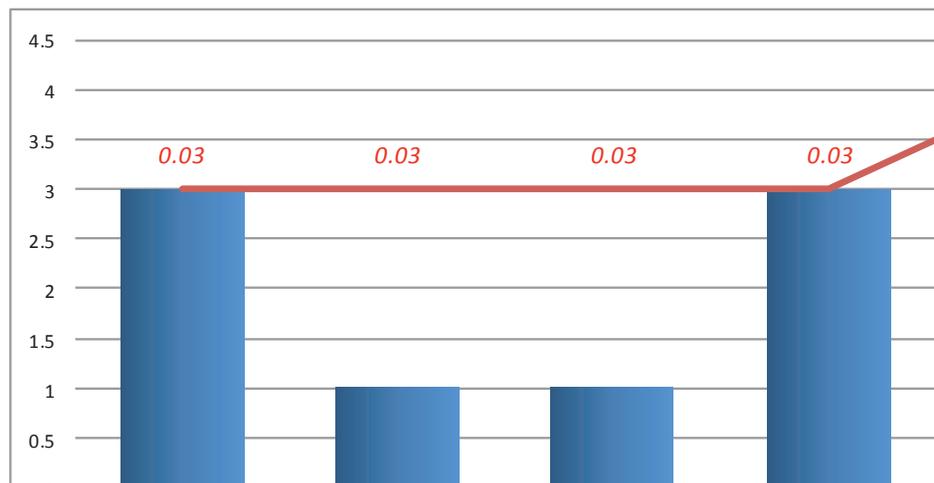
Ilustración 42. Tendencia de la Rabia Canina Periodo 2001 – 2015



Fuente: Programa Nacional de Zoonosis (RABIA) – Ministerio de Salud

En la gestión 2010 se tuvo un caso de rabia humana y en la gestión 2015 se tuvo 4 casos de rabia humana a nivel nacional

Ilustración 43. Tendencia de la Rabia Humana Periodo 2001 – 2015



Fuente: Programa Nacional de Zoonosis (RABIA) – Ministerio de Salud

2.3. ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN EL TERRITORIO

El sector deberá identificar el impacto de su participación en el territorio, tomando en cuenta los siguientes ámbitos de análisis: sistemas de vida, riesgos y cambio climático.

2.3.1. Análisis de Sistemas de Vida

Para realizar el análisis de sistemas de vida se ha caracterizado los sistemas de vida de acuerdo a las macro regiones establecidas en el INFO – SPIE, luego se analizó como el sector salud contribuye a estos sistemas de vida en términos de erradicación de la extrema pobreza, conservación de funciones ambientales y desarrollo de sistemas productivos sustentables. Para tal efecto se realizaron los siguientes cuadros:

Ilustración 44: ANÁLISIS DE SISTEMAS DE VIDA POR MACROREGIÓN VALLES

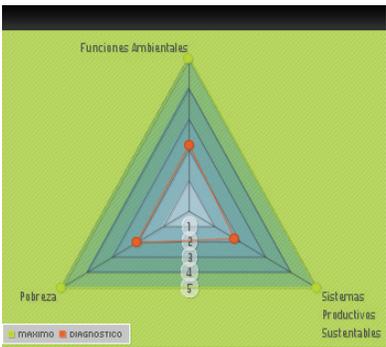
| MACROREGIÓN: VALLES | | | |
|---|---|---|--|
| UNIDADES SOCIOCULTURALES: Asociaciones comunitarias, regantes, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, indígenas, originarios, predios militares, propietarios y mineros. | | | |
| CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIDA ACTUAL | FUNCIONES AMBIENTALES | SISTEMAS PRODUCTIVOS SUSTENTABLES | POBREZA |
|  | <p>VALOR: 2,15</p> <p>VALORACIÓN CUALITATIVA: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares</p> | <p>VALOR: 1,79</p> <p>DESCRIPCIÓN: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas</p> | <p>VALOR: 2,06</p> <p>DESCRIPCIÓN: Regular carencia de servicios básicos</p> |
| <p>Potencial contribución al Sistema de Vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral de Salud - Salud Oral – Salud Renal - Atención con enfoque familiar, comunitario, intersectorial e intercultural. • Atención Nutricional • Control y prevención de las enfermedades transmisibles como Chagas, tuberculosis, malaria, enfermedades inmunoprevenibles, infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, emergentes y reemergentes, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas, enfermedades virales y zoonosis. • Control y prevención de enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, Diabetes, cardiovasculares, degenerativas, cáncer y otras. • Salud Ambiental, Salud Ocupacional, Gestión del Riesgo y atención de destres • Reducción de mortalidad ligada a la violencia • Rehabilitación de la discapacidad - Rehabilitación de las personas con drogodependencia y alcoholismo • Atención de Medicina tradicional, fomento al uso de plantas medicinales y su producción semi industrial, así como de alimentos naturales • Seguro Social de Corto Plazo | | | |

Ilustración 45: ANÁLISIS DE SISTEMAS DE VIDA POR MACROREGIÓN CHIQUITANIA PANTANAL

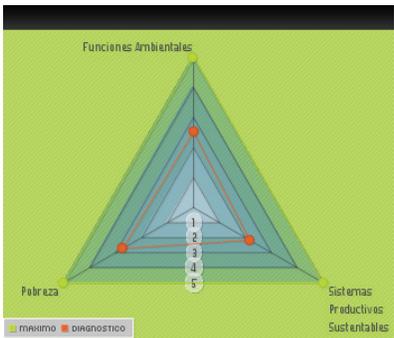
| MACROREGIÓN: CHIQUITANIA PANTANAL | | | |
|---|---|---|--|
| UNIDADES SOCIOCULTURALES: Asociaciones comunitarias, comunidades, empresarios, indígenas, originarios, predios militares, propietarios y mineros. | | | |
| CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIDA ACTUAL | FUNCIONES AMBIENTALES | SISTEMAS PRODUCTIVOS SUSTENTABLES | POBREZA |
|  | <p>VALOR: 2,51</p> <p>VALORACIÓN CUALITATIVA: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares</p> | <p>VALOR: 2,17</p> <p>DESCRIPCIÓN: Sistemas productivos sustentables en condiciones regulares</p> | <p>VALOR: 2,72</p> <p>DESCRIPCIÓN: Regular carencia de servicios básicos</p> |
| <p>Potencial contribución al Sistema de Vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral de Salud • Atención con enfoque familiar, comunitario, intersectorial e intercultural. • Atención nutricional • Control y prevención de las enfermedades transmisibles como parasitosis, Virosis (Dengue, Chikungunya), zoonosis, tuberculosis, enfermedades inmuno prevenibles, infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, emergentes y reemergentes, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas. • Control y prevención de enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, Diabetes, cardiovasculares, degenerativas, cáncer y otras. • Salud Ambiental • Gestión del Riesgo y atención de desastres • Salud Oral • Reducción de mortalidad ligada a la violencia • Rehabilitación de la discapacidad • Rehabilitación de las personas con drogodependencia y alcoholismo • Seguro Social de Corto Plazo • Salud Ocupacional | | | |

Ilustración 46: ANÁLISIS DE SISTEMAS DE VIDA POR MACROREGIÓN CHACO

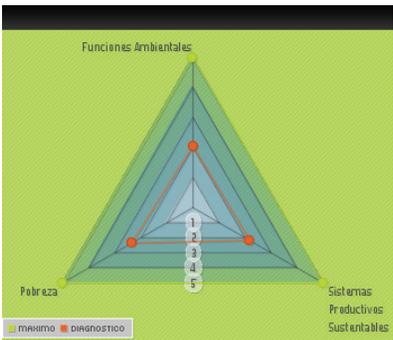
| MACROREGIÓN: CHACO | | | |
|---|--|--|---|
| UNIDADES SOCIOCULTURALES: Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, indígenas, originarios, predios militares, y propietarios. | | | |
| CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIDA ACTUAL | FUNCIONES AMBIENTALES | SISTEMAS PRODUCTIVOS SUSTENTABLES | POBREZA |
|  | VALOR: 2,05 VALORACIÓN CUALITATIVA: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares | VALOR: 2,19 DESCRIPCIÓN: Sistemas productivos sustentables en condiciones regulares | VALOR: 2,35 DESCRIPCIÓN: Regular carencia de servicios básicos |
| Potencial contribución al Sistema de Vida <ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral de Salud • Atención con enfoque familiar, comunitario, intersectorial e intercultural. • Atención nutricional • Control y prevención de las enfermedades transmisibles como parasitosis, Virosis (Dengue, Chikungunya), Leptopirosis, zoonosis, tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles, infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, emergentes y reemergentes, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas. • Control y prevención de enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, Diabetes, cardiovasculares, degenerativas, cáncer y otras. • Salud Ambiental (Seguridad industrial. Contaminación por petróleo y derivados, prevención de la deshidratación grave ola provocada por olas de calor; Vigilancia de la calidad del agua en las comunidades del Chaco boliviano ubicadas en un radio de 30 km alrededor de los campos de extracción de petróleo, porque consumen agua con concentraciones de hidrocarburos totales de petróleo (HTP), hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP) y metales muy por encima de los niveles permitidos por la normativa boliviana y los estándares internacionales, poniendo en grave riesgo la salud pública de sus habitantes. • Gestión del Riesgo y atención de desastres • Salud Oral • Reducción de mortalidad ligada a la violencia • Rehabilitación de la discapacidad • Rehabilitación de las personas con drogodependencia y alcoholismo • Atención en Medicina Tradicional, fomento al uso de plantas medicinales y su producción semi industrial, así como de alimentos naturales • Seguro Social de Corto Plazo • Salud Ocupacional | | | |

Ilustración 47: ANÁLISIS DE SISTEMAS DE VIDA POR MACROREGIÓN ALTIPLANO

| MACROREGIÓN: ALTIPLANO | | | |
|--|---|---|--|
| UNIDADES SOCIOCULTURALES: Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, indígenas, originarios, predios militares, propietarios y mineros. | | | |
| CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIDA ACTUAL | FUNCIONES AMBIENTALES | SISTEMAS PRODUCTIVOS SUSTENTABLES | POBREZA |
| | <p>VALOR: 2,00</p> <p>VALORACIÓN CUALITATIVA: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares</p> | <p>VALOR: 1,79</p> <p>DESCRIPCIÓN: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas</p> | <p>VALOR: 2,12</p> <p>DESCRIPCIÓN: Regular carencia de servicios básicos</p> |
| <p>Potencial contribución al Sistema de Vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral de Salud • Atención con enfoque familiar, comunitario, intersectorial e intercultural. • Atención Nutricional • Control y prevención de las enfermedades transmisibles como tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles, infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, emergente y reemergentes, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas, parasitosis, Enfermedades virales y zoonosis. • Control y prevención de enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, Diabetes, cardiovasculares, degenerativas, cáncer y otras. • Salud Ambiental (Promoción de buen uso de agua para consumo humano previendo la reducción del agua por efecto invernadero, Habilitación de servicios de salud en áreas de recepción de la migración rural urbana; Campañas de prevención del Cáncer de piel por la mayor exposición a índices de radiación superiores a los valores aceptables internacionalmente) • Gestión del Riesgo y atención de desastres • Salud Oral • Reducción de mortalidad ligada a la violencia • Rehabilitación de la discapacidad • Rehabilitación de las personas con drogodependencia y alcoholismo • Atención de Medicina tradicional, fomento al uso de plantas medicinales y su producción semi industrial, así como de alimentos naturales • Seguro Social de Corto Plazo • Salud Ocupacional | | | |

Ilustración 48: ANÁLISIS DE SISTEMAS DE VIDA POR MACROREGIÓN YUNGAS CHAPARE

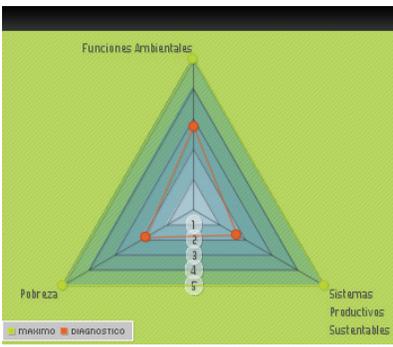
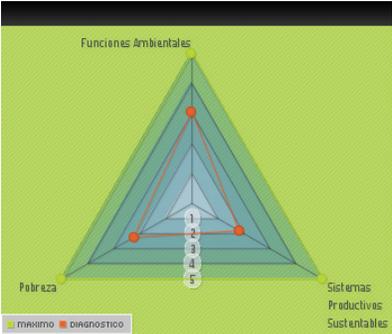
| MACROREGIÓN: YUNGAS CHAPARE | | | |
|---|--|--|--|
| UNIDADES SOCIOCULTURALES: Afro bolivianos, Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, cocaleros, indígenas, originarios, interculturales, predios militares y propietarios. | | | |
| CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIDA ACTUAL | FUNCIONES AMBIENTALES | SISTEMAS PRODUCTIVOS SUSTENTABLES | POBREZA |
|  | <p>VALOR: 2,74</p> <p>VALORACIÓN CUALITATIVA: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares</p> | <p>VALOR: 1,67</p> <p>DESCRIPCIÓN: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas</p> | <p>VALOR: 1,83</p> <p>DESCRIPCIÓN: Moderadamente alta carencia de servicios básicos</p> |
| <p>Potencial contribución al Sistema de Vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral de Salud • Atención con enfoque familiar, comunitario, intersectorial e intercultural. • Atención Nutricional • Control y prevención de las enfermedades transmisibles como tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles, Leishmaniasis, dengue, malaria, Chikungunya, Zika, infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, emergentes y reemergentes, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Virales y zoonosis. • Control y prevención de enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, Diabetes, cardiovasculares, degenerativas, cáncer y otras. • Salud Ambiental • Gestión del Riesgo y atención de desastres • Salud Oral • Reducción de mortalidad ligada a la violencia • Rehabilitación de la discapacidad • Rehabilitación de las personas con drogodependencia y alcoholismo • Atención de Medicina tradicional, fomento al uso de plantas medicinales y su producción semi industrial, así como de alimentos naturales • Seguro Social de Corto Plazo • Salud Ocupacional. | | | |

Ilustración 49: ANÁLISIS DE SISTEMAS DE VIDA POR MACROREGIÓN AMAZONÍA

| MACROREGIÓN: LLANURAS SABANAS | | | |
|--|--|---|--|
| UNIDADES SOCIOCULTURALES: Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios ganaderos, y agropecuarios, pueblos indígenas, originarios, interculturales, predios militares y propietarios. | | | |
| CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIDA ACTUAL | FUNCIONES AMBIENTALES | SISTEMAS PRODUCTIVOS SUSTENTABLES | POBREZA |
| | VALOR: 3,18 VALORACIÓN CUALITATIVA: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones moderadamente buenas | VALOR: 1,99 DESCRIPCIÓN: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas | VALOR: 2,15 DESCRIPCIÓN: Regular carencia de servicios básicos |
| Potencial contribución al Sistema de Vida <ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral de Salud • Atención con enfoque familiar, comunitario, intersectorial e intercultural. • Atención Nutricional • Control y prevención de las enfermedades transmisibles como tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles, Leishmaniasis, dengue, malaria, Chikungunya, Zika, infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, emergentes y reemergentes, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Virales y zoonosis. • Control y prevención de enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, Diabetes, cardiovasculares, degenerativas, cáncer y otras. • Salud Ambiental (Vigilancia de la calidad del agua de consumo para evitar intoxicaciones debidas al uso de mercurio en el lavado de oro); • Gestión del Riesgo y atención de desastres • Salud Oral • Reducción de mortalidad ligada a la violencia • Rehabilitación de la discapacidad • Rehabilitación de las personas con drogodependencia y alcoholismo • Atención de Medicina tradicional, fomento al uso de plantas medicinales y su producción semi industrial, así como de alimentos naturales • Seguro Social de Corto Plazo • Salud Ocupacional (Servicios de apoyo en zafras para reducir el trabajo infantil en la recolección de castaña y otras) • Atención de Medicina Tradicional | | | |

Ilustración 50: ANÁLISIS DE SISTEMAS DE VIDA POR MACROREGIÓN LLANURAS SABANAS

| MACROREGIÓN: LLANURAS SABANAS | | | |
|---|--|---|--|
| UNIDADES SOCIOCULTURALES: Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, indígenas, originarios, predios militares y propietarios. | | | |
| CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIDA ACTUAL | FUNCIONES AMBIENTALES | SISTEMAS PRODUCTIVOS SUSTENTABLES | POBREZA |
|  | <p>VALOR: 3,05</p> <p>VALORACIÓN CUALITATIVA: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones moderadamente buenas</p> | <p>VALOR: 1,81</p> <p>DESCRIPCIÓN: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas</p> | <p>VALOR: 2,24</p> <p>DESCRIPCIÓN: Regular carencia de servicios básicos</p> |
| <p>Potencial contribución al Sistema de Vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral de Salud • Atención con enfoque familiar, comunitario, intersectorial e intercultural. • Atención Nutricional • Control y prevención de las enfermedades transmisibles como tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles, Leishmaniasis, dengue, malaria, Chikungunya, Zika, infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, emergentes y reemergentes, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Virales y zoonosis. • Control y prevención de enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, Diabetes, cardiovasculares, degenerativas, cáncer y otras. • Salud Ambiental (Vigilancia de la calidad del agua de consumo para evitar intoxicaciones debidas al uso de mercurio en el lavado de oro); • Gestión del Riesgo y atención de desastres • Salud Oral • Reducción de mortalidad ligada a la violencia • Rehabilitación de la discapacidad • Rehabilitación de las personas con drogodependencia y alcoholismo • Atención de Medicina tradicional, fomento al uso de plantas medicinales y su producción semi industrial, así como de alimentos naturales • Seguro Social de Corto Plazo • Salud Ocupacional (Servicios de apoyo en zafras para reducir el trabajo infantil en la recolección de castaña y otras) • Atención en Medicina Tradicional | | | |

El Sector salud contribuye de manera positiva al sistema de vida en términos de erradicación de la extrema pobreza, conservación de funciones ambientales y desarrollo de sistemas productivos sustentables, porque los servicios de salud atienden con enfoque hacia la persona, familia y comunidad; una persona sana puede educarse, trabajar y contribuir al desarrollo productivo y social del país.

El enfoque de salud ambiental tiene el objetivo de controlar las determinantes ambientales que afectan la salud humana, como ser el agua, los alimentos, los contaminantes ambientales. Así como el efecto del ser humano como parte del medio ambiente y prevenir el daño, se tiene la medicina tradicional que se encuentra dentro de la cosmovisión andina amazónica que plantea el equilibrio con la madre tierra.

El sector salud contribuye de manera sustancial a **reducir la pobreza**. Lo hace de manera directa, mediante la disminución del gasto de bolsillo de la población en el rubro de salud, al asumir como Estado, los costos de la atención en salud mediante el Sistema Único de Salud (en la actualidad, un 38% tiene atención sin costos en las Cajas de Salud y un 26% recibe prestaciones gratuitas del Estado mediante la Ley N° 475) y la atención otorgada por los programas Departamentales y/o municipales como ser el MAS SALUD en el Departamento de Chuquisaca, Médicos de Barrio del municipio de Sucre, Seguro Autónomo de Salud del Departamento de Tarija – SUSAT, el Seguro Autónomo Del Departamento Del Beni SUSABENI, el Seguro Estudiantil De Salud SESO del municipio El Alto han logrado ampliar la cobertura de prestaciones de salud, o de grupos etareos beneficiarios, con sus propios recursos.

Al actuar sobre la enfermedad, reducimos el riesgo de discapacidad y muerte y se reduce la pérdida de días productivos o de aprendizaje generada por la enfermedad.

Al actuar sobre las determinantes sociales de la salud (ingreso, vivienda, servicios básicos, educación y otros), el sistema de salud reduce el riesgo de enfermar y morir. En este aspecto, se trabaja por mejorar los hábitos y generar en la población conductas saludables; de igual manera se trabaja en mejorar las condiciones del entorno laboral y del hábitat, al actuar sobre la vigilancia y el control de la presencia de gérmenes que son o pueden ser patógenos para las personas, así como de insectos y animales que pueden comportarse como vectores, transmisores de enfermedades.

El Sector Salud contribuye a la **conservación de funciones ambientales** y desarrollo de sistemas productivos sustentables, cuando, mediante la estrategia de **Promoción de la salud** permite:

- Informar sobre las consecuencias del cambio climático para la salud.
- Vigilar la contaminación de las aguas, el aire, la tierra y los alimentos.
- Promover una mejor gestión de los desechos y basura que producimos.
- Promover el consumo de los productos naturales propios de cada región para una buena alimentación y nutrición.
- Promover el uso de los productos de la naturaleza propios de cada región para la producción de medicamentos de la medicina tradicional ancestral boliviana.
- Movilizar a la comunidad hacia el abordaje y transformación de las determinantes ambientales de la salud

El cambio de actitud de la población hacia el cuidado del ambiente contribuye directamente a su desarrollo sostenible.

2.3.2. Análisis de Riesgos y Cambio Climático

La vulnerabilidad depende de diferentes factores, tales como la edad, la salud de la persona, las condiciones económicas, las condiciones higiénicas y ambientales, y su ubicación en relación con las amenazas.

Los riesgos pueden ser definidos como las condiciones ambientales, sociales y naturales que pueden devenir en un desastre, es decir, son pérdidas probables debidas a amenazas y vulnerabilidades a las que están expuestas las personas o las comunidades.

El riesgo de desastre se manifiesta en un territorio definido y circunscrito. El riesgo al que puede estar expuesta una comunidad está dado por la Amenaza y la Vulnerabilidad. Es como una fórmula matemática: $\text{Riesgo} = \text{Amenaza} + \text{Vulnerabilidad}$

Gestión de riesgos: Un proceso social complejo, cuyo objetivo es la reducción o la previsión y control permanente del riesgo de desastres en la sociedad que vaya acorde con las pautas del desarrollo sostenible. Es la capacidad de las sociedades y de sus actores sociales para transformar sus condiciones de riesgo, actuando sobre las causas que lo producen. Incluye medidas y formas de intervención que tienden a reducir, mitigar, prevenir y responder a los desastres. La transformación de las condiciones de riesgo debe darse a través de un proceso planificado, concertado, participativo e integral de una comunidad, una región o un país, ligado a la búsqueda de la sostenibilidad.

La gestión de riesgo parte del reconocimiento de que los desastres constituyen problemas generados en los procesos de desarrollo y por tanto, existe la necesidad de fortalecer las capacidades y la articulación entre las diversas instituciones, organizaciones, actores sociales y de desarrollo para reducir los riesgos. Una contribución importante a la gestión de riesgo es rescatar los conocimientos locales pasados y actuales que tenemos de nuestro entorno, reconocer las incidencias positivas y negativas que tenemos con nuestro accionar sobre el ecosistema en el que vivimos.

El conocer los problemas ambientales de la región es un punto de partida, para saber cómo incidimos en nuestro ecosistema. Con este previo análisis, se pueden concertar acciones y procesos de cambios que incidan en mejorar nuestra calidad de vida a través, de la mitigación o prevención de desastres. El metano y el óxido nitroso, son gases invisibles producidos por los vertederos de basuras, las explotaciones ganaderas, el cultivo del arroz y determinados métodos agrícolas de fertilización.

El análisis de riesgos y de cambio climático es fundamental para la toma de decisiones respecto a las acciones a ser desarrolladas en este Plan Sectorial de Desarrollo Integral.

Comprende tres aspectos:

- i) Amenazas: comprende las de origen natural: sequía, inundaciones, granizada y helada y las de origen antrópico: incendios. El Índice de Riesgo Ambiental, IRM, contiene los valores expresados en porcentaje de afectación sobre el promedio del municipio o región para cada una de las amenazas, que explican el IRM.
- ii) Sensibilidad: Se refiere a la sensibilidad del sector, considerando la relación entre la ubicación y debilidad que puede soportar el sector ante las amenazas.

- iii) Capacidad de adaptación al cambio climático: refleja el conjunto de acciones (programas y proyectos) implementadas en un territorio determinado hasta la fecha, mismas que contribuyen a la adaptación ante los impactos del clima.

Ley N° 602 de Gestión de Riesgos de 29 de Abril 2015 y su Decreto Supremo reglamentario N° 2342 tiene por finalidad definir y fortalecer la intervención estatal para la gestión de riesgos, priorizando la protección de la vida y desarrollando la cultura de la prevención con participación de todos los actores y sectores involucrados.

Se cuenta con el Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención del Desastre CONARADE el que es activado ante los desastres y emergencias, del cual es parte el Ministerio de Salud. Este consejo establece una instancia de coordinación y articulación interterritorial conformada por representantes de los Comités Departamentales de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres - CODERADES y Comités Municipales de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres - COMURADES.

El fenómeno de El Niño⁷ - Oscilación Sur (ENOS) es un patrón climático recurrente que implica cambios en la temperatura de las aguas en la parte central y oriental del Pacífico tropical, afectando directamente a la distribución de las precipitaciones en las zonas tropicales y puede tener una fuerte influencia sobre el clima en otras partes del mundo. El Niño y La Niña son las fases extremas del ciclo ENOS; entre estas dos fases existe una tercera fase llamada Neutral. El fenómeno de El Niño está presente en Sudamérica y en Bolivia se manifiesta con cambios bruscos de temperatura, pero no llega a los extremos como en anteriores años. Los lugares que más han sentido el ascenso de temperaturas fueron los valles y el oriente donde se han registrado sequías y se ha declarado emergencia.

En nuestro país las inundaciones en el oriente boliviano y sequías en el Altiplano, Chaco y Chiquitanía, están asociadas al fenómeno de “El Niño” y “La Niña”; el primero, en 1997-1998 ocasionó al país pérdidas por un valor aproximado de \$US 527 millones, equivalentes a 7% del Producto Interno Bruto (PIB) nacional, de los cuales 53% fueron causados por la sequía en el Altiplano y el 47% restante por inundaciones en las zonas de tierras bajas del país. Según esas estimaciones, unas 120.000 familias fueron afectadas, más de 22.000 por inundaciones, 92.000 por sequías y 5.000 por heladas y granizos. Pero los impactos de “El Niño” 1982-1983 fueron superiores con \$US 2.821 millones con 1.600.000 damnificados directos⁸.

⁷ El nombre de El Niño (refiriéndose al niño Jesús) fue dado por los pescadores peruanos a una corriente cálida que aparece cada año alrededor de Navidad. La fase cálida de El Niño suele durar aproximadamente entre 8-10 meses. El ciclo ENOS entero dura generalmente entre 3 y 7 años, y con frecuencia incluye una fase fría (La Niña) que puede ser igualmente fuerte, así como algunos años que no son anormalmente fríos ni cálidos. Sin embargo, el ciclo no es una oscilación regular como el cambio de estaciones, pudiendo ser muy variable en tanto en la intensidad como en su duración. En la actualidad, aún no se entiende completamente cuáles son las causas de estos cambios en el ciclo ENOS.

⁸ Roció Gonzáles. *El Chaco y los efectos del cambio climático*. Ecoclima. 2012

Tabla 24. Análisis Territorial Zona Altiplánico

| Jurisdicción territorial: ALTIPLANO | | | | |
|--|-----------------------------|--|-------------------------|------------------------------------|
| Índice de Riesgo Municipal | | | | |
| Amenaza | Valor Actual | Análisis Territorial y Socio cultural del Índice | | |
| Inundaciones | 0.18 | | | |
| Sequía | 0.25 | | | |
| Sector | Sensibilidad | Amenaza | Capacidad de adaptación | Índice de Vulnerabilidad Sectorial |
| Salud | 0.26 | 0.21 | 0.10 | |
| Sector | N° de programas y proyectos | N° de beneficiarios | Inversión en Bs. | Capacidad de Adaptación |
| Salud | 7 | 3.400.576 | 12.000.000 | 0.10 |
| Totales | 7 | 3.400.576 | 12.000.000 | 0.10 |

Fuente: INFO SPIE

Tabla 25. Análisis Territorial Zona Valluna

| Jurisdicción territorial: VALLES | | | | |
|---|-----------------------------|--|-------------------------|------------------------------------|
| Índice de Riesgo Municipal | | | | |
| Amenaza | Valor Actual | Análisis Territorial y Socio cultural del Índice | | |
| Inundaciones | 0.20 | | | |
| Sequía | 0.25 | | | |
| Sector | Sensibilidad | Amenaza | Capacidad de adaptación | Índice de Vulnerabilidad Sectorial |
| Salud | 0.26 | 0.22 | 0.10 | |
| Sector | N° de programas y proyectos | N° de beneficiarios | Inversión en Bs. | Capacidad de Adaptación |
| Salud | 8 | | | 0.10 |
| Totales | 8 | | | 0.10 |

Fuente: INFO SPIE

Tabla 26. Análisis Territorial Zona Yungas Chapare

| Jurisdicción territorial: YUNGAS CHAPARE | | | | |
|---|-----------------------------|--|-------------------------|------------------------------------|
| Índice de Riesgo Municipal | | | | |
| Amenaza | Valor Actual | Análisis Territorial y Socio cultural del Índice | | |
| Inundaciones | 0.20 | | | |
| Sequía | 0.25 | | | |
| Sector | Sensibilidad | Amenaza | Capacidad de adaptación | Índice de Vulnerabilidad Sectorial |
| Salud | 0.26 | 0.22 | 0.10 | |
| Sector | N° de programas y proyectos | N° de beneficiarios | Inversión en Bs. | Capacidad de Adaptación |
| Salud | 8 | | | 0.10 |
| Totales | 8 | | | 0.10 |

Fuente: INFO SPIE

Tabla 27. Análisis Territorial Zona Llanuras Sabanas

| Jurisdicción territorial: LLANURAS SABANAS | | | | |
|---|------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Índice de Riesgo Municipal | | | | |
| Amenaza | Valor Actual | Análisis Territorial y Socio cultural del Índice | | |
| Inundaciones | 0.21 | | | |
| Sequía | 0.25 | | | |
| Sector | Sensibilidad | Amenaza | Capacidad de adaptación | Índice de Vulnerabilidad Sectorial |
| Salud | 0.26 | 0.23 | 0.10 | |
| Sector | N° de programas y proyectos | N° de beneficiarios | Inversión en Bs. | Capacidad de Adaptación |
| Salud | 8 | | | 0.10 |
| Totales | 8 | | | 0.10 |

Fuente: INFO SPIE

Tabla 28. Análisis Territorial Zona Chiquitina

| Jurisdicción territorial: CHIQUITANIA PANTANAL | | | | |
|---|------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Índice de Riesgo Municipal | | | | |
| Amenaza | Valor Actual | Análisis Territorial y Socio cultural del Índice | | |
| Inundaciones | 0.21 | | | |
| Sequía | 0.25 | | | |
| Sector | Sensibilidad | Amenaza | Capacidad de adaptación | Índice de Vulnerabilidad Sectorial |
| Salud | 0.26 | 0.23 | 0.10 | |
| Sector | N° de programas y proyectos | N° de beneficiarios | Inversión en Bs. | Capacidad de Adaptación |
| Salud | 8 | | | 0.10 |
| Totales | 8 | | | 0.10 |

Fuente: INFO SPIE

Tabla 29. Análisis Territorial Zona Chaco

| Jurisdicción territorial: CHACO | | | | |
|--|------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Índice de Riesgo Municipal | | | | |
| Amenaza | Valor Actual | Análisis Territorial y Socio cultural del Índice | | |
| Inundaciones | 0.21 | | | |
| Sequía | 0.25 | | | |
| Sector | Sensibilidad | Amenaza | Capacidad de adaptación | Índice de Vulnerabilidad Sectorial |
| Salud | 0.26 | 0.23 | 0.10 | |
| Sector | N° de programas y proyectos | N° de beneficiarios | Inversión en Bs. | Capacidad de Adaptación |
| Salud | 7 | | | 0.10 |
| Totales | 7 | | | 0.10 |

Fuente: INFO SPIE

Tabla 30. Análisis Territorial Zona Amazonia

| Jurisdicción territorial: AMAZONÍA | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------|------------------------------------|
| Índice de Riesgo Municipal | | | | |
| Amenaza | Valor Actual | Análisis Territorial y Socio cultural del Índice | | |
| Inundaciones | 0.21 | | | |
| Sequía | 0.25 | | | |
| Sector | Sensibilidad | Amenaza | Capacidad de adaptación | Índice de Vulnerabilidad Sectorial |
| Salud | 0.26 | 0.23 | 0.10 | |
| Sector | N° de programas y proyectos | N° de beneficiarios | Inversión en Bs. | Capacidad de Adaptación |
| Salud | 10 | | | 0.10 |
| Totales | 10 | | | 0.10 |

Fuente: INFO SPIE

Se consideran importantes cuatro situaciones ambientales que implican riesgo a la salud y sobre las que el sector no tiene influencia directa; ellas son las inundaciones, heladas, las sequías y los incendios.

a) Inundaciones

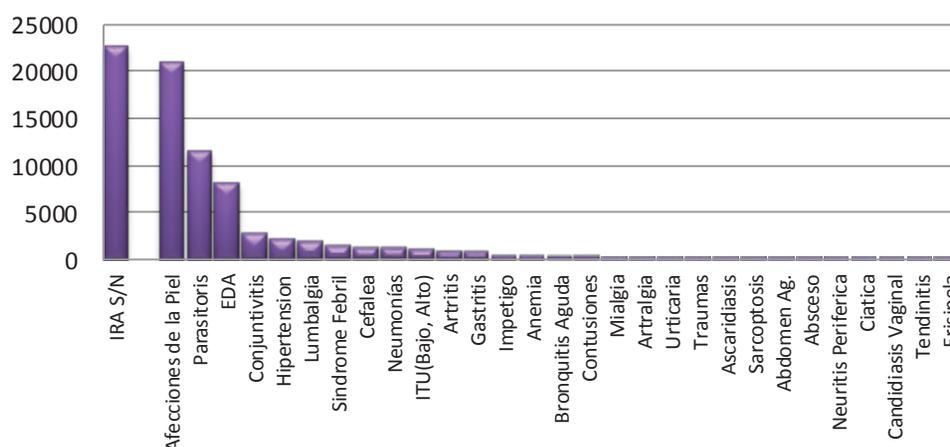
De frecuencia anual durante el periodo de lluvias de enero a marzo principalmente cuenca del río Amazonas (36% de la superficie del país) cuenca de los ríos Memoré, Beni, Rio Grande e Iténez.

Las inundaciones implican dificultades en el acceso a los establecimientos de salud, sea porque los caminos no lo permiten o porque los mismos establecimientos han sido afectados e inundados. En esta situación, dependiendo de la duración de la inundación, se presenta un incremento de enfermedades infecciosas: digestivas y respiratorias, así como cutáneas, pues el acceso a agua potable se ve restringido y el contacto con aguas contaminadas es casi continuo.

Al retirarse las aguas quedan focos de aguas estancadas (Curichis), que sirven de criaderos a insectos transmisores de enfermedades virales y parasitarias.

Los Departamentos más afectados son el Beni, Cochabamba y Santa Cruz, donde deben realizarse esfuerzos extraordinarios para minimizar los daños que acarrearán las inundaciones. En el altiplano de La Paz, el río Desaguadero, causa también en la época de lluvias desbordes que afectan el pastoreo y los cultivos en terrenos aledaños.

Ilustración 51: ENFERMEDADES TRAZADORAS ATENDIDAS POR LAS BRIGADAS DE ATENCIÓN RÁPIDA GESTIÓN 2014



Fuente: Programa de Vigilancia y Control de Desastres – Ministerio de Salud

b) Heladas

Las heladas traen aparejadas infecciones respiratorias bacterianas y virales, de alto riesgo en edades extremas de la vida, con importante mortalidad. En áreas urbanas, la población indigente y dentro de ella, las personas alcohólicas, están peligrosamente expuestas a riesgo de muerte por congelamiento.

Los departamentos que tienen zona altiplánica La Paz, Oruro, Potosí son los más afectados por heladas sin embargo las olas de frío que se vienen presentando, como parte del cambio climático, provocan muertes en departamentos como Santa Cruz y Cochabamba. Otro efecto de las heladas es el incremento en accidentes de tránsito y consiguiente aumento de la mortalidad por esa causa.

El efecto de las heladas en la producción de alimentos vegetales y animales además es un factor que incrementa la pobreza de los pobladores rurales.

c) Sequías

Las sequías traen aparejadas enfermedades por desnutrición debido a la mala alimentación, ya que los productos agropecuarios disminuyen en gran medida. Además, se contamina el aire por el polvo que suele estar contaminado con heces, y otros contaminantes según la región (de minería, agricultura, construcciones, otros.)

Los departamentos que tienen zona chaco Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija son los más afectados y la zona del altiplano de La Paz, Oruro, Potosí también son afectados por este fenómeno meteorológico.

El departamento de Cochabamba está en aguda crisis de carencia de agua en la región Metropolitana y Valle alto, afectando con ello a la mayoría de la población.

d) Incendios

Los incendios son frecuentes debido a los chequeos. Provocan contaminación ambiental y exponen a la población a riesgo de quemaduras y muerte por asfixia o intoxicación por monóxido de carbono. Son frecuentes en zonas de expansión de la frontera agrícola y deforestación.

Contaminación por humo (Fuga de gas en áreas petroleras, contaminación por escape de vehículos motorizados antiguos, sin control)

2.4. ANÁLISIS EXTERNO

El análisis externo comprende el análisis de las principales variables económicas/financieras, tecnológicas, políticas, sociales, culturales y otras del contexto externo nacional e internacional que favorecen o afectan o pudieran afectar o incidir en el sector; toma en cuenta la opinión (percepción) respecto al sector o sectores, de los diversos actores del ámbito nacional e identifica los principales problemas, obstáculos o limitantes que emergen del contexto externo nacional e internacional que pueden contribuir o dificultar el logro de las metas y resultados previstos para el sector, alineados al PDES.

Entre las variables externas de influencia sectorial caben destacarse: Reducción de ingresos del Tesoro General del Estado Plurinacional de Bolivia, por exportaciones; migraciones, producción de alimentos, acceso a tecnología y todos los factores denominados “Determinantes sociales de la salud”.

2.4.1. Determinantes Sociales

a) Ingresos del TGN:

Desde 1990 hasta 2013, el PIB del Estado Plurinacional de Bolivia creció en promedio 4,08%, presentando siempre tasas positivas de crecimiento en el mismo periodo. Dentro de esta senda positiva el punto más bajo se vio en 1999, cuando la tasa de crecimiento fue de sólo 0,42%, mientras que en los últimos años muestra tasas superiores al 5%, llegando en 2013 a un 6,77%, y con un promedio desde 2010 a 2013 de 5,3% (Banco Mundial, en línea).

Entre 2006 y 2014 el crecimiento económico promedio (5,1%) fue uno de los más sobresalientes en el contexto regional y muy superior al del período previo anterior (3,6%). Asimismo, se observó una mayor estabilidad macroeconómica, que se constituye en un bien público que impulsa el desarrollo integral del país. En el peor momento de la crisis económica mundial, el año 2009 Bolivia alcanzó el mayor crecimiento de la región.

Bolivia tiene recursos por recaudaciones internas y por la venta al mercado exterior especialmente gracias a la nacionalización de los hidrocarburos y materias primas. De estos ingresos se da a salud más del 11% para recursos humanos en salud, medicamentos, insumos, reactivos y otros como los proyectos de inversión.

b) Migraciones:

En la era de la globalización, se han abierto fronteras para el ingreso o salida de la gente (también de las enfermedades y vectores). La migración interna ha despoblado de jóvenes el área rural, generando un grado importante de abandono de la población de tercera edad, expuesta a mayores riesgos. También genera barrios marginales, con nuevos factores de riesgo a la salud, relacionadas con la mayor densidad poblacional, la exposición a conductas sociales diferentes, hábitos alimentarios poco saludables, inseguridad, violencia y condiciones de trabajo marginales; con lenta respuesta municipal para el abastecimiento de servicios básicos, cuya consecuencia son mayores riesgos para la salud.

Los datos del Censo de población y vivienda encierran una realidad que distorsiona la planificación territorial del sistema de salud. Mucha gente fue censada en sus lugares de origen y posteriormente emigraron a sus lugares de trabajo, dejando datos de población incorrectos a la hora de programar actividades de salud, como por ejemplo vacunación. En la medida en que se vayan llenando las carpetas familiares, se tendrá una valiosa información en tiempo real sobre la distribución de la población.

Hay patologías nuevas generadas en otros países, que nos impondrán grandes esfuerzos para evitar su diseminación en nuestro medio; valga como ejemplo las virosis como AH1N1, Chikungunya, Zika.

c) Producción de alimentos

La seguridad alimentaria aborda el tema de la disponibilidad física desde el punto de vista de la oferta en función al nivel de producción de alimentos, las existencias y el comercio neto. Una oferta adecuada de alimentos a nivel nacional no garantiza la seguridad alimentaria porque una parte de la producción se exporta, pero también se debe afirmar que muchos de los alimentos en el mercado nacional llegan importados desde otros países. Por efecto de desastres naturales se puede ver afectada la producción de alimentos y por ende el encarecimiento de los producidos, generando restricción en el acceso para las familias de menos recursos. Por otro lado, la seguridad alimentaria significa combatir el hambre como un fenómeno social y comprensivo que no se reduce a la escasez de alimentos o a la insuficiencia de ingresos, por tanto, exige un enfoque ético para garantizarla⁹.

La inseguridad alimentaria, o la ausencia de seguridad alimentaria, es un estado que implica situación de hambre como resultado de problemas relativos a la disponibilidad, acceso y utilización de alimentos o una situación de vulnerabilidad ante el hambre en el futuro. Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias a fin de llevar una vida activa y sana. Esta definición destaca cuatro aspectos: disponibilidad, acceso, utilización y estabilidad.

La seguridad y la soberanía alimentaria son temas clave para el abordaje y promoción del desarrollo integral y “vivir bien” de los pueblos, las comunidades y personas, al estar directamente vinculados a la calidad de vida, así como también a su propia manutención: la supervivencia y la salud.

9 Milin Romay Flores. *Seguridad y Soberanía Alimentaria con Enfoque de Género En Bolivia junio 2013*

La soberanía y la seguridad alimentaria promueven el desarrollo humano y el vivir bien del estado, considerando el derecho a la alimentación de la sociedad en general. Así la seguridad alimentaria se centra en la disponibilidad suficiente y estable de alimentos en el ámbito nacional y el acceso oportuno y permanente a estos por parte del público consumidor.

A su vez, la soberanía alimentaria también se vincula a la importancia del modo de producción de los alimentos y su origen, sin embargo, no se refiere solamente a la capacidad de generar suficientes alimentos para el consumo interno, sino también en conocer en manos de quienes está la producción de los mismos: contempla el acceso equitativo a los recursos naturales, a la tierra y la igualdad de oportunidades para la producción sostenible.

A pesar de los importantes avances normativos para la protección y garantía del derecho de todo ser humano a la alimentación como la Ley N° 775 de Promoción y Alimentación Saludable, tiene por objeto establecer lineamientos y mecanismos para promover hábitos alimentarios saludables en la población boliviana, a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, en la práctica, su ejercicio se ve afectado especialmente por la escasez de recursos y las desigualdades en su distribución, lo que tiende a agravarse ante el cambio climático. Conforme evidencian los datos, la situación de pobreza, hambre y malnutrición en el país es preocupante y genera varios desafíos.

Tabla 31. DEFINICIONES SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIA

| Seguridad alimentaria | Soberanía alimentaria |
|--|---|
| <p>En la cumbre mundial sobre la alimentación, organizada en 1996 por la FAO, se definió que existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana. Esta comprende la disponibilidad de alimentos adecuados en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas y que sean aceptables para una cultura determinada y la accesibilidad de esos alimentos o capacidad para adquirirlos por toda la población en formas que sean sostenibles y no dificulten el goce de otros derechos humanos.</p> <p>Se asocia a la premisa de que el acceso a los alimentos no debe estar restringido por causas sociales o económicas, por ser un derecho básico e irrenunciable.</p> <p>Se relaciona directamente a que se come y como se distribuyen los alimentos en el país, dentro de las comunidades y en las propias familias.</p> <p>Tiene vinculación con: i) el crecimiento, control y movilidad de la población; ii) la distribución de recursos; iii) los patrones de consumo; iv) la producción agrícola; v) el cambio climático; vi) el deterioro ambiental; vii) la situación socioeconómica; viii) el desarrollo de las relaciones comerciales; ix) la propiedad de la tierra; x) el acceso a micro-financiamiento; xi) los servicios de salud.</p> | <p>La soberanía alimentaria es “el derecho de comunidades y países a producir para sus propias necesidades, determinar sus propios métodos agrícolas y políticas alimentarias y decidir que importar y que exportar”. Se relaciona al “derecho de los pueblos, de sus países o uniones de los Estados a definir su política agraria y alimentaria. El derecho de los campesinos a producir alimentos y el derecho de los consumidores a poder decidir que quieren consumir, cómo y quién se lo produce”.</p> <p>Según la Declaración del Foro por la Soberanía Alimentaria, realizado en Nyéleni /2007, se asocia al derecho de los pueblos a alimentos nutritivos y culturalmente adecuados, accesibles, producidos de forma sostenible y ecológica y a decidir su propio sistema alimentario y productivo.</p> <p>Reclama la necesidad de asegurar, la satisfacción de las necesidades de alimentación de la población, desde su producción nacional y papel protagónico de las/os campesinas/os en la producción de alimentos.</p> <p>La definición abarca una serie de temas: i) la distribución equitativa de la tierra y de los recursos; ii) el comercio transparente; iii) el control y gestión del territorio; iv) la priorización de los mercados locales; v) la protección de la biodiversidad; vi) la autonomía; vii) la deuda; viii) la salud y otros relacionados con la capacidad de producir alimentos localmente.</p> <p>Coloca la producción alimentaria, la distribución y el consumo; sobre la base de la sostenibilidad medioambiental, social y económica, incluyendo la priorización de la producción agrícola local para alimentar a la población, el acceso a los/as campesinos/as a la tierra, el agua, a las semillas, a los recursos naturales y al crédito; por lo que implica la necesidad de reformas agrarias, de la lucha contra organismos genéticamente modificados, de mantener el agua en su calidad de bien público y el reconocimiento de los derechos de las campesinas que desempeñan un papel esencial en la producción agrícola y en la alimentación.</p> <p>Es un concepto político que tiene cinco pilares: i) el derecho a la alimentación; ii) el acceso a los recursos productivos; iii) la promoción de una producción agroecológica; iv) la promoción y protección de los mercados locales y el cambio de las reglas del mercado internacional; v) la autodeterminación de las personas, comunidades y pueblos en todo lo que se refiere a la alimentación, los recursos y los procesos relacionados a la alimentación.</p> |

Fuente: Seguridad y Soberanía Alimentaria con Enfoque de Género En Bolivia Milin Romay Flores 24 de junio 2013

Hoy en día, al margen del persistente problema de la desnutrición en un grupo vulnerable de la población, especialmente niñas/niños menores de 5 años, se están observando problemas de mal nutrición (sobrepeso y obesidad) en el mismo rango etareo de la población; esto afecta al perfil epidemiológico en el país.

Tabla 32. INDICADORES DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

| Indicador | Hasta el 2006 | Al 2012 | Fuente |
|---|---|---|----------------------------------|
| Determinantes Inmediatos | | | |
| Lactancia materna exclusiva | 54% (2003) | 64.3% (2012) | ENDSA 2003 ESNUT 2012 |
| % de niños y niñas que han iniciado la Alimentación Complementaria a los seis meses | 33.8% (2003) | 55.0% (2012) | ENDSA 2003 ESNUT 2012 |
| % de niños y niñas que reciben y consumen chispitas | 40.1 (2008) | 60.3 (2012) | ENDSA 2008 ESNUT 2012 |
| Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) | -- | 31,5% (2012) | ESNUT 2012 |
| Determinantes Subyacentes | | | |
| Acceso a agua segura | 72,8% (2001) | 83,8% (2014) | PDES 2016-2020 PDES 2016-2020 |
| Acceso a saneamiento mejorado | 41.4% (2001) | 56,3% (2014) | PDES 2016-2020 PDES 2016-2020 |
| % de escolaridad femenina | 78,32% (2001) | 83,45% (2012) | CNPV 2001 CNPV 2012 |
| Tasa de termino secundaria (H:M) | 81,60% (2003)H 86,90 (2003)M | 83,63% (2012)H 83,45% (2012)M | SIE |
| Tasa de expectativa de vida (H:M) | 61,31 59,25 (hombres) 63,37 (mujeres) | 67,50 65,08 (hombres) 69,93 (mujeres) | CNPV 2001 CNPV 2012 |
| Suministro de energía alimentaria per cápita | 2.083 Kcal/per cápita/día (2001) | 2.751 Kcal/per cápita/día (2012) | Hojas de Balance FAO |
| % de energía alimentaria de productos no básicos | 830 Kcal/per cápita/día (2001) | 940 Kcal/per cápita/día (2012) | Hojas de Balance FAO |
| Determinantes Básicos | | | |
| PIB per cápita | 939,15 \$us (2001) | 2.694 \$us (2012) | CNPV 2001 CNPV 2012 |
| % de población urbana (2001-2012) | 62,4% (2001) | 67,3% (2012) | CNPV 2001 CNPV 2012 |

Fuente: CT - CONAN, adaptado de Smith y Haddad, 2000.

d) Vivienda

Se han registrado 3.158.691 viviendas en el país, de las cuales 3.134.613 correspondían a viviendas particulares y 24.078 a viviendas colectivas; esta cifra representa un crecimiento de 300% de la cifra de 1992. El día del censo sólo se encontró ocupadas 2.812.715 viviendas, de las cuales se registra información¹⁰:

¹⁰ Censo de población y vivienda 2012

En relación al combustible utilizado para cocinar se pudieron observar algunos aspectos muy significativos:

- 675.000 viviendas seguían consumiendo leña, factor importante en las enfermedades respiratorias de niñas/os.
- Ya no se consumía Kerosene, con lo cual se ha reducido un antiguo factor de riesgo de quemaduras en el hogar (debidas a la frecuente explosión de tanques de este combustible de los anafes)
- Casi 300.000 viviendas tenían conexión domiciliaria de gas o había uso de la energía solar, considerada como energía limpia.

e) Agua y saneamiento básico

Según datos del Censo de Población y Vivienda, un 66,09% de la población tenía acceso al agua potable por cañería¹¹ de acuerdo a datos de 2014 ahora el 88,4 % tiene acceso al agua potable; 69,92% tenía servicio sanitario; 78,18% contaba con energía eléctrica. Sólo en el 56,07% de las viviendas que disponían de servicio sanitario, éste era usado exclusivamente por los habitantes de la vivienda.

A nivel mundial se da gran importancia a las enfermedades transmitidas por el agua y se ha identificado como uno de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo sostenible, Bolivia ante las Naciones Unidas fue el impulsor para que se considere el agua como un derecho humano.

El contar con servicios básicos especialmente agua potable y saneamiento básico puede ser la diferencia de mejores condiciones de salud para la población sobre todo de los niños menores de 5 años.

f) Contaminación ambiental

Nuestro territorio muestra signos de deterioro ambiental, algunos, producto de los cambios naturales relacionados con el calentamiento global de grandes industrias, que se encuentran sobre todo en los países más ricos y que generan los gases de efecto invernadero, que ha ocasionado inundaciones, deshielos o sequías y otros ocasionados por la actividad humana en casi todas sus manifestaciones, que ha ocasionado contaminación de las aguas de nuestros ríos y lagos, de nuestras tierras de cultivo y del aire que respiramos en nuestras viviendas y en los exteriores que compartimos; a esto se añaden la contaminación acústica y electromagnética.

- Contaminación del agua por los desechos tóxicos provenientes de actividades mineras, industriales, y mal uso de pesticidas, herbicidas y los fertilizantes empleados en los cultivos, así también por la basura y las aguas servidas no tratadas, vertidas en los ríos.
- Contaminación del suelo por sustancias tóxicas orgánicas persistentes principalmente plaguicidas o el desechado de pilas baterías, focos, plásticos y equipos electrónicos.
- Contaminación del aire, por consumo de leña, bosta y otros que generan humo dentro de las viviendas, el consumo de tabaco en locales bailables, bares y cantinas o contaminación en el medio exterior producto de la quema de combustibles y falta

11 No toda agua por cañería es potable (MS)

de control de emisiones de gases de vehículos. También importa la contaminación acústica (tráfico, industrias, locales de diversión, aviones, etc.). En algunos puntos estratégicos de la ciudad de La Paz se convive diariamente con un nivel de 78 decibeles de ruido en horas pico, por encima de lo aconsejado por la OPS (70 dB)

El ataque del medio ambiente con sustancias químicas de diferentes características, provoca muertes de trabajadores y ciudadanos. El aumento de la contaminación también tiene una relación directa con un aumento de determinadas dolencias como el cáncer y otras enfermedades del sistema reproductor y malformaciones congénitas, autismo y otras.

Se debe incorporar la investigación científica de los daños a la población por contaminación de aguas; por ejemplo, la relación de las aguas residuales de las minas con el incremento de autismo y otras enfermedades en el Departamento de Potosí, relación que ha sido bien estudiada en otros países con zonas mineras.

En el mundo se está perdiendo la vida en comunidad y la vida en familia. Pocos pueblos son los que practican la solidaridad y la complementariedad entre las personas y de ellas con la naturaleza. Las religiones y espiritualidades del mundo son el resguardo moral de la sociedad en la construcción de una cultura de paz y cultura de vida, de diálogo a la solución de la crisis climática y a la crisis social que destruye la vida y nuestros valores comunitarios, y crea desequilibrios y conflictos en las sociedades, empobreciendo a las personas, sobre todo a las más vulnerables, niñas, niños, adolescentes, y víctimas de las guerras, de la trata y tráfico y de la discriminación.

La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados. El aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud. Por ese motivo, la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud.

En los últimos años, hay inquietud en la población ante las posibles implicaciones sanitarias derivadas de problemas o catástrofes medioambientales. Accidentes en minas, naufragio de barcos petroleros, incendios forestales y a otros niveles, la preocupación por los materiales potencialmente tóxicos en contacto con el agua o los alimentos, la emisión de antenas y dispositivos de telefonía móvil, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de medio ambiente y salud, incluye tanto los efectos patológicos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, así como los efectos (con frecuencia indirectos) en la salud y el bienestar derivados del medio físico, psicológico, social y estático en general; incluida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte.

Entre los efectos sobre la salud que se suponen provocados por factores medioambientales, se pueden mencionar:

- Las enfermedades respiratorias, el asma y las alergias, por la contaminación del aire, en ambientes cerrados o al aire libre.
- Trastornos neurológicos de desarrollo, por los metales pesados, los POP (Persistent Organic Pollutants, contaminantes orgánicos persistentes) como, por ejemplo, las dioxinas, los PCB y los plaguicidas.

- El cáncer infantil, por una serie de agentes físicos, químicos y biológicos (por ejemplo humo de tabaco en el núcleo familiar, exposición profesional de los progenitores a disolventes).
- Síndrome de muerte súbita entre los bebés; bajo peso al nacer; dificultad respiratoria: asma, insuficiencia respiratoria; infecciones del oído medio, son atribuidas a la exposición al humo del tabaco durante el embarazo.
- Alteración de los procesos endocrinos e inmunológicos, trastornos neurotóxicos y el cáncer tienen probablemente relación importante con el contacto con plaguicidas.
- La supresión de la respuesta inmunológica por la radiación ultravioleta, constituye uno de las principales causas del cáncer de piel.
- El aprendizaje de los escolares es influido negativamente por la exposición a niveles de ruidos elevados o persistentes cerca de las escuelas.

g) Calentamiento global

El calentamiento global tiene consecuencias que ponen en riesgo la salud, tales como los fenómenos meteorológicos catastróficos, la variabilidad de los climas, que afecta a los suministros de agua y alimentos, los cambios de la distribución de los brotes de enfermedades infecciosas o las enfermedades emergentes relacionadas con los cambios de los ecosistemas¹².

2.4.2. Contexto Internacional

Latinoamérica ha iniciado reformas políticas que van dejando atrás los procesos de carácter socialista y vecinos nuestros han cambiado democráticamente, a gobiernos de derecha. Ello puede significar que las propuestas de cambio no fueron lo suficientemente fuertes y rápidas para lograr cambios sostenibles y ser defendidas por la población, o que, las opciones de derecha mantienen un poder de atracción para una parte importante de la población.

De manera similar, países amigos donde hubo cambios de orientación en sus gobiernos, han reducido su apoyo a Bolivia, sea por haber cambiado nuestra calificación de país o porque han recortado sus presupuestos de ayuda externa. Si bien la proporción de recursos externo en el presupuesto de salud es baja respecto a décadas anteriores, son de gran ayuda para el accionar del sector.

Es posible que las condiciones de negociación con países con gobiernos de corte diferente al nuestro sean más duras y difíciles, en términos de exportaciones y la presión comunicacional por medios masivos aumente las importaciones de bienes suntuarios, no imprescindibles para el desarrollo en el marco del vivir bien.

2.4.2.1. Cooperación internacional en salud

a) Instituciones Multilaterales de Cooperación en Salud

Las instituciones multilaterales dependientes de Naciones Unidas que brindan cooperación en salud a Bolivia son:

- La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con más de 100 años de experiencia dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento

¹² OMS, octubre 2012

internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

- El Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) está en Bolivia desde 1950, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia, promoviendo su desarrollo, asegurando su protección legal y su participación en la sociedad. Estos mismos propósitos se extienden a las mujeres y los pueblos indígenas.
- El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), trabaja en Bolivia en el marco de programas de cooperación quinquenal, consensuados y firmados con el Gobierno de Bolivia. Para su ejecución se une a las instituciones del Estado boliviano, organizaciones no gubernamentales, organizaciones sociales y sector privado.

Actualmente está vigente el Plan de Acción del Programa de País 2013 - 2017 que tiene el objetivo de asegurar la vigencia de los derechos de los niñas, niños y adolescentes ubicándolos en el centro de las políticas, los programas y los presupuestos a nivel nacional y subnacionales. Se centra en responder a las vulnerabilidades y a reducir las disparidades geográficas, sociales, de género y culturales, como medio esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible con equidad.

b) Acuerdos Sur – Sur

Acuerdos de cooperación realizado entre países latinoamericanos en el marco binacional son:

- Fondo Argentino de Cooperación Sur-Sur y Triangular
- Agencia Brasileira de Cooperación
- Agencia Chilena de Cooperación Internacional,
- Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional

c) Agencias de Cooperación

Las Agencias de Cooperación Internacional en Salud han venido contribuyendo desde muchos años atrás a Bolivia, algunos países incursionaron recientemente. La relación bilateral canaliza recursos mediante apoyo al presupuesto del sector o mediante proyectos específicos administrados por sus agencias. Estas son:

- Agencia Brasileira de Cooperación: Con nuestro hermano y vecino país desarrollamos Políticas de Salud Fronterizas; recibimos apoyo para Desnutrición Cero, SUS, SAFCI, Plan de Salud Amazónico, Acceso a Medicamentos de Bajo Costo, FIOCRUZ/ OPS / OMS, ITS/VIH/SIDA. Ha realizado la capacitación sobre la experiencia de los Bancos de Leche para su fortalecimiento en Bolivia.
- Agencia Española de Cooperación Internacional, ha cooperado muchos años en la formación de recursos humanos en salud, entregaron 335 ambulancias a los municipios del país y se mejoró la capacidad resolutive. Su próximo plan contempla fortalecer el Sistema Único de Información en Salud. Su apoyo mediante

ONGs está dirigido a la atención en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural; acreditación de los establecimientos de salud de diferentes redes de salud; atención de emergencias en salud; lucha contra el Chagas; a promover el reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva y el derecho a una vida libre de violencia de las mujeres de Bolivia; y a contribuir al derecho a la salud de las poblaciones indígenas de Redes de Salud, de los Departamentos de Cochabamba, La Paz y Beni. Se han desarrollado los proyectos que implementan la política de salud familiar comunitaria intercultural a nivel nacional sobre todo en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Potosí.

- Agencia de Cooperación Belga, Han trabajado eficazmente mediante apoyo presupuestario en el Programa Desnutrición Cero. Desarrollo un programa de FOREDES para el fortalecimiento de redes de Potosí, Chuquisaca y La Paz mediante la acreditación de establecimientos de salud, equipamiento, elaboración de normas, comunicación, capacitación al personal de salud que trabaja en los establecimientos de salud y transferencias condicionadas a los Gobiernos Autónomos Municipales. Se ha elaborado un programa de diplomados en salud entre los que destacan economía de la salud, gestión de recursos humanos, gerencia de hospitales. Que ha beneficiado a más de 500 recursos humanos en salud.
- Agencia Canadiense de Cooperación Internacional, mediante apoyo directo y un 50% mediante ONGs canadienses. Han tenido dificultades en implementar la modalidad de apoyo presupuestario y participaron con éxito en el Programa Desnutrición Cero. Su actual esquema tiene importante énfasis en la participación comunitaria.
- Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA, ha trabajado en el Programa de Fortalecimiento de Redes de Salud en el marco del cual se han desarrollado proyectos en redes de Santa Cruz, Cochabamba, La Paz, Potosí y próximamente lo harán en Oruro.

Apoyo en la creación y fortalecimiento continuo de la Escuela Técnica de Salud de Cochabamba, que forma técnicos de salud en diferentes áreas además ha puesto en marcha los servicios de Apoyo Diagnóstico, tales como el Laboratorio Clínico, Rayos X, Ecografía y electro diagnóstico que sirven también de áreas de práctica para los estudiantes de los programas de formación y para estudiantes de otras instituciones educativas, donde los profesionales del área cumplen las funciones de docentes asistenciales.

Creación y fortalecimiento continuo de los Institutos Gastroenterológicos Boliviano Japonés de La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Santa Cruz mediante construcción equipamiento, formación y capacitación continua al personal de salud boliviano, realización de congresos y seminarios para la actualización de los conocimientos a nivel internacional.

- Agencia Chilena de Cooperación Externa: Memorándum de Entendimiento entre los Ministerios de Salud. Hermanamiento de Hospitales Pediátricos, Apoyo a la formación de recursos humanos en enfermería obstétrica, terapia ocupacional y fonoaudiología.

- Agencia Coreana de Cooperación Internacional, iniciada el 2010 mediante apoyo a la construcción y equipamiento de establecimientos de salud; su próximo plan 2016 - 2020 comprende intervenciones en áreas de salud como ser: Materno Infantil, Emergencias: Incluida la atención pre hospitalaria y la hospitalaria; además, una Central de manejo de emergencias, Enfermedades No Transmisibles, Equipamiento y tecnología médica y Salud Mental.
- Embajada Alemana. El trabajo de la Cooperación Alemana con Bolivia se concentra primordialmente en tres áreas: Gobernabilidad, Agua Potable y Saneamiento, y Desarrollo Rural y Agropecuario, respaldando además los temas de interculturalidad, cooperación con pueblos indígenas y equidad de género. Actualmente se encuentra realizando apoyo de forma transversal con la ONG AIRAD que trabaja en seis municipios de Chuquisaca, Pando y La Paz sobre el fortalecimiento de la descentralización.
- Embajada Argentina: Mediante mecanismos de cooperación Sur – Sur, la República Argentina coopera a Bolivia en varios campos de salud, entre ellos higiene, seguridad y salud laboral, lucha contra la violencia, inocuidad de alimentos y epidemiología de las EDAS también se establece la asistencia técnica de las diferentes áreas del Ministerio de Salud de la República de Argentina al Ministerio de Salud como ser las redes funcionales de salud, servicios de salud, emergencias, referencia y contra referencia. Se ha realizado un convenio de apoyo con el Hospital Garrahan de la Argentina y el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga de La Paz para mejorar su capacidad resolutive.
- Embajada de Cuba: En el marco del Acuerdo de Cooperación Económica e Industrial y Científico - Técnico, entre el Estado Plurinacional de Bolivia y el Gobierno de la República de Cuba establece mecanismos y programas de cooperación en el área de salud, tomando en cuenta las necesidades y prioridades existentes en los respectivos países, intercambio de profesionales médicos que a través de su ejercicio profesional, puedan mejorar la calidad de vida de los estantes y habitantes de ambos países, la cooperación en el Área de Salud a través del intercambio de profesionales médicos podrá ser de carácter de emergencia y humanitario o en función de otras prioridades y requerimientos del Gobierno Boliviano o los que acuerden ambos Gobiernos; comunicar por la vía diplomática, la lista de profesionales de salud habilitados; la donación de medicamentos para desarrollar los planes y programas de salud deberán tomar en consideración la normativa de distribución y dispensación para su administración a los beneficiarios. Se han formado más de 5000 bolivianos/as en medicina general en Cuba que han regresado y se encuentran trabajando. En la gestión 2015 50 médicos bolivianos que se han beneficiado con becas de especialización en Cuba con apoyo de la República de Cuba.
- Embajada del Ecuador, en los últimos años ha fortalecido sus capacidades en el control epidemiológico de enfermedades tropicales, es así que ha desarrollado experticias en: vigilancia epidemiológica en control de brotes de dengue, participación comunitaria; y coordinación interinstitucional (participación de gobiernos locales y líderes locales) y nos ha brindado apoyo en la epidemia de Dengue del 2009.

- Embajada de Francia apoya directamente en salud y no cuenta con una Agencia para este fin. En una segunda fase ha apoyado el Programa Desnutrición Cero y el desarrollo de redes en el noreste del país para la prevención y control del dengue, ha apoyado a la conclusión y difusión del Estudio de Mortalidad Materna Neonatal, actualmente se tiene el Programa de Recursos Francia que depende directamente del Ministerio de Salud que tiene como objetivo la realización de los proyectos de fortalecimientos de las redes de laboratorio para el diagnóstico de los síndromes febriles, estudios de investigación sobre los rayos ultravioletas y su acción en la salud realizado en las riberas del lago Titicaca y la pre eclampsia en la ciudad de El Alto y la pre inversión del barco de salud y los centros de salud de Chirca y Chicaloma.
- Embajada de la India: se prevé llevar adelante distintos acuerdos que involucren el “mejoramiento” de la salud en Bolivia mediante la implementación tecnológica relacionada a la medicina natural y tradicional.
- Embajada de Italia, ha cooperado en el desarrollo de los recursos humanos; el 2016 apoyarán con expertos en el tema de enfermedades sociales (Tabaquismo, alcoholismo y discapacidades) y un centro de rehabilitación de alcohólicos en La Paz. También en el área de economía de la salud, en apoyo a la constitución del Sistema Único de Salud, con estudio de los costos del mismo. Recientemente se ha firmado un Convenio de Crédito para el Sector Salud por un monto importante, destinado a mejoramiento de la calidad y seguridad transfusional, oncohematología y fortalecimiento de redes de bancos de sangre, formación de recursos humanos en Mastología, así como apoyo a la planificación, la Rectoría y para la movilización social en desnutrición.
- Embajada de Venezuela: Acuerdo de Cooperación Técnica en el campo de la salud y la medicina entre la República de Bolivia y la República de Venezuela. Se implementó la Misión Moto Méndez para el estudio de la realidad de las personas con discapacidad en Bolivia; Operaciones Cardiológicas a pacientes infantiles de Bolivia en el Cardiológico Infantil Latinoamericano “Doctor Gilberto Rodríguez Ochoa” con sede en Caracas, Venezuela. Además de contribuir a la formación en Medicina Integral Comunitaria.

d) Entidades Financieras en Salud

Las entidades financieras que brindan asistencia técnica y créditos financieros en salud en Bolivia son:

- **Banco Mundial:** Con el Banco Mundial se han realizado los siguientes proyectos:
 Apoya las Cuentas Nacionales en Salud, Desarrollo humano y acceso a servicios básicos, Proyectos Expansión y Acceso para Reducir Inequidades en Salud APL I, II, III, Desarrollo saludable. Se ha contribuido en el fortalecimiento del Sistema de Información en Salud mediante el desarrollo y sostenibilidad de la plataforma del Sistema Nacional de Información en Salud y sistemas informáticos de salud como el SOAP para el primer nivel de atención, SICE para la administración y atención clínica en los hospitales de segundo y tercer nivel, RUES registro Único de Establecimientos

de Salud, se han fortalecido redes de salud desarrollando las normas de primer y segundo nivel, se acreditaron establecimientos de salud en Chuquisaca, Tarija y La Paz, se ha construido y equipado el bloque oncohematológico del hospital del niño del departamento de La Paz se han dotado de moviidades a las Redes de Salud a nivel Nacional se ha desarrollado el Sistema de Control Administrativo Financiero de Salud (SICOFS), se han capacitado de forma continua los recursos humanos.

- **Banco Interamericano de Desarrollo:** Con el Banco Interamericano de Desarrollo se tienen los siguientes proyectos:

BID 2614/BL-BO: Desde noviembre del 2011 se implementa el programa de fortalecimiento de las redes de salud del Potosí, con un monto de crédito de 35 millones de dólares.

BID 2822 BL-BO: Programa de Mejoramiento del Acceso a Servicios Hospitalarios en Bolivia.

BID 3151/BL-BO: Destinado a mejorar el acceso a servicios de salud con capacidad resolutive, mediante el financiamiento del equipamiento del hospital de Tercer Nivel, "Del Norte" y la construcción y equipamiento del hospital de tercer nivel "El Sur" en la ciudad de El Alto. El proyecto también promoverá prácticas modernas de gestión hospitalaria en Bolivia.

BID 2719 BL-BO: Desarrollo Infantil Temprano "Crecer Bien para Vivir Bien" que tiene tres componentes construcción ampliación y remodelación de los centros infantiles, salas de rezago y brigadas móviles, se han elaborado y validado normas para la evaluación, desarrollo y atención para el desarrollo infantil temprano.

e) Organizaciones No gubernamentales

Las organizaciones no gubernamentales trabajan en actividades complementarias a las desarrolladas por el Ministerio de Salud y Servicios Departamentales, con presupuestos provenientes de la cooperación internacional. Al 2015 se contaba con convenios con:

- Acción Contra el Hambre – ACH
- Adra
- Apprende
- Aprosar
- Ayuda en Acción
- Canadian Feed The Children
- CARE
- Centro de Estudios de Cooperación Internacional. CECI
- Cestas
- Cies – Salud sexual y reproductiva
- Comité Internacional De Cooperación Médica (IMCC)
- Cruz Roja Suiza
- Enfermeras Para El Mundo AECID
- Family Care
- FH Bolivia
- Fondo de Cooperación al Desarrollo (FOS)
- Fundación Ojos del Mundo
- Fundación De Waal

- Handicap International
- Helpage International
- Hivos
- Hospitals of Hope - Hospitales de Esperanza
- Orden hospitalaria de San Juan de Dios Chuquisaca
- ICCO
- Ibis Dinamarca
- IMCC San Lucas
- Ipas Bolivia
- Ivar Méndez
- Kindernothilfe en Bolivia
- Lovain Cooperation au Developpement
- Médicos del Mundo
- Medicos Mundi
- Map International
- Misión Alianza Noruega en Bolivia
- Misión de Esperanza Bolivia
- Organización Esperanza Bolivia
- PCI Bolivia
- Plan Internacional
- Pro Mujer
- Solidaridad Internacional
- Samaritan´s Purse
- Solidaridad Internacional
- Servicio Internacional Británico
- Soforthilfe
- Save The Children Canadá
- Escuela de Salud Tekove Katu
- Terre Des Hommes
- Vecinos Mundiales
- Visión Mundial

f) Nuevas perspectivas de integración regional

- “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; promueve diferentes misiones en territorio boliviano impulsando la igualdad y justicia social en los sectores históricamente excluidos.
- 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.
- La Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) pretende promover la preservación del patrimonio natural de la Amazonia a través de los principios de desarrollo sustentable. Sus países miembros son: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam y Venezuela.

- FONPLATA, es un organismo multilateral conformado por cinco países: Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay y Uruguay, cuya principal misión es apoyar la integración de los países miembros para lograr un desarrollo armónico e inclusivo, dentro y entre las áreas geográficas de influencia de la Cuenca del Plata mediante operaciones de crédito y recursos no reembolsables del sector público.
- ORHAS CONU: Es el observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud, es una red regional de gobiernos, instituciones académicas, de servicio y organizaciones sociales, promovida por la Organización Panamericana de la Salud, para la generación, análisis, acceso e intercambio de información, conocimientos y experiencias que respalda la toma de decisiones y la formulación e implementación de políticas públicas, en respuesta a prioridades nacionales y a las metas regionales de recursos humanos en salud.

2.5. PROBLEMAS Y DESAFÍOS

2.5.1. Problemas

El sistema de salud está segmentado, fragmentado, es excluyente, inequitativo e ineficiente y débil rectoría de la Autoridad Sanitaria.

a) Segmentación del Sistema de salud

La segmentación es la existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, modelo de atención, gestión, afiliación y provisión, que son “especializados” en diversos segmentos de la población, determinados por su nivel de ingresos.

- Subsector público dividido en ámbitos: nacional departamentales, municipales y locales.
- Múltiples programas nacionales independientes poco coordinados entre sí, que alcanzan intervenciones locales. Cumplen sus cometidos, pero no fortalecen al sistema, coordinan poco con los Servicios Departamentales de Salud, las redes de salud y otros programas que podrían ser beneficiados con ello, y son de alto costo.
- Un subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo con 8 Cajas de salud y una de ellas constituida por 8 cajas de salud bajo un Sistema Integrado de la Seguridad Social Universitaria.
- El INASES es una entidad desconcentrada del Ministerio de Salud y ente rector de las Cajas de Salud, que son entidades descentralizadas del Ministerio de Salud. Ello genera distorsiones que deben encararse en la búsqueda de un Sistema Único de Salud.

b) Fragmentación del Sistema de Salud

La fragmentación es la coexistencia de muchas entidades no integradas al interior del sistema de salud. Ella se manifiesta por:

- Redes funcionales sin normas de acreditación.
- Poca coordinación entre redes de diferentes subsectores.

- Ausencia de complementariedad de servicios y continuidad de cuidados.
- Sistema de referencia y contra referencia no implementado en la mayoría de las redes.
- No se cuenta con un verdadero sistema de investigación en salud que articule al conjunto de instituciones académicas, asistenciales y sociales que generan conocimiento. Estos actores funcionan de forma fragmentada produciendo conocimientos que sirven a los intereses de financiadores externos, investigadores individuales u organizaciones no-gubernamentales, y mucho de ese conocimiento no está en relación con las necesidades más relevantes de la población boliviana.
- Elevados costos de transacción; se hace difícil garantizar las condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas.

c) Exclusión en Salud

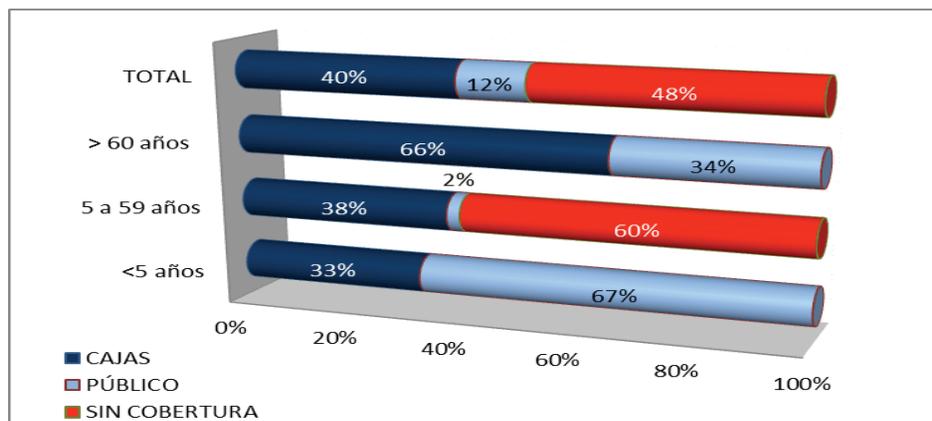
Aún no se ha eliminado la exclusión social de la atención en salud; todavía un 60% de la población entre 5 y 59 años no tiene una cobertura de salud por la SSCP o el sub sector público. Hay algunos grupos específicos de población que sufren aún la exclusión en salud: Las personas con discapacidad, las niñas y los niños en situación de calle, mujeres de toda edad que sufren violencia, y los adultos mayores indígenas.

La exclusión puede estar determinada por causas internas o externas. Las fuentes internas están constituidas por fallas o déficit de calidad, de estructura y de capacidad resolutive. Entre las causas externas se encuentran las barreras de acceso económico, social, cultural, geográfico, laboral, de género, generacionales, etc.

- Las barreras económicas, resultado de la pobreza, impiden a la población acceder a servicios de salud necesarios porque no pueden cubrir los costos directos o indirectos (medicamentos, laboratorio, cesantía), o tienen gastos catastróficos. El indicador más adecuado es el que mide el “Gasto total de bolsillo de los hogares en proporción de total del gasto corriente en salud”¹³.
- Las barreras geográficas, debido a la dispersión de la población en áreas rurales lejanas de los servicios de salud o la falta de caminos o medios de transporte.
- Las barreras sociales se deben a las condiciones de vida, nivel educativo, creencias en salud que generan falta de prevención de las enfermedades.
- Las barreras culturales se deben a la falta de respeto y valoración hacia o más bien entre las culturas de Bolivia (Desconocimiento de sus saberes ancestrales, creencias, percepciones y comportamientos) y desconfianza.
- Las barreras relacionadas con la calidad de atención, inherentes al sistema de salud, son múltiples: las aptitudes, las actitudes, el comportamiento (comunicación, lenguaje, idioma en la relación personal de salud/usuario/a) de los recursos humanos; la ausencia del personal en los establecimientos, la falta de medicamentos e insumos, el mal estado del equipamiento e infraestructuras y otros”.

A estas barreras de accesibilidad podemos agregar otras como la que surge por Discriminación, cualquiera sea la causa; y la barrera de acceso a la información que debe brindarse a la población sobre cuestiones de salud.

Ilustración 52. COBERTURA FORMAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD GESTIÓN – 2014



Fuente: Ministerio de Salud

d) Inequidad en Salud

Las inequidades de gasto per cápita en salud (subsector público y subsector de la seguridad social) permiten reflejar los efectos de la segmentación y fragmentación del sistema de salud. Se estima que para el año 2014, el gasto corriente en salud, o sea el consumo final de bienes y servicios de salud, financiado por el Estado fue relativamente similar en ambos subsectores: el subsector de la seguridad social (858 bolivianos por afiliado) y en el subsector público (841 bolivianos por persona no afiliada a la SSCP).

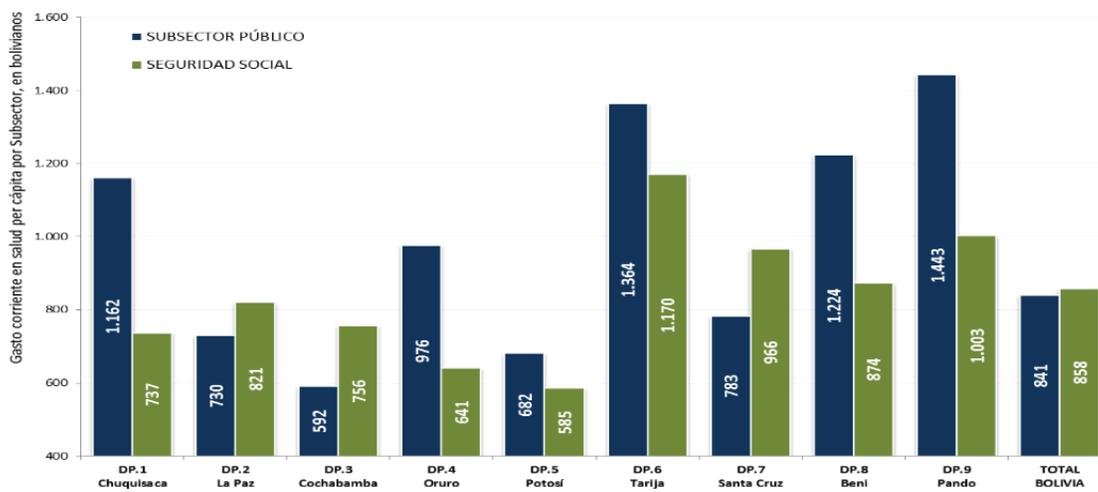
La fragmentación del sistema de salud se refleja sobre todo en importantes inequidades de gasto dentro de cada subsector. El 2014, en la SSCP el gasto corriente en salud en la CNS, fue de Bs. 590 por afiliado, mientras que en la Caja de Salud de la Banca Privada fue de Bs. 2.872, en los Seguros Médicos Delegados fue Bs. 2.770 por afiliado, en la CPS fue Bs. 2.654 y en la CBES fue Bs. 2.561. Por otra parte, en el Seguro Integral de Salud de Santa Cruz – SINEC fue de Bs. 2.298 por afiliado. Con un promedio de gasto corriente en salud por afiliado de solamente 667 Bs, los ocho Seguros Sociales Universitarios (SSU) mostraban una situación crítica; muy especial, ya que, el 85% de sus afiliados son en realidad estudiantes beneficiarios del Seguro de Salud Universitario Estudiantil (SSUE), que no tienen derecho a los mismos beneficios que la población afiliada por relación laboral. En ese contexto, el gasto corriente en salud en los ocho SSUE fue de Bs. 126 por estudiante, mientras que la población afiliada se benefició de un gasto corriente con Bs. 3.670 por afiliado.

En el subsector SSCP, se pueden también observar inequidades geográficas entre los diferentes departamentos del país; cada afiliado a la seguridad social en el departamento de Potosí se beneficiaba en promedio de un gasto corriente en salud de 585 bolivianos, mientras que, en el departamento de Tarija, era de 1.170

En el subsector público, la fragmentación implica importantes inequidades de gasto per cápita entre los diferentes departamentos del país, ya que las entidades territoriales (Gobiernos autónomos municipales y departamentales), el nivel central e instituciones descentralizadas pertenecientes al subsector público destinan recursos de manera diferenciada entre los nueve departamentos..

Asimismo, mientras que el gasto corriente en salud del subsector público fue en todo el país de 841 bolivianos por cada habitante no afiliado a la seguridad social de corto plazo, el gasto corriente en salud del subsector público fue mayor en los departamentos de Pando (Bs. 1.443 por persona no afiliada a la seguridad social en el año 2014), Tarija (Bs. 1.364), Beni (Bs. 1.224) y Chuquisaca (Bs. 1.162). En cambio, el gasto corriente en salud del subsector público fue de solamente Bs. 592 por persona no afiliada en Cochabamba y de Bs. 682 en Potosí. (Ilustración 53)

Ilustración 53. Gasto corriente en salud per cápita de los subsectores público y seguridad social (sobre la población cubierta*), según Subsector y Departamento, en bolivianos - GESTIÓN - 2014



* Población afiliada a la seguridad social según INASES (excluye SSPAM) y población no afiliada a la seguridad social en el subsector público

Fuente: Consultoría Cuentas de Salud (Julien Dupuy)

Hay personal contratado por municipios anualmente y con salarios inferiores a los del nivel nacional que no se registran.

e) Ineficiencia del gasto en salud

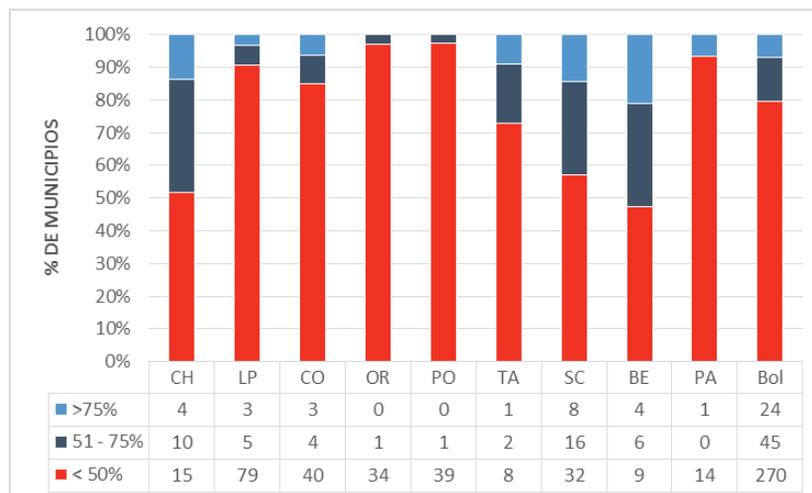
Aún no se ha reducido la ineficacia en el gasto en salud (con la existencia de seguros departamentales y municipales diversos). A pesar de los avances, aún es insuficiente el presupuesto para la salud pública; pero también es evidente que el gasto en salud es a la vez ineficiente¹⁴(muchos gastos inútiles que limitan la producción de servicios de salud) e inefectivo¹⁵ (bajos resultados del incremento presupuestario evidenciado desde el 2005, sobre la salud de la población).

Es muy difícil medir la eficiencia o efectividad en el gasto en salud, considerando que no siempre se puede conocer el costo de los servicios y tampoco se puede establecer que el número de servicios entregados tenga una directa relación con los indicadores de impacto alcanzados en un período.

14 Eficiencia se refiere al logro de mejor producción con los recursos disponibles (o la misma producción con menos recursos),

15 Efectividad se refiere al logro de mejores resultados con los recursos disponibles,

Ilustración 54. Ejecución Presupuestaria Cuenta Municipal en Salud
(Ley N° 475 de Mayo de 2014 – Diciembre 2015)

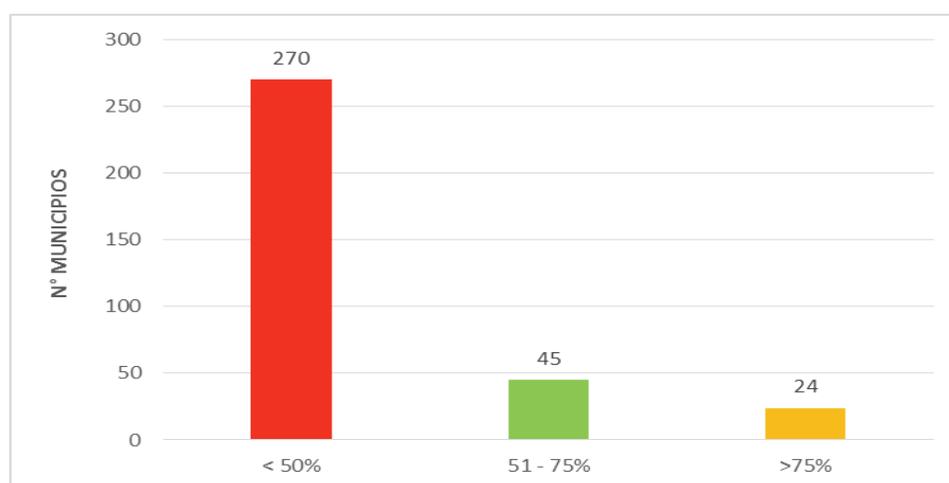


Fuente: Dirección General de Seguros de Salud - Ministerio de Salud

La ejecución de las cuentas municipales en salud es muy diferente entre los municipios y también entre los departamentos.

Ante una baja ejecución presupuestaria en un entorno de tantas necesidades en salud podría inferirse que un Municipio o una Gobernación son ineficientes; y aún si sus ejecuciones fueran satisfactorias, los resultados en salud que se identifican en el diagnóstico pueden reflejar ineficacia.

Ilustración 55. Ejecución Presupuestaria Gasto Municipal total en Salud



Fuente: Dirección General de Seguros de Salud Ministerio de Salud

f) Rectoría débil de la Autoridad Sanitaria

Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales. Por tanto, el proceso de fortalecimiento de

la capacidad rectora del sector salud, lo deberá guiar, en última instancia, el propósito de reducir las inequidades en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo integral y sostenible, y de abatir las desigualdades injustas tanto en lo concerniente al acceso a los servicios personales y no personales de salud, como en la carga financiera que supone el poder acceder a ellos.

Son varios los factores involucrados en la debilidad de la rectoría de la Autoridad Sanitaria; unos de naturaleza estructural como la fragmentación y segmentación del sistema de salud y el Marco de descentralización y autonomías; otros son de carácter funcional, como por ejemplo la alta rotación del personal del Sector Salud principalmente a nivel de autoridades, niveles jerárquicos y mandos medios. El análisis de la rectoría permite evidenciar:

- El sector salud cuenta con legislación descontextualizada.
- Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) en los 9 departamentos dependen administrativamente de los Gobiernos Autónomos Departamentales, y están bajo la tuición técnica del Ministerio de Salud.
- Aún es insuficiente la regulación sobre los insumos esenciales y medicamentos utilizados en el sistema de salud; las instancias responsables han sido sobrepasadas.
- Hay mal funcionamiento del sistema logístico de insumos y medicamentos, que genera desabastecimiento.
- Aún es insuficiente la regulación y el control sobre el equipamiento a utilizar en el sistema de salud, la vasta y variada oferta de tecnologías de información, investigación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sigue las leyes de un mercado no regulado, de altísimo costo y sin evaluación de beneficios.
- Algunas instituciones en salud de los sub sectores público, privado y SSCP no reportan sus datos al SNIS, ya que existe cierto grado de resistencia para el mismo a nivel nacional, lo que podría dificultar la alerta temprana cuando corresponda o la toma de decisiones con relación a enfermedades en ciertas circunstancias como epidemias.
- En el país hay leyes relativas a la vigilancia de las reacciones adversas a medicamentos (RAM) y un Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFCVG), y existe un Centro Nacional de Farmacovigilancia vinculado a la ARM; aún no hay un comité consultivo de farmacovigilancia nacional capaz de proporcionar asistencia técnica o evaluación de causalidad, evaluación de riesgos, gestión de riesgos, investigación de casos, o gestión de crisis. Tampoco existe una estrategia de comunicación clara para el intercambio de información sistemático ni de la crisis. Aún no se ha tomado ninguna decisión reglamentaria basada en los datos de farmacovigilancia locales; las RAM se vigilan en programas de salud pública. En los últimos dos años, médicos, enfermeras, farmacéuticos, compañías farmacéuticas y el programa de tuberculosis, han notificado RAM al (SNFCVG).
- La diferencia de la normativa legal entre los sectores público, privado y seguridad social de corto plazo genera insatisfacción del personal, especialmente en el subsector público, que está considerado como funcionario público y tiene muy poca seguridad laboral. El personal de la SSCP está incluido en la Ley del Trabajo, percibe mejor salario y trato diferente, como la compensación por año trabajado (desahucio): En el subsector privado existen contratos temporales de trabajo o tercerización de servicios que atentan contra el bienestar de los trabajadores.
- No se realiza la evaluación del desempeño del recurso humano desde hace muchos años; se la ve como amenaza antes que un mecanismo de mejora de la calidad.

- Todavía se tiene trabajo que realizar en lo relacionado a implementación de protocolos en el manejo diario de pacientes en el subsector público más que en la SSCP.
- Dispersión de esfuerzos en la contratación de los recursos humanos por el nivel central, departamental y municipal que no coordinan de forma efectiva la distribución de los mismos.
- Hay conflicto de intereses en personal que trabaja en más de un subsector que repercuten negativamente en el sub sector público (derivación de pacientes a servicios privados para diagnósticos o tratamientos).
- El Año de Servicio Social Obligatorio no alcanza a carreras como fisioterapia, psicología, fonoaudiología, psicomotricidad, con lo que se pierden recursos importantes para varios de los Programas nacionales de salud.
- El Sistema Nacional de Información en Salud – SNIS es la instancia oficial de información de salud a nivel nacional; brinda información de la producción de Servicios de Salud y de vigilancia epidemiológica; sin embargo, la información de varios aspectos es incompleta o no está actualizada, por ejemplo, no tiene información sobre recursos humanos, la de Establecimientos de Salud y la relacionada con el perfil epidemiológico del país. Lo que ha provocado que gran parte de la información de las principales enfermedades, de magnitud o trascendencia mayor, la registren los programas epidemiológicos, mediante sus propios registros generados por sistemas paralelos de información.

Las debilidades mencionadas sumadas al propósito de construir un Sistema Único de Salud nos llevan a considerar la Rectoría como un Objetivo estratégico del Sector Salud a fortalecer, así como a restablecer la correspondiente a las autoridades sub nacionales reconocidas en nuestra normativa.

2.5.2. Desafíos

La implementación del Sistema Único de Salud en este quinquenio implica grandes desafíos para el Sector Salud, estos son:

a) Fortalecimiento de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria

Un marco legal actualizado en salud puede darle al Ministerio de Salud una gran fortaleza en el ejercicio rector del sistema de salud y facilitar la reversión o minimización de la segmentación, la fragmentación e ineficiencia detectadas. De igual manera permitirá la implementación de medidas transformadoras del sistema, en lo relacionado con la gestión del talento humano, la implementación del Plan de Hospitales para reducir la brecha de infraestructura y equipamiento existentes, para la gestión del Complejo Industrial Farmacéutico y la transformación del sistema nacional de información en salud.

b) Gestión del talento humano en el Sector Salud

La Gestión de Recursos Humanos en el Sector Salud es el proceso administrativo que busca promover a los empleados a alcanzar un nivel de desempeño y una calidad de conducta personal y social que cubra sus necesidades y expectativas personales, así como las de la institución donde trabajan y de la población usuaria de los servicios.

La Política de Recursos Humanos en Salud, está en construcción, contextualizada a la situación actual de brechas e inequidad del sistema, inseguridad e inestabilidad laboral, insatisfacción institucional y la necesidad de profundizar la aplicación de la política nacional de salud.

Los espacios de coordinación entre el Ministerio de Salud y las entidades de formación de recursos humanos en salud deben conciliar la inclusión en el currículo, del enfoque intercultural, que se encuentra aprobado desde la Constitución Política del Estado.

Los criterios de evaluación del desempeño deben ser consensuados y basados en el beneficio mutuo del personal y de la institución, considerando que el beneficiario final merece atención de calidad. Un elemento fundamental en este proceso es la elaboración de protocolos de atención y la exigencia de su cumplimiento.

Se requiere generar una propuesta integral que desarrolle la carrera sanitaria, desde el ingreso, el ejercicio profesional, técnico, laboral y el egreso, se hace necesaria una Ley especial de recursos humanos de salud. Esta propuesta debe considerar a todas las profesiones y niveles técnicos que se tienen en salud por ejemplo incorporando profesionales de otras carreras al sistema de salud y un paso inicial es la inclusión de estos mediante el programa “Año de Servicio social Obligatorio - ASSO”.

c) La intersectorialidad, el derecho y deberes de la población.

La salud es un derecho. El ejercicio de ese derecho es uno de los principales objetivos del sistema de salud. Se puede lograr cuando toda la población en uso de razón esté completamente informada en salud, sea motivado a analizar dicha información y a valorar la importancia de la prevención de riesgos y enfermedades, y actuar en consecuencia, adoptando conductas saludables. Esto persigue el enfoque de la Promoción de la Salud y sus estrategias, establecidas en la Política SAFCI.

Se ha implementado la intersectorialidad para combatir la desnutrición; ello se debe tomar como ejemplo a aplicar a otros temas como: violencia, discapacidad, salud ambiental, salud ocupacional, tercera edad, para lo cual se van generando alianzas estratégicas con diferentes sectores.

Se debe fortalecer la gestión de los Consejos Sociales de Salud Municipales, Departamentales y Nacional que representan un empoderamiento de la población en temas de salud; sus actividades van a mejorar la coordinación intersectorial para transformar positivamente las condiciones de salud.

Se debe fortalecer la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado en los factores determinantes de la exclusión social en salud, incrementando el acceso de la población a servicios básicos, como educación, trabajo digno decente, seguridad, energía limpia, vivienda, saneamiento básico, nutrición y salud para el Vivir Bien.

El enfoque de educación para la vida se constituye en uno de los mayores desafíos ya que aún no se ha logrado una alianza con el sector educación que permita la generación de personas con conocimiento, actitudes, hábitos y prácticas saludables, madres y padres de familia que sepan cómo ser buenos padres, así como la generación de espacios saludables, articulación

de los sectores de salud, educación con la familia cuyo objetivo común sea la salud y bien estar de los estudiantes desde el ingreso hasta su egreso a la unidad educativa.

Se tiene normativa y materiales educativos para los cuarteles saludables en el programa centinela de la salud, el desafío es la proyección de este conocimiento a la población.

d) Capacidad Instalada y Resolutiva del Sistema Nacional de Salud

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.

La calidad de los servicios sigue deficiente a pesar de grandes inversiones realizadas en los últimos cinco años en infraestructura y equipamiento y del incremento en recursos humanos de los últimos cinco años. Ello se debe a:

- Los procesos administrativos generan demoras innecesarias en la atención.
- Algunos establecimientos de salud que no están debidamente articulados en redes funcionales, lo que dificulta una eficiente articulación entre los Establecimientos de Salud de diferentes niveles, que repercute directamente en la atención al paciente. Aunque existe la normativa de referencia y retorno no se cuenta con una norma de acreditación de redes que permita evaluarlas.
- Hay mal funcionamiento del sistema logístico de insumos y medicamentos, que genera desabastecimiento.

El desafío es lograr que las redes de servicios de salud centren su atención en la satisfacción del usuario, es decir en la persona, familia y comunidad con enfoque integral e intercultural en el continuo de la vida esa es la política de salud familiar comunitaria e intercultural.

La integralidad y la continuidad de la atención centrada en el usuario permite que el 80% de los problemas de salud puedan ser resueltos en el primer nivel de atención que además tiene una población asignada por territorio ya que el principal objetivo de mantener sana a su población asignada, el 15% de problemas debe ser resuelto por un segundo nivel de atención el mismo que debe encontrarse como referencia de los primeros niveles más cercanos y el 5% de problemas de salud será resuelto por los terceros y cuartos niveles de atención en salud son los más complejos y los que requieren de alta especialización.

Debe lograrse que la atención de salud sea completa e integral desde la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades la realización de un diagnóstico preciso, confiable y oportuno, el tratamiento adecuado, la investigación, la docencia y la rehabilitación de la salud.

El desafío es desarrollar las Redes Funcionales de Salud que cumplan con las expectativas de la población. Para tal efecto se tienen experiencias en el país que deben ser desarrolladas y aplicadas adecuadamente en otras redes, como:

- Los centros de desarrollo de competencias en el marco de la capacitación continua y la medicina basada en la evidencia.
- Los centros coordinadores de emergencias.

- Los centros de salud integrales que se implementan de acuerdo al perfil epidemiológico de la población asignada.
- Los hospitales de tercer nivel se convierten en los impulsores de la calidad de atención en salud de todas las redes de salud del departamento, buscando la alta capacidad de resolución en los primeros y segundos niveles, desarrollan guías de acuerdo a las normas nacionales y a la experiencia científica de la atención de la población del departamento.
- Laboratorios fortalecidos y con vigilancia de alta calidad que se encuentran organizados en una red a nivel nacional.
- Servicios de gabinete con equipos de alta eficiencia así como con personal capacitado.
- La administración de los establecimientos de salud tiene el enfoque de calidad de servicio, cuenta con personal calificado y con actitud de servicio a la población.

e) Plan Nacional de Hospitales

El Estado, invertirá \$us 1.700 millones en la construcción, ampliación y equipamiento de 47 institutos y hospitales de salud de forma concurrente con las entidades territoriales autónomas, 4 Institutos de cuarto nivel (Oncología, Cardiología, Gastroenterología y Nefrourología – Neurología); 12 hospitales de tercer nivel; 31 hospitales de segundo nivel y 180 establecimientos de salud de primer nivel cuya ubicación se describe en los siguientes cuadros:

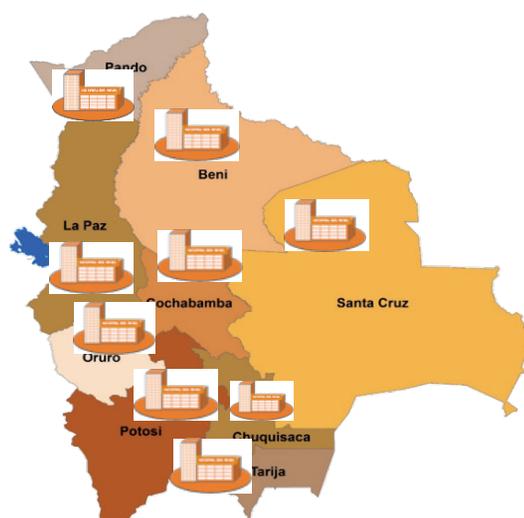
Ilustración 56. Área de construcción de Hospitales de Nivel 4 - Periodo - 2015 - 2020



Fuente: Programa Técnica Operativa de Infraestructura y Equipamiento Médico – Ministerio de Salud

Ilustración 57. Ubicación de la Construcción de Hospitales de Tercer Nivel Periodo - 2015 - 2020

| PROYECTO | DEPARTAMENTO |
|------------------------------|--------------|
| Hospital de Tercer nivel | La Paz |
| Instituto Nacional del Torax | La Paz |
| Hospital El Alto Sur | La Paz |
| Hospital de Oruro | Oruro |
| Hospital de Beni | Beni |
| Hospital de Pando | Pando |
| Hospital de Potosí | Potosí |
| Hospital del Gran Chaco | Tarija |
| Hospital Oncológico | Tarija |
| Hospital de Villa Tunari | Cochabamba |
| Hospital de Sucre | Chuquisaca |
| Hospital de Montero | Santa Cruz |



Fuente: Programa Técnica Operativa de Infraestructura y Equipamiento Médico – Ministerio de Salud

Ilustración 58. Ubicación de la Construcción de Hospitales de Segundo Nivel 2015 - 2020



| PROYECTO CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO | Departamento |
|---|--------------|
| Hospital Riberalta | Beni |
| Hospital San Ramon | Beni |
| Hospital de Segundo Nivel San Borja | Beni |
| Hospital Segundo Nivel Jose de La Reza - Capinota | Cochabamba |
| Hospital Segundo Nivel Sacaba | Cochabamba |
| Hospital Segundo Nivel Punata | Cochabamba |
| Hospital Ivirgarzama | Cochabamba |
| Hospital Quillacollo | Cochabamba |
| Hospital Municipal Carmén López - Aiquile | Cochabamba |
| Hospital Madre Obrera Llallagua | Potosí |
| Hospital Ocuri | Potosí |
| Hospital Colcha k | Potosí |
| Hospital Uncia de Potosí. | Potosí |
| Hospital Tupiza | Potosí |
| Hospital de Villazon | Potosí |
| Hospital de Camiri | Santa Cruz |
| Hospital Puerto Suarez | Santa Cruz |
| Hospital de Segundo Nivel San Ignacio de Velasco | Santa Cruz |
| Hospital de San Julian | Santa Cruz |
| Hospital Warnes | Santa Cruz |
| Hospital La Guardia | Santa Cruz |
| Hospital de Segundo Nivel Torno | Santa Cruz |
| Hospital de Segundo Nivel- San Buenaventura | La Paz |
| Hospital Caranavi | La Paz |
| Hospital de Segundo Nivel Palos Blancos | La Paz |
| Hospital de Segundo Nivel Ixiamas | La Paz |
| Hospital de Segundo Nivel Achacachi | La Paz |
| Hospital Corea El Alto | La Paz |
| Hospital Culpina | Chuquisaca |
| Hospital de Segundo Nivel Challapata | Oruro |
| Hospital de Segundo Nivel San Lorenzo | Tarija |

Fuente: Programa Técnica Operativa de Infraestructura y Equipamiento Médico – Ministerio de Salud

Esta inversión tiene el objetivo de que en Bolivia pueda resolverse todos los problemas de salud que de acuerdo a perfil epidemiológico se tienen, y no tener que salir de nuestro país, generando mejores condiciones de atención para la población, y mayor acceso a los especialistas y subespecialistas.

f) Sistema Único de información de salud y Uso/aprovechamiento de los recursos tecnológicos

El Sistema Nacional de Información en Salud es la unidad responsable de proveer al país, y al sector salud de datos e información para la gerencia y la vigilancia epidemiológica que permitan tomar decisiones adecuadas y oportunas en la planificación, ejecución y evaluación, de políticas públicas en el ámbito de la salud.

Los sistemas de información como parte de sus procedimientos, contemplan el análisis y utilización de la información. En el caso del Sector Salud y tomando en cuenta los ajustes permanentes y la toma de decisiones en los diferentes niveles, es necesario dotar al personal de una metodología de análisis e interpretación de la información, la misma que sin entrar en un plano de rigidez, contemple la estandarización de ciertos aspectos que permitan su comparabilidad y medición.

Cabe señalar que aunque se cuenta con las Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSAs) que se usan para calcular las tasas de mortalidad, la construcción de indicadores de mortalidad no debiera reemplazar a aquellos esfuerzos por construir indicadores a partir de registros diarios y estandarizados.

El desafío es contar con un Sistema Único de Información en Salud, que concentre y analice la información generada por el sector salud, mediante la utilización de instrumentos como la carpeta familiar, el módulo de información básica, el expediente clínico digitalizados que logren mejorar la calidad de atención en salud a la población y generar políticas de salud basadas en la información real y oportuna.

Se tiene el desafío de continuar con la implementación de infraestructura y equipamiento para TELESALUD: - 235 Unidades TELE1 (Primer Nivel) en 340 Municipios de 8 Departamentos. - 48 Unidades TELE2 (Segundo Nivel) en 13 Municipios de 9 Departamentos. - 3 Unidades TELE3 (Tercer Nivel) en 3 Departamentos.

La Telesalud permite la interconsulta con especialistas y/o personal multidisciplinario logrando dar acceso a la población que por falta de recursos no puede llegar a niveles de mayor complejidad y cuando se detecta un problema más complejo se realiza la referencia a un establecimiento de salud de mayor complejidad; además se puede utilizar los equipos y conexión de internet para la teleeducación que permite la capacitación continua al personal de salud.

También se están realizando en los diferentes municipios inversiones en tecnología que son importantes y el plan de hospitales contempla incorporar nueva tecnología en las nuevas construcciones programadas. La utilización de equipos de laparoscopia en hospitales de 2do y 3er nivel y la capacitación en el procedimiento, permite intervenciones con pocos días de hospitalización, reduciendo el riesgo del paciente a la infección y también se reducen los costos que representa la estadía en internación.

g) Regulación y producción de Medicamentos e Insumos

La regulación y producción de medicamentos e insumos busca cubrir esencialmente las necesidades de la población bajo el principio de equidad. Y así contribuir a la reducción del “gasto de bolsillo”.

La Autoridad reguladora de Medicamentos denominada Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED), tiene como responsabilidad el otorgamiento de licencias para ello debe realizar la inspección de fabricación y distribución, la evaluación de productos y registro sanitario, el monitoreo de reacciones adversas, el control de calidad, el control de promoción, alerta de medicamentos, y el control de ensayos clínicos

En resumen, se tienen los siguientes desafíos para el quinquenio:

- La implementación del Servicio Universal de Salud mediante el Sistema Único de Salud que es un mandato constitucional y una demanda social pendiente.
- Tener una política de recursos humanos basada en la carrera sanitaria y acorde a la realidad del país.
- Que el Ministerio de Salud se constituya en la instancia que ejerce rectoría y gobernanza del sector, basada en un marco normativo contextualizado en el marco del Sistema Único de Salud.
- Funcionamiento de los establecimientos de salud en el marco de las redes funcionales de salud.
- Que el Ministerio de Salud consolide mínimamente un 90% de información mediante el Sistema Único de Información en Salud (SUIS).
- Reducir la barrera económica de acceso a la salud mediante la consolidación del esquema de financiamiento; el 70% de la población debe acceder a servicios de salud y un 90 % de los establecimientos deben brindar atención de forma gratuita.
- Reducir la barrera geográfica, cultural y ampliar la capacidad resolutive en los 339 municipios mediante MI SALUD, TELESALUD y los servicios de primer nivel.
- Fortalecer la intersectorialidad, desarrollar la salud ambiental, la salud ocupacional y la salud mental.
- Lograr mejorar la calidad de atención de salud que se brinda en todos los servicios de salud en los diferentes subsectores del sector de salud.
- Implementar y lograr el funcionamiento adecuado de los nuevos establecimientos de salud.

En el proceso de planificación se establecieron desafíos complementarios para el quinquenio:

- Establecer el nuevo marco legal del sistema de salud:
 - Ley General de Salud
 - Ley del Sistema Único de Salud
 - Establecer la Autoridad Fiscalización de Salud
 - Ley de Sangre y Hemoderivados
 - Ley de Tasas de los medicamentos
 - Ley de Responsabilidad Médico-Sanitaria
 - Ley de Trasplante de Órganos, Células y Tejidos
 - Ley de Control, Expendio y Consumo de Productos de Tabaco
 - Decreto de Creación de la Autoridad Nacional Reguladora de Medicamentos y Tecnologías en Salud
 - Reglamento Ley 341 de Participación y Control Social en Salud
 - Norma nacional de emergencias y urgencias medicas
 - Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud tercer y cuarto nivel
 - Norma nacional de gestión de calidad

- Norma nacional de atención clínica de salud por nivel de atención
- Actualización de las normas de caracterización y acreditación de establecimientos de salud
- Declaratoria de Salud como sector estratégico.
- Implementar las redes funcionales de servicios de salud de ámbito departamental.
- Implementación de la estructura operativa de la referencia y la contra referencia, articulados con el Centro Regulador del Sistema de Emergencias y Urgencia Médicas, mediante el cual se operará los procesos que requiere la red de servicios de salud.
- Consensuar la Carrera Sanitaria.



Capítulo III.
POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS
ESTRATÉGICOS

CAPÍTULO III. POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

3.1. DERECHO A LA SALUD

La salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”¹⁶ no es suficiente para explicar la determinación social de la misma. Por ello se entiende la salud “como un proceso multidimensional de contradicciones, entre situaciones destructivas y protectoras para la vida”, “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”.

La Salud y la Enfermedad son producto de la Determinación Social; las causas de la mala salud están en la sociedad, en las condiciones de vida y trabajo; transformar esas condiciones es parte fundamental de las tareas de la Medicina Social y la Salud Colectiva¹⁷.

La salud es una construcción social derivada de las formas en que se organiza una sociedad para producir y distribuir su riqueza social. En otras palabras, la salud de la población está determinada, en última instancia, por el modelo de desarrollo y consumo de una sociedad¹⁸.

El gran desafío es comprender cómo acoplar el debido reclamo de nuestro pueblo por acceso a los servicios asistenciales de la salud individual, con la urgencia -es a sí mucho menos comprendida e interiorizada-, de transformar con sentido preventivo la determinación social de los problemas de salud¹⁹.

Promoción de la Salud: En el marco de la Política SAFCI los establecimientos de salud asumen un enfoque integral de la salud, donde la atención garantiza la seguridad de las intervenciones médicas clínicas y quirúrgicas, cubriendo las necesidades y expectativas del usuario/a, trascendiendo el establecimiento para acercarse a la familia y comunidad, con procesos de educación, participación, alianzas estratégicas intersectoriales; buscando romper barreras de dispersión poblacional, geográficas, interculturales.

La proyección del servicio de salud a la familia se realiza mediante la Salud Familiar; siendo la visita domiciliaria el medio y la carpeta familiar el instrumento que permite contar con información biológica, socioeconómica de las familias, identificando los riesgos de enfermar y morir para intervenir localmente en las determinantes sociales del proceso salud enfermedad y transformarlas, para “vivir bien. La información sistematizada de la carpeta familiar facilita el seguimiento a riesgos biológicos y sociales por el servicio de salud, autoridades sociales y Gobiernos Autónomos Locales (Municipio, IOC).

16 (OMS, 1946)

17 Granda E. *A qué llamamos salud colectiva, hoy.* Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2004

18 O. Feo I, y Col. "Pensamiento contra hegemónico en salud"

19 J. Breilh. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)* 20 DS SAFCI. Art. 8

La carpeta familiar, permite realizar un análisis de situación actual de la comunidad compuesta por cada una de las familias y cruzar la información de las determinantes de la salud y el perfil epidemiológico, para la planificación y gestión en salud, así como nos da información actualizada de los indicadores socio demográficos por comunidades, que puede variar con el proporcionado por el INE debido a las migraciones pos censales. Por lo que se constituye en un instrumento de valor también para otros sectores.

3.2. LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

El objetivo de la Política 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 población²⁰.

La 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 ambientales²¹.

El **modelo de atención** de la Política 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 barrio²².

Los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural son: Participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad²³. La estrategia para su implementación es la promoción de la salud.

Los medios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural para su aplicación son:

Reorientación de los servicios de salud:

Es el proceso de reorganización de la atención y funcionamiento de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la interculturalidad mediante la educación permanente, investigación pertinente e idónea, contextualización sociocultural del servicio, la articulación complementaria con la medicina tradicional y aplicación de la carpeta familiar, a través de la visita familiar; respetando y valorando sentires, conocimientos saberes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades con buen trato²⁴.

20 DS 29601 Art. 2

21 DS 29601 Art. 4

22 DS 29601 Art. 5

23 Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social - Dirección General de Promoción de la Salud.

24 Documento técnico – estratégico Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Entendiéndose como un proceso de transformación por medio del cual los servicios asumen un enfoque integral de la salud con calidad, capacidad resolutoria, cubriendo las necesidades, expectativas y cosmovisión de la persona, trascendiendo el establecimiento de salud para acercarse a la familia y comunidad, con procesos de educación, participación, alianzas estratégicas intersectoriales.

Educación para la vida:

Es el proceso de intercambio de sentires, saberes- conocimientos y prácticas que permiten la protección de la vida y la salud de la persona, familia, comunidad y Madre Tierra, en base a la reflexión e identificación de las determinantes, problemas, necesidades y la búsqueda de soluciones, mediante la toma de decisiones de manera conjunta entre el servicio de salud y la comunidad a través de la gestión participativa²⁵.

Participación y Movilización Social:

La participación social es el proceso mediante el cual los actores sociales toman decisiones, de manera efectiva, en la planificación, ejecución - administración, seguimiento-control de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas.

La movilización social es el proceso por el cual la población organizada asume el ejercicio de su derecho a la salud mediante acciones comunitarias que permiten la gestión social en la toma de decisiones que contribuyen a la transformación de las determinantes y los servicios de salud, a partir de la utilización de sus recursos (materiales y no materiales), donde el personal de salud se constituye en el facilitador de estos procesos, brindando información adecuada, oportuna, pertinente, de manera continua y en los espacios propios de las comunidades, urbanas y rurales, generando la reflexión sobre la problemática en salud²⁶.

Intersectorialidad y Alianzas estratégicas

La intersectorialidad es la conjunción de esfuerzos, recursos y capacidades de sectores (salud, educación, saneamiento básico y otros), instituciones públicas y privadas, dirigidas por la población organizada, para el logro de objetivos comunes en salud, a partir de la complementariedad de sus capacidades y destrezas reunidas en trabajo de equipo, lo que permite aumentar las posibilidades de transformar las determinantes sociales de la salud²⁷.

Las alianzas estratégicas son el proceso de coordinación entre el personal de salud, los otros sectores y actores sociales para actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad²⁸.

3.3. EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

En general, se asume al sistema de salud como el conjunto de acciones, normas y personas cuyas actividades se relacionan directa o indirectamente con la atención a la salud individual y colectiva. Es importante subrayar que un componente fundamental de las políticas de salud es la organización y financiamiento de los sistemas de salud, y que ese concepto va mucho

25 *Lineamientos Estratégicos de Promoción de la Salud, 2013*

26 *Lineamientos Estratégicos de Promoción de la Salud, 2013*

27 *Lineamientos Estratégicos de Promoción de la Salud, 2013*

28 *Ministerio de Salud y Deportes, 2010: 22*

más allá que el de servicios de salud o de atención médica²⁹. La Constitución Política del Estado establece que el Sistema de Salud en Bolivia es el Sistema Único de Salud

El Sistema Único de Salud se constituye en un medio para el logro del ejercicio del derecho a la salud ya que de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política del Estado 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.

Los principios que regirán al Sistema Único de Salud son:

Solidaridad: Los sub sectores de salud actuarán conjuntamente entre ellos en la satisfacción de las necesidades colectivas de salud de Bolivia, mediante la coordinación y cooperación permanente entre ellos y utilizarán mecanismos redistributivos para garantizar un aprovechamiento equitativo de los recursos.

Eficiencia: La respuesta de los servicios de salud ante los requerimientos de la persona, familia y comunidades, es oportuna, segura y de calidad de acuerdo con su capacidad resolutoria, logrando la máxima satisfacción de los usuarios, así los recursos son utilizados eficientemente.

Corresponsabilidad: La responsabilidad en salud es de todos, los servidores de salud o personal de salud, la población, las autoridades, sin embargo, cada uno tiene funciones y atribuciones definidas las cuales deben ser cumplidas.

Universalidad: Establece la inclusión en salud de toda la población, como un derecho humano fundamental y social; y un bien público inalienable garantizado por el Estado.

Gratuidad: Los servicios de salud del Sistema Único de Salud son gratuitos en el punto de atención para los sujetos del derecho de la presente Ley y son financiados con recursos fiscales de las entidades públicas de salud.

Equidad: El Sistema Único de Salud garantiza el acceso y trato equitativo en los servicios de salud.

Gradualidad: El Sistema Único de Salud es de implementación gradual, hasta llegar a su aplicación integral y completa, de acuerdo a la disponibilidad de recursos del Estado Plurinacional y la articulación de todos los subsectores que componen el actual Sistema Nacional de Salud.

Integralidad: Articula todos los niveles de atención en salud, los procesos de promoción de la salud y la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad.

Oportunidad: Los servicios de salud brindan atención en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad lo necesita, obteniendo el máximo beneficio sin demoras y/o postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños.

Intersectorialidad: Impulsa la interacción entre diferentes sectores del desarrollo social, económico y cultural en todos los niveles de gestión del Estado y en las entidades territoriales autónomas, con el fin de actuar sobre las determinantes sociales de la salud.

29 Documento técnico del SUS Dirección General de Servicios de Salud 2016

Interculturalidad: Reconoce, acepta y respeta los sentires, saberes, conocimientos y prácticas de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afro bolivianos, a través de acciones y servicios que asumen recíprocamente las lógicas culturales en salud, con la articulación de las medicinas tradicionales y académicas.

Intraculturalidad: Promueve la recuperación, fortalecimiento y revitalización de la identidad cultural de las naciones y pueblos indígena originario campesinos en el proceso salud/enfermedad de las personas, familias y comunidades.

Participación y control social: Propicia el derecho y la obligación de la población organizada de participar en la toma de decisiones en la planificación, ejecución, administración y control social en todos los niveles de gestión del Sistema Único de Salud.

Calidad en salud centrada en la persona, familia y la comunidad: Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud la aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutive adecuada a las necesidades y expectativas de las usuarias y los usuarios.

3.4. SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD

La calidad de los servicios de salud responsabiliza y compromete a las instituciones, establecimientos y servicios de salud de los cuatro niveles de atención para la adecuada aplicación de su capacidad resolutive, conocimientos y tecnologías disponibles, a fin de garantizar el buen trato y la resolución efectiva de las necesidades y expectativas en salud de la persona, familia y comunidad. Los servicios de salud son el conjunto de atenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y reinserción social, respaldado por normas y protocolos oficiales nacionales o en su ausencia internacional. Requieren una organización estructural y funcional específicas, que hasta el momento han costado implementar; unas son las Redes funcionales de salud y las otras son la atención integral y el continuo de la atención en el ciclo de vida.

3.4.1. Red funcional de servicios de salud:

Está conformada por establecimientos de salud de primer, segundo, tercer y cuarto nivel de los subsectores público, de la SSCP y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud³⁰.

La Red Funcional de Servicios de Salud se define como el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de 1er, 2do y 3er nivel, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad, para garantizar la capacidad resolutive máxima en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y daño.

La red funcional de servicios de salud tiene la característica de no considerar como obstáculos a los límites administrativo-políticos preestablecidos partiendo de una concepción reactiva³¹ da respuesta a las necesidades de atención en salud, bajo criterios de accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad por parte del usuario.

30 DS 1984 Reglamentario de la Ley 475

31 Ministerio de Salud y Deportes. Estructuración de Redes Funcionales de Servicios de Salud 2012

3.4.2. Atención Integral de Salud:

La atención integral de salud comprende la promoción de la salud, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico de las enfermedades, la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales y la rehabilitación.

La atención integral, para cada momento del curso de la vida, incluye la detección de signos y síntomas (señales), que permiten clasificar, diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente como corresponda a esa clasificación. El tratamiento, de acuerdo a la severidad de la clasificación, puede ser referencia o tratamiento hospitalario o en el hogar. Si el tratamiento debe ser realizado en el hogar, éste consiste en el tratamiento específico (con medicamentos) en caso de que sea necesario; orientación sobre prácticas adecuadas y promoción de la salud: orientación y aplicación de Intervenciones; cuando volver de inmediato o cuando volver para control.

3.4.3. El continuo de atención en el curso de la vida³²

El enfoque del ‘continuo de atención’ contribuye a brindar atención Integral en salud a la población, la cual debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, (sobre todo en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niña/o y adolescente), en diferentes ámbitos de atención: hogar, la comunidad, lugares de trabajo, ambientes de estudios y los establecimientos de salud por nivel de atención. Estos servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; reconociendo que el mejorar el estado de salud en un ‘momento’ del continuo, repercute favorablemente en el siguiente.

3.4.4. Envejecimiento saludable³³

Es el Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo.

Según el Censo 2012, hay 893.606 personas mayores de 60 años. En proporción la población menor a 5 años representa el 10% y la mayor a 60 años es el 9%.

El modelo del Envejecimiento Saludable concibe la resiliencia como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional³⁴ frente a la adversidad (ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación). Esta capacidad comprende los componentes

32 *Ministerio de Salud; “Atención integrada al continuo del curso de la vida adolescente -mujer en edad fértil, mujer durante el embarazo, parto y puerperio- recién nacido niño/a menor de 5 años”; Publicación 240; Serie Documentos Normativos; noviembre 2011*

33 *Documento de consulta: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud; Organización Mundial de la Salud, 2015.*

34 *La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona. El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye -desde el nivel micro hasta el nivel macro- el hogar, la comunidad y la sociedad en general.*

intrínsecos de cada persona (por ejemplo, los rasgos psicológicos que ayudan a afrontar los problemas individuales y resolverlos de manera positiva o las reservas fisiológicas que permiten a una persona mayor recuperarse rápidamente después de una caída) y los componentes del entorno que pueden mitigar las carencias (por ejemplo, redes sociales fuertes a las que recurrir en momentos de necesidad o buen acceso a asistencia sanitaria y social).

Para definir políticas que fomenten el Envejecimiento Saludable, es preciso esforzarse por comprender mejor las necesidades diversas de las poblaciones de edad avanzada. Por lo mismo las esferas de acción prioritarias en materia de Envejecimiento Saludable son:

- Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente.
- Crear sistemas de cuidados a largo plazo.
- Crear entornos amigables con las personas mayores o Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión a los adultos mayores.

3.5. RÉGIMEN AUTÓNOMICO EN SALUD

Además de las competencias establecidas en la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización los Gobiernos Autónomos Departamentales, Municipales, Regionales e Indígena Originarias, son responsables de la salud en su jurisdicción y al servicio de la misma, tienen las siguientes disposiciones:

Se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno que interactúan y aúnan sus esfuerzos para disminuir la exclusión en salud de los segmentos poblacionales más desprotegidos, así como los altos índices de morbimortalidad de acuerdo al perfil epidemiológico característicos por cada región.

La coordinación entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos autónomos constituye una obligación en la implementación en las políticas de Salud, como base fundamental que sostiene el régimen de autonomía para garantizar la salud a toda la población boliviana.

La responsabilidad concurrente de los órganos públicos en la determinación de la fuente de recursos y la asignación de los mismos para el ejercicio del derecho a la salud en todo el territorio Nacional.

La incorporación en su planificación estratégica y operativa de recursos para la mejora de las determinantes de la salud como ser educación para la vida, acceso al agua potable, alimentación, alcantarillado, saneamiento ambiental, vivienda, trabajo, seguridad ciudadana y otros.

3.6. RECTORÍA SANITARIA

Hay dos grandes dimensiones de la rectoría que la Autoridad Sanitaria debe implementar, ellas son: la Conducción y la Regulación (y fiscalización); ambas pueden interactuar con otras dimensiones importantes a saber: la Garantía del Financiamiento Público (SSCP + Público) en salud y su adecuada y equitativa distribución, las Funciones Esenciales de Salud Pública y la garantía de la provisión de los servicios, bajo control público³⁵.

35 Ministerio de Salud. PSD 2010-2020.

La conducción de la política general de salud y de las acciones del sistema sanitario, permiten preservar y mejorar los niveles de salud de la población. Debe enmarcarse en los planes de desarrollo y articularse con otros sectores. La Función de conducir el sector incluye una serie de componentes: 1. Realización de análisis de la situación de salud; 2. Definición de prioridades y objetivos sanitarios; 3. Formulación, diseminación, monitoreo y evaluación de políticas, planes y estrategias de salud; 4. Dirección, concertación y movilización de actores y recursos; 5. Promoción de la salud, participación y control social de salud; 6. Armonización de la cooperación técnica internacional; 7. Participación política y técnica en organismos nacionales y subregionales; y 8. Evaluación del desempeño del sistema de salud, incluyendo medición de metas y recursos utilizados.

La regulación y fiscalización del funcionamiento del sistema de atención a la salud y factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad. “Se refiere a la fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios y/o las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente; la acreditación y control de la calidad de los servicios médicos; la certificación de calidad de nuevas drogas y sustancias biológicas para uso médico, equipos, otras tecnologías y cualquier otra actividad que implique la generación y el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la salud pública, así como a promover ambientes saludables”³⁶.

En este Plan se rescata la Rectoría como función, pero dándole otro sentido y perspectiva, entendiéndose como la capacidad del Estado a través del Ministerio de Salud, para diseñar políticas, elaborar normas y dirigir el sistema de salud, regulando su financiamiento y su adecuada y equitativa distribución, para garantizar el derecho a la salud a toda la población, sin distinciones de ningún tipo.

3.7. MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD INTERCULTURAL

La Cosmovisión Andino Amazónica considera que la vida abarca a todo lo que existe, incluyendo obviamente al Cosmos y a nuestra Madre Tierra. (Aspectos que, por otra parte, tienen un fuerte respaldo en las ciencias modernas principalmente la Física Cuántica y de la Relatividad; las Matemáticas, Biología, Ecología, Teoría de Sistemas, Psicología Transpersonal y otras)

3.7.1. La Interculturalidad en salud

Salud, desde la cosmovisión de las culturas y naciones y pueblos indígenas originarios campesinos y afro bolivianos, es sentirse y encontrarse bien y compartir en equilibrio con uno mismo, la familia la comunidad y su entorno social cultural con la naturaleza y la espiritualidad.

“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 diálogo entre las culturas en igualdad de condiciones”, en nuestro Estado Plurinacional, es el principio, es la sangre que debe llenar nuestras venas, es el pensamiento que debe guiar nuestros actos.

Debemos aprender a ver lo que nos enseñaron a no ver; debemos reconocer la diferencia cultural como la oportunidad de aprender y la posibilidad de integrarnos, debemos empezar

³⁶ *La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas en conducción y regulación Washintong 2007*

a educarnos en la interculturalidad, en nuestros hogares, en las universidades y en nuestros puestos de trabajo. Podemos rescatar saberes unos de los otros para el beneficio de todos.

“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”³⁷.

3.7.2. La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana

La Medicina Tradicional no es única, son concepciones propias de cada nación del Estado Plurinacional de Bolivia. La Medicina Tradicional³⁸ es la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias de diferentes culturas, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales.

“Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes prácticos milenarios ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud”³⁹.

Los principios de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana recuperados por la Ley N° 459 son:

- Ama Qhilla, Ama Llulla y Ama Suwa (no seas flojo, no seas mentiroso, ni seas ladrón), jan Jairamti, jan qarimti, jan lunthatamti.
- Ayni, por el que las médicas y los médicos tradicionales ancestrales bolivianos, deben practicar la reciprocidad para ayudarnos unos con otros.
- Taypi, es el encuentro de conocimientos y saberes de las médicas y los médicos tradicionales, a través de la práctica de la reciprocidad, de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.
- Suma Qamaña, Ñandereko, Teko Kavi, Ivi Maraei, Qhapaj Ñan, como principios ético-morales del “Vivir Bien” en la sociedad plural, asumidos en el ejercicio y la práctica de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- Equilibrio, como ente rector de la vida y salud vital, es una relación estrecha de la persona con la sociedad, con el medio ambiente, la naturaleza y el cosmos.
- Complementariedad, es el apoyo mutuo para conseguir un objetivo común con la práctica de la intra e interculturalidad.
- Honestidad, es una expresión ética de la calidad humana, es decir la verdad todo el tiempo, es el simple respeto a la verdad, implica la relación entre las personas y los demás y de la persona consigo misma.
- El trabajo comunitario, es el que se realiza en forma complementaria entre las entidades del Estado, médicas y médicos tradicionales, y entidades autónomas territoriales y organismos de cooperación, para el desarrollo y fortalecimiento de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- Interés social, como el ejercicio y práctica de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana en beneficio social, colectivo, comunitario, sin interés lucrativo ni de mercantilización.

37 Ministerio de Salud y Deportes. PSD 2010-2020

38 OPS. Biblioteca Virtual de Pueblos Indígenas

39 (Art.5.Ley N° 459).

Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien 2016-2020



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Capítulo IV. PLANIFICACIÓN

CAPÍTULO IV. PLANIFICACIÓN

4.1. IDENTIFICACIÓN DE PILARES, METAS, RESULTADOS Y ACCIONES

4.1.1. VISIÓN DEL SECTOR SALUD AL 2020

“Toda la población en el territorio boliviano, conoce y ejerce plenamente su derecho a la salud; cumple sus responsabilidades con la salud de la familia/comunidad y accede gratuitamente a servicios de salud integral, intercultural y de calidad”.

4.1.2. OBJETIVO GENERAL

“Lograr el acceso universal, gratuito y equitativo a servicios de salud al 2020”

4.1.3. METODOLOGÍA

El Sistema de Planificación Integral del Estado define la metodología que debe seguirse en la construcción de los Planes Sectoriales de Desarrollo Integral – PSDI y para ello ha desarrollado los lineamientos metodológicos que establecen la estructura, características y el contenido mínimo de los planes sectoriales articulados a la Agenda Patriótica 2025 y a los planes de mediano plazo del país. Estos lineamientos son de cumplimiento obligatorio por parte de todos los Ministerios sectoriales, instituciones, entidades y empresas de la administración pública.

Cada sector deberá identificar el pilar, meta y resultado establecido en el PDES de acuerdo a su ámbito de sus atribuciones y funciones para el quinquenio correspondiente.

En el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 se identificaron 6 pilares en los que el sector salud contribuye directamente; son los pilares 1, 3, 4, 8, 9 y 11.

4.1.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Los Objetivos Estratégicos Sectoriales desarrollados de forma participativa con las diferentes instituciones de cada subsector que compone el Sector Salud, los objetivos estratégicos son:

- “OE 1: Se ha mejorado la situación de salud de la población”
- “OE 2: Se ha implementado el Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario Intercultural”
- “OE 3: Se ha fortalecido la Rectoría de la Autoridad Sanitaria”
- “OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud”
- “OE 5: Se han disminuido las Brechas de Recursos Humanos en salud”
- “OE 6: Se ha mejorado el estado nutricional de la población”
- “OE 7: Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico”
- “OE 8: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud.”
- “OE 9: Gestión Pública eficaz, eficiente y transparente”

Los objetivos estratégicos se constituyen en parámetros para la formulación de los objetivos de gestión a constituirse en cada institución en la elaboración de sus Planes Estratégicos Institucionales, estos objetivos deben contribuir a los pilares, metas, resultados y acciones establecidas en el PSDI. La alineación de las acciones que se describen a continuación se tienen establecidas en las Directrices de Formulación Presupuestaria y Planificación de la Inversión Pública aprobada mediante Resolución Bi Ministerial N° 07 de 24 de Junio de 2016, del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y el Ministerio de Planificación del Desarrollo.

En cada uno de los Programas Operativos Anuales debe reflejarse la contribución a los pilares, metas resultados y acciones por tal motivo se ha agregado una columna de productos con indicadores de proceso que permitan a las diferentes instituciones componentes de subsectores del sector salud puedan tener a detalle los programas y proyectos que se tienen en cada acción y en las que como institución debe contribuir.

4.1.5. PILARES, METAS, RESULTADOS Y ACCIONES

Pilar 1: Reducción de la extrema pobreza

Debemos incluir este pilar como sector salud para que los subsectores puedan realizar intervenciones multisectoriales en las determinantes sociales de la salud.

Meta 1: Erradicación de la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada.

Meta 3: En Bolivia ya no existen las comunidades cautivas, ninguna forma de pongueaje, esclavismo y explotación en el trabajo infantil.

Meta 4: Combatir la discriminación y el racismo.

Meta 5: Combatir la pobreza espiritual

Pilar 3: Salud, Educación y Deporte

Para el Plan es una preocupación central el derecho a la salud de las y los bolivianos, por lo que se tiene previsto en este período avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad con enfoque intercultural. Este pilar tiene dos metas:

Meta 1: Acceso universal al servicio de salud.

Meta 2: Integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado.

Pilar 4. Soberanía científica y tecnológica con identidad propia

Nos incluye si reconocemos que mediante ésta podremos resolver algunos problemas de acceso, calidad, eficacia y motivación para los recursos humanos del sector salud.

Meta 1: Investigación y desarrollo de tecnología.

Meta 4: Medicina ancestral y natural.

Meta 5: Formación y especialización profesional científica.

Pilar 8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del saber alimentarse para Vivir Bien

En parte nos exige ampliar nuestro enfoque en la promoción de la salud, pero debiera inducirnos a una mayor coordinación con el sector educación, a quien le compete educar; ello requiere un cambio de timón a la Ley Avelino Siñani que sólo identifica la producción como objetivo educativo general.

Meta 1: Eliminar el hambre, la desnutrición y reducir la malnutrición.

Meta 5: Bolivia ha puesto en marcha programas intersectoriales en el marco de la Política de Alimentación y Nutrición.

Pilar 9. Soberanía ambiental con desarrollo integral respetando los derechos de la madre tierra

Debemos incluir este pilar como sector salud para que los subsectores puedan realizar intervenciones multisectoriales en las determinantes sociales de la salud.

Meta 2: Reconocimiento de mecanismos internacionales no basados en el mercado y promoción de la gestión comunitaria de pueblos indígenas y comunidades locales

Meta 7: Agua y prevención de riesgos por cambio climático: gestión integral

Pilar 11. Soberanía y transparencia en la gestión pública

El Sector salud siempre ha sido un ejemplo de honestidad y entrega al servicio de la población, aún en las malas condiciones en que se desenvuelve el personal del subsector público y ahora también en el ámbito municipal.

Meta 1: Gestión pública transparente, con servidores públicos éticos, competentes y comprometidos que luchan contra la corrupción.

Tabla 33. IDENTIFICACION DE PILARES, METAS. RESULTADOS Y ACCIONES

| PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA | | | | | |
|--|--|-------------------|---|---|---|
| META 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA MATERIAL Y REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA POBREZA MODERADA | | | | | |
| RESULTADO 5: Se ha cubierto al menos el 80% de los hogares más pobres y vulnerables con programas sociales. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud (Fuente: Cuentas de Salud) | 27,5 (2014) | 1. Continuidad a los programas sociales a través de la entrega de los bonos: Renta Dignidad, Renta Solidaria, Bono Juana Azurduy, Bono Juancito Pinto, Complemento Nutricional Carmelo y Subsidio Universal Prenatal por la Vida. (1) | Subsidio universal prenatal por la vida entregado a las mujeres beneficiarias | % de mujeres beneficiadas con el subsidio prenatal por la vida |
| | | | | Bono Juana Azurduy entregado a las mujeres y beneficiarias | % de mujeres que reciben el bono Juana Azurduy |
| | | | | Complemento nutricional Carmelo entregado a los adultos mayores beneficiarios | % de adultos mayores que reciben el Complemento nutricional Carmelo |
| RESULTADO 6: Se ha ampliado el apoyo integral a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, en centros de reinserción social con la participación de los municipios. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de mortalidad en la niñez (N° de niñas/niños de 0 a 59 meses fallecidos por 1000 n.v.) ENDSA 2008 | 63 | 1. Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica. (2.) | Niñas y niños con atención integral de salud | N° de niñas/os de 5 años a 11 años, en situación de calle, atendidos en salud |
| | Tasa de embarazo en adolescentes | 24% | | Adolescentes con atención integral de salud | N° de adolescentes de 12 a 18 años, en situación de calle, atendidos en salud |
| | Tasa de embarazo en adolescentes | 24% | 1. Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica. (2.) | Jóvenes con atención integral de salud | N° de jóvenes en situación de calle, atendidos en salud |
| | Tasa de mortalidad en jóvenes y adolescentes | 2.74 | | Adolescentes y jóvenes en situación de calle rescatados y reinsertados en la sociedad | N° de jóvenes y adolescentes rescatados y reinsertados en la sociedad |

RESULTADO 8: Se ha incrementado la cobertura de programas y servicios de Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 4 años.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|----------------|--|--|---|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de Mortalidad infantil (Número de niñas/os <1 año fallecidos por 1.000 nacidos vivos) (ENSA 2008) | 50 x 1000 n.v. | 1. Implementación de programas y servicios de desarrollo infantil temprano (3) | Atención integral en salud a niños y niñas menores de 4 años | N° de Municipios a nivel nacional que implementan el programa DIT |

RESULTADO 9: Se ha promovido el apoyo y atención integral a niñas, niños, jóvenes y adolescentes en situación de calle.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|---|------------|---|--|--|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de mortalidad en la niñez ENDSA 2008 | 63 | 1. Implementación de programas de atención integral para niños, niñas, joven y adolescentes (4) | Niñas y niños con atención integral de salud | N° de niñas/os de 5 a 12 años atendidos en servicios de salud |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de mortalidad en la niñez ENDSA 2008 | 63 | Implementación de programas de atención integral para niños, niñas, joven y adolescentes (4) | Adolescentes con atención integral de salud | N° de niñas/os de 12 a 18 años de edad atendidos en servicios de salud |

RESULTADO 10: Se ha promovido el acceso de personas con discapacidad registradas en programas integrales de inclusión social basados en la comunidad.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|------------|--|--|--|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de prevalencia de discapacidad (SIPRUNPCD) por 100 habitantes | 0.56 | 2. Promoción de políticas públicas para personas con discapacidad en los ámbitos de salud, educación, trabajo, justicia y otros. (5) | Personas con discapacidad registradas y carnetizadas | N° de equipos de calificación y registro funcionando |
| | | | 2. Promoción de políticas públicas para personas con discapacidad en los ámbitos de salud, educación, trabajo, justicia y otros. (5) | Personas que acceden a consejo genético | N° de personas que acceden a consejo genético |

| RESULTADO 11: Se han impulsado programas de rehabilitación basados en la comunidad para la restitución y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad | | | | | |
|--|--|------------|---|--|---|
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de prevalencia de discapacidad (SIPRUNPCD) por 100 habitantes | 0.56 | 2. Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad (6) | Programas municipales de RBC | N° de centros de rehabilitación acreditados funcionando |
| | | | 2. Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad (6) | Personas que acceden a la rehabilitación | N° de PCD en tratamiento de rehabilitación |
| | | | 2. Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad (6) | PCD que son atendidas en salud de forma gratuita | N° de personas con discapacidad atendidas en el marco de la Ley 475 |
| RESULTADO 12: Se ha fortalecido el apoyo integral para personas adultas mayores en centros de acogida y otros espacios para su ejercicio al derecho a una vejez digna. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Incidencia de Artritis Reumatoide por 1000 adultos mayores de 60 años | 44.84 | 1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7) | Adultos mayores envejecen saludablemente | N° de personal calificado que atiende adultos Mayores |
| | Incidencia de cataratas en personas adultas mayores de 50 años | 2% | 1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7) | Adultos mayores atendidas en salud | Adultos mayores atendidas en el marco de la Ley 475 |
| | Tasa Mortalidad por Cáncer por 1000 habitantes | 0.07 | 1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7) | Adultos mayores atendidas en salud de forma gratuita | Adultos mayores atendidas en el marco de la Ley 475 |
| META 2: COMBATIR LA POBREZA SOCIAL | | | | | |
| RESULTADO 16: La sociedad boliviana, sus organizaciones e instituciones practican el equilibrio y la complementariedad de género y generacional para el Vivir Bien | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de mortalidad en la niñez (N° de niñas/niños de 0 a 59 meses fallecidos por 1000 n.v.) ENDSA 2008 | 63 | 5. Protección de derechos de niños, niñas, adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad. (8) | Unidades Educativas saludables | N° de U.E. acreditadas como Unidades Educativas Saludables |

META 3: EN BOLIVIA YA NO EXISTEN LAS COMUNIDADES CAUTIVAS, NINGUNA FORMA DE PONGUEAJE Y ESCLAVISMO Y EXPLOTACIÓN EN EL TRABAJO INFANTIL

RESULTADO 19: Todas las comunidades indígena originarias liberadas han sido fortalecidas con capacidades integrales para la gestión de los nuevos asentamientos

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|----------------------------|------------------|---|--|---|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de Mortalidad general | 6,59 x 1000 hab. | 1. Implementación de programas integrales de asentamientos, y desarrollo integral para comunidades indígenas originarias liberadas. (9) | Planes de salud indígenas | N° de personas indígenas atendidas en salud |
| | | | 1. Implementación de programas integrales de asentamientos, y desarrollo integral para comunidades indígenas originarias liberadas. (9) | Poblaciones indígenas libres informadas en su derecho en salud | N° de comunidades indígenas liberadas informadas de su derecho en salud |

RESULTADO 20: Naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad y formas de vida transfronterizas han sido beneficiados con la implementación de políticas y programas estatales de protección, fortalecimiento y salvaguarda de sus sistemas de vida.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|------------|---|--------------------------|---|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Razón de Mortalidad materna (Fuente: Estudio de Muerte materna 2011) | 160 | 1. Implementación de políticas y programas integrales de sistemas de vida y planes de salvaguarda de naciones y pueblos indígenas originarios. (10) | Redes indígenas de salud | N° de CPN a embarazadas indígenas |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de Mortalidad infantil (ENDSA 20085) | 50 | 1. Implementación de políticas y programas integrales de sistemas de vida y planes de salvaguarda de naciones y pueblos indígenas originarios. (10) | Redes indígenas de salud | N° de consultas en población indígena < de 5 años |

RESULTADO 24: Se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la violencia escolar en centros educativos y en la erradicación de toda forma de abuso, agresión, acoso y violencia por discriminación y racismo en instituciones públicas, privadas y centros laborales

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|------------|---|--|--|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Satisfacción de usuarios de servicios de salud | 43 | 1. Lucha contra el racismo, patriarcalismo y toda forma de discriminación. (11) | Política no discriminatoria implementada en instituciones de salud | N° de denuncias de violencia, discriminación o racismo en inst. de salud |

RESULTADO 25: Instituciones estatales y privadas de servicio público previenen, protegen y sancionan conductas de maltratos, racistas y discriminatorias.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|------------|---|--|--|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Satisfacción de usuarios de servicios de salud | 43 | 3. Implementación de acciones para el respeto a los derechos de las personas del colectivo LGBT y con orientaciones sexuales diversas. (12) | Política no discriminatoria implementada en instituciones de salud | N° de denuncias en instituciones de salud, por discriminación por orientación sexual |

META 5: COMBATIR LA POBREZA ESPIRITUAL

RESULTADO 29: Todas las mujeres que acuden a las instancias públicas a denunciar hechos de violencia reciben asistencia legal y psicológica, reduciendo el porcentaje de mujeres y niñas que han sufrido violencia física, psicológica y/o sexual.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|------------------|--|---|--|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de Mortalidad general | 6,59 x 1000 hab. | 1. Implementación de programas integrales de atención y asistencia inmediata a mujeres víctimas de violencia. (13) | Atención integral de víctimas de violencia | N° de Psicólogas / os incorporados al sector salud mediante Año de Servicio Social Rural Obligatorio ASSRO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de Mortalidad general | 6,59 x 1000 hab. | 1. Implementación de programas integrales de atención y asistencia inmediata a mujeres víctimas de violencia. (13) | Atención integral de víctimas de violencia | N° de establecimientos de salud que atienden a víctimas de violencia según protocolos de atención integral |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de Mortalidad general x 1000 hab. | 6,59 | 4. Fortalecimiento e implementación del SSIPPASE en todo el territorio nacional. (14) | SSIPPASE con información de salud adecuada y oportuna | N° de indicadores a recolectar y enviar al SSIPPASE |
| | | | 4. Fortalecimiento e implementación del SSIPPASE en todo el territorio nacional. (14) | SSIPPASE con información adecuada y oportuna de salud | N° de casos de violencia notificados al SSIPPASE por servicios de salud |

RESULTADO 35: Se han implementado mecanismos y políticas para lograr la complementariedad de género y generacional.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|----------------------------------|------------|---|--|--|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de embarazo en adolescentes | 24% | 2. Seguimiento y evaluación al plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes. (15) | Información sobre embarazo de adolescentes analizada en todos los niveles del sistema de salud | Ejecución plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes |

META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN

RESULTADO 36: Se aplican de prácticas, valores ancestrales y constitucionales, saberes y conocimientos que promueven la construcción del nuevo ser humano integral en la sociedad boliviana hacia el Vivir Bien.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|------------|---|----------------------------------|---|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Satisfacción de usuarios de servicios de salud | 43 | 2. Fortalecimiento de la cultura de igualdad ante la Ley y respeto a las diversidades. (16) | Ley de Salud sexual reproductiva | Grado de implementación de los derechos de salud sexual reproductiva. |

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

RESULTADO 76: Se implementará el Servicio de Salud Universal.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|---|---|-------------|---|---|--|
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Consolidación del Esquema de Financiamiento de sector Salud y la aplicación de la Ley 475 (17) | Conducción de la garantía de Financiamiento sectorial | Grado de implementación del Sistema Único de Salud |
| | | | 2. Fortalecimiento de la Gestión y Gerencia sectorial de salud (18) | Conducción para el cumplimiento de metas sectoriales | Instituciones que implementan sistemas técnico administrativos de gestión y gerencia sectorial |
| | | | 2. Fortalecimiento de la Gestión y Gerencia sectorial de salud (18) | Conducción para el cumplimiento de metas sectoriales | Porcentaje de implementación del SPIE en el sector salud |
| | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 3. Institucionalización de la Fiscalización al sistema de salud (19) | Autoridad superior de supervisión y fiscalización del sector salud implementada | Grado de implementación de la Autoridad de Supervisión y Fiscalización de Salud |
| | Satisfacción del usuario en salud EDSA 2016 | 0.0 | 4. Gestión de la Calidad de Establecimientos y Redes Funcionales de Salud (20) | Establecimientos de salud acreditados | N° de establecimientos de salud acreditados |
| | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 5. Promoción de la participación y control social en el marco del Modelo de Gestión de la Política SAFCI (21) | Población con espacios de participación y control social en salud | N° de municipios con Comités locales de Salud conformados |
| | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (22) | Actualización del Marco Legal en salud | Porcentaje de población con acceso a servicios de salud gratuitos en el punto de atención |
| | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (22) | Actualización del Marco Legal en salud | Porcentaje de población con acceso a servicios de salud gratuitos en el punto de atención |

RESULTADO 77: La mayor parte de la población accede a medicamentos.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|---|--|--------------|--|--|---|
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Gasto de bolsillo total de los hogares en medicamentos, en porcentaje del gasto corriente total en salud | 13,75 (2014) | 1. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos (23) | Población con acceso a medicamentos de calidad | % de instituciones de salud que adquieren medicamentos e insumos por economía de escala |

RESULTADO 78: La mayor parte de los municipios implementan el Programa Mi Salud.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|--|---|-------------|---|---|---|
| OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal (24) | Implementación del modelo de atención de la política SAFCI | N° de municipios que cuentan con personal de MI SALUD |
| OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 2. Participación social en salud a nivel municipal y departamental (25) | Información en línea sobre determinantes sociales de la salud | N° de carpetas familiares llenadas e informatizadas |

RESULTADO 79: La mayor parte de los municipios están conectados y equipados a la Red TELESALUD.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|---|---|-------------|--|------------------------------------|---|
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal (26) | Atención especializada a distancia | N° de municipios que acceden al servicio de TELESALUD |

RESULTADO 80: Se ha reducido en al menos 30% la mortalidad infantil.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|---|--|------------|---|--------------------------------------|---|
| OE1. Se ha mejorado la situación de salud de la población | Tasa de Mortalidad infantil (ENDSA 2008) | 50 | 1. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños (27) | Atención integral a menores de 1 año | N° de niños/as <1 año atendidos con control y orientación integral a la familia |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de Mortalidad infantil (ENDSA 2008) | 50 | 2. Reducción del riesgo de muerte infantil (28) | Atención integral a menores de 1 año | Porcentaje de niñas/os <1 año con 3° dosis de V. Pentavalente ≥ 95% |

| RESULTADO 81: Se ha reducido en al menos el 50% la razón de mortalidad materna. | | | | | |
|--|---|-------------|---|--|---|
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Razón de Mortalidad materna Fuente: Estudio de Muerte materna 2011) | 160. | 1. Seguro Universal de Salud Programa de reducción de mortalidad materna (29) | Reducción acelerada de la muerte materna y neonatal | Porcentaje de embarazadas con alto riesgo obstétrico detectadas y referidas oportunamente |
| RESULTADO 82: Se ha incrementado la cobertura de parto institucional. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Mortalidad Neonatal: (N° de recién nacidos fallecidos x 1.000 nacidos vivos) | 27 | 1. Seguro Universal de Salud: Programas de Atención de partos (30) | Mejorar prestación del Bono Juana Azurduy y Subsidio universal por la vida | Porcentaje de embarazadas con 4 o más controles prenatales y plan de parto. |
| RESULTADO 83: Se ha reducido la proporción de adolescentes embarazadas | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de embarazos en adolescentes | 24% | 1. Prevención en embarazos de adolescentes (31) | Adolescentes acceden a Anticonceptivos modernos | Porcentaje de adolescentes que usan métodos anti conceptivos modernos |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de embarazos en adolescentes | 24% | 2. Promoción de los derechos sexuales reproductivos (32) | Población ejerce sus derechos sexuales y reproductivos | N° de municipios con normas que respaldan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos |
| RESULTADO 84: La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Elaboración de planes municipales de salud (33) | Población participa en la planificación en salud | N° de municipios que tienen su plan municipal de salud incorporado al PTDI |

RESULTADO 85: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|------------|--|---|---|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de prevalencia de VIH (N° de casos de VIH registrados por millón de habitantes) (Fuente: Programa Nacional de VIH) | 116 | 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Prevención de enfermedades de transmisión sexual | Porcentaje de establecimientos de salud que otorgan preservativos con consejería previa |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Incidencia de VIH (N° de casos de VIH registrados por millón de habitantes) (Fuente: Programa Nacional de VIH) | 173 | 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Prevención, control y tratamiento de PVVS | Porcentaje de PVVS avanzada que recibe Tratamiento Antirretroviral |
| | Incidencia de Malaria por Pl. Falciparum (N° de casos de malaria x Plasmodio Falciparum) por 1000 habitantes en zona de transmisión (Fuente: PNCM) | 341 | 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Prevención y control nacional de la malaria | N° de casos diagnosticados de Malaria x P. Falciparum que recibieron tratamiento |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de incidencia del Dengue | 8,06 | 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Prevención y control del dengue, Chikungunya y Zika | N° de municipios con casos confirmados de Dengue, Chikungunya y Zika |
| | Tasa de Curación de Tuberculosis (2014) | 74% | 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Prevención y control nacional de la tuberculosis | Tasa de curación de tuberculosis (Fuente: PNCT) |
| | Tasa de Incidencia de Tuberculosis | 72,6% | | Prevención y control nacional de la tuberculosis | Nro. de sectores que actúan en la prevención de tuberculosis |

| | | | | | |
|--|---|------|--|--|--|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Índice de infestación de viviendas por T. infestans mayor a 3% (N° de municipios con IIV >3%) | 39 | 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Prevenición y control nacional de Chagas a través de la interrupción de la transmisión vectorial. Prevenición y control nacional de Chagas a través de la interrupción de la transmisión vectorial. | N° de municipios con IIV mayor al 3% %. de municipios que han realizado mejoramiento de viviendas |
| | Tasa de incidencia de rabia humana por 100.000 habitantes (2015) | 0,04 | 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Prevenición y control nacional de la Rabia | N° de casos de rabia canina |

RESULTADO 86: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|--|---|-------------|---|--|---|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles. (35) | Prevenición y control de las EDAs | N° de municipios con vigilancia en la calidad de agua de consumo humano. |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Índice de consumo de sustancias psicotrópicas por 1000 habitantes | 0.21 | 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles. (35) | Prevenición y atención en salud mental | N° de Centros de rehabilitación de adicciones acreditados |
| | Incidencia de Diabetes por 1000 habitantes | 9.0 | 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles. (35) | Prevenición y atención de diabetes | Porcentaje de pacientes con síndrome metabólico controlados y compensados |
| | Incidencia de enfermedad cardio vascular por 1000 hab. | 7.07 | 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles. (35) | Prevenición y atención de enfermedades cardio vasculares | % de pacientes con hipertensión arterial detectados tempranamente |
| | Incidencia de cáncer por 1000 habitantes *(Cacu, próstata, mama y leucemia) | 0.67* | 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles. (35) | Prevenición y atención de cáncer | Porcentaje de pacientes con Cáncer detectados tempranamente |

| | | | | | |
|--|--|------|---|---|--|
| | Incidencia de cáncer de cuello uterino por 1000 habitantes | 1.09 | 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles. (35) | Prevención y atención de cáncer de cuello uterino | N° de pacientes con CACU detectados y tratados |
|--|--|------|---|---|--|

RESULTADO 87: Al menos 90% de los establecimientos de salud reportan información al Sistema Único de Información en Salud (SUIS).

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|---|---|------------|--|--|---|
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Porcentaje de establecimientos de salud que reportan la información al SNIS | 60% | 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS (36) | Información en salud confiable, completa y accesible oportuna | Porcentaje de establecimientos reportan información en salud cumpliendo estándares. |
| | | | 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS (36) | Estructura organizacional y financiera del SUIS establecida. | N° de RRHH institucionalizados para el SUIS |
| | | | 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS (36) | Marco normativo y reglamentario elaborado y ajustado para la aplicación de TIC en salud. | N° de Leyes, Decretos, Resoluciones u otros relacionadas con el SUIS |
| | | | 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS (36) | Infraestructura y desarrollo de TICs adecuada EN EL SUIS. | Porcentaje de ejecución del plan de inversión del SUIS |
| | | | 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS (36) | Implementación de los niveles de operación de la plataforma informática del SUIS | Porcentaje de plataformas articuladas al SUIS |

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META 2: INTEGRACIÓN DE SALUD CONVENCIONAL Y ANCESTRAL CON PERSONAL ALTAMENTE COMPROMETIDO Y CAPACITADO

RESULTADO 88: Se ha invertido \$us1.700 millones en la construcción, ampliación y equipamiento de 47 institutos y hospitales de salud de forma concurrente con las ETAs.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|---|---|-------------|--|--|-------------------------------------|
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales. (37) | Institutos, hospitales y Centros de salud hospitales | N° de actas de recepción definitiva |

| RESULTADO 89. Se han construido 4 Institutos de 4to. Nivel de Salud: Oncología, Cardiología, Gastroenterología y Nefrourología – Neurología. Se han construido y ampliado 12 hospitales de 3er. Nivel. Se han construido, ampliado y equipado 31 | | | | | |
|--|--|-------------|--|--|---|
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Construcción y equipamiento de institutos de cuarto nivel (38) | Institutos de cuarto nivel | N° de Institutos de 4° Nivel implementados |
| | | 27,5 (2014) | 2. Construcción y equipamiento de hospitales de tercer nivel (39) | Hospitales de tercer nivel | N° de hospitales de 3er. Nivel. |
| | | 27,5 (2014) | 3. Construcción y equipamiento de hospitales de segundo nivel (40) | Hospitales de segundo nivel | N° de hospitales de 2do. Nivel. |
| RESULTADO 90. Se han construido, ampliado y equipado 180 establecimientos de salud de 1er. Nivel y se han elevado 1.430 Puestos de Salud a la categoría de Centros de Salud, con recursos de los Gobiernos Autónomos Municipales. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Construcción y equipamiento de 180 establecimientos de salud de 1er nivel (41) | Establecimientos de salud de 1er nivel | N° de nuevos establecimientos de salud de 1er. Nivel |
| | | 27,5 (2014) | 2. Construcción equipamiento y acreditación de establecimientos de salud de categorización a Centros de Salud (42) | 1.430 Centros de Salud. | N° de puestos de salud elevados a Centros de Salud. |
| RESULTADO 91. Se han creado nuevos ítems para personal de salud, incluyendo plazas para especialistas y sub especialistas. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE 5: Se han disminuido las Brechas de Recursos Humanos en salud | Densidad de recursos humanos de salud (N° de profesionales médicos y enfermeras por población) | 14,1 | 1. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud (43) | Política integral sectorial de recursos humanos en salud | Porcentaje de implementación de una política de RRHH en salud |
| | Densidad de recursos humanos de salud (N° de profesionales ...) | 14,1 | 2. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud (44) | Recursos humanos de salud | No de ítems en salud asignados por año. |

| | | | | | |
|--|--|------|--|--|--|
| OE 5: Se han disminuido las Brechas de Recursos Humanos en salud | Densidad de recursos humanos de salud (N° de profesionales médicos y enfermeras por población) | 14,1 | 3. Formación e incorporación de especialistas y sub especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados (45) | Especialistas y sub especialistas en salud | N° de becas creadas de especialización y sub especialización para profesionales de salud |
| | Porcentaje de profesionales de salud con competencias en salud pública e interculturalidad | 38% | 4. Implementación de un sistema de evaluación del desempeño (46) | Personal de salud motivado y competente | N° de evaluaciones de desempeño realizadas por institución anualmente |

RESULTADO 92. Se han instalado nuevas unidades de hemodiálisis y laboratorios de histocompatibilidad.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|---|---|-------------|---|--|--|
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica | 30,9 | 1. Ampliación de la capacidad resolutive de los servicios de salud ofertando servicios especializados. (47) | Laboratorios de histocompatibilidad implementadas. | N° de pacientes trasplantados con éxito |
| | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 2. Construcción de infraestructura y equipamiento para unidades de hemodiálisis. (48) | Unidades de hemodiálisis implementadas | Porcentaje de pacientes con enfermedad renal que recibieron Diálisis |

RESULTADO 93. Se ha puesto en funcionamiento un Centro de Saberes de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|---|---|-------------|--|--|---|
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana. (49) | Medicina tradicional ancestral boliviana accesible en el sistema Único de Salud. | N° de médicos tradicionales que se capacitan anualmente |
| | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 2. Implementación del Centro de Saberes de Medicina Ancestral Boliviana (50) | Centro de Saberes de Medicina Ancestral Boliviana implementado | Grado de avance del Centro de Saberes de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana |

| PILAR 4: SOBERANÍA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA | | | | | |
|--|---|-------------------|--|--|---|
| META 1: INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE TECNOLOGÍA | | | | | |
| RESULTADO 123: Se ha instalado el complejo Industrial Farmacéutico para la producción de medicamentos. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
| OE 7: Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico (51) | Complejo industrial Farmacéutico instalado | Grado de avance |
| META 4: MEDICINA ANCESTRAL Y NATURAL | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
| RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud. | | | | | |
| OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud | Satisfacción de usuarios | EDSA 2016 | 1. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS. (52) | Medicina tradicional incorporada al sistema de salud | N° de referencias de la MT a servicios de salud. |
| RESULTADO 131: Los prestadores de Medicina Tradicional han sido registrados en el Ministerio de Salud | | | | | |
| OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud | Satisfacción de usuarios | EDSA 2016 | 1. Sistema de registro de prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana. (53) | Prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana registrados | N° de prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana registrados |
| RESULTADO 132: Se han desarrollado productos naturales y de la biodiversidad de la farmacopea boliviana. | | | | | |
| OE 8: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud. | Población accede a productos naturales certificados con registro sanitario | 27,5 (2014) | 1. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana. (54) | Registro de los productos naturales de la biodiversidad de la farmacopea boliviana | N° de Productos Naturales de la biodiversidad de la farmacopea boliviana con registro sanitario |
| META 5: FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL CIENTÍFICA | | | | | |
| RESULTADO 133: Todas las entidades y empresas vinculadas al sector productivo, agua, medio ambiente, telecomunicaciones, salud y otros asignarán un porcentaje de sus recursos dirigido a la investigación científica y desarrollo de tecnología. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Innovación y desarrollo en empresas públicas productivas. (55) | Proyectos desarrollados de investigación en salud | N° de investigaciones en salud realizadas bajo protocolos normados |

PILAR 8: SOBERANÍA ALIMENTARIA

META 1: ELIMINAR EL HAMBRE, LA DESNUTRICIÓN Y REDUCIR LA MALNUTRICIÓN

RESULTADO 221: Se ha disminuido a 9% el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con desnutrición crónica

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|---|------------|--|--|--|
| OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población | Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años SNUT (PROY 2015) | 18,1% | 1. Promoción de la alimentación saludable y revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo (56) | Se ha incrementado la cobertura de suplementación con Zinc en niñas y niños de 6 a 23 meses con talla baja para la edad. | Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses, con talla baja para la edad, que recibió suplementación con Zinc bajo protocolo |
| | | | | Se ha brindado atención integral y de calidad a la salud y nutrición a los menores de 5 años | Porcentaje de establecimientos de salud, por nivel, que cuenta con abastecimiento de micronutrientes (vitamina A, zinc, Chispitas nutricionales, hierro) |
| | | | 2. Articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores (57) | Apoyar acciones locales, departamentales y nacionales orientadas a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional. | Porcentaje de municipios que compra alimento complementario (NUTRIBEBE u otro similar autorizado) |

RESULTADO 222: Se ha reducido a 10% la población con subalimentación

| | | | | | |
|--|--------------------------------|-------|---|---|--|
| OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población | Prevalencia de subalimentación | 15,1% | 1. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la implementación de políticas de malnutrición (58) | Se ha reducido la población subalimentada | Número de municipios que cuentan con Planes Territoriales de Desarrollo Integral que incluyen los programas intersectoriales de Alimentación y Nutrición de la PAN |
|--|--------------------------------|-------|---|---|--|

| RESULTADO 223: Se ha disminuido a 30% la prevalencia de niños con anemia. | | | | | |
|---|--|-------|---|--|--|
| OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población | Prevalencia de anemia en niños menores de 6 a 23 meses | 63% | 1. Promoción de la alimentación saludable, atención integral de enfermedades atribuidas a la dieta y prevención de la malnutrición en niños y niñas. (59) | Se ha reducido la anemia en niños menores de 2 años | Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses y de 24 a 59 meses que recibe o recibió dosis completa de hierro |
| RESULTADO 224: Se ha reducido a 3,5% de niñas y niños con sobrepeso u obesidad | | | | | |
| OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población | Prevalencia de sobrepeso u obesidad en niños/as de menores de 5 años | 9% | 1. Fortalecimiento del abastecimiento, consumo adecuado y control de calidad de los suplementos con micronutrientes y alimentos complementarios. (60) | Se ha mejorado el estado nutricional de los niños/as menores de 5 años | Porcentaje de niños de 0 a 59 meses de edad con peso estándar para la talla/longitud |
| RESULTADO 225: Se ha reducido a 35% el porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad | | | | | |
| OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población | Prevalencia de sobrepeso u obesidad en mujeres | 49,7% | 1. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida. (61) | Se ha mejorado el estado nutricional de las mujeres | Porcentaje de mujeres no embarazadas de 15 a 49 años, registrados con sobre peso y obesidad |
| | | | | Se ha implementado un plan de monitoreo a la aplicación de la Ley N° 775 Promoción de alimentación saludable | Grado de implementación de la Ley N° 775 de Promoción de alimentación saludable |
| | | | 2. Implementación de espacios/instituciones saludables (62) | Plan de fortalecimiento de la salud ocupacional implementado a nivel nacional | Grado de implementación del plan de fortalecimiento de la salud ocupacional |
| | | | | Se ha implementado un programa de espacios saludables | Grado de implementación del programa de espacios saludables |

RESULTADO 226: Se promoverá el aumento de la lactancia materna exclusiva a 84%.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|---|------------|---|--|---|
| OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población | Porcentaje de niños y niñas de 0 a 6 meses que han recibido lactancia materna exclusiva | 64,3% | 1. Implementación de la red nacional de bancos de leche humana y unidades de recolección de leche. (63) | Consolidación de los bancos de leche | N° de Bancos de Leche implementados y funcionando |
| | | 64,3% | 2. Acreditación de hospitales "Amigos de la madre y de la niñez". (64) | Hospitales acreditados como amigos de la madre y de la niñez | N° de hospitales amigos de la madre y de la niñez |

META 5: BOLIVIA HA PUESTO EN MARCHA PROGRAMAS INTERSECTORIALES EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

RESULTADO 240: Se ha implementado la Política de Alimentación y Nutrición en el marco del CONAN.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|--|---|------------|---|--|---|
| OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población | Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años SNUT (PROY 2015) | 18,5% | 1. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores. (65) | Articulación entre sectores para reducir la desnutrición crónica | Porcentaje de Implementación de la Política de Alimentación y Nutrición |
| | | | 2. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición. (66) | CODAN implementados | N° de CODAN implementados y funcionando |
| | | | | COMAN implementados | N° de COMAN implementados y funcionando |

RESULTADO 241: Se han fortalecido los Consejos Departamentales de Alimentación y Nutrición (CODAN) y los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN) en su rol de articulación.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|--|---|------------|---|--|--|
| OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población | Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años SNUT (PROY 2015) | 18,5% | 1. Fortalecimiento del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN). (67) | Articulación entre sectores para reducir la desnutrición crónica | Nro. De proyectos ejecutándose en el marco del CONAN |
| | | | | Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición fortalecido | Recursos asignados al funcionamiento del CT - CONAN |

PILAR 9: SOBERANÍA AMBIENTAL CON DESARROLLO INTEGRAL

META 2: DESARROLLO DEL CONJUNTO DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICO -PRODUCTIVAS, EN EL MARCO DEL RESPETO Y COMPLEMENTARIEDAD CON LOS DERECHOS DE LA MADRE TIERRA.

RESULTADO 248: Los planes e instrumentos de planificación integral sectorial, territorial y de inversión pública han incorporado la gestión de sistemas de vida, gestión de riesgos y cambio climático, y elementos de regeneración y restauración de zonas de vida, fortaleciendo los procesos económico - productivos con una visión integral.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|--|--|------------|--|---|---|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de mortalidad general (N° de personas fallecidas por todas las causas x 1000 hab) | 6,59 | 1. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. (68) | Sistema Nacional de vigilancia de Salud Ambiental desarrollado | N° de municipios que implementan el Sistema Nacional de vigilancia de Salud Ambiental |
| | | | | Información sobre factores ambientales que influyen en la salud | Proyecto del Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Ambiental elaborado |
| | | | | Política de recursos humanos para la gestión en Salud Ambiental | N° de técnicos medios de salud ambiental incorporados en los SEDES |
| | | | | Plan multisectorial de Salud ambiental | Grado de implementación del Plan Multisectorial de Salud Ambiental |

META 7: AGUA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POR CAMBIO CLIMATICO: GESTIÓN INTEGRAL

RESULTADO 269: La mayoría de los municipios han promovido la cultura de prevención y resiliencia frente a riesgos de desastres.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|--|----------------------------|------------|--|--------------------------------|--|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de mortalidad general | 6,59 | 1. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. (69) | Impacto de riesgos minimizados | N° de proyectos de desarrollo con gestión de riesgos |

RESULTADO 270: Al menos 30% de municipios de alto riesgo de desastres, han reducido su vulnerabilidad frente eventos adversos, hidro meteorológicos y climáticos, en el marco de acciones de gestión de riesgos y adaptación al cambio climático.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
|--|----------------------------|------------|---|--|---|
| OE1. Mejorar la situación de salud de la población | Tasa de mortalidad general | 6,59 | 2. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. (70) | Víctimas de desastres atendidas en salud | N° de personas atendidas en emergencias por desastres |
| | Tasa de mortalidad general | 6,59 | | Planes municipales de gestión de riesgos con componente de salud | N° de municipios con planes de gestión de riesgos con componente de salud |

PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA

META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN

RESULTADO 298: Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTO | INDICADOR DE PROCESO |
|---|---|-------------|---|--|--|
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 4. Desarrollo de una gestión eficiente que logre una administración institucional apropiada, utilizando adecuadamente los recursos y la planificación como herramienta de gestión institucional. (71) | Planes de salud enmarcados en el PSDI | N° de Resoluciones Ministeriales de aprobación de Planes de salud |
| | | | | Información sobre inversión en salud conocida oportunamente | N° de proyectos incorporados al SIGESPRO |
| | | | | Información administrativa y financiera de instituciones de salud mejorada | N° de instituciones de salud que implementan: sistemas informáticos administrativos validados por ministerio de Salud (SEGUIPOA, SOFCOM) |

| RESULTADO 301: Se ha institucionalizado en las entidades estatales la rendición pública de cuentas para el ejercicio efectivo del control social y procesos de formación en principios y valores éticos. | | | | | |
|---|---|-------------|--|--|---|
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud | Satisfacción de usuarios de servicios de salud | EDSA 2016 | 1. Promoción y consolidación de una gestión pública transparente a través de la Rendición Pública de Cuentas con participación efectiva de la sociedad civil e institucionalización del Control Social. (72) | Población informada ejerciendo el control social | Porcentaje de instituciones de salud donde se realizan las rendiciones de cuentas |
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Satisfacción de usuarios de servicios de salud | EDSA 2016 | 3. Participación y fortalecimiento del control social (73) | Instancias de control social establecidas | Porcentaje de municipios con instancias de participación y control social en salud establecidas |
| RESULTADO 302: Se ha reducido significativamente la burocracia en los procesos y procedimientos de la administración pública con la integración de los sistemas del Estado y el uso de las tecnologías de información y comunicación. | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADORES DE IMPACTO | LÍNEA BASE | ACCIONES | PRODUCTOS | INDICADOR DE PROCESO |
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Gasto de bolsillo total de los hogares en porcentaje del gasto corriente total en salud | 27,5 (2014) | 1. Implementación Tecnologías de información para el acceso como derecho del ser humano y para facilitar la evaluación a la gestión pública (74) | Expediente clínico digitalizado | N° de hospitales de nivel 3 y 2 con información digitalizada |
| OE 2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUS) | Satisfacción de usuarios de servicios de salud | EDSA 2016 | 2. Gestión desburocratizada de sistemas de administración y control. (75) | Mejor gestión administrativa | N° de procesos administrativos que han reducido sus pasos |

Fuente: Dirección General de Planificación - Ministerio de Salud

4.2. PROGRAMACIÓN DE ACCIONES POR RESULTADOS

Las “acciones” se convierten en el centro del proceso de la planificación sectorial integral, los productos se constituyen en la base de la programación, por parte de cada una de las entidades responsables, tomando en cuenta los años que corresponden al quinquenio correspondiente

Tabla 34. PROGRAMACIÓN DE ACCIONES POR RESULTADOS

| PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| META 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA MATERIAL Y REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA POBREZA MODERADA | | | | | | | | |
| RESULTADO 5: Se ha cubierto al menos el 80% de los hogares más pobres y vulnerables con programas sociales. | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Continuidad a los programas sociales a través de la entrega de los bonos: Renta Dignidad, Renta Solidaria, Bono Juana Azurduy, Bono Juancito Pinto, Complemento Nutricional Carmelo y Subsidio Universal Prenatal por la Vida, (1) | Subsidio universal prenatal por la vida entregado a las mujeres beneficiarias | MS, ETAs, SSCP, | % de mujeres beneficiadas con el subsidio prenatal por la vida | 35 | 75 | 90 | 100 | 100 |
| | Bono Juana Azurduy entregado a las mujeres y beneficiarias | MS, ETAs, | % de mujeres que reciben el bono Juana Azurduy | 30 | 60 | 90 | 100 | 100 |
| | Complemento nutricional Carmelo entregado a los adultos mayores beneficiarios | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | % de adultos mayores que reciben el Complemento nutricional Carmelo | 65 | 85 | 90 | 100 | 100 |
| RESULTADO 6: Se ha ampliado el apoyo integral a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, en centros de reinserción social con la participación de los municipios. | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica (2). | Niñas y niños con atención integral de salud | MS, ETAs, Privados c/s fines de lucro | N° de niñas/os de 5 años a 11 años, en situación de calle, atendidos en salud | 100 | 5000 | 15000 | 50000 | 200000 |
| | Adolescentes con atención integral de salud | MS, ETAs, Privados c/s fines de lucro | N° de adolescentes de 12 a 18 años, en situación de calle, atendidos en salud | 100 | 5000 | 15000 | 50000 | 200000 |
| | Jóvenes con atención integral de salud | MS, ETAs, Privados c/s fines de lucro | N° de jóvenes en situación de calle, atendidos en salud | 100 | 5000 | 15000 | 50000 | 200000 |

| | Adolescentes y jóvenes en situación de calle rescatados y reinsertados en la sociedad | MS, ETAs, Privados c/s fines de lucro | N° de jóvenes y adolescentes rescatados y reinsertados en la sociedad | 30 | 150 | 500 | 1500 | 2500 |
|--|---|---|---|---------|---------|------------|--------------|--------------|
| RESULTADO 8: Se ha incrementado la cobertura de programas y servicios de Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 4 años. | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Implementación de programas y servicios de desarrollo infantil temprano (3) | Atención integral en salud a niños y niñas menores de 4 años | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de Municipios a nivel nacional que implementan el programa DIT | 28 | 50 | 150 | 250 | 339 |
| RESULTADO 9: Se ha promovido el apoyo y atención integral a niñas, niños, jóvenes y adolescentes en situación de calle. | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Implementación de programas de atención integral para niños, niñas, joven y adolescentes (4) | Niñas y niños con atención integral de salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Nro. De niñas/os de 5 años a 12 años atendidos en servicios de salud | 120 mil | 350 mil | 1 millón | 1,2 millones | 1,5 millones |
| | Adolescentes con atención integral de salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Nro. De adolescentes de 12 a 18 años atendidos en servicios de salud | 15 mil | 350 mil | 1,2 millón | 1,8 millones | 2,3 millones |
| RESULTADO 10: Se ha promovido el acceso de personas con discapacidad registradas en programas integrales de inclusión social basados en la comunidad. | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 2. Promoción de políticas públicas para personas con discapacidad en los ámbitos de salud, educación, trabajo, justicia y otros. (5) | Personas con discapacidad registradas y carnetizadas | MS, ETAs, Privados c/s fines de lucro | N° de equipos de calificación de discapacidad y registro funcionando | 9 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| | Personas que acceden a consejo genético | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de personas que acceden a consejo genético | 500 | 1500 | 5000 | 15000 | 50000 |

RESULTADO 11: Se han impulsado programas de rehabilitación basados en la comunidad para la restitución y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 2. Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad (6) | Programas municipales de RBC | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de centros de rehabilitación de discapacidades acreditados funcionando | 0 | 5 | 10 | 15 | 22 |
| | Personas que acceden a la rehabilitación | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de personas con discapacidad en tratamiento de rehabilitación | 5 | 15 | 15 | 30 | 45 |
| | PCD que son atendidas en salud de forma gratuita | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de PCD tratadas, rehabilitadas | 5 | 10 | 20 | 30 | 50 |

RESULTADO 12: Se ha fortalecido el apoyo integral para personas adultas mayores en centros de acogida y otros espacios para su ejercicio al derecho a una vejez digna.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7) | Adultos mayores envejecen saludablemente | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de personal calificado que atiende adultos Mayores | 10 | 100 | 500 | 1000 | 1500 |
| | Adultos mayores atendidas en salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Tasa de crecimiento de Adultos mayores atendidos en el marco de Ley 475 | 15 | 25 | 35 | 50 | 55 |
| | Adultos mayores atendidas en salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de Adultos mayores atendidos en salud de forma integral y gratuita | 15 | 30 | 40 | 55 | 60 |

| META 2: COMBATIR LA POBREZA SOCIAL | | | | | | | | |
|--|--|---|---|------|------|------|------|------|
| RESULTADO 16: La sociedad boliviana, sus organizaciones e instituciones practican el equilibrio y la complementariedad de género y generacional para el Vivir Bien | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 2. Protección de derechos de niños, niñas, adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad. (8) | Unidades Educativas U.E. saludables | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de U.E. acreditadas como Unidad Educativa saludable | 0 | 100 | 250 | 500 | 1000 |
| META 3: EN BOLIVIA YA NO EXISTEN LAS COMUNIDADES CAUTIVAS, NINGUNA FORMA DE PONGUEAJE Y ESCLAVISMO Y EXPLOTACIÓN EN EL TRABAJO INFANTIL | | | | | | | | |
| RESULTADO 19: Todas las comunidades indígena originarias liberadas han sido fortalecidas con capacidades integrales para la gestión de los nuevos asentamientos | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Implementación de programas integrales de asentamientos, y desarrollo integral para comunidades indígenas originarias liberadas. (9) | Planes de salud indígenas | MS, ETAs. | N° de personas indígenas atendidas en salud | 0 | 500 | 500 | 1000 | 1500 |
| | Poblaciones indígenas libres informadas en su derecho en salud | MS, ETAs. | N° de comunidades indígenas liberadas informadas de su derecho en salud | 0 | 10 | 10 | 15 | 15 |
| RESULTADO 20: Naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad y formas de vida transfronterizas han sido beneficiados con la implementación de políticas y programas estatales de protección, fortalecimiento y salvaguarda de sus sistemas de vida. | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Implementación de políticas y programas integrales de sistemas de vida y planes de salvaguarda de naciones y pueblos indígenas originar. (10) | Redes indígenas de salud | MS, ETAs. | N° de CPN a embarazadas indígenas | 1000 | 1500 | 1500 | 2500 | 2500 |
| | Redes indígenas de salud | MS, ETAs. | N° de consultas en población indígena < de 5 años | 2000 | 2000 | 3000 | 3000 | 5000 |

RESULTADO 24: Se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la violencia escolar en centros educativos y en la erradicación de toda forma de abuso, agresión, acoso y violencia por discriminación y racismo en instituciones públicas, privadas y centros laborales

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|--|------|------|------|------|------|
| 1. Lucha contra el racismo, patriarcalismo y toda forma de discriminación. (11) | Política no discriminatoria Implementada en instituciones de salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de denuncias de violencia, discriminación o racismo en servicios de salud | 0 | 100 | 150 | 250 | 500 |

RESULTADO 25: Instituciones estatales y privadas de servicio público previenen, protegen y sancionan conductas de maltratos, racistas y discriminatorias.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|--|------|------|------|------|------|
| 3. Implementación de acciones para el respeto a los derechos de las personas del colectivo GLBT y con orientaciones sexuales diversas. (12) | Política no discriminatoria implementada en instituciones de salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de denuncias en instituciones de salud, por discriminación por orientación sexual | 0 | 100 | 150 | 250 | 500 |

META 5: COMBATIR LA POBREZA ESPIRITUAL

RESULTADO 29: Todas las mujeres que acuden a las instancias públicas a denunciar hechos de violencia reciben asistencia legal y psicológica, reduciendo el porcentaje de mujeres y niñas que han sufrido violencia física, psicológica y/o sexual.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|---|--|------|------|------|------|------|
| 1. Implementación de programas integrales de atención y asistencia inmediata a mujeres víctimas de violencia. (13) | Atención integral de víctimas de violencia | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de Psicólogas / os incorporados al sector salud mediante Año de Servicio Social Rural Obligatorio ASSRO | 0 | 0 | 1500 | 2500 | 3000 |
| | Atención integral de víctimas de violencia | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Establecimientos de salud que atienden a víctimas de violencia según protocolos de atención integral | 0 | 150 | 200 | 250 | 300 |

RESULTADO 29: Todas las mujeres que acuden a las instancias públicas a denunciar hechos de violencia reciben asistencia legal y psicológica, reduciendo el porcentaje de mujeres y niñas que han sufrido violencia física, psicológica y/o sexual.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 4. Fortalecimiento e implementación del SSIPPASE en todo el territorio nacional. (14) | SSIPPASE c/ información de salud adecuada y oportuna | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de indicadores a recolectar y enviar al SSIPPASE | 0 | 3 | 5 | 5 | 5 |
| | SSIPPASE c/ información adecuada y oportuna de salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de casos de violencia notificados al SSIPPASE por servicios de salud | 0 | 100 | 150 | 250 | 350 |

RESULTADO 35: Se han implementado mecanismos y políticas para lograr la complementariedad de género y generacional.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|--|------|------|------|------|------|
| 2. Seguimiento y evaluación al plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes. (15) | Información sobre embarazo de adolescentes analizada en todos los niveles del sistema de salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Ejecución del Plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes | 0 | 10 | 30 | 35 | 50 |

META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN

RESULTADO 36: Se aplican de prácticas, valores ancestrales y constitucionales, saberes y conocimientos que promueven la construcción del nuevo ser humano integral en la sociedad boliviana hacia el Vivir Bien.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|-----------------------------|---|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| 2. Fortalecimiento de la cultura de igualdad ante la Ley y respeto a las diversidades. (16) | Satisfacción de usuarias/os | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de usuarios/as satisfechos | 45 | 50 | 60 | 70 | 85 |

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

RESULTADO 76: Se implementará el Servicio de Salud Universal.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|--|--|------|------|------|------|------|
| 1. Consolidación Esquema de Financiamiento del Sector Salud y la aplicación de la Ley 475 (17) | Conducción de la garantía de Financiamiento sectorial | MS | Grado de implementación del Sistema Único de Salud | 0 | 30 | 60 | 90 | 100 |
| 2. Fortalecimiento de la Gestión y Gerencia sectorial de salud. (18) | Conducción para el cumplimiento de metas sectoriales | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Instituciones que implementan sistemas técnico administrativos de gestión y gerencia sectorial | 0 | 2 | 5 | 10 | 10 |
| | Conducción Para el cumplimiento de metas sectoriales | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro. | Porcentaje de implementación del SPIE en el sector salud | 1 | 2 | 5 | 10 | 10 |
| 3. Institucionalización de la Fiscalización al sistema de salud. (19) | Autoridad superior de supervisión y fiscalización del sector salud implementada | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Grado de implementación de la Autoridad de Supervisión y Fiscalización de Salud | 0 | 0 | 30 | 60 | 90 |
| 4. Gestión de la Calidad de Establecimientos y Redes Funcionales de Salud (20) | Establecimientos de salud acreditados | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de establecimientos de salud acreditados | 25 | 45 | 70 | 90 | 150 |
| 5. Promoción de la participación y control social en el marco del Modelo de Gestión de la Política SAFCI (21) | Población con espacios de participación y control social en salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de municipios con Comités locales de Salud conformados | 12 | 30 | 50 | 120 | 200 |
| 6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (22) | Actualización del Marco Legal en salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de población con acceso a servicios de salud gratuitos | 35 | 60 | 75 | 85 | 100 |

| RESULTADO 77: La mayor parte de la población accede a medicamentos. | | | | | | | | |
|--|---|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos (23) | población con acceso a medicamentos de calidad | MS, ETAs, CEASS, INASES y Entes Gestores. | % de instituciones de salud que adquieren medicamentos e insumos por economía de escala | 1 | 5 | 100 | 250 | 300 |
| RESULTADO 78: La mayor parte de los municipios implementan el Programa Mi Salud | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal (24) | Implementación del modelo de atención de la política SAFCI | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de municipios que cuentan con personal de MI SALUD | 230 | 270 | 300 | 339 | 339 |
| 2. Participación social en salud a nivel municipal y departamental (25) | información en línea sobre determinantes sociales de la salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de carpetas familiares llenadas e informatizadas | 5000 | 10000 | 15000 | 20000 | 30000 |
| RESULTADO 79: La mayor parte de los municipios están conectados y equipados a la Red TELESALUD. | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal (26) | Atención especializada a distancia | MS, ETAs. | N° de municipios que acceden al servicio de TELESALUD | 339 | 339 | 339 | 339 | 339 |
| RESULTADO 80: Se ha reducido en al menos 30% la mortalidad infantil (a 35 muertes por mil nacimientos). | | | | | | | | |
| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños (27) | Atención integral a menores de 1 año | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de niños/as <1 año atendidos c/ control y orientación integral a la familia | 10000 | 25000 | 30000 | 35000 | 40000 |
| 2. Reducción del riesgo de muerte infantil (28). | Atención integral a menores de 1 año | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de niñas/os <1 año con 3° dosis de V. Pentavalente | 90 | 91 | 92 | 94 | 95 |

RESULTADO 81: Se ha reducido en al menos el 50% la razón de mortalidad materna (a 80 muertes por cien mil nacimientos).

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|---|--|------|------|------|------|------|
| 1. Seguro Universal de Salud Programa de reducción de mortalidad materna (29) | Reducción acelerada de la muerte materna y neonatal | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de embarazadas con alto riesgo obstétrico detectadas/ referidas oportunamente | 0 | 30 | 60 | 90 | 100 |

RESULTADO 82: Se ha incrementado la cobertura de parto institucional.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de Atención de partos (30) | Mejorar prestación del Bono Juana Azurduy y Subsidio universal por la vida | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de embarazadas con 4 o más controles prenatales y plan de parto. | 50 | 65 | 75 | 85 | 95 |

RESULTADO 83: Se ha reducido la proporción de adolescentes embarazadas

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Prevención en embarazos de adolescentes (31) | Adolescentes acceden a Anticonceptivos modernos | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de adolescentes que usan métodos anti conceptivos modernos | 0 | 25 | 35 | 45 | 65 |
| 2. Promoción de los derechos sexuales reproductivos (32) | Población ejerce sus derechos sexuales y reproductivos | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de municipios con normas que respaldan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos | 5 | 50 | 150 | 200 | 250 |

RESULTADO 84: La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|-------------|---|------|------|------|------|------|
| 1. Elaboración de planes municipales de salud (33) | Población participa en la planificación en salud | MS y ETAs. | N° de municipios que tienen su plan municipal de salud incorporado al Plan Territorial Desarrollo Integral - PTDI | 5 | 10 | 45 | 65 | 150 |

RESULTADO 85: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Prevención de enfermedades de transmisión sexual | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de establecimientos de salud que otorgan preservativos con consejería previa | 5 | 15 | 35 | 55 | 65 |
| | Prevención, control y tratamiento de PVVS | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de PVVS avanzada que recibe Tratamiento Antirretroviral | 50 | 75 | 85 | 95 | 95 |
| | Prevención y control nacional de la malaria | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | % de casos diagnosticados de Malaria x P. Falciparum que recibieron tratamiento | 65 | 65 | 75 | 95 | 95 |
| | Prevención y control del dengue, Chikungunya y Zika | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de municipios con casos confirmados de Dengue, Chikungunya y Zika | 1500 | 1000 | 1000 | 800 | 800 |
| | Prevención y control nacional de la tuberculosis | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Tasa de curación de tuberculosis (Fuente: PNCT) | 84 | 86 | 90 | 92 | 94 |
| | Prevención y control nacional de la tuberculosis | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Nro. de sectores que actúan en la prevención de tuberculosis | 1 | 3 | 5 | 8 | 8 |
| | Prevención y control nacional de Chagas a través de la interrupción de la transmisión vectorial. | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de municipios con IIV mayor al 3% | 37 | 32 | 22 | 12 | 0 |
| | Prevención y control nacional de Chagas a través de la interrupción de la transmisión vectorial. | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | % de municipios que han realizado mejoramiento de viviendas | 1 | 20 | 30 | 50 | 80 |
| | Tasa de incidencia de rabia humana | Prevención y control nacional de la Rabia | N° de casos de rabia canina | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 |

RESULTADO 86: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|---|--|------|------|------|------|------|
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles (35) | Prevención y control de las EDAs | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Nº de municipios con vigilancia en la calidad de agua de consumo humano. | 2 | 10 | 50 | 75 | 120 |
| | Prevención y atención en salud mental | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Nº de Centros de rehabilitación de adicciones acreditados | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles (35) | Prevención y atención en enfermedades no transmisibles | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de pacientes con síndrome metabólico controlados y compensados | 10 | 25 | 45 | 65 | 75 |
| | Prevención y atención en ENT | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial detectados tempranamente | 10 | 25 | 45 | 65 | 75 |
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles (35) | Prevención y atención en enfermedades no transmisibles | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de pacientes con Cáncer detectados tempranamente | 10 | 25 | 45 | 65 | 75 |
| | Prevención y atención en enfermedades no transmisibles | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Nº de pacientes con CACU detectados y tratados | 5000 | 6000 | 6500 | 6500 | 6500 |

RESULTADO 87: Al menos 90% de los establecimientos de salud reportan información al Sistema Único de Información en Salud (SUIS).

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|---|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS (36) | información en salud confiable, completa y accesible oportuna | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de establecimientos reportan información en salud cumpliendo estándares. | 40 | 60 | 80 | 80 | 100 |
| | Estructura organizacional y financiera del SUIS establecida. | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Nº de RRHH institucionalizados para el SUIS | 10 | 50 | 60 | 70 | 100 |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|----|----|----|----|
| 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS (36) | Marco normativo y reglamentario elaborado y ajustado para la aplicación de TIC en salud. | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de Leyes, Decretos, Resoluciones u otros relacionadas con el SUIS | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | Infraestructura y desarrollo de TICs adecuada EN EL SUIS. | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de ejecución del plan de inversión del SUIS | 0 | 20 | 40 | 60 | 90 |
| | Implementación de los niveles de operación de la plataforma informática del SUIS | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de plataformas articuladas al SUIS | 1 | 30 | 45 | 65 | 75 |

RESULTADO 88: Se ha invertido \$us1.700 millones en la construcción, ampliación y equipamiento de 47 institutos y hospitales de salud de forma concurrente con las ETAs.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|-------------|-------------------------------------|------|------|------|------|------|
| 1. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales. (37) | Institutos, hospitales y Centros de salud hospitales | MS y ETAs | N° de actas de recepción definitiva | 3 | 6 | 20 | 37 | 47 |

RESULTADO 89. Se han construido 4 Institutos de 4to. Nivel de Salud: Oncología, Cardiología, Gastroenterología y Nefrourología – Neurología. Se han construido y ampliado 12 hospitales de 3er. Nivel. Se han construido, ampliado y equipado 31

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|-----------------------------|-------------|--|------|------|------|------|------|
| 1. Construcción y equipamiento de institutos de cuarto nivel (38) | institutos de cuarto nivel | MS y ETAs | N° de Institutos de 4° Nivel implementados | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| 2. Construcción y equipamiento de hospitales de tercer nivel (39) | hospitales de tercer nivel | MS y ETAs | N° de hospitales de 3er. Nivel. | 0 | 0 | 4 | 8 | 12 |
| 3. Construcción y equipamiento de hospitales de segundo nivel (40) | hospitales de segundo nivel | MS y ETAs | N° de hospitales de 2do. Nivel. | 3 | 6 | 16 | 26 | 31 |

RESULTADO 90. Se han construido, ampliado y equipado 180 establecimientos de salud de 1er. Nivel y se han elevado 1.430 Puestos de Salud a la categoría de Centros de Salud, con recursos de los Gobiernos Autónomos Municipales.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|-------------|--|------|------|------|------|------|
| 1. Construcción y equipamiento de 180 establecimientos de salud de 1er nivel (41) | establecimientos de salud de 1er nivel | MS y ETAs | N° de nuevos establecimientos de salud de 1er. Nivel | 2 | 25 | 93 | 120 | 180 |
| 2. Construcción equipamiento y acreditación de establecimientos de salud de categorización a Centros de Salud (42) | 1.430 Centros de Salud. | MS y ETAs | N° de puestos de salud elevados a Centros de Salud. | 286 | 572 | 858 | 1144 | 1430 |

RESULTADO 91. Se han creado nuevos ítems para personal de salud, incluyendo plazas para especialistas y sub especialistas.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|-------------|--|------|------|------|------|------|
| 1. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud (43) | política integral sectorial de recursos humanos en salud | MS y ETAs | Porcentaje de implementación de una política de RRHH en salud | 14 | 28 | 42 | 56 | 70 |
| 2. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud (44) | recursos humanos de salud | MS y ETAs | No de ítems en salud asignados por año. | 700 | 1400 | 2100 | 2800 | 3500 |
| 3. Formación de especialistas y sub especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados (45) | especialistas y sub especialistas en salud | MS y ETAs | N° de becas creadas de especialización y sub especialización para profesionales de salud | 200 | 400 | 600 | 800 | 1000 |
| 4. Implementación de un sistema de evaluación del desempeño (46) | personal de salud motivado y competente | MS y ETAs | evaluaciones de desempeño realizadas por institución anualmente | 6 | 12 | 18 | 24 | 30 |

RESULTADO 92. Se han instalado nuevas unidades de hemodiálisis y laboratorios de histocompatibilidad.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|-------------|---|------|------|------|------|------|
| 1. Ampliación de la capacidad resolutive de los servicios de salud ofertando servicios especializados. (47) | Laboratorios de histocompatibilidad implementadas. | MS y ETAs | N° de pacientes trasplantados con éxito | 60 | 100 | 120 | 150 | 200 |
| 2. Construcción de infraestructura y equipamiento para unidades de hemodiálisis. (48) | Unidades de hemodiálisis implementadas | MS y ETAs | Porcentaje de pacientes con enfermedad renal que reciben Diálisis | 25 | 30 | 35 | 45 | 50 |

RESULTADO 93. Se ha puesto en funcionamiento un Centro de Saberes de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|-------------|---|------|------|------|------|------|
| 1. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana. (49) | Medicina tradicional ancestral boliviana accesible en el sistema Único de Salud. | MS y ETAs | N° de médicos tradicionales que se capacitan anualmente | 0 | 100 | 150 | 150 | 200 |
| 2. Implementación del Centro de Saberes de Medicina Ancestral Boliviana (50) | Centro de Saberes de Medicina Ancestral Boliviana implementado | MS y ETAs | Grado de avance del Centro de Saberes de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana | 0 | 10 | 30 | 60 | 100 |

PILAR 4: SOBERANÍA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA

META 1: INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE TECNOLOGÍA

RESULTADO 123: Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico para la producción de medicamentos.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|-------------|--|------|------|------|------|------|
| 1. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico (51) | Complejo industrial Farmacéutico instalado | MS y ETAs | Grado de avance de construcción, equipamiento y funcionamiento | 0 | 20 | 30 | 70 | 100 |

RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|-------------|--|------|------|------|------|------|
| 1. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS. (52) | Medicina tradicional incorporada al sistema de salud | MS y ETAs | N° de referencias de la MT a servicios de salud. | 200 | 250 | 300 | 350 | 400 |

RESULTADO 131: Los prestadores de Medicina Tradicional han sido registrados en el Ministerio de Salud

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|-------------|---|------|------|------|------|------|
| 1. Sistema de registro de prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana. (53) | prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana registrados | MS y ETAs | N° de prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana registrados | 1600 | 1800 | 1900 | 1950 | 2000 |

RESULTADO 132: Se han desarrollado productos naturales y de la biodiversidad de la farmacopea boliviana.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|-------------|---|------|------|------|------|------|
| 1. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana. (54) | Registro de los productos naturales de la biodiversidad de la farmacopea boliviana | MS y ETAs | N° de Productos Naturales de la biodiversidad de la farmacopea boliviana con registro sanitario | 4 | 6 | 8 | 10 | 20 |

META 5: FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL CIENTÍFICA

RESULTADO 133: Todas las entidades y empresas vinculadas al sector productivo, agua, medio ambiente, telecomunicaciones, salud y otros asignarán un porcentaje de sus recursos dirigido a la investigación científica y desarrollo de tecnología.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|-----------------------|---|--|------|------|------|------|------|
| 1. Innovación y desarrollo en empresas públicas productivas. (55) | Conocimiento en salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de investigaciones en salud realizadas bajo protocolos normados | 10 | 40 | 80 | 120 | 160 |

PILAR 8: SOBERANÍA ALIMENTARIA

META 1: ELIMINAR EL HAMBRE, LA DESNUTRICIÓN Y REDUCIR LA MALNUTRICIÓN

RESULTADO 221: Se ha disminuido a 9% el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con desnutrición crónica

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|---|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Promoción de la alimentación saludable y revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo (56) | Se ha reducido la desnutrición en niños menores de 5 años | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) | 31 | 29 | 25 | 20 | 18 |
| 2. Articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores (57) | Alimentos complementarios entregados a los niños/as en los centros de salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | % de niños y niñas que han iniciado la Alimentación Complementaria a los seis meses | 55 | 60 | 70 | 75 | 80 |

RESULTADO 222: Se ha reducido a 10% la población con subalimentación

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|-------------|--|------|------|------|------|------|
| 1. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la implementación de políticas de malnutrición (58) | Se ha reducido la población subalimentada | MS y ETAs | Número de municipios que cuentan con Planes Territoriales de Desarrollo Integral que incluyen los programas intersectoriales de Alimentación y Nutrición de la PAN | 20 | 40 | 60 | 100 | 120 |

RESULTADO 223: Se ha disminuido a 30% la prevalencia de niños con anemia.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Promoción de la alimentación saludable, atención integral de enfermedades atribuidas a la dieta y prevención de la malnutrición en niños y niñas. (59) | Se ha reducido la anemia en niños menores de 2 años | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de mujeres en edad fértil con cobertura de atención en salud | 10 | 20 | 30 | 50 | 70 |

RESULTADO 224: Se ha reducido a 3,5% de niñas y niños con sobrepeso u obesidad

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|--|------|------|------|------|------|
| 1. Fortalecimiento del abastecimiento, consumo adecuado y control de calidad de los suplementos con micronutrientes y alimentos complementarios. (60) | Se ha mejorado el estado nutricional de los niños/as menores de 5 años | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Al 2020, la letalidad por desnutrición aguda grave en niños y niñas menores de 5 años, es menor al 1% en todas las redes de salud. | 0.6 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 |

RESULTADO 225: Se ha reducido a 35% el porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida. (61) | Se ha mejorado el estado nutricional de las mujeres | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de Mujeres en edad fértil registrados con sobrepeso | 32 | 30 | 28 | 20 | 18 |
| 2. Implementación de espacios/ instituciones saludables (62) | Plan de fortalecimiento de la salud ocupacional implementado a nivel nacional | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Grado de implementación del plan de fortalecimiento de la salud ocupacional | 10% | 20% | 40% | 60% | 80% |

RESULTADO 226: Se promoverá el aumento de la lactancia materna exclusiva a 84%.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Implementación de la red nacional de bancos de leche humana y unidades de recolección de leche. (63) | Consolidación de los bancos de leche | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de Bancos de Leche implementados y funcionando | 1 | 4 | 6 | 8 | 9 |
| 2. Acreditación de hospitales "Amigos de la madre y de la niñez". (64) | Hospitales acreditados como amigos de la madre y de la niñez | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de hospitales amigos de la madre y de la niñez | 2 | 6 | 30 | 50 | 150 |

META 5: BOLIVIA HA PUESTO EN MARCHA PROGRAMAS INTERSECTORIALES EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

RESULTADO 240: Se ha implementado la Política de Alimentación y Nutrición en el marco del CONAN.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores. (65) | Articulación entre sectores para reducir la desnutrición crónica | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | Porcentaje de Implementación de la Política de Alimentación y Nutrición | 16 | 32 | 48 | 64 | 80 |
| 2. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición. (66) | CODANES implementados | MS y Entidades territoriales autónomas | N° de CODAN implementados y funcionando | 2 | 4 | 6 | 8 | 9 |
| | COMANES implementados | MS y Entidades territoriales autónomas | N° de COMAN implementados y funcionando | 68 | 136 | 204 | 272 | 339 |

RESULTADO 241: Se han fortalecido los Consejos Departamentales de Alimentación y Nutrición (CODAN) y los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN) en su rol de articulación.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|--|---|------|------|------|------|------|
| 1. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN). (67) | Articulación entre sectores para reducir la desnutrición crónica | MS y Entidades territoriales Autónomas | N° de CODAN funcionando en su rol articulador | 3 | 5 | 7 | 9 | 9 |

PILAR 9: SOBERANÍA AMBIENTAL CON DESARROLLO INTEGRAL

META 3: DESARROLLO DEL CONJUNTO DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICO -PRODUCTIVAS, EN EL MARCO DEL RESPETO Y COMPLEMENTARIEDAD CON LOS DERECHOS DE LA MADRE TIERRA.

RESULTADO 248: Los planes e instrumentos de planificación integral sectorial, territorial y de inversión pública han incorporado la gestión de sistemas de vida, gestión de riesgos y cambio climático, y elementos de regeneración y restauración de zonas de vida, fortaleciendo los procesos económico - productivos con una visión integral.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|--|---|------|------|------|------|------|
| Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. (68) | Sistema Nacional de vigilancia de Salud Ambiental desarrollado | MS y Entidades territoriales Autónomas | N° de municipios que implementan el Sistema Nacional de vigilancia de Salud Ambiental | 2 | 10 | 25 | 65 | 90 |
| | Información sobre factores ambientales que influyen en la salud | MS y Entidades territoriales Autónomas | Proyecto del Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Ambiental elaborado | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Política de recursos humanos para la gestión en Salud Ambiental | MS y Entidades territoriales Autónomas | N° de técnicos medios de salud ambiental incorporados en los SEDES | 0 | 5 | 10 | 15 | 30 |
| | Plan multisectorial de Salud ambiental | MS y Entidades territoriales Autónomas | Grado de implementación del Plan Multisectorial de Salud Ambiental | 0% | 5% | 15% | 40% | 60% |

META 5: DESARROLLO DE SISTEMAS PRODUCTIVOS SUSTENTABLES EN EL MARCO DE PROCESOS DE GESTIÓN TERRITORIAL

RESULTADO 269: La mayoría de los municipios han promovido la cultura de prevención y resiliencia frente a riesgos de desastres.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--------------------------------|--|--|------|------|------|------|------|
| 1. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. (69) | Impacto de riesgos minimizados | MS y Entidades territoriales Autónomas | N° de proyectos de desarrollo con gestión de riesgos | 1 | 3 | 5 | 7 | 10 |

RESULTADO 270: Al menos 30% de municipios de alto riesgo de desastres, han reducido su vulnerabilidad frente eventos adversos, hidro meteorológicos y climáticos, en el marco de acciones de gestión de riesgos y adaptación al cambio climático.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 2. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. (70) | Víctimas de desastres atendidas en salud | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de personas atendidas en emergencias por desastres | 200 | 1000 | 1500 | 3000 | 5000 |
| | Planes municipales de gestión de riesgos con componente de salud | MS, Entidades Territoriales Autónomas, Entes Gestores | N° de municipios con planes de gestión de riesgos | 70 | 150 | 200 | 250 | 300 |

PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA

META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN

RESULTADO 298: Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 4. Desarrollo de una gestión eficiente que logre una administración institucional apropiada, utilizando adecuadamente los recursos y la planificación como herramienta de gestión institucional. (71) | Planes de salud enmarcados en el PSDI | MS, ETAs, Entes Gestores | N° de Resoluciones Ministeriales de aprobación de Planes de salud | 2 | 6 | 7 | 8 | 10 |
| | información sobre inversión en salud conocida oportunamente | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de proyectos incorporados al SIGESPRO | 10 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | información administrativa y financiera de instituciones de salud mejorada | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de instituciones de salud que implementan: sistemas informáticos administrativos validados por MS (SEGUIPOA, SOFCOM) | 2 | 5 | 5 | 5 | 6 |

META 1: Gestión pública transparente, con servidores públicos éticos, competentes y comprometidos que luchan contra la corrupción

RESULTADO 301: Se ha institucionalizado en las entidades estatales la rendición pública de cuentas para el ejercicio efectivo del control social y procesos de formación en principios y valores éticos.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|---|---|------|------|------|------|------|
| 1. Promoción y consolidación de una gestión pública transparente a través de la Rendición Pública de Cuentas con participación efectiva de la sociedad civil e institucionalización del Control Social. (72) | Población informada ejerciendo el control social | MS, Entes Gestores, ETAs, LONABOL, CEASS, INASES | Porcentaje de instituciones de salud donde se realizan las rendiciones de cuentas | 10 | 15 | 20 | 20 | 20 |
| 3. Participación y fortalecimiento del control social (73) | Instancias de control social establecidas | MS, ETAs, SSCP, Privados con o sin fines de lucro | Porcentaje de municipios con instancias de participación y control social en salud establecidas | 50 | 75 | 100 | 140 | 200 |

RESULTADO 302: Se ha reducido significativamente la burocracia en los procesos y procedimientos de la administración pública con la integración de los sistemas del Estado y el uso de las tecnologías de información y comunicación.

| Acciones | Producto | Institución | Indicador de proceso | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|---------------------------------|---|--|------|------|------|------|------|
| 1. Implementación de tecnologías de información para el acceso a la información como derecho del ser humano y para facilitar la evaluación a la gestión pública (74) | Expediente clínico digitalizado | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de hospitales de nivel 3 y 2 con información digitalizada | 3 | 5 | 9 | 12 | 15 |
| 2. Gestión desburocratizada de sistemas de administración y control. (75) | Mejor gestión administrativa | MS, ETAs, SSCP, Privados c/s fines de lucro | N° de procesos administrativos que han reducido sus pasos | 0 | 2 | 5 | 5 | 5 |

4.3. TERRITORIALIZACIÓN DE ACCIONES CON ENFOQUE DE SISTEMAS DE VIDA, GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO

4.3.1. Impactos de acciones territorializadas en sistemas de vida (modelo de armonización de sistemas de vida)

| JURISDICCIÓN TERRITORIAL: MACROREGIÓN LLANURAS Y SABANAS | |
|--|---|
| UNIDADES SOCIOCULTURALES: Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, indígenas, originarios, predios militares y propietarios. | |
| Caracterización del Sistema de Vida | |
| | |
| 1. Funciones Ambientales | |
| Valor: 3,05 | Valoración Cualitativa: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones moderadamente buenas |
| Identificación de las acciones a implementarse: | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable. 2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. 3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. 4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. 5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | |
| 2. Sistemas Productivos Sustentables | |
| Valor: 1,81 | Valoración Cualitativa: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas |

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Participación social en salud a nivel municipal y departamental.
2. Elaboración de planes municipales de salud.
3. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles.
4. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.
5. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana.
6. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico.
7. Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo.
8. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición.
9. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida.
10. Implementación de espacios/ instituciones saludables.
11. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores.
12. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición.
13. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN).

3. Grado de Pobreza (Carencia de Servicios Básicos)

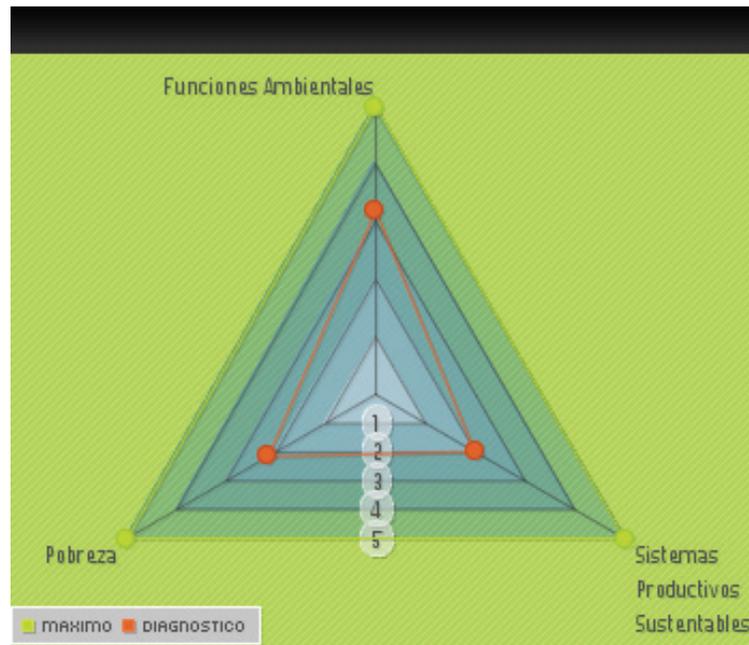
Valor: 2,24

Valoración Cualitativa: Regular carencia de servicios básicos

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Consolidación del esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475.
2. Fortalecimiento de la gestión y gerencia sectorial de salud.
3. Institucionalización de la fiscalización al sistema de salud.
4. Gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud.
5. Promoción de la participación y control social en el marco del modelo de gestión de la política SAFCI.
6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
7. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos.
8. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal.
9. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal.
10. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños.
11. Reducción del riesgo de muerte infantil.
12. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de mortalidad materna.
13. Seguro Universal de Salud: Programas de atención de partos.
14. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales.
15. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud.
16. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud
17. Ampliación de la capacidad resolutoria de los servicios de salud ofertando servicios especializados
18. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS.
19. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana.

Caracterización del Sistema de Vida



1. Funciones Ambientales

Valor: 3,18

Valoración Cualitativa: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones moderadamente buenas

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable.
2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental.
3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos.
4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral.
5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos.

2. Sistemas Productivos Sustentables

Valor: 1,99

Valoración Cualitativa: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Participación social en salud a nivel municipal y departamental.
2. Elaboración de planes municipales de salud.
3. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles.
4. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.
5. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana.
6. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico.
7. Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo.
8. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición.
9. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida.
10. Implementación de espacios/ instituciones saludables.
11. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores.
12. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición.
13. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN).

3. Grado de Pobreza (Carencia de Servicios Básicos)

Valor: 2,15

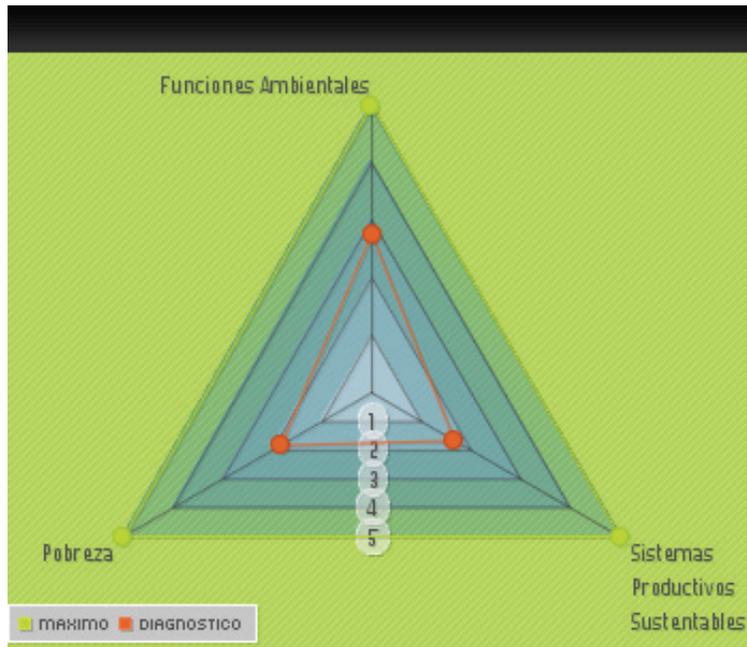
Valoración Cualitativa: Regular carencia de servicios básicos

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Consolidación del esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475.
2. Fortalecimiento de la gestión y gerencia sectorial de salud.
3. Institucionalización de la fiscalización al sistema de salud.
4. Gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud.
5. Promoción de la participación y control social en el marco del modelo de gestión de la política SAFCI.
6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
7. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos.
8. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal.
9. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal.
10. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños.
11. Reducción del riesgo de muerte infantil.
12. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de mortalidad materna.
13. Seguro Universal de Salud: Programas de atención de partos.
14. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales.
15. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud.
16. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud
17. Ampliación de la capacidad resolutoria de los servicios de salud ofertando servicios especializados
18. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS.
19. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana.

UNIDADES SOCIOCULTURALES: Afrobolivianos, Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, indígenas, originarios, interculturales, predios militares y propietarios.

Caracterización del Sistema de Vida



1. Funciones Ambientales

Valor: 2.74

Valoración Cualitativa: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable.
2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental.
3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos.
4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral.
5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos.

2. Sistemas Productivos Sustentables

Valor: 1,67

Valoración Cualitativa: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Participación social en salud a nivel municipal y departamental.
2. Elaboración de planes municipales de salud.
3. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles.
4. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.
5. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana.
6. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico.
7. Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo.
8. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición.
9. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida.
10. Implementación de espacios/ instituciones saludables.
11. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores.
12. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición.
13. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN).

3. Grado de Pobreza (Carencia de Servicios Básicos)

Valor: 1.83

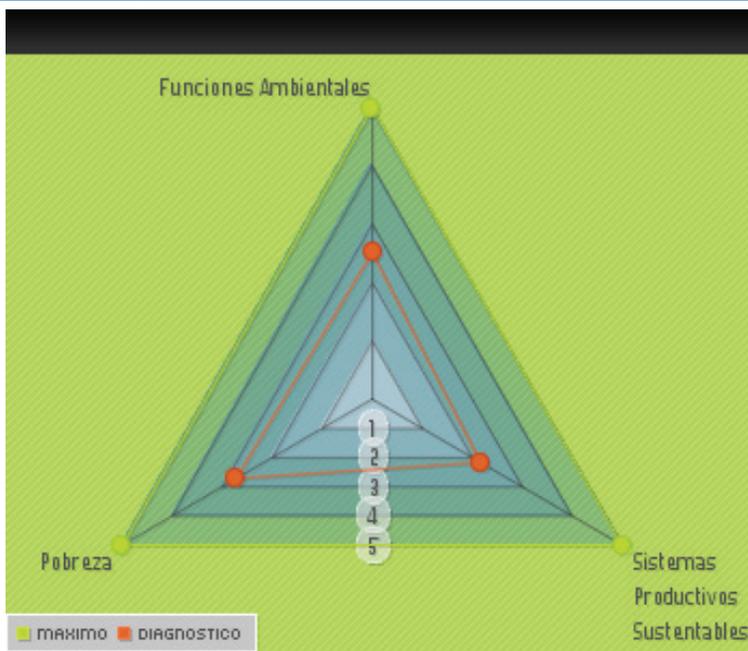
Valoración Cualitativa: Moderadamente alta carencia de servicios básicos

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Consolidación del esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475.
2. Fortalecimiento de la gestión y gerencia sectorial de salud.
3. Institucionalización de la fiscalización al sistema de salud.
4. Gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud.
5. Promoción de la participación y control social en el marco del modelo de gestión de la política SAFCI.
6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
7. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos.
8. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal.
9. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal.
10. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños.
11. Reducción del riesgo de muerte infantil.
12. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de mortalidad materna.
13. Seguro Universal de Salud: Programas de atención de partos.
14. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales.
15. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud.
16. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud
17. Ampliación de la capacidad resolutoria de los servicios de salud ofertando servicios especializados
18. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS.
19. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana.

UNIDADES SOCIOCULTURALES: Afrobolivianos, Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, indígenas, originarios, interculturales, predios militares y propietarios.

Caracterización del Sistema de Vida



1. Funciones Ambientales

Valor: 2.51

Valoración Cualitativa: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones regulares

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable.
2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental.
3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos.
4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral.
5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos.

2. Sistemas Productivos Sustentables

Valor: 2.17

Valoración Cualitativa: Sistemas productivos sustentables en condiciones Regulares

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Participación social en salud a nivel municipal y departamental.
2. Elaboración de planes municipales de salud.
3. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles.
4. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.
5. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana.
6. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico.
7. Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo.
8. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición.
9. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida.
10. Implementación de espacios/ instituciones saludables.
11. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores.
12. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición.
13. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN).

3. Grado de Pobreza (Carencia de Servicios Básicos)

Valor: 2,72

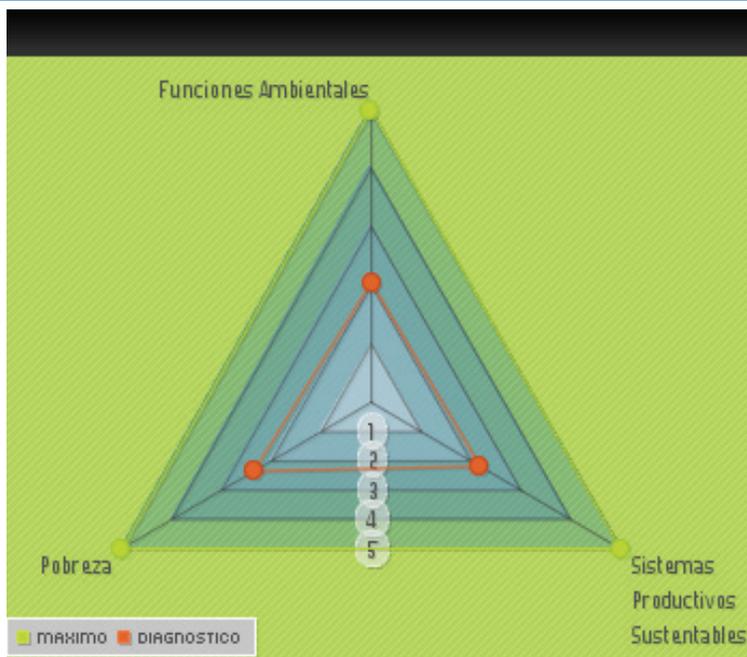
Valoración Cualitativa: Regular carencia de servicios básicos

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Consolidación del esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475.
2. Fortalecimiento de la gestión y gerencia sectorial de salud.
3. Institucionalización de la fiscalización al sistema de salud.
4. Gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud.
5. Promoción de la participación y control social en el marco del modelo de gestión de la política SAFCI.
6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
7. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos.
8. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal.
9. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal.
10. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños.
11. Reducción del riesgo de muerte infantil.
12. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de mortalidad materna.
13. Seguro Universal de Salud: Programas de atención de partos.
14. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales.
15. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud.
16. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud
17. Ampliación de la capacidad resolutoria de los servicios de salud ofertando servicios especializados
18. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS.
19. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana.

UNIDADES SOCIOCULTURALES: Afrobolivianos, Asociaciones comunitarias, comunidades, conglomerados urbanos, empresarios, indígenas, originarios, interculturales, predios militares y propietarios.

Caracterización del Sistema de Vida



1. Funciones Ambientales

Valor: 2.05

Valoración Cualitativa: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable.
2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental.
3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos.
4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral.
5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos.

2. Sistemas Productivos Sustentables

Valor: 2.19

Valoración Cualitativa: Sistemas productivos sustentables en condiciones regulares

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Participación social en salud a nivel municipal y departamental.
2. Elaboración de planes municipales de salud.
3. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles.
4. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.
5. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana.
6. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico.
7. Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo.
8. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición.
9. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida.
10. Implementación de espacios/ instituciones saludables.
11. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores.
12. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición.
13. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN).

3. Grado de Pobreza (Carencia de Servicios Básicos)

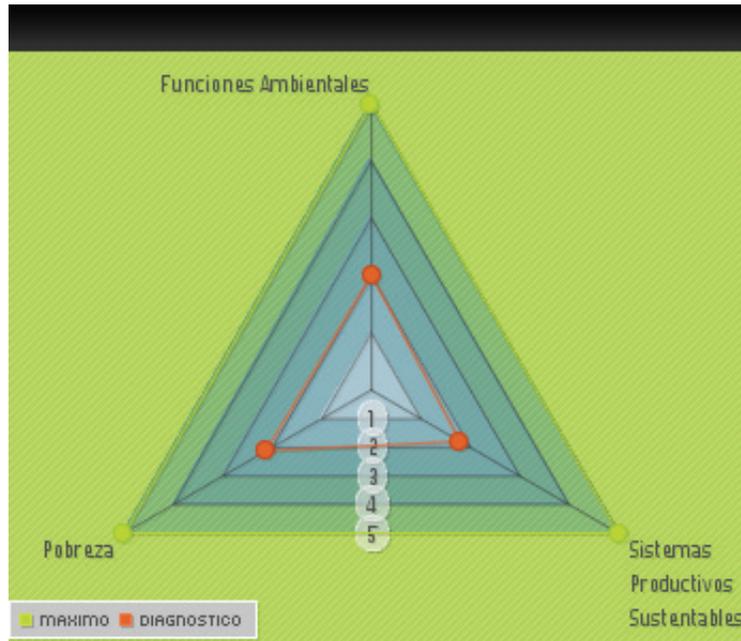
Valor: 2,35

Valoración Cualitativa: Regular carencia de servicios básicos

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Consolidación del esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475.
2. Fortalecimiento de la gestión y gerencia sectorial de salud.
3. Institucionalización de la fiscalización al sistema de salud.
4. Gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud.
5. Promoción de la participación y control social en el marco del modelo de gestión de la política SAFCI.
6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
7. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos.
8. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal.
9. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal.
10. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños.
11. Reducción del riesgo de muerte infantil.
12. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de mortalidad materna.
13. Seguro Universal de Salud: Programas de atención de partos.
14. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales.
15. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud.
16. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud
17. Ampliación de la capacidad resolutoria de los servicios de salud ofertando servicios especializados
18. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS.
19. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana.

Caracterización del Sistema de Vida



1. Funciones Ambientales

Valor: 2.00

Valoración Cualitativa: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable.
2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental.
3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos.
4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral.
5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos.

2. Sistemas Productivos Sustentables

Valor: 1,79

Valoración Cualitativa: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas

Identificación de las acciones a implementarse:

4. Participación social en salud a nivel municipal y departamental.
1. Elaboración de planes municipales de salud.
2. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles.
3. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.
4. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana.
5. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico.
6. Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo.
7. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición.
8. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida.
9. Implementación de espacios/ instituciones saludables.
10. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores.
11. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición.
12. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN).

3. Grado de Pobreza (Carencia de Servicios Básicos)

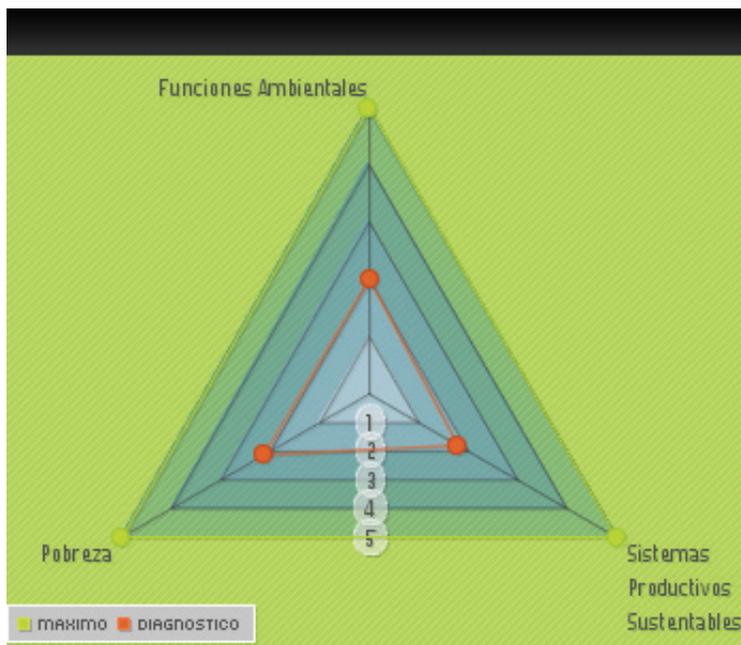
Valor: 2.12

Valoración Cualitativa: Regular carencia de servicios básicos

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Consolidación del esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475.
2. Fortalecimiento de la gestión y gerencia sectorial de salud.
3. Institucionalización de la fiscalización al sistema de salud.
4. Gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud.
5. Promoción de la participación y control social en el marco del modelo de gestión de la política SAFCI.
6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
7. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos.
8. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal.
9. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal.
10. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños.
11. Reducción del riesgo de muerte infantil.
12. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de mortalidad materna.
13. Seguro Universal de Salud: Programas de atención de partos.
14. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales.
15. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud.
16. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud
17. Ampliación de la capacidad resolutoria de los servicios de salud ofertando servicios especializados
18. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS.
19. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana.

Caracterización del Sistema de Vida



1. Funciones Ambientales

Valor: 2.15

Valoración Cualitativa: Funcionamiento del Sistema de Vida en condiciones Regulares

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable.
2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental.
3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos.
4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral.
5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos.

2. Sistemas Productivos Sustentables

Valor: 1,79

Valoración Cualitativa: Sistemas productivos sustentables en condiciones moderadamente bajas

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Participación social en salud a nivel municipal y departamental.
2. Elaboración de planes municipales de salud.
3. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles.
4. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.
5. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana.
6. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico.
7. Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo.
8. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición.
9. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida.
10. Implementación de espacios/ instituciones saludables.
11. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores.
12. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición.
13. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN).

3. Grado de Pobreza (Carencia de Servicios Básicos)

Valor: 2.06

Valoración Cualitativa: Regular carencia de servicios básicos

Identificación de las acciones a implementarse:

1. Consolidación del esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475.
2. Fortalecimiento de la gestión y gerencia sectorial de salud.
3. Institucionalización de la fiscalización al sistema de salud.
4. Gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud.
5. Promoción de la participación y control social en el marco del modelo de gestión de la política SAFCI.
6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
7. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos.
8. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal.
9. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal.
10. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños.
11. Reducción del riesgo de muerte infantil.
12. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de mortalidad materna.
13. Seguro Universal de Salud: Programas de atención de partos.
14. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales.
15. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud.
16. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud
17. Ampliación de la capacidad resolutoria de los servicios de salud ofertando servicios especializados
18. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS.
19. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana.

4.4. ANÁLISIS DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO (PROYECCIÓN AL 2020)

| Macroregión: Altiplano | | | | | | |
|--|--|-----------------------|------------------|-------------|-----------------------|------------------|
| Detalle | Sequia | | | Inundación | | |
| | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) |
| Amenaza actual | 0.25 | 159918984054,0 | 2.213.120 | 0.18 | 159918984054,0 | 2.213.120 |
| Amenaza proyectada (2020) | | | | | | |
| Acciones principales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable. 2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. 3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. 4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. 5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para reducción o mitigación del riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud de seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. • Proyectos en salud que incorporan la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo. • Atención en salud de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para mejorar o incrementar la adaptación al cambio climático | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación social en la conservación de la biodiversidad y el manejo sustentable de las comunidades. • Construcción de capacidades institucionales en el sector salud para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. | | | | | |

| Macroregión: Yungas Chapare | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| Detalle | Sequia | | | Inundación | | |
| | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) |
| Amenaza actual | 0.25 | 7375891783,5 | 596.323 | 0.21 | 7375891783,5 | 596.323 |
| Amenaza proyectada (2020) | | | | | | |
| Acciones principales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable. 2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. 3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. 4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. 5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para reducción o mitigación del riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud de seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. • Proyectos en salud que incorporan la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo. • Atención en salud de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para mejorar o incrementar la adaptación al cambio climático | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación social en la conservación de la biodiversidad y el manejo sustentable de las comunidades. • Construcción de capacidades institucionales en el sector salud para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. | | | | | |

Macroregión: Amazonía

| Detalle | Sequia | | | Inundación | | |
|--|--|---------------------|----------------|-------------|---------------------|----------------|
| | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) |
| Amenaza actual | 0.25 | 155589857051 | 342.128 | 0.21 | 155589857051 | 342.128 |
| Amenaza proyectada (2020) | | | | | | |
| Acciones principales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable. 2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. 3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. 4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. 5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para reducción o mitigación del riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud de seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. • Proyectos en salud que incorporan la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo. • Atención en salud de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para mejorar o incrementar la adaptación al cambio climático | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación social en la conservación de la biodiversidad y el manejo sustentable de las comunidades. • Construcción de capacidades institucionales en el sector salud para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. | | | | | |

| Macroregión: Valles | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| Detalle | Sequia | | | Inundación | | |
| | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) |
| Amenaza actual | 0.25 | 128664857547 | 3.903.061 | 0.20 | 128664857547 | 3.903.061 |
| Amenaza proyectada (2020) | | | | | | |
| Acciones principales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable. 2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. 3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. 4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. 5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para reducción o mitigación del riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud de seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. • Proyectos en salud que incorporan la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo. • Atención en salud de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para mejorar o incrementar la adaptación al cambio climático | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación social en la conservación de la biodiversidad y el manejo sustentable de las comunidades. • Construcción de capacidades institucionales en el sector salud para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. | | | | | |

Macroregión: Llanuras sabanas

| Detalle | Sequia | | | Inundación | | |
|--|--|---------------------|----------------|-------------|---------------------|----------------|
| | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) |
| Amenaza actual | 0.25 | 154056509474 | 208.389 | 0.21 | 154056509474 | 208.389 |
| Amenaza proyectada (2020) | | | | | | |
| Acciones principales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable. 2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. 3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. 4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. 5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para reducción o mitigación del riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud de seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. • Proyectos en salud que incorporan la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo. • Atención en salud de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para mejorar o incrementar la adaptación al cambio climático | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación social en la conservación de la biodiversidad y el manejo sustentable de las comunidades. • Construcción de capacidades institucionales en el sector salud para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. | | | | | |

| Macroregión: Chiquitanía Pantanal | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| Detalle | Sequia | | | Inundación | | |
| | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) |
| Amenaza actual | 0.25 | 269581195792 | 2.454.799 | 0.21 | 269581195792 | 2.454.799 |
| Amenaza proyectada (2020) | | | | | | |
| Acciones principales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable. 2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. 3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. 4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. 5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para reducción o mitigación del riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud de seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. • Proyectos en salud que incorporan la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo. • Atención en salud de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para mejorar o incrementar la adaptación al cambio climático | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación social en la conservación de la biodiversidad y el manejo sustentable de las comunidades. • Construcción de capacidades institucionales en el sector salud para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. | | | | | |

Macroregión: Chaco

| Detalle | Sequia | | | Inundación | | |
|--|--|---------------------|----------------|-------------|---------------------|----------------|
| | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) | Valor | Sup (ha) | Pobl.(hab) |
| Amenaza actual | 0.25 | 125975739898 | 342.036 | 0.21 | 125975739898 | 342.036 |
| Amenaza proyectada (2020) | | | | | | |
| Acciones principales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso al reconocimiento de la acción colectiva de los pueblos indígenas y comunidades locales en la conservación de la biodiversidad y su manejo sustentable. 2. Construcción de capacidades legales e institucionales para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. 3. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. 4. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. 5. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para reducción o mitigación del riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud de seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. • Proyectos en salud que incorporan la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo. • Atención en salud de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | | | | | |
| Medidas propuestas para mejorar o incrementar la adaptación al cambio climático | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la participación social en la conservación de la biodiversidad y el manejo sustentable de las comunidades. • Construcción de capacidades institucionales en el sector salud para la implementación del nuevo modelo de gestión ambiental. | | | | | |

4.4.1. Contribución del sector salud al Vivir Bien

El Vivir Bien como el conjunto de saberes de las personas y de las comunidades, que constituyen la base de las relaciones armoniosas del individuo consigo mismo, con la comunidad, el cosmos, el Ser Supremo, su familia y la Madre Tierra, comprende los siguientes saberes:

- el saber ser y crecer;
- el saber aprender y pensar;
- el saber relacionarse;
- el saber alimentarse;
- el saber trabajar;
- el saber bailar, reír, alegrarse y descansar;
- el saber amar y ser amado;
- el saber soñar; y
- el saber comunicarse y escuchar

El Sector Salud contribuye de manera diferente a todas las dimensiones del vivir bien, considerando que su ámbito de intervención es múltiple (las personas, familias y comunidades, el medio ambiente) y sus estrategias de intervención son también variadas. Así podemos afirmar que contribuye:

- i) **A la dimensión vivir en Comunidad** (compartir decisiones, recursos y beneficios)
 - Garantizando a la comunidad un rol central en la planificación, organización y control del Sistema de Salud, mediante las instancias locales de movilización y control Social que son las Autoridades Locales de Salud y los Consejos Locales de Salud definidos en el modelo de gestión SAFCI.
 - Facilitando una mejor situación de salud para toda la población, incluyendo las personas que no reciben directamente servicios de salud. Los servicios promocionales, preventivos, de diagnóstico y tratamiento, son recursos del Sector Salud en el marco del Sistema Único, no individualizables y pertenecen a toda la comunidad.
- ii) **A la dimensión Acceso y disfrute de los bienes**
 - Mejorando el acceso de la población al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural
 - Promoviendo programas de mejora de la calidad de los procesos de gestión y de atención en los establecimientos y servicios de salud.
 - Apoyando con programas intersectoriales para prevenir enfermedades, hacer una intervención oportuna para mejorar la calidad de salud de la población...
 - Mejorando el acceso a los servicios básicos mediante la promoción de la salud
 - Facilitando el acceso al Bono Juana Azurduy y al Subsidio Universal Prenatal.
- iii) **A la dimensión Realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual, Identidad**
 - Reconociendo los usos y costumbres tradicionales en salud, incluida la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y su interrelación con la medicina occidental.
 - Promoviendo la equidad de género e intergeneracional, en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades.
 - Promoviendo el derecho a la vida, los derechos sexuales y reproductivos de las personas y la paternidad responsable.

- Promoviendo la salud mental
- Incorporando tecnología e investigación en el quehacer de salud

iv) **A la dimensión Armonía con la naturaleza, vivir en equilibrio con lo que nos rodea**

- Divulgando a la población en general la Cosmovisión Andino Amazónica
- Promoviendo el cuidado del medio ambiente, mediante la vigilancia y la contaminación de las aguas, el aire, la tierra y los alimentos.
- Informando, sensibilizando y concientizando a la población y autoridades del Estado sobre las consecuencias para la salud, del cambio climático.
- Promoviendo una mejor gestión y tratamiento de los desechos sólidos y líquidos
- Promoviendo una mejor gestión en el manejo y tratamiento de la basura que producimos
- Utilizando los productos de la naturaleza para la farmacopea de la medicina ancestral boliviana tradicional
- vigilando, controlando y promoviendo la producción de alimentos no transgénicos ni tóxicos para la población.

v) **A la dimensión Descolonización** (pensamiento, saber, conocimiento y poder basado en la diversidad cultural y la construcción de igualdad)

- Reconociendo y desarrollando la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y promoviendo los saberes ancestrales en salud en sus diversas formas.
- Garantizando el acceso a un listado de medicamentos esenciales y a posteriori, produciendo nuestros propios medicamentos.
- Constituyendo, participando y complementando iniciativas y alianzas internacionales para la salud.
- Identificando hábitos o actitudes que son incompatibles con la salud, divulgados por los medios masivos de comunicación o redes sociales, o adquiridos por nuestros propios ciudadanos en sitios donde han migrado.

4.4.2. Territorialización de acciones por división político administrativa

La población del Estado Plurinacional de Bolivia está distribuida en los nueve departamentos, en una proporción de 70/30 urbano rural en promedio. Por otro lado, la división territorial en departamentos no conlleva un criterio de región o de ecosistema, y se dan diferentes regiones en un mismo departamento (La Paz tiene llanuras, valles, altiplano, Yungas y alta montaña)

Por ello no se puede hablar de territorialización de acciones de salud, puesto que todas pueden ser requeridas en cada uno de los departamentos; cuando más podríamos identificar departamentos con mayor presencia vectorial que otros. Valga como ejemplo la acción de **control de enfermedades transmisibles**; en algunos casos dependerá de la distribución geográfica de vectores de enfermedades (Mosquitos, vinchucas, otros); en otros casos siendo el hombre el agente transmisor, la transmisión dependerá de las migraciones, de la conducta sexual, de los hábitos higiénicos, de las condiciones de hacinamiento en la vivienda.

Otro ejemplo, la **atención integral a grupos de población muy vulnerables** (niñas y niños, adolescentes y jóvenes de la calle, personas con discapacidad, personas de la tercera edad), se da principalmente en áreas urbanas, donde se manifiestan más la indigencia, el abandono y la inseguridad, pero ello es evidente en las ciudades capitales de todos los departamentos.

**Tabla 35. TERRITORIALIZACIÓN DE ACCIONES
POR DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA**

| Resultados y Acciones | Departamento | Municipio |
|---|-----------------|--------------------|
| Resultado 5: | | |
| 1. Continuidad a los programas sociales a través de la entrega de los bonos: Renta Dignidad, Renta Solidaria, Bono Juana Azurduy, Bono Juancito Pinto, Complemento Nutricional Carmelo y Subsidio Universal Prenatal por la Vida. (1) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 6. | | |
| 1. Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica. (2.) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 8. | | |
| 1.Implementación de programas y servicios de desarrollo infantil temprano (3) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 9. | | |
| 1. Implementación de programas de atención integral para niños, niñas, joven y adolescentes (4) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 10. | | |
| 2. Promoción de políticas públicas para personas con discapacidad en los ámbitos de salud, educación, trabajo, justicia y otros. (5) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 11. | | |
| 2.Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad (6) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 12. | | |
| 1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 16: | | |
| 5. Protección de derechos de niños, niñas, adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad. (8) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 19. | | |
| 1.Implementación de programas integrales de asentamientos, y desarrollo integral para comunidades indígenas originarias liberadas. (9) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 20. | | |
| 1. Implementación de políticas y programas integrales de sistemas de vida y planes de salvaguarda de naciones y pueblos indígenas originar. (10) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 24. | | |
| 1. Lucha contra el racismo, patriarcalismo y toda forma de discriminación. (11) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 25. | | |
| 3.Implementación de acciones para el respeto a los derechos de las personas del colectivo LGBT y con orientaciones sexuales diversas. (12) | 9 Departamentos | 100% de municipios |

| Resultado 29. | | |
|--|-----------------|--------------------|
| 1. Implementación de programas integrales de atención y asistencia inmediata a mujeres víctimas de violencia. (13) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 4. Fortalecimiento e implementación del SSIPPASE en todo el territorio nacional. (14) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 35. | | |
| 2. Seguimiento y evaluación al plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes. (15) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 36. | | |
| 2. Fortalecimiento de la cultura de igualdad ante la Ley y respeto a las diversidades. (16) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 76. | | |
| 1. Consolidación del Esquema de Financiamiento del Sector Salud y la aplicación de la Ley 475 (17) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Fortalecimiento de la Gestión y Gerencia sectorial de salud (18) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 3. Institucionalización de la Fiscalización al sistema de salud (19) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 4. Gestión de la Calidad de Establecimientos y Redes Funcionales de Salud (20) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 5. Promoción de la participación y control social en el marco del Modelo de Gestión de la Política SAFCI (21) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (22) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 77. | | |
| 1. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos (23) | Nivel Central | |
| Resultado 78. | | |
| 1. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal (24) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Participación social en salud a nivel municipal y departamental (25) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 79. | | |
| 1. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal (26) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 80. | | |
| 1. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños (27) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Reducción del riesgo de muerte infantil (28) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 81. | | |
| 1. Seguro Universal de Salud Programa de reducción de mortalidad materna (29) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 82. | | |
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de Atención de partos (30) | 9 Departamentos | 100% de municipios |

| | | |
|--|--|---|
| Resultado 83. | | |
| 1. Prevención de embarazos en adolescentes (31) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Promoción de los derechos sexuales reproductivos. (32) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 84. | | |
| 1. Elaboración de planes municipales de salud (33) | | 100% de municipios |
| Resultado 85. | | |
| 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 86. | | |
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles (35) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 87. | | |
| 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIIS (36) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 88. | | |
| 1. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales. (37) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 89. | | |
| 1. Construcción y equipamiento de institutos de cuarto nivel (38) | Cochabamba, La Paz, Tarija, Santa Cruz | Cercado, La Paz, Tarija, Santa Cruz |
| 2. Construcción y equipamiento de hospitales de tercer nivel (39) | 9 Departamentos | La Paz, El Alto, Trinidad, Oruro, Cobija, Potosí, Tarija, Villa Tunari, Sucre, Montero |
| 3. Construcción y equipamiento de hospitales de segundo nivel (40) | 8 Departamentos | Municipios de: Riberalta, San Ramón, San Borja, Capinota, Sacaba, Punata, Ivirgarzama, Quillacollo, Aiquile, LLallagua, Ocuri, Colcha K, Uncía, Tupiza, Villazón, Camiri, Puerto Suarez, San Ignacio de Velazco, San Julián, Warnes, La Guardia, El Torno, San Buena-ventura, Caranavi, Palos Blancos, Ixiamas, Achacachi, El Alto, Culpina, Challapaa, San Lorenzo |

| Resultado 90. | | |
|--|-----------------|---|
| 1. Construcción y equipamiento de 180 establecimientos de salud de 1er nivel (41) | 9 Departamentos | 70% de municipios |
| 2. Construcción equipamiento y acreditación de establecimientos de salud de categorización a Centros de Salud (42) | 9 Departamentos | 80% de municipios |
| Resultado 91. | | |
| 1. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud (43) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud (44) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 3. Formación de especialistas y sub especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados (45) | 9 Departamentos | Municipios capitales de departamento y mayores de 50.000 habitantes |
| 4. Implementación de un sistema de evaluación del desempeño (46) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 92. | | |
| 1. Ampliación de la capacidad resolutive de los servicios de salud ofertando servicios especializados. (47) | 9 Departamentos | Municipios capitales de departamento y mayores de 50.000 habitantes |
| 2. Construcción de infraestructura y equipamiento para unidades de hemodiálisis. (48) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 93. | | |
| 1. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana. (49) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 1. Implementación del centro de saberes de medicina ancestral boliviana (50) | La Paz | Municipio de Achocalla |
| Resultado 123. | | |
| 1. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico (51) | Cochabamba | Municipio de Santisteban |
| RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud. | | |
| 1. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS. (52) | Cochabamba | 100% de municipios |
| Resultado 131: Los prestadores de Medicina Tradicional han sido registrados en el Ministerio de Salud | | |
| 1. Registro de prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana. (53) | Cochabamba | 100% de municipios |
| Resultado 132. | | |
| 1. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana. (54) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 133. | | |
| 1. Innovación y desarrollo en empresas públicas productivas. (55) | 9 Departamentos | 100% de municipios |

| | | |
|---|-----------------|--------------------------------------|
| Resultado 221. | | |
| 1. Promoción de la alimentación saludable y revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo (56) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores (57) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 222. | | |
| 2. Articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores (58) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 223. | | |
| 1. Promoción de la alimentación saludable, atención integral de enfermedades atribuidas a la dieta y prevención de la malnutrición en niños y niñas. (59) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 224. | | |
| 1. Fortalecimiento del abastecimiento, consumo adecuado y control de calidad de los suplementos con micronutrientes y alimentos complementarios. (60) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 225. | | |
| 1. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida. (61) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Implementación de espacios / instituciones saludables (62) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 226. | | |
| 1. Implementación de la red nacional de bancos de leche humana y unidades de recolección de leche. (63) | 9 Departamentos | Municipios Capitales de departamento |
| 2. Acreditación de hospitales “Amigos de la madre y de la niñez”. (64) | 9 Departamentos | Municipios Capitales de departamento |
| Resultado 240. | | |
| 1. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores. (65) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición. (66) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 241. | | |
| 1. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN). (67) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 248. | | |
| 1. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. (68) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 269. | | |
| 1. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. (69) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 270. | | |
| 2. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. (70) | 9 Departamentos | 100% de municipios |

| Resultado 298. | | |
|--|-----------------|--------------------|
| 4. Desarrollo de una gestión eficiente que logre una administración institucional apropiada, utilizando adecuadamente los recursos y la planificación como herramienta de gestión institucional. (71) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 301. | | |
| 1. Promoción y consolidación de una gestión pública transparente a través de la Rendición Pública de Cuentas con participación efectiva de la sociedad civil e institucionalización del Control Social. (72) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 3. Participación y fortalecimiento del control social (73) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| Resultado 302 | | |
| 1. Implementación sistemas de información para el acceso a la como derecho del ser humano y para facilitar la evaluación a la gestión pública (74) | 9 Departamentos | 100% de municipios |
| 2. Gestión desburocratizada de sistemas de administración y control. (75) | 9 Departamentos | 100% de municipios |

4.4.3. Articulación intersectorial

Es la intervención coordinada entre los diferentes sectores, para tratar y abordar las determinantes socioeconómicas de la salud. El Ministerio de Salud cabeza del Sector Salud, requiere formar alianzas estratégicas y programáticas con los Ministerios de sectores de Educación, Saneamiento ambiental y Justicia, principalmente, dinamizando nuevas iniciativas conjuntas para generar cultura de salud e higiene, minimizar la contaminación ambiental y reducir la violencia.

También implica que el sector de la salud trabaje en una relación armónica y recíproca con el resto de los sectores y actores que configuran la sociedad: salud aportando a la educación, al sector productivo, agua, transporte, cultura, alimentación, entre otros y viceversa.

Hay una vasta experiencia en el tema nutricional, para el cual existe un Plan multisectorial Desnutrición Cero, que ha logrado muy buenos resultados en algunos de sus objetivos. Cabe destacar que la estructura del Ministerio de Salud contempla el Comité técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CT CONAN) como órgano asesor del despacho ministerial.

En el ámbito local, la intersectorialidad se implementa mediante los equipos profesionales de los Programas de extensión comunitaria (MI SALUD, Nuestra Salud y otros), cuya actividad fundamental es el diagnóstico de las determinantes de salud que influyen en la salud de las familias que visitan y la consecuente gestión local/ municipal, intersectorial, para la resolución de aquellos factores que representan riesgos a la salud de esas familias; su principal instrumento es la Carpeta Familiar.

El Sector salud contempla la elaboración de planes Multisectoriales de: Salud Ambiental, Salud ocupacional, reducción de la violencia, Espacios saludables, que serán consensuados con los respectivos sectores involucrados y conforme la norma, debidamente registrados en sus PSDI. Las acciones más importantes de esta articulación multisectorial son:

i) Implementación de espacios saludables:

Escuelas, Colegios, Universidades, Cuarteles, Penitenciarías deben acreditarse como espacios saludables, en los cuales se promueva la buena alimentación, la higiene, una sexualidad responsable, la seguridad individual y colectiva, el manejo adecuado de residuos, el uso de energías limpias, el derecho a acceso a agua potable o segura y servicios de saneamiento básico, la defensa del ambiente y la convivencia armónica, entre otros. El sector salud ha desarrollado valiosas experiencias que merecen ser analizadas y replicadas o adecuadas a diferentes contextos. En el ámbito educativo y militar, es el propio personal quien puede con toda su capacidad, educar en estos temas, bajo la premisa de “Educación para la vida”.

ii) Una vida sin violencia:

Desde hace varios años se trabaja en este tema de manera multisectorial con resultados poco favorables. El sector salud tiene un rol importante en el momento de diagnosticar lesiones provocadas por violencia, que pueden ser encubiertas como accidentes u otros.

iii) Ambiente sano y seguro:

La salud ambiental tiene por objeto la gestión de los riesgos a la salud ocasionados por el deterioro ambiental. En ese sentido este enfoque es un indicador del equilibrio en los sistemas de vida, entendiendo que el balance equitativo del impacto de los sistemas productivos y el estado de las funciones ambientales de una determinada zona de vida, deben reflejarse en el estado óptimo de salud de quienes habitan en las unidades socio-culturales.

Esto se ejerce mediante sistemas de vigilancia en salud ambiental. Sin embargo, se entiende que el grado de influencia de las determinantes ambientales a la salud, son de carácter estructural, por tanto, la intervención sobre estas no es de responsabilidad exclusiva del sector salud sino de los distintos sectores involucrados, por ello los avances en este equilibrio deben darse en un ámbito de intersectorialidad e interterritorialidad.

Se debe trabajar coordinadamente con los sectores minero metalúrgico, industria, Comercio, Hidrocarburos, Agricultura y otros para reducir la contaminación ambiental que producen sus procesos extractivos; en esta interacción salud debe mantenerse como vigilante de la calidad ambiental y denunciar la contaminación de agua, aire, tierra, alimentos.

iv) Reducción del estrés laboral:

Plan multisectorial de salud ocupacional, con Ministerio de Trabajo para reducir los factores de riesgo laboral: físicos, químicos, biológicos, psicosociales y otros.

v) La trans sectorialidad e intersectorialidad de salud

La verdadera trans sectorialidad e intersectorialidad, implica que el sector de la salud trabaje en una relación armónica y recíproca con el resto de los sectores y actores que configuran la sociedad: salud aportando a la educación, al sector productivo, agua, transporte, cultura, alimentación, entre otros. Esta simbiosis resulta, además de una acción más efectiva sobre los determinantes sociales de la salud, en una suerte de alianza estratégica más fluida en la que hay comunidad de intereses y no subordinaciones.

Un gran avance como sector salud es el identificar indicadores de salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible; un segundo gran paso será incorporar estos objetivos en los planes sectoriales de otros sectores, bajo el concepto de la determinación social de la salud.

4.5. DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL

El Sector Salud en la actualidad está constituido por los subsectores: Público, Seguridad Social de Corto Plazo - SSCP, Privado, compuesto por entidades con y sin fines de lucro, iglesia, ONGs, y los prestadores de medicina tradicional ancestral boliviana.

Conforme a la organización política del Estado Plurinacional de Bolivia, este sector cuenta con cuatro niveles de gestión: Nivel Central y niveles autónomos Departamental, Municipal y de Autonomías Indígenas, Originario Campesinas. Cada nivel tiene atribuciones y competencias establecidas por la Constitución Política del Estado - CPE, Ley 031, del 19 de junio 2010 - Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” y el Decreto Supremo N°25233, de fecha 27 de noviembre de 1998, de la Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

En el Nivel Central del Estado, se identifica al Ministerio de Salud como la Autoridad Sanitaria Nacional. Es el órgano rector-normativo de la gestión de la salud a nivel nacional, responsable de formular la estrategia, política, programas y proyectos nacionales, así como de dictar las normas nacionales que rigen el Sistema de Salud.

Los Servicios Departamentales de Salud-SEDES son las Autoridades Sanitarias Departamentales; el nivel máximo de gestión técnica en salud; articulan las políticas nacionales y la gestión municipal; coordina, supervisa y evalúa la gestión de los servicios de las redes de salud y el desempeño del personal de salud, en directa y permanente coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado. El SEDES es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política y las normas de orden público en su jurisdicción territorial; en el sub sector público, en el SSCP y sobre el sector privado con y sin fines de lucro, que incluye la Medicina Tradicional Ancestral.

Las competencias de cada uno de los niveles de organización descentralizada y autonómica se examinan más adelante en este documento.

Tabla 36: DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL

| PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA | | | | | |
|---|---|--|--|------------|-------------|
| META 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA MATERIAL Y REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA POBREZA MODERADA | | | | | |
| | Entidades Territoriales | | | | |
| | Nivel Central | GAD | GAM | GAR | GIOC |
| Resultado 5 | | | | | |
| 1. Continuidad a los programas sociales a través de la entrega de los bonos: Renta Dignidad, Renta Solidaria, Bono Juana Azurduy, Bono Juancito Pinto, Complemento Nutricional Carmelo y Subsidio Universal Prenatal por la Vida. (1) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud. | | Artículo 8. (SALUD). III. 2. h) Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial. | | |
| Resultado 6 | | | | | |
| 2. Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica. (2.) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1. g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento. | Artículo 8. (SALUD). III. 2.h) | | |
| Resultado 8 | | | | | |
| 1. Implementación de programas y servicios de desarrollo infantil temprano (3) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.g) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.h) | | |
| Resultado 9 | | | | | |
| 1. Implementación de programas de atención integral para niños, niñas, joven y adolescentes (4) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.g) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.h) | | |

| Resultado 10 | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| 2. Promoción de políticas públicas para personas con discapacidad en los ámbitos de salud, educación, trabajo, justicia y otros. (5) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. Ley 223 art. 32 | Artículo 81. In. III. 1.g) Ley 223 art. 32 | Artículo 8. (SALUD). III. 2.h) Ley 223 art. 32 | | |
| Resultado 11 | | | | | |
| 2. Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad (6) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. Ley 223 art. 32 | Artículo 81. In. III. 1.g) Ley 223 art. 32 | Artículo 8. (SALUD). III. 2. e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales. | | |
| Resultado 12 | | | | | |
| 1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. Ley 369 | Ley 031 Cap. III Art. 81 inc. III 1 f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Ley 369 | Artículo 8. (SALUD). III. 2.e) | | |
| META 2: COMBATIR LA POBREZA SOCIAL | | | | | |
| Resultado 16 | | | | | |
| 5. Protección de derechos de niños, niñas, adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad. (8) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.g) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.h) | | |

META 3: EN BOLIVIA YA NO EXISTEN LAS COMUNIDADES CAUTIVAS, NINGUNA FORMA DE PONGUEAJE Y ESCLAVISMO Y EXPLOTACIÓN EN EL TRABAJO INFANTIL

Resultado 19

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|
| 1. Implementación de programas integrales de asentamientos, y desarrollo integral para comunidades indígenas originarias liberadas. (9) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.g) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.e) | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|

Resultado 20

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|
| 1. Implementación de políticas y programas integrales de sistemas de vida y planes de salvaguarda de naciones y pueblos indígenas originar. (10) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.g) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.e) | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|

Resultado 24

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|
| 1. Lucha contra el racismo, patriarcalismo y toda forma de discriminación. (11) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.j) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.h) | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|

Resultado 25

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|
| 3.Implementación de acciones para el respeto a los derechos de las personas del colectivo LGBT y con orientaciones sexuales diversas. (12) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.j) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.e) | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|

META 5: COMBATIR LA POBREZA ESPIRITUAL

Resultado 29

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|
| 1. Implementación de programas integrales de atención y asistencia inmediata a mujeres víctimas de violencia. (13) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.g) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.e) | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--|--|
| 4. Fortalecimiento e implementación del SSIPPASE en todo el territorio nacional. (14) | (Co) CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 6. | Artículo 81. In. III. 1.ñ) | Artículo 8. (SALUD). III. 2. i) Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud. | | |
| Resultado 35 | | | | | |
| 2. Seguimiento y evaluación al plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes. (15) | | Artículo 81. In. III. 1.ñ) | Artículo 8. (SALUD). III. 2.e) | | |
| META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN | | | | | |
| Resultado 36 | | | | | |
| 2. Fortalecimiento de la cultura de igualdad ante la Ley y respeto a las diversidades. (16) | | Artículo 81. In. III. 1.ñ) | Art. 8 inc. III 2 g) Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso. | | |

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE**META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD**

| | Entidades Territoriales | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|----------------------|------------|-------------|
| | Nivel Central | GAD | GAM | GAR | GIOC |
| Resultado 76 | | | | | |
| 1. Consolidación del Esquema de Financiamiento del Sector Salud y la aplicación de la Ley 475 (17) | | Art. 81. Inc. III. 1. n) | Art. 8 inc. III 2 e) | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 2. Fortalecimiento de la Gestión y Gerencia sectorial de salud (18) | Ley 031 Art.81 inc. 4. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género. | Ley 031 Art. 81. Inc. III. 1. b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales. | Artículo 8. (SALUD). III. 2. b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias. | | |
| 3. Institucionalización de la Fiscalización al sistema de salud (19) | Ley 031 Art.81 inc.4. | Ley 031 Art. 81. Inc. III.1. b) | Artículo 8. Inc. III. 2.b) | | |
| 4. Gestión de la Calidad de Establecimientos y Redes Funcionales de Salud (20) | Ley 031 Art.81 inc.7. Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1f) | Art. 8. Inc. III. 2 b) | | |
| 5. Promoción de la participación y control social en el marco del Modelo de Gestión de la Política SAFCI (21) | Ley 031 Art.81 inc. 8. Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 I) | Art. 8. Inc. III. 2. d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio. | | |
| 6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (22) | Ley 031 Art.81 inc.6. | | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |

| Resultado 77 | | | | | |
|--|---|---|------------------------|--|--|
| 1. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos (23) | Ley 031 Art.81 inc.7. | Ley 031 Cap. III Art. 81 Inc. III 1 q) Ejercer control en coordinación con gobiernos autónomos municipales, del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud | Art. 8. Inc. III. 2 g) | | |
| Resultado 78 | | | | | |
| 1. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal (24) | Ley 031 Art.81 inc.6. | | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |
| 2. Participación social en salud a nivel municipal y departamental (25) | Ley 031 Art.81 inc.8. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 I) | Art. 8. Inc. III. 2 d) | | |
| Resultado 79 | | | | | |
| 1. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal (26) | | | Art. 8. Inc. III. 2 c) | | |
| Resultado 80 | | | | | |
| 1. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños (27) | Ley 031 Art.81 inc.5. | | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |
| 2. Reducción del riesgo de muerte infantil (28) | Id. | | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |
| Resultado 81 | | | | | |
| 1. Seguro Universal de Salud Programa de reducción de mortalidad materna (29) | Ley 031 Art.81 inc.5. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 I) | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |
| Resultado 82 | | | | | |
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de Atención de partos (30) | Ley 031 Art.81 inc.5. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 I) | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |

| Resultado 83 | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| 1. Prevención en embarazos de adolescentes (31) | Ley 031 Art.81 inc.6. | | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |
| 2. Promoción de los derechos sexuales reproductivos (32) | Ley 031 Art.81 inc.6. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud. | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |
| Resultado 84 | | | | | |
| 1. Elaboración de planes municipales de salud (33) | | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 f) | Art. 8. Inc. III. 2 e) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal. | | |
| Resultado 85 | | | | | |
| 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | Ley 031 Art.81 inc. 9. Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental. Ley N° 3729 | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 i) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector. | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |
| Resultado 86 | | | | | |
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles (35) | Ley 031 Art.81 inc.5. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 i) | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |

| Resultado 87 | | | | | |
|--|-----------------------|--|----------------------------|--|--|
| 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIIS (36) | Ley 031 Art.81 inc.4. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 n) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran. | Art. 8. Inc. III. 2 i) | | |
| Resultado 88 | | | | | |
| 1. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales. (37) | Ley 031 Art.81 inc.7. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del 3er nivel Ley 031 Cap. III Art. 81 inc. III 1 d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso. | Art. 8. Inc. III. 2 f y g) | | |
| Resultado 89 | | | | | |
| 1. Construcción y equipamiento de institutos de cuarto nivel (38) | Ley 031 Art.81 inc.7. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 c) y d) | | | |
| 2. Construcción y equipamiento de hospitales de tercer nivel (39) | Ley 031 Art.81 inc.7. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 c) y d) | | | |
| 3. Construcción y equipamiento de hospitales de segundo nivel (40) | Ley 031 Art.81 inc.7. | | Art. 8. Inc. III. 2 f y g) | | |

| Resultado 90 | | | | | |
|--|--|--|----------------------------|--|--|
| 1. Construcción y equipamiento de 180 establecimientos de salud de 1er nivel (41) | Ley 031 Art.81 inc.7. | | Art. 8. Inc. III. 2 f y g) | | |
| 2. Construcción equipamiento y acreditación de establecimientos de salud de categorización a Centros de Salud (42) | Ley 031 Art.81 inc.7. | | Art. 8. Inc. III. 2 f y g) | | |
| Resultado 91 | | | | | |
| 1. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud (43) | Ley 031 Art.81 inc. 10. Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 II) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula. | Art. 8. Inc. III. 2 f y b) | | |
| 2. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud (44) | Ley 031 Art.81 inc.10. CPE. Artículo 81. (SALUD). I. 13. Definir la política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal dependiente del Sistema Único de Salud, conforme a reglamentos nacionales específicos, para garantizar la estabilidad laboral | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 II) | Art. 8. Inc. III. 2 f y b) | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|--|--|
| <p>3. Formación de especialistas y sub especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados (45)</p> | <p>Ley 031 Art.81 inc. 11. Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, la formación de los recursos humanos de pre y postgrado, en el marco de la política sanitaria familiar comunitaria intercultural. Art.81 inc. 12 Regular el uso exclusivo de los ambientes de los establecimientos públicos del sistema de salud, y de la seguridad social para la formación de los recursos humanos por la Universidad Pública Boliviana, en el marco del respeto prioritario del derecho de las personas.</p> | <p>Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 e) Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.</p> | <p>Art. 8. Inc. III. 2 f y b)</p> | | |
| <p>4. Implementación de un sistema de evaluación del desempeño (46)</p> | | <p>Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 k) Monitorear, super- visar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico/ administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.</p> | <p>Art. 8. Inc. III. 2 f y b)</p> | | |

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META 2: INTEGRACIÓN DE SALUD CONVENCIONAL Y ANCESTRAL CON PERSONAL ALTAMENTE COMPROMETIDO Y CAPACITADO

| | Entidades Territoriales | | | | |
|--|-------------------------|--|--|-----|--|
| | Nivel Central | GAD | GAM | GAR | GIOC |
| RESULTADO 92. Se han instalado nuevas unidades de hemodiálisis y laboratorios de histocompatibilidad | | | | | |
| 1. Ampliación de la capacidad resolutive de los servicios de salud ofertando servicios especializados. (47) | Ley 031 Art.81 inc.7. | Artículo 81. (SALUD). III. 1.: c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel | Art. 8. Inc. III. 2 f, g) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud. | | |
| 2. Construcción de infraestructura y equipamiento para unidades de hemodiálisis. (48) | Ley 031 Art.81 inc.7. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 c) y d) | | | |
| Resultado 93 | | | | | |
| 1. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana. (49) | | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 p) Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud. | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | CPE. Art. 304. II.3 Resguardo y registro de los derechos intelectuales colectivos, referidos a conocimientos de recursos genéticos, medicina tradicional y germoplasma, de acuerdo con la ley. CPE. Art. 100. II El Estado protegerá los saberes y los conocimientos mediante el registro de la propiedad intelectual que salvaguarde los derechos intangibles de las naciones y pueblos indígena originario campesinas y las comunidades interculturales y afro bolivianas. |

| | | | | | |
|--|--------------------|--|--|--|----|
| 2. Implementación del Centro de Saberes de Medicina Ancestral Boliviana (50) | CPE. Art. 304.II.3 | | | | Id |
|--|--------------------|--|--|--|----|

PILAR 4: SOBERANÍA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA

META 1: INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE TECNOLOGÍA

| | Entidades Territoriales | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-----|-----|------|
| | Nivel Central | GAD | GAM | GAR | GIOC |
| RESULTADO 123: SE HA INSTALASO EL COMPLEJO INDUSTRIAL FARMACÉUTICO PARA LA PRODUCCIÓN DE MEDICAMENTOS. | | | | | |
| 1. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico (51) | Ley 031: Art.81 inc.7. Art.92. I. 7. Formular, aprobar y ejecutar políticas, planes, programas y proyectos de industrialización de la producción en el Estado Plurinacional Art.92. I.12. Crear y ejercer tuición en las empresas públicas del sector produc-tivo, caracterizadas por responder al interés nacional, tener carácter estratégico y pudiendo situarse en cualquier lugar del Estado Plurinacional. | | | | |
| RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud. | | | | | |
| 1.Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS. (52) | Ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana de diciembre de 2013 y el Decreto Supremo N° 2.436 | Ley N° 459 Título 2 Capítulo I Art. | | | |
| RESULTADO 131: Los prestadores de Medicina Tradicional han sido registrados en el Ministerio de Salud | | | | | |
| 1. Sistema de registro de prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana. (53) | Ley N° 459 Título 2 Capítulo I Art. 10 inc. I y II | | | | |

| RESULTADO 132 | | | | | |
|---|--------------------|---|---------------------------|--|--|
| 1. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana. (54) | CPE. Art. 304.II.3 | Ley 031 Cap III Art. 81 inc. III 1 p) | | | |
| META 5: FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL CIENTÍFICA | | | | | |
| RESULTADO 133: Todas las entidades y empresas vinculadas al sector productivo, agua, medio ambiente, telecomunicaciones, salud y otros asignarán un porcentaje de sus recursos dirigido a la investigación científica y desarrollo de tecnología. | | | | | |
| 1. Innovación y desarrollo en empresas públicas productivas. (55) | | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 g) | Art. 8. Inc. III. 2 g) | | |

| PILAR 8: SOBERANÍA ALIMENTARIA | | | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|-----|------|
| META 1: ELIMINAR EL HAMBRE, LA DESNUTRICIÓN Y REDUCIR LA MALNUTRICIÓN | | | | | |
| | Entidades Territoriales | | | | |
| | Nivel Central | GAD | GAM | GAR | GIOC |
| RESULTADO 92. Se han instalado nuevas unidades de hemodiálisis y laboratorios de histocompatibilidad | | | | | |
| 1. Promoción de la alimentación saludable y revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo (56) | DS, 2167 Artículo 1°.- (Aprobación de la política de alimentación y nutrición) | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | | |
| 2. Articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores (57) | DS, 2167 Artículo 1° | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | | |
| RESULTADO 222: Se ha reducido a 10% la población con subalimentación | | | | | |
| 1. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la implementación de políticas de mal nutrición (58) | D.S.28667 (2006) DS. 1254 D.S.28667 (2006) DS. 1254 Anexo | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | | |
| RESULTADO 223: Se ha disminuido a 30% la prevalencia de niños con anemia. | | | | | |
| 1. Promoción de la alimentación saludable, atención integral de enfermedades atribuidas a la dieta y prevención de la malnutrición en niños y niñas. (59) | D.S.28667 (2006) DS. 1254 D.S.28667 (2006) DS. 1254 Anexo | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | | |

| RESULTADO 224: Se ha reducido a 3,5% de niñas y niños con sobrepeso u obesidad | | | | | |
|---|--|--|--|------------------------------|--|
| 1. Fortalecimiento del abastecimiento, consumo adecuado y control de calidad de los suplementos con micronutrientes y alimentos complementarios. (60) | Ley 144 DE LA REVOLUCIÓN PRODUCTIVA COMUNITARIA AGROPECUARIA | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | | |
| RESULTADO 225: Se ha reducido a 35% el porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad | | | | | |
| 1. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida. (61) | | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | |
| 2. Implementación de espacios/instituciones saludables (62) | D. S. 29601 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | D.S.28667 (2006) DS. 1254 | | |
| RESULTADO 226: Se promoverá el aumento de la lactancia materna exclusiva a 84%. | | | | | |
| 1. Implementación de la red nacional de bancos de leche humana y unidades de recolección de leche. (63) | Ley 031 Art.81 inc.7. D.S.28667 (2006) DS. 1254 | Art. 8. Inc. III. 1 h) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado. | Art. 8. Inc. III. 2 c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. | | |
| 2. Acreditación de hospitales "Amigos de la madre y de la niñez". (64) | Ley 031 Art.81 inc.7. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1a) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado. | Art. 8. Inc. III. 2 g) | | |
| RESULTADO 240: | | | | | |
| 1. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores. (65) | Ley 031 Art.81 inc.7. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 i) | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |

| | | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------------------|------------------------|--|--|
| 2. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición. (66) | Ley 031 Art.81 inc.8. Y 6 | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 i) | Art. 8. Inc. III. 2 e) | | |
| RESULTADO 241: | | | | | |
| 1. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN). (67) | Ley 031 Art.81 inc.8. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 i) | Art. 8. Inc. III. 2 d) | | |

PILAR 9: SOBERANÍA AMBIENTAL CON DESARROLLO INTEGRAL

META 3: DESARROLLO DEL CONJUNTO DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICO -PRODUCTIVAS, EN EL MARCO DEL RESPETO Y COMPLEMENTARIEDAD CON LOS DERECHOS DE LA MADRE TIERRA.

| | Entidades Territoriales | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------|-----|------|
| | Nivel Central | GAD | GAM | GAR | GIOC |
| RESULTADO 248: Los planes e instrumentos de planificación integral sectorial, territorial y de inversión pública han incorporado la gestión de sistemas de vida, gestión de riesgos y cambio climático, y elementos de regeneración y restauración de zonas de vida, fortaleciendo los procesos económico - productivos con una visión integral. | | | | | |
| 1. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. (68) | Ley 031 Art.81 inc.1. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 q) | Art. 8. Inc. III. 2 a) | | |
| META 7: AGUA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS POR CAMBIO CLIMATICO: GESTIÓN INTEGRAL | | | | | |
| RESULTADO 269: La mayoría de los municipios han promovido la cultura de prevención y resiliencia frente a riesgos de desastres. | | | | | |
| 1. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. (69) | CPE Artículo 100. I. 1. Coordinar el Sistema Nacional de Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y Emergencias (SISRADE). 2. Establecer los criterios, parámetros, indicadores, metodología común y frecuencia para evaluar clasificar, monitorear y reportar los niveles de riesgo de desastre de acuerdo a sus factores de amenaza y vulnerabilidad. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 n) | Art. 8. Inc. III. 2 a) | | |

| | | | | | |
|---|--|---|------------------------|--|--|
| 2. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. (70) | CPE. Artículo 100. I. 9. Establecer parámetros y clasificar las categorías de declaratoria de desastre y/o emergencia y el retorno a la normalidad, tomando en cuenta tanto la magnitud y efectos del desastre, como la capacidad de respuesta de las entidades territoriales afectadas, activando el régimen de excepción establecido en el ordenamiento jurídico vigente, y considerando los principios de: seguridad humana, responsabilidad y rendición de cuentas. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 g) | Art. 8. Inc. III. 2 a) | | |
|---|--|---|------------------------|--|--|

| PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA | | | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|------------|-------------|
| META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN | | | | | |
| | Entidades Territoriales | | | | |
| | Nivel Central | GAD | GAM | GAR | GIOC |
| RESULTADO 298: Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien. | | | | | |
| 4. Desarrollo de una gestión eficiente que logre una administración institucional apropiada, utilizando adecuadamente los recursos y la planificación como herramienta de gestión institucional. (71) | Ley 031 Art.81 inc.4. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 h) | Art. 8. Inc. III. 2 d) | | |
| Resultado 301 | | | | | |
| 1. Promoción y consolidación de una gestión pública transparente a través de la Rendición Pública de Cuentas con participación efectiva de la sociedad civil e institucionalización del Control Social. (72) | Ley 031 Art.81 inc.4. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 h) | Art. 8. Inc. III. 2 d) | | |

| | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|---|---|
| 3. Participación y fortalecimiento del control social (73) | Ley 031 Art.81 inc.8. | Ley 031 Cap III Art. 81 Inc. III 1 l) | Art. 8. Inc. III. 2 d) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal. | Art. 8. Inc. III. 2 a) Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Política Nacional de Salud. |
| Resultado 302 | | | | |
| 1. Implementación sistemas de información para el acceso a la como derecho del ser humano y para facilitar la evaluación a la gestión pública (74) | Ley 031 Art.81 inc.4. | Ley 031 Cap III Art. 81 inc. III 1 h) | Art. 8. Inc. III. 2 d) | |
| 2. Gestión desburo-cratizada de sistemas de administración y control. (75) | Ley 031 Art.81 inc.4. | Ley 031 Cap III Art. 81 inc. III 1 h) | Art. 8. Inc. III. 2 d) | |

Tabla 37: ROLES DE ACTORES

| PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA | | | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| META 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA MATERIAL Y REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA POBREZA MODERADA | | | | | |
| Acciones | Actores Principales | | | | |
| | Universidad | Sector Privado | Organizaciones Comunitarias | Org. Social Cooperativa | Otros |
| 1. Continuidad a los programas sociales a través de la entrega de los bonos: Renta Dignidad, Renta Solidaria, Bono Juana Azurduy, Bono Juancito Pinto, Complemento Nutricional Carmelo y Subsidio Universal Prenatal por la Vida. (1) | | X | | | FF.AA. |
| 1. Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica. (2.) | | X | X | | |
| 1. Implementación de programas y servicios de desarrollo infantil temprano (3) | | X | | | |
| 1. Implementación de programas de atención integral para niños, niñas, joven y adolescentes (4) | | X | | | |
| 2. Promoción de políticas públicas para personas con discapacidad en los ámbitos de salud, educación, trabajo, justicia y otros. (5) | | | X | | |
| 2. Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad (6) | | X | X | | |
| 1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7) | | X | X | | |
| META 2: COMBATIR LA POBREZA SOCIAL | | | | | |
| 5. Protección de derechos de niños, niñas, adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad. (8) | | X | X | | |
| META 3: EN BOLIVIA YA NO EXISTEN LAS COMUNIDADES CAUTIVAS, NINGUNA FORMA DE PONGUEAJE Y ESCLAVISMO Y EXPLOTACIÓN EN EL TRABAJO INFANTIL | | | | | |
| 1.Implementación de programas integrales de asentamientos, y desarrollo integral para comunidades indígenas originarias liberadas. (9) | | | X | | |
| 1. Implementación de políticas y programas integrales de sistemas de vida y planes de salvaguarda de naciones y pueblos indígenas originar. (10) | | | X | | |
| 1. Lucha contra el racismo, patriarcalismo y toda forma de discriminación. (11) | | X | X | | |
| 3.Implementación de acciones para el respeto a los derechos de las personas del colectivo LGBT y con orientaciones sexuales diversas. (12) | X | X | X | | |

| META 5: COMBATIR LA POBREZA ESPIRITUAL | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| 1. Implementación de programas integrales de atención y asistencia inmediata a mujeres víctimas de violencia. (13) | | X | X | | |
| 4. Fortalecimiento e implementación del SSIPPASE en todo el territorio nacional. (14) | X | X | | | |
| 2. Seguimiento y evaluación al plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes. (15) | X | X | X | | |
| META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN | | | | | |
| 2. Fortalecimiento de la cultura de igualdad ante la Ley y respeto a las diversidades. (16) | X | X | X | | |

| PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE | | | | | |
|--|---------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|-------|
| META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD | | | | | |
| Acciones | Actores Principales | | | | |
| | Universidad | Sector Privado | Organizaciones Comunitarias | Org. Social Cooperativa | Otros |
| 1. Consolidación del Esquema de Financiamiento del Sector Salud y la aplicación de la Ley 475 (17) | | | | | TGN |
| 2. Fortalecimiento de la Gestión y Gerencia sectorial de salud (18) | | X | | | |
| 3. Institucionalización de la Fiscalización al sistema de salud (19) | | | | | |
| 4. Gestión de la Calidad de Establecimientos y Redes Funcionales de Salud (20) | | X | | | |
| 5. Promoción de la participación y control social en el marco del Modelo de Gestión de la Política SAFCI (21) | | | X | | |
| 6. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (22) | | | | | |
| 1. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos (23) | | X | | | |
| 1. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal (24) | | | X | | |
| 2. Participación social en salud a nivel municipal y departamental (25) | | | X | | |
| 1. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal (26) | | | | | |
| 1. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños (27) | X | X | | | |
| 2. Reducción del riesgo de muerte infantil (28) | X | X | X | | |
| 1. Seguro Universal de Salud Programa de reducción de mortalidad materna (29) | X | X | X | | |
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de Atención de partos (30) | X | X | X | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| 1. Prevención en embarazos de adolescentes (31) | X | X | X | | |
| 2. Promoción de los derechos sexuales reproductivos (32) | X | X | X | | |
| 1. Elaboración de planes municipales de salud (33) | X | | X | | |
| 1. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (34) | X | X | X | | |
| 1. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles (35) | X | X | X | | |
| 1. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS (36) | | X | | | |
| 1. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales. (37) | | | | | |
| 1. Construcción y equipamiento de institutos de cuarto nivel (38) | | | | | |
| 2. Construcción y equipamiento de hospitales de tercer nivel (39) | | X | | | |
| 3. Construcción y equipamiento de hospitales de segundo nivel (40) | | X | | | |
| 1. Construcción y equipamiento de 180 establecimientos de salud de 1er nivel (41) | | X | | | |
| 2. Construcción equipamiento y acreditación de establecimientos de salud de categorización a Centros de Salud (42) | | | | | |
| 1. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud (43) | X | | | | |
| 2. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud (44) | | X | | | |
| 3. Formación de especialistas y sub especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados (45) | X | X | | | |
| 4. Implementación de un sistema de evaluación del desempeño (46) | X | X | X | | |
| META 2: INTEGRACIÓN DE SALUD CONVENCIONAL Y ANCESTRAL CON PERSONAL ALTAMENTE COMPROMETIDO Y CAPACITADO | | | | | |
| 1. Ampliación de la capacidad resolutive de los servicios de salud ofertando servicios especializados. (47) | X | X | | | |
| 2. Construcción de infraestructura y equipamiento para unidades de hemodiálisis. (48) | | X | | | |
| 1. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana. (49) | X | | X | | |
| 2. Implementación del Centro de Saberes de Medicina Ancestral Boliviana (50) | | | | | |

| PILAR 4: SOBERANÍA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| META 1: INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE TECNOLOGÍA | | | | | |
| Acciones | Actores Principales | | | | |
| | Universidad | Sector Privado | Organizaciones Comunitarias | Org. Social Cooperativa | Otros |
| 1. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico (51) | | X | | | |
| 1. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS. (52) | X | | | | |
| 1. Sistema de registro de prestadores en medicina tradicional ancestral boliviana. (53) | | | | | |
| 1. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana. (54) | X | X | X | | |
| META 5: FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL CIENTÍFICA | | | | | |
| 1. Innovación y desarrollo en empresas públicas productivas. (55) | X | X | | | |

| PILAR 8: SOBERANÍA ALIMENTARIA | | | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| META 1: ELIMINAR EL HAMBRE, LA DESNUTRICIÓN Y REDUCIR LA MALNUTRICIÓN | | | | | |
| Acciones | Actores Principales | | | | |
| | Universidad | Sector Privado | Organizaciones Comunitarias | Org. Social Cooperativa | Otros |
| 1. Promoción de la alimentación saludable y revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo (56) | | | | | |
| 2. Articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores (57) | | | | | |
| 1. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la implementación de políticas de malnutrición (58) | | | | | |
| 1. Promoción de la alimentación saludable, atención integral de enfermedades atribuidas a la dieta y prevención de la malnutrición en niños y niñas. (59) | | | | | |
| 1. Fortalecimiento del abastecimiento, consumo adecuado y control de calidad de los suplementos con micronutrientes y alimentos complementarios. (60) | | | | | |
| 1. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida. (61) | | | | | |
| 2. Implementación de espacios/instituciones saludables (62) | | | | | |
| 1. Implementación de la red nacional de bancos de leche humana y unidades de recolección de leche. (63) | | | X | | |
| 2. Acreditación de hospitales “Amigos de la madre y de la niñez”. (64) | | X | X | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| 1. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores. (65) | X | X | X | | |
| 2. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición. (66) | | | X | | |
| 1. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN). (67) | | X | X | | |

PILAR 9: SOBERANÍA AMBIENTAL CON DESARROLLO INTEGRAL

META 2: RECONOCIMIENTO DE MECANISMOS INTERNACIONALES NO BASADOS EN EL MERCADO Y PROMOCIÓN DE LA GESTIÓN COMUNITARIA DE PUEBLOS INDÍGENAS Y COMUNIDADES LOCALES

| Acciones | Actores Principales | | | | |
|---|---------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|-------|
| | Universidad | Sector Privado | Organizaciones Comunitarias | Org. Social Cooperativa | Otros |
| 1. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. (68) | X | X | X | | |
| META 3: DESARROLLO DEL CONJUNTO DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICO - PRODUCTIVAS, EN EL MARCO DEL RESPETO Y COMPLEMENTARIEDAD CON LOS DERECHOS DE LA MADRE TIERRA | | | | | |
| 1. Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. (69) | X | X | | | |
| 2. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. (70) | X | | X | | |

PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA

META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN

| Acciones | Actores Principales | | | | |
|--|---------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|-------|
| | Universidad | Sector Privado | Organizaciones Comunitarias | Org. Social Cooperativa | Otros |
| 4. Desarrollo de una gestión eficiente que logre una administración institucional apropiada, utilizando adecuadamente los recursos y la planificación como herramienta de gestión institucional. (71) | | X | | | |
| 1. Promoción y consolidación de una gestión pública transparente a través de la Rendición Pública de Cuentas con participación efectiva de la sociedad civil e institucionalización del Control Social. (72) | | | X | | |
| 3. Participación y fortalecimiento del control social (73) | | | X | | |
| 1. Implementación sistemas de información para el acceso a la como derecho del ser humano y para facilitar la evaluación a la gestión pública (74) | | | | | |
| 2. Gestión desburocratizada de sistemas de administración y control. (75) | X | | X | | |



Capítulo V.
PRESUPUESTO PLURIANUAL
QUINQUENAL

CAPÍTULO V PRESUPUESTO PLURIANUAL QUINQUENAL

El presupuesto plurianual 2016 -2020 estimado, incorpora el conjunto de recursos de inversión pública y gasto corrientes del:

- Ministerio de Salud (entidad rectora del sector),
- Las 9 gobernaciones autónomas departamentales,
- 339 Gobiernos Autónomos Municipales,
- Entidades de la Seguridad Social de Corto Plazo,
- Entidades desconcentradas del Ministerio de Salud y
- Organizaciones No Gubernamentales, datos que están alineados a los resultados y acciones sectoriales, “base material” necesarios para la implementación del PSDI 2016-2020.

El apartado también incluye estimaciones de gasto corriente e inversión pública por resultados y acciones sectoriales.

Tabla 38. Plan Sectorial de Desarrollo Integral: Presupuesto Plurianual

| ACCIONES | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | TOTAL |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. Continuidad a los programas sociales a través de la entrega de los bonos: Renta Dignidad, Renta Solidaria, Bono Juana Azurduy, Bono Juancito Pinto, Complemento Nutricional Carmelo y Subsidio Universal Prenatal por la Vida,.. | 1,214,773,321 | 1,111,902,708 | 1,111,902,708 | 1,111,902,708 | 1,111,902,708 | 5,662,384,153 |
| 2. Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica. | 133,283,080 | 139,963,228 | 146,978,185 | 154,344,732 | 162,080,490 | 736,649,716 |
| 3. Implementación de programas y servicios de Desarrollo Infantil Temprano | 166,603,851 | 174,954,036 | 183,722,732 | 192,930,915 | 202,600,613 | 920,812,146 |
| 4. Implementación de programas de atención integral para niños, niñas, joven y adolescentes | 4,165,096 | 4,373,851 | 4,593,068 | 4,823,273 | 5,065,015 | 23,020,304 |
| 5. Promoción de políticas públicas para personas con discapacidad en los ámbitos de salud, educación, trabajo, justicia y otros. | 1,832,642 | 1,924,494 | 2,020,950 | 2,122,240 | 2,228,607 | 10,128,934 |

| | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| 6. Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad | 166,603,851 | 174,954,036 | 183,722,732 | 192,930,915 | 202,600,613 | 920,812,146 |
| 7 Apoyo integral para personas adultas mayores | 83,301,925 | 87,477,018 | 91,861,366 | 96,465,458 | 101,300,306 | 460,406,073 |
| 8. Protección de derechos de niños, niñas, adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad. | 23,011,591 | 24,164,932 | 25,376,078 | 26,647,927 | 27,983,521 | 127,184,048 |
| 10. Implementación de programas integrales de asentamientos, y desarrollo integral para comunidades indígenas originarias liberadas. | 33,320,770 | 34,990,807 | 36,744,546 | 38,586,183 | 40,520,123 | 184,162,429 |
| 11. Implementación de políticas y programas integrales de sistemas de vida y planes de salvaguarda de naciones y pueblos indígenas originarios. | 83,301,925 | 87,477,018 | 91,861,366 | 96,465,458 | 101,300,306 | 460,406,073 |
| 12. Lucha contra el racismo, patriarcalismo y toda forma de discriminación. | 34,517,386 | 36,247,397 | 38,064,117 | 39,971,890 | 41,975,282 | 190,776,073 |
| 13 Implementación de acciones para el respeto a los derechos de las personas del colectivo GLBT y con orientaciones sexuales diversas. | 16,660,385 | 17,495,404 | 18,372,273 | 19,293,092 | 20,260,061 | 92,081,215 |
| 14. Implementación de programas integrales de atención y asistencia inmediata a mujeres víctimas de violencia | 166,603,851 | 174,954,036 | 183,722,732 | 192,930,915 | 202,600,613 | 920,812,146 |
| 15. Fortalecimiento e implementación del SSIPPASE en todo el territorio nacional. | 249,905,776 | 262,431,053 | 275,584,098 | 289,396,373 | 303,900,919 | 1,381,218,218 |
| 16. Seguimiento y evaluación al plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes. | 16,660,385 | 17,495,404 | 18,372,273 | 19,293,092 | 20,260,061 | 92,081,215 |
| 17. Fortalecimiento de la cultura de igualdad ante la Ley y respeto a las diversidades. | 33,320,770 | 34,990,807 | 36,744,546 | 38,586,183 | 40,520,123 | 184,162,429 |
| 18. Consolidación del Esquema de Financiamiento del Sector Salud y la aplicación de la Ley 475 | 345,173,860 | 362,473,974 | 380,641,170 | 399,718,905 | 419,752,816 | 1,907,760,725 |
| 19. Fortalecimiento de la Gestión y Gerencia sectorial de salud | 166,603,851 | 174,954,036 | 183,722,732 | 192,930,915 | 202,600,613 | 920,812,146 |
| 20. Institucionalización de la Fiscalización al sistema de salud | 33,320,770 | 34,990,807 | 36,744,546 | 38,586,183 | 40,520,123 | 184,162,429 |

| | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| 21. Gestión de la Calidad de Establecimientos y Redes Funcionales de Salud | 133,283,080 | 139,963,228 | 146,978,185 | 154,344,732 | 162,080,490 | 736,649,716 |
| 22. Promoción de la participación y control social en el marco del Modelo de Gestión de la Política SAFCI | 83,301,925 | 87,477,018 | 91,861,366 | 96,465,458 | 101,300,306 | 460,406,073 |
| 23. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia | 249,905,776 | 262,431,053 | 275,584,098 | 289,396,373 | 303,900,919 | 1,381,218,218 |
| 24. Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos | 1,000,000 | 4,000,000 | 4,000,000 | 5,000,000 | 5,000,000 | 19,000,000 |
| 25. Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal | 68,307,579 | 71,731,155 | 75,326,320 | 79,101,675 | 83,066,251 | 377,532,980 |
| 26. Participación social en salud a nivel municipal y departamental | 49,981,155 | 52,486,211 | 55,116,820 | 57,879,275 | 60,780,184 | 276,243,644 |
| 27. Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal | 18,000,000 | 72,750,000 | 72,750,000 | 72,750,000 | 72,750,000 | 309,000,000 |
| 28. Implementación del Seguro Universal de Salud para niños | 166,603,851 | 174,954,036 | 183,722,732 | 192,930,915 | 202,600,613 | 920,812,146 |
| 29. Reducción del riesgo de muerte infantil | 230,115,907 | 241,649,316 | 253,760,780 | 266,479,270 | 279,835,211 | 1,271,840,483 |
| 30. Seguro Universal de Salud Programa de reducción de mortalidad materna | 499,811,552 | 524,862,107 | 551,168,195 | 578,792,745 | 607,801,838 | 2,762,436,437 |
| 31. Seguro Universal de Salud: Programas de Atención de partos | 366,528,471 | 384,898,878 | 404,190,010 | 424,448,013 | 445,721,348 | 2,025,786,720 |
| 32. Prevención de embarazos en adolescentes | 16,660,385 | 17,495,404 | 18,372,273 | 19,293,092 | 20,260,061 | 92,081,215 |
| 33. Promoción de los derechos sexuales reproductivos | 191,594,428 | 201,197,141 | 211,281,142 | 221,870,552 | 232,990,704 | 1,058,933,967 |
| 34. Elaboración de planes municipales de salud | 16,660,385 | 17,495,404 | 18,372,273 | 19,293,092 | 20,260,061 | 92,081,215 |
| 35. Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles | 4,686,000 | 4,920,862 | 5,167,496 | 5,426,491 | 5,698,467 | 25,899,316 |
| 34. Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles | 16,660,385 | 17,495,404 | 18,372,273 | 19,293,092 | 20,260,061 | 92,081,215 |
| 35. Consolidación del Sistema Único de Información en Salud SUIS | 1,500,000 | 12,259,575 | 28,605,675 | 24,519,150 | 16,346,100 | 83,230,500 |

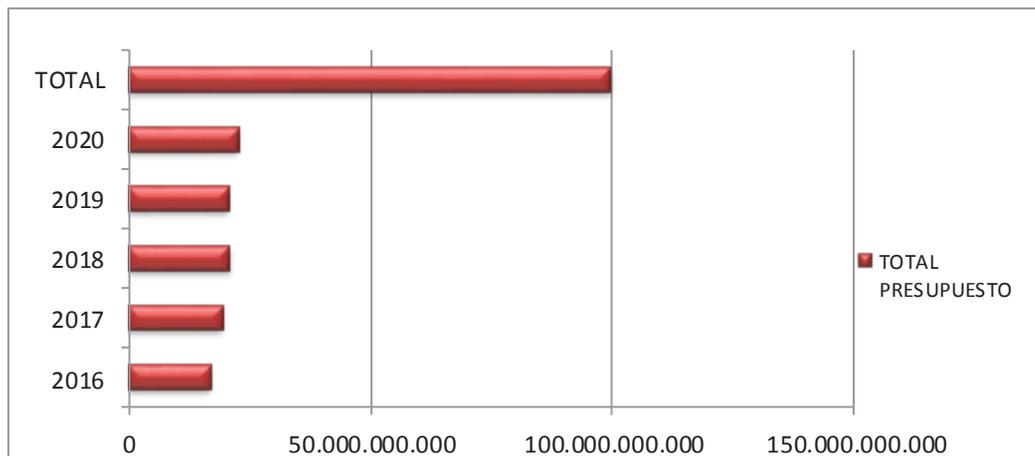
| | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 36. Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales. | 46,550,706 | 48,883,828 | 51,333,885 | 53,906,739 | 56,608,545 | 257,283,703 |
| 37. Construcción y equipamiento de institutos de cuarto nivel | 1,054,140,511 | 1,379,608,400 | 1,442,134,472 | 1,112,724,708 | 801,382,058 | 5,789,990,149 |
| 38. Construcción y equipamiento de hospitales de tercer nivel | 1,772,564,526 | 2,147,345,732 | 2,219,345,452 | 1,840,025,117 | 1,958,220,735 | 9,937,501,562 |
| 39. Construcción y equipamiento de hospitales de segundo nivel | 839,635,828 | 1,017,163,768 | 1,051,268,898 | 871,590,845 | 927,578,243 | 4,707,237,582 |
| 40. Construcción y equipamiento de 180 establecimientos de salud de 1er nivel | 419,817,914 | 508,581,884 | 525,634,449 | 435,795,422 | 463,789,121 | 2,353,618,790 |
| 41. Construcción equipamiento y acreditación de establecimientos de salud de categorización a Centros de Salud | 83,720,000 | 87,916,046 | 88,126,352 | 92,543,245 | 97,181,512 | 449,487,155 |
| 42. Implementación de una política integral sectorial de recursos humanos en salud | 154,406,000 | 162,144,829 | 362,532,699 | 370,678,838 | 679,233,261 | 1,728,995,627 |
| 43. Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud | 3,491,214,928 | 3,717,462,461 | 4,474,939,984 | 6,121,455,916 | 7,797,191,859 | 25,602,265,148 |
| 44. Formación de especialistas y sub especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados | 49,981,155 | 52,486,211 | 55,116,820 | 57,879,275 | 60,780,184 | 276,243,644 |
| 45. Implementación de un sistema de evaluación del desempeño | 8,330,193 | 8,747,702 | 9,186,137 | 9,646,546 | 10,130,031 | 46,040,607 |
| 46. Ampliación de la capacidad resolutive de los servicios de salud ofertando servicios especializados. | 49,981,155 | 52,486,211 | 55,116,820 | 57,879,275 | 60,780,184 | 276,243,644 |
| 47. Construcción de infraestructura y equipamiento para unidades de hemodiálisis. | 21,240,099 | 26,830,487 | 28,291,172 | 29,932,284 | 31,776,645 | 138,070,687 |
| 48. Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana. | 50,580,000 | 53,115,070 | 55,777,197 | 58,572,750 | 61,508,416 | 279,553,433 |
| 49. Implementación del Centro de Saberes de Medicina Ancestral Boliviana | 2,360,000 | 30,660,000 | 20,660,000 | 35,660,000 | 15,660,000 | 105,000,000 |
| 50. Implementación del Complejo Industrial Farmacéutico | 48,020,000 | 205,800,000 | 205,800,000 | 205,800,000 | 480,200,000 | 1,145,620,000 |

| | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 51. Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS. | 2,188,950,504 | 3,172,313,516 | 3,067,655,456 | 1,982,095,854 | 1,665,664,956 | 12,076,680,286 |
| 52. Sistema de registro de prestadores de medicina tradicional. | 3,332,077 | 3,499,081 | 3,674,455 | 3,858,618 | 4,052,012 | 18,416,243 |
| 53. Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana. | 41,160,000 | 43,222,939 | 45,389,273 | 47,664,184 | 50,053,112 | 227,489,508 |
| 54. Innovación y desarrollo en empresas públicas productivas. | 24,990,578 | 26,243,105 | 27,558,410 | 28,939,637 | 30,390,092 | 138,121,822 |
| 55. Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo. | 6,664,154 | 6,998,161 | 7,348,909 | 7,717,237 | 8,104,025 | 36,832,486 |
| 56. Articulación de acciones entre sectores para disminuir la desnutrición crónica. | 13,328,308 | 13,996,323 | 14,697,819 | 15,434,473 | 16,208,049 | 73,664,972 |
| 57. Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición. | 16,660,385 | 17,495,404 | 18,372,273 | 19,293,092 | 20,260,061 | 92,081,215 |
| 58. Promoción de la alimentación saludable, atención integral de enfermedades atribuidas a la dieta y prevención de la malnutrición en niños y niñas. | 8,330,193 | 8,747,702 | 9,186,137 | 9,646,546 | 10,130,031 | 46,040,607 |
| 59. Fortalecimiento del abastecimiento, consumo adecuado y control de calidad de los suplementos con micronutrientes y alimentos complementarios. | 249,905,776 | 262,431,053 | 275,584,098 | 289,396,373 | 303,900,919 | 1,381,218,218 |
| 60. Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida. | 13,328,308 | 13,996,323 | 14,697,819 | 15,434,473 | 16,208,049 | 73,664,972 |
| 61. Implementación de espacios/ instituciones saludables. | 19,992,462 | 20,994,484 | 22,046,728 | 23,151,710 | 24,312,074 | 110,497,457 |
| 62. Implementación de la red nacional de bancos de leche humana y unidades de recolección de leche. | 44,300,000 | 46,520,316 | 48,851,914 | 51,300,372 | 53,871,547 | 244,844,149 |
| 63. Acreditación de hospitales "Amigos de la madre y de la niñez". | 8,330,193 | 8,747,702 | 9,186,137 | 9,646,546 | 10,130,031 | 46,040,607 |

| | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 64. Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores. | 133,283,080 | 139,963,228 | 146,978,185 | 154,344,732 | 162,080,490 | 736,649,716 |
| 65. Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición. | 4,998,116 | 5,248,621 | 5,511,682 | 5,787,927 | 6,078,018 | 27,624,364 |
| 66. Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN). | 3,332,077 | 3,499,081 | 3,674,455 | 3,858,618 | 4,052,012 | 18,416,243 |
| 67. Programa nacional de gestión integral de la biodiversidad. | 1,666,039 | 1,749,540 | 1,837,227 | 1,929,309 | 2,026,006 | 9,208,121 |
| 68. Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. | 4,165,096 | 4,373,851 | 4,593,068 | 4,823,273 | 5,065,015 | 23,020,304 |
| 69. Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. | 333,207,701 | 349,908,071 | 367,445,464 | 385,861,830 | 405,201,225 | 1,841,624,291 |
| 70. Desarrollo de una gestión eficiente que logre una administración institucional apropiada, utilizando adecuadamente los recursos y la planificación como herramienta de gestión institucional. | 133,283,080 | 139,963,228 | 146,978,185 | 154,344,732 | 162,080,490 | 736,649,716 |
| 71. Promoción y consolidación de una gestión pública transparente a través de la Rendición Pública de Cuentas con participación efectiva de la sociedad civil e institucionalización del Control Social. | 116,622,695 | 122,467,825 | 128,605,912 | 135,051,641 | 141,820,429 | 644,568,502 |
| 72. Participación y fortalecimiento del control social | 16,660,385 | 17,495,404 | 18,372,273 | 19,293,092 | 20,260,061 | 92,081,215 |
| 73. Gestión desburocratizada de sistemas de administración y control. | 43,248,040 | 25,625,973 | 33,398,960 | 39,593,433 | 744,511 | 142,610,917 |
| 74. Implementación de tecnologías de información para el acceso a la información como derecho del ser humano y para facilitar la evaluación a la gestión pública | 83,301,925 | 87,477,018 | 91,861,366 | 96,465,458 | 101,300,306 | 460,406,073 |
| TOTAL PRESUPUESTO | 16,688,985,055 | 19,284,118,559 | 20,619,559,327 | 20,529,412,125 | 22,611,574,825 | 99,733,649,891 |

El presupuesto quinquenal del PSDI para el periodo 2016 – 2020 asciende al total de Bs. 99.733.649.891 (Sus. 14.538.432.928) el comportamiento del presupuesto en el quinquenio se grafica a continuación. Este presupuesto de inversión es el solicitado por el sector salud.

Ilustración 59. Presupuesto PSDI Periodo 2016 – 2020

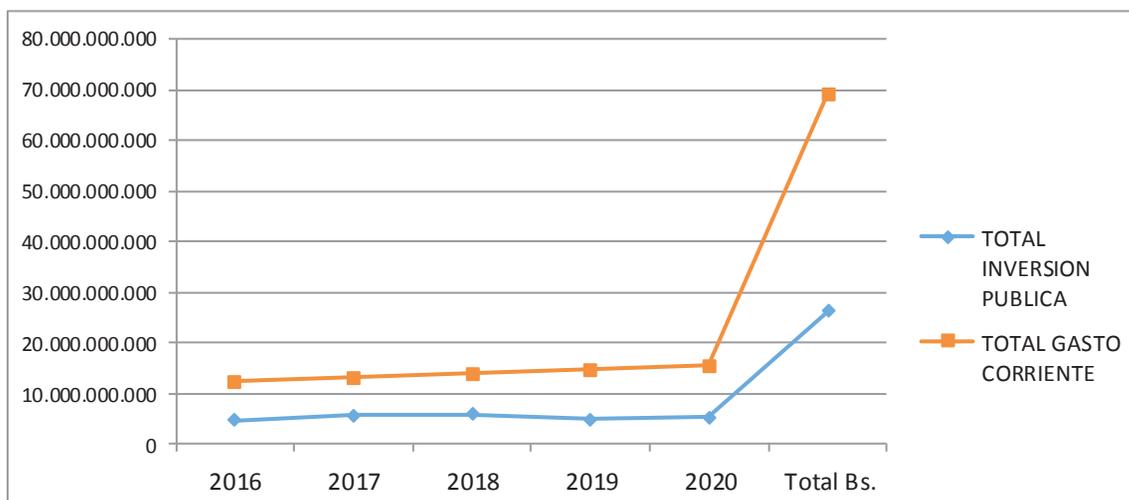


FUENTE: Dirección General de Planificación

La inversión tiene el siguiente detalle de 16.688.985.055 Bs. y alcanzar la cifra de 22.611.574.826 Bs. inversión histórica si se lo compara con el último decenio

Así mismo un análisis comparado entre la asignación de gasto corriente e inversión pública verifica el progresivo incremento del gasto corriente como efecto de la ejecución del Plan de Hospitales principal desafío del presente quinquenio.

Ilustración 60. Presupuesto Proyectado PSDI Periodo 2016 – 2020



FUENTE: Dirección General de Planificación

El análisis prospectivo de los futuros requerimientos de recursos humanos considerando el presupuesto quinquenal inversión pública determina un incremento en el gasto corriente, mismos que son presentados en el nivel de los establecimientos de salud.

Tabla 39. PSDI -Costos de Recursos Humanos Plan de Hospitales

| NIVELES 1, 2 y 3 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | TOTAL |
|------------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Chuquisaca | 4.436.066 | 9.573.253 | 27.998.762 | 37.049.542 | 103.751.830 | 182.809.454 |
| La Paz | 25.431.912 | 30.833.342 | 97.925.720 | 224.717.497 | 304.211.551 | 683.120.022 |
| Cochabamba | 27.189.901 | 35.701.060 | 106.406.515 | 176.361.441 | 200.309.034 | 545.967.952 |
| Oruro | 2.626.944 | 50.316.768 | 57.602.606 | 79.630.364 | 117.687.618 | 307.864.300 |
| Potosí | 18.551.449 | 40.033.091 | 130.790.537 | 172.830.201 | 220.921.486 | 583.126.765 |
| Tarija | 2.825.204 | 59.551.001 | 80.253.253 | 143.171.635 | 186.594.009 | 472.395.102 |
| Santa Cruz | 5.501.713 | 11.872.974 | 105.016.199 | 178.157.269 | 201.468.919 | 502.017.073 |
| Beni | 13.024.953 | 16.620.447 | 69.178.259 | 97.823.724 | 124.095.633 | 320.743.016 |
| Pando | 1.214.342 | 2.620.611 | 4.257.843 | 6.465.998 | 76.446.336 | 91.005.130 |

| NIVEL 4 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | TOTAL |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| La Paz | 0 | 0 | 0 | 28.760.235 | 31.035.388 | 59.795.623 |
| Cochabamba | 0 | 0 | 26.653.612 | 28.760.235 | 31.035.388 | 86.449.235 |
| Tarija | 0 | 0 | 0 | 0 | 31.035.388 | 31.035.388 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 0 | 31.035.388 | 31.035.388 |
| TOTAL BOLIVIA | 0 | 0 | 26.653.612 | 57.520.470 | 124.141.551 | 208.315.633 |
| TOTAL BOLIVIA | 100.802.486 | 257.122.547 | 679.429.694 | 1.116.207.671 | 1.535.486.416 | 3.689.048.814 |
| TOTAL GENERAL | 100.802.486 | 257.122.547 | 706.083.306 | 1.173.728.141 | 1.659.627.967 | 3.897.364.447 |
| TOTAL BOLIVIA 1 2 3 Y 4 | | | | | | 3.897.364.447 |

FUENTE: Dirección General de Planificación

240

Gasto corriente SECTOR SALUD

Tabla 40. PSDI -Especificación del gasto corriente

| DETALLE | QUINQUENIO | | | | | Bs. |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2016-2020 |
| TOTAL GASTO CORRIENTE SECTORIAL | 12.258.525.343 | 13.001.079.719 | 13.771.471.311 | 14.597.438.354 | 15.507.225.089 | 69.135.739.816 |

Contiene:

| |
|-----------------------------|
| <i>Gasto corriente MS</i> |
| <i>Gasto corriente SSCP</i> |
| <i>Gasto Corriente GAD</i> |
| <i>Gasto Corriente GAM</i> |
| <i>Gasto Corriente ONGs</i> |

ACCIONES ESTRATÉGICAS DEL PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL 2016 - 2020

| P | M | R | A | OE | |
|---|---|----|---|----|--|
| 1 | | | | | Erradicación de la extrema pobreza |
| 1 | 1 | | | | Erradicación de la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada. |
| 1 | 1 | 5 | | | Se ha cubierto al menos el 80% de los hogares más pobres y vulnerables con programas sociales. |
| 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | Continuidad a los programas sociales a través de la entrega de los bonos: Renta Dignidad, Renta Solidaria, Bono Juana Azurduy, Bono Juancito Pinto, Complemento Nutricional Carmelo y Subsidio Universal Prenatal por la Vida, además incrementando constantemente los asegurados independientes de los Fondos del Sistema Integral de Pensiones administrados por el Estado y socializando la Ley de Pensiones. |
| 1 | 1 | 6 | | | Se ha ampliado el apoyo integral a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, en centros de reinserción social con la participación de los municipios. |
| 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológico. |
| 1 | 1 | 8 | | | Se ha incrementado la cobertura de programas y servicios de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) en niñas y niños menores de 4 años. |
| 1 | 1 | 8 | 1 | 1 | Implementación de programas y servicios de Desarrollo Infantil Temprano. |
| 1 | 1 | 9 | | | Se ha promovido el apoyo y atención integral a niñas, niños, jóvenes y adolescentes en situación de calle. |
| 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | Implementación de programas de atención integral para niños, niñas, joven y adolescentes. |
| 1 | 1 | 10 | | | Se ha promovido el acceso de personas con discapacidad registradas en programas integrales de inclusión social basados en la comunidad. |
| 1 | 1 | 10 | 2 | 1 | Promoción de políticas públicas para personas con discapacidad en los ámbitos de salud, educación, trabajo, justicia y otros. |
| 1 | 1 | 11 | | | Se han impulsado programas de rehabilitación basados en la comunidad para la restitución y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad |
| 1 | 1 | 11 | 2 | 1 | Programas de rehabilitación basados en la comunidad, habilitación y atención integral de personas con discapacidad. |
| 1 | 1 | 12 | | | Se ha fortalecido el apoyo integral para personas adultas mayores en centros de acogida y otros espacios para su ejercicio al derecho a una vejez digna. |
| 1 | 1 | 12 | 1 | 1 | Apoyo integral para personas adultas mayores. |
| 1 | 2 | | | | Combatir la pobreza social. |
| 1 | 2 | 16 | | | La sociedad boliviana, sus organizaciones e instituciones practican el equilibrio y la complementariedad de género y generacional para el Vivir Bien |
| 1 | 2 | 16 | 5 | 1 | Protección de derechos de niños, niñas, adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad. |
| 1 | 3 | 19 | | | Todas las comunidades indígena originarias liberadas han sido fortalecidas con capacidades integrales para la gestión de los nuevos asentamientos |
| 1 | 3 | 19 | 1 | 1 | Implementación de programas integrales de asentamientos, y desarrollo integral para comunidades indígenas originarias liberadas. |
| 1 | 3 | 20 | | | Naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad y formas de vida transfronterizas han sido beneficiados con la implementación de políticas y programas estatales de protección, fortalecimiento y salvaguarda de sus sistemas de vida. |

| | | | | | |
|---|---|----|---|---|---|
| 1 | 3 | 20 | 1 | 1 | Implementación de políticas y programas integrales de sistemas de vida y planes de salvaguarda de naciones y pueblos indígenas originarios. |
| 1 | 4 | | | | Combatir la discriminación y el racismo. |
| 1 | 4 | 24 | | | Se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la violencia escolar en centros educativos y en la erradicación de toda forma de abuso, agresión, acoso y violencia por discriminación y racismo en instituciones públicas, privadas y centros laborales. |
| 1 | 4 | 24 | 1 | 1 | Lucha contra el racismo, patriarcalismo y toda forma de discriminación. |
| 1 | 4 | 25 | | | Instituciones estatales y privadas de servicio público previenen, protegen y sancionan conductas de maltratos, racistas y discriminatorias. |
| 1 | 4 | 25 | 3 | 1 | Implementación de acciones para el respeto a los derechos de las personas del colectivo Gays, Lesbianas, Bisexuales, y Transexuales (GLBT) y con orientaciones sexuales diversas. |
| 1 | 5 | | | | Combatir la pobreza espiritual. |
| 1 | 5 | 29 | | | Todas las mujeres que acuden a las instancias públicas a denunciar hechos de violencia reciben asistencia legal y psicológica, reduciendo el porcentaje de mujeres y niñas que han sufrido violencia física, psicológica y/o sexual. |
| 1 | 5 | 29 | 1 | 1 | Implementación de programas integrales de atención y asistencia inmediata a mujeres víctimas de violencia. |
| 1 | 5 | 29 | 4 | 1 | Fortalecimiento e implementación del SSIPPASE en todo el territorio nacional. |
| 1 | 5 | 35 | | | Se han implementado mecanismos y políticas para lograr la complementariedad de género y generacional. |
| 1 | 5 | 35 | 2 | | Seguimiento y evaluación al plan de prevención, protección y atención de embarazos en adolescentes y jóvenes. |
| 1 | 6 | | | | Construir un ser humano integral para Vivir Bien. |
| 1 | 6 | 36 | | | Se aplican de prácticas, valores ancestrales y constitucionales, saberes y conocimientos que promueven la construcción del nuevo ser humano integral en la sociedad boliviana hacia el Vivir Bien. |
| 1 | 6 | 36 | 2 | 1 | Fortalecimiento de la cultura de igualdad ante la Ley y respeto a las diversidades. |
| 3 | | | | | Salud, Educación y Deporte para la formación de un ser humano integral |
| 3 | 1 | | | | Acceso universal al servicio de salud. |
| 3 | 1 | 76 | | | Se implementará el Servicio de Salud Universal |
| 3 | 1 | 76 | 1 | 2 | Consolidación del esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475. |
| 3 | 1 | 76 | 2 | 2 | Fortalecimiento de la gestión y gerencia sectorial de salud. |
| 3 | 1 | 76 | 3 | 2 | Institucionalización de la fiscalización al sistema de salud. |
| 3 | 1 | 76 | 4 | 2 | Gestión de la calidad de establecimientos y redes funcionales de salud. |
| 3 | 1 | 76 | 5 | 2 | Promoción de la participación y control social en el marco del modelo de gestión de la política SAFCI. |
| 3 | 1 | 76 | 6 | 2 | Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. |
| 3 | 1 | 77 | | | La mayor parte de la población accede a medicamentos. |
| 3 | 1 | 77 | 1 | 2 | Fortalecimiento de la capacidad reguladora de medicamentos y mejoramiento del sistema nacional de medicamentos. |
| 3 | 1 | 78 | | | La mayor parte de los municipios implementan el Programa MI SALUD. |
| 3 | 1 | 78 | 1 | 4 | Ampliación de las acciones MI SALUD al ámbito municipal. |
| 3 | 1 | 78 | 2 | 4 | Participación social en salud a nivel municipal y departamental. |
| 3 | 1 | 79 | | | La mayor parte de los municipios están conectados y equipados a la Red TELESALUD |

| | | | | | |
|---|---|----|---|---|--|
| 3 | 1 | 79 | 1 | 2 | Implementación de las Acciones TELESALUD al ámbito municipal. |
| 3 | 1 | 80 | | | Se ha reducido en al menos 30% la mortalidad infantil (a 35 muertes por mil nacimientos) |
| 3 | 1 | 80 | 1 | 1 | Implementación del Seguro Universal de Salud para niños. |
| 3 | 1 | 80 | 2 | 1 | Reducción del riesgo de muerte infantil. |
| 3 | 1 | 81 | | | Se ha reducido en al menos 50% la razón de mortalidad materna (a 115 muertes por cien mil nacimientos) |
| 3 | 1 | 81 | 1 | 1 | Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de mortalidad materna, |
| 3 | 1 | 82 | | | Se ha incrementado la cobertura de parto institucional. |
| 3 | 1 | 82 | 1 | 1 | Seguro Universal de Salud: Programas de atención de partos. |
| 3 | 1 | 83 | | | Se ha reducido la proporción de adolescentes embarazadas. |
| 3 | 1 | 83 | 1 | 1 | Prevención en embarazos de adolescentes. |
| 3 | 1 | 83 | 2 | 1 | Promoción de los derechos sexuales y reproductivos. |
| 3 | 1 | 84 | | | La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado. |
| 3 | 1 | 84 | 1 | 4 | Elaboración de planes municipales de salud. |
| 3 | 1 | 85 | | | Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles. |
| 3 | 1 | 85 | 1 | 1 | Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles. |
| 3 | 1 | 86 | | | Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles. |
| 3 | 1 | 86 | 1 | 1 | Seguro Universal de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles. |
| 3 | 1 | 87 | | | Al menos 90% de los establecimientos de salud reportan información al Sistema Único de Información en Salud (SUIS). |
| 3 | 1 | 87 | 1 | 2 | Implementación del Sistema Único de Información en Salud (SUIS). |
| 3 | 2 | | | | Meta 2: Integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado. |
| 3 | 2 | 88 | | | Se ha invertido \$us1.700 millones en la construcción, ampliación y equipamiento de 47 institutos y hospitales de salud de forma concurrente con las ETAs. |
| 3 | 2 | 88 | 1 | 2 | Desarrollo y gestión institucional para la construcción, ampliación y equipamiento de institutos y hospitales. |
| 3 | 2 | 89 | | | Se han construido 4 Institutos de 4to. Nivel de Salud: Oncología, Cardiología, Gastroenterología y Nefrourología – Neurología. Se han construido y ampliado 12 hospitales de 3er. Nivel. Se han construido, ampliado y equipado 31 hospitales de 2do. Nivel. |
| 3 | 2 | 89 | 1 | 1 | Construcción y equipamiento de institutos de cuarto nivel. |
| 3 | 2 | 89 | 2 | 1 | Construcción y equipamiento de hospitales de tercer nivel. |
| 3 | 2 | 89 | 3 | 1 | Construcción y equipamiento de hospitales de segundo nivel. |
| 3 | 2 | 90 | | | Se han construido, ampliado y equipado 180 establecimientos de salud de 1er. Nivel y se han elevado 1.430 Puestos de Salud a la categoría de Centros de Salud, con recursos de los Gobiernos Autónomos Municipales. |
| 3 | 2 | 90 | 1 | 1 | Construcción, aplicación, mejoramiento y equipamiento de establecimientos de salud de primer nivel. |
| 3 | 2 | 90 | 2 | 1 | Construcción, aplicación, mejoramiento y equipamiento de centros de salud. |
| 3 | 2 | 90 | 3 | 1 | Gestión de salud. |

| | | | | | |
|---|---|----|---|---|--|
| 3 | 2 | 91 | | | Se han creado nuevos ítems para personal de salud, incluyendo plazas para especialistas y subespecialistas. |
| 3 | 2 | 91 | 1 | 5 | Implementación de una política sectorial de recursos humanos en salud. |
| 3 | 2 | 91 | 2 | 5 | Dotación de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud para mejorar su capacidad resolutive. |
| 3 | 2 | 91 | 3 | 5 | Formación e incorporación de especialistas y subespecialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados. |
| 3 | 2 | 91 | 4 | 5 | Implementación de un sistema de evaluación del desempeño. |
| 3 | 2 | 92 | | | Se han instalado nuevas unidades de hemodiálisis y laboratorios de histocompatibilidad |
| 3 | 2 | 92 | 1 | 2 | Ampliación de la capacidad resolutive de los servicios de salud ofertando servicios especializados. |
| 3 | 2 | 92 | 2 | 2 | Construcción de infraestructura y equipamiento para unidades de hemodiálisis. |
| 3 | 2 | 93 | | | Se ha puesto en funcionamiento un Centro de Saberes de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. |
| 3 | 2 | 93 | 1 | 2 | Fortalecimiento y rescate de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional ancestral boliviana. |
| 3 | 2 | 93 | 2 | 2 | Implementación del centro de saberes de medicina ancestral boliviana. |
| 4 | | | | | Soberanía científica y tecnológica con identidad propia |
| 4 | 1 | | | | Investigación y desarrollo de tecnología. |
| 4 | 1 | | | | Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico para la producción de medicamentos |
| 4 | 1 | | 1 | 7 | Implementación del complejo industrial farmacéutico. |
| 4 | 4 | | | | Medicina ancestral y natural. |
| 4 | 4 | | | | La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del Sistema Nacional de Salud. |
| 4 | 4 | | 1 | 4 | Implementación de programas que fortalezcan, articulen y promuevan la práctica e incorporación de medicina tradicional al SNS. |
| 4 | 4 | | | | Los prestadores de medicina tradicional han sido registrados en el Ministerio de Salud. |
| 4 | 4 | | 1 | 4 | Sistema de registro de prestadores de medicina tradicional. |
| 4 | 4 | | | | Se han desarrollado productos naturales y de la biodiversidad de la farmacopea boliviana. |
| 4 | 4 | | 1 | 8 | Implementación de programas y proyectos para el registro y desarrollo de productos naturales de la farmacopea boliviana. |
| 4 | 5 | | | | Formación y especialización profesional científica. |
| 4 | 5 | | | | Todas las entidades y empresas vinculadas al sector productivo, agua, medio ambiente, telecomunicaciones, salud y otros asignarán un porcentaje de sus recursos dirigido a la investigación científica y desarrollo de tecnología. |
| 4 | 5 | | 1 | 2 | Innovación y desarrollo en empresas públicas productivas. |
| 8 | | | | | Soberanía alimentaria |
| 8 | 1 | | | | Eliminar el hambre, la desnutrición y reducir la malnutrición. |
| 8 | 1 | | | | Se ha disminuido a 9% el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con desnutrición crónica. |
| 8 | 1 | | 1 | 6 | Promoción de la alimentación saludable y la revalorización de alimentos locales de alto valor nutritivo. |
| 8 | 1 | | 2 | 6 | Articulación de acciones entre sectores para disminuir la desnutrición crónica. |
| 8 | 1 | | | | Se ha reducido a 10% la población con subalimentación. |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| 8 | 1 | | 1 | 6 | Consolidación de alianzas estratégicas con la participación de actores sociales para la Implementación de políticas de lucha contra la malnutrición. |
| 8 | 1 | | | | Se ha disminuido a 30% la prevalencia de niños con anemia. |
| 8 | 1 | | 1 | 6 | Promoción de la alimentación saludable, atención integral de enfermedades atribuidas a la dieta y prevención de la malnutrición en niños y niñas. |
| 8 | 1 | | | | Se ha reducido a 3,5% de niñas y niños con sobrepeso u obesidad. |
| 8 | 1 | | 1 | 6 | Fortalecimiento del abastecimiento, consumo adecuado y control de calidad de los suplementos con micronutrientes y alimentos complementarios. |
| 8 | 1 | | | | Se ha reducido a 35% el porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad. |
| 8 | 1 | | 1 | 6 | Coordinación con gobiernos departamentales y municipales para contribuir en la erradicación de la malnutrición en todo el ciclo de la vida. |
| 8 | 1 | | 2 | 6 | Implementación de espacios/ instituciones saludables. |
| 8 | 1 | | | | Se promoverá el aumento de la lactancia materna exclusiva a 84%. |
| 8 | 1 | | 1 | 6 | Implementación la red nacional de bancos de leche humana y unidades de recolección de leche. |
| 8 | 1 | | 2 | 6 | Acreditación de hospitales “Amigos de la madre y de la niñez”. |
| 8 | 5 | | | | Bolivia ha puesto en marcha programas intersectoriales en el marco de la política de alimentación y nutrición. |
| 8 | 5 | | | | Se ha implementado la Política de Alimentación y Nutrición en el marco del CONAN. |
| 8 | 5 | | 1 | 6 | Programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida y articulación de acciones para disminuir la desnutrición crónica entre sectores. |
| 8 | 5 | | 2 | 6 | Participación social en la gestión de la política de alimentación y nutrición. |
| 8 | 5 | | | | Se han fortalecido los Consejos Departamentales de Alimentación y Nutrición (CODAN) y los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN) en su rol de articulación. |
| 8 | 5 | | 1 | 6 | Fortalecimiento del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en sus diferentes niveles (CODAN y COMAN). |
| 9 | | | | | Soberanía ambiental con desarrollo integral, respetando los derechos de la Madre Tierra |
| 9 | 3 | | | | Desarrollo del conjunto de las actividades económico -productivas, en el marco del respeto y complementariedad con los derechos de la Madre Tierra. |
| 9 | 3 | | | | Los planes e instrumentos de planificación integral sectorial, territorial y de inversión pública han incorporado la gestión de sistemas de vida, gestión de riesgos y cambio climático, y elementos de regeneración y restauración de zonas de vida, fortaleciendo los procesos económico - productivos con una visión integral. |
| 9 | 3 | | 1 | 1 | Planificación, seguimiento y evaluación integral con enfoque de sistemas de vida, cambio climático y gestión de riesgos. |
| 9 | 7 | | | | Agua y prevención de riesgos por cambio climático: gestión integral. |
| 9 | 7 | | | | La mayoría de los municipios han promovido la cultura de prevención y resiliencia frente a riesgos de desastres. |
| 9 | 7 | | 1 | 1 | Incorporación de la gestión de riesgos en procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo de proyectos de desarrollo integral. |
| 9 | 7 | | | | Al menos 30% de municipios de alto riesgo de desastres, han reducido su vulnerabilidad frente eventos adversos, hidrometeorológicos y climáticos, en el marco de acciones de gestión de riesgos y adaptación al cambio climático. |
| 9 | 7 | | 2 | 1 | Atención de emergencia frente a desastres naturales y fenómenos climáticos. |

| Soberanía y transparencia en la gestión pública | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| 11 | 1 | | | Gestión pública transparente, con servidores públicos éticos, competentes y comprometidos que luchan contra la corrupción. | |
| 11 | 1 | | | Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien. | |
| 11 | 1 | | 4 | 2 | Desarrollo de una gestión eficiente que logre una administración institucional apropiada, utilizando adecuadamente los recursos y la planificación como herramienta de gestión institucional. |
| 11 | 1 | | | | Se ha institucionalizado en las entidades estatales la rendición pública de cuentas para el ejercicio efectivo del control social y procesos de formación en principios y valores éticos. |
| 11 | 1 | | 1 | 4 | Promoción y consolidación de una gestión pública transparente a través de la Rendición Pública de Cuentas con participación efectiva de la sociedad civil e institucionalización del Control Social. |
| 11 | 1 | | 3 | 2 | Participación y fortalecimiento del control social. |
| 11 | 1 | | | | Se ha reducido significativamente la burocracia en los procesos y procedimientos de la administración pública con la integración de los sistemas del Estado y el uso de las tecnologías de información y comunicación. |
| 11 | 1 | | 1 | 2 | Implementación sistemas de información para el acceso como derecho del ciudadano y para facilitar la evaluación a la gestión pública. |
| 11 | 1 | | 2 | 2 | Gestión desburocratizada de sistemas de administración y control. |

La salud... un derecho para vivir bien



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020



PUBLICACIÓN
16

Serie: Documentos de Política

La Paz - Bolivia
2016