

*Gobierno Autónomo Municipal de La Paz  
Oficialía Mayor de Desarrollo Humano  
Dirección de Salud*

# Modelo Municipal de **Salud**



Gobierno Autónomo Municipal de La Paz  
Oficialía Mayor de Desarrollo Humano  
Dirección de Salud

Modelo Municipal  
de **Salud**

La Paz - 2014



El “Modelo Municipal de Salud”, fue elaborado en la gestión de:

Luis Revilla Herrero

**Alcalde Municipal de La Paz**

Luis Lugones Mancilla

**Secretario Ejecutivo - GAMLP**

Gustavo Bejarano

**Oficial Asesor - GAMLP**

Erlinda Quispe Tancara

**Oficial Mayor de Desarrollo Humano - GAMLP**



### **COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN GENERAL**

Marco Antonio Caviedes Vargas

**Director de Salud - GAMLP**

Juan Carlos Blacutt Benavides

**Jefe de Unidad UGSPS- Dirección de Salud - GAMLP**

### **ELABORACIÓN**

Marco Antonio Caviedes Vargas

Marco Jhamil Arteaga Mujica

Julia Patricia Mancilla Morales

### **REVISIÓN**

Cristian José Pereira Stambuk

Guido Monasterios

Guido Zambrana

José Luis Backseiras

Dora Caballero

### **DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

Franz Martín Esprella Torrico

José Ricardo Mendez Jimenez

### **GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ**

**Oficialía Mayor de Desarrollo Humano**

Calle Colombia Esq. Av. Mariscal Santa Cruz (Edif. Feliciano Cantuta, piso 9), teléfono 2650303.

**Dirección de Salud**

Av. Simón Bolívar N° 1519 (Edif. Asistencia Pública), teléfono 2651032.

## *Modelo Municipal de Salud*

## **Participantes del taller**

### **“Modelo Municipal de Salud”**

Renán Crespo  
**Director Hospital Los Pinos**

Roger Tapia  
**Director Hospital La Merced**

Freddy Jaldín  
**Director Hospital La Paz**

Rosmery Durán  
**ONG Intervida Bolivia**

Shirley Balboa  
**Sub Directora Hospital Los Pinos**

Dubreika Magne  
**Coordinadora Red de Salud N° 1**

Carmen Cornejo  
**Coordinadora Red de Salud N° 3**

Cecilia Monrroy  
**Coordinadora Red de Salud N° 4**

Olga Céspedes de Mora  
**Coordinadora Red de Salud N° 5**

Elizabeth Balderrama  
**Responsable Salud Pública**  
**Coordinación de Red N° 3**

Rosmery Aguilar  
**Responsable de Programas**  
**Coordinación de Red N° 5**

Ramiro Rojas  
**Administrador Hospital La**  
**Merced**

René Herrera  
**Administrador Hospital La Paz**

Adhemar Ayala  
**Administrador Coordinación de**  
**Red N° 1**

Mario La Fuente Cruz  
**Administrador Coordinación de**  
**Red N° 3**

Wilson Hidalgo  
**Administrador Coordinación de**  
**Red N° 5**

Jaime Mollinedo  
**Responsable Centro de salud**  
**La Gruta**

J.M. del Carmen Medrano  
**Responsable Centro de salud**  
**Munaypata**

Fernando Zapata  
**Responsable Centro de salud**  
**Chamoco Chico**

Claudia Salazar  
**Responsable Centro de salud**  
**Villa Salomé**

## Participantes del taller

### “Modelo Municipal de Salud”

Julio César Pardo B.  
**Responsable Centro de salud  
San Isidro**

Francisco Macuaga  
**Responsable Centro Materno Infantil  
Achachicala**

René Marca  
**Responsable Centro de salud  
Plan Autopista**

Miguel Alay  
**Responsable Centro de salud  
Bella Vista**

Marioly Reyes  
**Médico General  
Hospital La Merced**

Mariela Pérez  
**Psicóloga Hospital Los Pinos**

Alejandra Jara  
**Psicóloga Hospital La Merced**

Lenny Vega  
**Epidemióloga Coordinación de  
Red N° 1**

Ramón Cordero  
**Epidemiólogo Coordinación de  
Red N° 4**

Dora Carlota de Guarachi  
**Control social zona sur**

Nancy Patón Pomier  
**Colosa Centro de salud Bajo  
Tacagua**

Lidia Valencia  
**Coordinadora Redes de  
Salud - GAMLP**

Rafael Mounzón C.  
**Coordinador EMMS - GAMLP**

Lizet Andía B.  
**Coordinadora SSPAM - GAMLP**

Filomena Ticona Q.  
**Jefa UACRMS - GAMLP**

Anel Conde B.  
**Coordinador de Supervisión  
DS - GAMLP**

Héctor Mencías G.  
**Responsable UPAZ - GAMLP**

Soraya Mayorga  
**Responsable Red 5  
FIM GAMLP**

Sandy Miranda  
**Responsable Red 4  
FIM - GAMLP**

# Contenido

|              |   |
|--------------|---|
| Presentación | 1 |
| Introducción | 3 |

## I. Situación de Salud en el País

|   |          |
|---|----------|
| <b>1. Situación de Salud del País</b>   | <b>9</b> |
| 1.1 Población y crecimiento poblacional | 11       |
| 1.2 Objetivos y metas del milenio       | 13       |
| 1.3 Encuesta de demografía y salud      | 14       |
| 1.4 Mortalidad materna                  | 16       |
| 1.5 Mortalidad infantil                 | 18       |
| 1.6 Infraestructura y equipamiento      | 20       |

## 2. Situación de Salud del Municipio

|  |    |
|--|----|
| 2.1 El municipio de La Paz - datos generales                       | 21 |
| 2.1.1 Ubicación en la geografía del municipio                      | 21 |
| 2.1.2 Información demográfica                                      | 24 |
| 2.1.3 Proyección poblacional por macrodistrito                     | 24 |
| 2.1.4 Población del municipio por sexo según grupos de edad        | 25 |
| 2.1.5 Índice de Desarrollo Humano (IDH) municipal                  | 26 |
| 2.1.6 Pobreza  | 28 |
| 2.1.7 Vivienda   | 31 |
| 2.1.8 Acceso a servicios básicos                                   | 32 |
| 2.2 Análisis de la situación de la salud en el municipio de La Paz | 33 |
| 2.2.1 Diagnóstico situacional en salud                             | 33 |
| 2.2.2 Consulta prenatal  | 34 |
| 2.2.3 Partos   | 36 |
| 2.2.4 Mortalidad infantil  | 38 |
| 2.2.5 Morbilidad en la niñez                                       | 38 |
| 2.2.6 Tuberculosis   | 44 |
| 2.2.7 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)                      | 47 |
| 2.2.8 Violencia  | 49 |
| 2.2.9 Zoonosis   | 50 |
| 2.2.10 Infraestructura y equipamiento                              | 51 |
| 2.2.11 Recursos humanos destinados a salud                         | 58 |

## II. Modelo Municipal de Salud

|  |    |
|--|----|
| 1. Marco conceptual de la salud                    | 63 |
| 2. Determinantes de la salud                       | 65 |
| 2.1 Determinantes conductuales                     | 69 |
| 2.2 Determinantes ambientales                      | 69 |
| 2.3 Determinantes biológicos                       | 70 |
| 2.4 Determinantes sociales                         | 70 |
| 3. Marco legal y competencia municipal             | 73 |
| 4. Políticas y gestión de la salud                 | 76 |
| 5. Gestión del Modelo Municipal de Salud           | 83 |
| 5.1 El Modelo Municipal de Salud                   | 85 |
| 5.2 Justificación                                  | 86 |
| 5.3 Objetivos                                      | 89 |
| 5.4 Ámbitos de acción                              | 90 |
| 6. Políticas del Modelo Municipal de Salud         | 92 |
| 7. Ejes estratégicos del Modelo Municipal de Salud | 96 |

|               |     |
|---------------|-----|
| <b>Anexos</b> | 127 |
|---------------|-----|

## Índice de Mapas

|   |     |
|---|-----|
| <b>Mapa N° 1.</b> Municipio de La Paz condición de pobreza, 2011    | 30  |
| <b>Mapa N° 2.</b> Servicio de salud en el municipio de La Paz, 2011 | 54  |
| <b>Mapa N° 3.</b> Servicio de salud en el municipio de La Paz, 2014 | 55  |
| <b>Mapa N° 4.</b> Servicio de salud en el municipio de La Paz, 2014 | 107 |

## Índice de Cuadros

|  |    |
|--|----|
| <b>Cuadro N° 1</b> Objetivos y metas del milenio           | 13 |
| <b>Cuadro N° 2.</b> Las 10 tareas para La Paz              | 84 |
| <b>Cuadro N° 3.</b> Principios de la gestión de la calidad | 94 |

## Índice de gráficos

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico N° 1.</b> Distribución poblacional Bolivia, censo 2001-2012   | 11 |
| <b>Gráfico N° 2.</b> Crecimiento poblacional Inter Censal, según departamento, Bolivia 1992-2012                           | 12 |
| <b>Gráfico N° 3.</b> Evolución de la razón de mortalidad materna, Bolivia 1989-2010  | 17 |
| <b>Gráfico N° 4.</b> Causas de muerte materna, departamento de La Paz, gestión 2012  | 18 |
| <b>Gráfico N° 5.</b> Evolución de la tasa de mortalidad infantil, Bolivia 1989-2008  | 19 |
| <b>Gráfico N° 6.</b> Comparación de camas x 1,000 habitantes en América  | 20 |
| <b>Gráfico N° 7.</b> Proyección poblacional al 2012 por Macrodistrito, municipio de La Paz                                 | 25 |
| <b>Gráfico N° 8.</b> Tendencia del índice de desarrollo humano, Bolivia 1980-2012  | 27 |
| <b>Gráfico N° 9.</b> Evolución de la consulta prenatal, en cuatro municipios, 2001-2013                                    | 35 |
| <b>Gráfico N° 10.</b> Control prenatal sobre embarazo esperado en cuatro municipios, 2001-2013                             | 36 |
| <b>Gráfico N° 11.</b> Partos atendidos en el Departamento de La Paz, 1997-2013   | 37 |
| <b>Gráfico N° 12.</b> Mortalidad en menores de cinco años, departamento de La Paz, 2008-2011                               | 38 |
| <b>Gráfico N° 13.</b> Causas de muerte de menores de cinco años, Bolivia, 2012   | 39 |
| <b>Gráfico N° 14.</b> Niños con dosis completas de hierro y cobertura al menor de 2 meses a dos años, en cuatro municipios | 42 |
| <b>Gráfico N° 15.</b> Número de sintomáticos respiratorios y casos de T.BAAR (+) nuevos, en cuatro municipios, 2001-2013   | 45 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Gráfico N° 16.</b> Relación entre TB BAAR (+) sobre la población total y su relación con los sintomáticos respiratorios en cuatro municipios, 2001-2013 | 46  |
| <b>Gráfico N° 17.</b> Número de casos de VIH, municipio de La Paz, gestiones 2007 al 2013  | 49  |
| <b>Gráfico N° 18.</b> Casos de rabia y número de animales vacunados, en el municipio de La Paz 2000-2013   | 51  |
| <b>Gráfico N° 19.</b> Ubicación de los servicios de salud en función de las poblaciones en riesgo  | 52  |
| <b>Gráfico N° 20.</b> Establecimientos de salud, municipio de La Paz, 2013   | 56  |
| <b>Gráfico N° 21.</b> Recursos humanos en salud, municipio de La Paz, 2013   | 58  |
| <b>Gráfico N° 22.</b> Generación de indicadores de salud   | 66  |
| <b>Gráfico N° 23.</b> Elementos constitutivos de riesgo  | 67  |
| <b>Gráfico N° 24.</b> Concepto de determinantes  | 68  |
| <b>Gráfico N° 25.</b> Determinantes de la salud  | 69  |
| <b>Gráfico N° 26.</b> Contribución de los determinantes de la salud en la carga de mortalidad  | 70  |
| <b>Gráfico N° 27.</b> Marco político   | 77  |
| <b>Gráfico N° 28.</b> Antecedentes de la situación de salud  | 78  |
| <b>Gráfico N° 29.</b> Problema contextualizado de recursos humanos   | 81  |
| <b>Gráfico N° 30.</b> Justificación del Modelo Municipal de Salud  | 87  |
| <b>Gráfico N° 31.</b> Población en riesgo según condiciones socioeconómicas  | 88  |
| <b>Gráfico N° 32.</b> Políticas ámbitos de aplicación y ejes estratégicos del Modelo Municipal de Salud  | 91  |
| <b>Gráfico N° 33.</b> Círculo vicioso que genera una pobre calidad de atención en salud  | 93  |
| <b>Gráfico N° 34.</b> Modelo de Gestión de Calidad   | 93  |
| <b>Gráfico N° 35.</b> Sistema Único de Salud Municipal   | 110 |
| <b>Gráfico N° 36.</b> Implementación para la atención de enfermedades no transmisibles   | 119 |

## Índice de Tablas

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabla N° 1.</b> Evolución de los indicadores de las ENDSA's   | 14  |
| <b>Tabla N° 2.</b> Superficie total, por macrodistrito y distrito, municipio de La Paz, 2012                               | 22  |
| <b>Tabla N° 3.</b> Tendencia del índice de desarrollo humano, Bolivia  | 27  |
| <b>Tabla N° 4.</b> Índice de desarrollo humano 2013  | 28  |
| <b>Tabla N° 5.</b> Niveles de pobreza por macrodistrito, municipio de La Paz, 2012   | 29  |
| <b>Tabla N° 6.</b> Calidad de la vivienda, del municipio de La Paz, 2012   | 31  |
| <b>Tabla N° 7.</b> Acceso a los servicios básicos, municipio de La Paz, 2010   | 32  |
| <b>Tabla N° 8.</b> Índice de necesidades insatisfechas, municipio de La Paz, 2010  | 33  |
| <b>Tabla N° 9.</b> Cobertura de parto en servicio, municipio de La Paz, 2007-2012  | 37  |
| <b>Tabla N° 10.</b> Enfermedades diarreicas agudas, municipio de La Paz, 2008 – 2013                                       | 40  |
| <b>Tabla N° 11.</b> Casos de neumonía, niños menores de 5 años, municipio de La Paz, 2008 – 2013                           | 41  |
| <b>Tabla N° 12.</b> Prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años, municipio de La Paz, 2008 – 2013               | 42  |
| <b>Tabla N° 13.</b> Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año y de 12 a 23 meses, municipio de La Paz, 2007 – 2013 | 43  |
| <b>Tabla N° 14.</b> Tuberculosis, municipio de La Paz, 2007 – 2013   | 47  |
| <b>Tabla N° 15.</b> Número de establecimientos por subsectores y niveles de atención, municipio de La Paz, 2013            | 53  |
| <b>Tabla N° 16.</b> Distribución de los recursos humanos por nivel de atención, municipio de La Paz, 2013                  | 59  |
| <b>Tabla N° 17.</b> Número de gremialistas registrados en el Municipio de La Paz   | 111 |

## Presentación

El Modelo Municipal de Salud es un componente central de la política municipal, busca contribuir a mejorar la situación sanitaria del Municipio de La Paz y por ende de la población boliviana con la dotación de infraestructura y equipamiento acorde a las exigencias de salud del Siglo XXI y de acuerdo al nivel de competencia, acompañado de un talento humano altamente competente en forma organizada y en concordancia con las necesidades del perfil epidemiológico de nuestro Municipio para la resolución efectiva y oportuna de los problemas de salud.

El Modelo Municipal de Salud es uno de los componentes más activos y de mayor impacto en la instrumentalización de la Política Sectorial de Salud, en el proceso de descentralización de los servicios y en la modernización del Sistema Municipal de Salud.

Pretende crear condiciones adecuadas para la implementación y la continuidad de los procesos de transformación de la Red Municipal de Salud emprendidos con el objeto de mejorar los servicios y la efectividad de las actividades.

El Modelo Municipal de Salud también plantea una política de desarrollo de los recursos humanos donde los procesos de capacitación constituyen los mecanismos operadores y orientadores del desempeño del sector. De ahí que las instancias de capacitación deban ser reguladas, fortalecidas y coordinadas con mucha precisión y con todos los recursos posibles.

El Modelo plantea la necesidad de generar y consolidar una concepción educativa integral dirigida a la población para el mejor funcionamiento de los servicios de salud, articulando todos los programas prioritarios de salud.

En la capacitación a la comunidad se abordarán las temáticas priorizadas por los programas de salud, desde la perspectiva de la participación creciente de las personas, las familias y las organizaciones de la comunidad en el manejo y los cuidados de la salud.

Los temas específicos de Promoción, Prevención, Reparación versarán prioritariamente sobre atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, alimentación, nutrición, atención integral del escolar y adolescente, atención integral a la mujer, salud sexual y reproductiva, atención integral a la tercera edad y también sobre otras medidas contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Paralelamente, la Red Municipal de Salud necesita dotarse de los mejores recursos humanos disponibles y destinarlos a los lugares e instancias donde su contribución a la salud de la población sea cada vez más satisfactoria y el reconocimiento de la sociedad a su trabajo se manifieste asegurando estabilidad laboral y salario digno ya que de la calidad y cantidad de los recursos humanos depende en gran parte el cumplimiento de los objetivos y las metas del sector.

*Luis Revilla Herrero*  
*Alcalde Municipal de La Paz*

## Introducción

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz es una institución que forma parte del Estado y se desenvuelve en un orden social y sistema político.

Con las reformas del Estado, las políticas de descentralización, autonomía y el fortalecimiento Municipal, la institución ha ejercido transformaciones estructurales y ha pasado de ser un administrador de espacios públicos, mercados, cementerios y pequeñas obras públicas a ser un gobierno local que administra efectivamente su espacio territorial con responsabilidades y competencias claramente establecidas en sus facultades legislativas, reglamentarias y ejecutivas, con la participación plena de los ciudadanos y ciudadanas.

Bajo la estructura institucional, el Municipio está obligado a generar espacios, mecanismos y políticas de concertación con los diversos actores de la sociedad, comenzando por la propia sociedad civil y cada una de las instituciones que territorialmente trabajan en su espacio, asignando a cada uno de ellos derechos y obligaciones.

En el ámbito Municipal confluyen diferencias sociales, culturales, religiosas, económicas, entre otras, por lo cual le corresponde reivindicar el principio de la diversidad pues en este escenario comparte principios, rasgos y dimensiones comunes que delinear el nuevo perfil del Gobierno Municipal.

La gestión Municipal es el núcleo de acción del gobierno local. La dinámica de su estructura, su iniciativa, la capacidad de sus funcionarios, la eficiencia en la resolución de problemas, la calidad en la otorgación de servicios y la transparencia con la sociedad civil, son los elementos que lo calificaran como un gobierno local o un simple administrador territorial.

Dentro de las responsabilidades y competencias asignadas al Gobierno Autónomo Municipal se encuentra la de realizar gestión de la Salud Pública, el contexto legal vigente otorga competencias específicas en relación a las acciones a ser desarrolladas en su espacio territorial y todas ellas enmarcadas en el modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (SAFCI).

Si bien existe el modelo genérico, es necesario que el Gobierno Municipal adecue esta a su realidad y por ello se hace imprescindible implementar un propio Modelo de Gestión.

El modelo de atención en Salud es un instrumento mediante el cual los paradigmas del proceso de Salud-enfermedad se implementan a través de prácticas sociales en Salud y asistencia. El modelo de atención en Salud considera las dimensiones del proceso Salud/enfermedad/atención/cuidado (PSEAC). Diversas teorías se han aplicado en la intervención de la Salud y la Salud Pública, campos en los que se reconoció históricamente dos enfoques tradicionales de estudio y práctica: el biomédico y el socio-ecológico. Estos referentes han sentado las bases para el desarrollo de propuestas originadas en las áreas biológicas, del comportamiento y psicosociales.

La Salud de la población es el eje central y básico de la Salud Pública y esto incluye todos los aspectos de interés colectivo que contribuyen a mejorar o mantener la Salud de las personas. Saber y hacer Salud Pública implica un campo de conocimientos y un campo de práctica susceptible de ser delimitado y estructurado, pues los conocimientos y estrategias requeridas para su ejercicio provienen de diversas disciplinas, articuladas en función de su objetivo.

En base al PLAN 2040, se hace imprescindible diseñar un Modelo Municipal de Salud que responda a las necesidades de la población. Una transformación estructural de los establecimientos de Salud en sus tres componentes (RRHH, equipamiento e infraestructura). Constituyendo la “Red Integral de Salud Municipal” que considera fundamentalmente las características socioeconómicas, conductuales, biológicas y ambientales, (llamados determinantes de la Salud). Al mismo tiempo, tomando en cuenta la dimensión cultural de la población por la misma composición multiétnica de la ciudad, se hace importante incorporar el aspecto intercultural. Este modelo permitirá a la Dirección de Salud elaborar las estrategias operativas de manera organizada, para buscar que los ciudadanos del Municipio tengan menos probabilidad de enfermar y en caso de presentarse la enfermedad tenga estructuras operativas que permitan responder en forma oportuna, con calidad y con alta capacidad resolutiva en los Servicios de Salud.

El determinar un Modelo Municipal de Salud permitirá identificar beneficios relacionados con:

- Enfoque preventivo.
- Aproximación holística en la que se privilegia al ser sobre el medio ambiente .
- Construcción de la Red Integral e Integrada Municipal de Salud.
- Reconocimiento de la cultura de la Salud y su auto cuidado.
- Cercanía con el usuario y mayor seguimiento a su estado de Salud.
- Inducción de la demanda a programas de Promoción y Prevención.
- Descentralización o desconcentración de los servicios, con establecimientos ubicados estratégicamente en diferentes sectores de la ciudad.

Diversas teorías se han aplicado en la intervención de la Salud y la Salud Pública, campos en los que se reconoció históricamente dos enfoques tradicionales de estudio y práctica: el biomédico y el socio-ecológico. Estos referentes han sentado las bases para el desarrollo de propuestas originadas en las áreas biológicas, del comportamiento y psicosociales.





# I. Situación de **Salud** en el País



## 1. Situación de salud del país

El sistema de Salud de Bolivia está constituido por los sectores públicos, la seguridad social, establecimientos privados, ONG's e iglesia. En algunos documentos del sector se añade a la medicina tradicional.

**En la actualidad, de acuerdo a la fluctuación económica del país, entre un 28 y 31% de la población tiene acceso al seguro social de corto plazo; entre 8 y 10% a la práctica privada y entre un 65% a 68% tiene acceso solo al sistema público, aunque en la práctica real por la estructura del sistema, solo entre el 35 y 40% efectivamente accede a una prestación del sistema público. La propuesta del Sistema Unico de Salud (SUS) pretende cubrir al 70% de la población del país 7.02 millones, de los 10,02 millones de habitantes, incluyendo a las personas sin seguro social de corto plazo.**

La Salud presenta un perfil epidemiológico de transición avanzada; se está conviviendo con enfermedades no transmisibles, transmisibles y las llamadas emergentes y reemergentes.

La modificación de las condiciones estructurales y sociales en las que vive nuestra sociedad ha generado problemas sociales relacionados con la violencia, suicidios, homicidios, etc.

Contamos con índices de Salud preocupantes en relación al contexto latinoamericano; la desnutrición y las enfermedades transmisibles son un flagelo para los niños y niñas menores de cinco años, en el campo materno la mujer está sometida a problemas que afectan a su Salud sexual y Salud reproductiva, con embarazos precoces y con espacios intergenésicos cortos.

Pese a ello, según datos disponibles en el país, Bolivia ha logrado importantes avances en materia de Salud:

- Se ha reducido moderadamente la mortalidad infantil, alcanzando a 50 por mil nacidos vivos, con una tendencia positiva que permitirá aproximarse a la meta establecida en los Objetivos Del Milenio (ODM) de 27 por mil nacidos vivos.

---

1. Informe Sector Salud – Enero –Junio 2011 - Equipo de Salud de ACDI/UASCC

- Se ha reducido, aunque en menor grado, la desnutrición crónica al 20%, en niños y niñas menores de 3 años, lo que permite prever que se alcanzará la meta de los ODM de 19%.
- Se ha logrado mantener las coberturas de vacunación contra la polio y pentavalente/DPT con esquemas completos cercanas al 86%, con una tendencia positiva que permitirá alcanzar los niveles de 95% determinados como meta de los ODM.
- En los últimos 10 años, no se han reportado casos de poliomielitis, tétanos neonatal y sarampión, enfermedades que por muchos años afectaron severamente a la niñez boliviana.
- En la última década Bolivia ha continuado reduciendo la mortalidad infantil y de la niñez, sin embargo el país sigue ocupando el penúltimo lugar en el continente.

Las enfermedades emergentes, entendidas como aquellas cuya incidencia se ha incrementado desde las pasadas dos décadas o amenazan en incrementarse en un futuro y las reemergentes que resurgen de las que aparentemente habían sido erradicadas o su incidencia disminuida, se generan debido al debilitamiento general de las actividades de Salud Pública, especialmente la vigilancia epidemiológica y el deterioro de las condiciones de los laboratorios encargados de identificar rápidamente los problemas emergentes.

En nuestro país hay factores adicionales que contribuyen a la aparición de éstas enfermedades, las inversiones en Salud Pública se han visto disminuidas, con sistemáticos recortes presupuestarios en el sector, la focalización de los recursos que ha priorizado la atención casi exclusiva a grupos de riesgo y finalmente, la alta dependencia a fondos procedentes de la cooperación internacional.

Nuestro país ha entrado en los últimos 20 años en un proceso de cambio, que algunos profesionales de la Salud Pública han denominado como globalización; proceso que ha llegado al sistema de Salud.

En este contexto el estado hace 18 años puso en vigencia dos leyes que han permitido al área de Salud implementar el proceso de reforma de la Salud, siguiendo recomendaciones surgidas de instituciones de cooperación financiera internacional y avaladas por los organismos técnicos como la Organización Mundial y Panamericana de la Salud, con importantes asignaciones de recursos económicos que no se ven reflejados en los indicadores de Salud que aparentemente no acompañan ésta inversión.

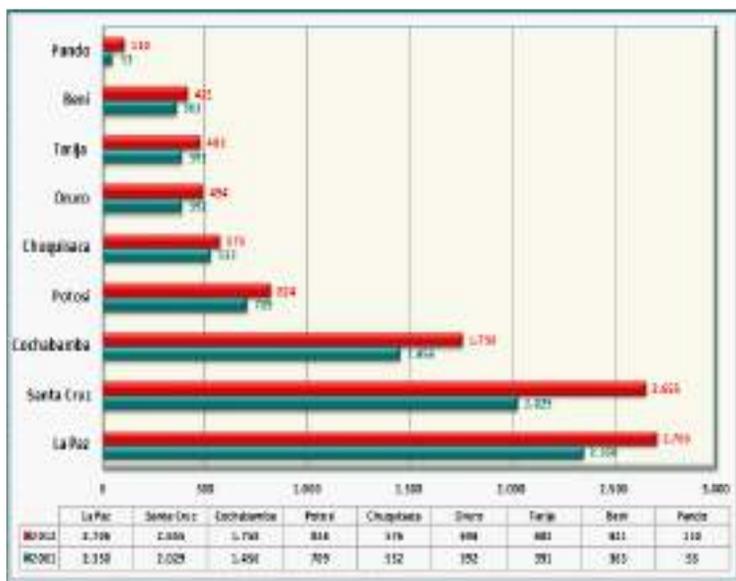
En este proceso, los recursos provenientes de la cooperación fueron asignados de manera focalizada a grupos de riesgo o regiones del país.

## 1.1 Población y crecimiento poblacional

Según los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 Bolivia tiene 10.389.903 habitantes, el país registró un crecimiento poblacional de 2.115.578 habitantes desde el año 2001, cuando el censo nacional reportó que la cantidad de habitantes en todo el territorio nacional llegaba a 8.274.325, la población femenina es mayoritaria con el 50,1% y la densidad de poblacional es de 10 habitantes por Km2.

### Población

**Gráfico N° 1**  
**Distribución poblacional Bolivia, censo 2001-2012**



Fuente: INE 2012

El gráfico N° 1 muestra que la mayor parte de la población del país se encuentra en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. En los tres departamentos en 1992 residía 68% de la población del país y en el año 2012 el citado porcentaje aumentó a cerca de 71 %. La población de Santa Cruz alcanzaba a poco más de 20 % de la población nacional en 1992 y aumentó a cerca de 27 % en el año 2012.

En el sentido contrario, la población de La Paz, como porcentaje de la población del país, disminuyó de cerca de 30 % a poco más de 26 %, en tanto que la población de Cochabamba se mantuvo, sin mucha variación, ligeramente por encima de 17 %. En los demás departamentos, los porcentajes no presentan grandes variaciones, con excepción de Pando cuyo porcentaje de la población nacional aumentó de 0,59 % a 1,10 %.

## Crecimiento Inter Censal

**Gráfico N° 2**  
**Crecimiento poblacional intercensal, según departamento, Bolivia 1992-2012**



Fuente: INE 2012

El gráfico N° 2 muestra los datos censales de crecimiento absoluto de la población por departamento para el periodo 1992-2001 y 2001-2012. Se puede señalar que el mayor crecimiento absoluto corresponde al departamento de Santa Cruz, en los dos periodos intercensales 1992-2001 y 2001-2012 y en segundo lugar, se encuentra La Paz. El crecimiento absoluto en los demás departamentos es visiblemente menor, pero es notable el caso de Pando, cuyo crecimiento en el periodo 1992-2001 se cuadruplicó.

## 1.2 Objetivos y metas del milenio

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio convocada por las Naciones Unidas, los dirigentes de 189 naciones<sup>2</sup>, entre ellas Bolivia, decidieron dar su apoyo al cumplimiento de los Objetivos y Metas Del Milenio (MDM) para el año 2015, como forma de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población en su conjunto. Estas se componen de ocho metas fundamentales de las cuales 5 tienen que ver con el sistema de Salud. Cuadro N° 1.

**Cuadro N° 1**  
**Objetivos y metas del milenio**

**Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años**

Meta 5: Reducir en dos tercios entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años

**Objetivo 5: Mejorar la salud materna**

Meta 6: Reducir en tres cuartos entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad materna

**Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, Malaria y otras enfermedades**

Meta 7: Haber detenido para el 2015 la propagación del VIH/SIDA y comenzado a invertir la tendencia actual.

Meta 8: De aquí al 2015, haber controlado la malaria y otras grandes endemias y haber comenzado a invertir la tendencia actual.

**Objetivo 7: Asegurar un ambiente sostenible**

Meta 9: Integrar los principios de desarrollo sostenible en las políticas nacionales e invertir la tendencia actual de pérdida de recursos ambientales.

Meta 10: Reducir a la mitad, de aquí al 2015, el porcentaje de población que no tiene acceso de forma duradera, a un aprovisionamiento de agua para el consumo saludable y a servicios de saneamiento básico.

2. Reunión de jefes de Estado, llamada Cumbre del Milenio, convenida en Nueva York en septiembre 2000 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

## Objetivo 8: Lograr un esfuerzo mundial para el desarrollo

Meta 17: En cooperación con la industria farmacéutica, facilitar la disposición y el acceso a medicamentos esenciales en países en desarrollo

Meta 18: En cooperación con el sector privado, facilitar el acceso de todos a las ventajas de las nuevas tecnologías, en especial las de información y comunicaciones.

Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

### 1.3 Encuesta de demografía y Salud

Analizando la información proveniente de tres Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA), realizadas a nivel nacional los años 1998, 2003 y 2008 podemos observar la evolución de algunos indicadores relacionados con el campo de la Salud: Tabla N° 1.

**Tabla N° 1**  
**Evolución de los indicadores de las ENSA's**

| INDICADOR / ENSA                                  | 1998  | 2003   | 2008  |
|---|-------|--------|-------|
| <b>Población de la Muestra</b>                    |       |        |       |
| Mujeres de 15 a 49 años                           | 11,18 | 17,654 | 16,93 |
| Hombres de 15 a 64 años                           | 3,780 | 6,230  | 6.054 |
| Niños vivos de 12–23 meses                        | 1,275 | 1,861  | 1,743 |
| <b>Fecundidad</b>                                 |       |        |       |
| Tasa global de fecundidad para la población total | 4.2   | 3.8    | 3.5   |
| Área urbana                                       | 3.3   | 3.1    | 2.8   |
| Área rural.                                       | 6.4   | 5.5    | 4.9   |
| <b>Mortalidad infantil</b>                        |       |        |       |
| Tasa de mortalidad infantil.                      | 67    | 54     | 50    |
| Área urbana                                       | 50    | 44     | 43    |
| Área rural  | 90    | 67     | 75    |

| INDICADOR / ENDSA   | 1998 | 2003 | 2008 |
|---|------|------|------|
| <b>Atención materna</b>   |      |      |      |
| Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron:                                  |      |      |      |
| Atención por médico en el embarazo más reciente.                                    | 59.4 | 70.2 | 77.2 |
| Por lo menos dos dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo más reciente      | Nd   | 28.5 | 40.1 |
| Atención por médico durante el parto  | 52.9 | 55.9 | 65.8 |
| Parto en establecimiento de Salud   | 53.2 | 57.1 | 67.5 |
| <b>Vacunación</b>   |      |      |      |
| Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad con carnet de salud infantil              | Nd   | 77.0 | 76.5 |
| Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad que ha recibido en cualquier momento:6BCG | Nd   | 93.5 | 98.4 |
| Penta /DPT (las tres dosis)   | Nd   | 73.6 | 85.7 |
| Polio (las tres dosis)  | Nd   | 69.8 | 85.8 |
| Sarampión   | Nd   | 82.3 | 85.8 |
| Todas las vacunas   | Nd   | 63.8 | 78.6 |
| <b>Prevalencia de enfermedades en menores de 5 Años</b>                             |      |      |      |
| Porcentaje de niños con diarrea   | 19.2 | 22.4 | 26.0 |
| Niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral (SRO)                   | 30.2 | 28.8 | 34.9 |
| Niños con diarrea que recibieron Terapia de Rehidratación Oral                      | Nd   | 38.2 | 43.6 |
| Enfermos con síntomas de IRA o con fiebre para quienes se buscó tratamiento.        | 42.5 | 51.5 | 50.9 |

| INDICADOR / ENDSA   | 1998 | 2003 | 2008 |
|---|------|------|------|
| <b>Lactancia y nutrición en la niñez</b>                      |      |      |      |
| Porcentaje de niños menores a 2 meses con lactancia exclusiva | 68.5 | 69.5 | 69.6 |
| Porcentaje de niños de 0 a 5 meses con lactancia exclusiva    | 50.3 | 53.6 | 60.4 |
| Porcentaje de niños con desnutrición crónica                  | 26.8 | 26.5 | 21.8 |

\* Nd = No datos

Fuente: INE ENDSA 1998, 2003 y 2008

En el análisis de ésta evolución, se debe tener mucho cuidado con los resultados relacionados con las enfermedades de origen estacional. El trabajo de campo de las encuestas de 1998, 2003 y 2008, se realizaron en épocas del año diferentes, lo que origina variaciones en los resultados finales. Se trata de fechas con diferencias importantes para las enfermedades de invierno como las Infección Respiratoria Aguda (IRA) y las de verano como la diarrea. Así se tiene que: la ENDSA 1998 se realizó en otoño-invierno; la ENDSA 2003 en primavera-verano; y la ENDSA 2008 en verano-otoño. Lo cual coincide con favorecer a las IRA al tomarse primero (1998) en invierno y luego en otoño o invierno y desfavorecer a las diarreas en su evolución ya que comienzan en 1998 en invierno y terminan en verano en 2008, por los máximos indicadores estacionales que normalmente muestran estas enfermedades.

## 1.4 Mortalidad materna

La razón de mortalidad materna tiene que ver con lo que se podría denominar “riesgo inmediato” de morir por una complicación obstétrica. Se llama también riesgo obstétrico y es por tanto, la probabilidad de morir de las mujeres que están embarazadas o lo estuvieron hasta hace 12 meses.

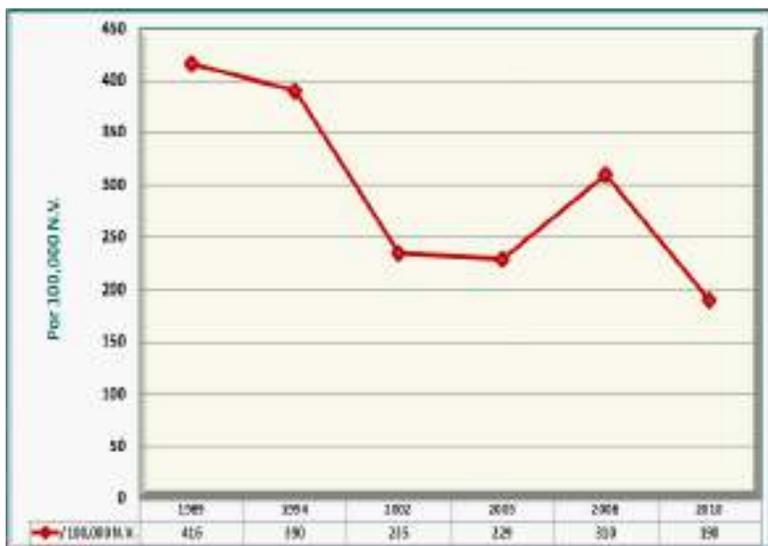
La mortalidad materna, según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) muestra importantes progresos entre 1989 y 2001, y que se estancaron hacia 2003. Desafortunadamente, la serie de datos no fue continuada por la ENDSA 2008, por lo que no se puede aseverar sobre si la tendencia de estancamiento

3. Análisis del Sector Salud en Bolivia – Banco Interamericano de Desarrollo, Agosto 2010

continuó o no. En la ENDSA 2008 se utilizó el método directo, este método permite hacer estimaciones en varios periodos, método que no fue utilizado en las ENDSA's anteriores. Por lo tanto no es prudente realizar comparaciones con las cifras anteriores.

La correspondiente razón de mortalidad materna estimada para los cinco años anteriores a la encuesta (período 2003-2008) equivale a 310 defunciones maternas por cada 100,000 nacimientos. Esta cifra proviene de dividir la tasa de mortalidad materna (34.2) por la tasa general de fecundidad para el mismo período (110) y multiplicado por 1,000.

### Gráfico N° 3 Evolución de la razón de mortalidad materna, Bolivia 1989-2010



Fuente: Datos ENDSA 1989, 1994, 2003 y 2008, EPCMM 2002 y OMS 2010

La razón de mortalidad materna encontrada en el ENDSA 2008 (310) es superior a la obtenida en la ENDSA 2003 para el período 1998-2003: 229 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos. Dado el tamaño de los errores de muestreo de las estimaciones de mortalidad materna no es prudente comparar directamente las dos cifras para determinar su tendencia. Datos aportados por la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup> señalan que la Razón de Mortalidad Materna para el año 2010 es 190 x 100.000 nacidos vivos.

4. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, OMS

## Causas de muerte materna

El año 2012, en el CAI departamental de La Paz se presentaron los resultados de las causas de Mortalidad Materna a nivel departamental en la que se analizaron cada uno de los 511 casos de muerte materna identificados en el Código Internacional de Enfermedades CIE 10.

De acuerdo al mismo la causa de muerte de mayor incidencia es la hemorragia Transvaginal con 39%, coincidente con el estudio de la OPS. La eclampsia ocupa el segundo lugar con 20% y las sépsis el tercero con el 10% de las muertes analizadas.

**Gráfico N° 4**  
**Causas de muerte materna, departamento de La Paz, gestión 2012**



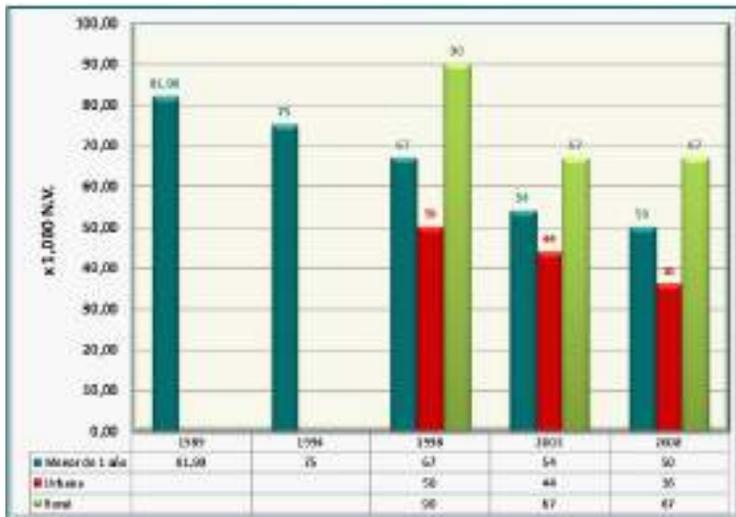
Fuente: SEDES La Paz, CAI departamental 2012

## 1.5 Mortalidad infantil

A pesar de los esfuerzos realizados y los cambios favorables en los indicadores de salud, todavía subsiste un gran camino que recorrer en la reducción de la enorme deuda social. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008, la mortalidad infantil en el país alcanza a 50 por 1000 nacidos vivos (n.v.) dando lugar a que aún 14.000 niños y niñas mueran cada año antes de

cumplir su primer año de vida<sup>5</sup>. En el departamento de La Paz, se tiene una tasa de 63 x 1000 n.v., ocupando el departamento el puesto N°. 7 junto a Cochabamba.

**Gráfico N° 5**  
**Evolución de la tasa de mortalidad infantil,**  
**Bolivia 1989-2008**



Fuente: ENDSA 2008 Indicadores de Salud

El análisis de la evolución de la mortalidad infantil demuestra una reducción significativa que para el año 1989 alcanzó aproximadamente el 40%. A partir de la ENDSA 1998 se efectuó la discriminación entre urbano y rural, los datos obtenidos en la última ENDSA (2008) muestran que en el área rural no hubo ninguna mejora entre las dos últimas encuestas, manteniéndose la tasa en 67 x 1.000 nacidos vivos.

En el caso de la mortalidad en la niñez, 63 niños menores de 5 años mueren por cada 1000 nacidos vivos representado a cerca de 17.400 niños<sup>6</sup>.

Datos proporcionados por la OMS<sup>7</sup> señalan que la mortalidad infantil en el año 2010 alcanzó a 42 x 1.000 nacidos vivos y en menores de 5 años estaría en 54 x 1.000 nacidos vivos.

5. Informe Sector Salud – Enero –Junio 2011 - Equipo de Salud de ACDI/UASCC

6. El cálculo del número de muertes en la infancia y la niñez se realizó en base a la proyección del número de nacidos vivos esperados en el 2008 y el 2010., según el INE, fuente SNIS 2010

7. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, OMS

Los logros alcanzados en los últimos 15 años son el reflejo de una de las políticas de Estado más sostenibles de Bolivia, como es el seguro público de salud dirigido al binomio materno infantil: Seguro de Maternidad y Niñez (1996–1999) - Seguro Básico de Salud (1999–2002) y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) (2003, abril de 2014)<sup>8</sup>.

## 1.6 Infraestructura y equipamiento

En el país se utiliza como uno de los indicadores de capacidad instalada el número de camas por cada 1000 habitantes. En términos generales es aceptable señalar que en un sistema medianamente eficiente debería contar con una cama por 1000 habitantes, agregados en los tres niveles de atención. Otros planteamientos señalan que la contabilización de camas debería centrarse solamente en el segundo y tercer nivel asumiendo que las camas existentes en primer nivel tiene las características de camas de tránsito hasta estabilizar un paciente, pese a que en algunos establecimientos de primer nivel se atienden partos eutócicos aunque en un bajo porcentaje.

**Gráfico N° 6**  
**Comparación de camas x 1,000 habitantes en América**



Fuente: Banco Mundial , Databank 2012

8. En materia de salud el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), desarrollado sobre la base de las experiencias del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) y del Seguro Básico de Salud (SBS) representa el esfuerzo más importante del Estado boliviano para reducir la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna y las barreras económicas de acceso a los servicios de salud.

En el gráfico N° 6, con datos extraídos del Banco Mundial, se observa que la relación 1 cama por 1.000 habitantes ha sido superada por todos los países y el promedio en América Latina y el Caribe es de 1,94 camas por cada 1000 habitantes. Junto a Venezuela somos los países con menor número de camas, apenas superando el 1,1 frente a países como Cuba, Argentina y Estados Unidos que sobrepasan las 3 camas por 1000 habitantes.

## **2. Situación de Salud del Municipio**

### **2.1 El municipio de La Paz - datos generales**

#### **2.1.1 Ubicación en la geografía del municipio**

El Municipio de La Paz se encuentra a 3.625 m.s.n.m. y su ubicación geográfica mundial es de 16 grados 29 minutos latitud sur respecto a la línea del Ecuador y 68 grados 08 minutos longitud oeste respecto al Meridiano de Greenwich. Tiene diversos pisos ecológicos y se ubica a lo largo de una cuenca excavada del altiplano. Es la sección capital de la Provincia Murillo del Departamento de La Paz, limita al Norte con el Municipio de Guanay, al Noreste con el Municipio de Caranavi, al Este con los Municipios de Coróico y Yanacachi, al Sureste con el Municipio de Palca, al Sur con los Municipios de Mecapaca y Achocalla, en tanto que al Suroeste limita con el Municipio de El Alto y al Oeste con el Municipio de Pucarani<sup>9</sup>.

La superficie total del Municipio es de 2.010 Km<sup>2</sup> y en base al Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2012, la población del Municipio para el año 2012 es de 764.617<sup>10</sup>, correspondiendo a 397.601 mujeres y 367.016 hombres.

---

9. Dossier estadístico 2000 – 2005 – Gobierno Autónomo Municipal de La Paz.

10. Cuadro N° 2.01.33 - LA PAZ: Proyecciones de población, por sexo, según Municipio, 2000 - 2010

**Tabla N° 2**  
**Superficie total, por macrodistrito y distrito,**  
**municipio de La Paz, 2012**

| <b>Macrodistrito y Distrito</b> | <b>M<sup>2</sup></b> | <b>Ha</b> | <b>km<sup>2</sup></b> |
|---------------------------------|----------------------|-----------|-----------------------|
| Macrodistrito Cotahuma          | 16.304.862           | 1.628     | 16                    |
| Distrito 3                      | 2.851.121            | 285       | 3                     |
| Distrito 4                      | 10.585.042           | 1.058     | 11                    |
| Distrito 5                      | 1.579.951            | 157       | 2                     |
| Distrito 6                      | 1.288.748            | 128       | 1                     |
| <b>Macrodistrito y Distrito</b> | <b>M<sup>2</sup></b> | <b>Ha</b> | <b>km<sup>2</sup></b> |
| Macrodistrito Max Paredes       | 12.906.420           | 1.288     | 13                    |
| Distrito 7                      | 1.577.995            | 157       | 2                     |
| Distrito 8                      | 1.605.430            | 160       | 2                     |
| Distrito 9                      | 2.812.998            | 281       | 3                     |
| Distrito 10                     | 6.909.998            | 690       | 7                     |
| <b>Macrodistrito y Distrito</b> | <b>M<sup>2</sup></b> | <b>Ha</b> | <b>km<sup>2</sup></b> |
| Macrodistrito Periférica        | 16.825.359           | 1.681     | 17                    |
| Distrito 11                     | 8.264.328            | 826       | 8                     |
| Distrito 12                     | 3.434.388            | 343       | 3                     |
| Distrito 13                     | 5.126.643            | 512       | 5                     |
| <b>Macrodistrito y Distrito</b> | <b>M<sup>2</sup></b> | <b>Ha</b> | <b>km<sup>2</sup></b> |
| Macrodistrito San Antonio       | 13.167.700           | 1.316     | 13                    |
| Distrito 14                     | 2.722.831            | 272       | 3                     |
| Distrito 15                     | 1.530.696            | 153       | 2                     |
| Distrito 16                     | 4.193.149            | 419       | 4                     |
| Distrito 17                     | 4.721.023            | 472       | 5                     |

| <b>Macrodistrito y Distrito</b> | <b>M<sup>2</sup></b>    | <b>Ha</b> | <b>km<sup>2</sup></b> |
|---------------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|
| Macrodistrito Sur               | 51.438.781              | 5.143     | 51                    |
| Distrito 18                     | 15.803.626              | 1.580     | 16                    |
| Distrito 19                     | 18.732.484              | 1.873     | 19                    |
| Distrito 21                     | 16.902.671              | 1.690     | 17                    |
| <b>Macrodistrito y Distrito</b> | <b>M<sup>2</sup></b>    | <b>Ha</b> | <b>km<sup>2</sup></b> |
| Macrodistrito Mallasa           | 33.217.439              | 3.321     | 33                    |
| Distrito 20                     | 33.217.439              | 3.321     | 33                    |
| Macrodistrito Centro            | 4.998.753               | 499       | 5                     |
| Distrito 1                      | 2.256.231               | 225       | 2                     |
| Distrito 2                      | 2.742.522               | 274       | 3                     |
| <b>Macrodistrito y Distrito</b> | <b>M<sup>2</sup></b>    | <b>Ha</b> | <b>km<sup>2</sup></b> |
| Macrodistrito Hampaturi         | 475.997.486             | 47.599    | 476                   |
| Distrito 22                     | 475.997.486             | 47.599    | 476                   |
| Macrodistrito Zongo             | 1.386.844.599           | 138.685   | 1.387                 |
| Distrito 23                     | 1.386.844.599           | 138.685   | 1.387                 |
| <b>Área</b>                     | <b>Superficie (Has)</b> |           | <b>%</b>              |
| Urbana                          | 14,876                  |           | 7,40                  |
| Rural                           | 186,28                  |           | 92,60                 |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>201,16</b>           |           | <b>100</b>            |

*Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012*

En la tabla N° 2 se observa la superficie total, por Macro Distrito y Distrito del Municipio de La Paz, donde en una menor superficie que corresponde al área urbana se concentra la mayor cantidad de población y a una mayor superficie menor concentración de población que corresponden al área rural de Zongo y Hampaturi.

## 2.1.2 Información demográfica

La información proporcionada por el INE<sup>11</sup> muestra que la tasa media de crecimiento para los próximos quinquenios es descendente para el municipio, lo que se ve reflejado en la caída progresiva del número de nacimientos y el incremento de defunciones. Esta declinación viene explicada por el descenso de la fecundidad y las tasas de reproducción de cada mujer.

### *Crecimiento intercensal*

Los datos históricos a partir de los censos realizados por el INE muestra que a principios del siglo XX, La Paz era la ciudad con mayor población en el país, con una tasa de crecimiento intercensal de 3.2%, esta situación se mantuvo hasta principios de los años 90, aunque se presenta una desaceleración en el ritmo de crecimiento poblacional.

A partir de esa década fueron consolidándose nuevos centros económicos con oportunidades interesantes de empleo, lo que originó efectos positivos en su flujo migratorio.

Analizando específicamente el Municipio de La Paz, se pudo observar que entre los censos de 1992 y el 2001 la población en general creció en un 10.8%. La población de varones como mujeres creció a tasas similares (10.9% y 10.7%). Los grupos de edad que más crecieron fueron los comprendidos entre los 40 y 59 años, y más de 70 años, seguidos de los grupos entre 20 y 29 años. En este período intercensal ya se mostraba que la tasa de crecimiento de menores de 0 a 4 años era negativa.

Las proyecciones efectuadas por el INE, para el período 2001 y 2012 muestran un descenso constante de la tasa de crecimiento entre los años 2001 y 2006, tendiendo a ser horizontal a partir de allí hasta la fecha, con una tasa que se sitúa entre el 0,03 y 0,04% esto se corrobora con los datos del Censo de Población y Vivienda en el 2012.

## 2.1.3 Proyección poblacional por macrodistrito

El gráfico N° 7, muestra la composición de la población de acuerdo al peso que tiene cada uno de los macrodistritos respecto al total del Municipio.

11. Cuadro N° 2.01.21 - LA PAZ: Indicadores demográficos por quinquenios, 2000 - 2030

En este sentido se puede ver que los macrodistritos de Max Paredes (20.76%), Periférica (20.07%), Cotahuma (19.32%), Sur (16.05%), San Antonio (14.59%) y la zona central (8.11%) son los que concentran mayor número de habitantes en el Municipio. Entre los Macrodistritos de Mallasa (0,64%), Hampaturi (0,26%) y Zongo (0,21%) no alcanzan al 1% de la población de La Paz.

### Gráfico N° 7 Proyección poblacional al 2012 por macrodistrito, municipio de La Paz



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

#### 2.1.4 Población del municipio por sexo según grupos de edad

La mayor cantidad de población se encuentra entre los 20 y 24 años, lo que representa un grupo importante que puede promover el desarrollo del Municipio ya que se encuentra en la edad más productiva.

De acuerdo al Anuario Estadístico del Municipio gestión 2011, la mayor proporción de adultos mayores en el Municipio de La Paz se encuentra en el Macrodistrito Hampaturi – Zongo donde 11.90% de su población tiene 60 o más años de edad, que en valor absoluto no pasan de 45 ciudadanos. Por el contrario, la menor concentración de personas adultas mayores se registra en el Macrodistrito Max Paredes, donde solo 6.24% de la población se encuentra en este rango de edad que representan alrededor de 11.400 personas.

En general, en el Municipio de La Paz, 6,46% de la población tiene 60 años y más. Los Macrodistrictos Hampaturi y Zongo así como tiene el mayor porcentaje de adultos mayores, también tienen el porcentaje más alto de niños entre 0 y 4 años (12.15%). Por el contrario, la proporción más baja se encuentra en el Macro Distrito Centro (6.73%). La proporción de niños entre 0 y 4 años en el Municipio de La Paz, alcanza 9.74%.

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

## 2.1.5 Índice de Desarrollo Humano (IDH) municipal

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) se define como un indicador multidimensional de capacidades esenciales para el bienestar de las personas, que comprende tres componentes o dimensiones: la longevidad (esperanza de vida al nacer), nivel educacional (combinación de la tasa de alfabetización, tasa de matriculación y años promedio de escolaridad) y el nivel de ingresos (índice de consumo per cápita)<sup>12</sup>.

Bolivia ocupa el puesto 108 en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2013 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre 187 países. Sin cambios respecto al pasado año, se sitúa en el grupo de países de Desarrollo Humano Medio, de acuerdo con esta clasificación que mide indicadores nacionales de salud, educación e ingresos en todo el mundo. Esta es una de las conclusiones del Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2013, titulado “El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso” publicado el 14 de marzo en la ciudad de México.

El valor del Índice de Desarrollo Humano del país ha aumentado de 0,671 a 0,675 entre 2011 y 2012, debido principalmente al incremento de 3% en el ingreso per cápita entre esos dos años. Por otra parte, entre 1980 y 2012, la esperanza de vida al nacer se incrementó en 14,9 años, los años promedio de escolaridad aumentaron en 4,7 años y los años esperados de educación en 4,1 años. A pesar de esos avances y debido a los cambios registrados en otros países, Bolivia se mantiene el mismo puesto que el año anterior en la clasificación del Índice de Desarrollo Humano.

---

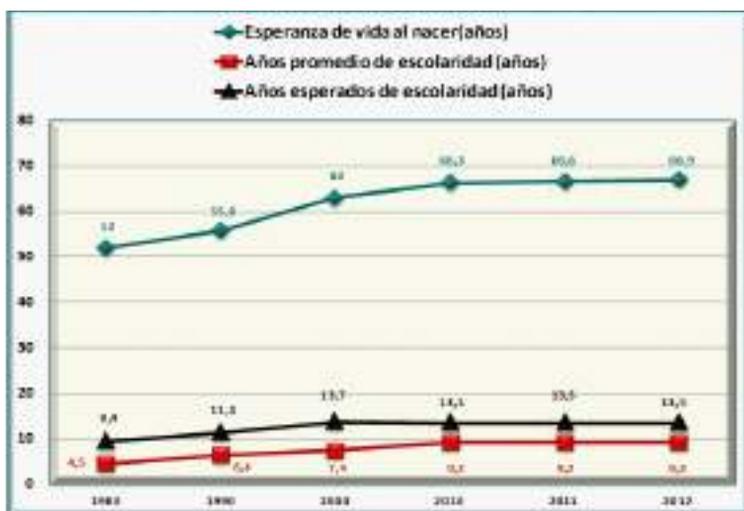
12. Definición establecida en el Informe de Desarrollo Humano en los municipios de Bolivia 2004 – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

**Tabla N° 3**  
**Tendencia del Índice de Desarrollo Humano,**  
**Bolivia, 2013**

| Gestión | Esperanza de vida al nacer(años) | Años promedio de escolaridad(años) | Años esperados de escolaridad(años) | INB Per cápita (\$u\$ PPA 2005) | IDH (Valor) |
|---------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| 1980    | 52                               | 4,5                                | 9,4                                 | 3.791                           | 0,489       |
| 1990    | 55,8                             | 6,4                                | 11,3                                | 2.922                           | 0,557       |
| 2000    | 63                               | 7,4                                | 13,7                                | 3.472                           | 0,620       |
| 2010    | 66,3                             | 9,2                                | 13,5                                | 4.163                           | 0,668       |
| 2011    | 66,6                             | 9,2                                | 13,5                                | 4.315                           | 0,671       |
| 2012    | 66,9                             | 9,2                                | 13,5                                | 4.444                           | 0,675       |

Fuente: PNUD, 2013

**Grafico N° 8**  
**Tendencia del Índice de Desarrollo Humano,**  
**Bolivia 1980-2012**



Fuente: Dirección de Salud 2014

Chile y Argentina son los países de América Latina y el Caribe mejor situados, ya que figuran en el grupo de Desarrollo Humano Muy Alto, seguidos de Uruguay que se encuentra en el grupo de Desarrollo Humano Alto.

A nivel de la región, el país se encuentra por delante de países como Paraguay (111), Guatemala (131), Nicaragua (129) y Honduras (121).

**Tabla N° 4**  
**Índice de Desarrollo Humano 2013**

| <b>PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA</b> |  |                        |                        |
|---|--|------------------------|------------------------|
| <b>Países</b>                                 | <b>Clasificación según el IDH - 2013</b> | <b>IDH 2011(Valor)</b> | <b>IDH 2012(Valor)</b> |
| <b>Desarrollo Humano Muy Alto</b>             |  |                        |                        |
| Chile   | 40                                       | 0,817                  | 0,819                  |
| Argentina                                     | 45                                       | 0,810                  | 0,811                  |
| <b>Desarrollo Humano Alto</b>                 |  |                        |                        |
| Uruguay                                       | 51                                       | 0,789                  | 0,792                  |
| Venezuela                                     | 71                                       | 0,746                  | 0,748                  |
| Perú  | 77                                       | 0,738                  | 0,741                  |
| Brasil  | 85                                       | 0,728                  | 0,730                  |
| Ecuador                                       | 89                                       | 0,722                  | 0,724                  |
| Colombia                                      | 91                                       | 0,717                  | 0,719                  |
| <b>Desarrollo Humano Medio</b>                |  |                        |                        |
| El Salvador                                   | 107                                      | 0,679                  | 0,680                  |
| <b>Bolivia</b>                                | <b>108</b>                               | <b>0,671</b>           | <b>0,675</b>           |
| Paraguay                                      | 111                                      | 0,670                  | 0,669                  |
| Honduras                                      | 120                                      | 0,630                  | 0,632                  |
| Nicaragua                                     | 129                                      | 0,597                  | 0,599                  |
| Guatemala                                     | 133                                      | 0,580                  | 0,581                  |

Fuente: PNUD, 2013

## 2.1.6 Pobreza

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz ha presentado en su anuario estadístico del 2012 la situación de pobreza por Macro Distritos que se detalla en la tabla N° 5.

**Tabla N° 5**  
**Niveles de pobreza por macrodistrito,**  
**municipio de La Paz, 2012**

| MACRO DISTRITO      | NO POBRES | MEDIO POBRES |          | EXTREMADAMENTE POBRE |          |
|---------------------|-----------|--------------|----------|----------------------|----------|
|                     | NBS*      | Umbral       | Moderada | Indigente            | Marginal |
| MUNICIPIO DE LA PAZ | 51,72%    | 28,60%       | 18,79%   | 0,88%                | 0,01%    |
| Cotahuma            | 51,86%    | 29,60%       | 18,31%   | 0,23%                | 0,00%    |
| Max Paredes         | 48,98%    | 28,77%       | 21,47%   | 0,79%                | 0,00%    |
| Periférica          | 50,14%    | 29,35%       | 19,93%   | 0,58%                | 0,00%    |
| San Antonio         | 50,21%    | 30,31%       | 18,04%   | 1,44%                | 0,00%    |
| Sur                 | 53,73%    | 26,75%       | 18,33%   | 1,20%                | 0,00%    |
| Mallasa             | 37,97%    | 28,48%       | 29,87%   | 3,68%                | 0,00%    |
| Centro              | 65,59%    | 24,51%       | 9,90%    | 0,00%                | 0,00%    |
| Hampaturi / Zongo   | 8,01%     | 19,25%       | 40,18%   | 30,28%               | 2,26%    |

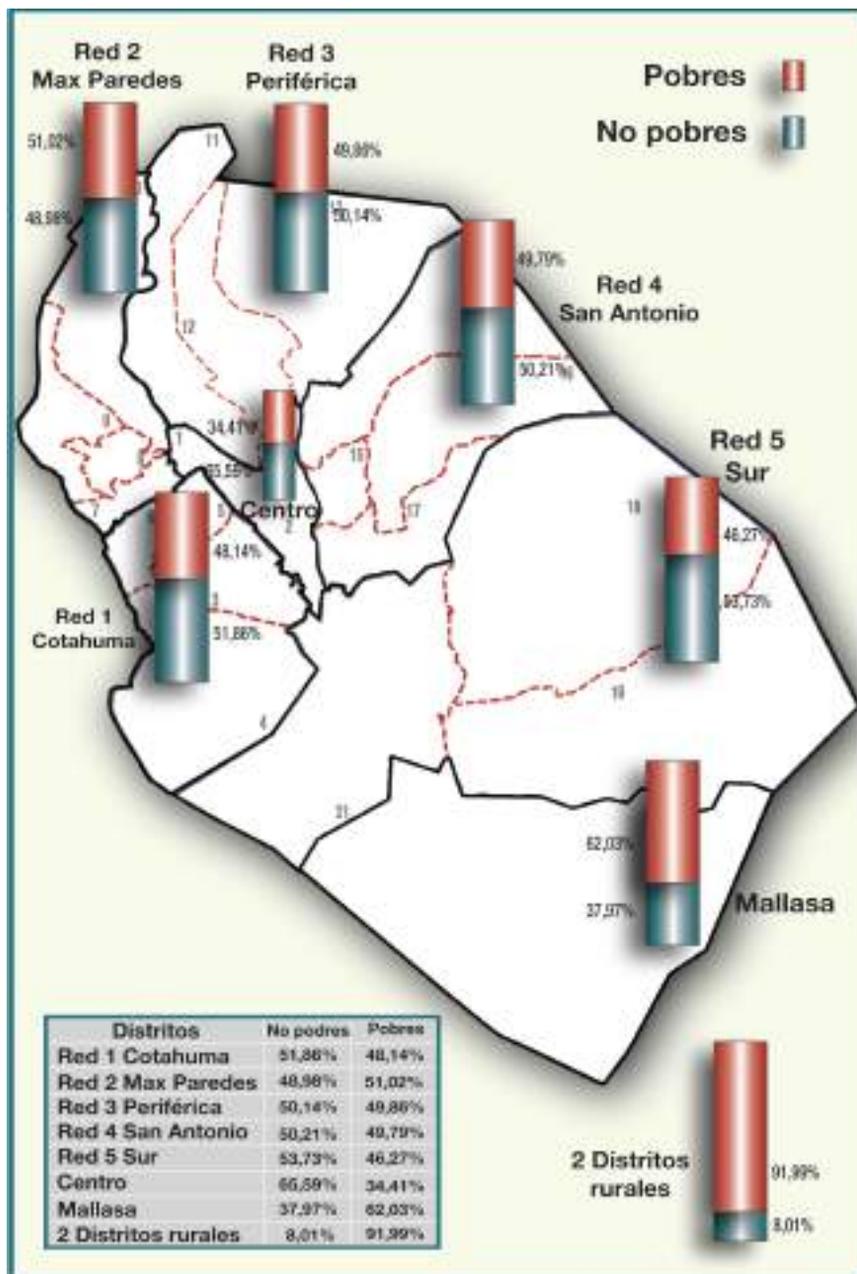
\*NBS Necesidades Básicas Satisfechas.

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012.

De acuerdo a los estratos de pobreza que propone esta metodología, la tabla muestra que 51.72% de la población tiene todas sus Necesidades Básicas Satisfechas, 28.60% se encuentra en el Umbral de Pobreza, 18.79% presenta Pobreza Moderada, 0.88% es indigente y 0.01% es Marginal. Los Macro-Distritos más pobres son Zongo y Hampaturi.

# Mapa N° 1

## Municipio de La Paz condición de pobreza, 2012



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

## 2.1.7 Vivienda

En lo que concierne a calidad de la vivienda, se puede apreciar en la tabla N° 6 los indicadores más representativos. En el municipio de La Paz el 84,23% de los hogares tienen como materia principal de la cubierta la calamina o plancha, en tanto que el 67,61% de las viviendas tienen como principal elemento en las paredes al ladrillo u hormigón y en el 32,55% de los hogares el material predominante en los pisos es el machimbre o parquet.

**Tabla N° 6**  
**Calidad de la vivienda, del municipio**  
**de La Paz, 2012**

| MACRO DISTRITO      | MATERIAL DE TECHO |        |                  | PAREDES           |              | MATERIAL EN PISOS |         |
|---------------------|-------------------|--------|------------------|-------------------|--------------|-------------------|---------|
|                     | Calamina/Plancha  | Teja   | Loza de Hormigón | Ladrillo/Hormigón | Adobe/Tapial | Machimbre/Parquet | Cemento |
| MUNICIPIO DE LA PAZ | 84,23%            | 7,75%  | 6,67%            | 67,61%            | 29,11%       | 32,55%            | 47,60%  |
| COTAHUMA            | 82,57%            | 7,25%  | 8,96%            | 65,61%            | 33,30%       | 33,85%            | 45,26%  |
| MAX PAREDES         | 86,97%            | 5,91%  | 6,44%            | 61,42%            | 37,30%       | 29,80%            | 52,87%  |
| PERIFÉRICA          | 86,03%            | 5,61%  | 7,20%            | 71,01%            | 27,88%       | 34,78%            | 48,66%  |
| SAN ANTONIO         | 87,69%            | 3,90%  | 7,86%            | 75,50%            | 23,71%       | 32,05%            | 33,21%  |
| SUR                 | 69,59%            | 22,04% | 7,28%            | 91,78%            | 7,25%        | 42,66%            | 38,48%  |
| MALLASA             | 76,67%            | 13,33% | 10,00%           | 90,00%            | 8,33%        | 15,00%            | 73,33%  |
| CENTRO              | 82,85%            | 8,08%  | 8,44%            | 70,52%            | 28,57%       | 65,80%            | 22,59%  |
| HAMPATURI/ZONGO     | 89,50%            | 4,00%  | 1,40%            | 43,03%            | 55,34%       | 11,06%            | 45,54%  |

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

## 2.1.8 Acceso a servicios básicos

Específicamente en el tema de acceso a servicios básicos se puede apreciar que la cobertura de estos en el Municipio es aceptable; la cañería de red dentro el domicilio cubre al 91,40% de las viviendas, la disponibilidad de baño es del 90,20%, el alcantarillado llega al 93,90%, la energía eléctrica al 97,80%, y el combustible más utilizado es gas licuado en garrafas que llega a un 91,96% de los hogares del Municipio. Tabla N° 7.

**Tabla N° 7**  
**Acceso a los servicios básicos,**  
**municipio de La Paz, 2012**

| MACRODIS-TRITO      | AGUA POR CAÑERÍA DE RED | ALCAN-TARILLA-DO | DISPONIBI-LIDAD DE BAÑO | ENERGÍA ELÉCTRICA | USO DE GAS COMO COMBUS-TIBLE EN EL HOGAR |
|---------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|-------------------|--|
| MUNICIPIO DE LA PAZ | 90.20%                  | 93.45%           | 86.40%                  | 96.86%            | 91.06%                                   |
| COTAHUMA            | 99.41%                  | 99.27%           | 97.84%                  | 100.00%           | 98.11%                                   |
| MAX PARE-DES        | 97.78%                  | 97.60%           | 94.58%                  | 99.12%            | 97.61%                                   |
| PERIFÉRICA          | 97.66%                  | 99.17%           | 97.86%                  | 99.69%            | 96.83%                                   |
| SAN ANTONIO         | 99.33%                  | 98.09%           | 96.32%                  | 100.00%           | 95.22%                                   |
| SUR                 | 99.55%                  | 97.29%           | 94.44%                  | 99.38%            | 90.81%                                   |
| MALLASA             | 82.69%                  | 84.35%           | 70.67%                  | 94.71%            | 99.44%                                   |
| CENTRO              | 99.60%                  | 99.31%           | 100.00%                 | 100.00%           | 92.28%                                   |
| HAMPATURI           | 33.49%                  | 22.14%           | 32.56%                  | 92.79%            | 39.18%                                   |
| ZONGO               | 81.29%                  | 45.24%           | 49.12%                  | 57.31%            | 92.37%                                   |

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

El Macrodistrito Rural de Hampaturi tiene el menor porcentaje de cobertura en lo referente a disponibilidad de agua por cañería de red, disponibilidad del baño y alcantarillado.

**Tabla N° 8**  
**Índice de necesidades insatisfechas,**  
**municipio de La Paz, 2010**

| MUNICIPIO DE LA PAZ  | INDICADOR |
|--|-----------|
| Ranking nacional   | 4         |
| Valor del Índice de Desarrollo Humano (IDH), 2001                                | 0.714     |
| Índice de esperanza de vida  | 0.661     |
| Índice de educación  | 0.864     |
| Índice del consumo (ajustado al PIB per cápita)                                  | 0.619     |
| Valor del IDH 2001 con desigualdad   | 0.694     |
| Esperanza de vida al nacer (años)  | 64.7      |
| Tasa de alfabetismo de adultos (porcentaje de 15 y más años de edad)             | 95.1      |
| Años promedio de escolaridad   | 10.6      |
| Tasa de matriculación neta combinada inicial, primaria y secundaria (porcentaje) | 84        |
| Consumo per cápita Paridad Poder Adquisitivo (PPA) en \$us/Año                   | 2.119     |
| Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (%)                          | 34.5      |
| Población censada 2001   | 793.293   |
| Tasa Anual de migración neta reciente (x 1.000)                                  | -12.01    |
| Porcentaje de población rural  | 0.5       |

*Fuente: Elaboración Dirección de Salud 2014-JAIMA*

## **2.2 Análisis de la situación de la salud en el municipio de La Paz**

### **2.2.1 Diagnóstico situacional en salud**

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, efectuó un diagnóstico de la situación en la que se encuentra el Municipio y sus habitantes con relación al sector<sup>13</sup>.

13. Plan de desarrollo Municipal 2007 – 2011 – Jayma, El Plan de la Ciudad. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

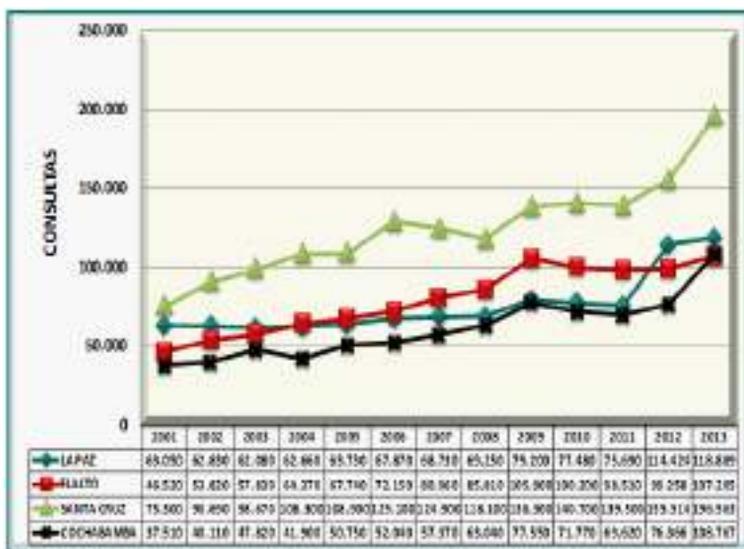
Del referido diagnóstico se extraen las principales conclusiones:

1. Mala coordinación entre las instancias de gobierno en la gestión compartida de la Salud.
2. Baja calidad en la prestación de los Servicios de Salud hacia la población del Municipio, con falta de calidez y respeto a la interculturalidad.
3. La red de equipamientos de Salud en el Municipio no se encuentra completa y ocasiona sobresaturación en los Servicios de salud en el tercer nivel.
4. No existen redes de equipamientos y Servicios de Salud en el área rural.
5. Baja participación y control social en el modelo de gestión compartida de los Servicios de Salud que afecta la calidad de la atención.
6. Desconocimiento de derechos y obligaciones de los pacientes
7. Bajo porcentaje de población con acceso a seguros de Salud.
8. Estilos de vida poco saludables generan enfermedades prevenibles.
9. Control insuficiente de las enfermedades zoonóticas del Municipio.
10. El GAML P no cuenta con las instalaciones suficientes para atender de manera efectiva el crecimiento de la población de canes en el Municipio.

## **2.2.2 Consulta prenatal**

El gráfico N° 9, muestra el comportamiento de la consulta prenatal en valores absolutos en los cuatro municipios más importantes del país. Se observa que la tendencia mantiene cierta regularidad, en los municipios de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz hasta la gestión 2011. A partir de la gestión 2012 se observa un incremento notable del número de controles prenatales en los cuatro municipios.

## Gráfico N° 9 Evolución de la consulta prenatal, en cuatro municipios, 2001-2013



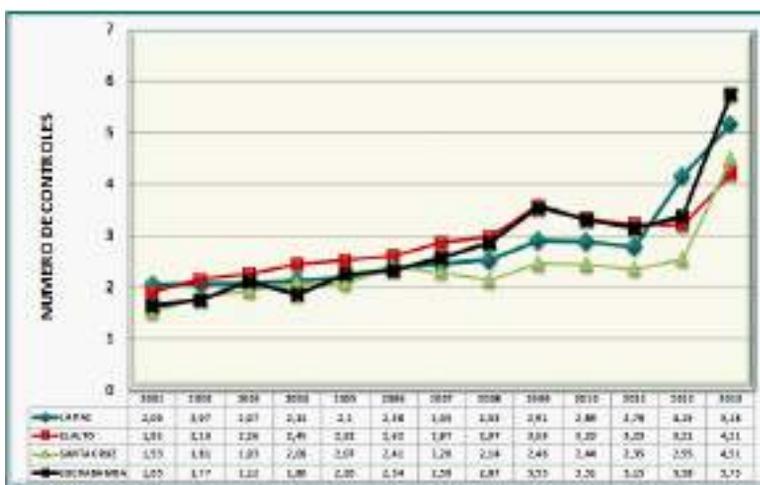
Fuente: SNIS 2014

### *Consulta prenatal y su relación con el embarazo esperado*

En el gráfico N° 9, se observa el comportamiento de los controles prenatales en valores absolutos en los Municipios de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto, destacándose el Municipio de Santa Cruz por la cantidad de controles realizados. Sin embargo al cruzar este dato con los embarazos esperados se observa que en éste Municipio se presenta el menor número de controles por cada mujer embarazada a excepción de la gestión 2013 donde llega al 4.51.

Se observa que desde el año 2001, el Municipio de El Alto presentaba el mayor número de controles prenatales llegando el año 2013 a su punto más alto con 4,21 consultas por cada mujer embarazada, prácticamente cumpliendo lo establecido en norma de 4 consultas por embarazo. El Municipio de Cochabamba es el que muestra un comportamiento interesante llegando el 2013 a alcanzar 5,75 controles por mujer embarazada superando el estándar de 4.

## Gráfico N° 10 Control prenatal sobre embarazo esperado en cuatro municipios, 2001-2013



Fuente: SNIS 2014

En el período 1998 - 2008 se ha encontrado un nivel de fecundidad cercano a 3.5 hijos por mujer, mostrando un cambio sostenido en la disminución del tamaño de las familias bolivianas. Sin embargo, prevalece una tasa elevada de natalidad (88 nacimientos por 1000 mujeres menores de 20 años) que ya son madres o se encuentran embarazadas.

### 2.2.3 Partos

En el gráfico N° 11, se observa el comportamiento de los partos atendidos en el Departamento de La Paz, la tendencia en el incremento de partos es de ascendencia regular, mostrando que el sistema se consolida armónicamente. En el caso del parto domiciliario su curva de tendencia de crecimiento es ligeramente menor que el parto en institución. El único punto que llama la atención y sale de la regularidad de la información es el parto domiciliario en el año 2008 que se incremento en 100% frente a años anteriores y a los años 2009 y 2010. Este dato posiblemente es un error de transcripción de información o un esfuerzo puntual que no se siguió en los años siguientes.

## Gráfico N° 11 Partos atendidos en el departamento de La Paz, 1997-2013



Fuente: SNIS 2014

La tabla N° 9, muestra la tendencia en la cobertura de atención de Parto Institucional desde el año 2007 al 2013 en el Municipio de La Paz, es evidente la tendencia progresiva a su incremento.

## Tabla N° 9 Cobertura de parto en servicio, municipio de La Paz, 2007-2013

| GESTIÓN | IGLESIA | ONG   | ORGANISMOS PRIVADOS | PÚBLICO | SEGURIDAD SOCIAL | TOTAL MUNICIPIO | PARTOS ESPERADOS | COBERTURA |
|---------|---------|-------|---------------------|---------|------------------|-----------------|------------------|-----------|
| 2007    | 1,273   | 240   | 1,871               | 6,715   | 7,716            | 17,815          | 24,911           | 72        |
| 2008    | 1,383   | 253   | 2,040               | 6,735   | 8,043            | 18,454          | 24,538           | 75        |
| 2009    | 1,231   | 304   | 2,089               | 7,302   | 8,288            | 19,214          | 24,181           | 79        |
| 2010    | 930     | 268   | 2,129               | 7,179   | 8,964            | 19,490          | 23,843           | 82        |
| 2011    | 1,077   | 488   | 1,937               | 7,781   | 8,383            | 19,666          | 24,191           | 81        |
| 2012    | 1,087   | 667   | 1,995               | 7,459   | 8,193            | 19,401          | 24,538           | 79        |
| 2013    | 1,190   | 665   | 2,107               | 7,451   | 9,051            | 20,464          | 24,154           | 85        |
| TOTAL   | 8,171   | 2,885 | 14,168              | 50,622  | 58,638           | 134,504         | 170.356          | 553       |

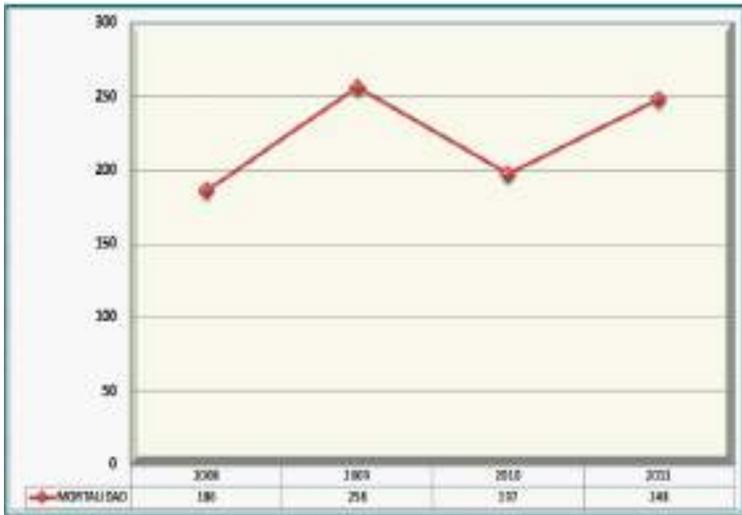
Fuente: SNIS VE-2014

En la tabla N° 9 también podemos advertir que la Seguridad Social atiende más del 43% de partos, seguido del Sistema Público que atiende entre el 37%, las ONG's con el 10%, Iglesia con el 6% y los organismos privados con el 4%.

### 2.2.4 Mortalidad infantil

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) en su Módulo de Vigilancia Epidemiológica registra en los Servicios de Salud (no se consideran las defunciones fuera de servicio) anualmente la muerte en menores de cinco años. Uniendo los datos de muertes por diarrea, neumonía y otros casos presenta este gráfico de comportamiento N° 12, en el que se observa que la muerte infantil varía entre el 0,19 y 0,26% los últimos cuatro años, sin presentar un padrón de regularidad.

**Gráfico N° 12**  
**Mortalidad en menores de cinco años,**  
**departamento de La Paz, 2008-2011**



Fuente: SNIS 2012

### 2.2.5 Morbilidad en la niñez

#### *Enfermedad diarreica aguda*

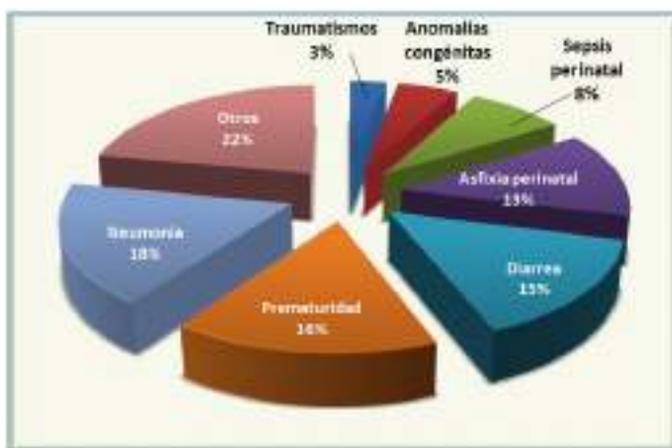
En Bolivia, las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) se presentan en alrededor del 30% de la población total de niños menores a

cinco años, produciéndose anualmente más de 12.000 muertes. En la ciudad de La Paz similar a otras regiones de Bolivia las EDAs son una de las principales causas de consulta y hospitalización en la población infantil.

Respecto a las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA), la prevalencia en menores de 5 años según la ENDSA 2008 fue de 26%<sup>14</sup>. En los niños y niñas de 6 meses a 2 años de edad la prevalencia alcanzó al 40%, es decir que casi 1 de cada 2 niños y niñas menores de dos años llegó a tener en el año al menos un episodio de diarrea. Las diarreas constituyen la tercera causa de muerte en los niños y niñas menores de cinco años, con el 15%<sup>15</sup>.

La brecha entre las áreas urbano y rural es profunda. Por 1 niño o niña que muere en el área urbana cerca de 2 mueren en el área rural. Esta relación asimétrica se debe a las condiciones de carencia de atención de las familias rurales. Según la ENDSA 2008, a nivel urbano la mortalidad infantil fue de 43 por 1000 nacidos vivos y a nivel rural 75 por 1000 nacidos vivos<sup>16</sup>.

### Gráfico N° 13 Causas de muerte de menores de cinco años, Bolivia, 2012



Fuente: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2012

14. La ENDSA 2008 hace referencia al porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta.

15. OMS, estadísticas sanitarias mundiales 2010.

16. UDAPE-PNUD. Boletín sobre el estado del Desarrollo Humano en Bolivia, abril 2010.

En el gráfico N° 13, se observa el peso de cada una de las causas de muerte en menores de cinco años. Los datos son presentados por la Organización Mundial de la Salud, en sus datos estadísticos anuales publicados el año 2012.

La OMS muestra que el 18% de las defunciones en menores de 5 años se producen por causa de neumonía, 16% por prematuridad, 15% por diarrea, 13% por asfixia perinatal, 8% por sépsis perinatal, 5% a anomalías congénitas, 3% a traumatismos y 22% a otras enfermedades.

En la tabla N° 10, se observa el comportamiento de la captación de casos de EDA en menores de 5 años, al observar la tendencia histórica se evidencia una tendencia estacionaria en los primeros 4 años.

**Tabla N° 10**  
**Enfermedades diarreicas agudas, municipio**  
**de La Paz, 2008 – 2013**

| <b>GESTIÓN</b> | <b>POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS</b> | <b>DIARREAS CAPTADAS</b> | <b>COBERTURA (%)</b> |
|----------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------|
| 2008           | 97,592                           | 21,235                   | 22                   |
| 2009           | 96,179                           | 20,408                   | 21                   |
| 2010           | 94,781                           | 19,876                   | 21                   |
| 2011           | 94,697                           | 20,935                   | 22                   |
| 2012           | 96,056                           | 28,782                   | 30                   |
| 2013           | 84.047                           | 28.208                   | 34                   |

*Fuente: SNIS VE-2014*

La captación de casos de Enfermedades Diarreicas Agudas se incrementó a partir de la gestión 2012 a la gestión 2013, llegando esta última a un 34%. No es aconsejable en este indicador establecer márgenes de metas ya que dependen exclusivamente de la notificación de casos atendidos.

### *Neumonías*

La siguiente tabla nos muestra la tendencia de detección de Neumonías en niños menores de 5 años, en el periodo 2008 al 2013.

**Tabla N° 11**  
**Casos de neumonía, niños menores de cinco años,**  
**municipio de La Paz, 2008 – 2013**

| <b>GESTIÓN</b> | <b>POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS</b> | <b>NEUMONÍAS CAPTADAS</b> | <b>COBERTURA (%)</b> |
|----------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 2008           | 97,592                           | 7,866                     | 8                    |
| 2009           | 96,179                           | 8,200                     | 9                    |
| 2010           | 94,781                           | 7,258                     | 8                    |
| 2011           | 94,697                           | 8,265                     | 9                    |
| 2012           | 96,056                           | 8,020                     | 8                    |
| 2013           | 84,047                           | 7,780                     | 9                    |

*Fuente: SNIS VE-2014*

Como se evidencia, se han logrado niveles de notificación aceptables, el porcentaje de atención se mantuvo entre 8 y 9% en las gestiones 2008 y 2013.

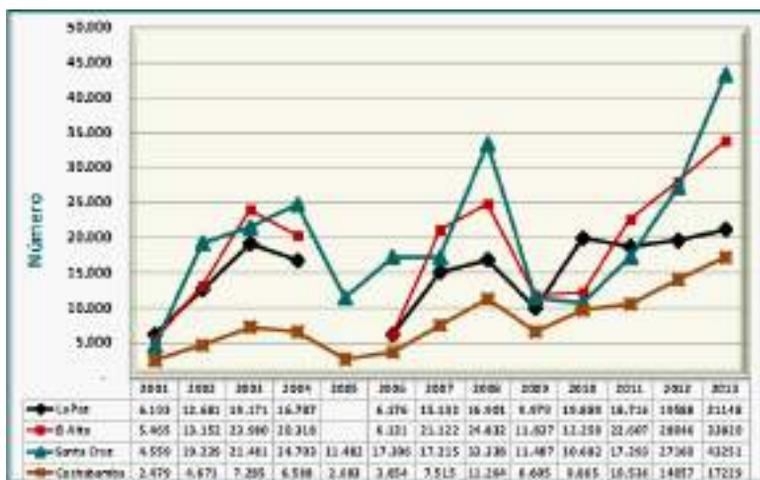
### *Situación nutricional*

Según la ENDSA 2008, el 22% de los menores de 3 años en Bolivia adolece de desnutrición crónica; es decir, retardo en el crecimiento. El porcentaje más elevado de niños con desnutrición crónica se concentra en las edades de 12 a 23 meses y de 48 a 59 meses.

En el Municipio de La Paz el 12,49% de los niños menores de 3 años adolece de desnutrición y de esos el 0,29% de desnutrición crónica.

## Gráfico N° 14

### Niños con dosis completas de hierro y cobertura al menor de dos meses a dos años, en cuatro municipios, 2001-2013



Fuente: SNIS 2014

En la tabla N° 12 nos muestra la prevalencia de desnutrición en el municipio, y la tendencia desde 2008 hasta el 2013, la tendencia es descendente.

### Tabla N° 12

#### Prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años, municipio de La Paz, 2008 – 2013

| GESTIÓN | CONTROLADOS | DESNUTRIDOS | PREVALENCIA |
|---------|-------------|-------------|-------------|
| 2008    | 127,550     | 23,507      | 18          |
| 2009    | 79,649      | 11,263      | 14          |
| 2010    | 89,886      | 12,081      | 13          |
| 2011    | 78,966      | 10,403      | 13          |
| 2012    | 67,053      | 8,153       | 13          |
| 2013    | 66,715      | 7,291       | 11          |

Fuente: SNIS VE-2014

La prevalencia de niños menores de 5 años con desnutrición (grado I, grado II y grado III) desde el 2008 al 2013 fue disminuyendo del 18 al 11%.

## Morbilidad por enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles

En el país, los avances más importantes en salud se han dado en torno a la mejora de las coberturas de vacunación, evitando que las enfermedades inmunoprevenibles afecten de manera considerable a la niñez, estableciendo que en los últimos 10 años no se reporten casos de poliomielitis y sarampión.

A nivel departamental se tienen diferencias considerables en las coberturas de vacunación: La más baja cobertura de vacunación con esquema completo se presenta en el departamento de La Paz (64%), frente a las más altas registradas en Chuquisaca (93%) y Tarija (92%)<sup>17</sup>.

El perfil de las enfermedades inmunoprevenibles en los últimos 5 años, tiene impacto positivo, por:

- Ausencia de casos de poliomielitis desde hace 20 años.
- Cero casos de sarampión desde el 2000.
- Notificación de pocos casos a cero casos de difteria el 2006.
- No tener casos de Coqueluche.

Sin embargo, como consecuencia de las oportunidades perdidas de vacunación, se mantiene la endemia del tétanos neonatal y del adulto.

**Tabla N° 13**  
**Cobertura de vacunación en niños menores de un año y de 12 a 23 meses , municipio de La Paz, 2007 – 2013**

| AÑOS | BCG    | COBER-TURA | PENTAVALEN-TE 3ª DOSIS | COBER-TURA | OPV 3ª DOSIS | COBER-TURA | SRP    | COB    |
|------|--------|------------|------------------------|------------|--------------|------------|--------|--------|
| 2007 | 20,872 | 103.71     | 16,056                 | 79.78      | 15,771       | 78.36      | 15,901 | 79.57  |
| 2008 | 20,672 | 107.57     | 16,332                 | 82.61      | 16,326       | 82.58      | 17,494 | 88.99  |
| 2009 | 18,994 | 97.86      | 16,001                 | 82.44      | 16,009       | 82.48      | 16,523 | 85.49  |
| 2010 | 20,141 | 105.59     | 17,207                 | 90.21      | 14,813       | 77.66      | 15,417 | 89.08  |
| 2011 | 21,139 | 110.09     | 14,869                 | 77.43      | 14,813       | 77.14      | 15,510 | 81.81  |
| 2012 | 19,811 | 101.71     | 14,447                 | 74.17      | 13,343       | 68.50      | 15,204 | 78.69  |
| 2013 | 21,183 | 121.64     | 14,515                 | 83.35      | 14,506       | 83.30      | 35,555 | 213.44 |

Fuente: SNIS VE-2014

17. Informe Sector Salud – Enero –Junio 2011 - Equipo de Salud de ACIDI/UASCC

En la tabla N° 13, se observa la cobertura de vacunación en los últimos 7 años, en el Municipio de La Paz la cobertura de BCG a excepción de la gestión 2009 supera el 100%, esto se debe a que esta vacuna es administrada también en los hospitales y estos atienden no solo a población del Municipio sino también de otros Municipios.

Referente a las otras vacunas, en el Municipio de La Paz la cobertura fue ascendente con un porcentaje aceptable que permite catalogar al Municipio como fuera de riesgo.

## 2.2.6 Tuberculosis

La tuberculosis es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*), que generalmente afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir.

La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

A lo largo de un año, un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de los enfermos tuberculosos mueren.

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Según datos de la OMS en el 2012, 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa.

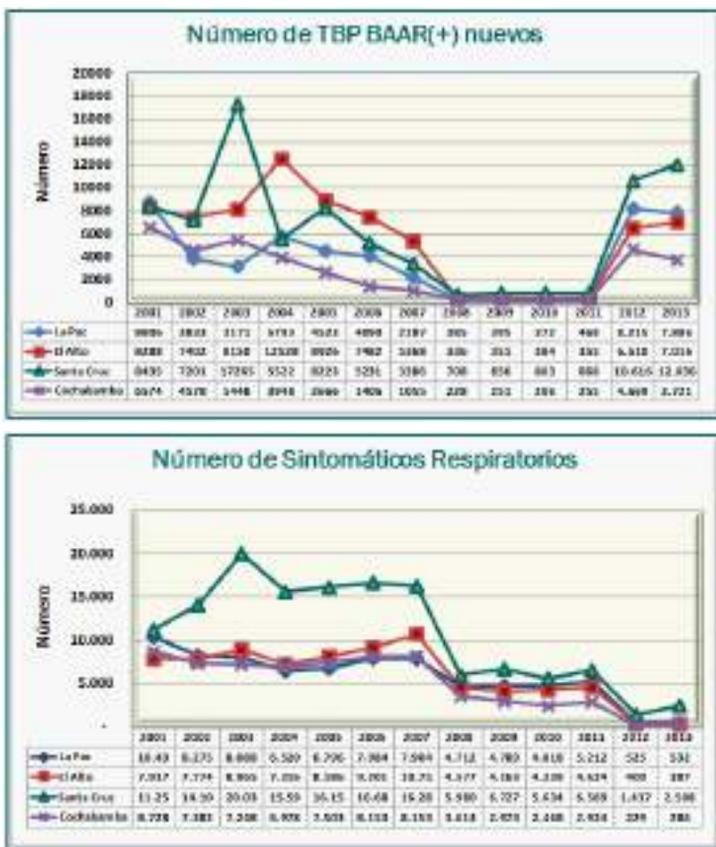
Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y ésta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años.

Se sospecha que una persona padezca de tuberculosos cuando presenta tos y expectoración por más de 14 días, pérdida de peso y sudoración nocturna, denominándolo sintomático respiratorio.

En el gráfico N° 15 se presentan en valores absolutos el número de casos de sintomáticos respiratorios identificados por el Sistema de Salud en los cuatro Municipios más importantes del país. Entre los años 2001 a 2007 el comportamiento de los dos indicadores eran altos con tendencia descendente en el caso de los BAAR (+) y casi horizontal en la captación de sintomáticos respiratorios. A partir del año 2008, las cifras se modifican substancialmente.

Lo llamativo es lo sucedido el año 2003 en el Municipio de Santa Cruz donde se presenta un incremento importante de casos captados como sintomáticos que en casi un 85% se convierten en BAAR (+).

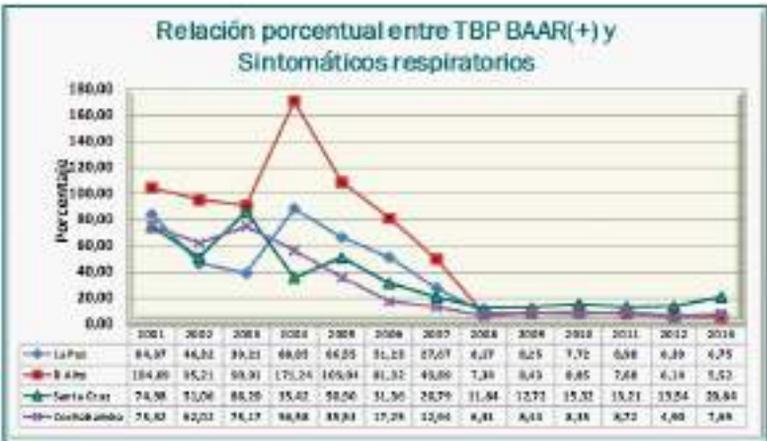
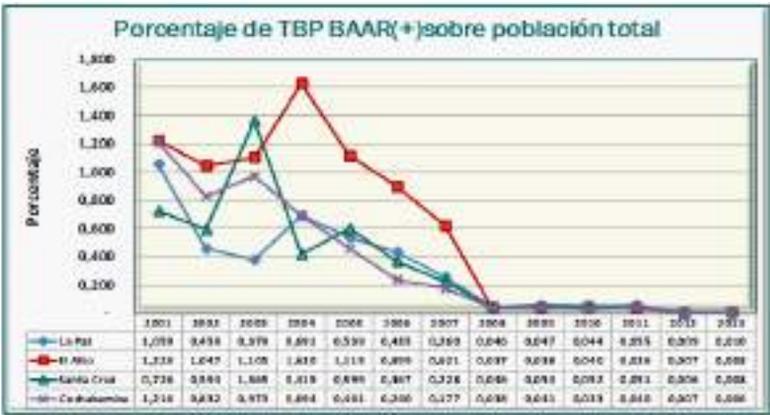
**Gráfico N° 15**  
**Número de sintomáticos respiratorios y casos de T.BAAR (+) nuevos, en cuatro municipios, 2001-2013**



Fuente: SNIS 2014

En el análisis del comportamiento del BAAR (+) con relación a los sintomáticos respiratorios y a la población total (Gráfico N° 15) se observa, en el primer caso errores en la información en el Municipio de El Alto donde el porcentaje de BAAR (+) es mayor a los sintomáticos captados. En el segundo caso, excluyendo la información de El Alto, se observa que hasta el año 2007 el descenso porcentual de casos positivos contra la población total desciende del 1,2% a menos del 0,1% y luego se mantiene hasta la fecha.

**Gráfico N° 16**  
**Relación entre TB BAAR (+) sobre la población total y su relación con los sintomáticos respiratorios en cuatro municipios, 2001-2013**



Fuente: SNIS 2014

Las metas nacionales vigentes desde la gestión 2005 eran: captar al 70% de los casos con Tuberculosis Pulmonar contagiosa (baciloscopia positiva) y curar al 85% de estos casos.

Actualmente Bolivia se halla comprometida con las metas planteadas en la Estrategia Mundial “Alto a la Tuberculosis”.

**Tabla N° 14**  
**Tuberculosis, municipio de La Paz, 2007 – 2013**

| <b>GESTIÓN</b> | <b>Sintomáticos Respiratorios</b> | <b>Cobertura Sintomáticos respiratorios (%)</b> | <b>N° de TBP BAAR + Nuevos</b> | <b>N° de TB Extrapulmonar</b> |
|----------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 2007           | 7,857                             | 94  | 485                            | 396                           |
| 2008           | 7,630                             | 91  | 498                            | 492                           |
| 2009           | 7,875                             | 94  | 539                            | 631                           |
| 2010           | 7,831                             | 93  | 478                            | 517                           |
| 2011           | 8,581                             | 101   | 576                            | 552                           |
| 2012           | 8,215                             | 101   | 525                            | 517                           |
| 2013           | 7,886                             | 95  | 532                            | 522                           |

*Fuente: SNIS VE-2014*

La captación de Sintomáticos Respiratorios es la puerta de entrada para la programación de actividades. A nivel Municipal, corresponde calcular la cantidad de sintomáticos respiratorios esperados como el 1% de la población total para el mismo periodo, siendo la meta captar al 100%.

En los últimos 7 años se llegó a una cobertura de captación de sintomáticos respiratorios de más del 90%, lo que llama la atención es la captación de casos de Tuberculosis Extra pulmonar en relación a casos de tuberculosis pulmonar BARR (+). Tabla N° 14.

## **2.2.7 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Las ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes transmisibles por vía sexual. Algunos, en particular el VIH y los treponemas causantes de la sífilis también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el

embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos.

Según estimaciones hechas por la OMS, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años. En esta cifra no se incluyen las infecciones por el VIH y otras ITS que afectan la vida de las personas y las comunidades en todo el mundo. En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades que llevan a los adultos a buscar asistencia sanitaria.

La presencia de ITS no tratadas (tanto las que causan úlceras como las que no) puede llegar a multiplicar por 10 el riesgo de adquisición y transmisión del VIH. Por consiguiente, el tratamiento precoz de las ITS es importante para reducir el riesgo de infección por el VIH. El control de las ITS es importante para la prevención de la infección por el VIH, sobre todo en personas con comportamientos sexuales de alto riesgo.

El SIDA, es una enfermedad emergente, producto de la conducta del ser humano. Cochabamba notificó el primer caso el año 1985, como caso importado del Brasil.

En el último quinquenio por el fortalecimiento de la información, comunicación humanizada y la confidencialidad se captaron más casos, como resultado también de las intervenciones educativas del programa y las oportunidades de diagnóstico gratuito, apoyo psicológico, dotación de medicamentos en forma gratuita y por el apoyo a las agrupaciones de personas viviendo con el VIH/SIDA.

Según datos del Ministerio de Salud y Deportes, desde 1984 a junio 2012 se notificaron 8.319 casos de personas que viven con VIH/SIDA. De la cantidad de casos reportados en el periodo 1984 a junio 2012, casi nueve de cada diez (89%) fueron detectados en los departamentos de Santa Cruz (55%), Cochabamba (19%) y La Paz (15%). Respecto a la vía de transmisión, de los 8.319 casos de VIH/SIDA registrados en el periodo 2004-2012, 2,1% fueron por vía vertical materno infantil, lo que establece que el 59% de los niños, niñas y adolescentes menores de 15 años con VIH/SIDA fueron infectados por esta vía.

## Gráfico N° 17

### Número de casos de VIH, municipio de La Paz, gestiones 2007 al 2013



Fuente: SNIS VE -2014

En el gráfico N° 17, se observa el número de casos de VIH reportados en los últimos 7 años, donde el 2007 se registraron 52 casos, incrementándose el 2008 a 54 casos, disminuyen en el 2009 a 20 casos, el 2010 se reportan 26, lo más llamativo son los 98 casos registrados el 2011, en el 2013 se tiene 56 casos registrados.

En el Municipio de La Paz el incremento de notificación de casos en el año 2011 es relevante y sugirió fortalecer el programa en todos sus componentes, especialmente en la sostenibilidad de medicamentos, diagnóstico oportuno y gratuito así como las pruebas rápidas implementadas.

## 2.2.8 Violencia

En el Municipio cada año es mayor el número de casos denunciados de violencia familiar y gracias a la generalización de sistemas Municipales de protección a la familia muchos de estos eventos son atendidos profesionalmente. En la mayor parte de los casos el agresor es el varón y tienen la forma de violencia física y/o psicológica. Pese a los avances en este campo existe un evidente subregistro de los hechos de violencia, especialmente los referidos al abuso sexual de niñas y adolescentes.

En el Municipio de La Paz, según datos recabados de los Sistemas Legales Integrales Municipales (SLIM's) los casos de violencia registrados en el periodo 2002 – 2013 experimentaron un incremento significativo de 1.530 casos en el 2002 a 3059 casos en el 2013, reflejando no solo el incremento de los casos de violencia sino también mejorando los sistemas de registro.

El grupo etáreo en el que se registraron mayor número de casos corresponde al de 18 a 29 años, que es el rango de edad donde se inicia la formación del grupo familiar (matrimonios, concubinatos), con un mayor índice de violencia física y psicológica.

## 2.2.9 Zoonosis

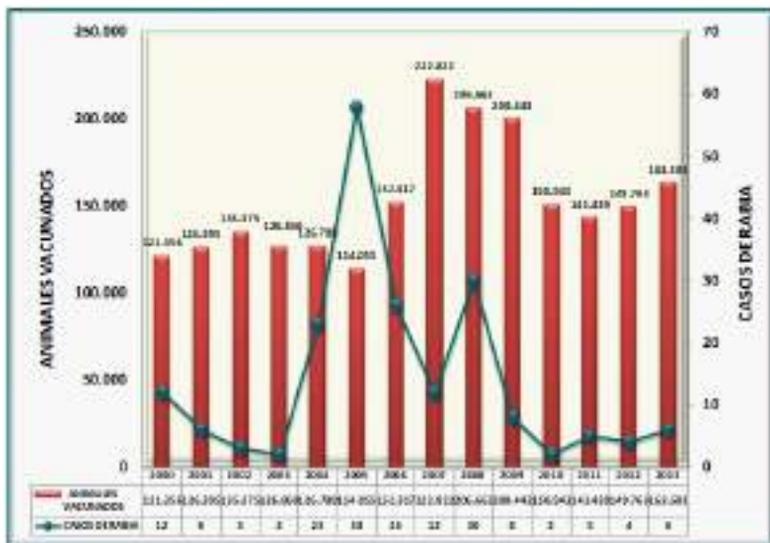
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las Zoonosis como aquellas enfermedades que se transmiten de forma natural de los animales vertebrados al hombre y viceversa. Existen además otras enfermedades infecciosas (bacterianas y víricas) que, aunque ordinariamente no se transmiten del hombre a los animales, pueden afectar a ambos, para las cuales también se utiliza el término. Se trata de agentes que viven de forma saprófita en ciertos medios y son fuente de infección tanto para el hombre como para los animales, siendo la Rabia la más relevante en países de ingresos bajos y medianos. En la gran mayoría de los casos fatales de rabia humana, los perros han sido la fuente de infección y el 40% de las personas mordidas por animales presuntamente rabiosos son menores de 15 años.

La estrategia más rentable de prevención de la rabia humana consiste en eliminar la rabia canina mediante la vacunación de los perros. La vacunación de los animales (y en particular de los perros) ha reducido el número de casos de rabia tanto humana como animal en varios países y en especial en América Latina. Sin embargo, el aumento reciente de la rabia humana en algunas zonas de América Latina indica que la rabia está resurgiendo como un grave problema de Salud Pública, por lo tanto la prevención de la rabia humana mediante el control de la enfermedad en los perros domésticos es un objetivo realista y está justificada desde el punto de vista económico por el ahorro futuro en profilaxis.

En el grafico N° 18 se observa que en la gestión 2007 se realizaron un mayor número de inmunizaciones con 222,822 canes inmunizados, pese a esta variación en el número canes vacunados en el Municipio de La Paz desde hace 14 años no presenta ningún

caso de rabia humana, ya que las campañas de vacunación canina han permitido alcanzar un 85 % de cobertura.

**Gráfico N° 18**  
**Casos de rabia animal y número de animales vacunados, en el municipio de La Paz 2000-2013**



Fuente: Dirección de Salud - 2014

## 2.2.10 Infraestructura y equipamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la organización apropiada del proceso de desarrollo de la infraestructura y el equipamiento físico de los Servicios de Salud se constituye en un tema de primordial importancia para hacer accesibles los servicios a la población, deberá ser complementada en la medida de lo necesario, dentro de las posibilidades reales de cada país y contemplando los beneficios del incremento tecnológico moderno. Su planificación, desarrollo, mantenimiento y conservación requieren una cuidadosa atención.

Las condiciones de Salud en el Municipio de La Paz, respecto a la infraestructura, el equipamiento y la distribución de los recursos humanos se encuentran en un verdadero desequilibrio, en relación a las acciones de Salud que se tiene que cumplir.

## Gráfico N° 19 Ubicación de los servicios de salud en función de las poblaciones en riesgo



Fuente: Elaboración Dirección de Salud 2014

El gráfico N° 19 esquematiza el nivel de riesgo de la población en función de su condición socioeconómica y su relación con la generación de indicadores de morbilidad y mortalidad (2% - 28% - 70%).

En el cuadrante cartesiano podemos observar que el 70% de los indicadores de morbilidad y mortalidad son generados por la población de alto riesgo, 28% por la población de mediano riesgo y el 2% por la población de bajo riesgo.

En el Municipio de La Paz se tienen los siguientes registros: La población de alto riesgo tiene como respuesta a sus necesidades de Salud establecimientos de primer nivel de atención con recurso humano compuesto solamente por profesionales de medicina general, auxiliares de enfermería y ocasionalmente una licenciada en enfermería, en cambio las poblaciones de mediano riesgo tienen acceso a mejores establecimientos de Salud, a los cuales se deben sumar los establecimientos privados, ONG's y Seguro Social a Corto Plazo. En referencia a los Establecimientos de Salud por subsectores se tiene que el 67% corresponde a establecimientos de Primer Nivel, el 23% a Hospitales de Segundo Nivel y el 10% a Hospitales de Tercer Nivel, reflejando la misma situación que el sector público. Tabla N° 15.

**Tabla N° 15**  
**Número de establecimientos por subsectores y niveles de atención, municipio de La Paz, 2013**

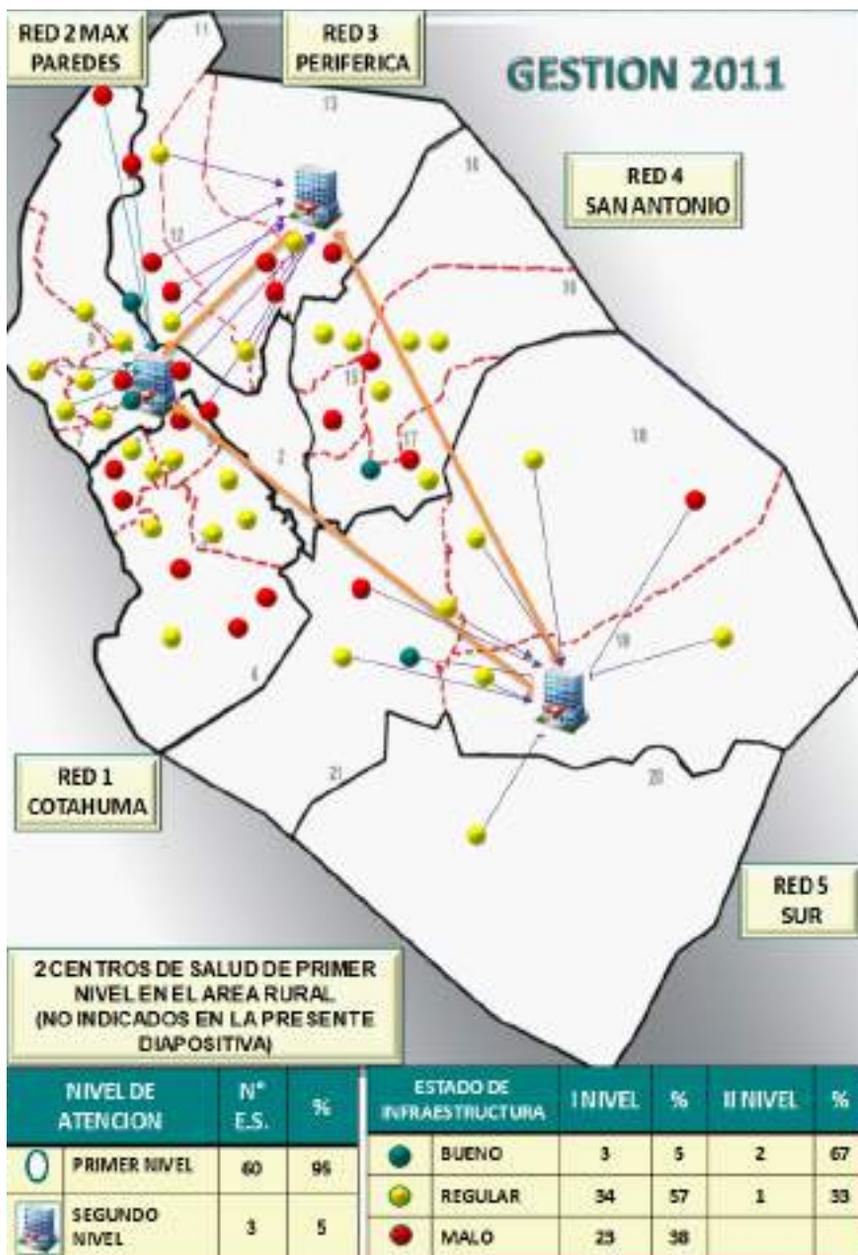
| SUBSECTOR                   | PRIMER NIVEL | SEGUNDO NIVEL | TERCER NIVEL |
|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|
| Seguro Social a Corto Plazo | 12           | 3             | 6            |
| Privados                    | 7            | 12            |              |
| ONG's                       | 20           | 2             |              |
| Sector Público              | 63           | 3             | 7            |
| Otros                       | 10           |               | 1            |
| <b>TOTAL</b>                | <b>112</b>   | <b>20</b>     | <b>14</b>    |

*Fuente: SNIS - 2014*

En el Municipio de La Paz el problema de infraestructura y equipamiento de establecimientos de Salud no está resuelto; de acuerdo al diagnóstico realizado en el JAYMA PDM 2007 – 2011 y que se ilustra en el mapa N° 2.

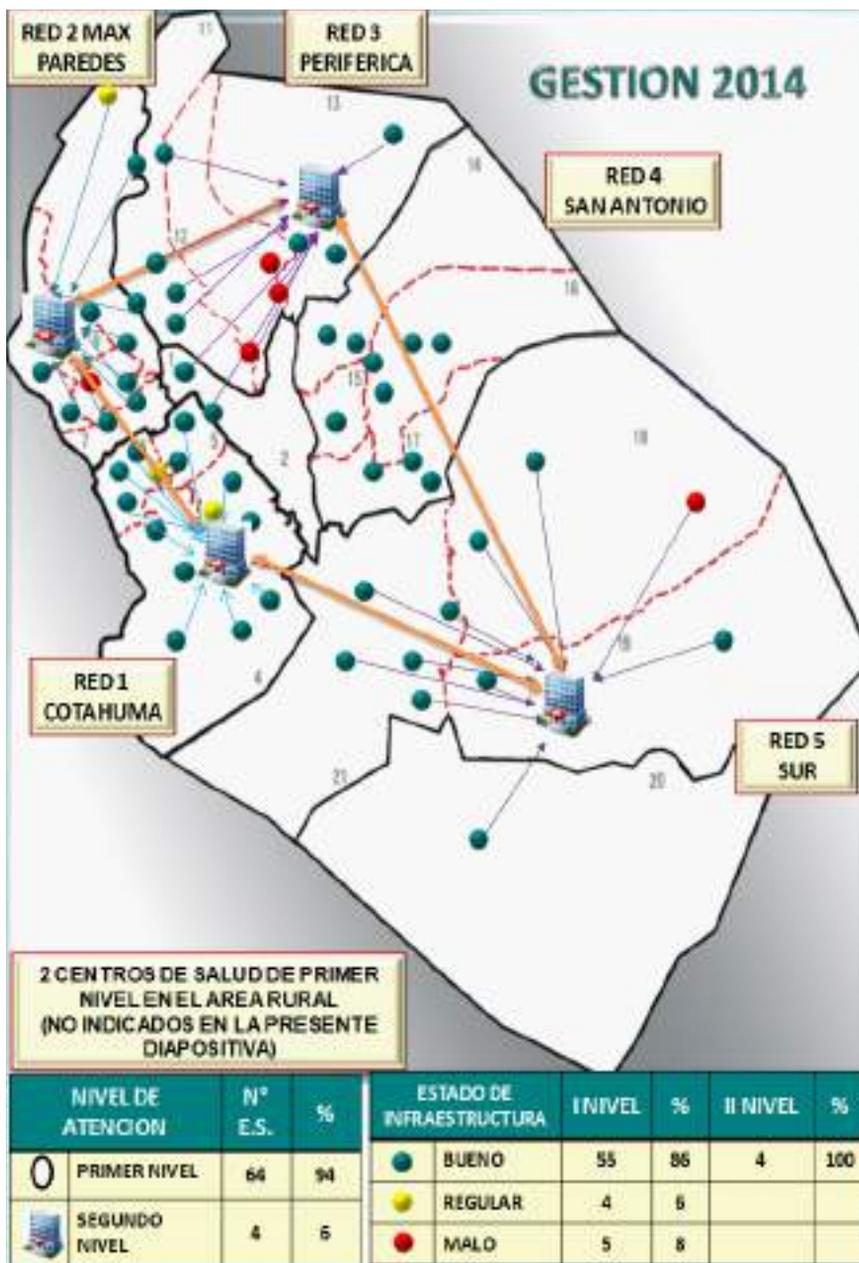
El diagnóstico confirma la necesidad de incrementar la infraestructura a través de la construcción de nuevos Centros de Salud de primer nivel en áreas de expansión de la ciudad, respecto de los establecimientos de atención de segundo nivel es imprescindible la construcción de hospitales para complementar la Red Municipal de hospitales y reducir la saturación en el tercer nivel de atención que actualmente concentra gran parte de la demanda en el Complejo Hospitalario de Miraflores.

## Mapa N° 2 Servicio de salud en el municipio de La Paz, 2011



Fuente: Elaboración Dirección de Salud 2014

### Mapa N° 3 Servicio de salud en el municipio de La Paz, 2014



Fuente: Elaboración Dirección de Salud 2014

La Red de Servicios de Salud es entendida como la organización operativa del sistema, donde la atención de salud se presta a través de una red constituida por establecimientos estructurados por niveles de atención y escalones de complejidad. La Red de Servicios en consecuencia es el conjunto de establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención, en un espacio territorial llamado coordinación de Red, no siempre concordante con un Municipio o Macro Distrito.

La interdependencia y la interrelación de estos tres niveles, deben proporcionar las características principales de la Red de Salud que son la integración, la integralidad y la articulación de la atención de manera consensuada con el Gobierno Autónomo Departamental para una visión metropolitana, las mismas que se deben operativizar mediante el componente de Referencia y Retorno (contra referencia), para garantizar la capacidad resolutive del sistema.

**Gráfico N° 20**  
**Establecimientos de salud, municipio de La Paz, 2014**



Fuente: Elaboración Dirección de Salud 2014

En el gráfico N° 20, se aprecia el número absoluto y relativo de los establecimientos de Salud por nivel de atención del Municipio de La Paz.

Actualmente, en el Municipio de La Paz, el sector público cuenta con 74 establecimientos de Salud, de los cuales 64 corresponden al primer nivel de atención que representa el 86.49%, de los 64 Centros de Salud de primer nivel 63 son Centros de Salud (con o sin camas) y 1 puesto de Salud, 3 son establecimientos de segundo nivel de atención que representa el 4.05% y 7 pertenecen al tercer nivel de atención representando el 9.46% (Complejo Miraflores), que bajo la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (LMAD) es responsabilidad de la Gobernación.

Gran parte de la población sólo tiene acceso principalmente a servicios de primer nivel de atención del sistema público de Salud, debido a dificultades de desplazamiento hasta establecimientos de Salud de mayor complejidad, ya que están alejados o por barreras culturales que aún persisten en poblaciones urbanas periféricas o por impedimentos económicos para cubrir gastos complementarios a las prestaciones gratuitas, o por rechazo de los propios establecimientos de Salud de mayor complejidad.

El Municipio cuenta con 1 centro con camas por 121.777 habitantes, siendo el parámetro razonable de 1 centro de Salud con camas por cada 40.000 habitantes. La necesidad estaría en torno a 21 Centros de Salud con camas.

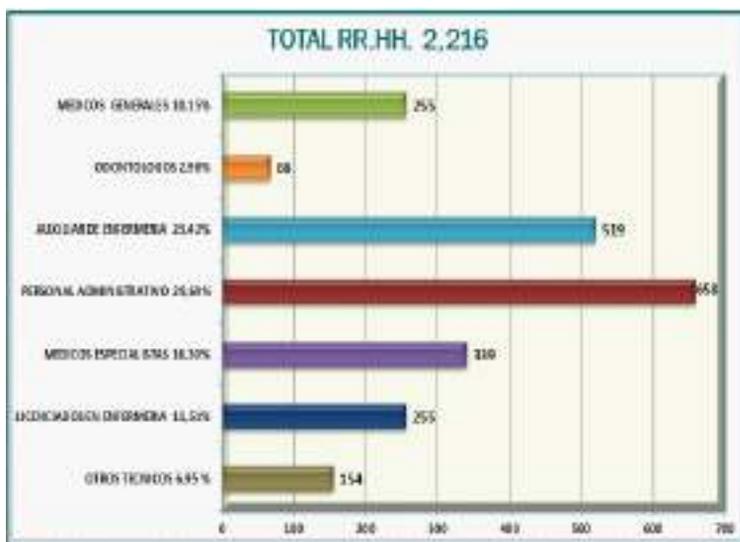
En el segundo nivel de atención, el Municipio de La Paz cuenta con 3 Hospitales ubicados en los Macro Distritos de Max Paredes, Periférica y Sur. El parámetro usual de camas de internación señala 1 cama por cada 1.000 habitantes, es decir que se requiere como Municipio alrededor de 840 camas distribuidas entre segundo y tercer nivel. Sin embargo, las Red hospitalaria de La Paz atiende a pacientes de toda el área metropolitana (La Paz, El Alto, Palca, Huajchilla, y Achocalla) y pacientes de otros Municipios del departamento y departamentos aledaños.

En la actualidad la población del Municipio de La Paz cuenta con 126 Camas disponibles para la Hospitalización en establecimientos de Salud de segundo nivel y 755 camas en el tercer nivel del sector público, que es de referencia departamental y en muchos casos de referencia nacional. En los subsectores se tienen 439 camas en el segundo nivel y 1.102 en el tercer nivel. En comparación con el sector público, los diferentes subsectores (Seguro Social a Corto Plazo, ONGs, etc) cuentan con mayor número de camas en el segundo y tercer nivel de atención y solo benefician al 30% de la población.

## 2.2.11 Recursos humanos destinados a Salud

La distribución del recurso humano del sistema de Salud tiene un verdadero desequilibrio en asignación y en la distribución de los mismos ya que en el tercer nivel se concentra la mayor parte de los trabajadores en Salud, ya sean del área médica, paramédica o administrativa representando el 60.65%, el segundo nivel de atención solo cuenta con 18,10% y el primer nivel tiene el 21,25%. Es importante aclarar que el mayor número de recursos humanos del sistema de Salud es personal administrativo que representa el 29.69% del total, que junto a las auxiliares de enfermería representan más del 50% del recurso humano en Salud en nuestro Municipio. Gráfico N° 21.

**Gráfico N° 21**  
**Recursos humanos en salud, municipio de La Paz, 2013**



Fuente: Elaboración Dirección de Salud 2014

En la tabla N° 16, se aprecia la cantidad y la distribución de los recursos humanos del sector público. Existen 2.216 recursos humanos de los cuales el 29,69% corresponden a personal administrativo, el 10,15% a médicos generales, el 15,30% a médicos especialistas, 23,42% a Auxiliar de enfermería, 11,5% a Lic. en Enfermería y solo el 2,98 a odontólogos.

**Tabla N° 16**  
**Distribución de los recursos humanos por nivel de atención, municipio de La Paz, 2013**

| <b>TOTAL RECURSO HUMANO</b> |              |               |              |              |             |
|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| RECURSO HUMANO              | PRIMER NIVEL | SEGUNDO NIVEL | TERCER NIVEL | NÚMERO       | PORCENTAJE  |
| MÉDICOS GENERALES           | 144          | 16            | 65           | 225          | 10.15%      |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS       | 14           | 75            | 250          | 339          | 15.30%      |
| ODONTÓLOGOS                 | 56           | 6             | 4            | 66           | 2.98%       |
| LICENCIADOS EN ENFERMERÍA   | 18           | 35            | 202          | 255          | 11.51%      |
| AUXILIAR DE ENFERMERÍA      | 130          | 94            | 298          | 519          | 23.42%      |
| OTROS TÉCNICOS              | 6            | 20            | 128          | 154          | 6.95%       |
| PERSONAL ADMINISTRATIVO     | 103          | 155           | 400          | 658          | 29.69%      |
| <b>TOTAL RECURSO HUMANO</b> | <b>471</b>   | <b>401</b>    | <b>1,347</b> | <b>2,216</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Elaboración Dirección de Salud 2014*

El Gobierno Autónomo Municipal de la Paz, tiene que encarar la transformación de la Salud del Municipio a partir de la corrección del desequilibrio en la asignación de recursos humanos, de la infraestructura, del equipamiento y de la deuda acumulada con la sociedad que nos ha transferido el Estado.





## II. Modelo Municipal de **Salud**



## 1. Marco conceptual de la salud

A lo largo de la historia, el término Salud o el concepto al que se asocia ha generado grandes discusiones entre los expertos en la materia. Inicialmente la Salud, de manera simplista, ha sido considerada como la “ausencia de enfermedad”.

La concepción de la Salud se plasma en la definición aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), concebida originalmente por Stampar (1945): “La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>18</sup>. Esta definición, más amplia y completa, define la Salud en términos positivos e innovadores introduciendo determinantes sociales y mentales.

En la década de 1950 Herbert Dunn aportó una descripción de la Salud de la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos.

El concepto de Salud se refiere a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo, en relación con factores o determinantes biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos. Cuando alguno de esos elementos se modifica todos los otros se alteran para buscar un nuevo equilibrio en el ser humano. Bajo esta lógica, la Salud es un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los determinantes implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida<sup>19</sup>.

En la Salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Una propuesta alternativa, respetuosa con los logros de esta definición, propugnaría un enunciado del tipo: “La Salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

---

18. Carta Fundacional del 7 de abril de 1946, Organización Mundial de la Salud

19. Canguilhem 1982

En 1985, la Organización Mundial de la Salud complementa la definición surgida el año 1945 señalando que la “Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.”

Bajo esta visión, la definición de Salud presentada por la OMS con los matices complementarios señala que el concepto de Salud:

- Vislumbra la Salud desde una perspectiva positiva.
- Enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- Se presentan problemas de Salud si una de las dimensiones/determinantes no es satisfactoria.

En términos operativos se puede señalar que para cumplir el rol fundamental de mejorar la oportunidad de tener una población sana, se debe trabajar en un modelo que cumpla las siguientes premisas:

1. Identificar el grado de desarrollo de los determinantes que afectan a la Salud.
2. Valorar y vigilar el estado de Salud de la población.
3. Identificar el perfil epidemiológico, con una visión de mediano y largo plazo.
4. Identificar, diseñar e implantar políticas efectivas que garanticen el bienestar de la población.
5. Implantar una gestión eficiente en la implementación de las estrategias de Salud Pública.
6. Desarrollar programas y servicios de prevención, promoción y garantizar las acciones de recuperación y rehabilitación.
7. Asegurar la provisión de Servicios de Salud efectivos, accesibles, de alta calidad y dirigidos por sus resultados en Salud.
8. Evaluar permanentemente las políticas, estrategias y Servicios de Salud Pública.
9. Construir Redes Integrales e Integradas de Salud.

En otro escenario de discusión está el concepto de la Salud y la Salud Pública. Mientras el concepto de Salud centra la definición en el individuo, su cuerpo, y su ser, la Salud Pública tiene una visión de comunidad, sociedad y habitantes.

El año 1920, Winslow señalaba que “La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la Salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”.

Piedrola definía el concepto de Salud Pública como “la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la Salud de los habitantes”.

La esencia de la Salud Pública, está destinado a vigilar el estado de Salud de la población e identificar sus necesidades, a través de las instancias determinadas en las políticas de Salud.

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz en base a las necesidades identificadas y de acuerdo al marco legal vigente, busca desarrollar sus propias políticas, promoviendo acciones concretas de Salud, previniendo la posibilidad de que enfermen sus ciudadanos y fundamentalmente garantizar la respuesta recuperativa y rehabilitadora a través de su estructura de Salud.

### *Salud – Visión Intercultural*

El concepto de interculturalidad aplicado a la Salud debe favorecer la desaparición de inequidades en los accesos a los Servicios de Salud en todo el Estado, pero de forma específica en aquellos contextos donde los indicadores muestran la presencia de mayores desigualdades, problemas de índole social, económica y cultural que suelen vincularse con los pueblos originarios.

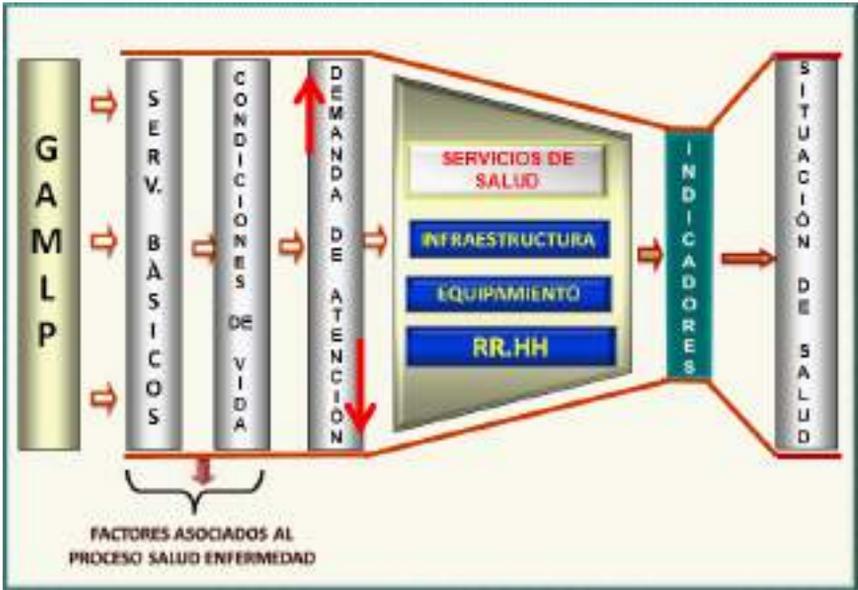
Su implementación apunta a lograr una mejora en los indicadores de Salud de toda la población. En cualquier caso, hay que tener presente que la Salud Intercultural si se quiere configurar como un referente transversal de interés aplicado a cualquier sociedad no puede imponerse ‘sólo’ por decreto en el ámbito estatal y que si no se valora y consensua entre todos los actores implicados puede dar lugar a situaciones desafortunadas que agraven las dificultades de atención y escondan las razones de las inequidades en Salud. Los esfuerzos deben confluir a establecer modelos interculturales eficientes en erradicar la exclusión y las inequidades en el acceso a los Servicios de Salud.

## **2. Determinantes de la salud**

Se define como determinantes de la Salud a los factores que interactuando en diferentes estructuras de la sociedad ya sean estos ámbitos de la biología humana, estilos de vida, aspectos medioambientales y de respuesta a la necesidad de atención en Salud, influyen en la Salud individual y en el largo plazo determinan el estado de Salud de una población.

Hasta ahora la Salud se entendía como el hecho de curar la enfermedad y rehabilitar al paciente sin embargo para que esta persona mantenga la condición de sana y con mejores niveles y capacidades de afrontar la vida, es preciso tomar en cuenta una serie de factores tales como: trabajo permanente, ingreso suficiente, vivienda adecuada, ambiente sociocultural favorable, caminos, producción de bienes, educación, organización comunal, buena nutrición, reconocimiento social, descanso, actividades lúdicas y de recreación, dotación de agua segura (agua potable, agua de riego, alcantarillado, cuidado de fuentes de agua), es decir toda una gama de características sociales, conductuales, económicas, biológicas y ambientales que interactúan determinando la condición de vida de una población, en función de si la condiciones de vida son favorables o desfavorables, la demanda de atención en salud se incrementa o disminuye, incorporando a este proceso el establecimiento de salud, que en función de sus componentes (recurso humano, infraestructura y equipamiento) establecen los indicadores de salud. Esta interacción en diferentes niveles de la estructura de un país determinan la situación de salud de una población, ver gráfico número N° 22

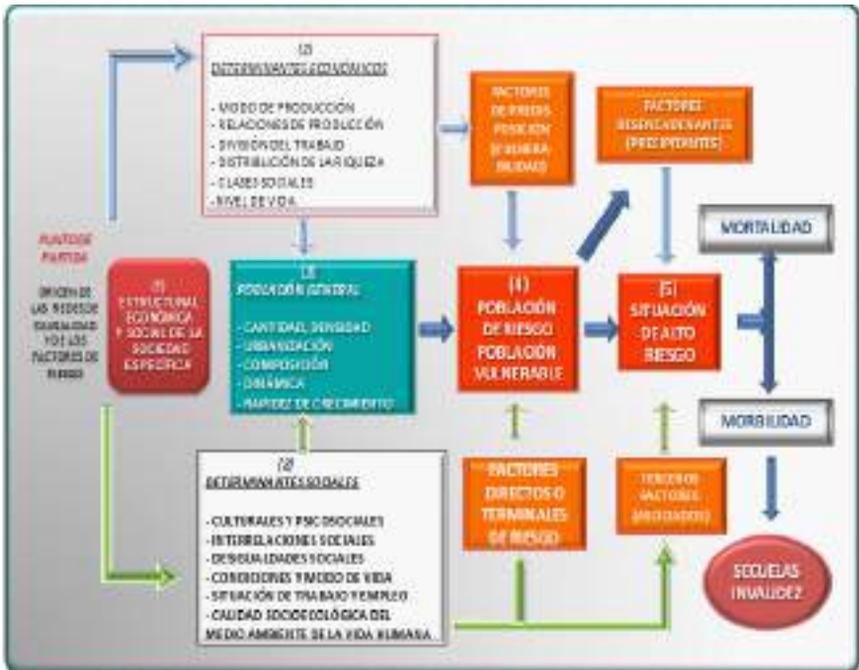
**Gráfico N° 22**  
**Generación de indicadores de salud**



Fuente: Elaboración Dirección de Salud, 2014

## Gráfico N° 23

### Elementos constitutivos de “riesgo” epidemiología del riesgo biológico y social en la comunidad



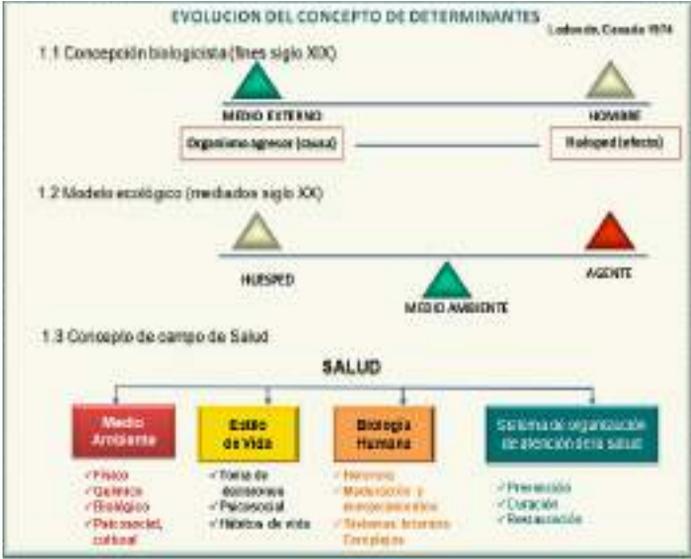
Fuente: Elaboración Dirección de Salud, 2014

En el escenario de la Salud, múltiples estudios han establecido qué son muchos los factores que afectan al proceso de Salud-enfermedad y se considera que el origen de la redes de causalidad y de los factores de riesgo son los determinantes económicos y sociales que interactuando establecen la condición de una población en general en función de la densidad demográfica, urbanización dinámica, de crecimiento y otros que esta sujeta a factores predisponentes de riesgo y desencadenantes que generan morbilidad y mortalidad. Ver gráfico N° 23

Por lo tanto al conceptualizar los determinantes de la Salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la Salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.

Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, el año 1974 presentó el documento “Una Nueva Perspectiva sobre La Salud de los Canadienses - Un Documento de Trabajo<sup>20</sup>” que es considerado como un modelo de Salud Pública explicativo de los determinantes de la Salud en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el medio ambiente, incluyendo el social en un sentido más amplio junto a la biología humana y la organización de los Servicios de Salud. Ver gráfico N° 24.

### Gráfico N° 24 Concepto de determinantes



Fuente: Elaboración Dirección de Salud, 2014

Lalonde analiza la evolución del concepto de la Salud, desde la concepción Biologicista en la que el hombre, como huésped de las modificaciones del medio es agredido por el medio externo quien genera los problemas de Salud, para pasar luego a modelo ecológico en el que el medio ambiente genera el punto de equilibrio entre un huésped (el hombre) y los agentes que son elementos que se mueven alrededor del huésped, para finalmente caer en el concepto del Campo de Salud donde se explicitan los factores o determinantes que afectan a la Salud del cuerpo/hombre<sup>21</sup>. Estos determinantes los clasifica en el gráfico N° 25.

20. A new perspective on the Health of Canadians, Marc Lalonde, 1974  
 21. A new perspective on the Health of Canadians, Marc Lalonde, 1974

## Gráfico N° 25 Determinantes de la salud



Fuente: Elaboración Dirección de Salud, 2014

### 2.1 Determinantes conductuales

Definidos como el conjunto agregado de decisiones de los individuos que afectan los hábitos, comportamientos y actitudes de las personas en su vida diaria y sobre los cuales se tiene más o menos control. Este a su vez depende de otros muchos factores: cultura, la educación, el nivel socioeconómico, etc. Es el determinante que más influye en nuestro estado de Salud y el más modificable. Según el estilo de vida, se pueden producir enfermedades de todo tipo e incluso conducirnos a una muerte prematura. Algunos de estos comportamientos más nocivos son: una alimentación inadecuada, vida sedentaria, consumo de sustancias tóxicas, estrés, prácticas sexuales no seguras o conducción temeraria, entre otros.

### 2.2 Determinantes ambientales

Son todos aquellos asuntos relacionados con la Salud que son externos al cuerpo humano y sobre las que el individuo tiene poco o ningún control. Entre estos tenemos: el ambiente físico y químico, el ambiente biológico, el ambiente psicosocial, la contaminación ambiental, las condiciones de vivienda y trabajo.

### 2.3 Determinantes biológicos

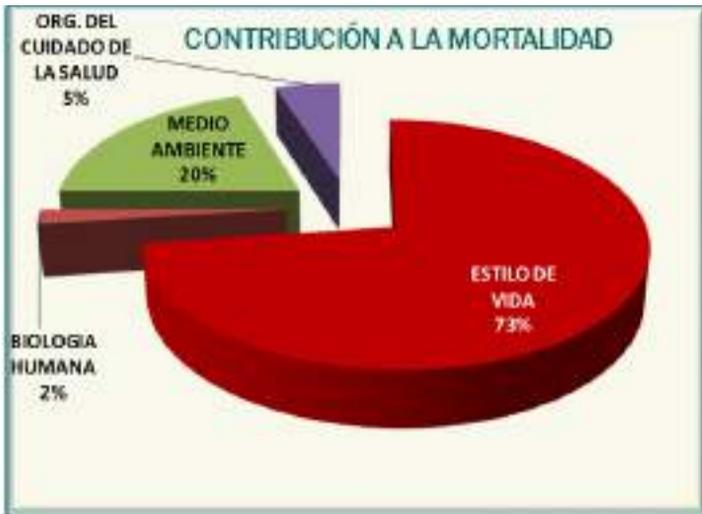
Incluye todos aquellos aspectos de la Salud, tanto física y mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como una consecuencia de la biología básica del hombre y la orgánica del individuo; abarca la genética y el envejecimiento. Entre ellos tenemos a la herencia genética, la maduración y el envejecimiento de los sistemas internos complejos. Es el que menos influye en la población en general, y desde el punto de vista de Salud Pública es el menos modificable.

### 2.4 Determinantes sociales

Incluye todos aquellos aspectos de relaciones familiares, valores personales, situación financiera, libertad personal y cultural, es uno de los factores que más influye en la relación Salud enfermedad.

Independiente del tipo de determinantes que se analice, todos son modificables en magnitudes diferentes, por ello las acciones de la Salud Pública deben dirigirse hacia esa modificación. Basado en el documento de Lalonde podemos construir una gráfica donde se observa, la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de Salud Pública. Gráfico N° 26.

**Gráfico N° 26**  
**Contribución de los determinantes de la salud en la carga de mortalidad**



Fuente: Elaboración Dirección de Salud, 2014

En el gráfico N° 26 se presenta la contribución a la carga de muerte de cada uno de los determinantes; Lalonde señala que el peso de la biología humana es intrascendente frente a los restantes tres determinantes y asigna al estilo de vida 73% de la carga, al medio ambiente 20% y a la organización y cuidado de la Salud el restante 5%.

En cuanto a los estilos de vida hoy se discute que los mismos son productos de los determinantes sociales. Se asume que darle información a la población sobre los riesgos de estos estilos no es suficiente para hacerles cambiar, se requiere crear las condiciones para que puedan ejercer con responsabilidad su auto cuidado. La mayor parte de los problemas de Salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas.

Las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos básicos de la Salud y al sistema de Salud en su conjunto, excepto aquellas que son usuarias de sistemas de aseguramiento; quienes enferman y mueren con mayor frecuencia son aquéllas que no pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Estas inequidades han inducido a mejorar los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la Salud Pública y su abordaje.

Basado en el modelo presentado por Lalonde podemos concluir que es importante visualizar los temas relacionados con los estilos de vida y medio ambiente para comprender y accionar las intervenciones en Salud actuando sobre la organización del sistema de Salud, mejorando su capacidad resolutive.

El reciente informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008)<sup>22</sup> señala: La mala Salud de los pobres, el gradiente social de Salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder de los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención en Salud, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la Salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.

22. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Documento "Subsanar las Desigualdades en una Generación" OMS 2009

Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la Salud que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. El informe de la Comisión recomienda a los países mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Nuestro país, pese a todos los esfuerzos realizados, mantiene deficientes indicadores de Salud, sobre todos los relacionados al campo materno infantil y a las enfermedades de origen infeccioso, sin dejar de lado las enfermedades emergentes y reemergentes.

Para mejorar éstos indicadores es necesario avanzar hacia la atención de los determinantes; ello permitirá posicionar el valor de la Salud como un principio fundamental. No es posible atender pacientes en Centros de Salud y Hospitales, donde se les recupera la salud para devolverlos a las mismas condiciones insalubres, de precariedad, de mala alimentación y de pobreza que los enfermó previamente.

La Constitución Política del Estado (CPE), hace referencia a la incorporación de determinantes sociales de la Salud, como derecho ciudadano y establece (texto parcial) en los Art. 16. I. Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación. II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población; Art. 18. I. Todas las personas tienen derecho a la Salud. II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la Salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de Salud será universal, gratuito, equitativo, 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; Art. 20. I. Toda persona tiene derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.

La visión del Municipio, en concordancia con la CPE es trabajar identificando los determinantes que afectan a la Salud de la población de nuestro espacio territorial e intervenir en ellos si son competencia nuestra. En caso de que la intervención en estos determinantes sea de competencia supranacional (Gobierno Nacional o Departamental) debemos demandar y exigir acciones de mejora.

Como autoridades de Salud, este enfoque de determinantes permitirá que el Municipio, el departamento y el país, avance hacia un nuevo escenario de Salud Pública, en complementación con la promoción, prevención, atención, y rehabilitación en Salud, donde el acceso a los Servicios de Salud no sea un privilegio como colectividad.

### 3 Marco legal y competencia municipal

Nuestro país se ha caracterizado por tener una relativa buena gestión en el marco legal de la Salud. En los últimos 40 años se han construido instrumentos legales que han buscado la protección ciudadana en los ámbitos reparativos y recuperadores de la Salud. En la última década se han iniciado procesos a nivel mundial cuestionando la visión simplemente asistencial de la Salud y se han introducido en los campos preventivos y promocionales buscando la preservación del ciudadano y no solo la recuperación del daño. Un impulso importante se ha dado con la aprobación de la nueva Constitución Política del Estado en la que se privilegia el trabajo sobre los determinantes de la Salud y no solamente la resolución asistencial.

Es importante, al encarar la construcción de un nuevo Modelo de Salud, verificar las competencias Municipales en este campo y su relación de coordinación con las instancias supra y sub nacionales.

#### *Constitución Política del Estado*

La Constitución Política del Estado, para el sector Salud establece:

- Que el estado en sus instancias nacionales, departamentales y municipales debe garantizar el acceso de las personas a la Salud<sup>23</sup>.
- Todas las personas tienen derecho a la Salud y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno<sup>24</sup>.
- El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la Salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los Servicios de Salud<sup>25</sup>.
- El Estado garantizará el acceso al Seguro Universal de Salud<sup>26</sup>.
- El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de Salud, y lo regulará mediante la Ley<sup>27</sup>.

---

23. CPE, art. 9. 5

24. CPE art.18. párrafos I, II y III

25. CPE art. 35, I

26. CPE art. 36. I

27. CPE art. 36 II

- 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<sup>28</sup>.
- El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de Salud<sup>29</sup>.
- Las políticas del sistema Salud son competencias exclusivas del nivel central del Estado<sup>30</sup>.

La CPE señala que en forma concurrente con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas (entre ellos los Gobiernos Municipales) se trabajará en la gestión del sistema de salud y educación<sup>31</sup>.

### *Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”*

El sector Salud, en el marco de la Ley de autonomías tiene las siguientes competencias:

Establece que de acuerdo a la competencia exclusivas del nivel central relacionadas con las Políticas de Salud, el nivel de Gobierno tiene facultades legislativas, reglamentaria y ejecutiva, pudiendo transferir y delegar estas dos últimas y la competencia concurrente que le asigna la gestión del sistema de Salud de manera concurrente entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas (Departamental y Municipal) en las que la legislación corresponde al nivel central del estado y los otros ejercen simultáneamente las facultades reglamentaria y ejecutiva se define las siguientes competencias<sup>32</sup>:

Los Gobiernos Municipales autónomos, trabajarán de manera concurrente con el Nivel Central en<sup>33</sup>:

1. Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
2. Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.

---

28. CPE art. 37

29. CPE art. 40

30. CPE art. 298, párrafo II

31. CPE art. 299, párrafo II

32. LMAD art. 81 párrafo I

33. LMAD, art. 81 párrafo III

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel Municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.
7. 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.
8. Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.
9. Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en Salud.
10. Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la Salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de Salud.

## *Leyes Varias*

Otras disposiciones:

### **Ley 2235 del diálogo 2000**

El 10% del IDH de los recursos Municipales son destinados a Salud Pública, para el mantenimiento de infraestructura, equipamiento, adquisición de insumos y capacitación de recursos humanos.

### **Decreto Supremo No. 26873, de 21 de diciembre de 2002**

Establece el Sistema Nacional Único de Suministro (SNUS) para la administración y logística de medicamentos, insumos médicos y reactivos, en el Sistema Nacional de Salud.

## **Ley 475 de 30 de diciembre de 2013**

La presente ley tiene por objeto:

1. Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
2. Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

## **Decreto Supremo 1984 de 30 de abril de 2014**

El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

## **4. Políticas y gestión de la salud**

Las políticas y gestión de la salud tienen como objetivo la eliminación de la exclusión social, mediante la implementación del Sistema Único de Salud, incorporando a la medicina tradicional. Entre sus principales características se enfatiza que el sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez, generando capacidades individuales y comunitarias, actuando de manera intersectorial sobre los determinantes de Salud con participación plena en todos sus niveles y orientado hacia la promoción de hábitos Saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida y controla el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria.<sup>34</sup>

El Plan Nacional de Salud establece tres políticas:<sup>35</sup>

*Política 1:* Acceso universal al sistema único de salud familiar comunitario intercultural.

*Política 2:* Promoción de la salud en el marco de la SAFCI.

*Política 3:* Soberanía y rectoría en el marco del sistema único SAFCI.

---

34. Ministerio de salud y Deportes. Plan de Desarrollo Sectorial 2006 - 2010

35. Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” Ministerio de Salud y Deportes

## Marco político

Analizando el marco político, en el gráfico N° 26 se muestra que el proceso de Reforma de la Salud estaba apuntalado por las leyes de Participación Popular (Ley N° 1551) del 20 de abril de 1994 y de Descentralización Administrativa (Ley N° 1654) del 28 de julio de 1998. La normativa establecida en estas leyes, permitió al sector Salud implementar reformas en su modelo de gestión que en muchos casos se asumió solamente como un cambio de nombre (Ej. de Distrito a gerencia y de esta a coordinaciones). Uno de los componentes de la Ley de descentralización permitía al sector Salud organizar el modelo de atención en Hospitales de tercer nivel con responsabilidad inicialmente Municipal y actualmente Departamental, Hospitales de segundo nivel y establecimientos de primer nivel de atención con responsabilidad exclusiva Municipal, con un volumen importante de recursos humanos dependientes de las Gobernaciones. Las competencias Municipales eran solo de mantener la infraestructura y el equipamiento de los Centros de Salud de su jurisdicción. Los Hospitales de Tercer Nivel se organizaron bajo el enfoque de autonomía de gestión hospitalaria, pese a que esta modalidad fue anulada en el Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud (D.S. 26875 art. 24).

**Gráfico N° 27**  
**Marco Político**

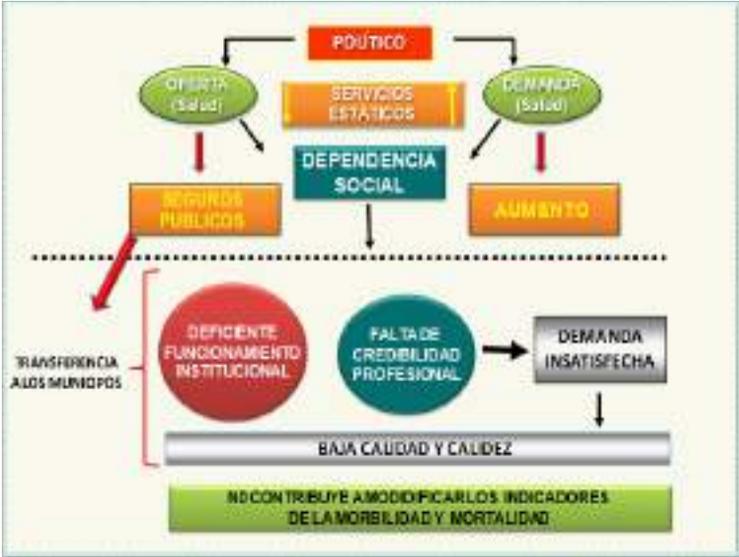


Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

Las Leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa han permitido al sector Salud implementar los seguros públicos, los cuales han sido modificados y ampliados considerando la vulnerabilidad de la población beneficiaria.

Estos seguros han sido implementados como políticas gubernamentales, sin embargo a lo largo del tiempo se transformaron en una política de Salud. En el proceso de implementación de los seguros públicos, se pudo evidenciar el crecimiento de la demanda, por la gratuidad de los mismos, rebasando la capacidad instalada de los establecimientos, en relación a la infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

**Gráfico N° 28**  
**Antecedentes de la situación de salud**



Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

Este hecho repercute negativamente en el Sistema de Salud, pues la población usuaria del establecimiento cada vez mayor, no ve respuesta inmediata a su problema de salud y se convierte en una población insatisfecha con los seguros públicos, cuya molestia es transferida al gestor de Salud bajo el rótulo de incapacidad y negligencia institucional. Al no acompañarse el incremento de demanda en los establecimientos con mayor inversión en Salud, da la impresión, para la población en general, que la situación es

la misma de hace diez años o más y que los profesionales que se desempeñan en los servicios mantienen los modelos mentales de épocas pasadas.

Los seguros públicos en nuestro país, desde su aplicación, han sufrido diferentes modificaciones en función de la gestión de Gobierno (Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), Seguro Básico de Salud (SBS), y Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) o Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) y a partir de la Ley 475 y el D.S. 1984 los Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, vigente a partir del 01 de mayo de 2014.

Un problema recurrente en la implementación de políticas públicas sectoriales es el desconocimiento de la realidad del sistema de Salud. La implementación del SSPAM ha generado críticas en las unidades financiadoras de los Gobiernos Autónomos Municipales, pues normativamente se transfiere este seguro al sector público sin considerar la capacidad instalada de los establecimientos de Salud principalmente del primer y del segundo nivel de atención.

La Red de establecimientos actualmente presenta deficiencias para asumir esta responsabilidad por las características de las patologías que afectan a pacientes de la tercera edad y que en su mayoría son patologías crónicas que necesitan principalmente atención en el tercer nivel de atención que en este momento en todo el país está saturado porque gran parte de sus prestaciones atendidas corresponden al primer y segundo nivel de atención elevando el costo y subutilizando los servicios del tercer nivel.

En los últimos años, basados en la nueva Constitución Política del Estado, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan de Gobierno 2010-2015, ha profundizado la aplicación de medidas de protección de la Salud, plasmadas en el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” (PSD)<sup>36</sup> y la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 basa su accionar en tres ejes de desarrollo:

---

36. Ministerio de Salud y Deportes. 2010. “Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020”. Dirección General de Planificación. La Paz, Bolivia

**Acceso universal al sistema único SAFCI.** Gratuidad en el punto de atención para toda la población. Esto será posible mediante la mejora de la capacidad resolutoria de la Red de Servicios, cierre de brechas de recurso humano y la efectiva incorporación del enfoque intercultural en el sistema de Salud.

**Promoción de la salud y movilización social.** Se busca reducir las inequidades y proteger a las poblaciones más vulnerables, junto a una estrategia de Educación en Salud para la Vida, basada en la intersectorialidad.

**Rectoría y soberanía en salud.** Se busca mejorar su gobernanza mediante el mejoramiento de la gestión financiera, la alineación de las estrategias del sector en niveles descentralizados y la efectiva implementación de la inteligencia sanitaria.

La política en Salud intercultural es incipiente en Bolivia, a pesar de la gran difusión que se ha realizado sobre la misma. Básicamente, las acciones han quedado en enfatizar la relevancia de la normativa sin tener una exacta idea del significado de la interculturalidad y de sus múltiples variantes. Sea como fuere, el propósito es mejorar los indicadores en Salud, (sobre todo los indicadores de Salud materna e infantil) y resolver las constantes quejas de los pacientes sobre la atención, apuntando al establecimiento de una política de Salud intercultural tanto en el área urbana como en la rural. Básicamente lo único que se realizó fue inducir a brindar atención en lengua indígena, incorporar terapeutas “tradicionales” en algunos establecimientos de Salud del área rural de los departamentos y formar a élites de médicos académicos en Salud intercultural. A pesar de ello, no se ha obtenido una respuesta favorable de la población, la cual todavía mantiene la costumbre de tratarse en los espacios tradicionales.

En el escenario asistencial, el problema estructural en la prestación de Servicios de Salud continúa como hace años atrás enmarcado en la dependencia económica, política y social, que ocasiona obstáculos en la gestión local de los establecimientos de la Red de Servicios de Salud, debido a que la administración del recurso humano dependiente de la estructura central es uno de los elementos más importantes en la prestación de servicios de salud y si éste no depende del operador, origina desfases en la asignación suficiente y oportuna de profesionales de Salud en la atención del servicio.

Asimismo existe una constante rotación del recurso humano en los niveles de decisión y otros, improvisando muchas veces el recurso humano en cargos profesionales sin tener el perfil adecuado.

Esta dependencia de tipo económico, político y social generada por el Estado, origina un deficiente funcionamiento institucional, falta de credibilidad profesional y se consolida como una demanda insatisfecha de nuestra población. Gráfico N° 29.

**Gráfico N° 29**  
**Problema contextualizado de recursos humanos**



Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) juega un rol importante en la gestión del sistema, pero la estructura funcional genera un bicefalismo operativo. Depende técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), pero administrativamente de las gobernaciones, esta dualidad produce conflictos en su accionar debido a que las gobernaciones normalmente no asignan suficientes recursos financieros en sus presupuestos operativos (POA's) generando limitaciones para su accionar.

El diagnóstico situacional de Salud del país efectuado por el Ministerio de Salud y Deportes identificó una serie de problemas<sup>37</sup>,

37. "Lineamientos Estratégicos de Salud, Guía para la Elaboración de Planes Estratégicos de Salud del Sistema Nacional de Salud"

reconociendo la diversidad de situaciones que se dan en los 327 Municipios de los 9 Departamentos del país, ya sean estas áreas rurales o urbanas. Estos problemas son:

- Elevadas tasas de mortalidad e índices altos de morbilidad de la mujer y el niño.
- Alta desnutrición infantil antes de los tres años de vida.
- Elevada mortalidad, morbilidad y discapacidad por enfermedades de transmisión vectorial.
- Presencia de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Elevada contaminación ambiental y de alimentos.
- Morbilidad, mortalidad y discapacidad vinculada a desastres y emergencias.
- Presencia importante de toxicomanías en la población joven.
- Grandes diferencias en la motivación del personal de Salud con su trabajo y su institución.

Analizando la capacidad institucional de respuesta a la atención en Salud, el MSD en el mismo documento identifica los siguientes problemas:

- Déficit de recursos humanos, especialmente en el área rural.
- La mayoría del recurso humano del área rural es auxiliar de enfermería.
- Inequitativa distribución de recursos humanos entre los niveles de atención, con mayor concentración de personal en establecimientos de tercer nivel.
- Ausencia de una política de incentivos para trabajar en el área rural.
- Ausencia de una política nacional de recursos humanos que norme la gestión y la capacitación continua del recurso humano del sector público de Salud.
- Insuficiente información sobre la cantidad y la calidad del recurso humano que trabaja en el sistema público de Salud.
- Déficit importante en la calidad y cantidad de la infraestructura sanitaria de primer y segundo nivel.
- Escasos recursos financieros para la operación del sistema de Salud en sus tres ámbitos: nacional, departamental y Municipal.

Si se asocian los factores de escasa capacidad institucional con los problemas detectados en Salud y se agrega a ellos un marco normativo inaplicado y en algunos casos contradictorio, con acciones intersectoriales poco sistematizadas, conduce a contar con un sistema de Salud con deficiente capacidad de respuesta

para las acciones relacionadas con la Salud Pública, sobre todo en los determinantes de Salud (conductuales, sociales, medio ambientales y biológicos) y con escasa prevención y promoción de la Salud, así como un bajo nivel de captación de usuarios (bajas coberturas) y deficiente capacidad resolutoria de acuerdo al nivel de atención originando una producción exigua en el sistema y en los determinantes relacionados al ser humano.

En el área de la medicina tradicional se evidencia la falta de recursos humanos formados en Salud intercultural, Parte de este problema radica en que las Universidades e Institutos de formación de recursos humanos del sistema no han asumido el desafío de incorporar las técnicas tradicionales a la formación en Salud.

## 5. Gestión del Modelo Municipal de Salud

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAMLP), mediante su Dirección de Salud asumió las competencias asignadas como producto de la aprobación de las leyes de Descentralización y Participación Popular, las cuales se encontraban en vigencia. Las responsabilidades de la Dirección han crecido sistemáticamente pasando de ser un administrador de los recursos Municipales en los establecimientos de Salud, a una instancia de generación de políticas, operador de los servicios y de la Red de establecimientos de Salud.

El GAMLP ha generado información suficiente que le ha permitido elaborar y validar socialmente el Diagnóstico de la Situación del Municipio, insumo indispensable para la construcción de la red de visiones-vocaciones y la estrategia de desarrollo que define las principales políticas Municipales, sus programas de inversión y los proyectos que pretenden lograr una La Paz Líder Metropolitana<sup>38</sup>.

La Paz Líder Metropolitana está centrada en la familia y la comunidad; resulta de la articulación de las visiones y vocaciones del territorio, propone una atención integral a las problemáticas y un fortalecimiento de las potencialidades de la región, se refleja en la conjunción de siete Ejes de Desarrollo, donde se pretende potenciar y atender los aspectos sociales, culturales, ambientales, territoriales y económicos, a través de un modelo de desarrollo participativo, equitativo, con inclusión y corresponsabilidad de los actores relevantes<sup>39</sup>.

---

38 Plan de Desarrollo Municipal 2005 – 2011 – Jayma, El Plan de la Ciudad – Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

39 Plan de Desarrollo Municipal 2005 – 2011 – Jayma, El Plan de la Ciudad – Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

Actualmente El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz ha establecido el Plan de Gobierno Municipal que prioriza 10 tareas para La Paz.

## Cuadro N° 2 Las 10 tareas para La Paz



*Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014*

El compromiso fundamental del GAMLP consiste en mejorar las condiciones de vida de la población; en particular de aquella que vive en condiciones más desfavorables. Uno de los principios fundamentales es el reconocimiento de los derechos de las personas a la atención de sus necesidades básicas: **educación, Salud, saneamiento básico, nutrición, desarrollo y vivienda, trabajando** de manera integral en unidades territoriales poblacionales.

La Paz Equitativa e Incluyente pretende generar oportunidades para todos los paceños y paceñas, considerando sus distintas necesidades y sus diferencias. Tomando en cuenta las diferencias y necesidades de niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.

Finalmente, considerando las distintas expresiones lenguas y hábitos de las culturas que habitan nuestro territorio<sup>40</sup>.

<sup>40</sup> Plan de Desarrollo Municipal 2005 – 2011 – Jayma, El Plan de la Ciudad – Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

Las oportunidades deben traducirse en mejor y mayor acceso a servicios educativos y de Salud, mayor acceso y fomento para el deporte y la cultura; y brindar un marco de protección a la ciudadanía mediante la promoción de sus derechos<sup>41</sup>.

La Paz Equitativa busca el equilibrio entre sus diversos habitantes, en cuanto a acceso a los servicios públicos sin discriminación y con respeto, libertad de expresión ideológica y cultural que se da en el aumento y ejercicio de capacidades de las personas, para ampliar sus opciones<sup>42</sup>.

La Salud del Municipio se estructura sobre la base de criterios de gestión en el ámbito de la Ley Marco de Autonomías y descentralización Andrés Babiáñez, en un proceso de cambio estructural de corto, mediano y largo plazo destinado a brindar soluciones inmediatas y adecuadas a los problemas de la Salud en nuestro Municipio, en el marco de la gestión compartida en Salud.

El Municipio de La Paz es el único de todo el departamento en el cual se encuentran establecimientos de Salud de tercer nivel con todas las especialidades. Una cantidad importante de las necesidades en Salud respecto a las prestaciones de especialidades de las provincias se atienden en los establecimientos de Salud ubicadas en el Municipio de La Paz.

Con relación a la Salud se establecen dos escenarios de intervención que tiene por finalidad la modificación de la situación de Salud en el Municipio; intervenir en el ámbito de los factores determinantes de la Salud articulada a una adecuada planificación de la atención en Salud, referida esencialmente a los establecimientos de atención en sus diferentes niveles, con el fin de optimizar su rendimiento. La implementación del Modelo Municipal de Salud incluye acciones que influyen en la modificación de algunos determinantes de la Salud y aspectos de la atención en establecimientos en función al reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la Salud.

## 5.1 El Modelo Municipal de Salud

Se entiende al Modelo Municipal de Salud como un instrumento de las políticas de Salud (Las políticas del sistema de Salud son competencias exclusivas del nivel central del Estado).

---

41 Plan de Desarrollo Municipal 2005 – 2011 – Jayma, El Plan de la Ciudad – Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

42 Plan de Desarrollo Municipal 2005 – 2011 – Jayma, El Plan de la Ciudad – Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

La visión de una “La Paz, Líder Metropolitana” y la tarea específica del Gobierno Municipal de una “Mejor Salud en nuestro Municipio” trazan los lineamientos estratégicos Municipales permitiendo estructurar acciones operativas en un escenario de corto, mediano y largo plazo en el ámbito de la Salud.

El Modelo Municipal de Salud visualiza el trabajo operativo del equipo de Salud de manera coherente e integral, identificando y delineando políticas, estrategias y acciones, a ser realizadas de manera ordenada y eficiente, con la finalidad de responder a los problemas precisos de Salud.

La implementación del Modelo Municipal de Salud, debe contar con la participación ciudadana de forma activa, continua y capaz de aglutinar el mayor número de sectores de la ciudad participando de manera integral.

El Modelo Municipal de Salud es el instrumento que direcciona el accionar de la Salud, orientada hacia el objetivo de mejorar las condiciones de Salud, resultante de un proceso de planificación formulado sobre los principios de participación comunitaria, coordinación interinstitucional, intersectorial e interculturalidad, en dos ámbitos claros de aplicación.

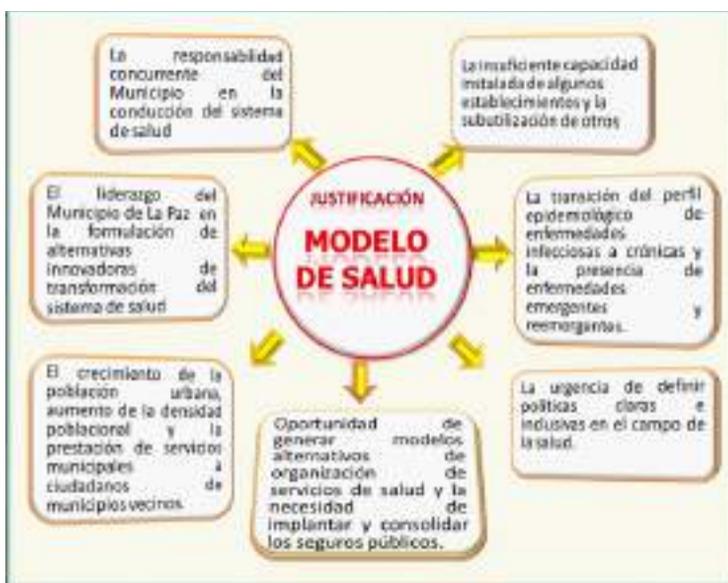
## 5.2 Justificación

La implementación del Modelo Municipal de Salud es una prioridad para el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz que pretende contribuir a mejorar la situación de Salud de nuestro Municipio. La justificación desde el punto de vista general se debe a que:

- El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz es LÍDER en la implementación de alternativas innovadoras de transformación del sistema de Salud en el marco de las políticas nacionales.
- El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz tiene la responsabilidad de conducir el sistema de Salud en su jurisdicción.
- La urgencia de definir políticas claras e inclusivas, tomando en cuenta el carácter intercultural de la población en un contexto urbano - rural.
- La insuficiente capacidad instalada de los establecimientos de Salud, por un lado y la subutilización de otros, en sus niveles de atención.

- El perfil epidemiológico de transición en relación a enfermedades presentes en la mancha urbana y las zonas rurales.
- Oportunidad de generar modelos alternativos de organización de Servicios de Salud y la necesidad de ampliar la cobertura de los seguros públicos.
- El crecimiento de la población urbana y aumento de la densidad poblacional del Municipio y la constatación de la prestación de servicios Municipales a ciudadanos de Municipios vecinos. Gráfico N° 30.

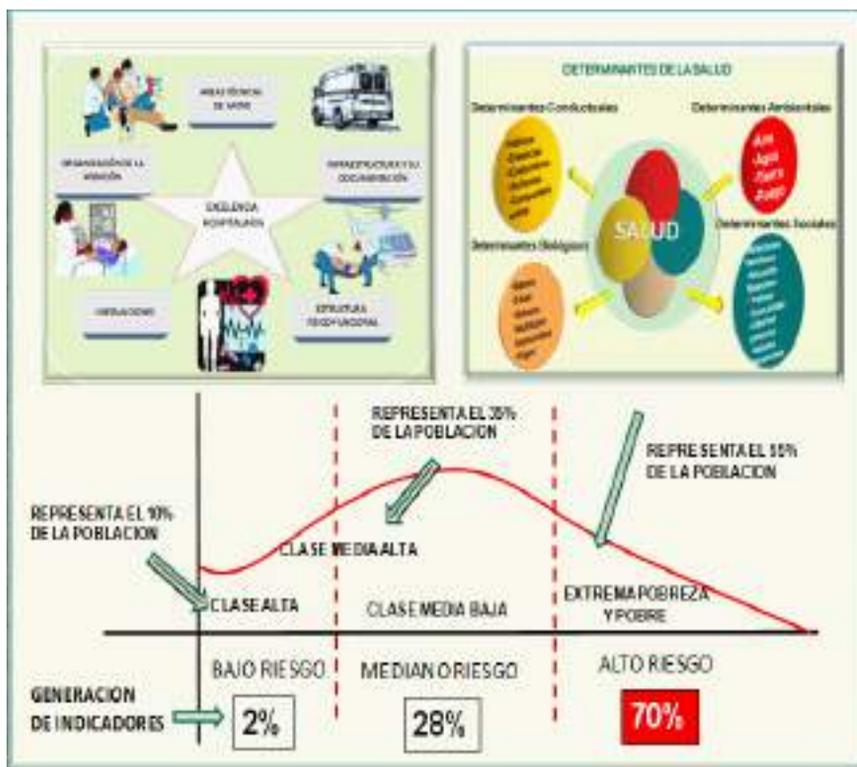
### Gráfico N° 30 Justificación del modelo municipal de salud



Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

Desde el punto de vista específico de Salud, este modelo se justifica por los altos indicadores de morbilidad. El análisis epidemiológico de la población en riesgo según sus condiciones socioeconómicas muestra que los indicadores de morbilidad guardan estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de la población, lo que permite identificar tres grupos poblacionales donde se generan indicadores de morbilidad en función de su condición socioeconómica en diferente proporción: Gráfico N° 31.

## Gráfico N° 31 Población en riesgo según condiciones socioeconómicas



Fuente: Elaboración Dirección de Salud 2014

La curva epidemiológica básica nos permite identificar la población de alto riesgo, mediano riesgo y bajo riesgo. La población de alto riesgo (población pobre y de extrema pobreza) genera aproximadamente el 70 % de indicadores de morbilidad y mortalidad. La población de mediano riesgo (clase media baja) genera el 28% de indicadores de morbilidad y mortalidad. La población de bajo riesgo (clase media alta y alta) genera el 2% de indicadores de morbilidad y mortalidad.

Bajo este enfoque es posible orientar el Modelo Municipal de Salud en dos grandes ámbitos de trabajo. Uno orientado a trabajar en las determinantes de Salud para las poblaciones de alto riesgo y parte de mediano riesgo, debido a que estos dos grandes grupos poblacionales, que en función de su condición socioeconómica generan indicadores de mortalidad blanda.

Dos, trabajar en la Red de Servicios de Salud para la población de mediano y bajo riesgo, debido a que generan indicadores de mortalidad semidura y dura, los cuales se modifican a través de acciones específicas en los establecimientos de Salud.

Estos dos ámbitos de trabajo que identifica el Modelo Municipal de Salud, articula el accionar sobre las determinantes de la Salud, “promoción y prevención” por un lado y la recuperación y rehabilitación por otro, donde ambos se integran y complementan a través de los servicios y establecimientos de Salud del Municipio.

Al implementar el Modelo Municipal de Salud, el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz pretende que el sistema de Salud Municipal se encuentre eficientemente organizado y que esté en concordancia con las necesidades de atención de nuestra población, considerando fundamentalmente sus características sociales, su densidad y crecimiento demográfico, así como con la construcción y mejoramiento de las capacidades gerenciales y técnicas del sector para la resolución efectiva y oportuna de los problemas de Salud en todo el Municipio.

### **5.3 Objetivos**

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz en su mandato de generar condiciones para contribuir a lograr una población saludable y garantizar una mejor calidad de vida de todos los ciudadanos que viven en éste Municipio. A partir de un análisis profundo de la situación de Salud del Municipio, plantea los siguientes objetivos:

#### *Objetivo general*

Mejorar las condiciones de Salud de la población del Municipio de La Paz a partir de la implementación de líneas estratégicas integrales en dos ámbitos de aplicación en Servicio y Comunidad en el marco de las políticas de Salud.

#### *Objetivos específicos*

- Fortalecer a nivel local el Sistema de Salud en el primer y segundo nivel de atención mediante de la consolidación de la Red Municipal Integral e Integrada de Servicios de Salud.
- Mejorar la calidad de atención los Servicios de Salud en tres componentes.

- Ampliar la cobertura en Salud a la población marginada.
- Mejorar las acciones de promoción y prevención.
- Proveer de un sistema de aseguramiento progresivo a la población mediante la consolidación de los seguros públicos existentes, la creación del Seguro Gremial, Escolar y Seguro Social Municipal a corto plazo.

## 5.4 Ámbitos de acción

La implementación del Modelo Municipal de Salud se sustenta bajo cuatro políticas de gestión y plantea el abordaje en dos grandes ámbitos de acción, una orientada a trabajar en la comunidad sobre los determinantes de Salud, priorizando los que guardan mayor relación con los indicadores de morbimortalidad y la otra orientada al trabajo integral en los Establecimientos de Salud. Cada una de ellas con sus propios ejes estratégicos y ejes transversales de vigilancia epidemiológica, Salud Familiar y Comunitaria e interculturalidad. Los dos ámbitos desarrollan sus actividades bajo el concepto de gestión de la Salud que se la entiende como la toma de decisiones conjuntas en los procesos de planificación y operación. Gráfico N° 32.

## Gráfico N° 32

### Políticas ámbitos de aplicación y ejes estratégicos del Modelo Municipal de Salud



Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

## 6. Políticas del Modelo Municipal de Salud

Las políticas que ha definido el Modelo Municipal de Salud están enmarcadas en la política sectorial de Salud.

### ***Política 1. Calidad de atención***

La política de calidad contiene el conjunto de directrices generales de una organización con respecto a la calidad. Se trata de pautas escritas que formalizan las intenciones globales de cumplir con los requisitos del sistema de calidad elegido, con la misión de establecer una cultura de calidad en los Servicios de Salud.

Esta política pretende contribuir a reducir los indicadores de morbimortalidad mediante la mejora de la calidad de los Servicios de Salud, fortaleciendo la capacidad local de responder a la demanda de atención en Salud.

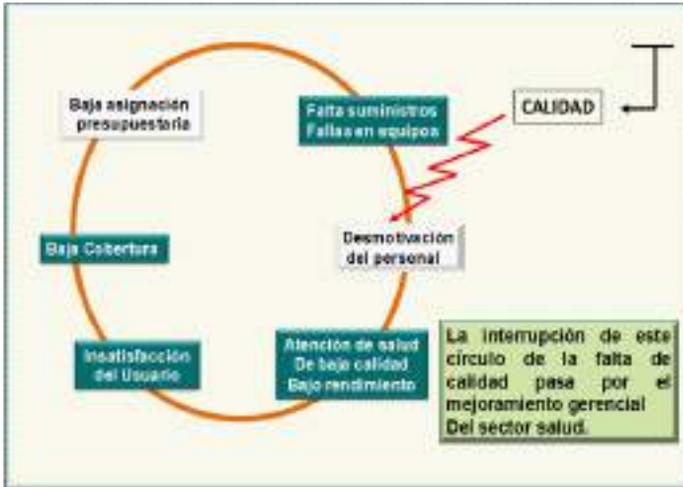
Por estas razones, el concepto universal de calidad y el estudio de sus procesos en el ámbito de las ciencias médicas se traduce en el buen servicio y la satisfacción del usuario, los cuales son objetivos primordiales para los hospitales, Centros de Salud y laboratorios que deben establecer un sistema de gestión de la calidad que se adapte a las necesidades operativas diarias del establecimiento de Salud, los usuarios y la población, los mismos que estarán enmarcados en los “Principios de gestión de la calidad”, bajo las normas ISO 9000 que establece que una organización depende de los usuarios y por lo tanto, deben evaluar y satisfacer sus necesidades actuales y futuras.

La calidad en el ámbito de la Salud, significa romper con el círculo que genera baja calidad en la atención de salud. Ver gráfico N° 33.

Para cambiar la concepción y mejorar la calidad de atención se debe establecer un sistema de gestión que permita mejorar en forma continua e integral el desempeño de los Servicios de Salud considerando a todos los involucrados internos (Personal de Salud) y externos (Usuarios). Ver gráfico N° 34

### Gráfico N° 33

#### Círculo vicioso que genera una pobre calidad de atención en salud



Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

### Gráfico N° 34

#### Modelo de gestión de calidad



Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

Las Normas ISO 9000 identifican ocho principios para la gestión de la calidad en post de una mejora continua del desempeño y constituyen la base de las Normas de Calidad.

### **Cuadro N° 3** **Principios de la gestión de la calidad**

- 1. ENFOQUE AL CLIENTE**
- 2. LIDERAZGO**
- 3. PARTICIPACION DEL PERSONAL**
- 4. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS**
- 5. ENFOQUE DE SISTEMA PARA LA GESTION**
- 6. MEJORA CONTINUA**
- 7. ENFOQUE BASADO EN HECHOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN**
- 8. RELACIONES MUTUAMENTE BENEFICIOSAS CON EL PROVEEDOR**

### ***Política 2. Promoción, prevención, curación y rehabilitación***

La Promoción y prevención de la Salud se define como el conjunto de estrategias y acciones orientadas al desarrollo de las potencialidades de los individuos, familias y comunidades para la consecución de una mejor calidad de vida con equidad social. Se considera la política más importante por su carácter articulador en los dos ámbitos de acción del Modelo Municipal de Salud (En Servicio y Comunidad), con la participación social para actuar sobre las determinantes de la Salud, como lo definió la Carta de Ottawa de 1986. En ella se define la promoción de la Salud como el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia Salud y la mejore. De esta manera se incorpora a la comunidad la responsabilidad de cuidar de su propia Salud, dándole por tanto un especial protagonismo al propio individuo e iniciar la construcción de la cultura del auto cuidado de la Salud, desarrollando de esta manera actividades preventivas.

En tanto que la curación y rehabilitación es el conjunto de medidas sociales, educativas y de salud destinadas a restituir al paciente la mayor capacidad e independencia posibles y como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.

Esta política debe estar basada en:

- No estar centrada solamente en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
- Influir en algunos determinantes o causas de la Salud.
- Combinar métodos o enfoques distintos pero complementarios.
- Orientar específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.
- Los recursos humanos deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la Promoción de la Salud.
- Resaltar el rol fundamental de los recursos humanos para el fortalecimiento, defensa y factibilidad de esta política.
- Brindar atención en salud en forma oportuna de calidad y con capacidad resolutive.

### ***Política 3. Sistema único municipal de salud***

Considerar un sistema único de Salud implica eliminar las diferencias poblacionales en función de la atención en Salud, donde toda la población pueda acceder a los mismos establecimientos de Salud bajo las mismas condiciones de oportunidad, calidad y accesibilidad.

La implementación de un sistema único de Salud que sea equitativo, solidario y de eficiente desempeño, es uno de los retos del Modelo Municipal de Salud que propone que el sistema de aseguramiento abarque a grupos poblacionales que aun no son beneficiarios de los Seguros Públicos a corto plazo, creando el Seguro Social Municipal de corto plazo, el Seguro Gremial y Escolar, para que esta población reciba atención con calidad en los establecimientos de Salud de la Red Municipal de Salud, lo cual implicaría un avance significativo para el Aseguramiento Universal de la población del Municipio y la construcción de un Sistema Único de Salud.

La ampliación de la cobertura de los servicios de la Red Municipal de Salud tendrá una perspectiva integral que conjugue la promoción, prevención, curación y rehabilitación logrando un verdadero impacto en la Salud de la población del Municipio.

Por otra parte, será fundamental la mejorará de la capacidad resolutive de los establecimientos de Salud, para que la atención sea oportuna, humanizada y segura, no discriminadora que favorezca la igualdad de género y la interculturalidad.

## ***Política 4. Accesibilidad en el sistema de salud***

Gran parte de la población del Municipio sólo tiene acceso a Servicios de Salud de primer nivel de atención del sistema público de Salud, ya sea por dificultades de desplazamiento hasta Centros alejados, por barreras culturales que aún persisten en poblaciones suburbanas y rurales, por impedimentos económicos para cubrir gastos complementarios a las prestaciones gratuitas, o por rechazo de los propios establecimientos de Salud de mayor complejidad. Esto muchas veces debido a la inexistencia de un Hospital de segundo nivel de mayor capacidad resolutive, las referencias de pacientes con patología complicada que no pueden ser resueltos en el primer nivel y son referidos directamente a los hospitales de tercer nivel, generando rechazo por la saturación en los mismos y una atención inadecuada e inoportuna.

La falta de hospitales de segundo nivel generan dificultad en la accesibilidad de los pacientes principalmente cuando tienen que ser referidos por la necesidad de especialidades con resolución quirúrgica para las complicaciones derivadas del parto y para especialidades de atención al menor de 5 años, poblaciones con altos índices de morbimortalidad.

La accesibilidad a la Red de Servicios Municipales de Salud se fortalecerá mediante la implementación de nuevos establecimientos de Salud, con una distribución equitativa, con capacidad resolutive fortalecida a través de los Facilitadores Comunitarios (Equipo de recursos humanos altamente capacitados en relaciones humanas), que permitan ser el nexo articulador entre los establecimientos de Salud en sus tres niveles de atención y la comunidad o con los pacientes que demandan atención.

## **7. Ejes estratégicos del Modelo Municipal de Salud**

### **En servicio**

#### ***Eje 1. Transformación de la red de servicios de salud***

La transformación de la Red de Servicios es un proceso necesario de implementación que se inicia con la adecuación de los establecimientos de Salud de primer nivel de acuerdo a la norma de caracterización respectiva, con el objetivo de contar

con establecimientos de Salud que presten atención de doce y veinticuatro horas, donde un 10% de los mismos cuente con el servicio de laboratorio y un 20% con el servicio de imagenología. Estableciendo mecanismos de uso compartido de establecimientos de Salud a través del intercambio de servicios entre la Red Municipal de Salud y establecimientos de los Entes Gestores de la Seguridad Social a Corto Plazo, instituciones con y sin fines de lucro de acuerdo a convenios.

El fortalecimiento y transformación de los dos niveles de atención incluye también la conversión de todos los puestos de Salud, que no tienen ninguna capacidad resolutive en Centros de Salud con internación de acuerdo a la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, la transformación de los Centros de Salud ambulatoria a centros de salud con internación en centros de salud integrales y de atención permanente y continua estandarizando los procedimientos y protocolos de atención médica en la Red Municipal Integral.

Incorporar en el primer nivel de atención acciones que enfatizen el abordaje intersectorial y concurrente para el tratamiento de los determinantes de la Salud, el manejo de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales, sociales y conductuales mediante el fortalecimiento e incremento de la cobertura de los Facilitadores Comunitarios en los establecimientos de Salud de los dos niveles de atención.

Fortalecer los Hospitales Municipales de Segundo Nivel implementando uno por Macro Distrito para lograr una alta capacidad resolutive de cada uno de ellos de acuerdo al perfil epidemiológico del Macro Distrito y la demanda de la ciudadanía, sin sobrepasar los lineamientos de la caracterización de Hospitales de Segundo Nivel, interactuando cada uno de ellos para contribuir a la resolución de problemas de Salud de manera eficiente, oportuna y con calidad conformando de esta manera la Red Municipal Integral de Hospitales de Segundo Nivel y evitando la asistencia innecesaria al tercer nivel de atención en la mayoría de los casos.

Esta Red de Servicios de Salud se articula a través del desarrollo de una serie de sistemas:

## Sistema único de información, destinado a:

- Proporcionar información precisa y en tiempo real sobre la situación inmediata de disponibilidad de camas, especialistas y asistencia social, esto permite la adecuada toma de decisiones tanto a nivel del establecimiento como a nivel de la Red integral e Integrada.
- Realizar un control efectivo de la situación de Salud de la población en general, mediante procesos locales y comunitarios de vigilancia epidemiológica de la Salud.
- Realizar un control efectivo de las variables estratégicas y complementarias que incidan en la calidad, eficiencia y efectividad de los Servicios de Salud.
- Fortalecer el seguimiento, monitoreo, control y evaluación de las acciones programadas y ejecutadas en los diferentes niveles organizativos.

## Sistema de registro en salud

Comprende un conjunto de instrumentos físicos y digitales que van orientados a registrar la información de forma ordenada y detallada con el objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica del paciente, contemplando también la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales.

Dentro de este conjunto de documentos se mencionan la historia clínica digital, formatos de admisión y registro, anamnesis, examen físico, órdenes médicas, notas de evolución, notas de enfermería, control de medicamentos, monitoreo de signos vitales, ficha clínica perinatal, registro de inmunizaciones, hoja de referencia y contra referencia, entre otros.

La historia clínica única y digital, así como la reglamentación de procesos inherentes contribuyen a mejorar la calidad, confidencialidad, seguridad y disponibilidad de la atención de las personas que solicitan los Servicios de Salud.

## Sistema de referencia y contra referencia

Asegura la continuidad de la atención de los pacientes a lo largo de la Red de Servicios de Salud, a través de la cual se pueda:

- Evitar las demoras que pongan en riesgo la vida de los pacientes.

- Contribuir con el funcionamiento articulado de la Red.
- Reducir los desplazamientos innecesarios de pacientes y sus familias.
- Cumplir con los procesos establecidos para la documentación del traslado de los pacientes.

## Sistema de planificación, orientado a la gestión por resultados

La gestión por resultados contribuye a planificar y alcanzar cambios en el corto, mediano y largo plazo al poner énfasis en los resultados. En ese contexto un resultado es un cambio en el desarrollo, se puede describir y medir y siempre se deriva de una relación de causa y efecto.

Los cambios en el desarrollo siempre tienen que ver con la distribución de recursos y la mejora en el nivel de bienestar de la población local o de una organización. Existen distintos niveles de resultados, todos se encuentran entrelazados en lo que habitualmente se conoce como la cadena de resultados (fines, objetivos y productos).

La introducción en el Modelo Municipal de Salud del Sistema de Planificación, Orientado a la Gestión por Resultados, pretende dar cumplimiento a planes estratégicos de mediano plazo, en coherencia con las prioridades Municipales, dirigidas a mejorar la calidad de atención en salud, mediante la implementación del Observatorio de la Calidad cuyo objetivo es el de implementar los procesos para la acreditación de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel realizando también el seguimiento y evaluación de los mismos.

## Desarrollo de los recursos humanos

Dentro del eje estratégico de transformación de los Establecimientos de Salud el desarrollo de los recursos humanos, constituye una prioridad, pues éstos se convierten en el mecanismo operador y orientador del desempeño del sector. La calidad de la prestación de una actividad en Salud depende en gran medida de la cantidad y de la calidad del recurso humano con el que se cuenta y, a su vez, de estos recursos humanos depende en gran medida el cumplimiento de los objetivos y las metas del sector.

Desarrollar una política específica de desarrollo de RRHH en el ámbito Municipal que respete la normativa nacional de recursos humanos en Salud y se adecue a las normas Municipales.

Así pues, generaremos mecanismos que nos permitan aplicar las características básicas de la Administración de Recursos Humanos en Salud (ARH). Ya que un aspecto que preocupa mucho al área de Salud es la alta Rotación de Personal y el permanente cambio de Recursos Humanos, la ARH nos ayudará a determinar las causas de la falta o el exceso de RRHH teniendo un análisis amplio y complejo para poder elaborar una visión a futuro de los recursos humanos.

La ARH tiene como una de sus tareas principales proporcionar las capacidades humanas requeridas por una organización y desarrollar habilidades y aptitudes del individuo para lograr la satisfacción de sí mismo y de la colectividad en la cual se desenvuelve.

No se debe olvidar que las organizaciones dependen para su funcionamiento y su evolución primordialmente del elemento humano.

Así mismo permitirá elaborar una planilla de recursos humanos del Municipio en la que se contemple una verdadera carrera sanitaria Municipal que permita la creación de ítems y genere la contratación del recurso humano adecuado.

Para que esta ARH sea eficiente se debe gestionar de manera concurrente y compartida con las instancias que correspondan la institucionalización del personal de Salud, promoviendo a este recurso humano calificado a los distintos niveles de atención.

El desarrollo de los recursos humanos es un componente central del Modelo Municipal de Salud, que debe contribuir a mejorar la situación de Salud de la población con la dotación de personal en forma organizada y en concordancia con el nivel de atención del establecimiento de Salud.

El recurso humano es uno de los componentes más activos y de mayor impacto en la implementación del Modelo Municipal de Salud.

## Regulación de los procesos de capacitación

Las instancias de capacitación deben ser reguladas, fortalecidas y coordinadas con mucha precisión y con todos los recursos posibles. Los temas específicos de capacitación preventiva, asistencial y de promoción estarán en relación directa con las enfermedades prevalentes de la población.

Se plantea mejorar sustancialmente la capacidad y el desempeño de los recursos humanos en la implementación del Modelo Municipal de Salud.

Racionalizar la oferta y la demanda de los procesos de capacitación en el Sistema Público de Salud, mejorando la eficiencia y eficacia del desempeño del recurso humano de Salud. Contribuyendo en la formación de profesionales y técnicos de acuerdo al perfil epidemiológico del Municipio.

En el ámbito comunitario se debe trabajar con las unidades educativas para incorporar contenidos de Salud en la educación formal, incentivando la valoración y el cuidado de la Salud en la población escolar.

## Normalización de los procesos de capacitación

En la Red Municipal de Salud la ausencia de información sobre los resultados de la capacitación y la falta o poco seguimiento a la aplicación de los conocimientos adquiridos, impide identificar las necesidades reales del personal para mejorar sus habilidades y destrezas ya que la realización improvisada y fragmentada de eventos de capacitación conlleva a innumerables casos de duplicaciones, priorizaciones equivocadas, abandonos frecuentes e innecesarios de funciones y discriminaciones de parte del personal.

La normalización y regulación de los procesos de capacitación, el ordenamiento planificado y la metodología orientada a las prestaciones permitirá mejorar efectivamente el cumplimiento de las funciones encomendadas al recurso humano en Salud.

## Capacitación en el trabajo

La capacitación en el trabajo se desarrollará en los hospitales de segundo nivel de atención, donde se busque mejorar las competencias, las habilidades y destrezas clínicas, buscando fundamentalmente el cambio de actitud de los profesionales en Salud, de acuerdo a sus responsabilidades asignadas dentro el Modelo Municipal de Salud.

- Desarrollar habilidades, destrezas clínicas, conocimientos y cambio de actitud profesional.
- Desarrollar técnicas en comunicación interpersonal que faciliten la proyección a la comunidad.
- Implementar adecuadamente las normas de atención en Salud, de acuerdo a los niveles de atención, revalorización el sistema de referencia y resolución en la Red de Servicios.

La metodología de capacitación que se aplique en la Red Municipal de Salud se basa en los principios de la educación para adultos, que permite que los participantes estén interesados en el tema, deseen mejorar sus conocimientos y habilidades y busquen mejorar su desempeño en el trabajo.

Es claro que en el ámbito de Salud la persona aprende de forma más rápida y eficaz observando a alguien (modelo) realizando una habilidad o actividad.

El modelaje de la conducta o aprendizaje por observación tiene lugar en tres etapas:

- Adquisición de habilidad.
- Competencias.
- Pericia en la habilidad.

Para lograr la capacitación en el trabajo se prepararon pasantías de los recursos humanos en los hospitales de segundo nivel y de tercer nivel en función de las necesidades de los recursos humanos que permitan desarrollar habilidades y destrezas.

## Infraestructura y equipamiento

En Gobierno Autónomo Municipal de La Paz viene encarando seriamente el área de infraestructura en Salud ya que la misma es una necesidad sentida de la ciudad de La Paz. Actualmente

el Municipio cuenta con dos hospitales Municipales que han sido construidos, equipados y financiado el funcionamiento con recurso económicos del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. En la gestión 2012 se inicia la construcción de dos nuevos hospitales con capacidad de 90 y 100 camas en función de la densidad poblacional, estos hospitales estarán ubicados en las zonas de Max Paredes y Cotahuma. La reorganización de la Red de los Servicios de Salud pasa por que el Municipio de La Paz cuente con 5 Hospitales de segundo nivel uno por cada Red de Salud, concordantes con los Macro Distritos. Cada uno de los hospitales debe tener un rango de población asignada en torno a los 200.000 habitantes, en función a la densidad poblacional y a las barreras de acceso, fundamentalmente geográficas.

La Red de primer nivel de atención se dimensiona de acuerdo a la extensión del Macro Distrito, su población y las barreras geográficas existentes. Preliminarmente se pretende dotar a cada Macro Distrito con 14 establecimientos los que deberán estar enmarcados en las normas de caracterización de primer nivel de atención.

El diseño preliminar establece que dos de los establecimientos de primer nivel cuenten con camas de recuperación y estabilización de pacientes y por ello deberán trabajar las 24 horas del día. Con la finalidad de garantizar una capacidad resolutive óptima, estos Centros con camas contarán con especialistas en el área de ginecología, obstetricia y pediatría.

El desarrollo de la propuesta permitirá contar con una Red de atención primaria articulada con el segundo nivel de atención que responda al perfil epidemiológico de nuestra población y que permita contribuir en la modificación de los indicadores de morbimortalidad, con capacidad resolutive acorde al nivel de atención para lo cual se debe contar con un plan de necesidades de infraestructura y equipamiento de la Red Pública, por macrodistrito, implementando además un programa de mantenimiento de equipos médicos con profesionales competentes implementando la hoja de vida de cada equipo, para contar con un instrumento de seguimiento, rendimiento y mantenimiento preventivo y reparativo.

# Nuevo Hospital Municipal **Cotahuma**



Nuevo Hospital Municipal

**LaPaz**



Oficialía Mayor de Desarrollo Humano  
Dirección de Salud

# Calidad y Calidez



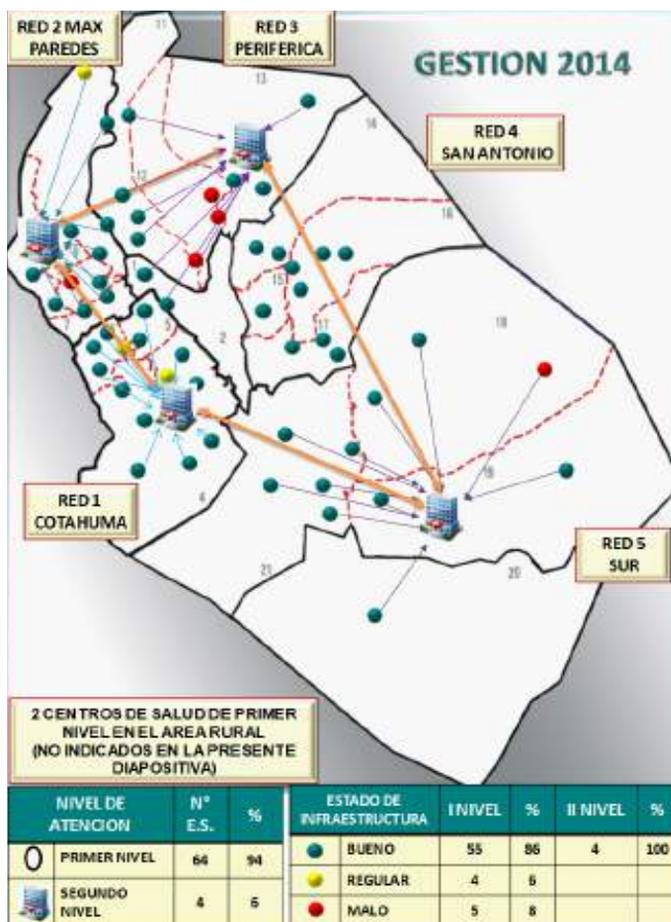
Dirección  
de **Salud**  
*Por una salud digna*



**La Salud de la población  
paceña es nuestra prioridad**

## Mapa N° 4

### Servicio de salud en el municipio de La Paz, 2014



*Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014*

## **Eje 2. Implementación del modelo de gestión administrativa financiera**

La implementación del Modelo de Gestión Administrativo Financiero busca lograr una administración eficiente y transparente de los recursos económicos municipales destinados a los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención a través de la implementación de instrumentos y procesos administrativos estandarizados y efectivos en el marco de la normativa vigente.

La implementación de un Centro Administrativo Financiero permite realizar procesos de contratación para los establecimientos de Salud de primer nivel como ser: Insumos, medicamentos, equipamiento médico, mobiliario y otros de acuerdo a las necesidades de cada establecimiento de Salud.

Estos procesos administrativos implican flujogramas, normas y tiempos que permitan un adecuado funcionamiento en la administración de recursos económicos destinados a la contratación de regentes farmacéuticos u otros recursos humanos, adquisición de medicamentos, insumos, equipamiento y mobiliario de salud, logrando que el establecimiento de salud optimice sus funciones en la demanda de atención de los pacientes.

El Centro Administrativo Financiero ejerce seguimiento y control administrativo eficiente en los establecimientos de salud municipales sobre el destino de los recursos económicos, respetando los POAs y las partidas presupuestarias.

El primer nivel de atención el Centro Administrativo Financiero de salud incorpora Analistas Financieros quienes son responsables de cada una de las redes de Salud, en función del número de establecimientos, quienes facilitan procesos administrativos buscando un adecuado manejo de los recursos económicos provenientes de los seguros públicos y recursos de generación local (venta de servicios y medicamentos). Mismos que serán registrados en los sistemas Municipales: SIGMA Municipal, SIM V.2 y Sistema de Almacenes Generales de Administración, de acuerdo a la normativa vigente.

Los Establecimientos de Salud de segundo nivel funcionan con autonomía administrativa, pero con dependencia económica y financiera. Cuentan con un Centro Administrativo Financiero lo que les permite realizar sus propios procesos de contratación. Por tanto, la Unidad de Administración y Coordinación de la Red Municipal de Salud realizará el seguimiento, control y monitoreo del manejo administrativo de los hospitales de segundo nivel.

El objetivo de esta línea estratégica es lograr que los establecimientos de Salud de los dos niveles de atención cuenten con desembolsos económicos y oportunos para la adquisición de medicamentos, insumos y reactivos en el marco de la Ley 1178, que les permita brindar una atención con calidad a la población beneficiaria que asiste a los establecimientos de Salud.

El funcionamiento del Centro Administrativo Financiero debe ir acompañado de procesos de capacitación del recurso humano para el manejo eficiente de los recursos económicos, esto permitirá garantizar el uso adecuado de los recursos físicos, humanos y financieros transferidos y recuperados.

El Centro Administrativo Financiero permite implementar mecanismos de licitación a proveedores para la compra anual de insumos y medicamentos para la Red de establecimientos de Salud, optimizando los procesos administrativos para que los establecimientos de Salud cuenten con recursos financieros oportunos, estableciendo mecanismos de control, seguimiento y corrección en las competencias de los responsables de los establecimientos de Salud y personal administrativo del GAMLP, con mecanismos de alerta temprana en los procesos de utilización de recursos financieros producto del pago de los seguros públicos, destinados a garantizar su uso adecuado y oportuno.

El Centro Administrativo Financiero permite consolidar el proceso de descentralización en Salud, fortaleciendo acciones de coordinación con los niveles supra nacionales e iniciando acciones de desconcentración en las estructuras Municipales. Buscando la integración de un Sistema de Salud de La Paz Metropolitana.

### ***Eje 3. Implementación del Sistema único municipal de salud***

Los programas de Salud Pública por definición deberían ser ofrecidos y garantizados por el Estado a toda la población de forma universal, priorizando los grupos de riesgo.

Estos programas de Salud Pública por su naturaleza misma de enfoque social no pueden ser financiados permanentemente por otro medio que no sea por el Estado a través de impuestos (y eventualmente por donaciones) y si se quiere garantizar su eficacia su universalidad y su sostenibilidad deberían ser prestados en forma obligatoria y gratuita, en todos los establecimientos de Salud que conforman el Sistema Boliviano de Salud, sin que medien tarifas, aranceles, (copagos o cuotas moderadoras).

## Gráfico N° 35 Sistema Único de Salud Municipal



Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, a través de la Dirección de Salud priorizando la Salud de nuestro Municipio, plantea la implementación de tres Seguros: Seguro Gremial, Seguro Escolar y Seguro Social Municipal a Corto Plazo, este último dirigido a los funcionarios Municipales del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, estos seguros funcionan conjuntamente con los Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, atendidos en los mismos establecimientos de salud, por el mismo recurso humano superando completamente aspectos de discriminación.

### Seguro gremial

La implementación de la red municipal de atención integral con Hospitales de II nivel con alta capacidad Resolutiva articulada a un primer nivel transformando la infraestructura, equipamiento y calidad de atención.

El seguro Gremial de Salud que brinda atención a todos los gremialistas que trabajan en el Municipio de La Paz bajo el enfoque de un “Seguro Solidario”, con un financiamiento de co-pago.

Uno de los grupos de riesgo del Municipio de La Paz, es el de los trabajadores del sector gremial, según datos de la Dirección

de Mercados, actualmente el municipio de La Paz cuenta con 31.629 gremialistas registrados, de los cuales según encuesta realizada la gestión 2013 el 86% no cuenta con ningún seguro de salud a corto plazo y el restante 14% tiene acceso a un seguro social a corto plazo.

**Tabla N° 17**  
**Número de gremialistas registrados en el municipio de La Paz**

| <b>MACRO DISTRITOS</b> | <b>TOTAL GREMIALISTAS</b> |
|------------------------|---------------------------|
| COTAHUMA               | 4.090                     |
| PERIFÉRICA             | 1.988                     |
| SAN ANTONIO            | 809                       |
| MAX PAREDES            | 9.427                     |
| SUR                    | 978                       |
| CENTRO                 | 14.337                    |
| <b>TOTAL</b>           | <b>31.629</b>             |

*Fuente: Dirección de Mercados 2014*

Este sector por las condiciones laborales derivadas de factores socios económicos y culturales realizan sus actividades a la intemperie teniendo que soportar las inclemencias climáticas, la contaminación ambiental, riesgos laborales determinados por el urbanismo, tráfico vehicular, desorden alimenticio y desorganización de su propio sector además de las derivadas por manifestaciones sociales.

De acuerdo a los factores anteriormente mencionados en algún momento el gremialista o cualquier dependiente suyo (hijos, esposa, hermanos, etc.) requieren atención médica inmediata por lo cual se ven en la incertidumbre y desconocen donde acudirán ante una emergencia médica y además están en la obligación de erogar gastos elevados, muchas veces innecesarios.

La población beneficiaria de este seguro son las personas mayores de cinco años y menores de 60 de edad que no están cubiertos por el SUMI, ni el SSPAM, ni la seguridad social y que conforman los hogares del Sector Gremiales identificados en el estudio de demanda realizado y que están dispuestos a pagar el costo la prima para acceso al seguro de salud.

La Dirección de Salud propone un Seguro de Salud para el Sector Gremial del Municipio de La Paz, este seguro es un paquete básico de prestaciones de servicios de salud de carácter solidario, orientado a una población altamente vulnerable, en este caso los Gremialistas, brindando la accesibilidad a los establecimientos de salud de la Red Municipal de I y II, bajo un sistema solidario de co-pago y definiendo un paquete básico de prestaciones de salud en función del perfil epidemiológico establecido por otro grupo poblacional, con lo cual se pretende contribuir a la disminución de los índices de morbi- mortalidad presentes en este sector.

El seguro comprende, Consulta Médica, por especialidad, exámenes Complementarios, internación, intervención quirúrgica (cirugías medianas) y medicamentos.

El criterio utilizado para incluir prestaciones en el paquete, se sustenta en el perfil epidemiológico de la población objetivo que recibirá las atenciones del Seguro de Salud Gremial como una oportunidad para modificar los indicadores de morbimortalidad, por razones de orden financiero se eligieron aquellas prestaciones que presentan una adecuada relación costo efectividad en los grupos de riesgo y considerando la optimización del uso de servicios de salud disponibles para llevar a cabo las prestaciones, pues no se incluyen prestaciones en el paquete del Seguro Gremial de Salud, que no puedan ser resueltas en el primer y segundo nivel de atención.

Los prestadores de servicios de salud para el Seguro Gremial de Salud, son los establecimientos de salud del GAMLP de primer nivel con camas y con atención de 24 horas, cada uno ubicado por Macrodistrito que se convierte en la puerta de entrada para la atención hospitalaria. Los Hospitales Municipales de segundo nivel Los Pinos y La Merced que están en condiciones de garantizar a los asegurados atención oportuna, de calidad y de bajo precio el marco del paquete de prestaciones que conforman el Seguro Gremial de Salud.

Para lo cual se establecerán lineamientos y procedimientos técnicos administrativos específicos para la atención, fortaleciendo y adecuando los establecimientos de Salud y articulando su capacidad resolutoria entre niveles de atención.

## Seguro escolar

La edad escolar siempre fue y será la edad de menor mortalidad, de todas las edades del ciclo de vida del ser humano. Sin embargo, hay una conciencia cada vez mayor de la carga de enfermedades y de malnutrición entre niños y niñas en edad escolar. Esta carga, si bien muy pocas veces lleva a la mortalidad, tiene consecuencias negativas en el desarrollo a largo plazo, obstaculizando las capacidades de aprender, de prestar atención y el desempeño en la escuela.

En la actualidad y de acuerdo a las Políticas Nacionales el grupo etareo comprendido entre los 5 a 18 años no está cubierto por ningún Seguro de Salud, considerando que este grupo se encuentra en edad escolar y está expuesto a diferentes enfermedades mostrándonos así las limitaciones que enfrentan nuestros niños y niñas en edad escolar que dificultan el desarrollo de todas sus potencialidades y capacidades.

El factor que aparenta tener mayor relación con la disminución de los indicadores de morbimortalidad son los sistemas de aseguramiento público que se han implementado en nuestro país, consolidar esta disminución dependerá de la ampliación de beneficiarios de los seguros públicos y de la adecuación del sistema de salud a un proceso de descentralización.

En este contexto el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz pretende implementar el Seguro Escolar el cual beneficiara a 149.871 escolares de los tres niveles de enseñanza de unidades educativas fiscales, de convenio y de instituciones de educación especial mas niños trabajadores de la calle entre los 6 años y menores de 16 años brindando atención primaria de manera integral, oportuna en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de acuerdo a paquete de prestaciones pre establecido, enmarcado en inmunizaciones, suplemento nutricionales y patologías prevalentes.

Para lo cual se establecerán lineamientos y procedimientos técnicos administrativos específicos para la atención, fortaleciendo y adecuando los establecimientos de Salud y articulando su capacidad resolutive entre niveles de atención.

## Seguro social municipal de salud a corto plazo

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz a través de la Dirección de Salud propone implementar un Seguro Social de Salud Municipal a Corto Plazo para funcionarios de planta y a contrato que trabajan en el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz más sus familiares según norma del Código de Seguridad Social.

Esta propuesta se realiza debido a algunas limitaciones de la Caja Nacional de salud que no permiten una atención oportuna de calidez y calidad:

En caso de accidentes y atenciones de urgencia la accesibilidad a la CNS no es oportuna, demorándose por lo menos 24 horas o más.

La calidad de atención es muy cuestionada.

Falta de infraestructura para una mejor atención al asegurado.

Falta de equipamiento. (Rotación de cama caliente).

Espera de atención para consulta médica por el lapso de 2 a 4 horas (Policlínicos).

Programación de exámenes complementarios, laboratorios y cirugías después de un mes de realizada la solicitud.

Falta de recursos humanos (médicos y enfermeras) para la población protegida

Ante esta situación difícil para los beneficiarios de la Caja Nacional de Salud, el GAMLP como entidad descentralizada con autonomía de gestión técnica-financiera y administrativa propia, reúne todas las condiciones necesarias para implementar su propio seguro a corto plazo que funcione y se implemente bajo la tuición de la Dirección de Salud como un seguro de salud delegado.

Para lo cual se establecerán lineamientos y procedimientos técnicos administrativos específicos para la atención, fortaleciendo, adecuando los establecimientos de Salud y articulando su capacidad resolutoria entre niveles de atención, consolidado la Red Municipal de Salud, paso importante para la creación del Sistema Único Municipal de Salud.

## ***Eje 4. Reducción de la desnutrición***

La reducción de la desnutrición en el Municipio de La Paz tiene como objetivo mejorar las condiciones nutricionales de los niños, niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia del Municipio de La Paz, contribuyendo así a disminuir la desnutrición.

En este eje se enfoca la prevención, fortaleciendo la participación comunitaria para mejorar los hábitos y prácticas nutricionales, creando conciencia social sobre la desnutrición y así lograr un mayor involucramiento de la sociedad, fortaleciendo las Unidades Nutricionales Integrales de Salud (UNIS's) de cada Red de Salud.

La prevención de la desnutrición en los menores de dos años puede lograrse a través de acciones específicas como la lactancia materna inmediata, exclusiva y prolongada, inicio oportuno de alimentación complementaria y la prevención de enfermedades en el seno de la familia y la comunidad.

El desayuno escolar se inicia en octubre de 1999 con la finalidad de “promover y atender, de manera sostenible, los programas de alimentación complementaria y suplementaria de grupos o personas de mayor vulnerabilidad.

El desayuno escolar tiene que ser visto como un programa integral y totalmente viable.

La implementación y el fortalecimiento del desayuno escolar está orientado a mejorar la matriculación, evitar la deserción escolar, incentivar la permanencia y mejorar el rendimiento escolar, reducir las deficiencias de micro nutrientes y mejorar el estado nutricional de los escolares. Fortalecer la capacidad de vigilancia nutricional a nivel Municipal, de redes de Salud y de la comunidad.

En el municipio de La Paz el desayuno escolar se distribuye en las Unidades Educativas del Sector Fiscal y bajo convenio, en los turnos correspondientes, el cual consta de raciones líquidas y sólidas de calidad nutricional fomentando el consumo de alimentos tradicionales libres de preservantes y otras sustancias químicas. Fortaleciendo programas de distribución de micronutrientes, complementos nutricionales y alimentos fortificados a preescolares, escolares y adolescentes.

## Eje 5. Enfermedades no transmisibles

En el año 2002, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe. La epidemia de las ENT amenaza el desarrollo social, económico, la vida y la salud de millones de personas<sup>43</sup>.

La carga de enfermedad de las ENT es de 5,2 millones de muertes de las cuales 62% se debieron a ECNT (51% afectan a hombres y 49% a mujeres)<sup>44</sup>. Se estima que estas muertes aumentarán en un 17% para el 2015, 97% de estas muertes ocurrieron en países de alto y mediano ingreso. Las principales causas de muerte son las enfermedades Cardiovasculares (192/100.000), el Cáncer (121/100.000), las respiratorias crónicas (52/100.000) y la Diabetes (26/100.000)<sup>45</sup>.

Se estima que 116 millones de personas mayores de 15 años fuman actualmente. La prevalencia de hipertensión se estima en un rango de 14 a 35%. Entre 56 y 94% de adultos mayores de 18 años, se reporta bajo consumo de frutas y vegetales. Entre el 14 y 46% de adultos mayores de 18 años reportan bajos niveles de actividad física. Se estima que la obesidad afectaba a 139 millones de personas mayores de 15 años en el 2005 y que esta cifra llegará a 289 millones para el 2015. Siendo estos los principales factores de riesgo para las ECNT.

El costo económico estimado ocasionado por ECNT es muy elevado, es así que el gasto estimado en salud para la Diabetes en el 2007 fue de 131 billones de dólares y se espera que crezca a 182 billones para el 2025. Cerca del 40% de la población paga los servicios con sus propios ingresos, una sesión de diálisis cuesta en promedio \$15.000 al año.

Entre el 39 y 63% de la población de bajos recursos tiene que pagar de su bolsillo los medicamentos de la diabetes y la hipertensión.

---

43. Estrategia Regional y Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas.

OPS/OMS, 2007.

44. Esta cifra duplica el número de defunciones debidas a todas las enfermedades infecciosas (incluidas la infección por VIH y SIDA, malaria y la Tuberculosis), las condiciones maternas y perinatales, y las carencias nutricionales. Estrategia Regional y Plan de acción para un enfoque integrado sobre

la prevención y el control de las enfermedades crónicas. OPS/OMS 2007.

45. Tasas de mortalidad.

Una preocupación creciente por los costos elevados que ocasionan a la sociedad, las familias y las personas; actualmente a la luz de múltiples investigaciones se puede aseverar que la mayor parte de las ENT son prevenibles, muchas son reversibles y curables y otras se pueden detener; básicamente a través de la detección oportuna y del control de factores de riesgo relacionados con la etiología de las mismas (especialmente factores conductuales como el uso de tabaco y alcohol, régimen alimentario, sobrepeso, sedentarismo).

El fenómeno de las ENT asienta en dos procesos particulares que se dan en los países de América Latina y el Caribe, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Así por una parte, el descenso de las tasas de fecundidad, la prolongación paulatina de la esperanza de vida, el crecimiento de la población adulta; y por otra, la declinación de las enfermedades infecciosas y de la mortalidad, originan la emergencia de las ENT. En este marco, las ENT y sus factores de riesgo representan un principal reto de salud para el desarrollo mundial en general y de las Américas en particular. En Bolivia es relativamente reciente el trabajo entorno a ECNT. A partir de la creación del Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el año 2004

A partir del 2010 el país cuenta con el Plan Nacional por los próximos 5 años “Prevención y Control de Enfermedades No Trasmisibles en la atención primaria de salud”. Este instrumento de política sectorial reconoce un grupo de enfermedades y factores de riesgo asociados que estarían afectando a la población boliviana. De esta manera, en el marco de la estrategia de atención primaria de salud, comienza a abordarse las enfermedades cardiovasculares, neoplasias, diabetes y osteo-articulares, colocándose énfasis en hábito de fumar, sedentarismo, inadecuados hábitos alimentarios, abuso de alcohol y sobrepeso; como factores de riesgo necesarios de ser atendidos para la prevención de las enfermedades crónicas. Acciones para un nivel Municipal: Contribuir a la prevención y a la reducción de la carga de ECNT y los factores de riesgo relacionados, en el municipio fortaleciendo esfuerzos multisectoriales para el desarrollo y aplicación de mecanismos de control y prevención integrada para las ECNT y sus factores de riesgo con énfasis en atención primaria de salud y la incorporación de enfoques interculturales y de género.

## Líneas de trabajo

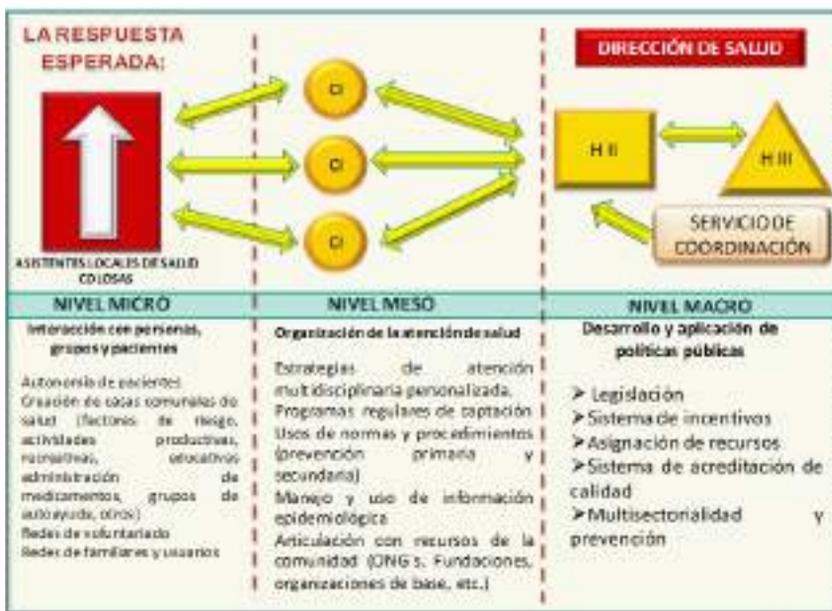
Promoción de políticas públicas, la elaboración, aprobación de políticas públicas y ordenanzas, para el ámbito municipal, será necesario para prevenir y reducir la carga de enfermedades y la presencia de factores de riesgo.

Mejoramiento de la gestión de información y conocimiento. Se trata de mejorar las capacidades para la vigilancia epidemiológica de las ECNT y los factores de riesgo relacionados, de manera continua para la toma de decisiones, adecuadas a la magnitud y características del problema.

Potenciamiento para acciones comunitarias y al establecimiento de alianzas multisectoriales. Se promoverá el desarrollo de mecanismos para la colaboración y el trabajo conjunto entre instituciones normativas y líderes sociales (Juntas vecinales, ONG's, instituciones privadas y sociedades científicas y Académicas) para abordar los más frecuentes factores de riesgo dependientes del comportamiento humano en las comunidades (hábitos alimentarios, sedentarismo, alcohol, tabaco). Desarrollando estrategias de promoción de la salud en sitios claves (lugar de trabajo, escuelas, plazas, otros lugares) y de comunicación social para estimular vida sana y activa, con participación activa de actores sociales en ciudades capital, e intermedias.

Refuerzos para el manejo integrado de las ECNT y sus factores de riesgo. Esta línea está dirigida a estimular el desarrollo de capacidades gerenciales y competencias operativas del personal de salud para el control y la prevención en procesos de atención integrada de las ECNT y sus factores de riesgo con enfoque intercultural y de género en el marco de la Atención Primaria de Salud.

## Gráfico N° 36 Implementación para la atención de enfermedades no transmisibles



Fuente: Elaboración Dirección de Salud. 2014, basado en esquema de la OPS-OMS

Estas acciones pretenden contribuir a reducir los factores de riesgo como: El hábito de fumar, sobrepeso y obesidad, control adecuado y seguimiento oportuno de la presión arterial y consumo de alcohol, con lo cual se contribuirá a reducir los índices de morbilidad secundarios a Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica, Diabetes, Cánceres y Neoplasias, Trastornos de la Salud Mental entre otras.

### **Eje 6. Atención diferenciada a los adolescentes**

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, como garante de los derechos de la ciudadanía paceña, debe desarrollar un enfoque integral de la Salud como un derecho humano para las y los adolescentes y jóvenes.

Así mismo se quiere lograr que adolescentes y jóvenes del Municipio de La Paz mejoren su calidad de vida y sus índices de desarrollo humano, mediante el ejercicio pleno de sus derechos y la práctica de hábitos Saludables.

Atención diferenciada: Entendida como la atención en Salud de forma exclusiva a un grupo etáreo y social, en este caso adolescentes y juventud, comprendiendo y reconociendo sus características y necesidades propias asignando tratamientos, consultas médicas, consejería y medicamentos diferenciados a partir de la apertura de consultorios médicos de atención gratuita a jóvenes y adolescentes en todos los Hospitales de segundo Nivel y en centros de salud con camas (uno por Macro Distrito), con atención completamente gratuita, con acciones de:

Orientación: Para comunicar y difundir hábitos en Salud y, dentro de los Establecimientos de Salud, los cuidados que señalan la y el profesional en Salud para el cuidado de la Salud de adolescentes y jóvenes.

Participación Juvenil: Es el derecho de adolescentes y jóvenes de ser parte e influir en la planificación y ejecución de políticas públicas mediante la recepción, asimilación y consideración de las necesidades, demandas y propuestas juveniles por parte de las autoridades y el ejercicio del control social y rendición de cuentas.

Prevención: De toda clase de medidas y estrategias destinadas a evitar la aparición de enfermedades con el objetivo de promover el bienestar de las y los jóvenes y reducir los riesgos producidos por las enfermedades.

Promoción: De la Salud garantizando el acceso a los Servicios de Salud, generando estrategias de difusión, información, educación para modificar los indicadores de morbilidad de las enfermedades y la mejora de las condiciones de Salud de las y los jóvenes.

Se orientará sobre los derechos de adolescentes como ser: recibir información real y adecuada, sobre salud sexual y reproductiva, respetar sus valores y orientaciones sexuales, contar con Servicios de Salud respetuosos y confidenciales, prevenir embarazos no planificados, conocer, decidir y acceder a los métodos de anticoncepción, acceder a la orientación, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH SIDA, tener atención en casos de violencia sexual, participar en programas y organizaciones de adolescentes para expresar sus intereses, necesidades y propuestas.

Para lo cual se establecerán lineamientos y procedimientos para la atención capacitando al personal de Salud para la atención diferenciada, conformando grupos de jóvenes en los Centros de Salud y formación de líderes pares.

## **Eje 7. Medicamentos e insumos seguros**

De acuerdo a la Normativa vigente la cual determina los lineamientos para la correcta administración de las Farmacias Institucionales Municipales (FIM) en los establecimientos de Salud, respecto del ciclo logístico en gestión farmacéutica, el sistema de información, la implementación de buenas prácticas de almacenamiento y dispensación de medicamentos y normas de bioseguridad.

Este eje prioriza y garantiza a la población la disponibilidad, accesibilidad de medicamentos y dispositivos médicos en un área de influencia del centro de Salud y/o del Hospital de la jurisdicción Municipal mediante la implementación de la Central Municipal de Suministros que garantizará una dotación permanente y continua de medicamentos de calidad y a bajo costo en función del SNUS (Sistema Nacional Único de Suministros), con entrega directa a los establecimientos de Salud y con la implementación de las farmacias de referencia en cada Hospital de segundo nivel.

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz para garantizar la calidad del expendio de insumos y medicamentos dotará para todos los establecimientos de Salud de los diferentes niveles de atención de infraestructura y equipamiento adecuados, además de personal farmacéutico responsable de cada una de las Farmacias Institucionales Municipales. El recurso humano tiene el perfil de Bioquímico-Farmacéutico y es capacitado para que realicen una adecuada selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y promoviendo además el uso racional en el manejo de medicamentos a través de la conformación de los Comités de Farmacia y Terapéutica, con acciones permanentes de promoción y prevención sobre el uso racional del medicamento en la población.

## **En Comunidad**

### **Eje 8. Protección y cuidados de animales domésticos y control de vectores**

Para la protección y cuidado de animales domésticos y control de vectores se realizará la construcción de un centro moderno y completamente equipado de zoonosis que permita realizar el control y la vigilancia epidemiológica de enfermedades zoonóticas y vectores, previniendo los daños a la Salud Pública, así como promoviendo la protección de los animales con el cumplimiento de la norma específica para la tenencia de estos, para lo cual se implementan los programas de:

## Programa control de la rabia y tenencia de mascotas

Realizar capacitaciones sobre el control de la rabia, dirigido al personal de Salud, concriptos de las FFAA., Universidades, Profesores y alumnos de colegios, Organizaciones Sociales y Juntas de Vecinos del Municipio de La Paz.

Difusión del Marco Normativo Nacional, Departamental para la tenencia adecuada de mascotas y Ley Municipal para la tenencia de animales y mascotas.

Realizar acciones de vigilancia epidemiológica activa con tomas de muestras programadas de canes, verificando la circulación del virus de la rabia y otras zoonosis.

Realizar el control minucioso de personas mordidas por canes con sospecha de rabia.

Vacunación masiva de canes con disminución del 90% de los casos de rabia canina.

Seguimiento a denuncias de maltrato de animales.

## Programa control de vectores /cisticercosis

- Control y prevención mediante la fumigación en instituciones públicas y privadas.
- Control de criaderos y mataderos clandestinos.
- Control de la población de palomas con el uso de anticonceptivos.
- Sensibilización a la población sobre el control de animales y vectores.
- Control de roedores mediante rodenticida biológico.
- Coordinación interinstitucional e institucional para el control de vectores y animales domésticos y silvestres en cautiverio.
- Control de cárnicos en base a la Ordenanzas Municipales.

## Programa esterilización y cirugías de mascotas

Implementación de quirófanos modernos fijos y ambulatorios en la Unidad de Protección Animal y Zoonosis para la esterilización masiva de mascotas: en coordinación con juntas de vecinos y Subalcaldías que nos permita mejorar el control poblacional de mascotas.

## ***Eje 9. Atención de la emergencia y desastre***

La Dirección de Salud a través de sus aéreas técnico-operativas en la atención primaria y prehospitalaria fortalecerá las acciones de promoción, educación y atención médica orientada a prevenir complicaciones directas e indirectas relacionadas con las emergencias y desastres por medio de acciones específicas desplazando equipos médicos al lugar del incidente donde se produce una emergencia y a las zonas afectadas por los desastres con el fin de contribuir con el manejo de las necesidades.

Brindando de inicio la atención prehospitalaria, conjunto de acciones coordinadas y destinadas a brindar atención médica de urgencia en el lugar del evento, la clasificación de la prioridad de atención y el traslado asistido de los pacientes al establecimiento de Salud adecuado, desarrollando el Centro Regulador y Coordinador de Urgencias y Emergencias y la implementación de reguladores médicos en el Servicio Municipal de Ambulancias (SEMA), optimizando de esta manera el registro y control de la referencia y retorno en los establecimientos de Salud de los tres niveles de atención basados en la Red Municipal SAFCI.

La implementación de equipos de respuesta inmediata permitirá una respuesta rápida y profesional en el caso específico de la atención a víctimas de algún desastre con atención prehospitalaria y de acuerdo a las necesidades implementar el triage prehospitalario para una adecuada referencia, asimismo se instaurará la atención primaria de Salud, conjunto de actividades preventivas, promocionales y asistenciales, que permiten solucionar en el lugar problemas de Salud de manera integral, oportuna y sostenida, realizando la vigilancia epidemiológica, tratamiento, denuncia de brotes y monitorizando el comportamiento de las enfermedades trazadoras del evento.

## ***Eje 10. Estilos de vida saludable***

Abarca lo siguiente:

Deporte: Informar, orientar y promocionar los beneficios para la Salud de la práctica deportiva continua.

**Alimentación Saludable:** Informar, orientar y promocionar la importancia y los beneficios para la Salud de una alimentación adecuada libre de grasas saturadas y escaso consumo de sal y/o de coyuntura del comportamiento de las patologías en el Municipio que se basa fundamentalmente en la conformación de Comités de Análisis Situacional de la Salud, (CASIS). Liderizados por el médico responsable del establecimiento a nivel local quien es el responsables de identificar y/o actualizar el perfil epidemiológico, de su área de influencia realizando vigilancia comunitaria como principal actividad y vigilancia en servicio.

La vigilancia epidemiológica será proceso de observación sistemática y continúa de la frecuencia y distribución de las enfermedades y el efecto de las determinantes de la Salud y sus tendencias en la población.

**Reducción del consumo de tabaco y alcohol:** Informar, orientar y promocionar los daños físicos y sociales que causan el consumo de tabaco y alcohol.

**Saneamiento Básico:** De manera intersectorial atender las deficiencias del agua potable y alcantarillado de las zonas y barrios periurbanos y rurales.

## **Ejes transversales**

### ***Eje 11. Atención primaria en salud***

Articula los procesos de planificación y operación de las acciones preventivas, promocionales y asistenciales y da respuesta a las necesidades de Atención Primaria en Salud de las zonas más deprimidas del Municipio de La Paz.

De aplicación necesaria en los dos ámbitos del Modelo Municipal basada en métodos y técnicas científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad con amplia participación y a un costo que la comunidad y el Municipio puedan soportar.

Fortaleciendo y organizando nuevos equipos de atención itinerante (EMMS) para las áreas dispersas o la atención en eventos concretos para que puedan brindar una atención:

- Integral: Perspectiva Biopsicosocial.
- Integrada: Interrelación de elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social Interrelacionada con los niveles de atención.
- Continuada y permanente: A lo largo de la vida y actividades de las personas (domicilio, escuela, trabajo, etc.), y en cualquier circunstancia (consulta en Establecimientos de Salud, urgencias o seguimiento).
- Activa: Resuelve las necesidades de Salud aunque no sean expresadas, (promoción y prevención).
- Accesible: Dejando de lado las barreras Geográficas, económicas o culturales.
- Basada en el trabajo en equipo: Integración de profesionales en Salud así como los que no son del ramo de Salud.
- Programada y evaluable: Basada en programas, con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación definidos.
- Comunitaria y participativa: Atención colectiva y no solo individual, mediante técnicas de Salud Pública. La Atención Primaria en Salud se basa en la participación de la comunidad para la planificación, programación y ejecución de actividades.

## ***Eje 12. Vigilancia epidemiológica***

La Vigilancia Epidemiológica en el Modelo Municipal de Salud es un eje trasversal de tal manera que permita un análisis de tendencias y/o de coyuntura del comportamiento de las patologías en el Municipio que se basa fundamentalmente en la conformación de Comités de Análisis Situacional de la Salud, (CASIS). Liderizados por el médico responsable del establecimiento a nivel local quien es el responsables de identificar y/o actualizar el perfil epidemiológico, de su área de influencia realizando vigilancia comunitaria como principal actividad y vigilancia en servicio.

La vigilancia epidemiológica en servicio y comunidad, permite identificar, tres tipos de problemas: factores de riesgo, morbilidad y mortalidad.

Para lo cual es imprescindible el llenado de las fichas epidemiológicas, la notificación de casos sospechosos y casos confirmados de eventos sujetos a vigilancia, en el marco del reglamento sanitario internacional, que especifica las enfermedades objeto de vigilancia determinadas por OPS/OMS.

## Eje 13. Interculturalidad

Una sociedad que reconoce su composición multicultural, asume que existen en su seno, múltiples identidades en su población construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura que generan diferentes miradas acerca de la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo, la Salud, la enfermedad y la muerte.

En estas manifestaciones de cultura viva se visualiza un proceso intercultural que se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa y horizontal que considera sinérgicas sus aportaciones, donde ningún grupo cultural está por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de las partes. Estas “relaciones interculturales” se establecen en base al respeto, la valoración a la diversidad y el enriquecimiento mutuo.

Incorporando en el marco operativo del sistema acciones que permitan a las personas, grupos e instituciones con características socios culturales diversos convivir y relacionarse de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

### Modelo intercultural para la implantación en los servicios de salud

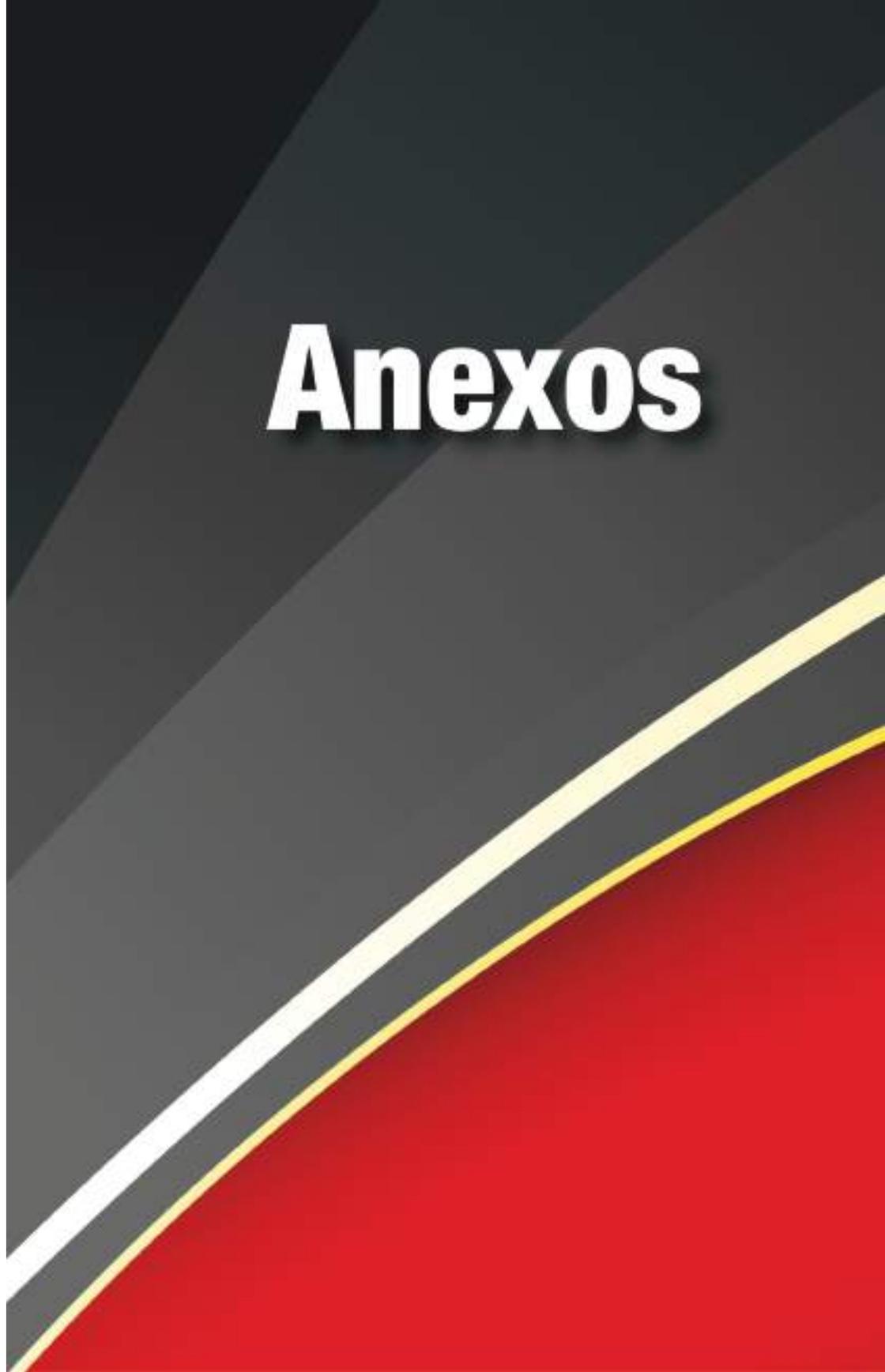
En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural.
- Relaciones equitativas.
- Respeto a las diferencias.
- Enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad en el Modelo Municipal de Salud es un eje transversal porque implica una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos.

En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de relación.

# Anexos

The background features a series of curved, overlapping bands. From top to bottom, the colors are dark grey, light grey, yellow, and red. The word 'Anexos' is centered in the upper half of the image.



**Implementación**

Modelo Municipal

de **Salud**

Dirección  
de **Salud**  
*Por una salud digna*





# Transformación Centros de Salud





## MACRODISTRITO COTAHUMA RED DE SALUD 1 - SUR OESTE

| N°                      | DISTRITO                     | ESTABLECIMIENTO DE SALUD  | DIRECCIÓN  | HORARIO DE ATENCIÓN | POBLACIÓN ASIGNADA | ANÁLISIS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD |      |                      |    |     |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------|--|---------------------|--------------------|--------------------------------------|------|----------------------|----|-----|
|                         |                              |                           |  |                     |                    | 2011                                 | 2014 |                      |    |     |
| 1                       | 3                            | C.S. 8 DE DICIEMBRE       | C. Beredeto Vincenti y Circunvalación Pño. Minibus 252 | 12 HORAS            | 5.789              |                                      |      |                      |    |     |
| 2                       | 3                            | C.S. SAN LUIS             | Calle Justo Avila y Chaco Plaza Tac. Americas          | 12 HORAS            | 4.962              |                                      |      |                      |    |     |
| 3                       | 4                            | C.S. EL ROSAL             | Av. Mario Mercado El Rosal                             | 12 HORAS            | 4.218              |                                      |      |                      |    |     |
| 4                       | 4                            | C.S. LLOJETA              | Av. Troncal Mario Mercado El Vergel                    | 6 HORAS             | 3.308              |                                      |      |                      |    |     |
| 5                       | 4                            | C.S. PASANKERY            | Av. Marcelo Quiroga lado Col. Luis Espinal             | 6 HORAS             | 7.294              |                                      |      |                      |    |     |
| 6                       | 4                            | C.M.I. TEMBLADERANI       | Ugarte Lado Subalcaldia Cotahuma S/N                   | 12 HORAS            | 29.157             |                                      |      |                      |    |     |
| 7                       | 5                            | C.S. ALCORCEZA            | Final Calle Alcorceza 2 cuadras arriba Pda. Micro 122  | 6 HORAS             | 15.408             |                                      |      |                      |    |     |
| 8                       | 5                            | C.S. LA GRUTA             | Av. 9 de Abril parada minibus 126                      | 6 HORAS             | 5.624              |                                      |      |                      |    |     |
| 9                       | 5                            | C.S. BAJO TACAGUA         | Av. Julio Teller parada minibus 311                    | 12 HORAS            | 5.760              |                                      |      |                      |    |     |
| 10                      | 5                            | C.S. NIÑO KOLLO           | Tacagua Av. 12 de Abril y 18 de Julio                  | 6 HORAS             | 6.385              |                                      |      |                      |    |     |
| 11                      | 5                            | C.S. ALTO TACAGUA         | Calle Inca Roca e Inca Mayo                            | 6 HORAS             | 4.561              |                                      |      |                      |    |     |
| 12                      | 5                            | C.S. BIBLIOTECA           | Calle Martinez Monje Final Av. Ricardo Bustamante      | 6 HORAS             | 6.633              |                                      |      |                      |    |     |
| 13                      | 5                            | C.M.I. VILLA NUEVO POTOSI | C. Ondaño Esq. Manuel Jofre S/N Pda. Minibus 227       | 24 HORAS            | 19.848             |                                      |      |                      |    |     |
| 14                      | 6                            | C.S. BAJO SAN PEDRO       | C. General Gonzales N 1328                             | 12 HORAS            | 15.913             |                                      |      |                      |    |     |
| RANGO DE CATEGORIZACIÓN |                              |                           |  |                     |                    | N°                                   | %    | HORARIOS DE ATENCIÓN | N° | %   |
|                         | EXCELENTE, MUY BUENO Y BUENO |                           |  |                     |                    | 12                                   | 86%  | 24 HORAS             | 1  | 7%  |
|                         | REGULAR                      |                           |  |                     |                    | 2                                    | 14%  | 12 HORAS             | 6  | 43% |
|                         | MALO                         |                           |  |                     |                    | 6                                    | 0%   | 6 HORAS              | 7  | 50% |

## MACRODISTRITO MAX PAREDES RED DE SALUD 2 - NOR OESTE

| Nº                      | DISTRITO                            | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | DIRECCIÓN  | HORARIO DE ATENCIÓN | POBLACIÓN ASIGNADA | ANÁLISIS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD |      |     |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--|---------------------|--------------------|--------------------------------------|------|-----|
|                         |                                     |                            |  |                     |                    | 2011                                 | 2014 |     |
| 1                       | 7                                   | C.S. OBISPO INDABURO       | Calle Rufino Carrasco Nº 1448, frente al Col.              | 12 HORAS            | 16.126             |                                      |      |     |
| 2                       | 7                                   | C.S.M.I. CHAMOCO CHICO     | 2DO LOS BASCONES 2do Puente Topeter                        | 12 HORAS            | 24.167             |                                      |      |     |
| 3                       | 8                                   | C.S. M.I. EL TEJAR (MCAL.) | Calle Damas de Cotagoita                                   | 24 HORAS            | 20.063             |                                      |      |     |
| 4                       | 8                                   | C.S. BAJO TEJAR            | Plaza 27 de Mayo Sede de la Junta de Vecinos               | 12 HORAS            | 7.939              |                                      |      |     |
| 5                       | 8                                   | C.S. VILLA VICTORIA        | REP. ESQUINA TUPIZA Nº 1896                                | 12 HORAS            | 12.451             |                                      |      |     |
| 6                       | 9                                   | C.S.M.I. LA PORTADA        | Av. Valle Grande lado Parroquia Nuestra Señora de          | 12 HORAS            | 22.268             |                                      |      |     |
| 7                       | 9                                   | C.S. MUNAYRATA             | AV. NACIONES UNIDAS FRENTE 61 (curva Complejo Deportivo)   | 12 HORAS            | 17.659             |                                      |      |     |
| 8                       | 9                                   | C.S. ALTO MCAL SANTA CRUZ  | Av. Segundo Bascones parada Binibus Nº 395 a 3 cuadras del | 12 HORAS            | 10.719             |                                      |      |     |
| 9                       | 10                                  | C.S. PANTICIRCA            | Frente Escuela Lucio Velasco                               | 6 HORAS             | 7.042              |                                      |      |     |
| 10                      | 10                                  | C.S. SAID                  | Calle 21 de Enero Nº 29                                    | 12 HORAS            | 19.801             |                                      |      |     |
| 11                      | 10                                  | C.S. CIUDADELA FERROVIARIA | Calle 1 Sede Social Junta de Vecinos                       | 12 HORAS            | 15.649             |                                      |      |     |
| 12                      | 23                                  | C.S. CAMSIQUE ZONGO        | Zongo Área rural   | 24 HORAS            | 1.279              |                                      |      |     |
| 13                      | 20000                               | P.S. SONGO CHORO           | Zongo Área rural   | 24 HORAS            | 852                |                                      |      |     |
| RANGO DE CATEGORIZACIÓN |                                     |                            |  | Nº                  | %                  | HORARIOS DE ATENCIÓN                 | Nº   | %   |
|                         | <b>EXCELENTE, MUY BUENO Y BUENO</b> |                            |  | 10                  | 77%                | 24 HORAS                             | 5    | 23% |
|                         | <b>REGULAR</b>                      |                            |  | 2                   | 15%                | 12 HORAS                             | 9    | 69% |
|                         | <b>MALO</b>                         |                            |  | 1                   | 8%                 | 6 HORAS                              | 1    | 8%  |

## MACRODISTRITO PERIFERICA RED DE SALUD 3 - NORTE

| N°                      | DISTRITO                     | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       | DIRECCIÓN  | HORARIO DE ATENCIÓN | POBLACIÓN ASIGNADA | ANÁLISIS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD |      |     |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|---------------------|--------------------|--------------------------------------|------|-----|
|                         |                              |                                |  |                     |                    | 2011                                 | 2014 |     |
| 1                       | 1                            | C.S. JUANCITO PINTO            | Calle Graneros y Murillo                               | 6 HORAS             | 5.858              |                                      |      |     |
| 2                       | 1                            | C.S. ASISTENCIA PÚBLICA        | Av. Simón Bolívar No 1519                              | 24 HORAS            | 11.213             |                                      |      |     |
| 3                       | 11                           | C.S.M.I. ACHACHICALA           | Av. Chacaltaya No 1502                                 | 12 HORAS            | 14.052             |                                      |      |     |
| 4                       | 11                           | C.S. 18 DE MAYO                | Sede Social No 104 Zona 18 de Mayo                     | 6 HORAS             | 4.652              |                                      |      |     |
| 5                       | 11                           | C.S. VINO TINTO                | Av. Baltazar de Salas No 57                            | 12 HORAS            | 11.141             |                                      |      |     |
| 6                       | 11                           | C.S. EL CALVARIO               | Av. Periférica calle 7 No 10                           | 12 HORAS            | 7.227              |                                      |      |     |
| 7                       | 11                           | C.S. AGUA DE LA VIDA           | Pje. La Bandera s/n entre calle colón y Av. La Bandera | 12 HORAS            | 10.348             |                                      |      |     |
| 8                       | 11                           | C.S. PLAN AUTOPISTA            | Calle Interoceánico "E" s/n Plan Autopista             | 6 HORAS             | 3.409              |                                      |      |     |
| 9                       | 12                           | C.S. ALTO MIRAFLORES           | esq. Adriana Pariente s/n                              | 6 HORAS             | 9.700              |                                      |      |     |
| 10                      | 12                           | C.S. SAN JUAN LAZARETO         | Final Diego de Peralta y Pedro Tarilla Nº 665          | 6 HORAS             | 5.450              |                                      |      |     |
| 11                      | 13                           | C.S. SAN JOSE DE NATIVIDAD     | Av. Costanera No 26 zona San Jose                      | 12 HORAS            | 9.028              |                                      |      |     |
| 12                      | 13                           | C.S. VILLA FÁTIMA LAS DELICIAS | Calle San José y Calle Chicaloma                       | 6 HORAS             | 10.396             |                                      |      |     |
| 13                      | 13                           | C.S. CHUQUAGUILLO              | Av Ramiro Castrillo Nº 13                              | 6 HORAS             | 9.360              |                                      |      |     |
| RANGO DE CATEGORIZACIÓN |                              |                                |  | Nº                  | %                  | HORARIOS DE ATENCIÓN                 | Nº   | %   |
|                         | EXCELENTE, MUY BUENO Y BUENO |                                |  | 10                  | 77%                | 24 HORAS                             | 1    | 8%  |
|                         | REGULAR                      |                                |  | 0                   | 0%                 | 12 HORAS                             | 5    | 38% |
|                         | MALO                         |                                |  | 3                   | 23%                | 6 Y 8 HORAS                          | 7    | 54% |

## MACRODISTRITO SAN ANTONIO RED DE SALUD 4 - ESTE

| Nº | DISTRITO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       | DIRECCIÓN  | HORARIO DE ATENCIÓN | POBLACIÓN ASIGNADA | ANÁLISIS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD |      |
|----|----------|--------------------------------|--|---------------------|--------------------|--------------------------------------|------|
|    |          |                                |  |                     |                    | 2011                                 | 2014 |
| 1  | 14       | C.S. VILLA COPACABANA (PACASA) | Calle Burgeleta. Cerca del Hospital Luis Uribe           | 6 HORAS             | 13.180             |                                      |      |
| 2  | 14       | C.S. VALLE HERMOSO             | Calle 4 parada del mini bus 299                          | 6 HORAS             | 12.243             |                                      |      |
| 3  | 15       | C.S. SAN ANTONIO BAJO          | Costanera y Calle B. Lado 319                            | 12 HORAS            | 15.408             |                                      |      |
| 4  | 15       | C.S. SAN ANTONIO ALTO          | Josefa Mujía lado de Sub Alcaldía                        | 12 HORAS            | 13.965             |                                      |      |
| 5  | 15       | C.S. ESCOBAR URIBÉ             | Av Escobar Uribe calle 7                                 | 6 HORAS             | 9.460              |                                      |      |
| 6  | 16       | C.S. PAMPAHASI (BAJO)          | C.7 detrás del Colegio Gambarte                          | 24 HORAS            | 18.262             |                                      |      |
| 7  | 16       | C.S. PAMPAHASI ALTO            | Calle K esquina D. Parada minibus 332                    | 6 HORAS             | 8.111              |                                      |      |
| 8  | 16       | C.S. VILLA SALÓME              | Avenida del Niño parada del micro V                      | 6 HORAS             | 7.224              |                                      |      |
| 9  | 17       | C.S. SAN ISIDRO                | Plaza Elizardo Pérez. Parada 210                         | 6 HORAS             | 6.183              |                                      |      |
| 10 | 17       | C.S. KUPINI                    | Av. Rogelio Carrillo S/Wlado del Colegio Sergio Villegas | 6 HORAS             | 9.028              |                                      |      |
| 11 | 17       | C.S. MAT. VILLA ARMONIA        | Parque Picapiedra  | 12 HORAS            | 166.888            |                                      |      |
| 12 | 22       | C.S. CHOQUECHIHUANI HAMPATURI  | Sector Rural   | 6 HORAS             | 44.501             |                                      |      |

| RANGO DE CATEGORIZACIÓN |                                     | Nº | %    | HORARIOS DE ATENCIÓN | Nº | %   |
|-------------------------|-------------------------------------|----|------|----------------------|----|-----|
|                         | <b>EXCELENTE, MUY BUENO Y BUENO</b> | 12 | 100% | 24 HORAS             | 1  | 8%  |
|                         | <b>REGULAR</b>                      | 0  | 0%   | 12 HORAS             | 3  | 25% |
|                         | <b>MALO</b>                         | 0  | 0%   | 6 HORAS              | 8  | 67% |

## MACRODISTRITO SUR RED DE SALUD 5 - SUR

| Nº                             | DISTRITO                            | ESTABLECIMIENTO DE SALUD           | DIRECCIÓN                 | HORARIO DE ATENCIÓN | POBLACIÓN ASIGNADA | ANÁLISIS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD |           |          |
|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------|----------|
|                                |                                     |                                    |                           |                     |                    | 2011                                 | 2014      |          |
| 1                              | 18                                  | C.S. ALTO IRPAVI                   | Peña azul                 | 6 HORAS             | 6.604              |                                      |           |          |
| 2                              | 18                                  | C.S. ACHUMANI                      | Calle 40 de Achumani      | 12 HORAS            | 19.440             |                                      |           |          |
| 3                              | 18                                  | C.S. BOLOGNIA                      | Calle 1 de Bologna        | 6 HORAS             | 8.117              |                                      |           |          |
| 4                              | 19                                  | C.S. COTA COTA (EL ROSAL)          | Calle 25 de Cota Cota     | 9 HORAS             | 21.241             |                                      |           |          |
| 5                              | 19                                  | C.S. CHASQUIPAMPA E. SAENZ         | Calle 51 de Chasquipampa  | 12 HORAS            | 12.651             |                                      |           |          |
| 6                              | 20                                  | C.S. MALLASA                       | Plaza 2 de Febrero        | 12 HORAS            | 7.218              |                                      |           |          |
| 7                              | 21                                  | C.S. BAJO LLOIETA                  | Urbanización Illimani     | 6 HORAS             | 0                  |                                      |           |          |
| 8                              | 21                                  | C.S. ALTO SEGUENCOMA               | Plaza Cívica              | 6 HORAS             | 10.592             |                                      |           |          |
| 9                              | 21                                  | C.S. OBRAJES                       | Calle 16 Ormachea         | 12 HORAS            | 12.794             |                                      |           |          |
| 10                             | 21                                  | C.S.M.I. BELLA VISTA               | Prolongación 20           | 24 HORAS            | 21.525             |                                      |           |          |
| 11                             | 21                                  | C.S. MALLASILLA                    | Av. Illimani (Mallasilla) | 6 HORAS             |                    |                                      |           |          |
| 12                             | 21                                  | C.S. ALTO OBRAJES (DIVINO MAESTRO) | Av. Del Maestro           | 12 HORAS            |                    |                                      |           |          |
| <b>RANGO DE CATEGORIZACIÓN</b> |                                     |                                    |                           | <b>Nº</b>           | <b>%</b>           | <b>HORARIOS DE ATENCIÓN</b>          | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|                                | <b>EXCELENTE, MUY BUENO Y BUENO</b> |                                    |                           | 11                  | 92%                | 24 HORAS                             | 1         | 8%       |
|                                | <b>REGULAR</b>                      |                                    |                           | 0                   | 0%                 | 12 HORAS                             | 5         | 42%      |
|                                | <b>MALO</b>                         |                                    |                           | 1                   | 8%                 | 6, 8 Y 9 HORAS                       | 6         | 50%      |

Transformación de  
**Centros de salud**



Oficialía Mayor de Desarrollo Humano  
Dirección de Salud

Transformación de  
**Centros de salud**



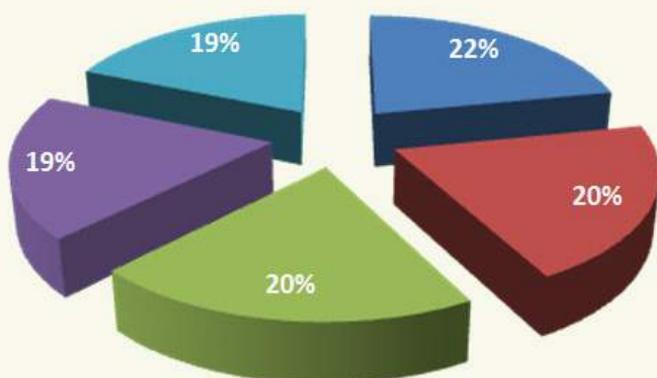
Oficialía Mayor de Desarrollo Humano  
Dirección de Salud

Transformación de  
**Centros de salud**



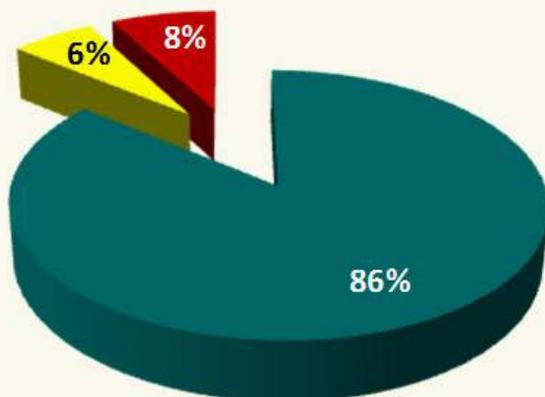
### TOTAL CENTROS DE SALUD POR MACRODISTRITO

■ COTAHU MA ■ MAX PAREDES ■ PERIFERICA ■ SAN ANTONIO ■ SUR



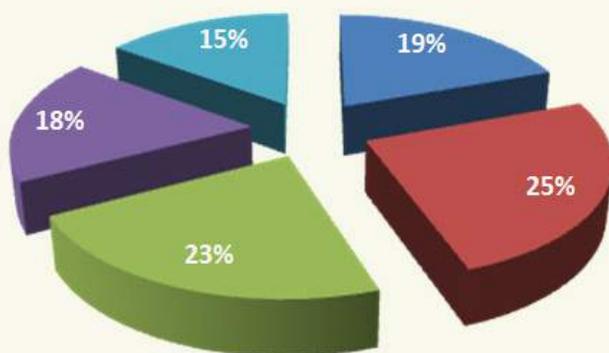
### CARACTERIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

■ EXCELENTE, MUY BUENO Y BUENO ■ REGULAR ■ MALO



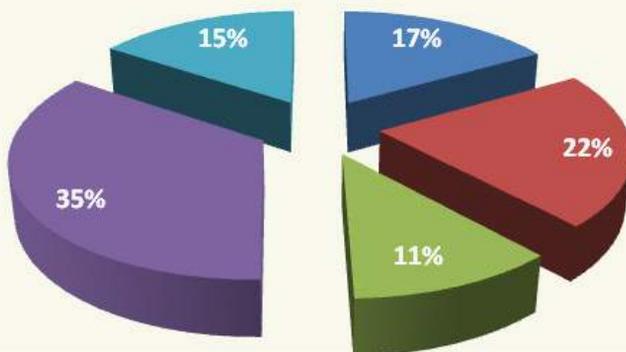
### TOTAL RECURSOS HUMANOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR MACRODISTRITO

■ COTAHUMA ■ MAX PAREDES ■ PERIFERICA ■ SAN ANTONIO ■ SUR



### TOTAL POBLACIÓN ASIGNADA POR MACRODISTRITO

■ COTAHUMA ■ MAX PAREDES ■ PERIFERICA ■ SAN ANTONIO ■ SUR



# Normativa Prestaciones de Servicios de Salud

Dirección  
de **Salud**  
*Per una salud digna*





*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*

**EVO MORALES AYMA  
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE  
BOLIVIA**

**CONSIDERANDO:**

Que el Artículo 17 de la Constitución Política del Estado, determina que el Estado tiene la obligación indefinible 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 la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la citada Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Costo Plazo, así como establece las bases para la universalización de la atención integral en salud.

Que la Disposición Transitoria Segunda de la Ley N° 475, dispone que la misma, será reglamentada mediante Decreto Supremo en un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles, computables a partir de la publicación de la citada Ley.

**EN CONSEJO DE MINISTROS,**

**DECRETA:**

**REGLAMENTO A LA LEY N° 475,  
DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

**CAPÍTULO I  
DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 1.- (OBJETO).** El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

**ARTÍCULO 2.- (DEFINICIONES).** Para efectos de aplicación del presente Decreto Supremo, se establecen las siguientes definiciones:



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*



-2-

- a) **Emergencia:** Es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención ya que lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida del paciente;
- b) **Urgencia:** Es una situación de salud que también se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida del paciente y puede requerir asistencia médica dentro de un periodo de tiempo razonable ya sea para calmar la signo-sintomatología o para prevenir complicaciones mayores;
- c) **Red funcional de servicios de salud:** Es aquella conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores público, de la seguridad social a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contrreferencia, complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud;
- d) **Capacidad resolutiva:** Son las habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos en sus diferentes niveles de atención según su complejidad para diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología a su alcance, contribuyendo de esta manera a la solución de estos problemas;
- e) **Trato preferente:** Son las acciones integradoras que procuran eliminar las desventajas de grupos vulnerables, garantizando su equiparación e igualdad con el resto de las personas con carácter de primacía;
- f) **Carnet de discapacidad:** Es el documento legal que acredita a la persona con discapacidad definiendo el tipo, grado y porcentaje de discapacidad para el reconocimiento y ejercicio de sus derechos;
- g) **Centros de Rehabilitación:** Son unidades prestadoras de servicios en rehabilitación integral, con extensión comunitaria, que permiten a las personas con deficiencias, obtener una máxima independencia, capacidad física, intelectual, mental, social y vocacional;
- h) **Entes Gestores:** Son entidades descentralizadas que otorgan prestaciones de salud en el seguro social obligatorio de corto plazo con patrimonio propio, autonomía de gestión administrativa – financiera, legal y técnica;



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*



- 3 -

- i) **Establecimientos de salud Privados:** Son aquellos prestadores de servicios de salud del subsector privado, con o sin fines de lucro.

**ARTÍCULO 3.- (RESPONSABILIDADES).** Se establecen las siguientes responsabilidades:

- a) **Ministerio de Salud.-** Es responsable de ejercer la rectoría, política, regulación y control de la aplicación de la Ley N° 475;
- b) **Establecimientos de Salud.-** Los establecimientos de salud públicos, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio, además de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud, tienen la obligación de otorgar servicios y atenciones integrales e interculturales de salud determinados en la Ley N° 475, de acuerdo a la normativa específica emitida por el Ministerio de Salud.

**CAPITULO II  
REQUISITOS PARA EL ACCESO, PRESTACIONES, CAPACIDAD  
RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PROVISIÓN  
DE PRESTACIONES Y MEDIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**ARTÍCULO 4.- (REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS).** Las beneficiarias y los beneficiarios señalados en el Artículo 5 de la Ley N° 475, para recibir las prestaciones de salud deberán presentar previamente al menos uno de los siguientes documentos vigentes:

- a) **Mujeres embarazadas:**
1. Certificado de Nacimiento;
  2. Cédula de identidad;
  3. Pasaporte;
  4. Carnet de control prenatal; o
  5. Boleta de Referencia y Contrareferencia.
- b) **Niñas y niños menores de cinco años de edad:**
1. Certificado de Nacimiento;
  2. Cédula de identidad;
  3. Pasaporte;
  4. Carnet de Salud Infantil;



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*



-4-

5. Certificado de nacido vivo emitido por establecimiento de salud; o
  6. Boleta de Referencia y Contrareferencia.
- c) Mujeres y hombres a partir de los sesenta años de edad:
1. Certificado de Nacimiento;
  2. Cédula de identidad;
  3. Libreta de Servicio Militar;
  4. Pasaporte; o
  5. Boleta de Referencia y Contrareferencia.
- d) Mujeres en edad fértil:
1. Certificado de Nacimiento;
  2. Cédula de identidad;
  3. Pasaporte; o
  4. Boleta de Referencia y Contrareferencia.
- e) Personas con discapacidad:
1. Carnet de discapacidad de acuerdo al Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad - SIPRUNPCD; o
  2. Boleta de Referencia y Contrareferencia.

**ARTÍCULO 5.- (REGISTRO DE BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS).** Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley N° 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud.

**ARTÍCULO 6.- (ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES E INTERCULTURALES).** El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.

**ARTÍCULO 7.- (PRESTACIONES DE SALUD).** El Ministerio de Salud, deberá reglamentar y actualizar, al menos cada dos (2) años, las prestaciones de salud de acuerdo a lo establecido en el Artículo 6 de la Ley N° 475.



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*



-3-

II. Las prestaciones de salud que sean otorgadas a los beneficiarios, deben enmarcarse en las Normas Nacionales de Atención Clínica y de Promoción de la Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud.

III. Los medicamentos destinados a la atención de los beneficiarios se enmarcarán exclusivamente en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales – LINAME, debiendo ser prescritos y dispensados utilizando la Denominación Común Internacional – DCI o nombre genérico.

IV. Los insumos - dispositivos médicos, destinados a la atención de los beneficiarios se enmarcarán en la Lista de Dispositivos Médicos Esenciales.

V. Los productos naturales tradicionales, destinados a la atención de los beneficiarios se enmarcarán exclusivamente en la Lista Plurinacional de Productos Naturales y Tradicionales – LIPAT.

VI. El personal de salud deberá otorgar trato preferente a las personas con discapacidad, personas adultas mayores y aquellas que sean referidas desde el área rural.

VII. Los equipos móviles de salud realizarán la atención integral e intercultural en la comunidad de acuerdo a normativa vigente definida por el Ministerio de Salud; así como, la identificación de personas con discapacidad y otros grupos de riesgo.

**ARTÍCULO 8.- (ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS).** En el marco del Parágrafo IV del Artículo 7 de la Ley N° 475, en los casos de urgencias y emergencias, el paciente, los familiares o apoderados, deberán presentar los documentos señalados en el Artículo 4 del presente Decreto Supremo, durante o después de la resolución de la situación crítica de la beneficiaria o del beneficiario.

**ARTÍCULO 9.- (EXTENSIÓN DE BENEFICIOS).** I.  
En el caso de enfermedades agudas cuyo diagnóstico se hubiese realizado antes que la beneficiaria o el beneficiario cumplan los cinco (5) años de edad o los seis (6) meses posteriores al parto, el establecimiento de salud deberá garantizar la continuidad del tratamiento específico hasta su conclusión.

II. El financiamiento de estas prestaciones se realizará de acuerdo a lo señalado en el Parágrafo II del Artículo 10 de la Ley N° 475.



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*



-6-

**ARTÍCULO 10.- (EXCEPCIÓN DE GRATUIDAD A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD).** I. Las beneficiarias y beneficiarios que accedan a los hospitales públicos de segundo y tercer nivel de manera directa por atenciones no consideradas emergencias o urgencias, deberán cancelar el costo de las atenciones recibidas de acuerdo a los aranceles establecidos por las entidades territoriales autónomas correspondientes.

II. En los entes gestores y establecimientos privados, se aplicarán los aranceles vigentes en cada año de ellos.

**ARTÍCULO 11.- (CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD).** I. El Ministerio de Salud, de acuerdo a tecnología sanitaria existente en el país y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, reglamentará la atención de los niveles correspondientes a través de normativa específica.

II. El Ministerio de Salud en coordinación con los SEDEN y los gobiernos autónomos municipales o indígena originario campesinos, emitirá normativa específica para la asignación y reasignación de sus recursos humanos en salud.

**ARTÍCULO 12.- (PROVISIÓN DE PRESTACIONES).** I. Las prestaciones a beneficiarias y beneficiarios se brindarán con carácter obligatorio en todo el territorio nacional en los establecimientos de salud públicos y de la seguridad social sin necesidad de establecerse convenios con los gobiernos autónomos municipales o indígena originario campesinos.

II. Las prestaciones a beneficiarias y beneficiarios que se brinden en establecimientos de salud privados estarán sujetos a la suscripción de convenios con los gobiernos autónomos municipales o indígena originario campesinos, cuando los servicios de salud públicos y de la seguridad social de su jurisdicción territorial demuestren ser insuficientes o inexistentes.

III. En los municipios que se requiera complementar y articular los servicios de salud con la medicina tradicional ancestral boliviana, los gobiernos autónomos municipales o indígena originario campesinos, podrán establecer acuerdos con las instancias asociativas de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana reconocidas por el Ministerio de Salud.

**CAPÍTULO III  
FINANCIAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS**



*Presidencia del Estado Plurinacional  
del Ecuador*



- 7 -

**ARTÍCULO 13.- (CUENTAS MUNICIPALES DE**

**SALUD).** I. En el marco del Artículo 108 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Balseca" y la Ley N° 475, se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas a través del Viceministerio del Tesoro y Crédito Público la apertura masiva de las cuentas corrientes fiscales en las entidades territoriales autónomas denominadas: "Cuenta Municipal de Salud" previa comunicación a las mismas.

II. En el marco del Artículo 108 de la Ley N° 031 y la Ley N° 475, se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas a través del Viceministerio del Tesoro y Crédito Público el cierre masivo de las cuentas corrientes fiscales de las entidades territoriales autónomas aperturadas en virtud a las Leyes N° 2426, de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil y del Decreto Supremo N° 28968, de 13 de diciembre de 2006, previa comunicación a las mismas.

III. Los saldos de las cuentas corrientes fiscales descritas en el Parágrafo II del presente Artículo, serán trasladados a las cuentas denominadas: "Cuenta Municipal de Salud".

IV. Serán plenamente aplicables las provisiones establecidas en el Parágrafo XI del Artículo 114 de la Ley N° 031, para las cuentas corrientes fiscales correspondientes al Seguro Universal Materno Infantil - SUMI y Seguro de Salud Para el Adulto Mayor - SSPAM.

V. Se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas así como sus instancias dependientes, emitir las normas e instrucciones que sean necesarias para el cumplimiento del presente Artículo.

**ARTÍCULO 14.- (FONDO COMPENSATORIO**

**NACIONAL DE SALUD).** I. Se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas a través del Viceministerio del Tesoro y Crédito Público el cierre de la cuenta correspondiente al Fondo Solidario Nacional del SUMI.

II. Se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas a través del Viceministerio del Tesoro y Crédito Público la apertura de la cuenta denominada "Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD", que será inscrita en el presupuesto del Ministerio de Salud.



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*



- 4 -

III. Los saldos de la cuenta fiscal descrita en el Parágrafo I del presente Artículo serán traspasados a la cuenta denominada "Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD".

IV. La gestión administrativa y los procedimientos de solicitud de acceso de los gobiernos autónomos municipales al "Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD" serán reglamentados por el Ministerio de Salud.

V. Una vez realizadas las conciliaciones y efectuadas todas las transferencias a las cuentas municipales de salud de los gobiernos autónomos municipales que accedieron al COMSALUD, al final de la gestión, el Ministerio de Salud establecerá los saldos de recursos del COMSALUD, los mismos que podrán ser utilizados de acuerdo al Parágrafo III del Artículo 11 de la Ley N° 475.

#### CAPÍTULO IV GESTIÓN ADMINISTRATIVA

**ARTÍCULO 15.- (RECURSOS INICIALES DISPONIBLES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS).** Se constituyen en recursos iniciales disponibles de los establecimientos de salud públicos, de todos los niveles, para el inicio de la atención a beneficiarias y beneficiarios de la Ley N° 475, los siguientes:

- a) Los medicamentos, insumos y reactivos del SUMI y SSPAM, existentes en la Farmacia Institucional Municipal, reportados de acuerdo a lo establecido en el Sistema Nacional Único de Suministros - SNUS, mediante los sistemas SALMI y SALI;
- b) Los saldos o rezagos locales acumulados por concepto de desembolsos del SUMI y del SSPAM;
- c) Los recursos humanos existentes, independientemente de su fuente de financiamiento;
- d) La infraestructura y equipamiento sanitario existente.

**ARTÍCULO 16.- (MODALIDAD DE PAGO).** I. La modalidad de pago de las prestaciones definidas por el Ministerio de Salud, en el marco de la Ley N° 475, será por prestación de servicio otorgado y de manera mensual.

II. La atención de beneficiarias y beneficiarios residentes en municipios diferentes al del establecimiento que efectuó la prestación de servicios de salud, no generará



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*



- 9 -

deudas intermunicipales, debiendo ser cancelada por el gobierno autónomo municipal o indígena originario campesino donde se efectuó la misma.

III. El Ministerio de Salud reglamentará la aplicación de herramientas e instrumentos administrativos e informáticos para estos fines.

IV. El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Seguros de Salud, anualmente establecerá los costos de las prestaciones en el subsector público y los ajustará con el propósito de establecer tarifas únicas para las atenciones realizadas en las Cajas de Salud, de acuerdo a la estructura de costos referencial de los entes gestores.

**ARTÍCULO 17.- (FACTURACIÓN).** Los entes gestores del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo y los establecimientos de salud privados bajo Convenio deben emitir la factura correspondiente al gobierno autónomo municipal o indígena originario campesino por la prestación de servicios a beneficiarias y beneficiarios comprendidos en el Artículo 5 de la Ley N° 475, conforme la normativa tributaria vigente.

**ARTÍCULO 18.- (SISTEMA INFORMÁTICO DE CONTROL FINANCIERO EN SALUD - SICOFS).** I. El Ministerio de Salud dotará a los gobiernos autónomos municipales o indígenas originario campesinos, para su aplicación y sostenibilidad, el Sistema Informático de Control Financiero en Salud - SICOFS, como herramienta informática para la gestión administrativa y financiera de la Ley N° 475.

II. El Ministerio de Salud queda encargado del ajuste y actualización permanente del SICOFS.

**CAPÍTULO V  
AMPLIACIÓN O INCLUSIÓN DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO,  
BENEFICIARIAS, BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES**

**ARTÍCULO 19.- (CONSEJO DE COORDINACIÓN SECTORIAL EN SALUD).** I. La Ministra o el Ministro de Salud convocará al Consejo de Coordinación Sectorial en Salud de manera obligatoria al menos una vez cada año.

II. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Seguros de Salud y el Instituto Nacional de Seguros de Salud - INASES, se constituye en la instancia



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*



- 10 -

previa de recepción, consolidación, análisis y verificación técnica de las propuestas orientadas a la ampliación o inclusión de fuentes de financiamiento, beneficiarias, beneficiarios y prestaciones de salud que sean presentadas por las entidades territoriales autónomas para ser consideradas en el Consejo de Coordinación Sectorial en Salud.

III. La Resolución emitida por los participantes del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud será elevada al Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Salud para ser reafirmada y aprobada mediante Decreto Supremo.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA.-** El cierre financiero del SUMI y del SSPAM será reglamentado por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y el Ministerio de Salud.

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA.-** Los centros de rehabilitación se articularán progresivamente al Sistema Nacional de Salud bajo reglamentación del Ministerio de Salud.

#### DISPOSICIONES FINALES

**DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA.-** Los entes gestores del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo deberán efectuar el pago de las prestaciones contempladas en la Ley N° 475, que de manera extraordinaria reciben las personas afiliadas y beneficiarias de estas entidades en establecimientos de salud públicos.

**DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA.-** Los Consejos Departamental y Municipal de Salud, son los encargados de promover e implementar procesos de gestión participativa de la salud que competen a la Ley N° 475.

**DISPOSICIÓN FINAL TERCERA.-** El Ministerio de Salud deberá elaborar la normativa específica establecido en el presente Decreto Supremo en el plazo de hasta sesenta (60) días calendario, computables a partir de su publicación.

Los señores Ministros de Estado en los despachos de Economía y Finanzas Públicas, y de Salud, quedan encargados de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.



*Presidencia del Estado Plurinacional  
de Bolivia*

- 11 -

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

**FDO. EVO MORALES AYMA**

Fdo. David Choquehuanza Cepedez

Fdo. Juan Ramón Quintana Taborga

Fdo. Carlos Gustavo Romero Benítez

Fdo. Baber Aldo Saenzá Soto

Fdo. Elba Viviana Carr Hinojosa

Fdo. Luis Alberto Arco Catacora

Fdo. Juan José Hernando Soto Soriano

Fdo. Ana Tamea Morales Oliviera

Fdo. Arturo Vladimir Sánchez Escobar

Fdo. Félix César Navarro Miranda

Fdo. Elizabeth Sandra Gutiérrez Solano

Fdo. Daniel Santalla Torres

Fdo. Juan Carlos Calviteros Camargo

Fdo. José Antonio Zurera Gutiérrez

Fdo. Roberto Iván Aguilar Gómez

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN E INTERIO DE**

**TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL Y**

**LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN**

Fdo. Nereida Achacollo Tola

Fdo. Claudia Stacy Peña Claros

Fdo. Pablo César Gross Camelo

Fdo. Amanda Dávila Torres

Fdo. Tito Rolando Menaño Rivera



**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

**Norberto Wéber Chuá**  
2011 JUNIO 20  
SECRETARÍA DE GESTIÓN GENERAL  
MINISTERIO DE TRANSPARENCIA Y LUCHA

GACETA OFICIAL DE BOLIVIA

LEY N° 473  
LEY DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013

EVO MORALES AYMA  
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL,

DECRETA:

LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD  
INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

CAPITULO I  
DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto:

1. Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Caja Pirámide.
2. Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

ARTÍCULO 2. (PRINCIPIOS). Los principios que rigen la presente Ley son los siguientes:

1. **Integralidad.** Atiende los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad a la persona, familia y comunidad.
2. **Intraculturalidad.** Recupera, fortalece y revitaliza la identidad cultural de los pueblos y naciones indígenas originarios campesinos y aïbolivianos, en el proceso salud - enfermedad de la persona, familia y comunidad.
3. **Interculturalidad.** Reconoce, acepta y respeta los saberes, conocimientos y prácticas de los pueblos y naciones indígenas originarios campesinos y aïbolivianos, a través de acciones y servicios que armonizan recíprocamente las lógicas culturales en salud, con la articulación de las medicinas tradicionales y académicas.
4. **Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad.** Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar las

## G A C E T A   O F I C I A L   D E   B O L I V I A

conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutiva adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios.

5. **Oportunidad.** Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesitan, obteniendo el máximo beneficio sin postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños.

**ARTÍCULO 3. (DEFINICIONES).** En el ámbito de aplicación de la presente Ley, se entiende por:

1. **Protección Financiera en Salud.** Es la garantía que otorga el Estado Plurinacional de Bolivia a las y los beneficiarios establecidos en la presente Ley que accedan a los servicios de salud de primer nivel, que sean referidos al segundo y tercer nivel, y a aquellos considerados como casos de urgencia y emergencia para que reciban gratuitamente las prestaciones de salud definidas por el Ministerio de Salud y Deportes, reduciendo el gasto de bolsillo de las familias y la posibilidad de que las mismas sufran un gasto catastrófico en salud.
2. **Gasto de Bolsillo en Salud.** Son todos los tipos de gastos sanitarios realizados por las familias en el momento en que uno de sus miembros se beneficia de un servicio de salud como ser honorarios médicos, compra de medicamentos, pago de servicios hospitalarios y otros.
3. **Gasto Catastrófico en Salud.** Es todo aquel gasto que obliga a una familia a destinar más del treinta por ciento (30%) de su capacidad de pago, al financiamiento de la salud de sus miembros, mermando súbitamente su capacidad para cubrir otras necesidades básicas como la alimentación, educación o vivienda.
4. **Atención Integral de Salud.** Son las acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades con tecnología sanitaria existente en el país y de acuerdo a capacidad resolutiva de los establecimientos de salud.
5. **Tecnología Sanitaria.** Es el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte, dentro de los cuales se proporciona dicha atención.
6. **Equipo Móvil de Salud.** Es un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos de salud que realiza atención en lugares alejados o en aquellos que no son cubiertos por el personal de los establecimientos de salud.

7. **Atenciones de Salud Sexual y Reproductiva.** Son todas las acciones destinadas a la prevención y tratamiento de lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino, así como la orientación y provisión de métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y aquellas priorizadas por el Ministerio de Salud y Deportes, que guarden estrecha relación con una maternidad segura.

**ARTÍCULO 4. (ÁMBITO DE APLICACIÓN).** La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las entidades territoriales autónomas y los subsectores de salud público, de la seguridad social de corto plazo y privado bajo convenio y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud.

**CAPÍTULO II  
BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS, PRESTACIONES Y  
ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

**ARTÍCULO 5. (BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS).** Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y gratuita financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.
2. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.
3. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.
4. Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
5. Personas con discapacidad que se encuentran calificadas según el Sistema Informativo del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad - SIPRUNPCD.
6. Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, referendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.

**ARTÍCULO 6. (PRESTACIONES DE SALUD).**

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

## GACETA OFICIAL DE BOLIVIA

- II. El Ministerio de Salud y Deportes, reglamentará a través de norma específica las prestaciones a ser otorgadas, los costos, las exclusiones, la modalidad de pago y la ampliación de las prestaciones, beneficiarios y beneficiarias en el marco de la atención integral y protección financiera de salud.

### **ARTÍCULO 7. (ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD).**

- I. Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la Política SAPCI.
- II. El acceso al segundo nivel, será exclusivamente mediante referencia del primer nivel.
- III. El acceso al tercer nivel, será exclusivamente mediante referencia del segundo o primer nivel.
- IV. Se exceptúa de lo establecido en el presente Artículo, los casos de emergencia y urgencia que serán regulados por el Ministerio de Salud y Deportes, que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

### **CAPÍTULO III FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

**ARTÍCULO 8. (FINANCIAMIENTO).** La protección financiera en salud será financiada con las siguientes fuentes:

1. Fondos del Tesoro General del Estado.
2. Recursos de la Cuenta Especial del Dólaro 2000.
3. Recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal.
4. Recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.

**ARTÍCULO 9. (FONDOS DEL TESORO GENERAL DEL ESTADO).** El Tesoro General del Estado financiará los recursos humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud.

### **ARTÍCULO 10. (CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD).**

- I. Los Gobiernos Autónomos Municipales tendrán a su cargo una cuenta fiscal específica, denominada "Cuenta Municipal de Salud", para la administración de:

## GACETA OFICIAL DE BOLIVIA

- I. El quince y medio por ciento (15,5%) de los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente de los recursos provenientes del IDH municipal.
  2. Los recursos que les sean transferidos por el Fondo Compensatorio Nacional de Salud.
- II. La Cuenta Municipal de Salud estará destinada a financiar las prestaciones que sean demandadas en establecimientos del primer, segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal, por toda beneficiaria y beneficiario que provenga de cualquier municipio.
- III. En caso de existir saldos acumulados de recursos en las Cuentas Municipales de Salud, serán asignados a los mismos para la siguiente gestión o podrán ser utilizados para la contratación de recursos humanos, fortalecimiento de infraestructuras y equipamiento de los establecimientos de salud, o en programas especiales de salud.

### **ARTÍCULO 11. (FONDO COMPENSATORIO NACIONAL DE SALUD).**

- I. Se crea el Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD, que será administrado por el Ministerio de Salud y Deportes, estará destinado a complementar oportunamente y eficazmente los recursos de las Cuentas Municipales de Salud cuando los Gobiernos Autónomos Municipales demuestren que los recursos de dichas cuentas son insuficientes para la atención de las beneficiarias y los beneficiarios.
- II. El Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD permitirá administrar:
  1. El diez por ciento (10%) de los recursos de la Cuenta Especial del Dólaro 2000 hasta su cierre.
  2. A partir del cierre de la Cuenta Especial del Dólaro 2000, el Tesoro General del Estado asignará un monto similar al promedio otorgado al Fondo Solidario Nacional del SUMJ en el periodo 2000-2012.
- III. Al final de cada gestión, en caso de existir saldos en el Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD, los recursos serán reasignados al mismo para la siguiente gestión o podrán ser utilizados de acuerdo a priorización y reglamentación del Ministerio de Salud y Deportes, para:
  1. Ampliación de Prestaciones.
  2. Ampliación de Beneficiarias y Beneficiarios.
  3. Ampliación o creación de programas especiales en salud.

**CAPÍTULO IV**  
**BASIS PARA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA**  
**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD**

**ARTÍCULO 12. (AMPLIACIÓN O INCLUSIÓN DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO, BENEFICIARIAS, BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES).**

- I. El Ministerio de Salud y Deportes, y las entidades territoriales autónomas, a través del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, podrán acordar el incremento de los porcentajes de las fuentes de financiamiento asignados a las Cuentas Municipales de Salud y al Fondo Compensatorio Nacional de Salud COMSALUD, o la inclusión de otras adicionales destinadas a la ampliación de las prestaciones, de beneficiarias y beneficiarios de acuerdo a priorización del sector y disponibilidad financiera.
- II. El Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado, de acuerdo a la Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, reformará y aprobará a través de Decreto Supremo las ampliaciones que sean concertadas.

**ARTÍCULO 13. (CREACIÓN DE ÍTEMES ADICIONALES PARA PERSONAL DE SALUD).** Los Gobiernos Autónomos Departamentales y los Gobiernos Autónomos Municipales, podrán destinar recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos que les sean asignados, a la creación de ítems adicionales para personal de salud de los establecimientos de salud de su ámbito territorial, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, de acuerdo a normativa vigente.

**ARTÍCULO 14. (FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES EXTRAORDINARIAS DE SALUD).** Las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias y atribuciones autonómicas en salud, podrán asignar recursos adicionales provenientes de impuestos, regalías o de sus propios recursos, diferentes a los señalados en los Artículos 10 y 11 de la presente Ley, para el financiamiento de prestaciones extraordinarias o programas especiales para las poblaciones más vulnerables, de acuerdo a normativa vigente, dentro de su ámbito territorial, que no estén establecidas en el marco de la presente Ley, previa coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes.

**DISPOSICIÓN ADICIONAL**

**ÚNICA.** Los Entes Gestores de Seguridad Social de Costo Plano, condonarán el pago de los recargos accesorios aplicados a las primas de cotizaciones que se encuentran pendientes de pago a partir de la vigencia de la Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006 y la implementación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor - SSPAM, en favor de los Gobiernos Autónomos Municipales.

## GACETA OFICIAL DE BOLIVIA

### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

#### PRIMERA.

- I. Se dispone el cierre técnico del Seguro Universal Materno Infantil - SUMI creado por Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, y del Seguro de Salud para el Adulto Mayor - SSPAM creado por Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, en el plazo de hasta noventa (90) días hábiles, computables a partir de la publicación de la presente Ley.
- II. Las prestaciones y convenios de los Seguros objeto de cierre en el Parágrafo anterior, mantendrán su vigencia hasta la publicación del Decreto Supremo reglamentario.

SEGUNDA. La presente Ley será reglamentada mediante Decreto Supremo en un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles, computables a partir de la publicación de esta Ley.

TERCERA. Los saldos correspondientes a las Cuentas Municipales de Salud - SUME al 31 de diciembre del año en curso, una vez que sean canceladas todas las deudas por concepto de atención del SUMI, en el marco de la Gestión del Sistema Nacional de Salud, serán dispuestos por los Gobiernos Autónomos Municipales, para el mejoramiento de infraestructura y equipamiento de salud en su municipio.

### DISPOSICIÓN ABROGATORIA Y DEROGATORIA

#### ÚNICA.

- I. Se abrogan las siguientes disposiciones:
  1. Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, Seguro Universal Materno Infantil.
  2. Ley N° 3250 de 6 de diciembre de 2005, Ampliación del SUMI.
  3. Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, Seguro de Salud para el Adulto Mayor.
  4. Decreto Supremo N° 26474 de 21 de noviembre de 2002, Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI.
  5. Decreto Supremo N° 26475 de 21 de diciembre de 2002, Modelo de Gestión y DELCS.
  6. Decreto Supremo N° 28968 de 13 de diciembre de 2006, Reglamento de Prestaciones y Gestión del SSPAM.

GACETA OFICIAL DE BOLIVIA

- II. Se abrogan y derogan todas las disposiciones normativas contrarias a la presente Ley.

Remítase al Órgano Ejecutivo, para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los veinte días del mes de diciembre de dos mil trece años.

Fdo. Lily Gabriela Mostafá Vizaña, Betty Ariasta Tejada Soruco, Andrés Agustín Vilca Daza, Claudia Jimena Torres Chávez, Marcelo Elío Chávez, Ángel David Cortés Villegas.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los treinta días del mes de diciembre del año dos mil trece.

**EDO. EVO MORALES AVMA**, Juan Ramón Quisana Taburga, Luis Alberto Arce Catacora, Juan José Hernando Sosa Soruco, Juan Carlos Calvimontes Camargo, Claudia Stacy Peña Claros, Amara Dávila Torres.





Dirección de Salud: Av. Simón Bolívar N° 1519 (Edif. Asistencia Pública), teléfono 2651032.

Oficialía Mayor de Desarrollo Humano: calle Colombia esp. Av. Mariscal Santa Cruz (Edif. Feliciano Cantuta, piso 9), teléfono 2650303.