

**MARCO JURIDICO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

## **INDICE**

1. ANTECEDENTES .....	3
2. ASPECTOS CONCEPTUALES GENERALES.....	5
3. MARCO JURIDICO DEL SECTOR SALUD EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA .....	8
4. CARACTERIZACION DE LOS INTEGRANTES DEL SECTOR SALUD .....	10
5. GESTION EN SALUD.....	12
6. ROL DE LOS ACTORES SOCIALES .....	16
7. BIBLIOGRAFIA .....	18
8. ANEXOS .....	18

## **MARCO JURIDICO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **1. ANTECEDENTES**

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

Más tarde en 1953 se implementa el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes o independientes que cotizaban en este sistema, excluyendo al resto de la población que no podía cotizar, generando de esta manera fuertes niveles de desigualdad.

En la década de los 70s ante esta desigualdad se reforma el Sistema Nacional de Salud adoptando un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales.

En 1984, en el contexto de la Declaración de Alma Ata, se inicia una regionalización de la salud en Bolivia y se crean los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud (APS) y en una perspectiva más técnica, economicista y pragmática.

En los años 90, el país implementó la Ley de Participación Popular y la descentralización administrativa hacia los Gobiernos Municipales. Estas medidas acompañaron, en el sector, con la aplicación de esquemas de aseguramiento público a través de paquetes de prestaciones, que desde 1994 a la fecha se han mantenido con pocas variaciones. La gestión del sistema de salud se modificó en los años noventa mediante la promulgación de dos disposiciones legales, que significaron el inicio de un proceso de apertura a la participación ciudadana y a una descentralización administrativa en el manejo de los recursos del sector salud (Ley Nº 1551 de Participación Popular 1994). Luego, con la Ley Nº 1654 de Descentralización Administrativa de 24 de julio de 1995, se formalizó el proceso de descentralización administrativa transfiriendo atribuciones de carácter técnico administrativo a nivel departamental.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud (SINAVIS), se implementa desde el año 2000 con un importante desarrollo al 2003. Se destaca el desarrollo de la organización así como las funciones de la vigilancia de la salud pública, el desarrollo de los procesos de análisis de situación de salud con enfoque de equidad y/o medición de las desigualdades en salud

Del 2002/2007 se fija como líneas principales el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), luego de que desde 1994 se desarrollaran el seguro de maternidad y niñez, el seguro materno infantil y el seguro básico de salud. La Ley de Participación Popular (1994) que transfirió la infraestructura pública de salud a los Gobiernos Municipales, dejando la gestión del recurso humano en la administración central del Ministerio de Salud y sus entes desconcentrados o Servicios Departamentales de Salud (en el ámbito de las Prefecturas) dando paso a la conformación de los Directorios Locales de Salud, entidades de gestión compartida en el ámbito local donde concurren, el representante de la Alcaldía Municipal, el representante del Servicios Departamental de Salud y el representante de la sociedad civil, quienes son responsables de la gestión local de salud en el ámbito municipal

En la gestión 2003 -2006 se continuo con el desarrollo de la política de aseguramiento público pero preocupada por hacer más inclusiva esta política, dado que el SUMI solo cubría a la mujer embarazada hasta los 6 meses después del parto y a los niños menores de 5 años, además de no tener alcance en comunidades rurales dispersas a las que no llegaba el sistema de servicios de salud.

Pese a estas reformas, muchos trabajadores urbanos y rurales no alcanzaban acceder a servicios intermedios de salud y para entonces la medicina tradicional ya había ganado un espacio de importancia. La fuerte deuda social acumulada y el déficit de cobertura obligaron a reformular nuevamente el Sistema Nacional de Salud hasta su forma actual, con la premisa de superar la inequidad en el acceso y en las coberturas de los servicios de salud, y de ajustarse a la realidad cultural boliviana.

El año 2006, en Bolivia la política social dio un giro sustancial, la generación de mayores ingresos a través del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) que, de acuerdo al Decreto Supremo 28899, debe utilizarse para mejorar las condiciones de vida de la población boliviana y en especial de la niñez, permitió una menor dependencia del financiamiento externo.

A esta coyuntura económica favorable se suma con el fin de establecer un nuevo patrón de desarrollo, la creación del Ministerio de Planificación y Desarrollo (Ley 3351 de Organización del Poder Ejecutivo del 26 de febrero del 2006), el cual se hace cargo de elaborar el “Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2011” (DS 29272, 12 de Septiembre de 2007). El carácter redistributivo de la política social da lugar a varios programas sociales dirigidos a aumentar la capacidad de respuesta efectiva del sector público para romper la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Con el gobierno de Evo Morales se da un giro sustancial en cuanto a la política social, que se centra en fortalecer el Estado Central en su rol de planificación y en implementar reformas estructurales en una dirección distinta a las reformas implementadas durante los 80s y los 90s.

En el año 2007, el 91% del gasto público social en Bolivia provenía de recursos internos, de fondos de Tesoro General de la Nación (TGN), fondos de coparticipación y de los recursos IDH. De acuerdo al Viceministerio de Descentralización, con la nueva asignación de los recursos del IDH hacia los gobiernos locales, entre el 2005 y el 2007, los municipios multiplicaron sus ingresos por nueve veces y, las prefecturas triplicaron sus ingresos.

En Febrero de 2009, la nueva Constitución Política del Estado fue aprobada mediante referéndum el 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009, las bases fundamentales del ahora Estado Plurinacional de Bolivia donde se señala los derechos, deberes y garantías de la población, la estructura y organización del estado a través de 5 partes y 411 artículos, de los cuales varios se refieren a salud.

## **2. ASPECTOS CONCEPTUALES GENERALES**

A partir de la aprobación y promulgación de la Nueva Constitución Política del Estado se diseña una institucionalidad para garantizar el cambio del Estado colonial y neoliberal al Estado Unitario Plurinacional Descentralizado con Autonomías que recuperan el valor del pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, existente en el País. Este proceso de cambio iniciado y su nueva organización institucional, demandaron el cambio de patrones culturales en la mentalidad y en el comportamiento de las personas. (DS: 29894) a fin de garantizar la correcta implementación de los principios, valores y disposiciones de la nueva Ley fundamental.

### **Gestión Pública**

La importancia que tiene la correcta administración de los recursos que la sociedad confía a la gestión pública, exige un elevado grado de capacitación de los servidores públicos, quienes por su actividad eficaz y eficiente permiten el logro de los objetivos institucionales en particular y nacionales en general

Las reformas institucionales del Estado boliviano, inspiradas en el modelo neoliberal, lograron hacer una abstracción de la sociedad, la cultura, el territorio y la geografía. Todo reducido al plano de normas y procesos, que se adscribían al modelo racional mercado céntrico (liberación del mercado interno y una apertura del comercio exterior). Donde la participación del Estado era limitada; donde se dejaba la iniciativa económica en manos del mercado y del capital privado, como agentes de desarrollo. Los otros elementos del ajuste estructural se orientaron a la reducción del déficit fiscal y a la apertura irrestricta de la economía al mercado externo.

El rasgo más importante de la implementación de este modelo de ajuste estructural en Bolivia fue la subordinación de lo social frente a lo económico. En ese contexto, no se logró reducir la pobreza.

En la administración pública boliviana, los instrumentos y sistemas orientados al bien público fueron implementados paulatinamente en los últimos 25 años, a partir de los primeros procesos de aplicación de la Ley Sistemas de Administración Financiera y Control Gubernamental (SAFCO), que data del año 1990. La Ley SAFCO se introdujo como lógica de administración pública de los principios de “obligación de rendir cuentas”. Sin embargo, en su aplicación se tiene muchos problemas, principalmente en los municipios rurales, donde no se cuenta con recursos humanos suficientes para la aplicación de sus reglamentos.

Luego de una primera etapa de implantación preliminar, los diferentes sistemas han sido ajustados y cada uno de ellos ha sido dotado de sus reglamentaciones específicas.

La Ley SAFCO consta asimismo de instrumentos a través de los cuales da operatividad en la gestión pública, en los tres niveles: nacional, departamental y municipal. Sin embargo, en su momento ha sido un instrumento de gestión y control no sólo necesario, sino también urgente,

principalmente para transparentar la gestión pública y controlar la discrecionalidad de las decisiones de los servidores públicos en aras de proteger el bien común.

Una aproximación al análisis de las condiciones para que estos instrumentos tengan la capacidad de garantizar el bien común, resalta como punto crítico la dificultad de *adaptación de los sistemas de gestión y control de la administración pública en el país que cuenta con una institucionalidad precaria, factor que dificulta la adaptación de este modelo a nuestra realidad, la que podemos apreciar en:*

- *La diversidad y diferencia territorial de los municipios del país que debería buscar ajustes en la Ley SAFCO, en función de las diferentes realidades.*
- *La diversidad cultural, factor que, al no tomarse en cuenta, restringe cualquier voluntad de cambio La restricción se da cuando quienes toman las decisiones sobre las políticas públicas, actúan como si las diversidades culturales no existieran y no adaptan los modelos a tales realidades.*
- *Debilidad institucional del país Fragilidad continúa del sistema institucional nacional, referida a la inestabilidad funcionaria; con cada cambio de gobierno, gran parte del personal técnico es removido y por lo general personal con alguna experiencia; lo cual tiende a debilitar la capacidad técnica del Estado.*

La Ley 1178 de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO), normativa vigente en el país desde julio de 1990, fue diseñada para el funcionamiento de un determinado modelo económico, como fue el modelo neoliberal, en el que se tenía un aparato del Estado reducido y, por lo tanto, se requería un sistema de control también muy reducido. En la actualidad estas condiciones han cambiado en la medida en que el Estado nuevamente ingresa en áreas productivas. Por lo tanto, la parte de administración, como el componente de control gubernamental, necesariamente debe ser modificada para que se adecúe y se lleve adelante una apropiada gestión de este nuevo modelo. Estas determinaciones pendientes pueden retrasar el accionar y la gestión de las Gobernaciones manteniéndose problemas como la baja ejecución y otros. (Contraloría General del Estado)

### **Determinantes en Salud**

Centrarse en el concepto de las determinantes socioeconómicas en salud, significa reconocer que lo que más incide en las condiciones de salud, no es el acceso a los servicios de atención, sino la calidad del ambiente social en el que se desarrollan las personas (alimentación, vivienda, vestimenta, recreación, accesibilidad a servicios de educación, agua segura, energía limpia, saneamiento básico, recreación, trabajo, otros.) (MSD).

El entorno físico referido a la calidad de la vivienda, del entorno laboral, escolar y de todos los espacios públicos existentes en la comunidad. Los riesgos y las lesiones que se generan son determinantes significativas en los problemas de salud.

El Estilo de vida, hábitos y capacidades de adaptación pueden mejorar o empeorar el nivel de salud de la población

Por lo tanto (MSD) se pretende que el enfoque de los determinantes sociales en salud se convierta en una política sectorial y de Estado, y establece las siguientes líneas de acción:

- Introducir y fortalecer el entendimiento y participación de la sociedad civil y del sector sobre los determinantes de salud, para reducir las inequidades y la exclusión social con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios y el nivel de salud de la población boliviana.
- Promover e impulsar una mayor comprensión de los determinantes de la salud entre los diferentes ministerios del gobierno y desarrollar iniciativas intersectoriales integrales.

### **Perspectivas y retos**

El principal reto que enfrenta el sistema de salud es disminuir la exclusión de la gran mayoría de la población del territorio. El subsistema de seguridad social, afilia a un reducido porcentaje de la población, el subsector público ofrece cobertura a 42% de la población, en su mayoría de los pueblos indígenas. Esta inequidad de acceso se ve reflejada en las enormes brechas en los valores de los principales indicadores de salud.

La gestión de los recursos humanos constituye otro desafío. Más de la mitad de los establecimientos de salud del área rural son responsabilidad de auxiliares de enfermería y promotores de la salud.

La diversidad cultural es una de las variables que más influyen en el acceso y que debe atenderse en los programas de formación de recursos humanos y establecimientos de unidades de salud.

El fortalecimiento de los sistemas de información en salud es otro desafío. El principal actor en esta materia (SNIS) concentra su acciones en la recolección de información muy específica (mortalidad materna, mortalidad infantil) y no ha podido desarrollar capacidades para sistematizar la recolección, procesamiento y diseminación de la información que requiere un sistema de salud para su buen funcionamiento.

Si bien Bolivia ha logrado avances significativos con la aprobación de la Ley 2209 sobre Ciencia, Tecnología e Innovación, el país no cuenta con un verdadero sistema de investigación en salud que articule al conjunto de instituciones académicas, asistenciales y sociales que generan conocimiento.

Finalmente en Bolivia persiste el modelo asistencial pese a que se han logrado históricos avances plasmados en la Constitución Política del Estado Plurinacional, como el derecho fundamental a la salud, la garantía del Estado para la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas y la

próxima existencia de un Sistema Único de Salud con características de gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidez y control social.

### **3. MARCO JURIDICO DEL SECTOR SALUD EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

Conceptualmente la Constitución Política del estado, es la norma jurídica suprema positiva que rige la organización de un Estado, estableciendo: la autoridad, la forma de ejercicio de esa autoridad, los límites de los órganos públicos, definiendo los derechos y deberes fundamentales de los ciudadanos y garantizando la libertad política y civil del individuo

La nueva Constitución Política del Estado promulgada en febrero de 2009, donde Bolivia se constituye en: Un **“Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías.”**

*Premisa que se analiza en el Anexo 1, que en líneas generales resume lo que es la Nueva Constitución Política del Estado.*

*El Decreto Supremo No. 29272 de aprobación del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la Republica; “Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien – Lineamientos estratégicos 2006 -2011” en su artículo 3 dispone que los Planes Sectoriales deben ser elaborados, formulados y ejecutados bajo los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo.*

El Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”, implica la concepción, políticas, estrategias y programas de desarrollo del país en todos los ámbitos sectoriales y territoriales, de acuerdo a los siguientes lineamientos: Contribuir al proceso de transformación del país; desmontar el modelo de desarrollo concebido desde el colonialismo y el neoliberalismo, y cambiar el patrón de desarrollo primario exportador.

El Artículo 158 de la Constitución Política del estado en concordancia con el artículo 2 del Código de salud de la República de Bolivia; establece que la salud es un bien de interés público que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en general y garantiza el ejercicio de derechos sin distinción de edad, raza, sexo o condición económica.

El Artículo 3 del Código de Salud establece que es atribución del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y deportes, define las políticas nacionales de salud, normar, planificar, controlar y coordinar todas la actividades en todo el territorio Nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.



En este sentido el DS 29894 en su Capítulo III, Artículo 3.- Inciso a) define el principio del “Vivir Bien”, “sumaj kausay, suma qamaña, ñandereko, teko kavi, ivi maraei, qhapaj ñan”, como la satisfacción compartida de las necesidades humanas que incluye la afectividad y el reconocimiento, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos. Y en su Artículo 4 define los valores como las cualidades de carácter social y personal que promoverán los servidores y servidoras públicas con base en la filosofía del “Vivir Bien”

En el mismo Decreto en el Título II, Capítulo I Artículo 6.- describe los niveles del Órgano Ejecutivo:

**a) A Nivel Central :**

- Presidencia del Estado Plurinacional.
- Vicepresidencia del Estado Plurinacional.
- Ministerios del Estado Plurinacional.

**b) A Nivel Departamental:**

- Representación Presidencial en los Departamentos.

Y el Capítulo III Artículo 13 y 14.- (Descripción). I. incorpora las atribuciones de la Administración Pública son realizadas por las Ministras y los Ministros del Estado Plurinacional.

El Capítulo XVI Artículo 89.- (Estructura Jerárquica). La estructura jerárquica del Ministerio de Salud y Deportes:  
Ministra(O) de Salud y Deportes

- Viceministerio de Salud y Promoción
  - Dirección General de Servicios de Salud
  - Dirección General de Promoción de Salud
  - Dirección General de Seguros de Salud
- Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad
  - Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad
- Viceministerio de Deportes
  - Dirección General de Promoción del Deporte, la Educación Física y la Recreación

Mandato político y social del Sector Salud Visión del Sector Salud al 2020 Garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza e inequidad para Vivir Bien.

La satisfacción de la población (vivir bien) se lograra mediante un mejoramiento del sistema de salud, con la participación activa de la comunidad y el accionar intersectorial para la salud (para actuar sobre los determinantes de la salud)

El Plan de Desarrollo Sectorial enfocado a fortalecer el Sistema Nacional de Salud en su capacidad de movilización de la población y movilización de todos los sectores para la salud.

El fortalecimiento del sistema nacional de salud se desarrollara mediante:

- 1) La capacitación integral del personal del Sistema nacional de salud.
- 2) La Medicina tradicional y salud familiar comunitaria
- 3) El empoderamiento La capacidad de movilización comunitaria

El nuevo Plan Sectorial de salud 2010 -2020 denominado “Hacia la Salud Universal” (PSD) es el instrumento que orienta el accionar de todo el Sector Salud en Bolivia, en alineación a los nuevos paradigmas del desarrollo del Estado Plurinacional establecidos en la Constitución Política de Estado (CPE), el Plan nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Gobierno 2010 -2015 “Evo avanza” y la política Sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, y que emana de las propuestas sociales y sanitarias realizadas en la concertación social nacional de las Pre constituyentes de salud 2005 y del trabajo de coordinación con autoridades y técnicos del nivel nacional, departamental y municipal.

El PSD que incorpora tres ejes para su desarrollo en base a los cuales se coordinan las estrategias: 1) acceso universal al sistema de salud; 2) promoción de la salud; y 3) soberanía y rectoría sobre el sistema de salud.

#### **4. CARACTERIZACION DE LOS INTEGRANTES DEL SECTOR SALUD**

Actualmente el sector salud está caracterizado por su segmentación y fragmentación compuesto por los siguientes subsectores:

- Subsector Publico, financiado por fondos públicos, descentralizado en su gestión
- Subsector del seguro Social de corto plazo, conformado por diversas Cajas de Salud que atienden a trabajadores con dependencia laboral formal, financiado por cotizaciones contributivas
- Subsector Privado conformado por las entidades sin fines de lucro que actúan en salud (ONG’s, iglesias y otros) y las entidades con fines de lucro que atienden solamente a grupos poblacionales con capacidad de pago (establecimientos privados, seguros privados, etc.)
- Subsector de a Medicina Tradicional conformado por diferentes proveedores, parteras, Quilliris, herbolistas, Amautas, Jampiris, Kallawayas, Kakuris, Aysiris, Ipayes y otros.

#### **Integrantes del Sector**

- Cabeza del sector Ministerios de Salud y Deportes Máxima Autoridad sanitaria en el Sector Salud. Dentro de sus atribuciones establecidas en la CPE es la instancia normativa que establece las políticas nacionales de salud y normas
- Servicios Departamentales de Salud (SEDES) dependientes de las Gobernaciones, sus atribuciones son cumplir y hacer cumplir parcialmente las disposiciones emanadas del MSD.
- Gobiernos Municipales y DILOS. Redes Municipales y DILOS.
- Establecimientos de Salud. Provee los servicios de salud de tipos promocional preventivo, curativo , etc.

### **Políticas de Salud**

**Política 1:** Sistema Único, intercultural y Comunitario de Salud, donde la estrategia es la universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud a través del programa Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que comprende los proyectos: Fortalecimiento de las redes de salud; Gestión de calidad, intercultural, género, generacional y Extensión coberturas

**Política 2:** Rectoría, la estrategia para llevar adelante esta política; recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria a través del Programa conducción, regulación, fiscalización y modulación del financiamiento, que comprende los siguiente proyectos: Fortalecimiento capacidad de gestión; Vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios; Implementación Seguro Universal de Salud y Gestión tecnológica e investigación

**Política 3:** Movilización Social con su estrategia revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas; a través del programa Gestión social, movilización social y control social que comprende los siguientes proyectos: Ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud; Alianzas con movimientos sociales y Consejos: Nacional, Departamentales y Municipales de Salud

**Política 4:** Promoción de la salud que tiene por estrategia la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida; mediante el programa de Intersectorialidad, que comprende los proyectos de: Promoción de la salud deporte y salud y Municipios saludables

**Política 5:** Solidaridad donde la estrategia es lograr la alianza Nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia, y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza dentro de su programa Solidaridad que comprende dos proyectos: Nutrición y reducción de la violencia

Cinco Políticas en Salud que son guías para el pensamiento y la acción. Políticas de salud que se centran en el concepto de las determinantes socio-económicas en salud, significa reconocer que lo que más incide en las condiciones de salud, no es el acceso a los servicios de atención, sino la calidad del ambiente social en el que se desarrollan las personas

La aplicación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, se establece como eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional impulsando la interculturalidad, la participación comunitaria, la Integralidad y la intersectorialidad con el protagonismo de las organizaciones sociales territoriales y los otros sectores, con la conducción del Ministerio de Salud y Deportes como actor institucional y ente rector del sector salud SAFCI

Por disposición del Decreto Supremo N° 29601 se establece que la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI-, se constituye en la nueva forma de pensar, comprender y hacer la salud; vincular, involucrar y articular el equipo de salud, a las personas, familias, comunidades y sus organizaciones en los ámbitos de atención y gestión participativa y control social de la salud

## **5. GESTION EN SALUD**

La gestión de la salud se la entiende como la toma de decisiones en procesos de planificación y administración sobre el uso interrelacionado de los recursos, para un mejor aprovechamiento en torno a determinados objetivos. Este proceso de gestión se denomina “compartido” cuando la sociedad civil se involucra en la toma de decisiones.

El Modelo Sanitario (MS) es el marco estructural, organizativo y funcional del SNS para desarrollar acciones integrales, intra y extrasectoriales relacionadas con la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, a través de la aplicación del Modelo de Atención (MA) y del Modelo de Gestión (MG), modelos mediante los cuales se operacionaliza: el Modelo de Atención en salud y el Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud.

Mediante la promoción de la salud; revaloriza, articula y complementa las medicinas existentes en el país (particularmente las medicinas originarias, indígenas, campesinas) tanto en la atención como en su interacción, a través de la aceptación, respeto y valoración de los sentires, conocimientos y prácticas.

### **Modelo de Atención en Salud**

El **Modelo de Atención SAFCI** articula personas, familias y comunidades (ayllus, marcas, tentas, capitanías y otros) o barrios con el equipo de salud, a partir de una atención de salud con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su espiritualidad y su cosmovisión.

El Modelo de Atención de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, funciona a través de la Red de Salud, que comprende 3 componentes importantes:

- **La Red de Servicios**, de concepción funcional, su finalidad es asegurar la capacidad resolutoria de la red de salud, conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel.
- **La Red Municipal SAFCI**, de concepción territorial, es el otro componente de la Red de Salud, cuya finalidad es la aplicación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) en su territorio, está constituida por los establecimientos de salud y todos los recursos comunitarios e institucionales para mejorar el nivel de salud de personas, familias y comunidades de su área de influencia, fundamentada en las necesidades de la misma, satisfaciendo su demanda de acuerdo a su perfil epidemiológico.
- **El Establecimiento de Salud**, es la unidad básica operativa de la Red, responsable de otorgar la atención en cuanto a promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud, a cargo del Responsable del Establecimiento de Salud,. Está categorizado, en tres niveles:
  - Primer nivel representado por: Centro SAFCI, Centro SAFCI con camas, policlínicos.
  - Segundo nivel representado por Hospitales de segundo nivel
  - Tercer nivel representado por Hospitales Generales, Hospitales Especializados e Institutos.

El acceso al Sistema Nacional de Salud se inicia en los establecimientos del primer nivel de atención, quienes otorgarán la atención de acuerdo a su capacidad de resolución y en caso necesario referirán al segundo o tercer nivel de atención que corresponda de acuerdo a la estructura de la red y a normas y protocolos de atención establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes. El acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel requiere de la referencia de los establecimientos de menor complejidad definidos por la red, excepto en los casos de emergencia.

### **Características del Modelo de Atención**

Con el alcance del SAFCI y bajo los principios del modelo sanitario, la atención en salud tiene las siguientes características:

- Orientación promocional preventiva, que actúa no solo sobre el tratamiento de las personas que acuden a los servicios de salud en pos de una resolución rehabilitación de su problema de salud, sino también sobre el grupo familiar y colectivo con acciones de educación y orientación sanitaria y prevención de enfermedades, bajo un control periódico y sistemático del equipo de salud, coordinado con la comunidad.

- Fomento de la calidad y seguridad en los servicios de salud, que obedece a un modelo normativo claramente establecido, para la organización y funcionamiento de los servicios de salud, cumplimiento del personal que conforma el equipo de salud, y prestaciones basadas en protocolos de atención y procedimientos según indicadores de calidad y seguridad.
- Incide sobre las determinantes de la salud, promoviendo hábitos de vida saludables.
- Al abarcar el conjunto social constituido por la comunidad, tiende hacia el cumplimiento efectivo del seguro universal de salud.
- Se adecua a los hábitos, costumbres y culturas de las diferentes naciones, pueblos y comunidades, según el lugar donde sea brindada.
- Respeta los derechos y promueve los deberes, tanto de los usuarios de los servicios de salud como de los prestadores de los mismos.
- Permite el intercambio de saberes y experiencias en procura de una mejor comprensión del fenómeno salud enfermedad.
- Promueve una atención más personalizada en los servicios de salud, profundizando la relación interhumana de manera más afectiva y solidaria.
- Comparte responsabilidades entre los prestadores de servicios de salud, integrados entre las ciencias médico sanitarias académicas y la medicina tradicional o alternativa, con la participación directa de la comunidad.
- Busca satisfacción plena de los usuarios externos.
- Cumple con el consentimiento informado individual y/o comunitario para ejercer acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación, rehabilitación e investigación.

### **Modelo de Gestión Participativa en Salud**

#### **El Modelo de Gestión Participativa en Salud conformado por:**

- **La estructura estatal:** constituida por el Sistema Nacional de Salud que con la capacidad de los subsistemas garantiza la solución de los problemas de salud y la gestión eficiente y efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local con el establecimiento, municipal con el gobierno municipal y el DILOS, departamental con los Servicios Departamentales de Salud y nacional con el Ministerio de Salud y Deportes.
- **La estructura social:** compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento y evaluación de las acciones de salud, involucrándose, para ello en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud. . Su principal misión es la implementación operativa de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, para lo que está organizada de la siguiente manera:
  - **Autoridad Local de Salud.** Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargada de hacer planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio.

- **Comité Local de Salud.** Es la representación orgánica de las comunidades o barrios pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y control social para impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.
  - **Consejo Social Municipal de Salud.** Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS garantizando la Gestión Participativa y de Control Social de Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local en salud (Autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS)
  - **Consejo Social Departamental de Salud.** El Consejo Social Departamental de Salud, es la representación orgánica de los Concejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo; además de realizar control social a la implementación de la misma en cuanto a salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES.
  - **Consejo Social Nacional de Salud.** es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud y de las organizaciones sociales representativas del país, articulador de las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes;
- **La estructura intersectorial:** basada en los espacios de deliberación donde se identifican problemas, se proponen y priorizan soluciones, se controla la ejecución de las acciones y los resultados de su aplicación en términos de calidad de prestación de servicios, con plena capacidad de articulación con los representantes de los otros sectores (educación, agricultura., vivienda, justicia, medio ambiente, trabajo y otros) alineados con la política sanitaria vigente en el marco de la intersectorialidad y de las determinantes sociales. Su actuación se manifiesta en los espacios de deliberación que como instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, conjuntamente la estructura social y la estructura institucional, está conformada por:
    - **Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros y los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales.** Estos espacios de deliberación intersectorial se desarrollan en la comunidad o barrio donde se concretiza la Gestión Participativa y Control Social Local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución administración y seguimiento evaluación control de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio.
    - **Mesa Municipal de Salud.** Es la máxima instancia municipal de deliberación intersectorial donde se desarrolla diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas en el Plan de Desarrollo Municipal, además de efectuar el seguimiento al POA Municipal de salud.
    - **Asamblea Departamental de Salud.** Es la máxima instancia departamental de deliberación intersectorial donde se desarrolla diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas en el Plan de Desarrollo Departamental de Salud, además de efectuar el seguimiento al POA departamental de salud.

- **Asamblea Nacional de Salud.** Es la máxima instancia nacional intersectorial de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisión en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas a la estrategia de salud nacional, además de constituirse en la instancia de seguimiento a la Estrategia Nacional y al Programa Operativo Anual del Sector. El Sistema Nacional de Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI),

#### **Características del Modelo de Gestión**

- Procura una mayor cobertura poblacional, en concordancia con el Seguro Universal.
- Configura los establecimientos de salud en redes de servicio que funcionan coordinadamente por el accionar de los distintos niveles de gestión, constituidos por los consejos y asambleas de salud de participación social.
- Facilita la referencia, resolución y retorno de las personas que requieran atención médico sanitaria, estableciendo flujos de relación funcional operativa entre los tres niveles de atención según complejidad.
- Contribuye a mejorar y afianzar la organización sanitaria.
- Facilita el acceso y la oportunidad de atención, tanto por la coordinación entre los niveles de atención para la referencia y retorno, como por el funcionamiento efectivo y supervisado de la red de unidades móviles.
- Determina condiciones favorables para la investigación y el desarrollo del Sistema Nacional de Investigación en Salud (SINAIS).
- Busca la satisfacción plena de los usuarios internos

## **6. ROL DE LOS ACTORES SOCIALES**

Bolivia está dividida en nueve departamentos y 328 municipios. Para comprender la política social es necesario hacer una revisión del rol de los distintos actores y niveles de gobierno, tanto formal como informal. A continuación se hace una breve descripción:

### **Nivel Central.**

- **Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONAPES)**, es responsable de coordinar políticas nacionales de desarrollo social y económico, con capacidad de concertar acciones y proponer políticas enmarcadas en el PND. Está presidido por el Presidente de la República y en su ausencia será conducido por el Ministro de Planificación del Desarrollo.
- **El Ministerio de Planificación del Desarrollo** tiene como principal función la planificación y coordinación del desarrollo integral del país a través de la elaboración, coordinación y seguimiento del “Plan Nacional de Desarrollo (PND)” así como articular los Planes de Desarrollo Municipal (PDM) y Planes Departamentales de Desarrollo Económico y Social (PDDDES) con la Estrategia Nacional de Desarrollo Económico y Social. Tiene también la función de fortalecer la presencia del Estado como actor para la redistribución de la riqueza económica. (Gaceta Oficial, Ds 29272, Sep 2007: p1).



- **Los Ministerios sectoriales** son los que establecen las reglas y normas a nivel nacional de los sectores, son responsables de formular las estrategias, políticas, planes y programas nacionales (PND) sectoriales y, de gestionar financiamiento externo para programas nacionales. Además deben apoyar, controlar y evaluar la gestión departamental.
- **La Coordinadora Nacional para el Cambio (CONALCAM)** es una instancia de carácter informal que, jerárquicamente, se encuentra por encima del consejo de Ministros (CONAPES) y está compuesta por 16 instituciones entre las más representativas: Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB), Federación de Mujeres Bartolina Sisa, Consejo Nacional de Ayllus y Marquas del Qullasuyo (CONAMAQ), la Confederación de Pueblos Indígenas del Oriente (CIDOB), la Corporación Obrera Boliviana (COB), la Federación Nacional de Trabajadoras del Hogar (FENATRAHOB) y la presidencia del Movimiento al Socialismo (MAS). Muchas de las decisiones políticas importantes se toman a este nivel y tienen la facultad de presionar al congreso en la aprobación de leyes a través de la movilización social de sus bases.

#### **Nivel Departamental.**

- **Las gobernaciones** tienen la facultad de formular y ejecutar los planes departamentales (PDM), en teoría en coordinación con los Gobiernos Municipales, Ministerio de Planificación y Ministerio de Presidencia (Viceministerio de Descentralización). Las Gobernaciones son los brazos operativos para la implementación de programas sociales a nivel nacional a través de sus “servicios departamentales”. En ese sentido, los ministerios transfirieron funciones técnicas, administrativas y operativas (Ley 1654). Por ejemplo, todo el manejo del personal en los sectores de salud y educación es administrado por los gobiernos departamentales de forma delegada por los ministerios sectoriales. A partir del año 2005 los
- **“Gobernadores”** son elegidos democráticamente, antes eran designaciones otorgadas por el presidente.

#### **Nivel Municipal.**

- **Los gobiernos municipales** tienen la facultad de promover el desarrollo local, los “Alcaldes” son elegidos democráticamente desde 1995, están articulados a través de distintas asociaciones: Federación de Asociaciones Municipales (FAM), Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL), etc. Los gobiernos municipales preparan en forma participativas sus Planes Operativos Anuales (POA). Con la ley 1654 se transfieren los bienes e inmuebles de educación, salud y deportes y tienen la finalidad de administrar, supervisar y controlar los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas para el funcionamiento de los sectores de servicios personales de educación, salud y asistencia social.

#### **Nivel Comunidad.**

- **Las comunidades indígenas** representan un actor nuevo en la política social del actual gobierno. En la medida en que se las considera actores capaces de gestionar e implementar sus propios programas basados en capacidades y conocimientos propios.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009
2. Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Babiñez”, Ley N° 031 de 19 de julio de 2010
3. Ley contra el racismo y toda forma de discriminación Ley N° 045 de 8 de octubre de 2010
4. Ley de lucha contra la corrupción, enriquecimiento ilícito e Investigación de fortunas “Marcelo Quiroga Santa Cruz” Ley N° 004 de 31 de marzo de 2010.
5. Decreto Supremo N° 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.
6. Decreto Supremo N° 29272 aprobar el Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República: “Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien – Lineamientos Estratégicos”, de 12 de septiembre de 2007.
7. Sistema de salud de Bolivia - Carmen Ledo, PhD, René Soria, MC, MSP, AS.
8. Programa de Gobierno 2010-2015 “EVO Bolivia Avanza”
9. Plan Nacional de Desarrollo
10. Plan Sectorial de Desarrollo 2010- 2020 “Hacia la Salud Universal”, (Resolución Ministerial N° 889, de 11 de agosto de 2010).
11. Norma nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios (RM. No. 1036 del 21 de noviembre de 2008)
12. Norma Nacional de caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel. (RM. No. 1036 del 21 de noviembre de 2008)
13. Norma Nacional de Referencia y Retorno. (RM. No. 1036 del 21 de noviembre de 2008)

## 8. ANEXOS

**Anexo 1:** Análisis de la premisa ““Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías.”

**Anexo 2:** Normas ordenadas por jerarquía, por antigüedad y por situación al presente

**Anexo 3:** Proceso Gestión Participativa en Salud

## ANEXO 1

**“Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías.”**

*Premisa que analizamos para entender su significado, que en líneas generales resume lo que es la Nueva Constitución Política del Estado.*

**Bolivia se constituye en un Estado.**  $\implies$  *Constituir significa dar forma*  
Cuando de Derecho se trata, **constituir**  $\implies$  *determinar (formar), fijar reglas de funcionamiento y distribución del Poder Público.*

**Estado**  $\implies$  *sociedad política y jurídicamente organizada capaz de imponer la autoridad de la ley en el interior y afirmar su personalidad y responsabilidad frente a las similares del exterior*

Modelos Estructurales De Estado

- Estado Unitario
- Estado Federal
- Estado Confederado
- Estado Simple
- Estado Compuesto

### **Estado Unitario**

- a) *Centralización del poder político, una sola autoridad.*  
*Puede existir una descentralización administrativa: Gobiernos departamentales y municipales*
- b) *Bolivia Estado Unitario*      b) *Unidad del ordenamiento jurídico, poder judicial es único en todo el territorio, Constitución política y leyes*
- c) *Jerarquía, de carácter administrativo, no político.*

### **Estado Social**

*Bolivia Estado Social*  $\implies$  *garantiza y asegura el ‘bienestar’ de los ciudadanos*

Características del Estado Social

- a) *Economía intervenida y dirigida por el Estado. No planificada. Es planificada en el Estado socialista, no en el estado Social*
- b) *El Estado interviene en la relación empleado-empleador*
- c) *Reconocimiento de derechos colectivos*
- d) *Búsqueda de justicia social.*

### **Estado de Derecho**

*Bolivia Estado de Derecho* ⇒ organización política de la vida social sujeta a procedimientos regulados por ley en el cual los actos del Estado están limitados estrictamente por un marco jurídico supremo (CPE) guiado por el Principio de Legalidad.

*Principio de Legalidad* ⇒ *axioma de valoración de lo justo por una sociedad en virtud del cual no se puede aplicar una sanción si no esta escrita previamente en una ley*

### **Estado Plurinacional**

*Bolivia Estado plurinacional* ⇒ organización política y jurídica de una sociedad de varias naciones unidas en un solo Estado con Gobierno de representación plurinacional y sujetas a una única Constitución Política. Tiene base en el *Principio de la Plurinacionalidad*

*Principio de la Plurinacionalidad* ⇒ *principio político que permite aspirar al pleno ejercicio de los derechos de todas las naciones que existen en un Estado*

### **Estado Comunitario**

*Bolivia Estado Comunitario* ⇨ organización política y jurídica de la vida social con modo de producción basado en la reciprocidad, solidaridad igualdad en la que participan activamente a través de la democracia comunitaria todos los miembros de la comunidad.

### **Estado Democrático**

*Bolivia Estado Democrático* ⇨ organización política y jurídica de la vida social que tiene un sistema político fundamentado en la elección de los gobernantes por el pueblo y ejercidas de forma representativa, participativa y comunitaria

### **Estado Intercultural**

*Bolivia Estado Intercultural* ⇨ existe respeto a la cultura de todas las naciones bolivianas en igualdad de condiciones

*Interculturalidad* ⇨ *interacción e interrelación y la comunicación mutua que Realmente existe o convencionalmente se establece entre los miembros de las diversas culturas (Art. 2 inciso a, Ley N° 045)*

### **Estado Descentralizado**

*Bolivia Estado Descentralizado* ⇨ donde sociedad política y jurídicamente organizada transfiere y delega por ley competencias de carácter técnico administrativas no privativas del órgano Ejecutivo a nivel nacional

## Estado Autonomías

*Bolivia Estado con Autonomías* ⇒ sociedad boliviana jurídica y políticamente organizada establece regiones geográficas con capacidad de decisión y control propio en el orden legislativo, administrativo, jurídico, político, económico, social y cultural pero en coordinación con el Estado

Autonomías

- Autonomía Departamental** (Artículo 278 CPE).
- Autonomía Regional** (Artículo 281 CPE).
- Autonomía Municipal** (Artículo 284 CPE)..
- Autonomía Indígena Originaria Campesina** (Artículo 290 CPE).

*Principios, Valores Y Fines Del Estado* ⇒ Garantizar el acceso de las personas a:

- educación,
- salud
- Trabajo

*Derechos Fundamentales* ⇒ *Todas las personas tienen derecho a la salud* (Artículo 18. I. CPE)

- *El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.*
- *El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.*

**ANEXO 2**

<b>Partes Del Modelo Al Que Se Vinculan</b>	<b>NORMAS ORDENADAS POR JERARQUIA, POR ANTIGÜEDAD Y POR SITUACION AL PRESENTE</b>
<b>A TODOS</b>	Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia Ley de 7 de febrero de 2009
	Ley N° 045 Ley Contra el Racismo y toda forma de Discriminación (8-October-2010).
	Ley No. 031 Ley Marco De Autonomías Y Descentralización "Andrés Ibáñez" (19 Julio 2010)
	Ley N° 006 Ley Amplía Las Facultades Del Directorio De La Caja Nacional De Salud Y Las Cajas Sectoriales (1 Mayo 2010)
	Decreto Supremo 66 : 03-04-2009 Instituir el incentivo para la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño – Niña “Juana Azurduy” en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema.
	Decreto Supremo 28968: 13-12-2006 REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y GESTION DEL SEGURO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.
	Decreto Supremo 28666: 05-04-2006 ADMINISTRACION PREFECTURAL Y COORDINACION ENTRE NIVELES.
	Ley 3323: 16-01-2006 Se crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito
	Ley 3250 : 06-12-2005 Se amplían las coberturas del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en todo el territorio nacional.
	Decreto Supremo 26873 : 21-12-2002 Se establece el Sistema Nacional Único de Suministro – SNUS, de medicamentos, insumos médicos y reactivos, en el Sistema Nacional de Salud.
	Decreto Supremo 26874: 21-12-2002 Reglamento de Prestaciones y Gestión del Seguro Universal Materno Infantil.
	Decreto Supremo 26875: 21-12-2002 Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud (DILOS).

<b>GESTIÓN DEL SISTEMA</b>	Ley 2426 : 21-11-2002 Se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito.
	Decreto Supremo 26371: 24-10-2001
	Se aprueba el Reglamento parcial de uso de los recursos del fondo solidario municipal para la educación escolar Y Salud Publica.
	1990. 20 de jul. Ley de Administración y Control Gubernamentales. Ley – SAFCO.
	Ley N° 031 (19 Julio 2010) - Ley Marco De Autonomías Y Descentralización "Andrés Ibáñez"..
	Decreto Supremo 29601: 11-06-2008 Establece el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCL.
	Decreto Supremo 29272: 12-09-2007 Plan Nacional De Desarrollo “Bolivia Digna Soberana, Productiva Y Democrática Para Vivir Bien Lineamientos Estratégicos 2006 – 2011
	Manual de Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información del SNIS, R.M. 0027, del 17/01/05 Para que la información de los establecimientos de salud, en todos sus niveles, sea confiable, consistente / comparable se presentan instrumentos/procedimientos destinados a la captación, sistematización, consolidación retroalimentación de la información de los procesos técnico- administrativos y a los eventos relacionados con la vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud.
	Recursos IDH de los Gobiernos Municipales para Salud Decreto Supremo N° 28421 (17 mayo 2005) Reglamenta contar con recursos del IDH en los Gobiernos Municipales para fortalecer los DILOS
	2005. 14 de ene. Resolución Ministerial N° 0025. Reglamento de Hospitales. Implementado mediante la referida R. M.
Contrato de Recursos Humanos con recursos Municipales DECRETO SUPREMO N° 27746 (27 septiembre 2004) Aprueba que los recursos humanos administrativos y de apoyo a los establecimientos de salud puedan ser contratados con fondos de los Gobiernos Municipales	
D.S. N° 26875 de 21 de diciembre de 2002, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud amplía los alcances del D.S 25233, incorporando al conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Local; reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social, involucrando al Sistema Público, Seguro Social de Corto Plazo, Iglesias Privadas con y sin fines de lucro y la Medicina Tradicional.	
D.S. N° 25233 de 27 de noviembre de 1998 establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud dentro de las previsiones del Decreto Supremo	



		Nº 25060 que establece la estructura orgánica de las Prefecturas de Departamento y disposiciones vigentes en materia de salud.
		Ley de Administración y Control Gubernamental Ley Nº 1178 del 20-VII-1990 Establece la aplicación de la normativa que asegure la administración transparente de los recursos del Estado y la responsabilidad por la función pública
<b>Partes Del Modelo Al Que Se Vinculan</b>		<b>NORMAS ORDENADAS POR JERARQUIA, POR ANTIGÜEDAD Y POR SITUACION AL PRESENTE</b>
<b>GESTION</b>	<b>DE LA CALIDAD</b>	2008. 26 de feb. Resolución Ministerial Nº 0090. Proyecto Nacional de Calidad en Salud
		2006. 05 de dic. Resolución Ministerial Nº 0854. Gestión Gerencial, Monitoreo del Desempeño Hospitalario
		2006. 26 de jul. Decreto Supremo Nº 28813. Readecuación del INASES
		2005. 08 de agosto. Ley Nº 3131. Ley del Ejercicio Profesional Médico.
		Decreto Supremo Nº 28562 reglamenta la Ley Nº 3131, del Ejercicio Profesional Médico
		Guía de Evaluación para Certificación de Establecimientos de Primer Nivel de Atención Bolivia, 2003
		Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Segundo Nivel de Atención
		Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención
		Manual de Auditoria y Norma Técnica
		Obtención del Consentimiento Informado
		Guía Básica de Conducta Medica - Sanitaria
		Bases para la Organización Y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).
		Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico.
	<b>DEL PESONAL</b>	Ley 2027 del Estatuto del Funcionario Publico
		Decreto Supremo 23318-A Reglamento del Régimen de Responsabilidad por la Función Publica
		Ley del Ejercicio Medico
		Estatuto del Médico - Empleado
		Código de la Seguridad Social de 1956 y el Código de Salud de 1978.
		Modelo de Asistencia Técnica en Salud de acuerdo a la Estrategia Nacional de Desarrollo de Capacidades en Salud.

### **ANEXO 3**

#### **PROCESO: GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD**

#### **PROCEDIMIENTO: PLANIFICACION EN SALUD**

1. Equipo de salud atiende, con lo mejor de sus conocimientos clínicos en la consulta e internación dentro los ambientes de su servicio de salud, pero también atiende con respeto a las cosmovisiones para que la persona se sienta satisfecha de la consulta y vea resuelto su problema de enfermedad.
2. Equipo de Salud realiza visita domiciliaria, planificadas y concertada de forma participativa, a todas las familias de las comunidades urbanas o rurales que se encuentran bajo su responsabilidad:
  - Detectando personas enfermas, en riesgo y vulnerables (personas con discapacidad, ancianos, mujeres, niños desprotegidos, población de bajos recursos económicos, entre otros);
  - Identificando los factores que desencadenan o condicionan la enfermedad;
  - Identificando las determinantes de la salud, así como aquellos factores que brindan protección a la salud de la familia. Realizar acciones de educación para la salud, diálogo, prevención, tratamiento de la enfermedad, de la discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad, con el enfoque holístico en cada una de las familias bajo su responsabilidad
3. Equipo de Salud utiliza la Carpeta Familiar como principal instrumento de identificación de la familia, registrando datos que permitan elaborar el perfil epidemiológico de la comunidad urbana o rural con el propósito de realizar acciones conjuntas para que la familia y comunidad se mantengan saludables.
4. Dirigentes y bases de la Comunidad o Barrio, de forma conjunta eligen su “Autoridad Local de Salud”, de acuerdo a usos y costumbres (rotación, elección, aclamación y otros), donde todos los miembros de la comunidad que viven en el lugar, tienen opción a ser elegidos.
5. Equipo de Salud coordina y proporciona información relevante en forma permanente con las autoridades locales de salud para iniciar un proceso de involucramiento con sus comunidades, es decir que a partir de reunirse con las organizaciones sociales territoriales, es que se inicia una forma de trabajo permanente con la misma
6. Equipo de Salud inicia una lucha al lado de su organización social para mejorar las determinantes de la salud, pero no de una manera “voluntaria” ni discursiva, sino como parte de sus funciones, elaborando proyectos, gestionando financiamiento ante la alcaldía u otra fuente, junto a la organización social.
7. La Autoridad local de salud de la comunidad (tenta, ayllu, capitania u otra) o barrio electa de acuerdo a los usos y costumbres de la comunidad o barrio. reconocida como representante ante el sistema de salud impulsa a la comunidad o barrio para que junto al personal de salud realicen la planificación en salud de la comunidad, con la participación de otros sectores, como educación, producción, saneamiento básico y otros.
8. La Autoridad local de salud de la comunidad o barrio busca espacios de deliberación de acuerdo a usos y costumbres como: Asambleas, Ampliados, Reuniones, Juntas, Cumbres, Cabildos, Otros y CAIS Comunales o Barriales para para identificar las problemáticas en salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución, que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y Responsables en los que participan los diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación.

9. La Autoridad local de salud una vez que cuenta como resultado de estos espacios de deliberación con la planificación de la Comunidad o barrio, participa en el Comité Local de Salud que es la representación orgánica de las Autoridades Locales de Salud, pertenecientes territorialmente a un área o sector ante el sistema de salud (Puesto o Centro de Salud).
10. El Comité local de Salud Organizado en un Directorio busca espacios de deliberación (Asambleas, Ampliados, Reuniones, Juntas, Cumbres, Cabildos, Otros y CAIS del área o sector) para impulsar la participación del área o sector, en la toma de decisiones sobre las acciones de salud y elaboran la propuesta de planificación del área o sector en base a las planificaciones presentadas por las diferentes Autoridades en salud.
11. El Directorio del Comité Local de Salud se presenta ante el Consejo Social Municipal de Salud que es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio para presentar la planificación de su área o sector para que se tome en cuenta el momento de efectuar la Planificación del Municipio.
12. El Consejo Social Municipal de salud organizado en un Directorio busca espacios de deliberación en este caso la Mesa Municipal de salud que se reúne tres veces al año siguiendo las normas de planificación municipal, fase en la que se define los contenidos básicos de la estrategia Municipal de salud en base a los programas y proyectos priorizados y acuerdos entre los actores involucrados en el POA en salud, donde se interactúa con los integrantes del DILOS para garantizar la gestión compartida en Salud y donde proponen el porcentaje de presupuesto destinado a salud.
13. El Directorio del Consejo social Municipal de Salud en base a la planificación realizada en la Mesa municipal de salud ve que se incorpore en el Plan de Desarrollo Municipal (PDM) y se ejecute mediante el POA Municipal.
14. El Directorio del Consejo social Municipal de Salud participa del Consejo Social Departamental de Salud que es la representación orgánica de los Concejos Sociales Municipales de salud existentes en un departamento ante el sistema de salud y que se organiza en un Directorio para articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo.
15. El Consejo Departamental de Salud organizado en un Directorio busca instancias de deliberación en este caso la Asamblea departamental de Salud, que es la máxima instancia departamental de participación, dialogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisión en la priorización de las necesidades y propuestas para integrarlas en la Estrategia Departamental de Salud y su respectivo presupuesto para luego definir el POA Departamental.
16. El Directorio del Consejo departamental de Salud participa del Consejo nacional de Salud que es la representación orgánica del conjunto de Consejos Departamentales de Salud, organizaciones sociales e instituciones del nivel nacional, que articula las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes para que integre al Plan Nacional de Salud.



