

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION DEL MARCO DE ASOCIACION PAIS EN EL SECTOR DE LA SALUD - BOLIVIA



La Paz, abril 2013

NIPO: **502-13-036-8**

Disponible en: <http://www.aecid.bo/portal/portfolio/estrategia-de-implementacion-del-map-en-salud-en-bolivia/>

© Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2013

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera

Departamento de Cooperación Sectorial.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente y los titulares del copyright.

Coordinación y elaboración: Carmen de Diego, Responsable del Programa de Cohesión Social de la OTC de Bolivia. Javier Román, Representante de Medicus Mundi en Bolivia. Rolando Chirinos, Representante de Médicos del Mundo en Bolivia. Sergio Galán, Jefe de la Unidad de Salud de la AECID

Para cualquier comunicación relacionada con este trabajo dirjase a:

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Avda. Reyes Católicos, 4

28040 Madrid

INDICE

LISTADO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

EQUIPO DE TRABAJO

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA

3. METODOLOGIA

4. MARCO DE REFERENCIA

5. BREVE ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD EN BOLIVIA

6. PANORAMA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD EN BOLIVIA

7. PANORAMA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD EN BOLIVIA

7.1. Marco Estratégico de la Cooperación Española

7.2. Situación actual del sector salud para la CE

7.3. ONGD de Salud de la Cooperación Española en Bolivia

7.3.1. Líneas de acción

7.3.2. Dificultades de las ONGD de Salud de la CE en Bolivia

7.3.3. Necesidades de las ONGD de Salud de la CE en Bolivia

7.4. Actores Multilaterales financiamiento AECID

7.5. Las Universidades españolas, junto a los Organismos Públicos de Investigación y los Centros Tecnológicos.

8. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAP EN EL SECTOR SALUD EN BOLIVIA

8.1. El Marco de Asociación País de la CE en Bolivia

8.1.1. Sectores de actuación de la CE en Bolivia

8.1.2. Valoración de la CE por el Ministerio de Salud y Deportes

8.1.3. Experiencia de la CE en el Sector salud de Bolivia

8.1.4. Marco de gestión para resultados – Eficacia de la ayuda de la CE

8.1.5. Indicadores, línea de base y fuentes de verificación para el seguimiento

8.2. La Estrategia de Implementación del MAP de la CE en el sector de la salud en Bolivia

Lineamiento 1: Fortalecer el enfoque sectorial en salud desde el conjunto de los actores de la CE

Lineamiento 2: Apoyara la implementación de la Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) principalmente a nivel local

Lineamiento 3: Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades locales

Lineamiento 4: Mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de las intervenciones de la CE en salud

Lineamiento 4.1. Incorporación de las prioridades horizontales del MAP en el desarrollo de los Programas y Proyectos

Lineamiento 4.2. Implementación de procesos de Autoevaluación sistemática

Lineamiento 4.3. Definir y trabajar desde un inicio en las estrategias de sostenibilidad

Lineamiento 4.4. Mejorar la eficiencia en las intervenciones

Lineamiento 5: Avanzar hacia el enfoque territorial

Lineamiento 6: Fomentar la investigación y la gestión del conocimiento

8.3. Apuntes para la elaboración del próximo MAP

8.4. Los indicadores de la Estrategia de Implementación del MAP de la CE en el sector de la salud en Bolivia

8.4.1. Impacto del MAP en su conjunto

8.4.2. Proceso de implementación del MAP

Anexos

LISTADO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ACI	Agencia de Cooperación Internacional
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AEIPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ALS	Autoridad Local de Salud
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPG	Bienes Públicos Globales
BPR	Bienes Públicos Regionales
BOB	Boliviano(S) – Moneda
Bs.	Boliviano(S) – Moneda
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAI	Comité de Análisis de Información
CCI	Comité de Cooperación Interagencial de Salud
CE	Cooperación Española
CEADES	Colectivo de Estudios Aplicados y Desarrollo Social
CLS	Comité Local de Salud
COEB	Coordinadora de ONGD Españolas en Bolivia
COSUDE	Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación
CPE	Constitución Política del Estado
CSDS	Conceso Social Departamental de Salud
CSMS	Concejo Social Municipal de Salud
DILOS	Directorio Local de Salud
Dndi	Drugs For Neglected Diseases Initiative (Iniciativa Medicamentos para Enfermedades)
DP	Declaración de París
DS	Decreto Supremo
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza ESA Enfoque Sectorial Avanzado
FCRB	Fundació Clínic Per La Recerca Biomédica
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
FPS	Fondo de Inversión Productiva y Social
Gprd	Gestión para Resultados de Desarrollo
Grus	Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries Initiative
IDH	Impuesto Directo a los Hidrocarburos
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEC	Información, Educación, Comunicación
IHP	International Health Partnership
INE	Instituto Nacional de Estadística
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
KOICA	Agencia de Cooperación Internacional de Corea
LINAME	Lista Nacional de Medicamentos Esenciales

MAP	Marco de Asociación País
MdM	Médicos del Mundo
MM	Medicus Mundi
MMS	Mesa Municipal de Salud
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
ODM	Objetivo(S) de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
ONGD	Organización no Gubernamental de Desarrollo
OPS	Organización Panamericana de La Salud
OTC	Oficina Técnica de Cooperación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PAS	Plan de Actuación Sectorial PDM Plan de Desarrollo Municipal
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
POA	Plan (Programa) Operativo Anual
PSD	Plan Sectorial de Desarrollo (MSD)
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
Rn	Recién Nacido(s)
RPS	Responsable(s) Popular(es) de Salud
RRHH	Recursos Humanos
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SDC	Consultora Salud, Desarrollo Y Cultura
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNIS	Sistema Nacional de Información Sanitaria
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información Sanitaria – Vigilancia Epidemiológica
SSCP	Seguro Social a Corto Plazo
SSPAM	Seguro Social para el Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal Materno-Infantil
SUS	Sistema Único de Salud
TGN	Tesoro General de La Nación
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNI	Unidad de Nutrición Integral
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer
USAID	Agencia de Los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USCMS	Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social (MSD)
USD	Dólar de Estados Unidos (\$)
VIF	Violencia Intrafamiliar
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

EQUIPO DE TRABAJO DE LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAP EN SALUD DE BOLIVIA

Autores de la elaboración y revisión del Documento

- É **Carmen de Diego**, Responsable del Programa de Cohesión Social de la OTC de Bolivia
- É **Javier Román**, Representante de Medicus Mundi en Bolivia
- É **Rolando Chirinos**, Representante de Médicos del Mundo en Bolivia
- É **Sergio Galán**, Jefe de la Unidad de Salud de la AECID

Equipo de trabajo

- É **Ainhoa Cabezón**, Responsable de la Unidad de ONGD de la OTC
- É **Alberto Castro**, Oficial Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Derechos del UNFPA
- É **Daniel Lozano**, Responsable de Asuntos Administrativos de la ONGD CEADES
- É **Elena Apilánez**, Responsable de la Unidad de Género de la OTC
- É **Giovanni Escalante**, Asesor en Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS
- É **Javier García de la Oliva**, Coordinador de Solidaridad Internacional
- É **Lorenzo Leonelli**, Representante de la Fundación INTERVIDA
- É **Maitane Franco**, Técnica Proyectos Área América de ANESVAD
- É **María Jesús Pinazo**, Coordinadora Técnica del Convenio de la Fundació Clínica per a la Recerca Biomèdica
- É **Mario Galindo**, consultor para ANESVAD
- É **Mercedes Alonso**, Responsable de la Unidad de Calidad y Eficacia de la Ayuda de la OTC
- É **Nadia Ravelo**, Representante de Enfermeras para el Mundo.
- É **Patricia Ramos**, AT de la Unidad de Pueblos Indígenas de la OTC
- É **Patricia Tárraga**, Representante de Ojos del Mundo
- É **Rosemary Durán**, Técnica en Salud de INTERVIDA
- É **Tomy Ravines**, Coordinadora de Género de Solidaridad Internacional
- É **Wilfor Zalles**, Oficial de Programas de Ayuda en Acción

Equipo consultor de apoyo

Consultora Salud, Cultura y Sociedad:

- É **Claire Billot**
- É **Daniel Grodos** (director de la consultora)
- É **Marcelo Rojas Mattos**

1. INTRODUCCIÓN

El Marco de Asociación País (MAP) 2011-2015 de la Cooperación Española (CE) para Bolivia establece como una de sus metas el **articular de manera estratégica la actuación de los distintos actores españoles entorno a enfoques comunes**. Asimismo, propone avanzar hacia una **priorización progresiva sectorial y geográfica** de actuación que permita buscar posicionar eficientemente a los actores españoles en sectores o territorios, a través de los cuales se pueda **incidir de manera significativa en los procesos de desarrollo local**. Se espera que esto genere procesos graduales de integración y complementariedad entre los distintos actores de la CE. La complementariedad de acciones tiene por base, por un lado, la coherencia de políticas, y la eficacia, armonización y alineamiento de la ayuda y por otro el reconocimiento de la riqueza y heterogeneidad de la CE en el país.

El sector Salud es una de las áreas de actuación territorial definida por el MAP. Este sector se alinea con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, los Planes Departamentales de Salud y el Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) del Ministerio de Salud y Deportes (MSD). **La CE pretende centrarse en contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones, fomentando el desarrollo humano sostenible**. Respecto al seguimiento de los distintos programas y proyectos, se pretende impulsar el trabajo de los miembros de la CE para el análisis y la conciliación de indicadores de base comunes tomando como referencia los indicadores del Plan de Desarrollo Sectorial del MSD.

Una de las decisiones estratégicas del sector salud establecida en el MAP es **reactivar la Mesa de Salud de la CE**. Esta mesa se conformó en el 2011 con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la participación de algunos de los organismos de cooperación que reciben financiamiento del gobierno español, entre ellos Medicus Mundi, Médicos del Mundo, Intervida, PROSALUS, Ayuda en Acción, Ojos del Mundo, Enfermeras para el Mundo, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Solidaridad Internacional, Anesvad, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Fondo Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Bolivia. **Esta mesa fue conformada con la intención de generar un espacio de discusión de propuestas que sirvan para coordinar acciones y asignar con mayor efectividad los recursos de cooperación en salud**.

La ausencia de una estrategia que alinee de manera crítica las acciones de los organismos de cooperación entre sí y con los objetivos del gobierno boliviano en materia de salud ocasiona que exista duplicidad de esfuerzos, ausencia de metas comunes a mediano plazo, ausencia de indicadores comunes de evaluación y medición de impacto en salud e incidencia en la política pública sanitaria.

Es por estas razones que la CE ve necesario definir una estrategia, enmarcada en la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), para los próximos 3 años que ayude a priorizar las líneas de acción y defina métodos de evaluación y seguimiento de las acciones, todo esto a partir de un diagnóstico completo de la situación en salud, del grado de implementación de las políticas públicas en salud y de las potencialidades y limitaciones de la CE y sus diversos actores.

2. OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA

Orientar la toma de decisiones de los actores de la CE para optimizar la asignación de recursos y mejorar el impacto de sus acciones, en el marco del alineamiento con los documentos estratégicos de Salud de la AECID a nivel Global- PAS- Salud y el Plan Sectorial de Salud de Bolivia.

El MAP busca incidir de manera significativa en los procesos de desarrollo local:

- É Articulando la actuación de los distintos actores españoles entorno a enfoques comunes.
- É Avanzando hacia una priorización progresiva sectorial y geográfica de actuación.
- É Generando procesos graduales complementariedad entre los distintos actores de la CE.

La complementariedad de acciones tiene por base, por un lado, la coherencia de políticas y la eficacia, armonización y alineamiento de la ayuda, y por otro el reconocimiento de la riqueza y heterogeneidad de la CE en el país.

La estrategia de implementación del MAP de la CE en Bolivia, en materia de salud, debe permitir:

1. ***Armonizar de manera crítica las acciones de los organismos de cooperación que reciben financiamiento del gobierno español***, lo que significa: i) evitar duplicidad de esfuerzos; ii) evolucionar hacia metas comunes a mediano plazo; iii) utilizar (en la medida de lo posible) indicadores comunes; iv) seguir, evaluar y/o medir de manera coherente el impacto en salud; v) seguir, evaluar y/o medir de manera coherente la incidencia de las acciones emprendidas en la política sanitaria boliviana.
2. ***Alinear las acciones de esos organismos de cooperación con los objetivos del gobierno boliviano***, particularmente en lo que se refiere a la Política SAFCI y al PSD del MSD.
3. ***Priorizar las líneas de acción para el futuro en términos sectoriales o geográficos.***
4. ***Dotar a la CE con herramientas de seguimiento de las acciones de todos los actores españoles*** en el campo de la salud que no dupliquen las ya existentes locales en la medida de lo posible.

3. METODOLOGIA

La elaboración de la estrategia se realizó mediante un **proceso altamente participativo, en donde los actores de la CE establecieron los pilares estratégicos sobre los que descansará la propuesta para los próximos 3 años.**

Se contó con el apoyo de una empresa consultora Salud, Desarrollo y Cultura que facilitó y puso al alcance técnicas y herramientas participativas, para que la estrategia, desde su concepción, fuera apropiada por los diferentes actores de la CE.

ENTREVISTAS

- É Entrevistas con los responsables de la AECID en Bolivia.
- É Entrevistas semiestructuradas con los actores de la CE en el sector salud (ONGD) miembros de la “Mesa de Salud de la CE” en Bolivia.
- É Entrevistas semiestructuradas con actores claves del MSD en el campo de la Promoción de la Salud (Unidades de Promoción de la Salud y Movilización Social, Proyecto de Implementación de la SAFCI, Redes de Salud, Residencia SAFCI, Dirección General de Planificación, Dirección de las relaciones Internacionales.
- É Entrevistas semiestructuradas con los socios bi y multilaterales involucrados en el sector salud.

MAPEO TRANSVERSAL DE LOS ACTORES

Se realizó un mapeo de la situación actual (*mapeo transversal*) de los principales actores (ONGD) de la CE en el sector salud en Bolivia.

TALLERES

- É Taller con responsables del MSD, basado en una presentación de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) del sistema de salud boliviano, tal como salían de las entrevistas con los informantes del MSD
- É Taller FODA organizado por la Dirección de Promoción de la Salud del MSD, con base a los datos saliendo del análisis FODA de los consultores utilizado en el taller mencionado arriba.
- É Taller con representantes de la AECID y actores de la CE en el sector salud (ONGD) miembros de la “Mesa de Salud de la CE” en Bolivia, basado en: i) rendición de cuentas de los consultores; ii) mapeo transversal de los actores (ONGD) de la CE en el sector salud; iii) síntesis de los diagnósticos situacionales disponibles sobre el sector salud; iv) primeros pasos del método del *mapeo de alcances (outcome mapping)* de los actores (ONGD) de la CE en el sector salud en Bolivia; v) identificación del qué y del cómo de las perspectivas para la CE en el sector salud en Bolivia y los posibles indicadores de seguimiento.

4. MARCO DE REFERENCIA

El marco general de referencia de la estrategia está constituido por:

- É Objetivos de Desarrollo del Milenio
- É Agenda Internacional para la Eficacia
- É Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

É Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 del MSD

É Asociación Internacional para la Salud (IHP)

En el **anexo 1** se encuentra desarrollado el marco de referencia de la Estrategia.

5. BREVE ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD EN BOLIVIA

5.1. Breve descripción del Sector Salud

En Bolivia con la promulgación del Código de Salud en 1978 se da inicio a una serie de planes sobre políticas públicas en el sector, políticas que han ido evolucionando, flexibilizándose y haciéndose cada vez **más descentralizadas y participativas**.

Actualmente, **la salud está reconocida como un derecho** en Bolivia. La Constitución Política del Estado garantiza el acceso gratuito al servicio de salud para toda la población (Art.35-37, CPE) y obliga al Estado a hacerse responsable de efectivizar este derecho (Art. 36-37, CPE)¹. Asimismo, el Estado también garantiza la **participación de la población en la gestión de salud** (Art. 40, CPE), lo cual otorga a la población la posibilidad de participar en la determinación de los problemas del servicio de salud y su resolución.

En la actualidad el Gobierno prepara la implementación del **Sistema Único de Salud (SUS)** que tiene como objetivo lograr que todo el sistema público, incluida la seguridad social, funcione de manera concertada, que tenga la misma calidad, las mismas prestaciones y permita el acceso de todos los bolivianos a la atención médica gratuita.

La SAFCI, aprobada por el DS 29601 del 11 de junio de 2008, **constituye el marco general del funcionamiento del sistema nacional de salud**, “se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud”

El **Sistema Nacional de Salud**, definido como “el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del MSD”², establece tres niveles de atención:

É **El primer nivel de atención**, encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, está conformado por los puestos de salud, centros de salud, policlínicas y poli consultorios, medicina tradicional y brigadas móviles de salud.

É **El segundo nivel de atención** comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con

¹ El Sistema de Salud está definido como único, conformado por el sector público, privado y la medicina tradicional.

² Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.

servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología.

É **El tercer nivel de atención** está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, la internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad; sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

Estructura del Sistema:

Estructura del Sistema	Rol
Ministerio de Salud y Deportes	Elabora la política nacional de salud y las normas nacionales que regulan el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.
Servicios Departamentales de Salud (SEDES)	Es el nivel máximo de gestión técnica en salud en el departamento. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado. El SEDES es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política y las normas de orden público.
Gerencias de Red de Salud	Articula la política nacional de salud con la política municipal de la Red de Salud, mediante la asistencia técnica a la elaboración, sistematización y aplicación de la Estrategia de Salud-PDM y POAs.
Directorios Locales de Salud (DILOS)	Es la máxima autoridad de salud en el ámbito municipal. Es la instancia y entidad de dirección que hace efectivo el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de competencia. Siendo su autoridad y competencias intransferibles. Está conformado por: Alcalde Municipal, el Jefe médico del servicio de Salud y el Comité de Vigilancia.
Gobernaciones	Formular, aprobar y establecer las condiciones para la implementación del Plan Departamental de salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
Gobiernos Municipales	Formular y ejecutar participativamente del plan Municipal de salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
Gobiernos indígena originario campesinos	Enfoque territorial. Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgo promoviendo la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la SAFCI.

Los establecimientos de salud conforman distintos niveles de **Redes de Salud**:

É **La Red de Salud Municipal** está conformada por los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Coordinador de Red nombrado por el respectivo DILOS. A partir de 2013 el Gobierno Municipal será responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del primer y del segundo nivel de atención.

É **La Red de Salud Departamental** está conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento. La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el Servicio Departamental de Salud, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación será responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.

É **La Red Nacional** de establecimientos de salud está conformada en total por los 3553 establecimientos de salud de Bolivia, que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONGD. De éstos el 92% corresponde al primer nivel de atención (“puestos de salud” y “centros de salud”), el 6,5% al segundo nivel (“hospitales básicos”) y el 1,5% al tercer nivel (“hospitales generales” e “institutos especializados”)³.

El MSD está trabajando en avanzar en la implementación de **Redes Funcionales de Salud**, concepto que está en sintonía con la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región.

El subsector público está dirigido preferentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no sean parte del subsector de la seguridad social, por lo que cuenta con más establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención.

Las personas que acceden a este sector pagan un precio por las consultas médicas, curaciones, intervenciones quirúrgicas, análisis y otros. Los precios de estas prestaciones se determinan considerando solamente el costo de operación del establecimiento de salud, en tanto que el Estado debe cubrir los costos del recurso humano.

El subsector de la seguridad social a corto plazo está constituido por las diferentes Cajas de Salud que prestan servicios de salud a sus beneficiarios y dependen de la Unidad de Servicios de Salud del MSD. El asegurado debe cotizar el 10% de los ingresos. El asegurado y sus beneficiarios (esposa o conviviente, hijos, padre, madre y hermanos) acceden a la atención en las Cajas de Salud y cuentan con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional con prestaciones en dinero y en especies.

³ Fuente: sitio del MSD. “Reporte de estructura de establecimientos 2012”. <http://www.sns.gob.bo/snis/estadisticas/estructura>

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones Privadas están conformados por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia Católica y a productores de salud particulares. **El subsector de las ONGD** está constituido por establecimientos de salud que ofrecen diferentes servicios con el financiamiento proveniente de recursos externos.

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

5.2. Breve análisis del Estado del Sistema de Salud

Para hacer este análisis, se seguirán los diferentes elementos del sistema salud que define la OPS. Estos elementos han sido analizados en el marco de la Mesa de salud de la CE a través de los estudios con INESAD (El costo y la efectividad de intervenciones en salud en el marco de la Política SAFCI):

Prestación de servicios

El 77% de la población boliviana no tiene acceso al sistema formal de salud. El 60% de esta exclusión está explicada por barreras externas al sistema, mientras que el 40% por barreras internas.

Las principales barreras externas son el acceso a educación y agua, la calidad de la vivienda, el nivel económico, ser indígena y vivir en el área rural. Por otra parte, las barreras internas son la dotación de recursos humanos e infraestructura, la cobertura de los servicios de vacunación y la cobertura de la seguridad social.

La fragmentación y la distribución inequitativa de los servicios determinan la exclusión y la autoexclusión. La información del SNIS-VE muestra que los establecimientos de primer nivel se encuentran principalmente en el área rural y los establecimientos de tercer nivel están concentrados en el área urbana. Peor aún, las redes de servicios no poseen enlaces funcionales ni operativos.

Lo señalado evidencia un funcionamiento desarticulado y no sistemático de los niveles central y departamental del MSD con los niveles municipales. Esta fragmentación provoca duplicidad de procesos administrativos y la existencia de múltiples intermediarios, elevando los costos de transacción. Además, esto constituye un obstáculo en la conducción y regulación sanitaria, limitando la implementación de los programas y proyectos a nivel nacional.

Recursos humanos

Los recursos humanos no son suficientes por la dispersión geográfica de las ciudades y comunidades, evidenciándose que la concentración es mayor en la zona urbana y en el tercer nivel, y la mayor parte del personal calificado se centraliza en las zonas urbanas en desmedro de los municipios más pobres.

En relación al número de médicos, Bolivia se destaca en América Latina por su escasez. De acuerdo a los datos, Bolivia contaba con 1.970 personas por médico en el año 2008, después de Guatemala, que presenta 5.235 personas por médico. Los países de Argentina, Brasil y Ecuador lideran el ranking; en cambio, El Salvador, Nicaragua y Paraguay presentan cifras muy cercanas a Bolivia.

Información

El SNIS-VE es el encargado de la gestión de datos e información del sector salud, cuyo manejo se organiza mediante el denominado “Ciclo de la información”, conformado por: la Captación, Sistematización, Consolidación y Procesamiento. El sistema de información en Bolivia está reflejando el estado del sistema de salud que está caracterizado por su segmentación y fragmentación. En este sentido, la capacidad de respuesta del sistema de información ha sido rebasada como consecuencia de los múltiples requerimientos de sus usuarios y una falta de evaluación del mismo, ya que nuevas intervenciones han dado lugar a la creación de múltiples sistemas paralelos que duplican y fragmentan los esfuerzos. Como consecuencia, la cantidad de registros administrativos en los establecimientos de salud se han ido incrementando en el tiempo, lo cual constituye una carga de trabajo importante para los proveedores de salud en desmedro de la calidad de atención.

Productos médicos, vacunas y tecnología

Existen pocos indicadores que miden el manejo de medicamentos, uno de ellos es el porcentaje de gasto en medicamentos respecto al total en salud. Para el año 2006, este porcentaje alcanzó el 17% en Bolivia, que es inferior comparado con el 25% para América Latina y 29% para los países de ingresos medios y bajos. Además, el gasto público per cápita en productos médicos en Bolivia fue de 3.08US\$ mientras que el gasto privado per cápita fue de 11US\$, muy por debajo cuando se compara con el promedio de América Latina de 25US\$ el gasto público per cápita y 49US\$ del gasto privado per cápita.

Financiamiento

Bolivia es uno de los países de América Latina y el Caribe con uno de los niveles más bajos de gasto en salud pública (medido en porcentaje del PIB). Asimismo, la mejora sanitaria es la más baja de la región, siendo el segundo peor después de Haití.

Pero además existe heterogeneidad en la asignación del gasto en salud al interior del país, reflejada en la segmentación del sistema de salud. Por ejemplo, el Seguro Social gasta el 40% y afilia a un 27% (dando atención efectiva al 16%), mientras que el sector Público gasta el 30% y debe atender a toda la población no afiliada a las cajas del

seguro social. Además, se observa regresividad en el gasto de bolsillo (aproximadamente 28% del gasto total); es decir, la población con menos ingresos destina un mayor porcentaje de ellos en salud (aproximadamente 10%) que la población con mayores ingresos.

Liderazgo/Gobernanza

El nivel de gobernanza de un país afecta al ambiente en el cual opera un sistema de salud y la facilidad con la que los ministerios de salud ejercen sus responsabilidades. Los indicadores de gobernanza del Banco Mundial miden esta variable en seis áreas: comunicación y rendición de cuentas, estabilidad política, efectividad del gobierno, cumplimiento de las leyes, calidad regulatoria, y control de la corrupción.

Bolivia se encuentra por debajo del promedio regional en las áreas de efectividad del gobierno, calidad regulatoria y cumplimiento de la ley (percentil 39, 22 y 13, respectivamente), lo que indica una baja capacidad de formulación e implementación de políticas y regulaciones, una baja calidad de los servicios públicos, entre otros. Por el contrario, el área de gobernanza en la que Bolivia está bien ubicada es comunicación y rendición de cuentas (percentil 47).

A nivel municipal, se evidencia que tanto la ejecución presupuestaria de recursos en salud como la gobernabilidad no están correlacionadas con la situación de salud. Es decir, los municipios con una buena situación de salud no necesariamente tienen una alta ejecución presupuestaria o buena gobernabilidad. Sin embargo, si existe una correlación positiva entre la oferta de salud y la ejecución presupuestaria, y entre ésta y los indicadores de gobernabilidad. En este escenario, políticas locales que mejoren la gobernabilidad contribuirían a mejorar la asignación de recursos en salud y mejorar la oferta de salud por este canal. Una política de este tipo podría ser incrementar la participación social.

En el marco de la elaboración de la estrategia se realizó **un análisis de los principales rasgos de los campos de trabajo comunes de la CE con el MSD desde la perspectiva de la Política SAFCI**. Este análisis se encuentra en el anexo 2 en forma de FODA.

En el **anexo 2** se encuentra **análisis más detallado del sector**:

- É Descripción del Sistema de Salud boliviano
- É Análisis de los Integrantes del Sector Salud en Bolivia por el PSD
- É Análisis FODA del Subsector Público de Salud en Bolivia

6. PANORAMA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD EN BOLIVIA

Bolivia fue el primer país sudamericano en adaptar la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo al contexto nacional a través de la Declaración de Santa Cruz⁴ lo cual resultó en el establecimiento en Bolivia del **Grupo de Socios para el Desarrollo (GRUS)** y trece sub-grupos de trabajo sectorial. El GRUS es una instancia que agrupa a los países donantes y agencias de cooperación en el país para que, en el marco de la Declaración de París, se mejore la coordinación y armonización entre sus miembros y se contribuya al liderazgo del Gobierno en torno a un alineamiento con las Políticas del Plan Nacional de Desarrollo (PND).

El grupo de trabajo de Salud, uno de los 13 sub-grupos del GRUS, que nació en julio de 2007, surge como un mecanismo para generar alianzas estratégicas que mejoren la efectividad del apoyo de la comunidad internacional al Sistema Boliviano de Salud, dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y como un apoyo al PSD.

La Cooperación Internacional y el MSD **mantienen una coordinación y dialogo permanente estableciéndose el Comité de Cooperación Interagencial de Salud (CCI)** como la instancia de coordinación entre el MSD, como máxima autoridad y ente rector en el sector Salud, y la Cooperación Internacional en Salud.

La Cooperación Internacional y el MSD firmaron el 4/09/2012 un **Código de Conducta que expresa el objetivo de establecer gradualmente un Enfoque Sectorial Ampliado (ESA)** donde se fortalezca el liderazgo del MSD en la conducción de la políticas de salud así como en la toma de decisiones sobre asignación de recursos, incrementando la coherencia entre políticas, gastos y resultados. Este enfoque implica el desarrollo de una política y estrategia sectorial integral y coherente, así como un marco común de gestión, planificación e información, lo que contribuye además a la reducción de los costos de transacción

Implementar el Enfoque Sectorial no debe reducirse a canalizar la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en un conjunto de operaciones vía apoyo directo o sectorial, éstas son sólo modalidades o instrumentos. Es necesario un **cambio en la forma de hacer cooperación, que parte de la institucionalización del Enfoque, la implementación de diálogo de políticas en el país socio, la complementariedad con otras actuaciones de la sociedad civil así como el refuerzo de las capacidades institucionales.**

Esto implica establecer sinergias y aunar esfuerzos con otros donantes, estableciéndose un acuerdo conjunto con el país socio donde se marcan las “reglas del juego” y que permite medir avances en base a una matriz de indicadores acordados de manera común y un análisis de riesgos compartido. El alineamiento sin armonización no soluciona el problema de la fragmentación de la AOD, por lo tanto éste es un principio esencial en cualquiera de los instrumentos.

La Cooperación Internacional conjuntamente con el MSD tiene muchos retos por delante para la implementación del Enfoque Sectorial así como en la implementación de la política de salud, como:

⁴ Aprobada el 11 de octubre de 2006, en Santa Cruz (Bolivia), por los representantes de países de América Latina y el Caribe y los socios para el desarrollo que apoyan la región.

- É Integrar la SAFCI en el actual sistema de salud y reforzar el primer nivel de atención
- É Unificar criterios para poder aplicar los modelos de redes funcionales en cada departamento
- É Mejorar la capacidad de gestión autonómica del sector salud a nivel departamental y municipal.

En el **anexo 3** se encuentra un análisis más detallado del Panorama de la Cooperación:

- É Datos Generales
- É Líneas de trabajo de las principales agencias de cooperación en salud
- É Visión de la cooperación sobre el sector

7. PANORAMA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD EN BOLIVIA

7.1. Marco Estratégico de la CE (anexo 4)

- É IV Plan Director (2013- 2016)
- É Estrategia de Salud de la CE
- É Plan de Actuación Sectorial de Salud (2011- 2013)
- É Estrategias horizontales

7.2. Situación actual del sector salud para la CE

El sector Salud es una de las áreas de actuación territorial definida por el Marco de Asociación de la CE (2011-2015). El trabajo en este sector se alinea con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, los Planes Departamentales de Salud y el PSD del MSD.

La CE en Bolivia en el sector salud se plantea desde sus diferentes actores e instrumentos contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones, en especial en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad de forma que se contribuya a reducir la pobreza y fomentar el desarrollo humano sostenible.

La intervención en el sector salud se viene impulsando a través de las ONGD españolas, Universidades (Programa de Cooperación Interuniversitaria) y Organismos Multilaterales (UNFPA y OPS/OMS principalmente).

La AECID a través de su Oficina Técnica de Cooperación (OTC) actúa como facilitador de la interrelación entre los distintos actores de la CE, los multilaterales, los donantes del sector salud y la propia institucionalidad boliviana.

7.3. ONGD de Salud de la Cooperación Española en Bolivia

7.3.1. Líneas de acción

Las ONGD presentes en el sector de la salud conforman un panorama bastante amplio de actuación que se puede resumir de la manera siguiente⁵:

- É Los objetivos de los proyectos llevados por las ONGD españolas están **enmarcados en la política nacional en salud**, principalmente en la implementación de la política SAFCI, el apoyo a ciertos programas y menos en apoyo a las redes de salud. Estas últimas están pasando por un proceso de reestructuración, lo que puede frenar intervenciones de apoyo estructural en este momento.
- É Las ONGD centran su acción en **comunidades principalmente rurales**, para reforzar la oferta en salud del primer nivel de atención y la gestión participativa (según las modalidades de la política SAFCI), basándose en la estructura descrita en el PSD del MSD. Las ONGD apoyan las autoridades locales en la aplicación de las normas, conformación de los comités de salud, las mesas municipales, la elaboración de los planes municipales de salud, facilitando el trabajo con instrumentos técnico-administrativos, apoyo logístico y capacitación local en gestión.
- É Algunas ONGD trabajan hace varios años en la **articulación de la medicina “biomédica” con la tradicional**, apoyan el reconocimiento por las autoridades sanitarias de médicos y parteras tradicionales y su integración en el sistema de salud. Estas ONGD han elaborado algunas guías técnicas que pueden servir para su replicación en otros lugares del país.
- É En **temas prioritarios en salud**, enfatizan el apoyo en disminuir la mortalidad materna, la desnutrición infantil, enfermedades prevalentes olvidadas como el Chagas, y mejorar la salud sexual y reproductiva, especialmente en grupos de mujeres más vulnerables como las adolescentes.
- É Todas tienen un **enfoque de género y de derechos**, algunas más desarrollado que otras. Se reconoce la necesidad de profundizar estos temas e introducir indicadores que puedan ser medidos.
- É Las ONGD dedican recursos a la **capacitación de personal de salud, a la adecuación intercultural de los servicios**, principalmente la atención de parto, con el objetivo de mejorar el acceso y la calidad de atención materno-neonatal, básicamente en el primer nivel de atención.
- É También dedican recursos a la capacitación de personal de salud para la atención especializada en el **manejo clínico de la enfermedad de Chagas**, el tratamiento de enfermedades oculares y la prevención de la ceguera, la solución de problemas de emergencia obstétrica y neonatal.

⁵ Fuente: entrevistas, trabajo durante un taller en La Paz y mapeo transversal de las 9 ONGD de la mesa de salud.

- É Algunas ONGD abordan temas relacionados con los **determinantes de la salud**, por ejemplo el acceso a agua limpia, el saneamiento básico, la violencia intrafamiliar enfocada a la violencia de género, la falta de seguridad alimentaria, la prevención de desastres naturales. Sin embargo no se aprecia un fuerte componente intersectorial en esos temas que podría potencializar su acción.
- É Las ONGD dedican recursos a la **investigación**, sea a nivel clínico (ensayo clínico de una nueva molécula contra la enfermedad de Chagas), sea a nivel socio-antropológico (en medicina tradicional, adecuación cultural de servicios de salud). Sin embargo esos trabajos no desembocan siempre en publicaciones, o no se dedica recursos para la difusión de los resultados.
- É El trabajo en terreno se realiza en muchos casos a través de ONGD locales, las cuales a su vez se benefician de un **fortalecimiento institucional** durante el periodo del proyecto. También se apoya y fortalece a los actores del sistema público como las coordinaciones de red, SEDES, etc.
- É La mayoría de los proyectos buscan tener un **enfoque integral que abarca** varios niveles de decisión del sistema de salud. Se trabaja en el componente de atención (Fortalecimiento de capacidades, fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento, entre otras) y el componente de gestión (apoyo a los comités locales, DILOS, Mesas de Salud, elaboración de planes, etc.).
- É **Ubicación geográfica:** los lugares donde trabajan las ONGD corresponden prioritariamente con las prioridades sectoriales definidas en el MAP: La Paz, Chuquisaca, Cochabamba y Potosí, con una mayor presencia en el departamento de La Paz (tanto en medio urbano en El Alto como rural), una presencia mínima en el departamento de Potosí, y una ausencia de acciones en el departamento del Beni. Algunas acciones se desarrollan en Tarija, Santa Cruz.

7.3.2. Dificultades de las ONGD de Salud de la CE en Bolivia

Las dificultades mencionadas que son comunes a las ONGD en salud son las siguientes:

1. Dificultades por **la alta rotación de personal de salud**, contrapartes sanitarias, responsables de redes, directores de establecimientos, responsables municipales, autoridades en los SEDES, autoridades ministeriales, pero también en el interior de las ONGD socias, con el personal técnico contratado. Existe una falla evidente en la política de gestión de recursos humanos que va desde el nivel central hasta los gobiernos municipales, pasando por los niveles intermedios departamentales. Esta inestabilidad produce desmotivación, superposición de funciones, pérdida de información y dificulta enormemente el trabajo de las ONGD. Esa situación justifica, en parte, la falta de respeto a los compromisos adquiridos por las autoridades locales durante la ejecución de los proyectos.
2. Dificultades con la **toma de conciencia de las poblaciones y de sus líderes en temas de salud:** todavía, para muchos, la salud no está dentro de las prioridades individuales, tampoco colectivas, y ese hecho obstaculiza la utilización de los servicios y la asignación de recursos municipales, los cuales existen en muchos casos y no son utilizados.

3. Aun con la existencia de recursos, **la ejecución financiera en salud es baja**, tanto en los municipios como a nivel de las gobernaciones. Esto se debe a la insuficiente capacidad de gestión de los socios locales y, según varias ONGD, a interferencias de intereses de tipo personal o político.
4. **Limitaciones presupuestarias en los proyectos:** con la crisis económica europea se ha reducido el margen de disponibilidad de fondos y con ello las perspectivas de prolongación (2ª fases) de varios proyectos. Se ha tenido que hacer frente a alzas de precios no previstos en Bolivia, relacionados con el alza del costo de vida, y de los materiales de construcción. Esta situación obliga a las ONGD españolas y ONGD locales ejecutoras a buscar mecanismos de continuidad de los proyectos, con fondos reducidos o sin apoyo externo.

7.3.3. Necesidades de las ONGD de Salud de la CE en Bolivia

Las necesidades expresadas por las ONGD se resumen de la siguiente manera:

1. Una característica de trabajo de las ONGD es la **multiplicidad de socios locales, con los que no siempre se establecen convenios**. Se han identificado socios comunes a todas las ONGD como los gobiernos municipales, los coordinadores de red y los SEDES. Las ONGD desean poder armonizar sus convenios con estos socios con el objetivo de aumentar la eficacia de estos convenios así como el nivel de responsabilidad en los compromisos de las contrapartes, mirando a la sostenibilidad de las acciones.
2. Muy **pocas ONGD tienen acuerdos con socios internacionales**, como universidades (españolas) o bien la OPS, pero reconocen el impacto positivo que se puede obtener de ese tipo de alianzas para poder realizar investigaciones locales de mejor calidad, en coordinación con universidades bolivianas.
3. El diseño de **los proyectos responde a criterios uniformes cuando son financiados por AECID pero pueden ser muy variados si son financiados por otras entidades españolas**. Existe el compromiso de trabajar en la gestión basada en resultados de desarrollo, introducir indicadores cualitativos como por ejemplo el cambio de comportamiento en los socios locales (basándose en el enfoque de mapeo de alcances) y otros indicadores basados en estudios locales (encuestas de satisfacción u otras). Sin embargo coinciden en apuntar la importancia de una **capacitación para poder manejar algunas herramientas de la gestión basada en resultados**, con el objetivo de poder medir de mejor manera el aporte de cada proyecto a las metas principales del sector salud, reflejadas en el PSD del MSD.
4. Las ONGD expresan **una necesidad de producir mayor información (no tanto en cantidad como en calidad) que refleje el trabajo que se está realizando y que se pueda comunicar y difundir** en el sector salud boliviano. Para lograr este objetivo será necesario dedicar recursos para realizar un trabajo de sistematización, recopilando las experiencias, y su difusión, y esto podría **ayudar a definir mejor la imagen de la CE en Bolivia**.

7.4. Actores Multilaterales financiamiento AECID

La OPS/OMS, en Bolivia, ejecuta fondos provenientes de la AECID, es por este motivo que surge el interés de coordinar las acciones de la OPS/OMS con las acciones del conjunto de la CE en Bolivia.

Desde la sede de la AECID se coordina para que las propuestas de la OPS/OMS estén alineadas con el enfoque de salud de la CE y en terreno se tiene el mandato de establecer una coordinación estrecha para lograr la alineación de este organismo regional de salud con los resultados de desarrollo de las Programaciones Operativas (PO) de las OTC. Aunque es necesario resaltar que no se pretende convertir este instrumento multilateral regional de salud en otro instrumento bilateral porque perdería su valor añadido.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas desarrolló del 2009 al 2012 un Programa Regional denominado “Igualdad de Género, Derechos Reproductivos y Respeto a la Diversidad Cultural en América Latina y El Caribe” con fondos AECID. En Bolivia se implementaron 3 ejes en este marco:

- É Género, derechos reproductivos y reducción de la pobreza/plan andino de prevención de embarazo en adolescentes
- É Migración y desarrollo con enfoque de género e intergeneracional
- É Mujeres indígenas: salud y derechos

En la actualidad los fondos de la AECID entran dentro de los fondos regulares y por lo tanto no están destinados a ningún proyecto en concreto pero si al Programa País del UNFPA en Bolivia.

El programa país abarca el período 2013-2017. Este programa contempla una serie de áreas que han sido objeto de cooperación estrecha con la AECID como el área de la prevención de embarazo adolescente, la promoción del enfoque de salud e interculturalidad y la salud sexual y reproductiva de adolescentes y mujeres migrantes. Estas áreas son clave para la reducción de las importantes brechas sociales presentes en Bolivia y tienen un gran potencial para contribuir a una mayor equidad y una mayor efectividad en los esfuerzos nacionales para la reducción de la pobreza. Los objetivos planteados en el Programa están en sintonía con los objetivos del Marco de Asociación de País de la AECID, por lo que se espera que se pueda continuar con la colaboración iniciada en el ciclo anterior e incluso reforzarla en aras de un mayor impacto de las intervenciones.

La coordinación con la OPS/OMS y UNFPA forma parte de la articulación de instrumentos en el enfoque de gestión por resultado.

7.5. Las Universidades españolas

Universidades españolas han venido participando en Bolivia en el sector salud, fortaleciendo la formación de los recursos humanos y potenciación la Investigación y el Desarrollo (I+D) en salud principalmente a través del Programas de Cooperación

Interuniversitaria. Los proyectos que se han implementado han estado enfocados en la relación Universidad española con Universidad Boliviana con una baja participación del MSD.

8. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAP EN EL SECTOR SALUD EN BOLIVIA

8.1. El Marco de Asociación País de la CE en Bolivia

8.1.1. Sectores de actuación de la CE en Bolivia

Sectores de actuación integral: aquellos sectores donde distintos actores de CE (de acuerdo a su especificidad y ventaja comparativa de actuación que tenga la AECID, AGE, CCAA y EELL,ONGD, Universidades, etc.) trabajarán en distintos y/o complementarios espacios institucionales, sociales y/o locales tales que la administración central del estado boliviano (ministerios o instituciones de carácter nacional), instituciones subnacionales (regionales, departamentales, municipales o Indígenas Originaria Campesinas), y/o con instituciones, asociaciones o movimientos no gubernamentales o de la sociedad civil.

Serán estos sectores en los que se prioricen los recursos de la cooperación bilateral oficial de la AECID: **Educación, Agua y Gobernabilidad**

Sectores de actuación territorial: aquellos sectores donde la CE trabajará esencial y fundamentalmente a nivel subnacional y/o con enfoque de territorio (con instituciones subnacionales regionales, departamentales, locales o Indígenas Originarias Campesinas) y con progresiva concentración geográfica, y/o con instituciones, asociaciones u organizaciones no gubernamentales o de la sociedad civil boliviana. Los sectores de actuación territorial (además de los, implícitamente incluidos sectores integrales de educación, agua y gobernabilidad), serán fundamentalmente los relacionados con temas de **salud, soberanía alimentaria.**

Las prioridades horizontales del MAP serán, en su sentido amplio, **el enfoque de género, el enfoque de interculturalidad y derechos de los pueblos indígenas y la sostenibilidad ambiental.** Los actores de la Cooperación Española y sus contrapartes bolivianas velarán para que, progresivamente y a lo largo del periodo del MAP, estas prioridades horizontales se conviertan en ejes articuladores de las distintas acciones sectoriales de la CE en el país.

A lo largo de la vigencia del MAP se irá avanzando hacia una concentración geográfica con progresivo enfoque de territorio, se priorizarán los ámbitos territoriales vinculados a los departamentos de **Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz y Potosí.**

8.1.2. Valoración de la CE por el Ministerio de Salud y Deportes

El MSD reconoce positivamente el nivel de coordinación que existe entre las ONGD españolas del sector salud y las entidades públicas de salud, tanto a nivel nacional como subnacional.

El MSD reconoce igualmente la apertura de la CE a las demandas y necesidades del sector público de salud y el alineamiento a las políticas públicas, destacando el

entendimiento español de la realidad de la salud en ámbitos rurales interculturales y el apoyo que se ha hecho en relación a la Medicina Tradicional e Intercultural. Esta valoración positiva del trabajo de la CE se refleja en la implicación de las autoridades nacionales y departamentales en las actividades realizadas conjuntamente, especialmente a través de los Directorios Locales de Salud (DILOS) y los gerentes de red de servicios.

8.1.3. Experiencia de la CE en el Sector salud de Bolivia

La CE ha trabajado en el sector salud en Bolivia durante varios años a través de distintos instrumentos de cooperación oficial bilateral, multilateral, ONGD españolas, así como a través del Programa de Cooperación Interuniversitaria y de becas. Esta intervención en salud se ha fortalecido en los últimos años a través de las ONGD y **mecanismos multilaterales**, bajo el reconocimiento de que estos actores proveen fuertes capacidades instaladas para la ejecución de programas y proyectos, el acompañamiento de la Política SAFCI y el apoyo a la implementación del futuro Sistema Único de Salud (SUS).

Las ONGD juegan un papel relevante en el fortalecimiento y apoyo a los Planes Departamentales de Salud (en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional) y en su contribución a la formación adecuada de recursos humanos.

La SAFCI permite un espacio de trabajo coordinado de las ONGD a medio y largo plazo en el cual se puede integrar un trabajo de inclusión del enfoque de género e interculturalidad y derechos de pueblos indígenas, así de integración de acciones vinculadas a los sectores de agua y soberanía alimentaria visto que muchas ONGD del sector apoyan su acción desde una mirada multisectorial. Paralelamente, varias ONGD españolas realizan un trabajo coordinado con los diferentes niveles subnacionales en espacios donde se contribuye a que las instituciones sanitarias a nivel departamental (SEDES) y municipal coordinen entre ellas más estrechamente.

8.1.4. Marco de gestión para resultados – Eficacia de la ayuda de la CE

A partir del IV Plan Director de la CE, la eficacia de la ayuda es la piedra angular de la CE, y la gestión orientada a resultados de desarrollo es el “principio relevante”⁶ de la misma, como son de igual manera relevantes para la eficacia esperada de los demás principios de la Declaración de París.

El MAP establece los ámbitos de cooperación en el sector salud a través de los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes Departamentales de Salud y los objetivos del PSD del MSD (2010-2020), en consonancia con las directrices emanadas del Plan Director de la CE y de la Estrategia de Salud de la CE.

El PSD del MSD se relaciona con los siguientes Objetivos de Desarrollo del Milenio: ODM1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre, ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, ODM 5: Mejorar la salud materna y el ODM 6: Combate VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. A su vez, el Plan se estructura

⁶ AECID. IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016.

tomando en cuenta los siguientes ejes estratégicos: 1) Acceso Universal al Sistema Único de salud Familiar Comunitaria Intercultural 2) Promoción de la salud en el marco de la SAFCI 3) Soberanía y Rectoría sobre el Sistema de Salud Familiar Comunitario Intercultural.

En sintonía con las políticas del Estado boliviano, la CE en salud pretende centrarse en “contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones, en especial aquellas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad, de forma que se contribuya a reducir la pobreza y fomentar el desarrollo humano sostenible”.

8.1.5. Indicadores, línea de base y fuentes de verificación para el seguimiento

El PSD ha introducido indicadores y metas concretas para sus tres ejes principales. El MAP recomienda el seguimiento de estos indicadores y de su medición, como posible forma de valorar los avances en accesibilidad a servicios, equidad en la atención, mejora de la salud en general, transversalización de las prioridades horizontales y rectoría de la institución.

El MAP prevé también el seguimiento de los indicadores de los ODM.

Las líneas de base pueden construirse a partir de las Encuestas Nacionales de Salud y Demografía (ENDSA), del Sistema Nacional de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica de Bolivia (SNIS-VE) del Ministerio de Salud y de la información sanitaria recogida en los ámbitos locales (SEDES, Gerencias de Red Municipales y en los propios Establecimientos de Salud).

Las fuentes de verificación de estos indicadores se centran sobre todo en la información recogida por el Ministerio el Salud y Deportes como el Análisis de Información Anual del SNIS-VE, las evaluaciones des PSD por la Dirección de Planificación del Ministerio, y las Estadísticas mensuales de los Establecimientos de Salud y los consolidados mensuales de los SEDES.

Respecto al seguimiento de los distintos programas y proyectos, se pretende impulsar el trabajo entre los miembros de la CE para el análisis y la conciliación de indicadores de base comunes aplicables a los distintos programas y proyectos tomando como referencia los indicadores del Plan de Desarrollo Sectorial.

8.2. La Estrategia de Implementación del MAP de la CE en el sector de la salud en Bolivia

Considerando que:

- É Los actores de la CE en el sector de la salud boliviano conocen adecuadamente el marco referencial al respecto: la Política SAFCI y el PSD del MSD, así como la Estrategia de Salud, el Plan de Actuación en Salud y MAP de la CE.
- É Los aspectos generales y teóricos de la CE en el sector están bien delineados en estos documentos.

É Los responsables de la CE en el sector, tanto a nivel de la OTC como ONGD, han expresado de manera muy clara sus expectativas por un documento de Estrategia de Implementación que sea concreto, dé directrices específicas y abra las perspectivas hacia el futuro.

Se proponen a continuación las líneas estratégicas a considerar por los diferentes actores de la CE así como algunas recomendaciones para su implementación.

Estos lineamientos apuntan a:

É El *enfoque sectorial* incipiente, cuyo logro actual, el “Código de Conducta”, establece en primer lugar, en lo referido a los compromisos de la cooperación internacional, el “asegurar que los futuros acuerdos de cooperación, relacionados con el sector salud, estén dirigidos a la implementación del PSD establecido por el MSD”⁷.

É La *política SAFCI*, que es la política general de salud del actual Gobierno, cuyos principios tienen respaldo en la Constitución Política del Estado.

É Las *capacidades locales*, cuyo fortalecimiento es indispensable tanto para la implementación de la SAFCI y del PSD como de la apropiación de los aportes exteriores.

É Los *desempeños de las intervenciones de la CE* en términos de eficiencia, eficacia y calidad.

É El *conocimiento* necesario para cumplir con los lineamientos anteriores.

Las recomendaciones conciernen deliberadamente prioridades que no conllevan *costos* adicionales para los diferentes actores o al menos gastos reducidos tanto para ellos como para la AECID.

Lineamiento 1: Fortalecer el enfoque sectorial en salud desde el conjunto de los actores de la CE

JUSTIFICACIÓN

1. El IV Plan Director de la CE marca como línea de trabajo en relación al Derecho Humano a la Salud, la contribución que debe hacer la CE al fortalecimiento y cobertura universal de sistemas públicos de salud equitativos, sostenibles, eficientes y de calidad. Para asegurar el enfoque de equidad el Plan Director prioriza trabajar bajo el enfoque programático sectorial en salud así como el apoyo presupuestario.
2. Así mismo en la Estrategia de Salud como el PAS- Salud se apuesta en el enfoque programático asociado al diálogo de políticas.
3. La Cooperación Internacional y el MSD firmaron el 4/09/2012 un Código de Conducta que expresa el objetivo de establecer gradualmente un Enfoque Sectorial

⁷ Código de Conducta, punto 8.3.1.

Ampliado (ESA) donde se fortalezca el liderazgo del MSD en la conducción de la políticas de salud así como en la toma de decisiones sobre asignación de recursos, incrementando la coherencia entre políticas, gastos y resultados. Este enfoque implica el desarrollo de una política y estrategia sectorial integral y coherente, así como un marco común de gestión, planificación e información, lo que contribuye además a la reducción de los costos de transacción.

La AECID ha firmado el Código de Conducta, sin embargo su apoyo al enfoque sectorial se ve limitado por la ausencia de cooperación bilateral directa en el sector salud.

4. En el FODA del Ministerio se detecta una débil autoridad sanitaria a nivel ministerial y departamental en la conducción del sistema de salud. Es por este motivo que se hace necesario fortalecer el liderazgo y apropiación del MSD como requisito indispensable para trabajar en un enfoque sectorial.

ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL LINEAMIENTO 1

AECID

- É La AECID debería seguir participando activamente en los espacios de diálogo y coordinación con el MSD/ SEDES y la cooperación internacional, asegurando la coherencia de políticas de cooperación, la armonización de actores y articulación de instrumentos de desarrollo.
- É La persona responsable debería tener una dedicación importante de su tiempo al sector salud para poder acompañar y hacer seguimiento a la estrategia propuesta así como una participación activa en los diferentes espacios de coordinación (al interior de la CE y hacia fuera).

ONGD

- É Las ONGD deberían enfocar sus acciones al logro de los objetivos del PSD, lo que se debería reflejar en sus formulaciones o reformulaciones, identificándose a qué objetivos del PSD se contribuye y que resultados se pretende lograr.

ORGANISMOS MULTILATERALES

- É Asegurar que las líneas de trabajo que se vayan a implementar así como las que están en ejecución en el marco de los fondos AECID, estén alineadas con el PSD y por lo tanto que contribuyan a la consecución del enfoque sectorial en marcha.

MESA DE SALUD DE LA CE

- É La mesa de salud de la CE debería asegurar la eficacia de la ayuda mejorando la armonización, rendición de cuentas y alineación de actores al PSD. Para ello sería importante que los actores de la Mesa pudieran participar en otros espacios de

coordinación con el MSD/SEDES (mesas temáticas por ejemplo) en representación de la Mesa de Salud de la CE.

- É Definir y diseñar instrumentos para implementar la armonización, rendición de cuentas y alineamiento de actores de la CE al PSD.
- É Abrir la posibilidad de realizar acciones conjuntas y sinérgicas entre los diferentes actores de la CE, no sólo con las intervenciones en curso, sino para la formulación de nuevas intervenciones. Estas actividades se podrían realizar en el marco de los diferentes instrumentos de financiación (convenios, apoyo a organismos multilaterales y proyectos).
- É También se valorará la posibilidad de complementar el trabajo de instituciones especializadas en ciertos temas (Chagas, salud ocular, etc.) con otras que tienen intervenciones de carácter más general (fortalecimiento de redes, salud intercultural, etc.).
- É Establecer un dialogo con la Cooperación Internacional y MSD/SEDES para abordar y trabajar conjuntamente sobre el rol de la sociedad civil en el enfoque sectorial que se está impulsando. Para esto será muy importante el rol de la AECID como intermediario.

Lineamiento 2: Apoyar a la implementación de la Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) principalmente a nivel local

JUSTIFICACIÓN

1. La SAFCI, aprobada por el DS 29601 del 11 de junio de 2008, constituye el marco general del funcionamiento del sistema nacional de salud, incorporando un nuevo paradigma en la atención de la salud, centrada en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción, prevención, tanto en los servicios como en la comunidad.
2. Existe un compromiso manifiesto de los diferentes actores de la CE en apoyar la implementación de la política SAFCI. Existe en la actualidad un alineamiento de los programas, proyectos y convenios de la CE con la Política SAFCI.
3. Integración de la SAFCI: la eficacia y la incorporación de la política SAFCI en el sistema de salud dependen de su operatividad, que está relacionada no sólo con los recursos disponibles sino con las modalidades de implementación de esta nueva política. El éxito de la política SAFCI depende de su integración al sistema de salud con el fin de transformarlo desde adentro sin crear un modelo de atención y de gestión paralelo. La CE puede organizarse en función a esta exigencia de integración de la SAFCI.
4. Fortalecimiento del MSD/SEDES: los actores de terreno y los socios de la cooperación internacional coinciden en identificar la necesidad de un apoyo técnico y normativo al sector, con miras a los retos del PSD, los ODM y los obstáculos en la implementación de la política SAFCI. Aunque esta necesidad no siempre ha sido expresada de manera abierta por los responsables del sector.

5. En el análisis FODA del Ministerio se pueden evidenciar algunas debilidades en la implementación de la SAFCI, que justifican por lo tanto la línea de trabajo propuesta:

É El personal de las redes de salud no está formado en la política SAFCI y está poco sensibilizado a la SAFCI.

É Interpretaciones de la política. Existen tendencias reduccionistas de la política SAFCI (reduciendo por ejemplo la SAFCI a la articulación con los médicos tradicionales) y coexisten diversas interpretaciones de la política SAFCI.

ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL LINEAMIENTO 2

AECID

É En la coordinación y aprobación de Convenios/ Proyectos/ Acciones de cooperación con ONGD, se debería velar por un diseño de proyectos o programas que ayude a integrar la política SAFCI en el sistema de salud nacional como indica la línea estratégica II del PAS de Salud, y evite la implementación aislada de la misma o su desvinculación del sistema. Hay que tener en cuenta que todos los niveles del sistema nacional de salud pueden entrar en consideración para tal integración de la SAFCI: hospitales, redes de salud, etc.

É Así mismo como parte de la política SAFCI, el enfoque intersectorial debería ser un criterio importante en la aprobación por la AECID de las propuestas de nuevos proyectos por las ONGD y en la concepción de su propia actuación en el Sector Salud, atendiendo al enfoque de Salud Global de la UE, de Salud en Todas las Políticas de la conferencia de Adelaida y de desarrollo sostenible de Rio+20.

ONGD

É Las ONGD deberían favorecer los proyectos que fomentan la **integración de la SAFCI** y evitar las actividades que acentúan la verticalización y la separación de la SAFCI dentro del sistema de salud.

É Al asumir el **enfoque de determinantes de la salud**, que también caracteriza la SAFCI, la CE reconoce que el actuar solo en el sector de la salud por más eficaz que sea, es insuficiente.

Con todo, son pocos los proyectos de las ONGD en el sector de la salud que tienen una dimensión intersectorial (sinergias con los sectores de educación, agua, saneamiento, seguridad alimentaria...). Si se busca avanzar en este campo, se debería trabajar **hacia propuestas de acción intersectorial con socios ya presentes y eficaces en el terreno.**

É Considerando las dificultades comprobadas de las acciones intersectorial y el riesgo de dispersión e ineficiencia por mala asignación de recursos, lo más realista en este momento parece ser:

- 9 La realización de un balance de las potencialidades de sinergias actuales en cada terreno de actuación de las ONGD con otros proyectos de la CE o con proyectos de otros donantes.
 - 9 La puesta en marcha de algunas iniciativas limitadas, en lugares donde las circunstancias parecen ser favorables.
- É Trabajar en el marco de la Política SAFCI supone considerar intervenciones tanto en el modelo de atención como en el de gestión. Así intervenciones como Chagas o salud ocular deberían contemplar trabajar o buscar alianzas estratégicas para tener incidencia también en el modelo de gestión. Ya que normalmente las intervenciones como éstas están orientadas más al diagnóstico, tratamiento y prevención y promoción pero no tanto a la gestión.

ORGANISMOS MULTILATERALES

- É Alinear el apoyo normativo y técnico al MSD con la Política SAFCI. Este apoyo a su vez se debe realizar de manera armonizada con las otras cooperaciones (particularmente el proyecto de la cooperación belga, FOREDES) y multilaterales (particularmente el proyecto FORTALESSA). Al igual que el aporte técnico de la AECID, es imprescindible concebir este apoyo junto con los responsables de alto nivel del MSD, con el fin de que se enmarque en las necesidades del Ministerio, respetando todas las exigencias de la soberanía nacional en el sector.

MESA DE SALUD DE LA CE

- É Identificar acciones en marco de la implementación de la SAFCI que sean susceptibles de ser socializadas y replicadas.
- É Compartir los avances y documentación que se viene trabajando sobre el desarrollo e implementación de la Política SAFCI con el objetivo de avanzar en la unificación de criterios sobre su implementación.
- É Promover el intercambio de experiencias entre Departamentos donde se está apoyando la implementación de la Política SAFCI.
- É Con base a la experiencia de las ONGD y de la cooperación internacional en el Sector Salud, la mesa de salud de la CE debería identificar las necesidades concretas y puntuales de apoyo técnico-normativo al MSD y consensuarlas con estos actores con miras a los actuales y futuros apoyos.
- É La mesa de salud de la CE debería hacer un análisis de las posibilidades de acción intersectorial con los sectores MAP con el propósito de buscar sinergias y acciones concretas de complementariedad. Para ello sería importante iniciar un primer intercambio con la Mesa de agua y Seguridad Alimentaria en un inicio así como con la de género y educación en un segundo lugar.

Lineamiento 3: Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades locales

JUSTIFICACIÓN

1. El fortalecimiento de la gestión para resultados de desarrollo, las técnicas de comunicación (entre otras cosas para la rendición de cuentas), el mejoramiento de los convenios firmados por los proyectos, la concretización de los enfoques de género, derechos, y medio ambiente, la transparencia de la gestión, requieren de un esfuerzo concertado de capacitación dirigido a los actores de terreno (responsables de las ONGD y socios nacionales, ejecutores o no, directos o no).
2. Por otro lado se evidencia en el FODA una necesidad en el sistema de salud de formación de RRHH para la implementación de la SAFCI tanto en lo que implican las exigencias de la gestión pública y el componente “gestión” de la política SAFCI como en el modelo de “atención”:
 - É Formación inicial del personal de salud: la insuficiente formación gerencial y la debilidad de la política de recursos humanos van a la par del hecho de que la SAFCI no esté incorporada en la currícula académica, de pre ni posgrado de especialidades clínicas y no clínicas.
 - É Formación en servicio: el personal de las redes de salud no está formado en la política SAFCI y está poco sensibilizado a la SAFCI. Para el personal de salud, la SAFCI se reduce a promoción de la salud (debilidad de implementación).
 - É Gestión participativa: se evidencia poca capacidad de gestión administrativa de los gobiernos municipales (seguros públicos, recursos humanos, suministros y otros). De igual manera se nota poca capacidad de gestión para el diseño e implementación de los proyectos municipales.
3. En el marco del fortalecimiento de capacidades también se evidencia la necesidad de trabajar por un lado en la exigibilidad del derecho a la salud con los “titulares de derecho”, así como con los titulares de obligaciones y responsabilidades sobre sus responsabilidades en el cumplimiento del derecho.
4. Se debe considerar el tema de desarrollo capacidades locales no solo desde el personal de salud sino también desde las autoridades locales (técnicos municipales, concejales, asambleístas, etc.). En el apartado de dificultades de las ONGD se recoge como dificultad la toma de conciencia de las poblaciones y de sus líderes en temas de salud (incidencia política).

ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL LINEAMIENTO 3

AECID

- É Coordinar con los donantes de salud de la CI las necesidades de formación de recursos humanos para establecer de manera conjunta la asistencia técnica que la CI puede brindar al MSD. Aunque en el marco del actual MAP la AECID no participa directamente de la asistencia técnica que se brinda al Ministerio esta actividad servirá para retroalimentar el trabajo de las ONGD.
- É La AECID a través del Centro de Formación de Santa Cruz, puede apoyar la formación de recursos humanos en el sector. Para ello, de acuerdo a las necesidades detectadas por la mesa de cooperación Internacional y de la CE, se debería proponer al Centro líneas de formación para ser consideradas en su plan formativo anual.
- É Para futuros proyectos y convenios de las ONGD, la AECID debería incluir en sus criterios de aprobación la existencia de actividades de reforzamiento de las capacidades locales.

ONGD

- É Las ONGD que no tienen actividades de capacitación a sus socios locales deberían concertar con ellos y las autoridades correspondientes el desarrollo de tales actividades, para mejorar el modelo de gestión de la SAFCI y la apropiación de las actuaciones en el marco del PSD. Incluir un componente de fortalecimiento de las capacidades locales en los proyectos debería hacerse con modalidades de implementación adaptadas a cada contexto o nivel.
- É Las ONGD que ya tienen implementadas actividades de esta índole deberían examinar si dan satisfacción y, llegado el caso, revisarlas.

MESA DE SALUD DE LA CE

- É En concertación con el MSD, la mesa de salud de la CE debería establecer criterios y líneas generales para las capacitaciones que se emprendan en el marco de sus proyectos tanto en el modelo de atención como en el de gestión.
- É Implementar acciones de incidencia política en regiones donde existe mayor dificultad para efectivizar la Política SAFCI.

Lineamiento 4: Mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de las intervenciones de la CE en salud

Lineamiento 4. 1. Incorporación de las prioridades horizontales del MAP en el desarrollo de los Programas y Proyectos

JUSTIFICACIÓN

1. Como lo reconoce el Grupo de Gestión para Resultados de Desarrollo (GpRD) de la Coordinadora de las ONGD españolas: “Uno de los elementos más complejos de la GpRD radica en cómo planificar y medir los ejes transversales, y definir quién es responsable de estos indicadores y de su integración. De cualquier manera es necesario prever etapas de rodaje (prueba y ajustes) de los modelos y de evaluación de éstas para comprobar qué se está haciendo bien y qué se puede mejorar”⁸.

Varios documentos existen al respecto, y se han organizado algunos talleres en Bolivia, sin embargo, son a menudo muy generales en sus enfoques y ayudan poco a las ONGD en la definición de acciones concretas e indicadores prácticos. En vez de imponer un marco único y obligatorio de transversalización a todas las ONGD, y con miras a las “etapas de rodaje” evocadas arriba, se recomienda fomentar la reflexión de cada ONGD sobre los temas más concretos de transversalización que se encuentran en los documentos disponibles para la CE en Bolivia, verificando su pertinencia y aplicación efectiva en cada uno de los proyectos.

2. Las prioridades horizontales del MAP: enfoque de género, el enfoque de interculturalidad y derechos de los pueblos indígenas y la sostenibilidad ambiental. Los actores de la CE y sus contrapartes bolivianas velarán para que, progresivamente y a lo largo del periodo de esta asociación, estas prioridades horizontales se conviertan en ejes articuladores de las distintas acciones sectoriales de la CE en el país. Existen los planes de transversalización de la CE en Bolivia para dichos ejes transversales.

JUSTIFICACIÓN GÉNERO

3. El Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades (PNIO) es el documento que rige las políticas de igualdad emanadas del ente rector del país: el Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, a través de la Dirección General de Prevención y Eliminación de Toda Forma de Violencia en Razón de Género y Generacional. Además del PNIO, la Dirección General cuenta con un Programa Nacional de Lucha contra la Violencia en razón de Género que ha sido apoyada, entre otras agencias internacionales, por la AECID.
4. Recientemente, el 9 de Marzo de 2013, el Estado Plurinacional ha promulgado la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia (Ley # 348). La Ley crea el Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia en Razón de Género (SIPPASE) cuya gestión y coordinación estará a cargo del Ministerio de Justicia (Ente Rector); este Sistema tiene relación directa con los servicios de salud de todos los niveles del Estado Plurinacional ya que están obligados a atender a toda mujer víctima que solicite asistencia de diversa índole así como a reportar los casos probados de violencia. Por otro lado, el Artículo 20 de la Ley, “Medidas en el Ámbito de la Salud”, establece un total de 14 acciones concretas cuyo ente responsable es el Ministerio de Salud.

⁸ Coordinadora ONGD para el Desarrollo España & AECID. Segundo encuentro de las ONGD de Desarrollo. La gestión para resultados en el nuevo marco de la cooperación internacional para el desarrollo. Junio de 2009, p. 39.

5. De acuerdo al MAP el objetivo estratégico principal de la **prioridad horizontal de género** será la consecución de un proceso real de institucionalización a medio plazo de la perspectiva de género, y una efectiva transversalización de la gestión por resultados hacia la igualdad de género, desde la planificación hasta la gestión, el seguimiento y la evaluación, en la agenda del país.
6. En el **Plan de Acción de Género en Desarrollo (PAGeD) de la CE para Bolivia (2012-2015)** se desarrolla la propuesta de articulación entre el Sector de Salud y el Eje Transversal de Género. Este plan es un instrumento orientador de la política de género en desarrollo de los actores de la CE en Bolivia.
7. El Objetivo General del PAGeD se centra en incidir en la eliminación de las causas estructurales que perpetúan las desigualdades por razón de género en Bolivia y que afectan al logro de la ciudadanía plena de las mujeres (niñas, adolescentes, mujeres adultas y adultas mayores). Para ello, se desarrollan las acciones a lo largo de dos líneas de intervención:
 - 9 La encaminada al **empoderamiento** de las mujeres bolivianas y a la ampliación de Políticas Públicas y de apoyo a la Sociedad Civil, que incida específicamente en la eliminación de las causas estructurales de la desigualdad por razón de género, con especial incidencia en la violencia por razón de género y tomando en cuenta la diversa posición de las mujeres en función de sus múltiples condiciones –grupo etario, de clase, étnicas, de orientación sexual y otras-.
 - 9 La de **transversalización** efectiva del Enfoque de Género en Desarrollo y de Derechos orientando la misma hacia el logro de la efectiva articulación de todas las acciones de la CE y de sus contrapartes en Bolivia.

ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL LINEAMIENTO DE GÉNERO

CONJUNTO DE LOS ACTORES DE LA CE

En el **Plan de Acción de Género en Desarrollo (PAGeD) de la CE para Bolivia (2012- 2015)** se proponen los siguientes resultados para orientar la concreción de acciones desde los diversos actores de la CE:

Empoderamiento:

- É Mejorado el acceso de las mujeres (adolescentes, adultas y adultas mayores) a servicios de calidad de salud sexual y de salud reproductiva así como a recursos suficientes a lo largo del período.
- É Logrados avances en la implementación de las Medidas en el Ámbito de Salud contenidas en el Artículo 20 de la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia

Transversalización:

- É Lograda -durante el período 2012 a 2015- la institucionalización del Enfoque de Género en el documento de referencia estratégica de la CE para Bolivia y éste es aplicado por las instituciones del sector en todas sus acciones.

- É Conseguida una elevada valoración al respecto de la integración del Enfoque GED para los procesos de selección de proyectos y convenios de ONGD españolas que soliciten fondos de AECID.
- É Fortalecidos los mecanismos y espacios de participación en la gestión de salud y en la exigibilidad para el control social del Derecho a la Salud Sexual y del Derecho a la Salud Reproductiva por parte de la sociedad civil.

En el **anexo 5** se encuentran las matrices del Plan de Acción de Género en Desarrollo (PAGeD) de la CE de salud.

Por otro lado en la **estrategia de salud de la CE** se hace un cruce entre salud y género y se señala que una verdadera implementación de la transversalidad de género en el sector salud precisa de la incorporación de las cuestiones de género a través de cinco herramientas a lo largo de toda la gestión:

- É Datos desagregados por sexo
- É Análisis y planificación de género
- É Indicadores sensibles al género
- É Actividades concretas dirigidas a la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres
- É Sensibilización y formación en género de todos los actores implicados

JUSTIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENASE INTERCULTURALIDAD

- É De acuerdo al MAP el objetivo de la transversalización de derechos de los pueblos indígenas es contribuir al pleno ejercicio de sus derechos individuales y colectivos asegurándose el respeto de los mismos en la aplicación de todos los instrumentos usados, utilizando el derecho al consentimiento previo libre e informado.
- É Dentro de los documentos marco de trabajo con pueblos indígenas de CE, se encuentra la ECEPI (Estrategia de CE con Pueblos indígenas, 2006). La ECEPI es la que engloba las directrices de trabajo de todas las acciones de la Cooperación que afecten o se realicen conjuntamente con los Pueblos. Propone seis líneas estratégicas sectoriales una de las cuales es la de salud. Se ha considerado interesante y pertinente que estas líneas se incluyan dentro de la estrategia de salud de la CE en Bolivia en la parte de Derechos de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, conjuntamente con las líneas específicas de trabajo en salud, que aparece en el plan de transversalización de derechos de los Pueblos indígenas de Bolivia 2011/2015.

CONJUNTO DE LOS ACTORES DE LA CE

Líneas Estratégicas y acciones propuestas por la ECEPI:

É Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud

- . Apoyo a la definición y aplicación de marcos legales para el desarrollo de los sistemas indígenas de atención sanitaria
- . Identificación y fortalecimiento de los sistemas indígenas
- . Adaptación de los sistemas nacionales para la introducción y desarrollo de sistemas locales que tengan en cuenta las especificidades indígenas
- . Desarrollo de modelos interculturales de gestión y atención a la salud
- . Formación y capacitación de profesionales indígenas, especialmente mujeres y promotoras de salud, tanto en el sistema oficial como en el de sus propios pueblos
- . Participación de las mujeres en la definición de las prioridades de los programas de salud, con especial atención a la salud sexual y reproductiva
- . Apoyo al reconocimiento y aplicación efectiva de los derechos colectivos de los pueblos indígenas sobre sus conocimientos, prácticas, tecnologías e innovaciones en materia de salud

É Lucha contra enfermedades prevalentes y olvidadas

- . Realización de estudios epidemiológicos interculturales y elaboración participativa de indicadores específicos de salud
- . Atención a enfermedades endémicas

É General

- . Intercambio de experiencias en materia de salud

Líneas específicas de trabajo en salud, que aparece en el Plan de transversalización de derechos de los Pueblos indígenas de Bolivia 2011/2015 para el sector salud:

Productos para el sector de la salud	Indicadores de Producto <i>(adaptados)</i>
P.1 Articulada la propuesta de intervención con la política pública de SAFCI	1.1 Aspectos en los objetivos del proyecto alineados con la política SAFCI
P.2 Fortalecidas las capacidades y competencias del personal de salud con enfoque intercultural en la zona de intervención	2.1 Realizadas capacitaciones y/o formaciones dirigidas a personal de salud en materia de salud intercultural

Productos para el sector de la salud	Indicadores de Producto (<i>adaptados</i>)
<p>P.3 Diagnosticados, integrados y visibilizados en la propuesta los conocimientos, normas y procedimientos propios en materia de salud de los pueblos indígenas o Incluido en el diagnóstico inicial un análisis sobre los conocimientos, normas y procedimientos propios en materia de salud de los pueblos indígenas en la zona de intervención.</p>	<p>3.1 El proyecto tiene líneas de articulación entre la medicina occidental y la medicina propia de los pueblos indígenas.</p> <p>3.2 El proyecto prevé el desarrollo de instrumentos analíticos y métodos de investigación que permitan la integración de la equidad y la interculturalidad.</p>

JUSTIFICACIÓN SOTENIBILIDAD AMBIENTAL

- É En el caso de la sostenibilidad ambiental, el MAP, define que el objetivo estratégico principal será el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de los instrumentos para la gestión ambiental, apoyando en particular evaluaciones y medidas de reducción de impacto ambiental en los respectivos contextos de actuación de los diferentes sectores.
- É La integración del medio ambiente en los procesos de desarrollo es, según la definición del International Institute for Environment and Development –IIED–, la inclusión de aspectos relevantes del medio ambiente en las decisiones de las instituciones que dirigen las políticas nacionales, sectoriales y locales de desarrollo.
- É Según la definición de la Comisión Europea, se trata del proceso de incluir, de manera sistemática, los valores ambientales dentro de todos los ámbitos de la cooperación al desarrollo, para promover resultados generales y específicos de desarrollo (trasponer ideas, influir sobre políticas).
- É Para ello, la transversalización del medio ambiente en los procesos de desarrollo requiere identificar los vínculos específicos que existen entre las variables ambientales y de pobreza, y en base a los mismos, identificar las políticas, los programas o las actividades que puedan ayudar a mejorar, simultáneamente, la gestión ambiental y social del país.
- É Esto implica la integración de herramientas y enfoques ambientales en los distintos niveles y fases de las intervenciones de cooperación (desde programas nacionales a proyectos de menor escala, desde la planificación hasta la evaluación) para poder lograr una mejor armonización de las preocupaciones ambientales, económicas y sociales. Este proceso implica cambios en la cultura y en las prácticas institucionales.

CONJUNTO DE LOS ACTORES DE LA CE

Se propone una LÍNEA DE ACCIÓN: **“Mejorada la salud ambiental, a través de la gestión eficiente de las condiciones ambientales, con el fin de reducir la carga de morbilidad por causas ambientales prevenibles”**

Resultado 1: Promovida la actuación sobre los determinantes ambientales de la salud para mejorar el estado de salud de la población.

- . Promover el uso de agua segura para consumo y actividades productivas: evitar contaminación de fuentes de agua y garantizar sistemas de abastecimiento y almacenamiento seguros del agua.
- . Promover prácticas de higiene adecuadas en relación a agua potable, saneamiento básico, manejo adecuado de residuos, higiene personal y vivienda saludable.
- . Sensibilizar la población sobre sus prácticas y hábitos y el impacto directo que tienen sobre su salud y la prevención de riesgos naturales.
- . Promover el uso de combustibles y fuentes de energía menos contaminantes y más seguras, en viviendas y lugares de trabajo.
- . Fomentar la disminución del uso de sustancias tóxicas tanto en el hogar como en el lugar de trabajo o promover un manejo adecuado de las mismas.
- . Apoyar mecanismos de prevención, promoción y atención de enfermedades vinculadas a los efectos sanitarios del cambio climático en el país, en especial el desarrollo vectorial del dengue, malaria, leishmaniasis y mal del chagas.
- . Incidir en las causas ambientales de la desnutrición (recuperación de suelos, producción para autoconsumo, agroecología) y promoción de buenas prácticas nutricionales.

Resultado 2: Fortalecidas las capacidades de las instituciones públicas locales para la mejora de la salud ambiental.

- . Posicionar en las redes de salud municipales y con la Autoridad Local de Salud la importancia de incidir en los determinantes ambientales de la salud con el fin de reducir la carga de morbilidad y de que sea un tema central en la agenda de salud del municipio.

Resultado 3: Mejorada la calidad de los servicios de la infraestructura sanitaria.

- . Realizar Evaluaciones de Impacto Ambiental en los proyectos de infraestructura e incluir el manejo adecuado de residuos biomédicos, emisiones atmosféricas y aguas residuales en el diseño de los mismos.

Resultado de Gestión:

- . Incorporar en la estrategia de salud de la CE en Bolivia lineamientos de trabajo que inciden en la mejora de la salud ambiental.

- . Las ONGD que trabajan en salud contemplan en el marco de sus intervenciones los determinantes ambientales de la salud y desarrollan estrategias para afrontar los mismos, que se reflejan en actividades, presupuesto e indicadores concretos.

MESA DE SALUD

La Política SAFCI desarrolla los elementos relacionados con la interculturalidad pero en el enfoque de género está muy débil, razón por la cual la Mesa de CE podría contribuir a la SAFCI con

- É Desarrollar lineamientos específicos para la transversalización de género en el marco de la Política SAFCI y del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades.

Lineamiento 4. 2. Implementación de procesos de Autoevaluación sistemática

JUSTIFICACIÓN

1. Varios aspectos clave de la CE pueden mejorarse mediante un esfuerzo sistemático de autoevaluación de parte de los actores en el terreno, y en especial de las ONGD. La autoevaluación puede abarcar los temas siguientes:
 - Las posibilidades de éxito de cada proyecto
 - Los desafíos de eficacia y calidad de la CE
 - La estrategia hacia los socios directos
 - Los enfoques horizontales

ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL LINEAMIENTO 4.2

ONGD

Autoevaluación sistemática: Posibilidades de éxito de cada proyecto

Las ONGD deberían llevar a cabo cada año, en un taller con sus socios, una evaluación de sus posibilidades de éxito y comunicarla a la mesa de salud de la CE.

Para mejorar las posibilidades de éxito, en efecto, se debe prestar atención a algunas áreas comunes de debilidad en programas y proyectos⁹. Se han identificado, de manera consistente, cuatro áreas principales, que deben ser objeto, *cada año*, de un *diagnóstico* y, llegado el caso, de *correcciones en colaboración con los socios nacionales*:

⁹Fuente: PNUD. Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. 2009, pág. 6-7.

1. **La planificación y definición del programa o del proyecto** - Los proyectos o programas tienen mayores posibilidades de éxito cuando los objetivos y el alcance son definidos y clarificados adecuadamente. Esto reduce la probabilidad de encontrar obstáculos importantes durante la implementación.
2. **La participación de las partes interesadas** - Altos niveles de compromiso por parte de los usuarios y las partes interesadas en los programas y proyectos son cruciales para su éxito.
3. **La comunicación** - Una buena comunicación tiene como resultado una movilización y una aceptación más fuertes de las partes interesadas. Además, la comunicación mejora la claridad en cuanto a las expectativas, los roles y las responsabilidades, así como la información sobre los avances y el desempeño. Esta claridad ayuda a asegurar un uso óptimo de los recursos.
4. **El seguimiento y evaluación** - Los programas y proyectos que cuentan con componentes fuertes de seguimiento y evaluación, especialmente con miras a los resultados de desarrollo, tienden a mantenerse encauzados. Además, a menudo se detectan antes los problemas, lo que reduce la probabilidad de tener más tarde costes excesivos importantes o retrasos considerables.

Autoevaluación sistemática: Desafíos de eficacia y calidad de la CE

Las ONGD deberían llevar a cabo cada año, en un taller con sus socios, una evaluación de sus respuestas a los desafíos de la agenda de eficacia y calidad de su cooperación, y comunicarla a la mesa de salud de la CE.

El IV Plan Director de la CE (2013-2016) identifica los desafíos de la agenda de eficacia y calidad de la CE. Para que la respuesta a estos desafíos no sea papel mojado en el terreno, cada ONGD velará, cada año, por evaluar la existencia y la eficacia de las medidas concretas implementadas con el fin de llegar a un diagnóstico y, llegado el caso, a correcciones al respecto, en colaboración con los socios nacionales. Dichos desafíos se pueden reformular de la manera siguiente en lo que se refiere a proyectos de ONGD:

- Desafío 1** - Lograr que la CE incorpore el enfoque de resultados como principio orientador de su actuación. Pregunta concreta: ¿En qué medida la gestión del proyecto se ha alejado de la simple gestión de los insumos y se ha reorientado hacia la reorganización de los recursos, de las responsabilidades y de las prácticas en función de los resultados de desarrollo?
- Desafío 2** - Apoyar el fortalecimiento de capacidades de los socios para enfocar la cooperación hacia resultados definidos por los mismos. Preguntas concretas: ¿En qué medida los socios participan en la definición de los resultados? ¿Qué tipo de reforzamiento de capacidades se desarrolló en el marco del proyecto? ¿Son pertinentes, adecuados, abarcan a los socios blanco?
- Desafío 3** - Aumentar la transparencia de la CE y mejorar su rendición de cuentas ante los ciudadanos españoles y sus países socios. Preguntas concretas: ¿Qué

modalidades de rendición de cuentas prevé y aplica el proyecto? ¿Es regular, entendible y debatible la rendición de cuentas?

Desafío 4 - Reforzar el uso de modalidades propicias para la eficacia. Pregunta concreta: ¿Permiten las modalidades de implementación y gestión una suficiente apropiación por los socios?

Desafío5 - Potenciar las relaciones entre actores para mejorar la puesta en práctica de la agenda de eficacia. Pregunta concreta: ¿Se aísla el proyecto en sí mismo, se aísla en intercambios con socios inadecuados o demasiadamente privilegiados, o bien se abre a otros proyectos o iniciativas en una perspectiva de sinergias e intersectorialidad?

Autoevaluación sistemática: Estrategia hacia los socios directos

Fomentar la reflexión, en cada proyecto, sobre los puntos siguientes:

1. **La selección de los socios directos de cada proyecto:** los socios directos son los individuos, grupos u organizaciones (instituciones) con los cuales el equipo tiene contactos directos o sobre los cuales el equipo puede esperar ejercer una influencia, fomentar un cambio de comportamientos, actitudes, etc., mediante las transacciones que se pueden (o no) desarrollar entre el equipo proyecto y los socios.

2. **La identificación de los alcances de cada proyecto:** un alcance es una modificación de los comportamientos, relaciones, actividades, iniciativas o actuaciones de los socios directos.

3. **La definición de los marcadores de progreso gradual de cada proyecto:** los marcadores de progreso son otros tantos empujones, jalones o hitos sucesivos que precisan los progresos en el cambio de comportamiento (y relaciones, actividades, actuaciones, etc.) de los socios directos en el camino (acontecimientos puntuales y significativos que marcan un momento importante en el desarrollo del proceso de cambio).

Por tanto, las ONGD de la CE en el sector de la salud deberían examinar cada año, proyecto por proyecto, y de manera interna al inicio (luego con sus socios en la medida de lo posible), las preguntas siguientes, que serían incluidas en sus informes anuales:

- É ¿Cuáles son los socios directos de cada proyecto? ¿Está clara la identificación de dichos socios directos por cada ONGD o proyecto?
- É ¿Cuáles son los alcances esperados de los socios directos, en términos de cambios de comportamiento, desempeño, iniciativas, apropiación? ¿Qué se está esperando concretamente de los socios directos?
- É ¿Tiene cada ONGD o proyecto una representación concreta de los pasos a seguir en la consecución de los cambios esperados de sus socios directos?

Autoevaluación sistemática: Enfoque horizontales

Tomando como referencia las acciones que se proponen en cada uno de los enfoques horizontales y de acuerdo a los indicadores que se han definido se debería evaluar anualmente la inclusión así como la implementación de las líneas seleccionadas en cada uno de los proyectos, programas o convenios.

AECID Y MULTILATERALES

É Implementar igualmente que las ONGD procesos de autoevaluación al interior de la OTC sobre la marcha de la Cooperación bilateral y sobre los proyectos que se implementan a través de los multilaterales.

Los criterios que se han desarrollado para las ONGD se pueden aplicar igualmente en este apartado.

É Facilitar a los diferentes actores formación/ capacitación sobre los enfoques que se quieren impulsar como la Gestión para Resultados de Desarrollo.

MESA DE SALUD DE LA CE

É Examinar cada año los resultados de la autoevaluación del conjunto de los actores y darles la retroalimentación apropiada. Esta autoevaluación ha de llevar el enfoque de Gestión para Resultados de Desarrollo de la AECID (GpRD)

É Buscar consensos en la aplicación en terreno de los enfoques de género, derechos de pueblos indígenas y eventualmente medio ambiente (en la medida en que aplique), en particular mediante el seguimiento de las autoevaluaciones de las ONGD.

Lineamiento 4.3. Definir y trabajar desde un inicio en las estrategias de sostenibilidad

JUSTIFICACIÓN

1. No es poco frecuente que los proyectos, incluidos los mejores de ellos, carezcan de una estrategia de salida y subestimen las condiciones de sostenibilidad de sus logros.
2. Los problemas actuales de financiamiento de la cooperación al desarrollarse convierten en una oportunidad para pensar y poner más énfasis en la sostenibilidad y prever de manera más estricta una estrategia de sostenibilidad que la garantice.
3. Un elemento importante en la sostenibilidad de los proyectos es la apropiación y el compromiso por parte de los socios locales. Por eso se hace importante la existencia y el seguimiento a los convenios con los socios. Se ha detectado en el proceso de elaboración de la estrategia que no todas las ONGD tienen convenios con sus socios locales.

4. Un elemento donde todavía hay debilidad es el tema de la previsibilidad de la ayuda ya que es necesario contar con este factor para poder trabajar en una estrategia de sostenibilidad desde la formulación de la intervención.

ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL LINEAMIENTO 4.3

AECID

É Valorar positivamente las formulaciones que correspondan a 2ª fases de Proyectos/convenios siempre que cuenten con la calidad técnica correspondiente y con indicadores claros de su sostenibilidad. También habrá que tener en cuenta los resultados y la evaluación de la primera fase y que las prioridades de las convocatorias se mantengan.

ONGD

É Las ONGD que no tienen convenios con sus socios locales deberían diseñar los convenios con estos socios, y comprometer la participación de los mismos en todos los niveles de ejecución para propiciar una mayor apropiación desde un inicio. Las ONGD que ya tienen convenios de esta índole deben examinar si dan satisfacción y, llegado el caso, modificarlos.

É Todos los Proyectos deben desarrollar una estrategia de sostenibilidad expuesta de manera detallada y, en la medida de lo posible, definida desde un inicio con sus socios. Algunos lineamientos sobre la estrategia:

- 9 Deberían contemplar los diferentes aspectos de la sostenibilidad: sostenibilidad técnica, económica, social, política e institucional.
- 9 No sólo que debe estar prevista desde un inicio sino que debe estar presente una estrategia de sostenibilidad en cada una de las acciones que se desarrollen.
- 9 Definición de indicadores que midan la sostenibilidad de las acciones, no sólo a la finalización de los proyectos sino incluso mediante evaluaciones ex post, como mecanismos que permita retroalimentar a las ONGD en la formulación de nuevos proyectos o incluso en la identificación de la necesidad y posterior diseño de segundas fases de proyectos/Convenios y acciones sinérgicas o complementarias a las que están en curso.

É Las ONGD que ya están actuando en el terreno deben considerar o reconsiderar de manera explícita una estrategia de sostenibilidad

Lineamiento 4.4. Mejorar la eficiencia en las intervenciones

En el marco de la Mesa de Salud de la CE se trabajó conjuntamente con INESAD (Instituto de estudios avanzados en desarrollo) en el diseño de un modelo económico de simulación que determine el efecto y costo de intervenciones en el sistema de salud sobre indicadores claves para el sector. El modelo se caracteriza por utilizar el enfoque sistémico de la OMS y considerar intervenciones en salud que encuentren en el marco de la política SAFCI.

El modelo fue construido para tres indicadores claves: la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad de la niñez y la tasa de prevalencia de Chagas. Estos indicadores fueron seleccionados por la Mesa de Salud de la CE, quien además participó en la selección de las intervenciones en salud y elaboración de los modelos.

El Objetivo del modelo es **sacar recomendaciones generales a partir de los resultados para ayudar a la CE en mejorar la efectividad de sus intervenciones**. El estudio tiene sus limitaciones, los estudios de caso no son generalizables a toda Bolivia pero permite extraer algunas conclusiones aplicables a municipios similares: ruralidad, población indígena predominante, pobreza, etc. que corresponde a las características de las zonas de intervención de miembros de la Mesa.

La principal conclusión de los estudios de caso es que **una política integral es más efectiva que intervenciones parciales**. Esta política considera intervenciones que fortalecen la oferta de servicios de salud, actúan sobre algunos determinantes sociales, pero al mismo tiempo promueven la demanda a nivel local.

El fortalecimiento de la oferta de servicios de salud requiere acciones encaminadas a la extensión de la cobertura de atención y mejoras en la calidad del servicio, dependiendo del caso:

É Los estudios de Cotagaita y Tacopaya muestran que **para reducir la mortalidad materna y neonatal no son necesarios incrementos sustanciales en la dotación de personal e infraestructura**. Esto se debe a la tendencia decreciente de la población y la baja utilización de los servicios. Sin embargo, se recomiendan **acciones relacionadas con la calidad**: mejoras en los procesos de atención, la complementación y mantenimiento adecuado del equipamiento, todos esto relacionado con la capacidad de gestión de los servicios de salud.

É En cambio, el estudio de Punata muestra que **para reducir la prevalencia de Chagas es necesario incrementar la cobertura de diagnóstico y tratamiento**. Esto requiere aumentar significativamente la dotación de productos médicos (medicamentos, reactivos) y las horas por doctor, enfermera y laboratorista, entre los insumos principales, lo que eleva el nivel total de gasto requerido. En este sentido, cobra importancia considerar las implicaciones de la movilización social y las alianzas estratégicas (gobierno municipal, gobernación departamental, PNCH y ayuda externa) sobre el financiamiento, en el marco de la política SAFCI.

É Los estudios de caso de mortalidad materna y de la niñez muestran que la **participación social contribuye a la sostenibilidad de las intervenciones de salud** al incrementar el gasto del gobierno municipal. Sin embargo, esto está condicionado por la envergadura de la intervención y la efectividad de la movilización social. La efectividad de la movilización social es más decisiva cuando las acciones son de mayor envergadura. El resultado final, dado por la inserción de recursos para salud o determinantes sociales en el presupuesto municipal y su ejecución, dependerá de otros factores que deberían ser tomados en cuenta: los procesos administrativos y legales, la calificación del equipo administrativo del gobierno municipal, el nivel de corrupción, etc.

É Sin embargo, en algunos casos, la resolución de los problemas de salud requiere de esfuerzos que sobrepasan el nivel municipal. Este es el caso de Punata, cuyo costo

de tratamiento y rehabilitación obligaría al gobierno municipal a cambiar su aporte de 41 mil a 8 millones de bolivianos por año, que representa alrededor del 25% de su presupuesto actual. En esta circunstancia, se hace necesaria la búsqueda de alianzas estratégicas a nivel regional, nacional y con la cooperación internacional. Alternativamente, la implementación de un seguro de salud que cubra a la población en edad de trabajar, cuya prevalencia de Chagas es mayor, podría ser otra opción para atender los requerimientos de financiamiento.

- É Otras intervenciones que requieren de **alianzas intersectoriales**, relacionadas con los determinantes de la salud. En el caso de la mortalidad de la niñez, la intervención para **mejorar la cobertura de agua potable resultó ser más costo-efectiva que otras intervenciones como la promoción de la lactancia materna y alimentación adecuada**. Además, se debe señalar que existe amplia evidencia en la literatura que muestra que el acceso a agua contribuye a reducir la mortalidad en los niños. Por tanto, alianzas estratégicas entre las ONGD, el gobierno municipal, el sector salud y el Ministerio de Agua y Medio Ambiente, podrían ser de importancia para reducir la mortalidad de la niñez.
- É La promoción de la demanda a nivel local mediante acciones relacionadas con la reorientación de los servicios y la educación para la vida mostró ser una acción efectiva para mejorar los indicadores de salud en todos los estudios de caso. En mortalidad materna, un alto porcentaje de las mujeres son indígenas lo que explica que la adecuación cultural del parto incrementa considerablemente la utilización de los servicios. En los casos de mortalidad de la niñez y Chagas el desconocimiento de los factores de riesgo o manifestaciones de la enfermedad (Chagas) impide una demanda oportuna de los servicios, que puede ser incentivada por acciones educativas a nivel de la comunidad.
- É En todos los estudios de caso queda manifestada la existencia de una demanda contenida, es decir, que a pesar de poseer necesidades en salud, **la población no demanda atención**. Este podría ser el caso de otros municipios del área rural donde las condiciones sociales, culturales y geográficas limiten el acceso oportuno a los servicios; esto no ocurriría con tanta frecuencia en municipios urbanos en los que es más probable observar exceso de demanda en los establecimientos de salud.
- É Las intervenciones en promoción están mediadas por las características de la demanda, lo que implica que antes de tener efecto sobre las coberturas de atención o sobre indicadores de impacto, requieren generar un cambio de comportamiento en la población, aspecto que debería ser considerado en el sistema de monitoreo de las intervenciones y en la línea de base. Así, se podría dar seguimiento a los factores que condicionan el éxito de la intervención, corregir oportunamente las deficiencias y tener una mejor aproximación a los impactos.
- É Algunos ejemplos de instrumentos e indicadores para el sistema de monitoreo podrían ser: evaluación de los conocimientos transmitidos en talleres o capacitaciones, encuestas de monitoreo del conocimiento de hábitos protectores de la salud, entre otros.

- É La efectividad del sistema de monitoreo está relacionada con el diseño de proyectos, que deberá incorporar criterios de evaluación de impacto. Los diez pasos hacia el pensamiento sistémico de la OMS recomiendan partir de la prospección de la intervención (identificando efectos sobre el estado de salud de la población y el sistema de salud), conceptualizar los efectos (diagramas causales), adaptar y rediseñar las intervenciones para optimizar los efectos, determinar indicadores (desde el proceso hasta el contexto pasando por los problemas) y seleccionar métodos de evaluación.
- É La SAFCI se orienta a adecuar las intervenciones a la realidad local, monitoreándolas a este nivel, pero el desempeño de estas intervenciones está condicionado por el estado del sistema de salud, las posibilidades de financiamiento y alianzas intersectoriales. En consecuencia, se sugiere un **abordaje territorial, que combine las capacidades de instituciones que actúan a nivel local o instituciones especializadas en ciertos temas en salud** (Chagas, Salud Ocular, etc.) con otras que tienen intervenciones de carácter más general.
- É Finalmente, algunas **líneas de acción transversales a todas las intervenciones podrían ser: gestión de información, gestión del servicio de salud, gestión municipal en salud y monitoreo, vigilancia e investigación en salud.**

En este apartado no se pretenden definir orientaciones por actor sino recoger las recomendaciones de los estudios para que los diferentes actores de la CE los pongan a consideración en el marco de sus proyectos y en la definición de nuevos proyectos e intervenciones.

Lineamiento 5: Avanzar hacia el enfoque territorial

JUSTIFICACIÓN

1. El MAP, en su anexo 15, desarrolla el concepto de enfoque territorial que se quiere impulsar: La CE asume este enfoque territorial en Bolivia a través de las siguientes iniciativas propuestas:
 - É Apoyo a la elaboración y puesta en marcha de los marcos normativos y reglamentarios de ordenación territorial a nivel nacional y subnacional (ej.: estatutos autonómicos, cartas orgánicas...)
 - É Levantamiento de información geográfica como herramienta de gestión y toma de decisiones, mapas temáticos, bases de datos georeferenciadas
 - É Apoyo a la coordinación y concertación de actores a nivel local, mesas de concertación en el terreno (con otros donantes) y mesas territoriales entre actores de la CE
 - É Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades de las instancias departamentales: Gobiernos Departamentales, Asambleas Departamentales

2. Enfocar el tema de eficacia y calidad de la actuación de las ONGD, con respecto a la actuación territorial¹⁰ supone un soporte para:
- É Las políticas públicas de desarrollo territorial del país
 - É El liderazgo local del desarrollo
 - É El alineamiento con las políticas y planes de desarrollo municipales, territoriales, regionales
 - É La armonización y coordinación de los donantes presentes en el territorio alrededor de una acción concertada, coordinada, coherente y liderada por los socios locales
 - É La gestión para resultados de desarrollo a escala local, donde se orienten los esfuerzos de los actores del territorio hacia conseguir objetivos comunes de desarrollo
 - É La mejora de los mecanismos de rendición de cuentas a escala local: entre las autoridades locales y la ciudadanía, entre las autoridades centrales y los espacios locales, entre las agencias de desarrollo y sus contrapartes
3. Un enfoque territorial conlleva un **trabajo intersectorial**, que tiene como premisas a la integración entre sectores, que posibilita la búsqueda de soluciones integrales y al hecho de que diferencias entre sectores pueden ser empleadas de manera productiva para resolver problemas sociales de alta trascendencia, por ejemplo la desnutrición. Se asume que la intersectorialidad podría crear mejores soluciones que la sectorialidad, debido a que permite compartir los recursos (técnicos, económicos, etc.) de cada sector¹¹.

LINEAS DE ACCIÓN

AECID

- É Tendrá en cuenta el enfoque multisectorial a la hora de evaluar convenios y proyectos como condición necesaria para avanzar en el enfoque territorial.

ONGD

Se detallan algunas líneas de acción que se pueden implementar en el marco de los proyectos que las ONGD tanto nivel departamental, municipal o regional:

- É El fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades (Línea específica)
- É La coordinación en el proceso de descentralización la relación entre el nivel departamental y el municipal.
- É La adecuación de las prioridades de las ONGD a los Planes de Desarrollo Municipales (PDM) y en lo posible a los Planes de Desarrollo Departamentales
- É El apoyo de las ONGD a los PDM en procesos participativos

¹⁰ MAP, anexo 15.

¹¹ Evaluación Final Ventana Infancia, Seguridad Alimentaria y nutrición. Fondo ODM- AECID. Doc. 28 de febrero 2013.

- É La complementariedad de las prioridades municipales territoriales con las departamentales
- É Coordinación con otros donantes en el sector salud, en particular los proyectos de apoyo a las redes de salud, FOREDES y FORTALESSA, con los cuales se puede organizar conjuntamente la implementación de ciertos componentes.
- É Aprovechamiento de la presencia de la CE en varios sectores (educación, salud, seguridad alimentaria, cultura) para crear sinergias en algunas zonas geográficas menos beneficiadas

MESA

Se debería considerar al territorio como un actor de desarrollo, entendiendo que no estamos limitando el término a las características geográficas de un determinado lugar sino que estamos incluyendo la forma particular en la que la población y sus diferentes capas se relacionan con él, lo transforman y aprovechan sus recursos, dando lugar al desarrollo de determinadas actividades económicas, sociales, culturales, políticas, etc. interrelacionadas entre sí.

De igual forma nos estamos refiriendo a la relación de lo local con lo global. Si bien en este marco conceptual cabe la intersectorialidad, sería más apropiado pensar en el enfoque sistémico para comprender al territorio como un todo, con “personalidad propia”, y no como suma de partes.

De acuerdo a estos conceptos se propone que en el marco de la Mesa se puedan revisar las experiencias españolas en desarrollo territorial, utilizar el enfoque sistémico/territorial para la identificación y formulación de proyectos en la perspectiva de la sostenibilidad de las acciones de cooperación al desarrollo.

Lineamiento 6: Fomentar la investigación y la gestión del conocimiento

JUSTIFICACIÓN

1. Todos los actores involucrados en la implementación de la política SAFCI reconocen la necesidad de crear un cuerpo de conocimientos que permitan entender mejor las dificultades de operacionalización de esta política y superar los obstáculos al respecto. Algunos no dudan en pensar que una verdadera “reingeniería” de la SAFCI se hace indispensable, con base a la experiencia adquirida.
2. Por otro lado, el PSD destaca como una de las responsabilidades del Sector Salud en el marco del Plan Nacional de Desarrollo la “generación de nuevos conocimientos en base a investigación científica en salud” e identifica como uno de los enfoques transversales del mismo PSD la necesaria innovación, definida como “el conjunto de procesos de incorporación y desarrollo de la ciencia, tecnología, y saber local para alcanzar mayor eficacia y eficiencia en los procesos de desarrollo de los sectores”¹².
3. Si la investigación científica propiamente dicha queda fuera del alcance de la mayoría de los proyectos de las ONGD, hay un espacio para investigación acción o

¹²PSD, pág. 20.

investigación operativa en muchos de los casos. En el marco de los proyectos se puede incidir en la “gestión del conocimiento” sobre de los logros, las lecciones aprendidas, el manejo de las dificultades, las soluciones innovadoras, etc.

ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL LINEAMIENTO 6

AECID

É La AECID, en sus procesos de convocatoria para proyectos de ONGD, debería, priorizar, dentro de sus criterios de financiamiento, actividades relacionadas con la “gestión del conocimiento” o de investigación científica, investigación acción, investigación operativa.

É Coordinar los posibles futuros proyectos de Cooperación Interuniversitaria (PCI) con las acciones en marcha de las ONGD.

É Apoyar a las ONGD en la búsqueda de convenios con socios internacionales, como universidades españolas o la OPS, con el fin de poder realizar investigaciones locales de mejor calidad, en coordinación con universidades bolivianas.

El conocimiento es un bien público global al igual que la salud y por lo tanto la AECID (sede) centrará su financiación en este ámbito en cerrar las brechas 90/10¹³ y 97/3 de financiación de I+D en salud como dicta el PAS de salud y el IV Plan Director.

ONGD

É Incorporar la gestión del conocimiento así como la Investigación (científica, acción u operativa) en los proyectos.

É Realizar siempre al final de cada proyecto un proceso de sistematización en el que se puedan recoger las lecciones aprendidas.

MESA DE SALUD DE LA CE

É Implementar una base de datos sobre las investigaciones, sistematizaciones de experiencias, materiales de capacitación que se hayan desarrollado en cada uno de los programas

É Implementar espacios para compartir los resultados de las investigaciones de los diferentes proyectos.

É Fomentar espacios de intercambio de conocimientos y experiencias con otros actores nacionales e internacionales.

La Mesa de Salud deberá definir un Plan de Acción bianual evaluable que vaya plasmando las acciones que se han definido en la Estrategia.

8.3. Apuntes para la elaboración del próximo MAP

¹³ Gap 90/10: Sólo el 10% de los fondos destinados a I+D+i van destinados a combatir enfermedades responsables del 90% de la carga mundial de enfermedad. Gap 97/3: Sólo el 3% de los fondos destinados a investigación en salud se destinan a investigar sobre el acceso y utilización de la innovación.

Se espera que estos esfuerzos conjuntos de la Cooperación y del MSD por avanzar hacia el Enfoque Sectorial Ampliado se hayan consolidado para el periodo del nuevo MAP de la CE en Bolivia. Esta consolidación sería la principal justificación para que el sector salud pueda ser nuevamente prioritario para la cooperación bilateral y participe activamente en el Enfoque Sectorial Ampliado a través de los instrumentos en marcha (fondo canasta, apoyo presupuestario, etc.), instrumentos que deben estar basados en resultados conjuntos para la CI y para los diferentes actores de la CE.

Esta consideración tiene también su sustento en el marco estratégico de la CE donde se incide en la implementación de enfoque programático/ sectorial en salud. En el IV Plan Director de la CE (2013-2016) cuando se desarrolla el Derecho humano a la salud: Equidad y cobertura universal, se señala que se priorizará el enfoque programático sectorial en salud y el apoyo presupuestario. Así mismo en la Estrategia de Salud de la CE como el PAS – Salud se apuesta por el enfoque programático asociado al diálogo de políticas.

Una vez retomada la cooperación bilateral en salud, se considera que sería conveniente que la OTC cuente con un experto/a sectorial que asegure los procesos de dialogo de políticas de salud, la armonización de actores y la articulación de modalidades e instrumentos de cooperación y los ponga al servicio de los resultados de desarrollo del país socio. Así mismo la OTC debería retomar el liderazgo en los espacios de coordinación con el MSD/SEDES y la CI para asegurar el cumplimiento de su mandato.

8.4. Los indicadores de la Estrategia de Implementación del MAP de la CE en el sector de la salud en Bolivia

Un indicador tiene que ser:

- É **Válido:** ¿Representa el indicador de manera directa el resultado que pretende medir?
- É **Objetivo:** ¿Se ha definido el indicador de forma precisa y sin ambigüedad respecto a lo que se pretende medir?
- É **Confiable:** ¿Es el dato consistente o comparable a lo largo del tiempo?
- É **Práctico:** ¿Se puede conseguir de manera relativamente sencilla, a tiempo y a un coste razonable?
- É **Útil:** ¿Proporcionará el indicador información relevante para la toma de decisiones y el aprendizaje?
- É **Vinculante:** ¿Existe consenso entre los socios (i.e. las ONGD, las contrapartes locales) de que este indicador tiene sentido?

8.3.1. Impacto del MAP en su conjunto

Con el fin de alinearse sobre los objetivos y los indicadores del PSD, se propone a continuación una selección de indicadores de impacto relacionados con resultados a los cuales la implementación del conjunto de los actores de la CE puede *contribuir* (tabla). Se puede considerar que son otros tantos *indicadores de impacto del MAP en su conjunto*. La medición de estos indicadores incumbe al MSD, con el apoyo eventual de la Cooperación:

Indicador del PSD (Resumen ejecutivo)	Selección para la estrategia de Salud
Finalidad del Sector Salud (contribución al desarrollo: Vivir Bien)	
Esperanza de vida al nacer > 71 años	NO, depende demasiado de factores socio-económicos
Esperanza de vida saludable > 64 años	NO, depende demasiado de factores socio-económicos
Tasa de mortalidad infantil < 30 / 1000 nv	SI
Razón de mortalidad materna < 100 / 100.000 nv	SI
Propósito del PSD	
Más del 90% de la población accede al Sistema Único SAFCI cuando necesita	SI
90% de las instituciones del Sector están integradas al Sistema Único SAFCI	SI
Más del 80% de los establecimientos cuentan con su Comité Local de Salud	SI
Más del 40% de los establecimientos de primer nivel realizan referencias con la Medicina Tradicional	SI
Más del 50% de los proyectos del Sector actúan intersectorialmente sobre determinantes de la salud	SI
Eje 1 – Acceso universal al Sistema Único de SAFCI	
Más del 95% de los niños de 1 año de edad vacunado con sarampión	SI
Más del 90% de los partos atendidos por personal de salud	SI
Más del 80% de las personas con infección por VIH avanzada tienen tratamiento	SI
Más del 95% de los enfermos de tuberculosis están curados	SI
El gasto de bolsillo representa menos del 10% del gasto total en salud	NO, depende demasiado de factores socio-económicos y del financiamiento del SUS, en el cual la CE no participa
Más del 70% de los establecimientos de primer nivel adecuados interculturalmente	SI
Más del 90% de la población satisfecha por la atención recibida	SI
Más del 60% de los establecimientos de salud están acreditados	SI
Más del 40% de las familias tiene carpeta familiar llenada	SI

Indicador del PSD (Resumen ejecutivo)	Selección para la estrategia de Salud
Más del 40% de los establecimientos articulan actividades con Medicina Tradicional	SI
Más del 90% de la población tiene acceso sin costo en el punto de atención	NO, depende demasiado de factores socio-económicos y del financiamiento del SUS, en el cual la CE no participa
Eje 2 – Promoción de la Salud y Movilización Social	
Más del 95% de los hogares tiene acceso a fuente de agua mejorada	NO, al menos si no hay acción intersectorial significativa, pero aplica a cooperación directa en el sector agua
Menos del 10% de los municipios tiene vulnerabilidad alimentaria alta o muy alta	NO, al menos si no hay acción intersectorial significativa, pero aplica a cooperación directa en el sector seguridad alimentaria
Más del 90% de los Municipios cuentan con su Consejo Social Municipal de Salud	SI
Se ejecutan Mesas Municipales de Salud en los 337 Municipios	SI
Más del 90% de los municipios están declarados “Municipios saludables”	SI
El 100% de los establecimientos denuncia sistemáticamente casos de violencia	SI
Más del 95% de las personas con discapacidad están calificadas y con registro	SI
Todos los establecimientos de referencia tienen infraestructura adaptada a personas con discapacidad	SI
Eje 3 – Rectoría y Soberanía en Salud	
Más del 90% de las Instituciones del Sector adoptan las políticas y normativa en salud	SI
Más del 90% de cumplimiento de los compromisos de gestión (MSD, SEDES, SSCP y otros)	SI
Más del 90% de los Planes Estratégicos en salud alineados al PSD y SAFCI	SI
Más del 90% de ejecución financiera y física en las instituciones del Sector	SI
Todas las Cajas de Salud están integradas al Sistema Único	NO, fuera del ámbito y competencias de la cooperación internacional
Desarrollo de la investigación en salud pública (3 investigaciones anuales)	SI
Más del 50% de los medicamentos de la LINAME producidos nacionalmente	NO, la CE no interviene a ese nivel en ese sector

Nota: Se han suprimido las duplicaciones de indicadores entre ejes

Otros indicadores del PSD, pueden también ser utilizados como indicadores de “impacto” para la estrategia, sin embargo un problema frecuente es la ausencia de línea de base:

Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020
Tasa de prevalencia de tuberculosis	2008: 170 x 100.000 habitantes (2008) Fuente: <i>OMS, Global Tuberculosis Database</i>	< 100 x 100.000 hab.
Tasa de incidencia de malaria	2009: 6,9 x 1.000 habitantes en zonas de riesgo Fuente: MSD, <i>Programa Nacional de Malaria</i>	0 x 1.000 habitantes en zonas de riesgo (eliminación de la malaria en Bolivia)
Tasa de desnutrición crónica en menores de 2 años	2008: 16,2% (27,1% en menores de 5 años) Fuente: <i>ENDSA 2008</i>	< 5%
Cobertura de 4° control prenatal (en servicio y domicilio)	2009 = 59,1% Fuente: SNIS	> 80%
Tasa de necesidades insatisfechas en planificación familiar	2008 = 20,2% Fuente: <i>ENDSA 2008</i>	< 10%
Barreras geográficas: % comunidades rurales atendidas permanentemente por equipos de salud	Por establecer	> 90%
Barreras culturales: % establecimientos de salud de 1er nivel certificados en adecuación intercultural (equipamiento, infraestructura y procedimientos)	Por establecer	> 70%
Barreras de calidad: % de establecimientos de salud acreditados según nivel	Por establecer	> 80%
Equidad: Brecha en tasas de acceso entre grupos de población (mujeres, indígenas, etc.).	Por establecer	Por establecer
% de consultas externas realizadas en establecimientos de primer nivel	2009: AS = 62% H= 62,3%; M= 61,8 Fuente: SNIS	> 80%
Nº de médicos generales por 10.000 habitante (cobertura territorial)	4 en promedio nacional Fuente: SNIS	6 con disminución de desigualdades en la distribución territorial
% establecimientos de salud que aplican efectivamente la estrategia AIEPI-Nut	A establecer	> 95%
Índice general de capacidad resolutive, según nivel de atención	A establecer	A establecer
% establecimientos de salud evaluados con sistema de manejo de desechos adecuado	2009 = 18,8% (sobre 186 establecimientos) Fuente: SNIS	> 95%

Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020
(categ. A)		
% de población atendida en domicilio por el personal de salud	2009:7,6% de partos atendidos por personal de salud en domicilio Fuente: SNIS	A establecer
% de niños de menores de 6 a 59 meses que recibe micronutrientes	2008: Vitamina A = 23,5% Hierro = 45,4% Fuente: ENDSA 2008	95%
% de menores de 5 que recibe atención integral de calidad	A establecer	95%
N° de médic@s tradicionales y parteras certificados	A establecer	3.000
% establecimientos de salud que realizan la referencia y retorno con la medicina tradicional	A establecer	> 40%
N° de medicamentos tradicionales y naturales que cuentan con registro sanitario	0 Fuente: MSD	A establecer
% de Municipios que cuentan con Consejo Municipal de Salud conformado y cumpliendo con sus atribuciones	27% (conformados) Fuente: MSD (USCMS)	> 90% conformados y cumpliendo con atribuciones
% de mujeres que son parte de los Consejos Sociales de Salud	A establecer	50%
% de Estrategias Municipales de Salud que incorporan gastos de operación para los Consejos Sociales Municipales de Salud	0.69% Fuente: MSD (USCMS)	100%
% de proyectos de salud elaborados participativamente con la estructura social en salud	A establecer	A establecer
% de proyectos gestionados por el Sector Salud con componente intersectorial	A establecer	> 50%
N° de proyectos nacionales intersectoriales concurrentes gestionados por el Sector Salud	0	10
% de municipios que ejecutan Mesas Municipales de Salud de acuerdo al reglamento	A establecer	100%
% de Municipios con Estrategias Municipales de Salud elaboradas en Mesas Municipales de Salud	1,2% Fuente: MSD USCMS	> 90%

Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020
% de municipios declarados saludables	0 Fuente: MSD USCMS	> 90%
Tasa de desnutrición global y crónica en menores de 5 años, según sexo	Global: AS= 4,3% H= 4,7%; M= 3,9% Crónica: AS= 27,1% H=27,9%; M=26,2% Fuente: ENDSA 2008	A establecer
% de Municipios con índice VAM 4 y 5	2006 = 43,7% Fuente: VAM 2003	< 10%
% de Municipios que cuentan con UNI funcionando de acuerdo a normas	A establecer	> 50%
Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil	2008 = 38,3% Fuente: ENDSA 2008	< 10%
% de menores de 1 año que reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	2008 = 60% Fuente: ENDSA 2008	> 95%
% de municipios que incorporan acciones de erradicación de la desnutrición en PDM	A establecer	100%
Nº de casos de enfermedades transmisibles consecutivos a desastres naturales	A establecer	Disminuir en 50%
% establecimientos de salud que reportan casos de VIF al SNIS	2008 = 21,8% Fuente: SNIS	70%
% establecimientos de salud que denuncian sistemáticamente casos de violencia a Defensorías	A establecer	100%
% de personas unidas que han sufrido alguna vez de violencia física o sexual por parte de su pareja en el último año	Mujeres: 24% Hombres: 15% Fuente: ENDSA 2008	< 10%
% de personas con discapacidad calificadas y con registro de persona con discapacidad	A establecer	>95% de las personas con discapacidad registradas
% infraestructuras de salud que cumplen con norma arquitectónica de acceso para personas con discapacidad	0%	100% de los establecimientos de referencia (nivel II, III y nivel I con camas) cumplen con las normas
% de redes municipales con Autoridades, Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa de acuerdo a	A establecer	90%

Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020
normas		
% de unidades educativas que implementan la estrategia de Escuelas Saludables	A establecer	> 50%
% de Establecimientos de Salud que reportan casos de abuso de alcohol, tabaco y drogas	A establecer	A establecer
Nº de Convenios intersectoriales, interinstitucionales y comunitarios orientados a la reducción del abuso de drogas	0 Fuente: MSD	A establecer
% Planes Estratégicos, programas y proyectos del Sector alineados a la política sanitaria SAFCI y al PSD	< 5% Fuente: MSD	90%
% de instituciones del Sector con compromisos de gestión firmados anualmente con el Ente rector	0% Fuente: MSD	A establecer
Número de rendiciones de cuentas anuales realizadas por el MSD a las organizaciones sociales y estructura social en salud en la Asamblea de Salud	0	2
% ejecución financiera y física de POA de salud	A establecer	> 90%
% de indicadores del SNIS analizados trimestralmente	0%	100%
% Planes Estratégicos, programas y proyectos de todo el Sector alineados al modelo SAFCI y al PSD	< 5% Fuente: MSD	90%
% de integrantes e instituciones del Sector que firman anualmente compromisos de gestión con el MSD (SEDES, Seguro Social y otros)	2010: 0% Fuente: MSD	Cada institución pública y subsectores han acordado compromisos de gestión con el MSD
Nº de investigaciones científicas que apoyan a los Proyectos Sectoriales del PSD	A establecer	33 investigaciones científicas mandadas por el MSD realizadas al 2020

8.3.2 Proceso de implementación del MAP

Cabe evitar una confusión importante: en lo que se refiere a los indicadores de implementación (proceso) o de resultados del *MAP que no son los de los proyectos*. Los proyectos tienen sus propios indicadores de logro del (o de los) objetivo(s)

específico(s) y de resultados. Para evaluar la implementación del MAP, hace falta diseñar un conjunto de *indicadores propios al MAP*. La simple compilación de los indicadores de los proyectos (por ejemplo en torno al enfoque género o derechos de los pueblos indígenas) informan sobre los desempeños de los proyectos, no informan sobre la ejecución del MAP.

Entonces, se propone a continuación una serie de indicadores para el seguimiento de la implementación de la estrategia que concuerdan con los indicadores más pertinentes del PSD.

a) Indicadores que concuerdan con indicadores del PSD

Indicadores provenientes del PSD y que concuerden perfectamente para el desempeño del sector salud en el marco del MAP

1. % de proyectos con seguimiento efectivo de impacto
2. % de proyectos de salud en ejecución con componente intersectorial
3. % de proyectos de salud elaborados participativamente con la estructura social en salud

Indicadores inspirados en otros indicadores del PSD y adaptados para el desempeño del MAP

4. % de proyectos que incluyen la capacitación en gestión participativa de las redes municipales (Autoridades, Comités Locales, Consejos Sociales de Salud)
5. % de proyectos de salud alineados a la política sanitaria SAFCI y al PSD
6. % de proyectos de salud que realizan una rendición de cuentas anual a las organizaciones sociales y estructura social en salud
7. % de proyectos de salud que analizan los indicadores del SNIS trimestralmente
8. % de proyectos de salud que contribuyen a la generación de conocimientos (véanse Glosario: Gestión de conocimiento)
9. % ejecución financiera y física de los POA de los proyectos de salud

En cuanto al indicador 5, es necesario considerar no sólo el componente de medicina tradicional, sino también los componentes de atención y de reforzamiento del sistema de salud (capacidad resolutive, referencia y contrarreferencia, redes funcionales, etc.).

b) Indicadores que concuerdan con las líneas estratégicas:

10. La CE en el sector de la salud en Bolivia cuenta con un componente de cooperación bilateral (AECID) – Sí o No
11. La OTC de la CE en La Paz cuenta con un experto en salud – Sí o No
12. Las relaciones con los organismos multilaterales (UNFPA, OPS) cuentan con acuerdos firmados – Sí o No

13. Los organismos multilaterales (UNFPA, OPS) participan regularmente en la mesa de salud de la CE – Frecuencia (%) de presencia en las reuniones
14. La cobertura poblacional del conjunto de los proyectos de las ONGD españolas en el sector salud está documentada – Este indicador implica que se definen mejor, dentro de la mesa de salud de la CE, el numerador y el denominador (¿población total, población meta, desglose eventual según la naturaleza de las intervenciones, etc.?)
15. Los actores de la CE se benefician con los aportes del Centro de formación de los recursos humanos de la AECID – Número de capacitaciones y número de beneficiarios
16. La mesa de salud cumple con las prioridades establecidas en una agenda anual – Existencia de un listado de prioridades al inicio del año, tasa de realización al final del año
17. Los proyectos incluyen elementos tanto del modelo de atención como del modelo de gestión de la SAFCI – Sí o No (y %)
18. Los proyectos incluyen una capacitación de los actores locales en gestión de la política SAFCI o gestión pública – Sí o No (y %)
19. Los proyectos incluyen un fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer o del segundo nivel de atención – Sí o No (y %)
20. Los proyectos realizan correctamente una evaluación anual de sus posibilidades de éxito – Sí o No (y %)
21. Los proyectos realizan correctamente una evaluación anual de los desafíos de la agenda de eficacia y calidad de la CE – Sí o No (y %)
22. Los proyectos realizan correctamente una evaluación anual de sus estrategias hacia los socios directos – Sí o No (y %)
23. Los proyectos realizan correctamente una evaluación anual de sus logros en materia de enfoques transversales – Sí o No a desglosar por enfoque (y %)
24. Los proyectos cuentan con convenios firmado con sus socios – Sí o No (y %)
25. Los proyectos de salud crean sinergias con los proyectos de gobernanza – % de los fondos de gobernanza utilizados en el sector salud para acciones comunes
26. Los proyectos cuentan con una estrategia de salida consistente discutida en la mesa de salud de la CE – Sí o No (y %)
27. Los proyectos cuentan con una modalidad u otra de “gestión del conocimiento” – Sí o No (y % de proyectos produciendo documentos de calidad al respecto)
28. En el marco de la CE en el sector de la salud en Bolivia se está llevando a cabo (en uno o varios años) al menos una actividad de investigación científica, de investigación acción o de investigación operativa.

Éstos son indicadores que cumplen con los requisitos mencionados en el primer párrafo de este acápite 7.3. La mesa de salud de la CE se encargará de aprobarlos, completarlos (o reducirlos) y precisar, llegado el caso, los criterios de medición.

c) Indicadores para las estrategias horizontales:

Género:

MATRIZ DE INTERVENCIÓN EN SECTOR SALUD		
EMPODERAMIENTO	Mejorado el acceso de las mujeres (adolescentes, adultas y adultas mayores) a servicios de calidad de salud sexual y de salud reproductiva así como a recursos suficientes a lo largo del período.	<p>1.- N° de mujeres (desagregado por grupo etario) participantes y destinatarias de las acciones de la CE (ONGD y Sistema de Naciones Unidas) que conocen los derechos sexuales y los derechos reproductivos como parte integrante del Derecho a la Salud. 2.- Porcentaje de entidades prestadoras de servicios de salud que han mejorado su atención y cobertura en salud sexual y salud reproductiva en base a criterios de calidad y calidez del servicio y teniendo en cuenta la atención diferenciada según condiciones etarias, étnicas y de orientación sexual.</p> <p>3. N° de mujeres participantes y destinatarias de las acciones de la CE (ONGD y Sistema de Naciones Unidas) que utilizan métodos de planificación familiar como consecuencia del trabajo de sensibilización en derechos reproductivos.</p> <p>4. Porcentaje de personal de salud capacitado y aplicando la integración del enfoque de género e interculturalidad en su quehacer diario.</p>
	Implementado el Plan de Violencia de Género de acuerdo a lo planificado hasta el 2015 desde la participación del sector salud.	<p>1.- Porcentaje de personal de salud que es capacitado y que aplica el registro de casos de violencia de género en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) que, a su vez, remite la información al INE- VIO.</p> <p>2.- Porcentaje de entidades prestadoras de servicios de salud que aplican a cabalidad los protocolos de atención a víctimas de violencia de género y realizan las derivaciones correspondientes de los casos al Sistema Judicial.</p> <p>3.- Numero de personal de salud que</p>

MATRIZ DE INTERVENCIÓN EN SECTOR SALUD		
		participa en las campañas de violencia de género
TRANSVERSALIZACIÓN	Lograda -durante el período 2012 A 2015- la institucionalización del Enfoque de Género en el documento de referencia estratégica de la CE para Bolivia y éste es aplicado por las instituciones del sector en todas sus acciones (Estrategia de Salud de la CE en Bolivia y el Modelo SAFCI).	<p>1.- La Estrategia de Salud de la CE para Bolivia incluye indicadores específicos de género.</p> <p>2.- Los diferentes actores de la CE trabajan el enfoque de género con presupuestos específicos en cada uno de sus programas y proyectos.</p> <p>3.- Los proyectos y programas de los diferentes actores de la CE incluyen actividades de formación y capacitación a su propio personal como a los diferentes actores del sector salud con los que se trabaja.</p>
	Conseguida una elevada valoración al respecto de la integración del Enfoque GED para los procesos de selección de proyectos y convenios de ONGD del Estado Español que soliciten fondos de AECID.	1.- Porcentaje de puntuación clasificatoria de la integración del Enfoque GED en relación al total de puntuación en el proceso de valoración de proyectos y convenios presentados por ONGD del Estado Española.
	Fortalecidos los mecanismos y espacios de participación en la gestión de salud y en la exigibilidad para el control social del Derecho a la Salud Sexual y del Derecho a la Salud Reproductiva por parte de la sociedad civil boliviana.	<p>1.- Porcentaje de mujeres que participan en los espacios de gestión de la salud (Comités Locales de Salud, etc.).</p> <p>2.- Número de espacios a nivel nacional y subnacional donde existe una rendición de cuentas de salud ante la sociedad civil.</p>

Medio ambiente:

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES
LÍNEA DE ACCIÓN. Promovida la educación para la conservación y protección del medio ambiente, la biodiversidad y el territorio para vivir, integrando en el sistema educativo los principios de sostenibilidad ambiental y cambio climático.		
Promovida una currícula educativa que integre temáticas ambientales relacionadas a la sostenibilidad de los recursos naturales y buenas prácticas para la reducción de riesgos y cambio climático.	Implementar el cuarto eje articulador (armonía con la naturaleza) del PEI en el Sistema Educativo Plurinacional, con el fin de educar en la conservación del medio ambiente, la biodiversidad, el territorio para vivir bien y el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales.	Las currículas regionalizadas apoyadas integran conocimientos y prácticas comunitarias tradicionales de convivencia con el cosmos y la naturaleza, promoviendo actitudes sostenibles ambientalmente.
	Promover la integración de programas específicos de educación ambiental en la formación inicial, continua y postgradual del profesorado, para la enseñanza formal.	Formulados e implementados los programas.
	Sensibilizar, divulgar y formar en gestión de riesgos y cambio climático al profesorado y las autoridades educativas.	Porcentaje de profesorado y autoridades formadas en GR y CC
	Elaborar material didáctico y herramientas educativas que integren los principios de la sostenibilidad ambiental en las disciplinas curriculares, basándose en la experiencia local, con el fin de institucionalizar y operativizar este enfoque en la educación y permitir la enseñanza en la temática del cambio climático y gestión de riesgos.	Porcentaje de unidades educativas que han recibido nuevo material y guías didácticas acordes con los ejes articuladores
Promovida la recuperación y transferencia de tecnologías modernas y tradicionales para el uso sostenible de los recursos naturales y ahorro energético.	Sensibilizar a las instituciones públicas responsables de la construcción sobre la importancia de los modelos de eficiencia energética para la sostenibilidad ambiental, basados en tecnologías y prácticas sostenibles.	Las infraestructuras apoyadas (institutos tecnológicos, escuelas) contemplan aspectos de eficiencia energética en el diseño y en la construcción.
PRODUCTOS DE GESTIÓN		
	Posicionar la importancia de la implementación del cuarto eje articulador del PEI frente a los otros donantes del FC y aprovechado su conocimiento en el sector medio ambiental (Dinamarca, Suecia)	Elaborada una posición común entre los donantes para incidir en la implementación del eje armonía con la naturaleza en el sistema educativo
	Promover, a partir del diálogo de políticas con el Ministerio de Educación, la integración de las temáticas ambientales en el servicio de educación pública, a través de la mesa de donantes del Fondo Canasta (currícula, formación del profesorado, materiales)	Implementados proyectos concretos de integración del eje armonía con la naturaleza
		Formulados indicadores en el PEI que miden esta integración en las currículas

ANEXOS:

ANEXO 1: MARCO DE REFERENCIA

1.1. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

1.2. AGENDA INTERNACIONAL PARA LA EFICACIA

1.3. POLÍTICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL

1.3.1 Características del Modelo de Atención de la SAFCI

1.3.2 Características del Modelo de Gestión de la SAFCI

1.4. PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO (2010-2020) DEL MSyD

1.4.1 Generalidades

1.4.2 Ejes y programas

1.4.3 Características de los subsectores

1.5. ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD (IHP)

1.5.1 España y IHP+

1.5.2 Compromisos

1.5.3 Valor añadido de la IHP+

ANEXO 3. PANORAMA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD EN BOLIVIA

3.1 DATOS GENERALES

3.1.1. El Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia

3.1.2 La Mesa Técnica de Cooperantes en Salud

3.1.3 El Comité de Cooperación Interagencial de Salud (CCI)

3.2. LINEAS DE TRABAJO DE LAS PRINCIPALES AGENCIAS DE COOPERACIÓN EN SALUD

3.2.1 Actores multilaterales

3.2.2 Actores Bilaterales

3.3. VISIÓN DE LA COOPERACIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD

3.3.1 Recursos financieros

3.3.2 Gestión sectorial

3.3.3 Alineamiento de la cooperación externa

3.3.4 Armonización de la cooperación externa

3.3.5 Necesidad de asistencia técnica

3.3.6 Obstáculos a la cooperación externa

3.3.7 Varios

ANEXO 4. PANORAMA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD EN BOLIVIA

4.1. MARCO ESTRATÉGICO DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

4.1.1. IV Plan Director de la CE (2013- 2016)

4.1.2. Estrategia de Salud de la CE

4.1.3. Plan de Actuación Sectorial de Salud vinculado al III y IV Plan Director (2011 - 2013)

4.1.4 Estrategias horizontales específicas

4.2. ACTORES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN EL SECTOR SALUD

ANEXO 5. ESTRUCTURA SOCIAL DE SALUD 2012

ANEXO 6. ALINEAMIENTO DE LOS ACTORES DE LA CE CON EL PLAN SECTORIAL DE SALUD (2010 – 2020)

ANEXO 7. GLOSARIO

ANEXO 8. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE BOLIVIA

ANEXO 9. BIBLIOGRAFÍA

ANEXO 1: MARCO DE REFERENCIA

1.1. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

El Sexto informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) presenta el estado de situación de Bolivia en relación con el cumplimiento de los compromisos asumidos en la Declaración del Milenio.

El informe describe la evolución de un conjunto de 43 indicadores asociados a 16 metas de los 8 ODM, e identifica las brechas que hay para alcanzar las metas planteadas para el año 2015; asimismo, presenta las principales acciones que estarían coadyuvando a los resultados alcanzados hasta el momento.

A nivel nacional, la pobreza extrema se redujo en 16,6 puntos porcentuales entre los años 1996 al 2009, y presentó los mayores avances en los últimos dos años; pero las desigualdades aún persisten en el ámbito geográfico, y en otros ámbitos no solo geográficos, relacionados con los determinantes del desarrollo.

La productividad laboral ha crecido en 1,1% en promedio cada año, lo que implica un incremento en el valor agregado que genera la economía boliviana por persona ocupada. En el año 2009, seis de cada diez personas estaban ocupadas; sin embargo, se observan diferencias significativas cuando se desagrega este indicador según sexo: un 55% de las mujeres en edad de trabajar se encontraba ocupada a diferencia del 72% de los hombres que estaban ocupados.

La desnutrición crónica en menores de tres años, que se constituye en una de las expresiones del hambre, registró una disminución en el periodo 2003-2008; pero aún persisten grandes inequidades si se la analiza por nivel socioeconómico. Esto revela que los progresos no han sido homogéneos en toda la población, ya que el grupo de los más pobres es el más rezagado. Lastrando el avanza de la totalidad del país.

En el área de educación, las tasas de cobertura neta en primaria son elevadas, por lo que se requerirá de esfuerzos adicionales para incrementarlas. El año 2008, la tasa observada fue de 90%, registrando una brecha de 10 puntos porcentuales respecto a la meta establecida para el año 2015 (100%). El indicador de alfabetismo de la población entre 15 y 24 años presentó una tendencia creciente registrando en el año 2008 el 99,4%; un incremento importante de alfabetos se debe al Programa Nacional de Alfabetización “Yo Sí Puedo”.

En cuanto a la equidad de género, se registró un importante avance en la tasa de término de primaria para las mujeres: de 52,2% en 1992 a 78,2% en 2008, mientras que en el caso de los hombres fue de 58,7% a 76,6% en el mismo periodo. Hace más de una década, la situación era adversa para la mujer, lo que ha venido cambiando desde

el año 2006, cuando las brechas han comenzado a desfavorecer a los hombres. Esto quiere decir que la tasa de término de primaria es mayor en la población femenina.

En el año 2009, tres de cada diez trabajadores asalariados en el sector no agrícola eran mujeres, lo cual indica que en Bolivia persiste aún una marcada segregación por sexo en los mercados laborales. En el ámbito de participación política, las elecciones del 6 de diciembre de 2009 dieron como resultado una participación creciente de mujeres tanto en la Asamblea Legislativa Plurinacional como en los concejos municipales.

En cuanto a la problemática de la mortalidad en la niñez, la información señala que la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es aún elevada en comparación con otros países de la región. Si bien se registró una reducción importante en la mortalidad infantil, aún queda pendiente resolver el problema de la mortalidad neonatal y la desigual distribución de la mortalidad en la población.

En cuanto a la inmunización, la vacunación de menores de un año con tercera dosis de vacuna pentavalente alcanzó una cobertura de 84,5%, lo que indica que el sector debe realizar esfuerzos adicionales para alcanzarla meta establecida para el año 2015 (95%). Se ha introducido en el país la vacuna contra el rotavirus, que disminuirá la mortalidad infantil a causa de diarreas agudas, como complemento a las intervenciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que continúa siendo la política más importante en la reducción de la mortalidad de la niñez.

En el ámbito de la salud materna, la cobertura del parto institucional ha registrado en el año 2009 un incremento que no se daba desde el año 2006, situación que podría explicarse por la implementación del bono Juana Azurduy. Sin embargo, aún queda pendiente realizar un análisis de las causas por las cuales las mujeres embarazadas no asisten a los servicios de salud.

Los avances en el porcentaje de mujeres con demanda insatisfecha en materia de planificación familiar han sido modestos; al igual que el caso de otros indicadores de salud, hay fuertes disparidades entre zonas urbanas y rurales siendo mucho más elevadas en el ámbito rural. La ejecución del bono Juana Azurduy desde mayo de 2009 complementa las intervenciones del SUMI relacionadas con la mortalidad materna. Asimismo, se aprobó el Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal.

En cuanto al combate del VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, los datos señalan que la prevalencia de casos de SIDA en el año 2009 fue de 82,6 personas por un millón de habitantes, cifra que se mantiene constante desde el año 2007. En lo que se refiere a la malaria, el Índice de Parasitosis Anual (IPA) se mantuvo constante en los últimos años; sin embargo, desde el año 2005 hasta el año 2009 se observa una reducción en más del 50% como resultado de la implementación de la mayor parte de las actividades programadas.

En lo que respecta al Chagas, como resultado de las actividades continuas del Programa Nacional de Chagas en control vectorial, se logró reducir en los municipios endémicos los índices de infestación por el vector T. Infestans. Por otra parte, el porcentaje de pacientes curados de tuberculosis (81,5%) no aumentó desde el año 2006, lo que dificulta alcanzar la meta de llegar a un nivel de cobertura de tratamiento de 95%.

Los indicadores relacionados con la sostenibilidad del medioambiente han registrado avances importantes, sobre todo el relacionado con el consumo de materiales que agotan la capa de ozono; la medida más importante de este avances la prohibición de importación de sustancias agotadoras de la capa de ozono. En cuanto al acceso a agua potable y saneamiento básico, los avances han sido lentos en los últimos años; a pesar de ello, el sector estima alcanzar la meta planteada para el año 2015, considerando que se implementarán programas de inversión tanto en el área rural como en el área urbana del país.

En el ámbito internacional y de los compromisos de los países para implementar alianzas globales para el desarrollo, el avance en los indicadores ha sido modesto. Resalta la importancia de acciones concertadas para alcanzar las metas al año 2015, sobre todo en lo que concierne al comercio internacional, buscando preferencias arancelarias para bienes exportados con valor agregado para superar la condición primario-exportadora de nuestro país.

Los resultados presentados son producto del esfuerzo público orientado al cumplimiento de las metas del Milenio y de las acciones implementadas en el ámbito de la política social del Estado. El gasto público social dirigido a los ODM creció de US\$548 millones en el año 2000 a US\$968 millones en el 2007, alcanzando el 7,4% del Producto Interno Bruto (PIB) en este año. En términos per cápita, el gasto público ODM representó en el año 2007 una inversión de US\$99 por persona. Por otro lado, la desagregación del gasto público social por ODM indica que la mitad del gasto se dirigió al objetivo de lograr la educación primaria universal, seguido en importancia por el gasto destinado al cumplimiento de los objetivos de reducir la mortalidad en la niñez (ODM 4) y de mejorar la salud materna (ODM 5), aun así quedan muchas intervenciones importantes de salud que no están capturadas por el enfoque de los ODM.

Cuadro resumen de situación de los indicadores ODM en Bolivia

Meta	Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
Objetivo 1 : Erradicar la pobreza extrema y el hambre					
Meta 1A. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el	1. Porcentaje de la población en pobreza	41,2	26,1	24,1	-2

Meta	Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar al día	extrema	(1996)	(2009p)		
	2. Brecha de pobreza extrema	22,5 (1996)	12,8 (2009p)	-	-
	3. Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional	1,5 (1996)	2,6 (2009p)	-	-
	4. Porcentaje de la población en pobreza moderada	64,8 (1996)	50,6 (2009p)	-	-
Meta 1B. Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes	1. Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	1,9 (1990)	0,8 (2009p)	-	-
	2. Relación empleo-población (en porcentaje)	66,5 (1996)	63,0 (2009p)	-	-
	3. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	42,0 (1996)	24,2 (2009p)	-	-
	4. Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	66,1 (1996)	55,4 (2009p)	-	-
Meta 1C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	1. Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica (baja talla para la edad)	37,7 (1989)	20,3 (2008)	19,0	-1,3
	2. Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad)	13,2 (1989)	6,1 (2008)	6,6	0,5

Meta	Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
Objetivo 1 : Erradicar la pobreza extrema y el hambre					
Meta 1A. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar al día	1. Porcentaje de la población en pobreza extrema	41,2 (1996)	26,1 (2009p)	24,1	-2
	2. Brecha de pobreza extrema	22,5 (1996)	12,8 (2009p)	-	-
	3. Participación del 20%	1,5	2,6	-	-

Meta	Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
	más pobre en el ingreso nacional	(1996)	(2009p)		
	4. Porcentaje de la población en pobreza moderada	64,8 (1996)	50,6 (2009p)	-	-
Meta 1B. Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes	1. Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	1.9 (1990)	0,8 (2009p)	-	-
	2. Relación empleo-población (en porcentaje)	66,5 (1996)	63,0 (2009p)	-	-
	3. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	42,0 (1996)	24,2 (2009p)	-	-
	4. Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	66,1 (1996)	55,4 (2009p)	-	-
Meta 1C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	1. Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica (baja talla para la edad)	37,7 (1989)	20,3 (2008)	19,0	-1,3
	2. Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad)	13,2 (1989)	6,1 (2008)	6,6	0,5

Meta	Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
Objetivo 1 : Erradicar la pobreza extrema y el hambre					
Meta 1A. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar al día	1. Porcentaje de la población en pobreza extrema	41,2 (1996)	26,1 (2009p)	24,1	-2
	2. Brecha de pobreza extrema	22,5 (1996)	12,8 (2009p)	-	-
	3. Participación del 20% más pobre en el ingreso nacional	1,5 (1996)	2,6 (2009p)	-	-
	4. Porcentaje de la población en pobreza moderada	64,8 (1996)	50,6 (2009p)	-	-
Meta 1B. Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente	1. Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	1.9	0,8	-	-

Meta	Indicadores	Línea de base	Dato actual	MDM 2015	Brecha 2015
para todos, incluyendo mujeres y jóvenes		(1990)	(2009p)		
	2. Relación empleo-población (en porcentaje)	66,5 (1996)	63,0 (2009p)	-	-
	3. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema	42,0 (1996)	24,2 (2009p)	-	-
	4. Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	66,1 (1996)	55,4 (2009p)	-	-
Meta 1C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	1. Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica (baja talla para la edad)	37,7 (1989)	20,3 (2008)	19,0	-1,3
	2. Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (bajo peso para la edad)	13,2 (1989)	6,1 (2008)	6,6	0,5

(1) Dato recalculado por UDAPE con información del Sistema de Información Educativa del Ministerio de Educación (SIE-ME)

* MDM-dato actual

** Potencial de agotamiento de ozono

p: estimación preliminar

1.2. AGENDA INTERNACIONAL PARA LA EFICACIA

En los últimos cincuenta años, la Cooperación Internacional (CI), en sus diferentes formas y a través de diferentes iniciativas, ha tenido un rol significativo en el desarrollo económico y social de Bolivia, principalmente coadyuvando al objetivo de reducir la pobreza.

Las operaciones de préstamos, donaciones y cooperación técnica de los donantes multilaterales y bilaterales han significado un importante apoyo para contribuir a mantener la estabilidad macroeconómica del país, así como para financiar la inversión pública.

Sobre la base de una larga relación de confianza con el país, el rol de la CI ha ido cambiando a lo largo de las últimas décadas, en respuesta a la reorientación de sus prioridades y a su adaptación a las necesidades emergentes del país. De un enfoque inicial asistencialista, característica general de la CI en los países en desarrollo entre 1960-1990, el apoyo de la CI ha pasado a concentrarse en áreas de acción identificadas de manera conjunta con la contraparte boliviana. Esta contraparte, inicialmente conformada, principalmente, por entidades de gobierno central, ha ido modificándose con el tiempo incorporando una variedad de actores estatales, a nivel central y sub

nacional, pero también organizaciones no gubernamentales, del sector privado y de la sociedad civil.

Durante la década de los 90 y principios del siglo XXI, la CI apoya de manera decidida las diferentes iniciativas nacionales de reforma del Estado y su financiamiento juega un rol muy importante en un contexto de estrechez fiscal, viabilizando inversiones públicas en infraestructura social y económica. En paralelo, en el contexto internacional se asiste al debate sobre la efectividad de la ayuda y al cuestionamiento de las modalidades tradicionales de ayuda basada en proyectos públicos y unidades paralelas a las entidades públicas para su gestión. Hacia finales de la década de los 90, la orientación de la ayuda externa es fuertemente influenciada por la necesidad de reducir el impacto de la deuda externa en las cuentas fiscales de los países pobres altamente endeudados, incluyendo Bolivia.

En este contexto de cuestionamiento de la efectividad de la ayuda externa, se organizaron una serie de eventos internacionales, con el objetivo de discutir sobre las posibilidades de mejora de la asignación y uso de los recursos para la ayuda.

Uno de los acontecimientos que marcó el inicio del presente siglo, fue la realización de la Cumbre del Milenio (2000), organizada por las Naciones Unidas (NNUU) en Nueva York, donde representantes de 190 países, incluida Bolivia, suscribieron la Declaración del Milenio, asumiendo el compromiso de reducir drásticamente la pobreza extrema en el mundo para el año 2015, para lo cual aprobaron ocho objetivos denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Posteriormente, la Asamblea General de las NNUU, convocó a la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, en Monterrey (2002), con la finalidad de plantear soluciones a la disminución del volumen de recursos disponibles para la cooperación, teniendo en cuenta los grandes retos establecidos en los ODM. En Monterrey, los donantes se comprometieron a aumentar los flujos de ayuda, ratificando el compromiso adquirido en la década de los 70, de destinar el 0,7% de su Producto Interno Bruto (PIB) a la asistencia oficial al desarrollo (AOD). Los países socios, por su parte, acordaron promover una mejor gestión pública y respeto del estado de derecho.

Un año después, en Roma (2003), los líderes de organizaciones internacionales, multilaterales y bilaterales, representantes de países donantes y países socios se reunieron para discutir el mejoramiento de la gestión y efectividad de los flujos de ayuda, con la finalidad de promover una mayor armonización entre los lineamientos de los donantes y las políticas y estrategias de desarrollo de los países socios, para lograr avances más concretos y sostenibles en relación a la eficacia de la ayuda al desarrollo. En este evento Bolivia presentó una propuesta que buscaba agilizar los desembolsos de la CI, proponiendo la flexibilización de las condiciones de desembolso, las exigencias de contraparte para financiar proyectos, la adopción de enfoques programáticos y la armonización de procedimientos.

El siguiente evento internacional se desarrolló en Marrakech (2004), donde se celebró la Mesa Redonda Internacional sobre Gestión Orientada a Resultados de Desarrollo. Allá se planteó la necesidad de impulsar mecanismos promotores de la gestión orientada a resultados, como herramienta fundamental de aumento de la eficacia, con vistas a mejorar el desempeño de los países y las agencias de desarrollo, para alcanzar

progresos sustentables, tanto en flujo de recursos de cooperación, como en resultados medibles en términos de reducción de la pobreza e incremento de estándares de vida.

De estos eventos, la Declaración de París (DP), refrendada en el 2do. Foro de Alto Nivel sobre la "Eficacia de la Ayuda al Desarrollo" realizado en París en el año 2005 se constituye en el referente internacional, a partir del cual, se emprenden acciones de largo alcance, tendientes a reorganizar las formas y procedimiento de suministro y gestión de ayuda. En este evento Bolivia presentó un plan para el "Relacionamiento entre Gobierno y Cooperación Internacional".

En 2006, se realizó en Santa Cruz, Bolivia, el Foro Regional de Alineamiento y Armonización para América Latina y el Caribe, denominado: "Ejerciendo Liderazgo para Acelerar los Cambios", al que asistieron veinte países socios, cinco donantes y cinco organismos internacionales de desarrollo. El evento permitió conocer los avances en armonización y alineamiento de varios países de América Latina y el Caribe, subrayando la importancia de desarrollar una política de cooperación que integre los esfuerzos para mejorar la efectividad e impacto de la AOD. Los compromisos alcanzados dieron cuenta de la necesidad de continuar programando e implementando acciones concretas de armonización y alineamiento, acompañadas de mecanismos de seguimiento y monitoreo.

El Comité de Asistencia al Desarrollo (DAC) de la OCDE estableció dos fases de evaluación para cada país. En el caso de Bolivia, la primera fase se desarrolló entre marzo de 2007 y septiembre de 2008 con el objetivo de "evaluar la implementación de la DP, analizando el cambio de conducta de los donantes y del Gobierno de Bolivia a partir de la suscripción de la misma, así como la aplicación de sus principios y cumplimiento de los compromisos, bajo el supuesto que un avance en estos, conducirá a una mayor eficacia de la ayuda al desarrollo". Los resultados de la primera fase de la evaluación fueron presentados en el III Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda de Accra, realizado en Septiembre de 2008 en Ghana, espacio en el que se suscribió el Programa de Acción de Accra.

En el Foro sobre Eficacia de la Ayuda en Busan los líderes mundiales en desarrollo examinaron los progresos en la mejora del impacto y la efectividad de la ayuda al desarrollo, y adquirieron nuevos compromisos para garantizar aún más que la ayuda contribuya a reducir la pobreza y apoye el progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El acuerdo alcanzado en Busan el 1 de diciembre de 2011 tiene la intención de ampliar los compromisos de la "Declaración de París de 2005" para dar cabida a nuevos actores y contextos. En concreto:

- É Trata de ampliar la aplicación de los Principios de París más allá de la ayuda a la "cooperación para el desarrollo";
- É Define cómo los Principios de París están previstos ser aplicados aplicación a nuevos actores y contextos, como por ejemplo los nuevos donantes, los Estados frágiles, y el sector privado, y
- É Por primera vez, las organizaciones de la sociedad civil han sido incluidas en las negociaciones formales como actores del desarrollo por derecho propio.

Principios de la Declaración de París:

Apropiación. Los países en desarrollo establecen sus propias prioridades de desarrollo, fortalecen sus instituciones y coordinan la cooperación que reciben.

Alineamiento. Los donantes alinean su ayuda a las prioridades de los países en desarrollo y hacen el mejor empleo posible de los planes, políticas y sistemas de cada país.

Armonización. Los donantes coordinan su actividad para evitar duplicaciones, simplificar los procedimientos y acordar una mejor división del trabajo con los países en desarrollo.

Gestión orientada a los resultados. Los países en desarrollo y los donantes enfocan su actividad hacia la producción de resultados que puedan ser medidos.

Responsabilidad mutua. Los donantes y los países en desarrollo son solidariamente responsables de los resultados que logran, no sólo entre sí, sino también frente a sus órganos legislativos y a la población.

1.3. POLÍTICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL

La Política SAFCI, aprobada por el DS 29601 del 11 de junio de 2008, constituye el marco general del funcionamiento del sistema nacional de salud, incorporando un nuevo paradigma en la atención de la salud, centrada en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción, prevención, tanto en los servicios como en la comunidad. Los principios de la SAFCI son la participación comunitaria, la integralidad, la interculturalidad y la intersectorialidad que la hacen un modelo teórico práctico.

Participación comunitaria. Es la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización de sus problemas de salud y sus determinantes; del diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de promoción y prevención con desarrollo integral, comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

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

Interculturalidad. Entendida como el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena, originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración

mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud de la población.

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

El modelo es operacionalizado en las redes de servicios de los establecimientos de salud, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el usuario, la familia y la comunidad.

La SAFCI tiene dos componentes: un modelo de atención y un modelo de gestión.

1.3.1 Características del Modelo de Atención de la SAFCI

“El modelo de atención de salud familiar comunitaria intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio” (artículo 5 del DS SAFCI).

En el proceso de atención se produce la relación entre dos o más culturas médicas, por lo que son posibles encuentros y desencuentros, en especial si no hay acercamiento, coordinación, respeto y aceptación; por lo tanto se busca la articulación y complementariedad entre culturas.

En la prestación de servicios la relación entre el equipo de salud y el usuario debe ser horizontal, en un espacio en el cual la interacción de éstos se dé respetando la cosmovisión, mediante comunicación fluida, preferentemente en el idioma del usuario, y aceptando la decisión de éste en relación a su salud y los procedimientos médicos de diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales.

La atención en salud, independientemente de su nivel de complejidad, está organizada en Redes de Servicios de Salud para garantizar la continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas.

El modelo de atención SAFCI será implementado en todos los establecimientos (según nivel de complejidad), siendo la atención primaria su principal foco de desarrollo y un elemento importante para la entrada a los servicios.

El establecimiento en su primer nivel de complejidad (atención primaria en salud) es la puerta de ingreso al sistema de salud y el modelo de atención familiar comunitaria intercultural la respuesta a las necesidades y problemas de salud.

El trabajo del equipo de salud incluye acciones en el establecimiento y en la comunidad. Estas acciones son de promoción, IEC (información, educación y comunicación), prevención, tratamiento y rehabilitación con enfoque integral e intercultural.

É El modelo de atención SAFCI articula en un solo sistema de atención la medicina biomédica y la tradicional, como un elemento fundamental de calidad de atención.

É Los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre la atención biomédica y tradicional en la red de servicios son el principal vínculo para asegurar la integralidad y la continuidad del servicio.

É La continuidad en la atención se realiza a través de flujos de información, procesos de referencia y contrarreferencia, entendimiento de la importancia de los vínculos entre las personas y los establecimientos, generando confianza entre los (as) prestadores (as) y usuarios (as) de los servicios.

É Tanto en la atención como en la gestión rige el principio de responsabilidad territorial.

Se describe a continuación el modelo de atención SAFCI según los niveles de atención.

1. La atención en el establecimiento de salud

El objetivo es que toda persona reciba una atención integral e intercultural adecuada y que, de acuerdo a la complejidad del caso, pueda acceder a los niveles de complejidad necesarios, mediante mecanismos de referencia apoyados por las autoridades de salud. Asimismo, la contrarreferencia al establecimiento que lo refirió asegurará el seguimiento y la continuación de la atención del problema de salud y/o motivo de consulta.

Las siguientes características son esenciales para asegurar una mejor atención en los establecimientos de salud: horarios de atención y tiempos de espera negociados entre la comunidad y el equipo de salud, acciones para mejorar la competencia técnica del personal de salud, infraestructura culturalmente adecuada (adecuación de salas de parto, instalación de casas de espera, con espacio para familiares), entre otros.

2. La atención en la comunidad

El trabajo del equipo de salud en la comunidad es el elemento clave en el nuevo modelo de atención, ya que logra el involucramiento con las comunidades, las familias y las personas, identificando grupos etarios, enfermedades, factores de riesgo, factores protectores y considerando las determinantes socioeconómicas, a través de

un proceso de participación social. La atención en la comunidad se nutre de los mismos principios que rigen la atención en el establecimiento de salud, utilizando como su principal instrumento la carpeta familiar.

3. Aplicación de Atención Familiar Comunitaria Intercultural

La red de servicios de salud está formada por establecimientos de diferentes niveles de complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutoria. La capacidad resolutoria de cada nivel de complejidad es la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver problemas de enfermedad de acuerdo al conocimiento y la tecnología a su alcance, garantizando la atención necesaria, mientras el usuario es transferido a otro establecimiento de mayor complejidad tecnológica o de conocimientos especializados, cuando el caso lo requiera.

a) Primer Nivel de Complejidad

Representado tradicionalmente por el Puesto de Salud y el Centro de Salud. La oferta de servicios en este nivel se enmarca en la promoción de la salud física, mental y social, la educación en salud y la prevención de las enfermedades, en la consulta ambulatoria, la internación de tránsito en los establecimientos con camas, de manera integral e intercultural, en el establecimiento y en las visitas domiciliarias a la familia y comunidad.

Este nivel es el punto de partida de la articulación y la complementariedad entre la medicina tradicional (médicos tradicionales y parteras) y los servicios de la medicina clínica académica (puestos de salud, centros de salud con o sin camas, policlínicos).

Es también el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud, para la atención continua, comprensiva y coordinada, ofrecida a la población sin distinción de género, enfermedad, sistema orgánico ni preferencias.

La atención se inicia en la comunidad, considerando la participación de la red social, es brindada por el equipo de salud en los domicilios, la comunidad y en los establecimientos.

El equipo de salud y/o personal de salud realizará sus funciones tanto en la comunidad como en el establecimiento de salud, siendo las siguientes:

En el Establecimiento de Salud

É Prestar atención integral, intercultural con capacidad técnica resolutoria

É Horarios de atención acordados y consensuados con la comunidad.

- É Implementar propuestas, acordadas y consensuadas con la comunidad, de adecuación cultural relacionadas a espacios físicos, equipamiento, mobiliario e indumentaria.
- É Aplicación de protocolos y flujogramas de atención culturalmente adecuados.
- É Realizar educación y promoción en salud, personalizada y grupal en procesos participativos.
- É Realizar coordinación, articulación y complementariedad con los terapeutas de salud tradicional, donde éstos existan.
- É Realizar la vigilancia epidemiológica completa (casos y eventos de notificación; control de brotes, canal endémico, etc.), involucrando a la comunidad.
- É Realizar vigilancia epidemiológica nutricional y violencia intrafamiliar, en coordinación con las Unidades Nutricionales Integrales (UNI).
- É Realizar referencia/contrarreferencia de usuarios y su seguimiento en servicios de salud, domicilios y comunidades.
- É Articular acciones con los agentes comunitarios en salud (responsable popular de salud, colaborador voluntario, etc.).
- É Clasificar, actualizar y utilizar en forma continua las carpetas familiares por comunidades
- É Procesar y analizar la información de las carpetas familiares devolviendo la misma a la comunidad para la toma de decisiones conjunta.
- É Realizar y ser parte de procesos de investigación social en salud.

En la Comunidad

- É Fomentar y desarrollar la participación social en el abordaje de los determinantes socio- económicos.
- É Coordinar con autoridades locales y Comité de Salud para las acciones en la comunidad.
- É Participar en las actividades de las organizaciones e instituciones de la comunidad para lograr alianzas estratégicas.
- É Velar por la delimitación geográfica del ámbito territorial y población asignada al establecimiento.
- É Realizar el diagnóstico comunitario aplicando el Módulo de Información Básica.
- É Aplicar y actualizar permanentemente la carpeta familiar, en coordinación con las autoridades locales y el agente comunitario de salud.
- É Lograr acuerdos y consensos para la adecuación de horarios de atención según los flujos de movimiento de la población y los circuitos económicos y comerciales, de acuerdo a la realidad social, económica y cultural de la comunidad.

- É Iniciar, y/o fortalecer procesos de coordinación, articulación y complementariedad con los terapeutas de salud tradicional, donde éstos existan.
- É Promover el censo de terapeutas tradicionales, en coordinación con las Autoridades Locales y Comités Locales de Salud.
- É Acordar y consensuar con la organización social comunitaria y sus bases, propuestas de adecuación cultural de espacios físicos y equipos.
- É Articular acciones con el Agente Comunitario (RPS/voluntario).
- É Realizar acciones de información, educación y comunicación para promover el ejercicio del derecho a la salud.

b) Segundo Nivel de Complejidad

Actualmente representado por el Hospital Básico. Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y de internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia, cirugía, traumatología, anestesiología, servicios básicos de apoyo diagnóstico, terapéutico y otras de acuerdo a necesidades epidemiológicas según región.

En este nivel de complejidad, la unidad de atención es el Hospital básico, cuya atención es básicamente de inter-consulta para especialidades y con el propósito de resolver dificultades de diagnóstico y tratamiento. Es responsable de la referencia al establecimiento de mayor complejidad si es necesario o de contrarreferencia al establecimiento de primer nivel que haya solicitado la atención.

En este nivel de atención, la promoción de la salud, la educación, la prevención primaria y secundaria se hará conformando grupos de auto ayuda y grupos de detección de riesgos y daños biológicos, manteniendo el enfoque integral, participativo, intercultural e intersectorial de la SAFCI.

Así mismo, si el hospital es responsable de un área territorial determinada, cumplirá con las funciones de atención primaria, las cuales se realizarán en base a SAFCI.

Otras funciones del segundo nivel de complejidad:

- É Actividades de capacitación al equipo de salud , investigaciones operativas y actividades de pre y post grado
- É Actividades docentes de pre-grado que comprende capacitación clínica de estudiantes de las carreras de Medicina, Enfermería, Laboratorio y otras. Respecto a las actividades docentes de post-grado, se realiza la capacitación de residentes médicos en especialidades y sub-especialidades, previa acreditación.
- É Implementar las Unidades Nutricionales Infantiles (UNI) para atención de desnutridos en niños menores de dos años, articulado con la promoción de la salud.

c) Tercer Nivel de Complejidad

Está representado por los hospitales generales e institutos especializados, que ofrecen atención terciaria caracterizada por especialidades para la atención de usuarios/as derivados o referidos de establecimientos de menor complejidad.

Sus actividades se caracterizan por: la consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub-especialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad.

d) Institutos Nacionales

Están conformados por los Institutos Nacionales de Investigación y Normalización, los cuales tienen la responsabilidad de contribuir al mejoramiento de la atención de la enfermedad en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, mediante la investigación, la formación de recursos humanos, la producción de insumos y biológicos, el control de calidad y la participación en proyectos intersectoriales en el ámbito de su competencia, sin embargo a pesar de que el enfoque de salud de Bolivia intenta ser integrado, multisectorial, intra-inter-multicultural y holístico, los institutos nacionales siguen enfocando su investigación hacia problemas o prioridades relacionadas con la atención de la enfermedad con un presupuesto para la I+D+i capturado por el concepto de salud biomédico.

1.3.2. Características del Modelo de Gestión de la SAFCI

El Modelo de Gestión Compartida en Salud es el segundo componente de la SAFCI, que abre un espacio de participación en el ámbito de la salud, a los actores sociales para la toma de decisiones en el ámbito de la salud, entre los diferentes niveles de gestión estatal (local, municipal, departamental y nacional) de salud.

Por tanto, la Gestión Compartida se comprende como aquel proceso de toma de decisiones de manera conjunta entre la comunidad, sus representantes y el sector de salud, donde cada uno de ellos participa de igual a igual en la planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud. Esta definición implica una interacción horizontal y democrática de los actores sociales e institucionales, lo cual permite optimizar recursos, dinamizar estrategias operativas, apropiación comunitaria, y sostenibilidad de la política de salud participativa, intercultural, integral e intersectorial.

Aquí los actores sociales y el sector salud se ponen de acuerdo para mejorar su situación en los ámbitos de la salud, la producción, servicios básicos, educación, vivienda, ingresos económicos, ecosistema estable, justicia social, paz y equidad.

La gestión compartida en salud se realiza en diferentes espacios de encuentro y deliberación. Se parte del nivel local, y asciende a los ámbitos municipal, departamental y nacional.

a) Proceso de la gestión compartida en salud

Planificación Participativa: la Planificación Participativa en Salud, es un proceso metodológico en el que se definen acciones concertadas y concretas, partiendo de una visión a largo plazo y un diagnóstico participativo en salud.

En este proceso se concretiza la participación social efectiva en la toma de decisiones, ya que ésta se realiza de abajo hacia arriba, involucrando a las organizaciones de la sociedad civil, la organización pública de salud para el diseño y desarrollo del bienestar común. Aquí, se coordinan y se consensuan los contenidos básicos para la elaboración de la Estrategia de Salud Municipal en base a las propuestas comunitarias y barriales.

Ejecución-Administración en Salud: comprende la puesta en práctica (efectivización) de lo planificado, en el Plan de Salud, Estrategia de Salud, Programa Departamental y Nacional de salud a través de los Programas Operativos Anuales (POA) en los niveles local, municipal, departamental y nacional. Es un proceso de movilización activa de diferentes actores/as, autoridades en salud, personal de salud, comunidad, gobierno municipal, prefectura, otras instituciones y sectores, quienes organizan y movilizan sus recursos.

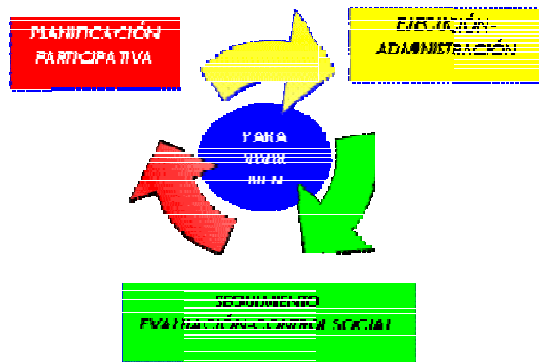
Seguimiento y Evaluación-Control Social: es un proceso permanente de monitoreo, el cual consiste en la recolección, análisis y utilización de información sobre la marcha, avance y desarrollo del plan, programas y proyectos de salud. Este proceso permite identificar las limitaciones y los riesgos que presentan las actividades para direccionarlas hacia los objetivos trazados. Es así, que un buen seguimiento a las actividades permite realizar una muy buena evaluación de las mismas.

El seguimiento a la ejecución de lo planificado, a las decisiones tomadas en la Gestión Compartida en Salud Local, Municipal, Departamental y Nacional, tiene dos momentos: a) seguimiento – control social a la ejecución – administración en salud (en todos los niveles de gestión), donde participan el sector y la organización social en salud y b) seguimiento - control social al accionar de la salud en todos los niveles de gestión y se realiza en los espacios de deliberación. Es importante la participación efectiva de la comunidad en la toma de decisiones, pues son ellos quienes son afectados o beneficiados con los impactos obtenidos.

En la evaluación, los diferentes actores participantes le asignan un valor a sus propias actividades y a los resultados obtenidos para ver en qué dirección, como y cuán rápido está avanzando el plan o programa. La evaluación permite a los actores institucionales

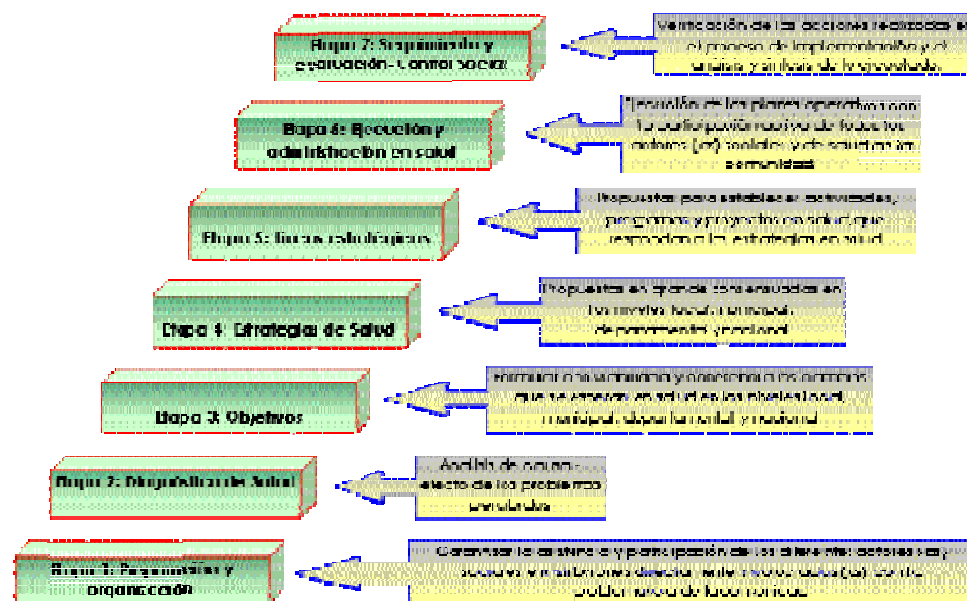
y sociales, verificar que las modificaciones que se realizan al plan o programa propuesto en salud, no se desvíen de los objetivos estratégicos.

Gráfico: Proceso de la gestión compartida en salud



El proceso metodológico de la gestión compartida en salud contempla siete etapas.

Esquema del proceso metodológico de gestión compartida.



b) Estructuras y Actores que intervienen en la gestión compartida.

Desde el nuevo enfoque de la SAFCI, el Modelo Gestión Compartida en Salud tiene dos estructuras: la estructura social y la estructura estatal de salud, las que a su vez cuentan con diferentes espacios de deliberación, por niveles. Estos elementos permiten el funcionamiento de la gestión compartida.

Actores institucionales, actores sociales y espacios de deliberación y acuerdos y consensos del proceso de la Gestión Compartida en Salud.

NIVELES DE GESTIÓN DE LA ESTRUCTURA ESTATAL DE SALUD	ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL	NIVELES DE LA ESTRUCTURA SOCIAL EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD	ASAMBLEA NACIONAL DE SALUD	<p>CONSEJO SOCIAL NACIONAL DE SALUD Es una estructura formal orgánica conformada por: un representante de cada Consejo Social Departamental; y un representante de cada organización social más representativa del país CSUTCB, Bartolinas Sisa, CIDOB, CONALJUVE CONAMAQ, COB, otros</p>
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD	MESA DEPARTAMENTAL DE SALUD	<p>CONSEJO SOCIAL DEPARTAMENTAL DE SALUD Elegido entre los Consejos Sociales Municipales de todo el departamento y organizaciones sociales departamentales representativas</p>
DIRECTORIO LOCAL DE SALUD DILOS	MESA MUNICIPAL DE SALUD	<p>CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD Elegido entre de los Comités Locales de Salud de un Municipio</p>
ÁREA Y SECTOR	<p>REUNIONES LOCALES CABILDO, ASAMBLEAS ETC.</p> <p>REUNIONES COMUNITARIAS: ASAMBLEAS, ETC.</p>	<p>COMITÉ LOCAL DE SALUD Elegido entre las Autoridades Locales de Salud de un territorio con establecimiento de salud</p> <p>AUTORIDAD LOCAL DE SALUD Elegida por cada comunidad o barrio como su autoridad responsable de acciones de salud. Generalmente existen como parte de su estructura organizativa</p>

En vista de su importancia para la actuación actual de la CE en Bolivia, que se realiza mediante ONGD, cabe destacar las funciones de las estructuras sociales de gestión del sector.

Consejo Social Municipal de Salud

El Consejo Social Municipal de Salud es una directiva, representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud de un municipio y directorio del Comité de Vigilancia. Esta directiva al partir de la misma comunidad, también representa a otros actores sociales de los distintos sectores (redes sociales y otras organizaciones) del municipio, para así representar y participar en el Directorio Local de Salud (DILOS).

La directiva del Consejo Social Municipal de Salud es elegida en base a usos y costumbres y normativa comunitaria. Los que eligen son los representantes de los Comités Locales de Salud existentes en el municipio y el directorio del Comité de Vigilancia. Una vez conformada la directiva del Consejo Social Municipal de Salud, reunidos eligen un representante titular como parte del DILOS.

Las funciones del Consejo Social Municipal de Salud son las siguientes:

- É Garantizar el ejercicio de la gestión compartida a nivel local.
- É Realizar seguimiento al cumplimiento de la gestión compartida a nivel municipal.
- É Articular las necesidades y propuestas de los Comités Locales de Salud al DILOS y Gobierno Municipal.
- É Informar a los Comités Locales de Salud sobre las acciones en la gestión compartida municipal del DILOS.
- É Informar a los Comités Locales de Salud sobre el cumplimiento de la Estrategia Municipal de Salud - PDM y del POA.
- É Control social sobre el funcionamiento de organizaciones (ONG, agencias de cooperación, instituciones religiosas, otros) que trabajan en salud.

El financiamiento de todas las actividades que se determinen y realicen en esta instancia será incluido en los Planes de Desarrollo Municipal de los Gobiernos Municipales y operacionalizados mediante los POA anuales. La fuente de los fondos serán todos aquellos que se hayan previsto en la Ley del SU-SALUD.

Comité Local de Salud

El Comité Local de Salud es una directiva, representación orgánica de un conjunto de comunidades ante el servicio de salud (personal del Centro y Puesto), corresponsable de implementar la gestión compartida en salud y de impulsar la participación efectiva de la comunidad en la toma de decisiones en las acciones de salud.

Esta representación debe cumplir con los requisitos establecidos por las comunidades (tierra y vivienda, por ejemplo) y debe ser elegida de las autoridades locales de salud en base a los usos y costumbres (este procedimiento garantiza que el cargo tenga carácter de “autoridad en salud” y sea socialmente sostenible en el tiempo).

Esta directiva es elegida en base al conjunto de autoridades locales de salud que representan a una comunidad del área de influencia del servicio. La forma de elección y el tiempo de duración del Comité Local de Salud son determinadas de acuerdo a los usos-costumbres y en los espacios colectivos de las mismas comunidades. Esta directiva junto a otras autoridades comunitarias y barriales, es encargada y responsable de impulsar la participación de toda la comunidad.

Las funciones del Comité Local de Salud son las siguientes:

- Realiza la movilización social en la gestión de la salud.
- Moviliza a las comunidades para la planificación intersectorial (POA) que benefician al desarrollo de la salud en corresponsabilidad con el equipo de salud.
- Genera e implementa espacios colectivos de planificación de las comunidades de acuerdo a sus usos y costumbres.
- Lidera los CAI comunitarios en corresponsabilidad con el equipo de salud.
- Conjuntamente las autoridades comunales, locales, de salud y la comunidad, en corresponsabilidad con el equipo de salud: i) Identifican las demandas locales; ii) Priorizan las necesidades; iii) Identifican las posibles soluciones; iv) Toman decisiones en base a prioridades; v) Verifican la existencia de recursos en salud; vi) Facilitan la organización de recursos comunitarios para la implementación de los proyectos intersectoriales; vii) Garantizan la incorporación de las propuestas locales en el POA y Estrategia de Salud-PDM.
- Realiza el seguimiento del cumplimiento del POA y la Estrategia de Salud- PDM.
- Representa a la comunidad en las mesas de salud.

El Comité Local de Salud se reúne cada tres meses con el equipo de salud responsable del establecimiento, para informarse sobre la administración del servicio de salud.

El financiamiento de todas las actividades que se determinen y realicen en esta instancia será incluido en los Planes de Desarrollo Municipal de los Gobiernos Municipales y operacionalizados mediante los POA anuales. La fuente de los fondos serán todos aquellos que se hayan previsto en la Ley del SU SALUD.

Autoridad Local de Salud

La Autoridad Local de Salud, es una de las autoridades de la misma comunidad (urbana o rural), que está encargada de los temas y de los asuntos de salud. Es miembro de la directiva existente (Sindicato Agrario campesino en el área rural y juntas vecinales en el área urbana), es elegida de acuerdo a los usos y costumbres y no se trata de un cargo voluntario. Esta autoridad es legítima, al ser elegida por su comunidad, barrio,

tenta, ayllu, marka, capitanía, jatas y otras comunidades u organizaciones territoriales existentes en las regiones del país.

En aquellas comunidades o juntas vecinales donde ya exista el cargo o cartera de salud, como por ejemplo; secretario de salud del sindicato agrario, secretario de salud de la junta de vecinos y otros, el cargo de Autoridad Local de Salud debe recaer en esta misma persona. El cargo es legítimo porque es precisamente una autoridad comunitaria o barrio al igual que los otros cargos, además, porque es una persona que vive en el lugar y por lo tanto conoce y comparte los problemas de la comunidad, entre ellos, la situación en salud.

En caso de no existir el cargo en directiva de la comunidad o barrio, la cartera de Autoridad Local de Salud debe ser creada por la misma organización comunitaria o vecinal existente, siendo que los dirigentes y las bases, de forma conjunta, elijen su “Autoridad Local de Salud”, de acuerdo a usos y costumbres (rotación, elección, aclamación y otros), donde todos/as los miembros de la comunidad pueden ser elegidos.

Las funciones de la Autoridad Local de Salud son las siguientes:

- 9 Promueve la participación de la comunidad en la identificación de demandas, necesidades y posibles soluciones, para tomar decisiones conjuntas.
- 9 Vigila el cumplimiento de los proyectos priorizados, respetando las decisiones tomadas en la comunidad.
- 9 Informa a la comunidad sobre el estado, funcionamiento y administración del establecimiento de salud, de la Farmacia Institucional Municipal, de los fondos rotatorios de medicamentos y boticas comunales (ingresos/ egresos)
- 9 Motiva al promotor de salud para que informe al servicio de salud acerca de los nacimientos, muertes y enfermedades.
- 9 Lidera el control de acciones que afecten negativamente a la salud (medio ambiente, agua, producción)
- 9 Participa en los CAI comunales para informarse del estado y funcionamiento del servicio de salud y la ejecución del POA
- 9 Comunica a la comunidad en sus reuniones los informes y resultados de los CAI comunales
- 9 Coordina con el promotor de salud – agente comunitario, las acciones de vigilancia epidemiológica comunitaria de salud.

El financiamiento de todas las actividades que se determinen y realicen en esta instancia será realizado por las organizaciones comunales a quienes las autoridades locales representen.

1.4. PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO (2010-2020) DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

1.4.1. Generalidades

Elaborado por la Dirección General de Planificación del MSD y aprobado por Resolución Ministerial 0889 del 1 de agosto de 2010, el PSD 2010-2020 - “Hacia la Salud Universal” (PSD) es el instrumento de planificación sectorial nacional, que orienta el accionar de todo el Sector Salud en Bolivia, en alineación a los nuevos paradigmas de desarrollo del Estado Plurinacional establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional (CPE), el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Gobierno 2010-2015 y la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Emanada de las propuestas sociales y sanitarias realizadas en la concertación social nacional de las Preconstituyentes de salud del 2006 y del trabajo de coordinación con autoridades y técnicos del nivel nacional, departamental y municipal.

El Plan fue elaborado siguiendo la metodología diseñada y conducida por el Ministerio de Planificación del Desarrollo, en el marco del nuevo Sistema de Planificación Integral Estatal Plurinacional (SPIEP). El PSD está organizado en tres partes. En la primera se analiza la responsabilidad del Sector Salud en el marco de los conceptos operacionales de salud y de derecho a la salud. En la segunda parte se analizan los grupos que intervienen en el quehacer en salud como parte del Sector y las acciones que realizan, y se estudia la situación de salud (epidemiología, determinantes, acceso) en Bolivia, definiendo las problemáticas y potencialidades del Sector al momento de elaborar la propuesta de desarrollo para el periodo 2010-2020. La tercera parte consiste en la propuesta de desarrollo del Sector Salud, elaborada a partir del marco conceptual y del análisis situacional: incluye el mandato político y social del sector, su visión al 2020, la finalidad y objetivo general, los Ejes de Desarrollo, los Programas y Proyectos Sectoriales, la estrategia de implementación, el sistema de seguimiento y evaluación, y la presentación de informes sobre el desempeño y los logros en los niveles de gestión pública.

La propuesta se articula en tres Ejes de Desarrollo:

El primer Eje “Acceso Universal al Sistema Único SAFCI” establece la necesidad de erradicar la exclusión social en salud, a partir del desarrollo de los servicios de salud en redes funcionales, con calidad, del desarrollo de la medicina tradicional y de la interculturalidad, y de la gratuidad de la atención.

El segundo Eje “Promoción de la Salud y Movilización Social” impulsa la gestión participativa y actuación intersectorial sobre los determinantes de la salud, así como la protección de grupos poblacionales vulnerables, y la educación en salud orientada al logro de hábitos y prácticas saludables, incluyendo la práctica deportiva recreacional y competitiva.

El tercer Eje “Rectoría y Soberanía en salud” pretende reforzar la conducción sanitaria en el Sector y la eficiencia de las intervenciones.

Los objetivos de estos tres Ejes y de sus respectivos Programas y Proyectos Sectoriales constituyen el núcleo programático del PSD y son comunes al MSD, los SEDES, los DILOS, el Seguro Social de corto plazo y el subsector privado.

Cada objetivo estratégico incorpora varios resultados previstos a nivel nacional (RPN) cuyo logro es responsabilidad de todos. Los objetivos estratégicos y los RPN constituyen una respuesta de política sectorial a las prioridades de salud pública del país, lo suficientemente flexibles para que se pueda responder a los problemas y las amenazas emergentes a medida que surjan.

El PSD 2010-2020 constituye el instrumento indicativo que permite la alineación nacional a los resultados programados de todos los responsables e involucrados en el quehacer sanitario. Es la base para toda la planificación y programación subnacional en el marco de las atribuciones establecidas en la Ley Orgánica de Autonomías y Cartas Municipales, en las que se establecerá las competencias y atribuciones de los diferentes niveles de gestión, así como la conducción y dirección estratégica del nivel central. Esto con equilibrio entre el alineamiento estratégico, el programático y la especificidad nacional, departamental, regional, municipal y de pueblos indígenas originario campesinos exigida por las Autonomías.

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

1.4.2 Ejes y programas

Bajo el concepto de “Bolivia soberana”, el PSD prevé el alineamiento de la cooperación internacional y actores privados a las prioridades del país: “La Cooperación Internacional en salud, alinea sus recursos a los ejes estratégicos del sector, tomando en cuenta territorialidad, coordinación intersectorial” (PSD, pág. 20). Es imprescindible pues tener una idea clara de la política nacional en el campo de la salud, tal como la define el PSD.

El enfoque estratégico del PSD contempla tres niveles: la finalidad del Sector Salud, el propósito del Sector Salud, los Ejes estratégicos con sus Programas y Proyectos Sectoriales.

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

El propósito del PSD es consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del MSD. El propósito busca la integración de los diferentes subsectores en el Sistema Único y la aplicación efectiva de la política sanitaria de la SAFCI. El Sistema Único de Salud estará regulado por ley para su aplicación en todo el territorio nacional. Para medir el propósito, se utilizan indicadores cuantitativos referidos al acceso de la población y cobertura de servicios de salud, a la participación y control social y al número de instituciones integradas al Sistema Único que aplican la política sanitaria SAFCI.

Finalidad	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
Contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud	Esperanza de vida al nacer, según sexo	2008: AS= 67 años (H= 65; M= 68)* Fuente: OMS, 2010	> 71 años (H> 70; M> 72)	Censos y estudios específicos (ENDSA, modelos de mortalidad), PNUD (frecuencia: cada 2-5 años)
	Esperanza de vida saludable, según sexo	2008: AS= 58 años Fuente: OMS, 2010	> 64 años	
	Tasa de mortalidad infantil, según sexo (TMI)	2004-2008: AS= 50 / 1.000 nacidos vivos (H= 55; M= 44) Fuente: ENSDA 2008	< 30 / 1.000 nacidos vivos (H< 30; M< 30)	
	Razón de mortalidad materna	1999-2003: 229 / 100.000 nacidos vivos Fuente: ENSDA 2003	< 100 / 100.000 nacidos vivos	
	Brecha de TMI entre quintiles riqueza 1 y 5	2004-2008: 65,8% (TMI quintil 1 = 79; TMI quintil 5 = 27) Fuente: ENSDA 2008	< 55%	

Finalidad	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
	Tasa de prevalencia de tuberculosis	2008: 170 / 100.000 habitantes (2008) Fuente: <i>OMS, Global Tuberculosis Database</i>	< 100 / 100.000 hab.	
	Tasa de incidencia de malaria	2009: 6,9 / 1.000 habitantes en zonas de riesgo Fuente: <i>MSD, Programa Nacional de Malaria</i>	0 / 1.000 habitantes en zonas de riesgo (eliminación de la malaria en Bolivia)	
	Tasa de desnutrición crónica en menores de 2 años	2008: 16,2% (27,1% en menores de 5 años) Fuente: <i>ENDSA 2008</i>	< 5%	
	Índice de Desarrollo Humano (IDH)	2007: 0,729 Fuente: <i>PNUD, 2009</i>	> 0.800	

El propósito del PSD es consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del MSD. El propósito busca la integración de los diferentes subsectores en el Sistema Único y la aplicación efectiva de la política sanitaria de la SAFCI. El Sistema Único de Salud estará regulado por ley para su aplicación en todo el territorio nacional. Para medir el propósito, se utilizan indicadores cuantitativos referidos al acceso de la población y cobertura de servicios de salud, a la participación y control social y al número de instituciones integradas al Sistema Único que aplican la política sanitaria SAFCI.

Propósito	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
Consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y	% de instituciones del Sector integradas al Sistema Único SAFCI	2010: 0 Fuente: <i>MSD</i>	> 90%	Censos y encuestas, Ministerio de Salud y Deportes, SNIS, SEDES, etc.

Propósito	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada al 2020	Fuente de Verificación (frecuencia)
desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del MSD	% establecimientos de 1er nivel con comité local de salud conformado y cumpliendo con atribuciones	29% (conformados) Fuente: MSD (USCMS)	> 80% conformados y cumpliendo con atribuciones	(frecuencia anual)
	% establecimientos de 1er nivel que realizan referencia y retorno con la Medicina Tradicional	Por establecer	> 50%	
	% de proyectos de salud en ejecución con componente intersectorial	Por establecer	> 50%	
	% de la población que accede al Sistema Único de Salud cuando lo necesita, según sexo	2007: AS= 57% (H= 56%; M= 58%) Fuente: MECOVI 2007	> 90%	

Los *ejes de desarrollo* orientan el accionar del Sector Salud para el periodo 2010-2020, y se operativizan dentro del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural:

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

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

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

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

Nota. En la Página web del Ministerio se puede encontrar el PSD completo: www.sns.gob.bo

1.4.3 Características de los subsectores

En el cuadro siguiente se presentan las características de cada subsector según la cobertura poblacional, las fuentes de financiamiento y gasto en salud en 2007¹⁴.

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

1.5. El IHP

Se trata de una Alianza Global cuyo objetivo principal consiste en poner en práctica los principios de París, Accra y Busan sobre la eficacia de la ayuda en materia de Salud en torno a UNA ÚNICA Estrategia Nacional de Salud, basada en UN ÚNICO presupuesto de Salud y mediante UN ÚNICO proceso de monitoreo.

El IHP+ surge en la cumbre del G8 de 2007, en respuesta a los problemas asociados con la fragmentación de la ayuda para la salud, programas verticales para el control de enfermedades, ministerios de salud frágiles y sistemas de salud disfuncionales.

- É Mayor apropiación a nivel de país
- É Alineamiento y armonización
- É Gestión por resultados
- É Rendición mutua de cuentas
- É Participación Sociedad Civil

¹⁴ PSD, pág. 27.

- É Procesos nacionales de planificación que integren a todos los actores
- É Mayor consolidación de estrategia a través de una “evaluación conjunta”
- É Mayor apoyo coordinado a un plan- “pactos” país
- É Una plataforma de monitorización de resultados
- É Un presupuesto con mejoría en la Rendición de cuentas

1.5.1 España y IHP+

España firmó el Global Compact en 2010 y los Compact-País firmados hasta la fecha por parte de CE incluyen a Mozambique, Etiopía, Níger, Malí, El Salvador y Mauritania (firmado recientemente en mayo 2012). El Salvador es por el momento el único país de América Latina que ha firmado el Compact Global sumándose al IHP+ en la Asamblea Mundial de la Salud en 2011.

La apuesta por la eficacia de la ayuda ha marcado la agenda de la cooperación internacional en general, y la española en particular, en estos últimos años, explorando la articulación de nuevas iniciativas así como, la mejora y adaptación de estrategias ya existentes.

En septiembre de 2007 se constituyó en Londres la Asociación Internacional para la Salud (IHP), ajustándose sus cuatro principales objetivos a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda:

1. Preparar pactos dirigidos por los países y centrados en los resultados que agrupen al conjunto de los socios para el desarrollo en torno a un único plan nacional para la salud; un marco de seguimiento y de evaluación; y un proceso de revisión, que permitan de ese modo mejorar la armonización, la alineación, la orientación hacia los resultados y la responsabilidad mutua;
2. Emitir y difundir los conocimientos, las directrices y las herramientas pertinentes;
3. Mejorar la coordinación y la eficacia de los países, a nivel regional y mundial; y
4. Garantizar la responsabilidad mutua y el seguimiento de los resultados.

La Asociación Internacional para la Salud (IHP) y las Iniciativas Relacionadas (IHP+) tratan de conseguir mejores resultados en materia de salud, mejorando para ello el modo en que los países en desarrollo, los organismos internacionales y los donantes trabajan conjuntamente para concebir y poner en práctica los planes nacionales de salud.

En este sentido, el Estado Español reconoce la capacidad de aumentar la eficacia de la ayuda que representa la IHP+, formando parte de su estructura, grupos de trabajo e

iniciativas relacionadas tal y como quedó de manifiesto al firmar el pacto global del IHP+ durante la 63ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2010) y los pactos locales de país en Etiopía, Mali, Mauritania y Mozambique, con el fin de asumir los compromisos que figuran en el mismo.

1.5.2 Compromisos

Los miembros de la Asociación IHP+, entre los que se encuentra España, se comprometen a hacer frente al reto que supone acelerar los progresos encaminados hacia la consecución de los OMD relacionados con la salud y otros resultados en el ámbito de la salud, mediante el incremento y una mayor eficacia de la financiación destinada a la salud, conjuntamente con la mejora de la coordinación y de la alineación, conforme a la Declaración de París. Los signatarios se comprometen igualmente a hacer participar a la sociedad civil como socio de pleno derecho y a trabajar con la misma en el marco de la concepción, la planificación, la puesta en práctica y la evaluación de la Asociación IHP+, y a dar cuenta ante los ciudadanos de los países socios de la obtención de los resultados buscados tanto en los ámbitos financiero como sanitario.

Dentro del marco del plan de actividades IHP+, los socios de los países en desarrollo se comprometen a efectuar “balances” que suponen una revisión de los planes/estrategias de salud existentes a nivel nacional y de sus vínculos con los planes de desarrollo más generales del país (por ejemplo, las estrategias para la reducción de la pobreza (SRP), los marcos de gastos a medio plazo, etc.), así como con las estructuras y procedimientos existentes (por ejemplo, las revisiones conjuntas, etc.) en cada país. Esas evaluaciones de la situación tratan de obtener informaciones que sirvan para diseñar planes, estrategias y presupuestos para la sanidad en los diversos países con el fin de conseguir un “acuerdo” o “pacto” convenido con los socios internacionales para el desarrollo.

1.5.3 Valor añadido de la IHP+

La Asociación Internacional para la Salud y las Iniciativas Relacionadas (IHP+) se proponen favorecer la cooperación interinstitucional más que la competencia, reducir los costes de las transacciones, mejorar la eficacia y la previsibilidad de la ayuda, acrecentar los recursos de gobiernos y socios para el desarrollo para el sector sanitario, crear conocimientos y mejorar el intercambio de conocimientos entre los países y los socios para el desarrollo. Se trata de una nueva manera de trabajar que se apoya en la armonización y las enseñanzas extraídas de los enfoques sectoriales (SWAp), DSRP y otros y hace mayor hincapié en los resultados comprobables para los OMD.

La IHP+ está pensada para establecer un plan nacional que suscite el compromiso, armonice la acción de los socios para el desarrollo y los agrupe en un proceso dirigido y organizado por el país para obtener resultados cuantificables, valorar los costes de la intensificación de la acción y reforzar la autoridad del país. Este proceso sacará partido de las estructuras existentes en el país (es decir, de los mecanismos nacionales de coordinación del sector), procedimientos y planes o estrategias sobre la salud (VIH/SIDA, tuberculosis, paludismo, supervivencia infantil, etc.) y facilitará el desarrollo de un espíritu de responsabilidad mutua de todas las partes implicadas, con un procedimiento común que favorezca la transparencia del control de los compromisos adquiridos por todas las partes.

El valor añadido del proceso IHP+ dependerá de las necesidades del país, de su situación y de los procedimientos existentes. Globalmente, depende de la naturaleza del propio proceso (acción colectiva para obtener resultados sanitarios; planes sólidos y completos con respecto a la salud, etc.), fijando una atención prioritaria en la gestión orientada hacia los resultados y en la movilización de recursos suplementarios para la salud (en función de las necesidades específicas de cada país).

La finalidad es la de conseguir UNA estrategia nacional única de la sanidad, que prevea la generalización del acceso a los servicios sanitarios, dando prioridad a las necesidades de los más pobres y más vulnerables. Esta estrategia nacional deberá ser validada mediante un procedimiento creíble y reconocido y ayudar a las partes implicadas a tomar decisiones racionales con respecto a sus inversiones.

ANEXO 2. BREVE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD BOLIVIANO¹⁵

2.1.1 Introducción

Con la creación del MSD en 1938 y con una atención centralista y hospitalaria se inició en Bolivia el Sistema Nacional de Salud. En 1953 se implementó 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 y generando fuertes niveles de desigualdad, más aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad que tendría la economía boliviana. Esta situación obligó a reformar el SNS en la década de los 70 a adoptar un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales.

En 1984, en el contexto de la Declaración de Alma Ata (1978), 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 y pragmática, gracias a los ajustes económicos impuestos por la crisis de los 80 y al aumento de las desigualdades.

Los mecanismos de seguro se desarrollaron poco a poco en la década siguiente, con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996), el Seguro Básico de Salud (1998), el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en (2002) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en 2006.

Pese a estas reformas permanecían problemas persistentes de accesibilidad geográfica y cultural, especialmente en el área rural, que el gobierno actual, propugnando valores de interculturalidad, busca solucionar mediante la reformulación del Sistema Nacional de Salud hasta su forma actual basada en la política SAFCI puesta en marcha desde el año 2008, 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.

En la actualidad el Gobierno prepara la implementación del Sistema Único de Salud (SUS), prevista para el año 2013. El proyecto de ley data de 2010. El SUS “tiene como objetivo lograr que todo el sistema público, incluida la seguridad social, funcione de manera concertada, que tenga la misma calidad, las mismas prestaciones y permita el acceso de todos los bolivianos a la atención médica gratuita. Dentro de este proyecto, es necesario analizar el número de personas que no está asegurada que es aproximadamente el 70 por ciento. De esta cifra, que más o menos equivale a siete millones de personas; dos millones cubren el seguro universal materno-infantil y el seguro de adulto mayor, por tanto, cinco millones no están asegurados y la mayoría de ellos no tiene capacidad económica de acceso a la atención privada aceptable y es para ese grupo que estamos trabajando con la cobertura universal de salud o puede llamarse también seguro público gratuito”¹⁶. Esta norma, que vuelve a subrayar el

¹⁵ Fuente: Morales Medina Sydney Edson. El sistema de salud boliviano. <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano.pdf>

¹⁶ Entrevista de la Dra. Nila Heredia, Ministra de Salud y Deportes. *La Estrella del Oriente*, 7/6/2010: “Ministra de Salud. ‘Sistema Único de Salud estará funcionando el 2011’”.

papel central de la SAFCI, pretende garantizar el derecho a la salud y el acceso universal de todos los habitantes en el territorio nacional, con carácter universal, gratuito, integral, equitativo, intercultural, participativo, con calidad y control social.

Se suprimen el SUMI y el SSPAM. Se creen instancias que deben garantizar la implementación y continuidad del Seguro Único de Salud, entre éstas el Fondo Único de Salud (FUSE), un Consejo Asesor del Fondo Único de Salud (Cafusp) y el Servicio Nacional de Contratación de Farmacias (Sernacofar). Con la creación de esta última instancia, se pretende garantizar el acceso de la población a los medicamentos.

Uno de los aspectos más discutidos del SUS, principalmente en las instituciones de seguros de salud, es el financiamiento del Seguro Único. En 2012 se acordó que el funcionamiento del SUS se haría efectivo gracias al aumento del 2% del presupuesto para salud de los municipios y las gobernaciones¹⁷.

Tampoco está claro el papel de la Caja Nacional de Salud (el 53% de los afiliados de la CNS son empleados del sector público) y de las otras Cajas de seguro de salud en el futuro SUS.

2.1.3 Modelo de gestión y estructura

En el Sistema Nacional de Salud, definido como “el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del MSD”¹⁸, se establece la existencia de tres niveles de atención:

É El primer nivel de atención, encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, está conformado por los puestos de salud, centros de salud, policlínicas y poli consultorios, medicina tradicional y brigadas móviles de salud.

É El segundo nivel de atención comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología.

É El tercer nivel de atención está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, la internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad; sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

El MSD es el encargado de formular las estrategias, políticas, planes, programas y normas en salud a nivel nacional; las cuales son ejecutadas y supervisadas a nivel departamental por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) que dependen técnicamente del Ministerio y administrativamente de los Gobiernos Departamentales, siendo nombrada por el Gobernador la máxima autoridad del SEDES.

¹⁷En realidad solo 167/237 municipios han aprobado el incremento de 2% para financiar el SUS, y 6/9 departamentos con fondos de IDH (impuesto a los hidrocarburos). Fuente: entrevistas de la presente consultoría.

¹⁸ Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.

Dentro de cada Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud (DILOS), que tiene por tarea el cumplimiento, implementación y aplicación de las políticas y programas de salud considerados prioritarios en el municipio. El DILOS está conformado por el Alcalde Municipal, el Jefe médico del servicio de Salud y el Comité de Vigilancia. Esta instancia de gestión se sobrepone a otra de la estructura social propuesta por la política SAFCI, que es el Concejo Social Municipal de Salud, la cual tiene un papel importante en la gestión participativa y el control social.

Los establecimientos de salud conforman distintos niveles de **Redes de Salud**:

É La Red de Salud Municipal está conformada por los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Coordinador de Red nombrado por el respectivo DILOS. A partir de 2013 el Gobierno Municipal será responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del primer y del segundo nivel de atención.

É La Red de Salud Departamental está conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento. La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el Servicio Departamental de Salud, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación será responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.

É La Red Nacional de establecimientos de salud está conformada en total por los 3553 establecimientos de salud de Bolivia, que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONGD. De éstos el 92% corresponde al primer nivel de atención (“puestos de salud” y “centros de salud”), el 6,5% al segundo nivel (“hospitales básicos”) y el 1,5% al tercer nivel (“hospitales generales” e “institutos especializados”)¹⁹.

El subsector público está dirigido preferentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no sean parte del subsector de la seguridad social, por lo que cuenta con más establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención.

El subsector de la seguridad social a corto plazo está constituido por las diferentes Cajas de Salud que prestan servicios de salud a sus beneficiarios y dependen de la Unidad de Servicios de Salud del MSD.

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones Privadas están conformados por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia Católica y a productores de salud particulares. El subsector de las ONGD está constituido por establecimientos de salud que ofrecen diferentes servicios con el financiamiento proveniente de recursos externos.

¹⁹ Fuente: sitio del MSD. “Reporte de estructura de establecimientos 2012”.
<http://www.sns.gob.bo/snis/estadisticas/estructura>

2.1.4 Redes funcionales de salud

En la norma SAFCI de 2008 el modelo de atención se caracteriza por una serie de actividades, entre las cuales están: “Organizar las redes de salud, para garantizar la continuidad en la atención hasta la resolución de los problemas” y “Organizar la atención de salud articulada en redes, estableciendo responsabilidades territoriales y de gestión de los establecimientos en comunidades, municipios y naciones indígenas, originarias y campesinas de acuerdo a los principios de la SAFCI”²⁰.

Un documento técnico de la OPS permite entender el concepto de “redes funcionales”²¹. La iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

Las RISS requieren de los siguientes atributos esenciales para su adecuado funcionamiento:

Modelo asistencial

- É Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- É Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
- É Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- É Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
- É Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
- É Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

²⁰ Ministerio de Salud y Deportes. Norma nacional. Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Red de Servicios. Serie: Documentos Técnico-Normativos, N°97. La Paz, 2008.

²¹ OPS: Redes Integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política, y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La renovación de la Atención Primaria de salud en las Américas, N° 4.2010.

Gobernanza y estrategia

- É Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- É Participación social amplia
- É Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Organización y gestión

- É Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
- É Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
- É Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes
- É Gestión basada en resultados.

Asignación e incentivos: financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

2.1.5 Acceso y financiamiento

El acceso de la población a la atención en salud ocurre de tres maneras:

- É A través de la atención en el subsector público, el cual está abierto a las personas preferentemente no aseguradas en la seguridad social a corto plazo, pagando un precio por las consultas médicas, curaciones, intervenciones quirúrgicas, análisis y otros. Los precios de estas prestaciones se determinan considerando solamente el costo de operación del establecimiento de salud, en tanto que el Estado debe cubrir los costos del recurso humano con fondos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN), HIPC22e Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).
- É Por medio de la afiliación a la seguridad social a corto plazo, para lo cual se debe cotizar el 10% de los ingresos. El asegurado y sus beneficiarios (esposa o conviviente, hijos, padre, madre y hermanos) acceden a la atención en las Cajas de Salud y cuentan con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional con prestaciones en dinero y en especies.
- É Acudiendo a los servicios de salud privados o aquellos que tengan algún tipo subvención no gubernamental como ocurre con los establecimientos de salud de la Iglesia y las ONGD.

²² La “*Heavily Indebted Poor Countries Initiative*” (HIPC), primer enfoque global para la reducción de la deuda externa de países pobres más endeudados, fue iniciada por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional en 1996. En el año 1997, Bolivia fue el segundo país en ingresar a este programa. Más de 55% del alivio de la deuda es destinado a la transferencia de los recursos liberados hacia los gobiernos municipales y a la creación de ítems de maestros y trabajadores en el área de educación y salud. El resto es destinado a apoyo presupuestario. Los gobiernos municipales reciben estos recursos para su utilización en salud, educación e infraestructura social y productiva, a través de transferencias a sus cuentas, sin requisitos para el desembolso. Impacto de la Iniciativa HIPC en Bolivia.

(http://www.iubileobolivia.org.bo/recursos/files/pdfs/Resumen_HIPC_Bolivia.pdf).

El DS del 27/3/2002 estableció que los recursos obtenidos de la iniciativa HIPC II serían transferidos a la Cuenta Especial “Diálogo 2000” a partir del mes de abril de 2002; la Ley del Diálogo Nacional 2000, del 31/7/2001, establecía los lineamientos básicos para la gestión de la Estrategia de Reducción de la Pobreza.

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

2.1.6 Marco normativo

En la Constitución Política del Estado (CPE) boliviano se consagra el derecho a la vida, la salud y a la seguridad social y se establece la obligación del Estado de defender el capital humano protegiendo su salud. Se señalan los principios rectores de la seguridad social (universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia) y se indican las contingencias que deben ser cubiertas por los seguros de salud. También se ratifica que la asistencia y servicios sociales son funciones del Estado y que las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio.

El subsector público tiene como normas rectoras principales

- É El Código de Salud (Decreto Ley de 1978), que debería ser reemplazado por una nueva Ley General de Salud, en preparación
- É La Ley de Participación Popular (1994), que fue una etapa importante en la estructuración del sistema de salud. Transfería al gobierno municipal la propiedad de la infraestructura física de los servicios públicos de salud y la responsabilidad de administrarlos, mantenerlos y renovarlos, dejando la gestión del recurso humano en la administración central del Ministerio de Salud y sus entes desconcentrados o Servicios Departamentales de Salud. Ha dado 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. La Ley de Participación Popular fue abrogada por la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (2010), sin embargo sigue vigente su Reglamento²³ (el DS N° 24447, de 20 de diciembre de 1996).
- É La Ley de Descentralización Administrativa (1995). La Ley de Descentralización Administrativa fue abrogada por la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (2010), sin embargo sigue vigente su Reglamento²⁴ (el DS N° 24447, de 20 de diciembre de 1996).
- É La Ley del Seguro Universal Materno Infantil (2002, ampliada en 2005)
- É La Ley del Seguro de Salud para el adulto mayor (2006)

²³ Disposición transitoria décima segunda – punto 8 de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.

²⁴ Idem.

- É La política SAFCI(2008), que tiene como fin principal la provisión y aliento de actividades de promoción y prevención de la salud, enfocada a la familia y la comunidad con articulación de la medicina tradicional y medicina académica
- É La Ley Marco de Autonomías y Descentralización (2010) delega mayor responsabilidad a los gobiernos autónomos municipales y gobernaciones. Establece la transferencia y delegación de atribuciones no privativas del poder ejecutivo a las Gobernaciones departamentales; a partir de 2013 los terceros niveles serán de tuición de las Gobernaciones.
- É El proyecto del Seguro Único de Salud (SUS) que entrará en vigencia la gestión 2013, y tiene como objetivo cubrir a una mayor población extendiendo las prestaciones actuales del SUMI a toda la población materno infantil y además amplía otras prestaciones al resto de la población. Como mencionado más arriba, el funcionamiento del SUS se hará efectivo gracias al aumento del 2% del presupuesto para salud de los municipios y las gobernaciones.

El subsector de la seguridad social tiene como norma rectora al Código de Seguridad Social (1956, con varias modificaciones), que tiende a proteger la salud del capital humano, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas necesarias para la rehabilitación y la concesión de medios para mejorar las condiciones de vida del grupo familiar. Atiende a los trabajadores asalariados y organizados y cubre con prestaciones de salud por enfermedad, maternidad y niñez y riesgo profesional.

El Subsector privado incluye a las Compañías de Seguros, Compañías de Medicina Prepagada y las ONGD. Las Compañías de Seguros constituyen un receptor de fondos para financiar los servicios de salud del sector privado, la principal fuente de recursos para estas organizaciones son los hogares y las empresas, a través de pagos de primas por seguros de salud. Es importante resaltar la actividad de ONGD y la Iglesia, por su presencia en número y su contribución en las prestaciones de servicios de salud en áreas dispersas.

El Subsector de Medicina Tradicional ha recibido particular reconocimiento a nivel nacional y está establecido de manera explícita en la Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), cuyas prestaciones se pueden hacer efectivas cuando corresponde, de acuerdo a los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos”.

Las implicaciones de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (2010):

1. Papeles principales de los Gobiernos departamentales autónomos

- É Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud
- É Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del SUS
- É Proporcionar la infraestructura, equipamiento, supervisión y control del tercer nivel de atención
- É Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad

- É Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en coordinación con los municipios para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento así como de políticas, planes, programas y proyectos de salud
- É Acreditar los servicios de salud dentro del departamento
- É Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.
- É Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción y prevención
- É Diversas responsabilidades en cuanto a los recursos humanos
- É Diversas responsabilidades de control.

2. Papeles principales de los Gobiernos municipales autónomos

- É Formular y ejecutar el Plan Municipal de Salud incorporado en el Plan de Desarrollo Municipal
- É Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción
- É Dotar y administrar los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención (infraestructura, equipamiento, medicamentos, mantenimiento) organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural
- É 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
- É Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial
- É Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud
- É Diversas responsabilidades de control.

3. Papeles de los Gobiernos indígena originario campesinos autónomos

- a) Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Política Nacional de Salud.
- b) Promover la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la SAFCI.

2.2. ANÁLISIS DE LOS INTEGRANTES DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA POR EL PSD

El PSD brinda un análisis de los integrantes del sector salud que es interesante para el presente estudio²⁵, pues expresa la visión del ente rector. La cooperación internacional ocupa la última fila del cuadro.

Integrantes del Sector Salud Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
Cabeza De Sector Ministerio de Salud y Deportes Máxima Autoridad Sanitaria en el Sector Salud	En el marco de sus atribuciones exclusivas e indelegables establecidas en la CPE, es la instancia política normativa que establece las políticas nacionales de salud y normas. Conduce y regula el sector a través de leyes, decretos, resoluciones ministeriales, resoluciones administrativas, normas, disposiciones. Establece las normas de seguimiento y evaluación. Establece relaciones de coordinación inter e intrainstitucional en el marco de sus atribuciones exclusivas y compartidas reconocidas en la Ley Marco de Autonomías.	Reconoce que el Sector salud es fragmentado, con débil rectoría, y no satisface plenamente las demandas de la población. No cuenta con asignación presupuestaria suficiente, y su gasto no es eficiente. Reconoce la insuficiente coordinación y comunicación intraministerial e intersectorial.	Consolidar la implementación de la política SAFCI y el Sistema Único Aumentar su capacidad de negociación frente a Economía y finanzas. Ejecutar los recursos financieros, de compromiso programático, a manera de evitar la reversión de los mismos. Recuperar la rectoría y liderazgo.
Servicios Departamentales de Salud (SEDES)	Dependientes de las Gobernaciones departamentales. Cumplen y hacen cumplir parcialmente las disposiciones emanadas del MSD, (políticas de salud, disposiciones, normas en sus jurisdicciones territoriales) Responsable de gestionar los recursos humanos del subsector	Reconocen que no existe una relación de coordinación. Reconoce que la asignación presupuestaria que otorga el MSD no es suficiente. Todavía no existe un relacionamiento técnico con los municipios, solo son solicitudes de fondos y recursos. Existe una pugna de poder entre SEDES y	Mayor participación técnica programática. Mayor acercamiento. Una planificación conjunta de las acciones y procesos. Procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación, desarrollados conjuntamente

²⁵PSD, pág. 28-31.

Integrantes del Sector Salud Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
	público, a través de transferencias del TGN.	municipios.	
Gobiernos Municipales y DILOS	<p>Redes Municipales de Salud.</p> <p>Directorio Local de Salud, DILOS.</p> <p>El Municipio, mediante el DILOS, es la instancia ejecutiva local responsable del abastecimiento de insumos, medicamentos y alimentación, de los gastos operativos, construcción, mantenimiento y equipamiento de los establecimientos de salud públicos de su jurisdicción territorial.</p> <p>No asumen a cabalidad el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.</p>	<p>No otorgan importancia al Sector como lo muestra el poco espacio acordado a Salud en los Planes de Desarrollo Municipales</p> <p>No siempre cumplen con sus responsabilidades financieras</p>	<p>Más personal para ejecutar las acciones programadas y/o delegadas, SUMI, Bono Juana Azurduy, Desnutrición Cero, PAI, AIEPI, Tuberculosis y otras patologías.</p> <p>Menos registros y estadísticas que llenar.</p>
Establecimientos de Salud	<p>Proveen los servicios de salud de tipo promocional, preventivo, curativo, etc.</p> <p>Están organizados en redes territoriales y funcionales de salud</p> <p>Proveen los servicios en el mismo establecimiento o en la comunidad</p> <p>Funcionan en el marco de la descentralización por factores, en el MSD, SEDES y Municipios tienen responsabilidades compartidas que dificultan su gestión y atención.</p>	<p>Son los responsables de otorgar atención en salud a la población que la demande.</p> <p>Son responsables de la referencia y retorno.</p>	<p>Más personal para ejecutar las acciones programadas y/o delegadas, SUMI, Bono JA, Desnutrición Cero, PAI, AIEPI, Tuberculosis y otras patologías.</p> <p>Menos registros y estadísticas que llenar</p>

Integrantes del Sector Salud Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p>Instituciones del Seguro Social de Corto Plazo</p> <p>INASES. Instituto Nacional de Seguros en Salud.</p> <p>Seguro Social Obligatorio (SSO) de Corto Plazo: administrado por los entes gestores del Seguro social,</p> <p>Las cajas que integran este subsector son: o Caja Nacional de Salud o Petrolera o De Caminos o Banca Estatal o Banca Privada o Universitaria o COSSMIL o De seguros delegados como el de COTEL</p> <p>Seguro Social Largo Plazo y el Seguro Voluntario: administrado por las Administradoras de los Fondos de Pensiones (AFP).</p>	<p>El INASES es la Entidad descentralizada, encargada de normar, implementar, monitorear, evaluar las actividades que realizan las Cajas de Salud.</p> <p>Las Cajas de Salud cubren las prestaciones en servicios, especie y dinero y supervisan el cumplimiento de las asignaciones familiares, tienen su sede en la ciudad de La Paz y se desconcentran geográficamente en Administraciones Regionales y Agencias Distritales.</p> <p>Las AFP son instituciones financieras privadas, encargadas por el Estado para administrar el fondo de capitalización individual, compuesto por los aportes propios de los trabajadores.</p>	<p>No reconocen la rectoría del MSD.</p> <p>No hay una coordinación fluida entre los correlatos jerárquicos, intermedios.</p> <p>Hay coordinación local puntual para temas operativos como es el PAI, VIH/SIDA y el SSPAM.</p> <p>Cuestionan la implementación de un Seguro Único de Salud.</p> <p>No asumen el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural</p>	<p>Tienen un sistema de información propio.</p> <p>Responden a sí mismas.</p>
<p>Todos los bolivianos y bolivianas</p> <p>Población en general.</p> <p>Organizaciones Sociales.</p> <p>Organizaciones campesinas.</p> <p>Organizaciones originarias.</p>	<p>Son bolivianos y bolivianas reconocidos/as por la CPE.</p> <p>Son organizaciones que cuentan con personería jurídica.</p> <p>Tienen reconocimiento de sus derechos fundamentales en la CPE y en normas internacionales.</p>	<p>Demandan del sector acciones concretas en salud, como atención de calidad y calidez en los establecimientos de salud.</p> <p>Solicitan una atención sin costo al beneficiario.</p> <p>Apoyan al sector con sus organizaciones.</p>	<p>Ejercer el derecho a la salud de manera general.</p> <p>Promoción de la salud, difusión y educación en el derecho a la salud, en derechos sexuales, en derechos reproductivos en todo el estado plurinacional.</p>

Integrantes del Sector Salud Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p>Juntas Vecinales.</p> <p>Otras organizaciones.</p>	<p>Son a la vez beneficiarios directos de las actividades realizadas por el sistema de salud, pero también actores a través de la estructura social en salud.</p> <p>Tienen derecho a la salud integral y gratuita.</p>		<p>Beneficiar de servicios de salud de calidad y con respeto</p>
<p>Sub sector privado</p> <p>actores privados con fines de lucro</p> <p>actores privados sin fines de lucro</p>	<p>Son organizaciones empresariales, individuales, formales e informales con fines de lucro, y con financiamiento y administración privada</p> <p>Otorgan prestaciones de atención médica, los insumos, los servicios de apoyo diagnóstico y los medicamentos, se estima que solo 10% de la población lo usa regularmente.</p> <p>Conforman Organizaciones No Gubernamentales como PROCOSI y otras.</p>	<p>Prestan servicios lucrativos a la población.</p> <p>Apoyan el desarrollo de actividades en salud, alineándose a las estrategias del MSD, principalmente en el área rural.</p>	<p>Seguir prestando sus servicios a la población.</p> <p>Mayor acercamiento de los actores públicos para seguir apoyando a las políticas nacionales</p>
<p>Medicina Tradicional</p> <p>Médicos tradicionales, parteras, Quilliris, herbalistas, Amautas, Jampiris, Kallawayas, Chamanes, Kákuris, Aysiris, Ipayes y otros.</p>	<p>Son personas individuales con conocimientos y prácticas médicas ancestrales, u organizaciones conformadas por estos</p> <p>Trabajan independientemente del sistema de salud.</p> <p>Trabajan en las áreas urbanas marginales y rurales.</p> <p>No responden a las disposiciones</p>	<p>Quieren más relaciones y reconocimiento por parte del Sector</p>	<p>Seguir ejerciendo su profesión con mayor reconocimiento y articulación con la medicina occidental.</p>

Integrantes del Sector Salud Razón social	Cómo son características, tipo de relación, roles y responsabilidades	Qué opinan sobre el sector Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
	<p>normativas del MSD o SEDES.</p> <p>El sistema de salud reconoce gradualmente a las parteras, médicos y médicas tradicionales.</p> <p>La demanda por estos servicios suele combinarse con proveedores públicos y privados.</p>		
<p>Cooperación Internacional</p> <p>Cooperaciones bilaterales</p> <p>Organizaciones Internacionales Multilaterales</p>	<p>Son entidades que cuentan con grandes recursos económicos para apoyar al sector, financian más que el mismo Estado en los programas y proyectos en salud, como también en insumos, equipos e infraestructuras.</p> <p>Se encuentran establecidos en los marcos de las relaciones internacionales, multilaterales y bilaterales</p>	<p>Otorgan apoyo financiero al sector salud, sin necesidad de que el sector solicite.</p> <p>Tienen una estructura operativa ágil.</p> <p>Apoyan tanto a SEDES como también a los Municipios en todos los programas.</p>	<p>Esperan mayor coordinación, eficiencia y eficacia</p>

2.3. ANÁLISIS FODA DEL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD EN BOLIVIA

2.3.1 Metodología

Dada la existencia de varios diagnósticos recientes y extensos del sector de la salud de Bolivia²⁶, se propuso buscar una visión común con el MSD con base a entrevistas semiestructuradas a varios responsables del ministerio cuyas funciones se relacionaban con temas pertinentes para la CE: Promoción de la salud y comunicación social, Redes de salud, Proyecto de implementación de la política SAFCI, Residencia SAFCI, Planificación, Relaciones internacionales. Quedaron fuera del campo de análisis los temas que no se relacionaban con la actuación actual o previsible de la CE en Bolivia, por ejemplo el seguro en salud, la formación universitaria, el mantenimiento de los activos fijos, etc.

La información recogida en dichas entrevistas se organizó en forma de “fuerzas, oportunidades, debilidades y amenazas”, conforme al método “FODA”, y fue presentada en una reunión de devolución de información. A pedido de algunos representantes del MSD presentes en esa reunión, se decidió presentar los datos no en función de los informantes (servicios del MSD) sino según temas (campos de acción) y consensuarlos en un taller con los servicios del MSD. Durante este taller – en el cual estaban reunidos por primera vez altos ejecutivos del ministerio en torno a un balance crítico del Sector Salud desde la implementación de la política SAFCI – se consensuó o complementó la mitad de la información recogida, a saber la referente a “Formación de Recursos humanos” y “Gestión participativa y control social en Salud” y parte de “Alineamiento de las redes de salud”. Se acordó que el resto de la información (“Alineamiento de las redes de salud”, “Instrumentos técnico-normativos”, “Coordinación entre los actores del MSD” y “Coordinación con la cooperación externa”) fuese revisado de la misma manera por los participantes, en otra reunión, sin embargo al momento de finalizar el documento, no se ha recibido retroalimentación del MSD sobre estos dos últimos puntos.

2.3.2 Contexto general

Tras varios años de esfuerzos y luego de su reconocimiento como política de salud global en 2008, el Sector Salud entiende mejor que la política principal es la SAFCI. La política SAFCI tiene rango constitucional y está amparada en su implementación por la Ley Marco de Autonomías, y por el Decreto Supremo Nº 29601 del 11/06/2008. Sin embargo, varios obstáculos frenan su implementación como ser: la alta dispersión de la población rural y problemas de acceso geográfico, la fragmentación del sistema de salud, el hecho de que el SUS no está implementado aún, dificultades de orden político-administrativo en el proceso de descentralización, y un marco legal incompleto (falta promulgar la nueva Ley de salud). Además, la política SAFCI se asume como

²⁶ Por ejemplo: Rory Narváez, Adalid Zamora, Linnet Schlink. Diagnóstico situacional del Sector Salud en Bolivia desde la perspectiva de la Cooperación Española. Borrador revisado, 29 de noviembre de 2011; ANESVAD & CEBEM. Consultoría: Elaboración de una propuesta de estrategia de intervención en atención primaria en salud para ANESVAD. Diagnóstico socio-sanitario de Bolivia a nivel nacional y departamental. La Paz, febrero de 2010; o el propio MAP.

enfoque político e ideológico de los problemas de salud, por lo que es vulnerable a cambios políticos.

2.3.3 Formación de los recursos humanos

FUERZAS

- “ Residencia SAFCI. La Residencia SAFCI ha producido 214 especialistas distribuidos en distintos niveles de gestión, para implementar la política SAFCI.
- “ Especialidad SAFCI. Se tiene un programa de formación de especialistas en SAFCI consolidado, que se actualiza cada año. (163 en proceso de formación).
- “ Proceso de formación. El proceso de formación de los médicos SAFCI se implementa con análisis crítico permanente.
- “ Curso de formación SAFCI. Se desarrolla un curso de 6 meses de formación permanente SAFCI dirigidos a autoridades locales, profesores, personal de salud, dictados por los médicos SAFCI (2119 aprobados y 5060 en proceso de formación).
- “ Formación en salud pública. Existen oportunidades de formación técnica en salud pública a través de convenios con agencias de cooperación internacional.

DEBILIDADES

- “ Formación inicial del personal de salud. La insuficiente formación gerencial y política de los recursos humanos va a la par del hecho de que la SAFCI no está incorporada en la currícula académica, ni en pre ni en posgrado de otras especialidades clínicas y no clínicas.
- “ Formación en servicio. El personal de las redes de salud no está formado en la política SAFCI y está poco sensibilizado a la SAFCI. Para el personal de salud, la SAFCI se reduce a promoción de la salud (debilidad de implementación).
- “ Implementación del Sistema Único de Salud (SUS). La implementación del SUS, prevista para 2013, no contará con suficientes recursos humanos capacitados en SAFCI.
- “ Conocimientos. Se avanza a veces a tientas, faltan conocimientos para poder aplicar la SAFCI.

OPORTUNIDADES

- “ Investigación acción. Al emprender más investigaciones-acciones, se podrá conocer mejor los problemas concretos de implementación y las soluciones
- “ Universidades. Algunas universidades pública y privadas con actitud favorable a integrar conceptos y enfoque de la SAFCI en su malla curricular

- “ Convenio docente-asistencial. La SAFCI está en el marco del convenio docente-asistencial
- “ Acuerdos internacionales. Acuerdos internacionales potencian la formación especializada de recursos humanos en diferentes campos de la salud.

AMENAZAS

- “ Formaciones de postgrado. Existen formaciones de postgrado en relación a la SAFCI sin concertación con el MSD ni validación por el mismo.

2.3.4 Gestión participativa y control social en Salud

FUERZAS

- “ Metodología. Existen procesos definidos y validados de participación social en toma de decisiones a nivel local, municipal y departamental.
- “ Logros en empoderamiento. Hay avances en el empoderamiento social en el campo de la salud, con mayor participación y movilización social en el área rural.
- “ Gestión participativa. La estructura social en salud está conformada en todos los niveles de gestión de la salud.
- “ Planes municipales. Dieciséis planes municipales en salud están en proceso de validación (de un total de 327).
- “ Gestión participativa. Existen de momento un 41% de comités locales de salud (1340/ 3349 establecimientos de primer nivel); un 63% de concejos sociales municipales de salud (212/327 municipios), y 34% de los municipios (110/327) están en proceso de elaboración de sus Planes municipales de salud (Anexo 5).

DEBILIDADES

- “ Gestión participativa. Se evidencia una poca capacidad de gestión administrativa de los gobiernos municipales (seguros públicos, recursos humanos, suministros y otros).
- “ Gestión participativa. De igual manera se nota poca capacidad de gestión para el diseño e implementación de los proyectos municipales.
- “ Recursos. Los recursos económicos asignados al funcionamiento de las estructuras social en salud y espacios de deliberación en todos los niveles (comités, mesas...) son insuficientes.
- “ Indicadores. Falta identificar indicadores de medición de la gestión social participativa y control social.

OPORTUNIDADES

- “ Organizaciones sociales. Hay una coordinación con organizaciones sociales matrices para la implementación de la política SAFCI.
- “ Municipios. Varios gobiernos municipales están dispuestos a implementar la gestión participativa en salud (Anexo 5).
- “ Organizaciones indígenas. Existe un proyecto de convenio con una de las organizaciones indígenas (CIDOB) para la implementación de la política SAFCI.
- “ Cooperación externa. Hay un alineamiento de la cooperación externa a la política sectorial de salud (PSD).
- “ ONG. En el terreno, muchas ONGD están presentes y comparten la misma visión “SAFCI, movilización social, medicina tradicional”...

AMENAZAS

- “ Enfoque político. La política SAFCI como enfoque ideológico está sometida a presiones y vulnerable a cambios políticos
- “ Interpretaciones de la política. Existen tendencias reduccionistas de la política SAFCI (reduciendo por ejemplo la SAFCI a la articulación con los médicos tradicionales) y coexisten diversas interpretaciones de la política SAFCI.
- “ Coherencia jurídica. Parte de la normativa actual²⁷, no está alineada a la política SAFCI.
- “ Organizaciones sociales. Falta mejor coordinación entre las organizaciones sociales locales y sus organizaciones matrices receptoras.
- “ Municipios. La ingobernabilidad en ciertos municipios obstaculiza la implementación de la gestión participativa.
- “ Control social. Se nota el miedo del Sector Salud al control social.

2.3.5 Alineamiento de las redes de salud sobre la política SAFCI

FUERZAS

- “ Análisis situacional. Se realizó un diagnóstico de las redes en 2011.
- “ Normativa. Existen normas de caracterización por nivel de atención (para el 3 nivel: por aprobar al final del 2012) y normas de referencia y retorno.
- “ Reestructuración de las redes de salud. El diseño final de las “Redes funcionales” ha sido definido en todos los departamentos, durante los talleres de “Análisis y reestructuración de las redes de salud” en los 9 departamentos. La aprobación a nivel nacional está prevista para el 7 de diciembre de 2012. Se

²⁷ Por ejemplo la normativa relacionada con el DILOS, máxima autoridad local de salud según la Ley N° 2426 del 21 de noviembre de 2002 (Ley del Seguro Universal Materno Infantil – SUMI) y el DS 26875 del 21 de diciembre de 2002.

ha empezado la implementación de los planes departamentales de Redes funcionales en 4 departamentos: Oruro, Pando, Santa Cruz, Potosí.

- “ Referencia y contrarreferencia. Se prevé la creación de Centros coordinadores de referencia y contrarreferencia a nivel departamental.
- “ Calidad. Hubo nombramiento de gestores de calidad en cada departamento.

DEBILIDADES

- “ Aceptación de la política SAFCI. Existe cierta resistencia al interior del sistema de salud frente a la nueva política; siendo la SAFCI principalmente un enfoque ideológico, asumido como tal por sus promotores, le falta complementarse con estrategias operativas de implementación para ser convincente.
- “ Rectoría. Débil autoridad sanitaria a nivel ministerial y departamental en la conducción del sistema de salud²⁸.
- “ Recursos. La asignación del presupuesto en salud (5.723 millones de Bs., o sea 3,9% del Presupuesto General del estado 2012)²⁹ no puede cubrir las necesidades de las redes de salud.
- “ Capacidad resolutive. Los establecimientos de primer nivel quedan con poca capacidad resolutive instalada.
- “ Gestión de los recursos humanos. La gestión de los recursos humanos se caracteriza por una gran inestabilidad funcionaria, la cual obstaculiza la gestión ministerial, departamental y municipal; la existencia de diferentes tipos de contrato en un mismo sistema dificulta la gestión.
- “ Normativa. La normativa de caracterización de los ES no incluye el programa de gestión de riesgos (establecimientos de salud seguros ante desastres) ni la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.
- “ En la opinión de la consultora SDC, la ineficacia de las redes de salud también proviene de la falta de autoridad del coordinador de red sobre el personal, de la falta de presupuesto propio de funcionamiento de las coordinaciones de redes, así como de la interferencia de intereses políticos en la gestión de los recursos humanos.

OPORTUNIDADES

- “ Municipios. Crear alianzas con los municipios es factible en varios casos.
- “ Centros regionales de desarrollo de competencias. Organizar Centros regionales de desarrollo de competencias (hospitales regionales) podría mejorar la formación de todo el personal de las redes de salud.

²⁸ Por ejemplo: Todo el mundo quiere un hospital de segundo nivel, y menos del 20% de los hospitales de segundo nivel funcionan como tal (fuente: informante del MSD).

²⁹ Fuente : Presupuesto General del Estado 2012, presentado en:

<http://www.slideshare.net/Oxigenobolivia1/presupuesto-general-del-estado-2012#btnNext>

- “ Recursos. Se logró un aumento del presupuesto municipal y de gobernaciones (+2%) para financiar el SUS.

AMENAZAS

- “ Fragmentación del sistema público de salud. Ejemplos:
 - . Múltiples autoridades: el coordinador de Red de salud se queda sin verdadera autoridad frente a una multiplicación de autoridades administrativas y técnicas
 - . Instancias duplicadas: DILOS vs Concejo social municipal de salud
 - . Diversificación de las funciones médicas: Médicos de las redes de salud (dependientes del TGN, dependientes de los municipios), médicos SAFCI, médicos “del Bono Juana Azurduy³⁰”, médicos cubanos, médicos bolivianos regresando de Cuba : líneas jerárquicas, actividades, informes separados
 - . Estructuras paralelas: Brigadas móviles SAFCI paralelas al resto del sistema
 - . Formación paralela: Formación SAFCI paralela a la carrera de medicina
 - . Enfoques paralelos: Gestión de la calidad paralela al resto de las actividades
 - . Múltiples fuentes de financiamiento: Las fuentes de financiamiento son seis: 1. el financiamiento público (con varios niveles de responsabilidades), 2. el seguro social de salud, 3. el seguro de salud privado, 4. las tarifas que pagan los usuarios, 5. las donaciones y 6. los préstamos.
 - . Interferencia de intereses personales y políticos en la re-organización de las redes.
- “ En la opinión de la consultora SDC, la implementación del SUS podría debilitar (y no fortalecer) las redes de salud, si no viene acompañada de aumento sustancial en la capacidad resolutive del primer y del segundo nivel de atención (más personal, más tecnología, atención permanente).
- “ En la opinión de la consultora SDC, la “calidad” concebida como un enfoque vertical podría resultar ineficiente porque debe ser parte de la labor diaria de los funcionarios públicos en todos los niveles de atención.

2.3.6 Instrumentos técnico-normativos

FUERZAS

- “ Existencia de varios documentos normativos , entre otros:

³⁰El Bono “Juana Azurduy” creado por decreto supremo 0066 - 2009, es un incentivo económico (transferencia condicionada) que reciben las madres bolivianas; el Bono tiene por objeto contribuir a disminuir la mortalidad materno-infantil y la desnutrición crónica en niños y niñas menores de dos años en todo el país.

- . Norma Nacional “Red municipal de salud familiar comunitaria intercultural, red municipal SAFCI y red de servicios” (publicación 97)
- . Articulación con la oferta de medicina tradicional: “Guía de articulación entre medicinas” con apoyo de MdM
- . “Guía de procedimientos para la gestión participativa local”
- . Caracterización por nivel de atención
- . Guía de referencia y retorno
- . Guía de acreditación y evaluación de los establecimientos de salud.

DEBILIDADES

- “ Estructura social en salud. Faltan normativas sobre aspectos operativos de la estructura social en salud (comités, mesas...)
- “ Aplicación de las normas. No se ha iniciado la aplicación de las normas de caracterización.
- “ Manejo clínico. No se tiene todavía una guía completa de manejo clínico estandarizado por nivel de atención.

2.3.7 Coordinación entre los actores del Ministerio de Salud

DEBILIDADES

- “ A nivel del MSD. Insuficiente coordinación interna: Unidades de SAFCI, Redes de Salud, Salud Comunitaria (en la Dirección de Promoción de la Salud), y Dirección de la Planificación, sin instancia permanente y regular de coordinación.
- “ A nivel de las Redes de Salud. Se evidencia el aislamiento del “sistema SAFCI”:
 - . La SAFCI funciona como un programa vertical más (médicos, brigadas...)
 - . Hay poca coordinación de los médicos SAFCI con el personal de salud
 - . Existe un sistema de información paralelo al SNIS: problemas para obtener información SAFCI completa y en tiempo oportuno
- “ Divergencias internas. Varios informantes del MSD hablan de la necesidad de una “reingeniería” de la política SAFCI, que se tiene que reformar en sus modalidades de implementación, incluida la pertinencia de una “Residencia SAFCI”, siendo la alternativa su integración en la malla curricular de las universidades. Sin embargo no todos los informantes comparten esta opinión dentro del MSD³¹.
- “ Seguimiento de los logros. No hay seguimiento de las estructuras sociales formadas (por ejemplo los Comités locales de Salud).

³¹Un “Proyecto de implementación de la SAFCI” recién se organizó en 2012 en la Dirección de Promoción de la Salud.

- “ En la opinión de la consultora SDC, la debilidad principal es la ausencia de articulación planificada de la política SAFCI con el sistema de salud.

OPORTUNIDAD

- “ Oportunidades puntuales para una integración. Se puede aprovechar del SNIS para introducir indicadores de la SAFCI; asimismo “compromisos SAFCI” se pueden integrar en los “Compromisos de gestión” de los diversos niveles del sistema de salud.

2.3.8 Coordinación con la cooperación externa

FUERZA

- “ Alineamiento. A pesar de que tanto la política SAFCI como el PSD se concibieron sin la participación de la cooperación externa (bi y multilateral), se evidencia su alineamiento sobre las nuevas orientaciones del Gobierno boliviano en el Sector Salud.

DEBILIDADES

- “ Cambio de funcionarios. El cambio frecuente de funcionarios (a nivel de Ministros y en la Dirección de Planificación) frena la cooperación.
- “ División de responsabilidades. La división de responsabilidades frente a la cooperación entre Dirección de Planificación y Relaciones Internacionales hace que no exista una política única frente a la cooperación internacional.
- “ Rectoría. La débil rectoría del Ministerio de Salud explica que sigan existiendo proyectos de conveniencia.
- “ Alineamiento. Los esfuerzos de alineamiento no siempre se materializan en resultados concretos a nivel del ministerio.
- “ Seguimiento de los proyectos. No existe un sistema de monitoreo de proyectos a nivel nacional. Algunos informantes opinan que no se ven resultados objetivos de muchos proyectos.
- “ Redes de Salud. No hay apoyo a las redes de salud de Beni, Pando, Oruro, Santa Cruz.
- “ Recursos. No hay apoyo externo suficiente:
 - . Faltan recursos para la difusión y socialización de la política SAFCI
 - . Los médicos SAFCI trabajan con recursos insuficientes para diagnóstico, tratamiento, referencia, transporte, comunicación.

OPORTUNIDADES

- “ Coordinación regional.

- . Mesas de intercambio con países de la Región
 - . Proyectos entre países de la Región para el control de enfermedades e investigaciones
 - . Plan de gestión de RRHH con apoyo de la OPS, del Mercosur.
- “ Alineamiento. Existe la intención del Gobierno de alinear las cooperaciones externas, a través de las mesas técnicas de trabajo.
- “ Redes de Salud. Existen dos proyectos importantes de apoyo externo a las redes: FORTALESSA (Fondos de USAID y CE mediante UNICEF y OPS) y FOREDES (Cooperación belga).
- “ Telemedicina (cooperación de Canadá) para la SAFCI.

AMENAZA

- “ En la opinión de la consultora SDC, si el apoyo a la SAFCI se enfoca de manera vertical, apuntando sólo a los “médicos SAFCI”, podría debilitar más aún al sistema de salud y aumentar las tensiones existentes dentro del sistema de salud.

ANEXO 3. PANORAMA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD EN BOLIVIA

3.1 DATOS GENERALES

3.1.1. El Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia (GruS)³²

El Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia (GruS), creado en La Paz en diciembre de 2006, es un espacio de coordinación conformado por organismos bilaterales, intergubernamentales y multilaterales con presencia en Bolivia. Su principal objetivo es apoyar la implementación de los acuerdos de la Declaración de París y el Plan de Acción de Accra. En este sentido, el GruS apoya el liderazgo del Gobierno de Bolivia en la coordinación y armonización de la Cooperación Internacional, para mejorar la efectividad y el alineamiento de ésta, al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El GruS está conformado por 21 cooperantes miembros: i) agencias de cooperación bilateral y embajadas: Alemania, Bélgica, Canadá, Comisión Europea, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Holanda, Italia, Japón, Noruega, Reino Unido, Suecia y Suiza; ii) agencias de cooperación multilateral: Comunidad Andina de Fomento, Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos; iii) organismos financieros multilaterales: Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

A nivel organizativo el GruS cuenta con una troika como equipo coordinador y facilitador, conformado por dos donantes bilaterales y un organismo multilateral, asumiendo cada uno la coordinación durante un semestre. En el primer semestre del 2013 la troika del GruS está conformada por la AECID (Presidencia), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE). La troika cuenta con el apoyo desde febrero 2010 de una Secretaría Técnica permanente que velará por el seguimiento de las actuaciones propuestas y dará apoyo a los grupos de trabajo.

El GruS se reúne de manera ordinaria una vez por mes y en aquellas circunstancias que ameriten un encuentro de carácter extraordinario. El GruS ha puesto en marcha grupos de trabajo sectoriales en los temas de: Eficacia de la Ayuda/Seguimiento de la Declaración de París, Indicadores, Agua y Saneamiento, Educación, Salud, Desarrollo Integral/Drogas, Género, Cultura, Descentralización, Justicia, Mesa Macroeconómica, Medio Ambiente (Cambio Climático, forestal/ Áreas Protegidas, Cuencas), Agropecuario y Productivo, (Empleo y Productividad, Seguridad Alimentaria).

Finalmente es importante destacar que el GruS funciona de forma institucionalizada en apoyo y complementariedad al mecanismo de coordinación existente del Gobierno Boliviano con la Cooperación Internacional.

³² <http://www.grus.org.bo/>

3.1.2 La Mesa Técnica de Cooperantes en Salud

La Mesa Técnica de Cooperantes en Salud nació en julio de 2007 como una necesidad sentida por las Agencias de Cooperación Internacional de contar con un espacio de intercambio e interacción en la búsqueda de hacer más eficiente el apoyo al desarrollo del sector de la salud en Bolivia. La mesa se creó por lo tanto con el objetivo de optimizar las acciones de la cooperación internacional para mejorar el desarrollo del sector de la salud en Bolivia. La mesa busca aumentar el impacto de la cooperación internacional en salud en Bolivia mediante mejoras en la coordinación entre las Agencias.

En un principio la mesa estaba coordinada por una Agencia, en forma rotativa, elegida en una de las reuniones ordinarias, por un período de un año. En la actualidad la mesa cuenta con una agencia coordinadora y una agencia co-coordinadora alternándose una agencia bilateral con una multilateral. En el primer semestre del 2013 la agencia coordinadora es la Cooperación Belga y el UNFPA actúa como co-coordinadora.

La Mesa Técnica de Cooperación en Salud reúne actualmente 15 donantes: USAID, JICA, Cooperación canadiense, Cooperación belga, Cooperación italiana, Cooperación coreana, Cooperación argentina, Embajada de Francia, OPS, UNFPA, UNICEF, PMA, Banco Mundial, BID y la AECID, esta última participa aun en ausencia de cooperación bilateral. La participación del MSD en la mesa es puntual ya que no es un miembro permanente de la misma.

3.1.3 El Comité de Cooperación Interagencial de Salud (CCI)

El CCI se constituye en la instancia de coordinación entre el MSD, como máxima autoridad y ente rector en el sector salud, y la Cooperación Internacional en Salud (CIS: Agencias Bilaterales, Agencias Multilaterales, Sistema de Naciones Unidas y Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo) como socios estratégicos. El objetivo del CCI es apoyar en la implementación del PSD en el marco del Código de Conducta.

Las reuniones del CCI se deben realizar, según reglamento, dos veces al año, de acuerdo al cronograma establecido al principio de cada gestión y consensuado entre los miembros del CCI.

En el marco del CCI se establecen tres Subcomités de Coordinación, uno por cada eje del PSD. Estos subcomités deberán incluir las temáticas tratadas en las múltiples submesas en funcionamiento en el sector, de modo de ir progresivamente concentrando el diálogo técnico y de políticas para hacerlo más eficiente y efectivo.

La Cooperación Internacional y el MSD firmaron el 4/09/2012 un Código de Conducta que expresa el objetivo de establecer gradualmente un Enfoque Sectorial Ampliado (ESA) donde se fortalezca el liderazgo del MSD en la conducción de la políticas de salud así como en la toma de decisiones sobre asignación de recursos, incrementando la coherencia entre políticas, gastos y resultados. Este enfoque implica el desarrollo de una política y estrategia sectorial integral y coherente, así como un marco común de gestión, planificación e información, lo que contribuye además a la reducción de los costos de transacción.

3.2. LINEAS DE TRABAJO DE LAS PRINCIPALES AGENCIAS DE COOPERACIÓN EN SALUD

3.2.1 Actores multilaterales

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

En Bolivia UNICEF canaliza su cooperación técnica y financiera mediante programas quinquenales de cooperación alineados a las políticas y prioridades del Estado y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En el sector salud, UNICEF apoya al MSD, la actual política de salud, así como sus iniciativas y prioridades:

- É Lograr la erradicación de la desnutrición.
- É Mejorar la calidad, rectoría y acceso a los servicios de salud, equipando, fortaleciendo la institucionalidad y capacitando al personal de salud, autoridades y comunidades para mejorar importantes indicadores.
- É Desarrollar estrategias de promoción y educación en salud.
- É Fortalecer la participación y movilizar a las comunidades, empoderando su liderazgo y responsabilidad en el autocuidado de la salud.

El siguiente Programa País apoyará al Gobierno de Bolivia va asegurar la vigencia de los derechos de los niños, ubicándolos en el centro de las políticas, los programas y los presupuestos a escala nacional y subnacional, reduciendo las disparidades geográficas, sociales, de género y culturales, para alcanzar los ODM.

Fondo Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

El Fondo Población apoya a los países en la utilización de datos socio demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para asegurar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los y las jóvenes estén libres de VIH/Sida y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.

El UNFPA vela por que la salud reproductiva y la equidad e igualdad entre mujeres y hombres sean componentes fundamentales de los planes de desarrollo, en las reformas del sector salud y otras acciones encaminadas a reducir la pobreza y la falta de equidad, el enfoque de género e intercultural en todas sus acciones. Se promueve el acceso voluntario a los servicios de planificación de la familia, atención calificada del embarazo parto y postparto, contribuyendo a que las mujeres y las parejas puedan cumplir sus aspiraciones en salud sexual y reproductiva, a reducir el embarazo en adolescentes y el embarazo no planificado, mediante la atención diferenciada y capacitación de RRHH, a prevenir las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el Sida; la prevención y atención del cáncer cérvico-uterino, a empoderar a las mujeres para el ejercicio pleno de sus derechos, previniendo y atendiendo la violencia basada en género, principalmente la violencia sexual.

En el período 2008-2012, el Fondo Población recibió aportes de la CE para sus programas de salud sexual y reproductiva en particular: i) prevención del embarazo en

adolescentes; ii) enfoque género y derechos interculturales; iii) comunidades en poblaciones fronterizas.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

La OPS es un organismo internacional de salud pública con 110 años de experiencia dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Es parte del Sistema de las Naciones Unidas y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. La Oficina de Representación en Bolivia está en funcionamiento desde 1957 y cuenta con cuatro oficinas descentralizadas.

En la estrategia de cooperación de la OPS/OMS 2011-2015 para Bolivia, se desarrollan las siguientes prioridades estratégicas:

- É La definición e implementación del modelo de SAFCI
- É Apoyar la organización de la respuesta a los determinantes sociales de la salud
- É Contribuir a la implementación del marco institucional y legal en el sector de salud
- É Fomentar la utilización del conocimiento como fuente de decisión.

El Programa Mundial de Alimentos (PMA)

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas es la organización de ayuda humanitaria más grande del mundo en la lucha contra el hambre.

El PMA trabaja desde 1965 en Bolivia apoyando las prioridades nacionales en el campo de la seguridad alimentaria para mejorar las condiciones de vida de los más pobres quienes, permanentemente o durante periodos de crisis, no pueden producir alimentos suficientes o no cuentan con los recursos para obtenerlos. En apoyo a la producción nacional y respetando los hábitos locales de alimentación, los alimentos que distribuye el PMA son adquiridos localmente.

En el área de la salud y la nutrición, el PMA ha venido apoyando desde sus inicios al Programa Multisectorial Desnutrición Cero, colaborando no solamente con asistencia técnica, sino también en la implementación de varias de las intervenciones del programa, como ser, las Chispitas Nutricionales, el Alimento Complementario fortificado Nutribebé y el Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario, entre otras.

Banco Mundial (BM)

La actual Alianza Estratégica con el País fue discutida por el Directorio del Banco en diciembre de 2011 y guiará las actividades del Banco Mundial durante el periodo fiscal 2012-2015. En el marco del Desarrollo humano y acceso a servicios básicos se contempla actividades de salud materno-infantil así como la reducción de la desnutrición y la promoción el desarrollo infantil temprano.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El BID cuenta con una estrategia de país con Bolivia 2011- 2015. Esta Estrategia está alineada a su vez con las prioridades nacionales reflejadas en el Plan Nacional de Desarrollo (2006 - 2011), el cual sentó las bases de las áreas y sectores considerados prioritarios por el actual gobierno. En el marco de dicho plan, se han identificado el área de salud como una de las áreas estratégicas de cooperación para el periodo.

Los resultados esperados en este sector son la reducción de las brechas cuantitativa y cualitativa en la oferta de servicios de salud en el marco de una política de largo plazo, sobre todo en áreas rurales; la disminución de la mortalidad materno-infantil y la desnutrición crónica; y el fortalecimiento institucional y de la capacidad de gestión en el sector.

3.2.2. Actores bilaterales

El Fondo Argentino de Cooperación Sur-Sur y Triangular (Fo.Ar)

El Fondo Argentino de Cooperación Sur-Sur y Triangular (Fo.Ar) es el instrumento por el cual la República Argentina promueve iniciativas conjuntas de Cooperación Sur-Sur con otros países de menor o igual desarrollo económico y social, mediante asociación, colaboración y apoyo mutuo, con de programas y proyectos de asistencia técnica.

Fo.Ar está presente en Bolivia desde 1993. A partir de 2006 se fortalece el trabajo en salud, focalizado en epidemiología y salud en fronteras, respondiendo a la construcción de un sistema único, intercultural y comunitario de salud propiciado por el gobierno boliviano.

Actualmente, Fo.Ar está ejecutando el Programa de Cooperación 2011-2013, 3 aprobado en la I Comisión Mixta de Cooperación Técnica entre ambos países, que contiene cinco proyectos de asistencia técnica en salud, vinculados a:

- É Fortalecimiento de la capacidad institucional del MSD con relación a procuración, ablación y trasplante renal;
- É Implementación del Sistema Nacional de Farmacovigilancia
- É Fortalecimiento del Sistema de Inocuidad de alimentos;
- É Monitoreo de Escherichia coli productor de toxina Shiga como agente del Síndrome Urémico Hemolítico en muestras clínicas y de alimentos
- É Rastreo de cáncer de cuello uterino.

Cooperación Técnica Belga (CTB)/ Embajada de Bélgica

Desde el año 1974, el sector de la salud constituye uno de los ejes prioritarios y tradicionales de la Cooperación belga en Bolivia. Sus acciones se enfocan al mejoramiento del acceso a los servicios básicos de salud pública.

El Programa Indicativo de Cooperación en curso privilegia el enfoque sectorial y una coordinación cercana y sostenida con el Gobierno Nacional y otros actores de la Cooperación Internacional a fin de lograr una mejor complementariedad de las intervenciones, que se concentran en las zonas más pobres de Bolivia, pero persiguen un impacto nacional por medio de:

- “ Una mayor implicación de las autoridades nacionales en la implementación de los Programas
- “ El fortalecimiento institucional de las administraciones centrales y desconcentradas
- “ La retroalimentación de resultados hacia el nivel nacional a través de plataformas de coordinación y concertación
- “ El desarrollo de instrumentos y modelos replicables de gestión pública.

Bélgica contribuye al Programa Nacional Desnutrición Cero. La contribución belga al fondo canasta es de 100 millones de bolivianos entre 2010 y 2015. A pedido de las autoridades bolivianas, Bélgica está preparando una ampliación de su contribución por un monto de 40 millones de bolivianos para una segunda fase.

El nuevo proyecto « Fortalecimiento de Redes de Salud de los Municipios ubicados en los Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Cochabamba y La Paz » (FOREDES) reforzará de manera integral las redes de salud de las municipalidades beneficiarias con un monto de 110 millones de bolivianos en los años 2011-2017.

Cooperación Canadiense

El sector salud es un área prioritaria para la Cooperación Canadiense en Bolivia. Desde 2005, más de 30 millones de dólares fueron invertidos en el sector, apoyando la implementación de las políticas de salud bolivianas a través de tres proyectos principales:

1. Apoyo al Programa Multisectorial de Desnutrición Cero (16.35 millones de dólares - 2008-2013)

- É Fondo Canasta con Bélgica y Francia, administrado por el MSD mediante el CT CONAN
- É Programa Intersectorial de Desnutrición Cero (PID 0), implementado por UNICEF.
- É Proyecto Hambre Oculta Cero, implementado por la OND Canadiense Iniciativa de Micronutrientes

2. Programa de Apoyo al Sector Salud (PASS – 18.4 millones de dólares – 2006-2012 - En fase de cierre)

- É Apoyo presupuestario a las Direcciones Generales de Planificación del MSD y de los SEDES de Oruro, Beni, y Pando;
- É Proyecto de Incremento de Cobertura y de Calidad de los Servicios de Salud (PRICCAS), implementado por UNICEF;

É Renovación de infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud a través del Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS);

É Iniciativas locales y participación social a través de un fondo local.

3. El proyecto de Comunidades Activas para la Mujer y la Infancia Saludables (CAMINAS – 13.5 millones de dólares - 2011-2017): Implementado por la OND Plan Internacional Bolivia en coordinación con el MSD en 26 municipios rurales de La Paz, Oruro, Cochabamba, Potosí y Chuquisaca.

La cooperación Canadiense está en fase de preparación de un nuevo programa bilateral en el sector salud para los próximos años. Sin embargo no tiene asegurado a la fecha fondos para un nuevo proyecto a partir de 2013, esto depende del Congreso canadiense.

Agencia de Cooperación Internacional de Corea (KOICA)

KOICA es una organización gubernamental de la República de Corea, fundada en abril de 1991. Desde su creación ha sido responsable de implementar programas de cooperación técnica y de financiamiento no reembolsable. De esta manera, apunta a construir una alianza ente Corea y países socios canalizando el desarrollo socioeconómico de los mismos.

Una de las áreas prioritarias de la cooperación es la del Sector de Salud, siendo el apoyo mediante la ejecución de proyectos integrales que engloban los componentes de infraestructura, equipamiento y capacitación.

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

USAID/Bolivia apoya la Estrategia del Sector de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia para lograr una mayor inclusión de la población rural indígena al sistema de salud. Las áreas técnicas priorizadas en función de las fuentes de financiamiento son Salud de la Madre y del Niño, Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar.

El Programa Bilateral de Fortalecimiento del Sistema de Salud (FORTALESSA), financiado por USAID, es implementado por el MSD, la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS) y UNICEF para lograr los siguientes resultados: i) fortalecimiento de los sistemas operativos y de la administración participativa en todos los niveles del sistema de salud; ii) acceso a un servicio de salud intercultural de mayor y de mejor calidad; iii) empoderamiento de la población rural más necesitada para obtener servicios de salud culturalmente apropiados.

De manera complementaria, USAID apoya organizaciones no gubernamentales (ONG) bajo el liderazgo del MSD en el marco de las políticas de salud vigentes, trabajando bajo los principios del modelo de SAFCI. Las ONGD brindan servicios de prevención y promoción en comunidades rurales excluidas y apoyan su participación en actividades de control social a través del proyecto Comunidades Saludables.

Finalmente, USAID/Bolivia apoya la provisión, distribución y mercadeo social de productos anticonceptivos y la provisión de servicios de salud reproductiva.

Embajada de Francia

El apoyo de Francia al sistema boliviano de salud se traduce principalmente por el financiamiento de programas sanitarios en el marco de un "Contrato de Desendeudamiento y Desarrollo".

Del 2003 al 2007, este contrato bilateral permitió financiar programas de salud concentrándose en tres campos prioritarios de acción: fortalecimiento de los servicios de salud, lucha contra las enfermedades y formación de recursos humanos:

- É Apoyo a la construcción de un Hospital de 2do nivel en Santa Cruz
- É Apoyo a la lucha contra las grandes endemias y desarrollo de la red nacional de laboratorios; esta intervención se concluyó con la construcción y equipamiento de un laboratorio de entomología y parasitología, instrumento fundamental en esta lucha
- É Financiamiento de estudios de factibilidad

A partir del 2008, Francia asume la siguiente orientación:

- É Apoyo a la implementación de la política SAFCI
- É Apoyo a la política de solidaridad del Ministerio, adoptando como ejes de intervención la lucha contra la desnutrición y el apoyo al lanzamiento de una política de ayuda a los discapacitados.
- É Fortalecimiento del rol de dirección del Ministerio.

Los proyectos más recientes incluyen:

- É Instalación de un Laboratorio de Seguridad de Nivel P3 en el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales de Santa Cruz para fortalecer la investigación sobre los virus endémicos en el país
- É Rehabilitación y equipamiento del edificio del servicio de pediatría del Hospital Madre-Niño de Guayaramerín.
- É Financiamiento de un proyecto contra la desnutrición en el Municipio de Santivañez (Cochabamba)

Cooperación Italiana

La Cooperación Italiana en Bolivia, desde el año 1986 ha coordinado e implementado diversas actividades enfocadas al desarrollo de esta región, siendo el Sector salud una de las áreas prioritarias.

Tal es el caso del Programa "Apoyo al Desarrollo del Sistema Socio Sanitario del Departamento de Potosí AID 7240" que desde 1997 contribuye a mejorar la calidad del Sistema de Salud en dicho departamento y que en este momento inicia sus actividades en una IV Fase de refinanciamiento.

De la misma forma, el Programa “Colaboración al Proceso de Mejoramiento de los Esquemas y de las Condiciones de Ejercicio del Derecho a la Salud” busca contribuir al mejoramiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad, además de impulsar la participación social al derecho a la salud y fortalecer la administración pública en el sector salud en Bolivia.

También se viene desarrollando un Programa de Asistencia técnica al MSD con la finalidad de apoyar profesionalmente en la implementación del SUS y otras políticas de gran relevancia en el sector socio sanitario.

Por último, algunas ONGD italianas, a través del canal de cooperación bilateral indirecta y que en ciertas oportunidades reciben financiamiento de la Cooperación Italiana, también contribuyen con experiencias que van más allá del tradicional apoyo logístico y de infraestructura; tales son los casos de los proyectos en Tinguipaya y en el Chaco Boliviano donde se ha dado mayor énfasis al enfoque comunitario e intercultural de la salud.

Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Bajo la visión de que la gente se favorezca con el desarrollo inclusivo y dinámico, Jica asiste y apoya a los países en vías de desarrollo como la agencia ejecutora de la Asistencia Oficial al Desarrollo, AOD del Japón. Basa su accionar en los pilares de Desarrollo Social (educación, salud, agua, discapacidad, desarrollo comunitario); Mejoramiento de la productividad y Desarrollo regional integral, siempre con las transversales de Medio ambiente y Cambio Climático.

Las modalidades de cooperación son la cooperación financiera no reembolsable (donaciones):

- “ Cooperación financiera no reembolsable general y para el medio ambiente y cambio climático
- “ Seguridad alimentaria para agricultores de escasos recursos
- “ Donación de alimentos

Cooperación técnica: Proyectos, expertos, becarios, donación de equipos.

La Cooperación Japonesa viene apoyando al sector salud hace más de 30 años. Actualmente se ejecuta el Programa de Fortalecimiento de Redes de Salud – PROFORSA - en el marco de Seguridad Humana, para el fortalecimiento institucional y empoderamiento de la comunidad que busca fortalecer el sistema de salud integralmente para mejorar la **atención** de madres y niños mediante tres áreas de intervención: i) Promoción de salud y participación comunitaria; ii) Mejoramiento de calidad de atención en establecimientos de salud; iii) Mejoramiento de la gestión institucional.

3.3. VISIÓN DE LA COOPERACIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD

3.3.1 Recursos financieros

Recursos financieros. El presupuesto de la salud es insuficiente. Si bien es verdad que ha subido los últimos años (50% en términos reales), los otros sectores han subido mucho más (150%) gracias al aumento del PIB. Por tanto el presupuesto en salud como porcentaje del PIB ha disminuido: hasta unos años atrás el Sector Salud recibía 6,8% del PIB, pero desde 2006 el PIB se multiplicó por 2 y se ha multiplicado por 5 la inversión social sin aumentar la asignación del sector salud, que alcanza ahora al 4,8% del PIB. Se ha solicitado igualar el presupuesto del sector salud a lo que era antes (6,8%) pero no ha sido aceptado por el Gobierno. Tampoco ha sido aceptado el aumento de 20.000 funcionarios públicos en salud (actualmente el sistema funciona con 26.000), a razón de 3.000 por año durante 7 años.

Ejecución presupuestaria. Si bien el MSD prevé cerrar la gestión 2012 con un 80% de ejecución presupuestaria³³, sólo el 30% de los municipios llegan a un 50% de ejecución presupuestaria en salud, los demás tienen una tasa de ejecución inferior a 50%, y un solo municipio ha cumplido con su meta en salud. Ese problema a la falta de capacidades a nivel de los municipios, principalmente en el área rural.

Por otro lado la **cooperación** disminuye en Bolivia porque el país ha sido catalogado como país de renta media. Es así que la Unión europea ha retirado su apoyo del sector salud. El porcentaje de gasto de bolsillo habría aumentado significativamente: del 24% (2006) al 33 % (2011)³⁴.

3.3.2 Gestión sectorial

Los problemas de gestión sectorial son obstáculos serios a la ejecución de fondos tanto estatales como de la cooperación. La mayor debilidad en la gestión del Sector Salud por el MSD es la *descoordinación entre las unidades encargadas de implementar la nueva política*: Promoción, Redes, SAFCI. El MSD necesita de una reestructuración orgánica-funcional, en línea con el PSD. Se debería fusionar Promoción con Redes de Salud, con una visión de “acceso universal”, y no simplemente de seguro universal. Tampoco se pueden fácilmente producir los cambios institucionales necesarios, debido un decreto en vigencia que obliga el consenso entre tres ministerios para aprobar un cambio.

Todo cambio interno en un ministerio está sujeto a la aprobación de la DOE (Dirección Organizativa del Estado). Otros espacios de gestión a nivel ministerial son el COCOTEC (consejo de coordinación técnica), que no funciona de manera óptima, y el COCOPOL (consejo de coordinación política), que es preponderante sobre el primero. En cuanto a la *rectoría del sector*, sigue siendo un problema del MSD; al respecto no se siguieron los ejes de la reforma de la OPS, ya que los componentes de estos ejes fueron

³³ MSD, Asesoría de Comunicación, 28 de diciembre de 2012: <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=Noticias&resp=990>

³⁴ Según una reciente presentación del MSD, lamentablemente sin fecha ni mención de fuentes (Bolivia: Análisis del gasto en salud: www.saludpublica.bvosp.org.bo), el gasto total en salud (541,5 millones de Bs.) está cubierto por los impuestos (Tesoro General de la Nación: 65,6 millones de Bs., 12%), la seguridad social (222,4 millones de Bs., 41%), los gastos del bolsillo (193,9 millones de Bs., 36%), otros aportes de las empresas (21,6 millones de Bs., 4%) y fondos externos (38,1 millones de Bs., 7%).

interpretados como apuntando a privatizar el sistema público de salud. Y por último, la extrema influencia de lo político en el sector salud está conduciendo, según algunos actores, a una *desinstitucionalización* del sector.

3.3.3 Alineamiento de la cooperación externa

Hay una real necesidad de coordinar mucho más con el Ministerio de Salud, con miras al *alineamiento* óptimo sobre la política de salud. El PSD ayuda al alineamiento pero lo que no está claro es cómo implementar el plan sectorial. La política SAFCI se presta a muchas interpretaciones, falta un plan claro de implementación, que sólo parcialmente cumple el PSD. A falta de progresos al respecto, la cooperación externa tiende a invertir recursos a la demanda, de manera puntual, en la espera de una negociación con el Ministerio de Salud.

Falta una vía de comunicación efectiva entre el MSD y sus socios; el Comité interagencial no ha funcionado de manera óptima hasta fines de 2012. Una debilidad del sistema de gobierno boliviano es que no existen mecanismos de rendición de cuentas de los funcionarios a nivel de ministerio y tampoco comunicación entre la cooperación y el ministerio. Eso permite desviar la atención y los recursos del ministerio en problemas puntuales como huelga de médicos, cumbre de salud, o cualquier otra prioridad que decida el gobierno. Además, si bien la mesa de salud elaboró un reglamento de funcionamiento donde propone cinco sub-mesas de trabajo, esta propuesta no ha sido avalada por el MSD a la fecha.

3.3.4 Armonización de la cooperación externa

É La *armonización* entre donantes es importante, se hizo un gran paso con las mesas técnicas donde pueden participar las ONGD. Crear sinergias con otras cooperaciones en salud también parece oportuno, por ejemplo para crear fondos concursables destinados a la investigación acción, o proyectos locales que incluyan asistencia técnica.

É Además, es necesario pensar en *descentralizar* la cooperación multilateral, apoyando no sólo al ministerio sino a los gobiernos autónomos.

3.3.5 Necesidad de asistencia técnica

Se ve una gran necesidad de *asistencia técnica* en varios niveles del MSD, pero el problema es como concebirla, canalizarla e implementarla con objeto de responder a las demandas de las autoridades nacionales, que no siempre se expresan de manera explícita al respecto, y respetando la soberanía en el sector salud. El gobierno ya no acepta un modelo de asistencia técnica en el cual vienen expertos de afuera que “lo saben todo”. Debe ser un modelo dinámico, basado en el respeto mutuo, abierto y más eficiente. El apoyo técnico debe acompañar al socio nacional, según la demanda y de manera puntual. Los temas no faltan: rectoría, gestión, investigación...

En particular se podría apoyar a un gabinete ministerial reforzado, con una coordinación técnica de alto nivel, financiada por donantes bilaterales.

A nivel legal y técnico nacional se podría recurrir a la asistencia técnica mediante consultorías por producto.

A nivel local (carpetas familiares, mapeo de prioridades en función a los determinantes sociales, problemas de implementación de la SAFCI), se podría pasar por intermedio de las ONGD internacionales involucradas a este nivel, pero éstas se enfrentan a un sentimiento de rechazo de parte del actual gobierno, principalmente porque han sido asociadas al proceso anterior de “reforma en salud”. Por otro lado, las ONGD nacionales no tienen suficiente capacidad de gestión. Se podría pensar en una alianza entre ONGD internacionales y nacionales, siempre que estén alineadas a la política actual de salud, en función a resultados comunes. En esta perspectiva, el rol de las ONGD podría ir más allá de simplemente financiar recursos de funcionamiento del sistema de salud a la demanda.

3.3.6 Obstáculos a la cooperación externa

Los obstáculos a la *cooperación* son:

a) Cierta inestabilidad en el MSD, los conflictos sociales que movilizan todos los funcionarios e interrumpen los procesos de negociación, la alta rotación de funcionarios en el MSD (mucha gente joven sin experiencia), los cambios frecuentes de autoridades a nivel de los SEDES, la alta rotación de autoridades locales a nivel comunitario; la nivelación de los sueldos para las personas que trabajan con las cooperaciones, lo que disminuye la motivación y no atrae a las personas más capacitadas; igualmente en el interior de los ministerios, los sueldos son bajos y no atraen a las personas más competentes.

b) En cuanto a la cooperación con las ONGD en general (no necesariamente españolas), actualmente no son muy consideradas por el Gobierno, aunque son ellas las que tienen la mayor experiencia en la gestión social en salud y que este tema es uno de los ejes principales de la política actual. Existe cierto recelo de origen tanto técnico como político de parte del MSD hacia las ONGD, por temor a la “injerencia”. El Gobierno no quiere intermediarios entre él y la población. Es un tema político. Considera que las ONGD interfieren a nivel político, y pueden debilitar al gobierno. Algunos temas en salud como “calidad” son excluidos porque tienen un tinte “neoliberal”. Por eso no existe una demanda explícita de apoyo técnico de parte del Gobierno y dirigida a las ONGD. El Gobierno lanzará en breve la nueva Ley de ONG, que no modificará mucho la situación actual (las ONGD deberán inscribirse a nivel de Gobernación si trabajan en un solo departamento y en el Ministerio de Autonomías si trabajan en más de un departamento). El control social no afectará a las ONGD porque no puede actuar sobre recursos no estatales.

c) La interculturalidad en salud es un tema al cual muchos proyectos y ONGD adhieren y en el cual invierten mucho, sin embargo no avanza mucho debido a bases técnicas insuficientes de la política SAFCI, reticencias del medio universitario, una incompreensión persistente de parte del personal de salud académico, una estrategia de implementación que aísla la SAFCI del resto del sistema de salud y una debilidad crónica de las redes de salud que no están en condiciones de actuar como base operacional para la SAFCI.

d) Falta un *banco de experiencias positivas* de la implementación de la política de salud hasta el momento.

3.3.7 arios

- É Se debe buscar respuestas a los problemas de *mantenimiento* de equipos de hospitales, problema de calidad de la información, gestión de recursos humanos y alianzas entre redes de salud y la cooperación.
- É Es imprescindible involucrar a las *universidades* en proyectos de investigación operativa o investigación acción, con una metodología acertada, para generar conocimientos nuevos sobre la implementación de la política de salud y buscar soluciones innovadoras para los problemas de atención de salud y de gestión de la salud a nivel local.

ANEXO 4. PANORAMA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD EN BOLIVIA

4.1. MARCO ESTRATÉGICO DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

4.1.1. IV Plan Director de la CE (2013- 2016)

La finalidad última de la CE es contribuir al desarrollo humano, la disminución de la pobreza y el pleno ejercicio de los derechos bajo los siguientes **enfoques**:

- É Enfoques de una Política para el Desarrollo Humano
- É Enfoque de Desarrollo Humano y de las Capacidades. El ser humano en el centro.
- É Enfoque Basado en Derechos Humanos: el desarrollo como pleno ejercicio de todos los derechos humanos.
- É Enfoque de Género en Desarrollo. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres.
- É Enfoque de Desarrollo Sostenible: los derechos presentes y futuros.
- É Enfoque de gestión orientada a resultados.
- É Enfoque incluyente.
- É Enfoque de proceso. El desarrollo como proceso de aprendizaje.
- É Eficacia en el desarrollo, más allá de la eficacia de la ayuda.

Orientaciones de la CE 2013-2016

1. Consolidar los procesos democráticos y el Estado de derecho.
2. Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis.
3. Promover oportunidades económicas para los más pobres.
4. **Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos.**
5. Promover los derechos de las mujeres y la igualdad de género.
6. **Mejorar la provisión de Bienes Públicos Globales y Regionales.**
7. Responder a las crisis humanitarias con calidad.
8. Construir una ciudadanía global comprometida con el desarrollo.

En este apartado nos centraremos en los puntos 4 y 5 que están relacionados con el trabajo en el sector salud:

a) Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos

Lineamientos:

- “ El acceso y cobertura de los servicios sociales básicos: la salud, la alimentación, el agua y saneamiento y la educación.
- “ Se enfatiza el componente multisectorial de estas políticas y la necesidad de que existan sinergias entre ellas.
- “ Potencia el enfoque de salud en todas las políticas.

Marcos de referencia: las Estrategias Sectoriales y, en la AECID, los Planes de Actuación Sectorial (PAS) y los documentos de planificación relativos a Medio Ambiente y Cambio Climático y a Género para la transversalización efectiva de ambos enfoques.

Derecho humano a la salud: Equidad y cobertura universal

- “ **Reto:** equidad, incluyendo la reducción de las desigualdades, el acceso universal a servicios integrales de salud de calidad y la protección social.
- “ **La CE contribuirá:** al fortalecimiento y cobertura universal de sistemas públicos de salud equitativos, sostenibles, eficientes y de calidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, la lucha contra enfermedades prevalentes y olvidadas y el acceso a los medicamentos esenciales.
- “ **Enfoque** de atención primaria y en el marco de los Planes Nacionales de desarrollo del sector.
- “ **Priorizará** el enfoque programático sectorial en salud y el apoyo presupuestario. Se promoverán que las acciones de las ONGD sean sinérgicas con el fortalecimiento de la atención primaria.
- “ **Se apoyarán** los programas de formación y capacitación de recursos humanos destinados a la mejora de la gobernanza, de la gestión y de la eficiencia de los sistemas de salud, abordando los determinantes sociales de la salud, con participación democrática, transparencia y rendición de cuentas.
- “ En el **marco global de actuación:** la CE trabajará en el seno de las Iniciativas Globales, en los Organismos Multilaterales y en los grupos de expertos de la Unión Europea, para adecuar las políticas específicas de enfermedad al objetivo general de la cobertura universal y de la equidad, disminuyendo el riesgo de distorsión de los sistemas de salud. Igualmente, se continuara la colaboración con las Organizaciones Internacionales de referencia en salud, especialmente con la OMS.

Así mismo, en este marco global, la CE promoverá y fortalecerá las políticas públicas necesarias para una mayor protección en servicios sociales de las personas mayores, personas con discapacidad y en situación de dependencia.

Políticas públicas que garanticen el derecho humano a la alimentación

La inseguridad alimentaria y la desnutrición socavan el logro de la mayoría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Es necesario mantener el apoyo a los espacios de gobernabilidad global como el Comité de Seguridad Alimentaria así como la participación en espacios de diálogo político global e iniciativas multilaterales sobre la agricultura y la seguridad alimentaria y nutricional, al tiempo que se apoyan los procesos y programas nacionales y regionales.

La CE mantendrá una posición activa en los principales organismos internacionales y apoyará el fortalecimiento del liderazgo de los países socios y de los organismos regionales en la mejora de la agricultura y la seguridad alimentaria y nutrición, mediante el apoyo al desarrollo de políticas y planes de agricultura y seguridad alimentaria.

Por otra parte, las políticas públicas nacionales y regionales de desarrollo de los territorios rurales deben establecer y fortalecer la cadena institucional capaz de articular estos territorios con las políticas sectoriales apoyando el liderazgo de los gobiernos nacionales y la participación de organizaciones regionales, gobiernos locales, sociedad civil, productores agrarios y sector privado.

En las áreas de lucha contra el hambre, seguridad alimentaria y salud se apoyara el fortalecimiento de las políticas públicas orientadas al desarrollo de la legislación para el acceso, control y explotación sostenible de los recursos naturales y productivos (tenencia de tierra, agua, recursos forestales, protección de la biodiversidad, etc.).

El derecho humano al agua y el saneamiento básico

El derecho al agua y el saneamiento es un elemento estratégico en las políticas de cooperación para el desarrollo dado que es la base para el cumplimiento de varios ODM y **demás derechos humanos relacionados a la salud**, la educación, la seguridad alimentaria, la agricultura, la energía, y, por lo tanto, en el desarrollo humano y productivo de un país. Se considera por ello un sector con carácter multisectorial, fundamental para el desarrollo en general.

Para ello la CE trabajará en base a tres objetivos:

- “ Apoyar la administración de los recursos hídricos a través del apoyo a la aplicación de políticas de Gestión Integral de los Recursos Hídricos
- “ Mejorar el acceso a servicios sostenibles de agua y saneamiento indispensables para la habitabilidad básica, con atención a grupos vulnerables y a la mejora de

los hábitos higiénicos y promoviendo el acceso de las mujeres al uso y gestión del agua.

- “ Promover la gobernanza del sector y el reconocimiento y aplicación del derecho humano al agua y al saneamiento.

B) Mejorar la provisión de los bienes públicos globales y regionales

Los Bienes Públicos Globales (BPG) y los Bienes Públicos Regionales (BPR) son oportunidades y objetivos de los que se beneficia toda la comunidad internacional y cuya gestión supera el ámbito nacional, debiéndose trabajar para alcanzarlos de manera coordinada a nivel global o regional. Son claros ejemplos de BPG los bienes y servicios ambientales proporcionados por la naturaleza, la paz y la seguridad, la estabilidad económica y financiera, **la salud global** o el conocimiento y la cultura. Todos ellos suponen oportunidades estratégicas que requieren ser abordados mediante un trabajo coordinado más allá de las fronteras de los países.

En muchos casos, la provisión de Bienes Públicos Globales requiere la acción de instituciones internacionales, incluyendo la construcción, el refuerzo y a menudo la coordinación de las acciones nacionales: canalizar fondos a programas nacionales, regionales o globales, hacer seguimiento e informes de progreso y en un creciente número de áreas, el debate y la implementación de decisiones tomadas a nivel global. De ahí que la legitimidad y la gobernanza, así como la calidad y la gestión de la capacidad de las instituciones multilaterales resulten vitales para la provisión de Bienes Públicos Globales y Regionales.

Las diferentes Estrategias Sectoriales de toda la Cooperación y los Planes de Actuación Sectorial de la AECID, de todas las áreas que intersectorialmente impactan en BPG (como Medio Ambiente y desarrollo sostenible, Salud, Crecimiento Económico o Gobernabilidad) son la base de las siguientes líneas de acción que serán prioritarias para la CE:

- “ Desarrollo Sostenible y medio ambiente
- “ Paz y Seguridad
- “ Estabilidad económica y financiera internacional
- “ La diversidad de las expresiones culturales
- “ **Salud global**

La salud es un derecho humano fundamental, así como un elemento clave para el desarrollo equitativo y sostenible, incluida la reducción de la pobreza. Los determinantes de la salud, las enfermedades, su prevención y tratamiento pueden trascender las políticas nacionales de salud, convirtiéndose en una cuestión de índole global. Las migraciones de recursos humanos, el incremento en los flujos financieros y

productos, el acceso a medicamentos, la investigación, desarrollo e innovación, son algunas de las cuestiones que requieren de una acción global. Y así se reconoce por el Consejo Económico y Social (2009), por numerosas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y por las conclusiones de la Cumbre sobre Desarrollo Sostenible de 2012 y las Conclusiones del Consejo de la UE sobre Salud Global de mayo 2010.

Para desarrollar estos principios, las acciones que se impulsaran son:

- “ Hacer énfasis en asegurar que los acuerdos comerciales y las políticas de migración hacia la UE no afecten la disponibilidad de recursos humanos y materiales claves para la salud en países de renta baja, tal y como establece el Código de Conducta de Contratación de Recursos Humanos de Salud de la OMS y la declaración de Doha sobre el acuerdo de propiedad intelectual y su aplicación en materia de salud pública.
- “ Continuar colaborando con Iniciativas Globales y Regionales que han demostrado eficacia en el incremento del acceso a productos sanitarios y con las iniciativas de financiación innovadora que también han demostrado su utilidad en la provisión de bienes globales y servicios sanitarios básicos necesarios para asegurar el derecho a la salud de todas las poblaciones.
- “ Alinearse, por lo que respecta a la investigación en salud, en un marco global que aborde de forma más efectiva las prioridades en salud de los países de baja renta y refuerce los procesos nacionales propios de investigación, así como continuará colaborando con Iniciativas Globales, para hacer frente a los retos mundiales de salud de conformidad con la estrategia y conclusiones de expertos de la OMS presentado en la 65 Asamblea Mundial de la Salud.

4.1.2. Estrategia de Salud de la CE

a) Principios

La estrategia de salud de la CE se fundamenta en los principios de la salud como derecho humano, como condición y objetivo del desarrollo humano, como bien público y responsabilidad pública nacional e internacional.

b) Enfoque:

La estrategia se basa en los enfoques de los determinantes de la salud, de la atención primaria de salud (APS) y de los sistemas de salud. Los tres permiten tomar en cuenta tanto las relaciones entre pobreza y salud como la definición holística de la salud con sus componentes biomédicos, epidemiológicos, socioeconómicos y culturales.

El enfoque de los determinantes de la salud permite comprender y actuar sobre los factores responsables de la desigualdad en salud, desde los determinantes proximales, tales como la edad, el sexo y factores de constitución, hasta los más distales que son las condiciones generales socioeconómicas, culturales y medioambientales. “Las acciones que se planteen en la cooperación al desarrollo en salud deben tomar en cuenta todos estos determinantes de la salud, debiendo considerar también los determinantes distales para que las actuaciones sean efectivas y sostenibles. Es necesario, además, trascender fronteras disciplinarias, siendo especialmente importante la intersección entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales”.

El enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS) es al mismo tiempo un marco de análisis teórico, político y estratégico. Desde la Conferencia de Alma Ata (1978), se define como: “Cuidados primarios de salud que se basan en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar en cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Los cuidados primarios forman parte integral y central del sistema de salud y es el primer nivel de contacto entre los individuos, familias y comunidades con los sistemas nacionales de salud. Es el primer elemento de un proceso continuado de cuidados de salud”.

Con la APS se buscan: i) la equidad (justicia distributiva); ii) el acceso y la cobertura universales; iii) el enfoque multisectorial de la salud (asumiendo el modelo de determinantes y reconociendo que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud); iv) la participación de la comunidad (importancia de la responsabilidad y participación en la planificación, administración, gestión y control de las acciones de salud).

La APS consta de varios componentes que se consideran de alto impacto sobre la salud:

1. Promoción de la salud
2. Atención materno-infantil
3. Inmunizaciones
4. Saneamiento ambiental
5. Vivienda saludable
6. Control de excretas y basuras
7. Alimentación y nutrición saludable
8. Prevención y control de enfermedades endémicas
9. Suministro de medicamentos esenciales.

El enfoque sistémico permite no perder de vista las cuatro funciones básicas de los sistemas de salud: i) la prestación de servicios, que deben estar disponibles, y ser accesibles, aceptables y de calidad; ii) la generación de recursos humanos y materiales que hagan posible estos servicios; iii) la financiación del sistema, obteniendo los recursos necesarios; iv) el ejercicio de la rectoría, estableciendo las reglas de juego y supervisando la totalidad del sistema, que tan solo puede ser desempeñada por el Estado.

c) Marco de intervención

El objetivo general de la CE en salud es “contribuir de manera eficaz establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones, en especial aquellas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad, de forma que se contribuya a reducirla pobreza y fomentar el desarrollo humano sostenible”. Para lograrlo, el marco de intervención se sitúa en dos niveles y dos ámbitos de la sociedad:

Dos niveles: i) el estado de salud, para reducir la carga de enfermedades, su peso psicológico, social y económico; ii) los determinantes de la salud, para lograr cambios efectivos y sostenibles en el estado de salud.

Dos ámbitos de la sociedad: i) el sector público gubernamental (que es un mandato de la cooperación bi y multilateral, sin descuidar la posibilidades del sector privado); ii) la población y la sociedad civil organizada (que es un mandato de las ONGD).

d) Eje central

El eje central de la CE es fortalecer el sistema de salud, tanto en lo que concierne al sistema público como a la sociedad civil. Esto significa no dirigir la ayuda de una manera paralela al sistema, y abordar los problemas del sistema de salud en su conjunto, evitando los enfoques “verticales” de las enfermedades que pasan por encima del sistema existente, duplicando estructuras de gestión y compitiendo con los escasos recursos del sistema.

“Esta priorización implica, además, que cualquier otra línea estratégica se valore en la medida en que sea capaz de influir en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, como eje central de la ayuda en salud”.

e) Prioridades horizontales

La Estrategia de salud de 2007 tiene cinco prioridades horizontales:

1. Lucha contra la pobreza: priorizando acciones que favorecen la equidad, el empoderamiento de las poblaciones, los mecanismos de protección social y financiera, y en general las poblaciones más vulnerables.

2. Defensa de los derechos humanos: priorizando acciones en contra de la discriminación, que favorezcan los derechos de las poblaciones infantiles, de las mujeres, de personas afectada por VIH, de minorías étnicas; los derechos de salud sexual y reproductiva; acciones que permitan disminuir las barreras a la accesibilidad de los servicios de salud (geográficas, económicas, culturales, sociales), etc.

3. Equidad de género: ese enfoque debe estar presente en todas las acciones de salud: se trata no solamente de incluir datos desagregados por sexo, sino también actividades de sensibilización, formación de actores en salud, análisis de patrones de enfermedades, eliminación de desigualdades (en especial en el acceso a los servicios), participación de las mujeres en los órganos de decisión, investigaciones que integren equidad y género, etc.

4. Sostenibilidad medio-ambiental: priorizando acciones de protección del medio ambiente, formación de trabajadores sanitarios, empoderamiento de las poblaciones, aumento de la conciencia colectiva para el respeto del medio ambiente, acciones de sostenibilidad de los modelos de producción y consumo, etc.

5. Respeto de la diversidad cultural: priorizando acciones con enfoque intercultural en poblaciones indígenas, minorías étnicas, acciones de sensibilización intercultural en poblaciones no indígenas, fortalecimiento de los recursos humanos en salud en enfoque intercultural, integración de profesionales indígenas, acciones de promoción de la salud culturalmente adaptadas, apoyando investigaciones en salud con enfoque intercultural, etc.

f) Líneas estratégicas

Las 3 principales líneas estratégicas de la CE en América Latina son:

1. Líneas de acción sobre el sistema y los servicios de salud: incluye el fortalecimiento institucional para aumentar la capacidad técnica y de gestión, la mejora de los servicios públicos de salud actuando en los 9 componentes de la APS, la mejora del acceso a los medicamentos esenciales y productos sanitarios esenciales, el fortalecimiento de los recursos humanos de salud, disminuyendo la migración del personal calificado

2. Líneas de acción sobre las condiciones y problemas de salud: incluye la mejora de la salud y derechos sexuales y reproductivos, la mejora de la salud infantil y la lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas; estas acciones necesitan integrar conocimientos del ámbito social, psicológico, antropológico.

3. Líneas de acción sobre los conocimientos e innovación: potencia la investigación, generando conocimientos que responden a necesidades en salud y ayuden al desarrollo (I+D); por ejemplo, problemas de salud prevalentes, integración de los conceptos de género o de interculturalidad. Estas líneas de acción integran universidades españolas y locales.

g) Pautas generales

Las recomendaciones generales de la CE son:

1. Aplicar el marco de la APS, la Estrategia Salud Para Todos en el Siglo XXI y los ODM
2. Aplicar los principios de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda
3. Instaurar la gestión basada en resultados
4. Luchar por una coordinación efectiva entre los diversos actores de la CE por medio de los órganos e instrumentos necesarios
5. Priorizar el trabajo con las instituciones públicas (aunque se puede requerir una cooperación y unos objetivos comunes entre el sector público y el privado, especialmente en contextos en los que este último está muy desarrollado y tiene muchas competencias en salud)
6. Priorizar también el trabajo con la sociedad civil organizada local
7. Seguir las directrices internacionales y las recomendaciones de buenas prácticas emitidas por las Instituciones Internacionales de referencia
8. Actuar siempre de forma que no se genere dependencia de la ayuda al desarrollo.

4.1.3. Plan de Actuación Sectorial de Salud vinculado al III y IV Plan Director (2011 - 2013)

Los valores de solidaridad, equidad y justicia social que deben plasmar las intervenciones de la CE se traducen en una cooperación en salud enfocada hacia: i) la cobertura universal y equitativa de servicios y de protección social; ii) la apropiación democrática de la salud; iii) la coherencia de políticas para el desarrollo, en particular, el enfoque de Salud en Todas las Políticas; iv) el acceso universal al conocimiento e innovación en salud como un bien global.

Las líneas de acción que se describen más adelante se articularán en terreno bajo el marco teórico de la “Asociación Internacional para la Salud”(IHP) al que se adhirió España durante la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010, y que propugna el enfoque de apoyo alineado, armonizado, con gestión por resultados y

mutua rendición de cuentas única. A nivel de país socio, este marco teórico se traduce en “los tres únicos”: el apoyo a un único plan de salud– el plan nacional del país socio, la financiación a través de un único presupuesto de salud – el del país socio – y la evaluación de nuestras intervenciones a través de un único proceso conjunto de monitoria y liderado por el país socio.

Estratégicamente, el PAS-Salud apuesta por un enfoque integrado e integrador, que permita el fortalecimiento institucional de los sistemas nacionales de salud como eje fundamental para garantizar que las instituciones públicas sanitarias, con una participación activa de la población, tengan la capacidad de ejercer su rectoría y control para asegurar la cobertura, la equidad, la sostenibilidad y el impacto positivo de las acciones en salud.

En relación a las modalidades de ayuda e instrumentos para aplicarla, el PAS-Salud apuesta por la cooperación bilateral y el enfoque programático asociado al diálogo de políticas con el fin de lograr tanto la reducción de la morbimortalidad y mejora del estado de salud en general, como el fortalecimiento institucional de los sistemas nacionales de salud que permitan el desarrollo de responsabilidades públicas de los países socios y, por ende, la sostenibilidad de las acciones conjuntas.

3 Líneas estratégicas y líneas de acción:

1. Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos

- É Fortalecimiento de las capacidades para la definición e implementación de las políticas y estrategias de salud
- É Financiación predecible, equitativa y sostenible de los sistemas de salud
- É Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada.
- É Apoyo en la gestión del conocimiento e investigación

2. Impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en el sistema de salud

- É Acceso a los servicios integrales de SSR y promoción de los DDSSRR, con especial énfasis en población vulnerable
- É Promoción de la salud infantil a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia: mejora del estado nutricional, acceso a cuidados de atención al neonato, acceso a vacunas y prevención de enfermedades diarreicas
- É Fortalecimiento de los programas de VIH, TBC, malaria y enfermedades olvidadas

3. Fortalecimiento de la AECID

- É Calidad: criterios de equidad y de selección de países prioritarios
- É Coherencia: marco estratégico, fondo de apoyo presupuestario, elaboración de protocolos, mecanismos de coordinación Gestión integral del conocimiento

4.1.4 Estrategias horizontales específicas

La CE cuenta también con las Estrategias de Género, Medio Ambiente y Pueblos Indígenas que deben ser consideradas por los diferentes actores de la CE a la hora de formular y ejecutar sus intervenciones.

4.2. ACTORES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN EL SECTOR SALUD

Coordinadora de las ONGD españolas en Bolivia (COEB)

Las ONGD conforman una Coordinadora de ONGD Españolas en Bolivia (COEB), fundada a finales de 1997 y consolidada a finales de 1998. Siendo la coordinadora de ONGD más grande del país, la COEB es un foro que tiene la finalidad de coordinar las actividades de las organizaciones españolas no gubernamentales que actúan en Bolivia, entre las ONGD mismas, con la cooperación oficial española, con el gobierno de Bolivia y con otras entidades similares de Bolivia y otros países. Cuenta de momento con 30 organizaciones afiliadas³⁵, entre todos los sectores, y tiene entre sus objetivos:

- É Facilitar el conocimiento entre sus miembros y promover la coordinación y complementación de sus actividades en beneficio del desarrollo de Bolivia
- É Dar a conocer a la opinión pública boliviana las actividades de la CE para el desarrollo en Bolivia
- É Dar a conocer a la opinión pública boliviana la percepción y posicionamiento de la CE sobre la situación de desarrollo en Bolivia, especialmente en asuntos de interés y respeto universal
- É Analizar los aspectos de índole nacional boliviana que tengan relación con la cooperación internacional en general y española en particular
- É Aportar propuestas y opiniones ante el gobierno español central y descentralizado y ante el gobierno boliviano, especialmente sobre temas relacionados con la plena accesibilidad de sus miembros a los ámbitos de promoción del desarrollo.

No todas las ONGD que trabajan en el sector salud pertenecen a la COEB. Hasta el 2012, las que pertenecen a la COEB son: Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Ayuda en Acción, Enfermeras para el Mundo y Solidaridad Internacional.

³⁵ La COEB edita un directorio con información de contacto y proyectos en ejecución de las ONGD que pertenecen a la COEB, los socios locales con los que se trabaja y los proyectos en ejecución que se mantienen en el país.

ANEXO 5. ESTRUCTURA SOCIAL DE SALUD 2012

Datos de: Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social - MSD / DGPS / USCMS

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL CON COMITÉ LOCAL DE SALUD CONFORMADO Y CUMPLIENDO SUS ATRIBUCIONES

DEPARTAMENTO	COMITÉ LOCAL DE SALUD								
	2009			2010			2011		
	Nº Estab. de Salud 1er nivel	Nº CLS Conformados	%	Nº Estab. de Salud 1er nivel	Nº CLS Conformados	%	Nº Estab. de Salud 1er nivel	Nº CLS Conformados	%
LA PAZ	634	77	12%	645	101	16%	666	101	15%
POTOSI	492	254	52%	507	352	69%	523	307	59%
CHUQUISACA	375	161	43%	396	334	84%	399	315	79%
COCHABAMBA	467	16	3%	475	68	14%	484	165	34%
SANTA CRUZ	451	10	2%	448	30	7%	484	112	23%
ORURO	493	0	0%	200	76	38%	201	59	29%
BENI	178	0	0%	185	30	16%	199	111	56%
TARIJA	194	145	75%	201	145	72%	210	145	69%
PANDO	65	0	0%	66	25	38%	74	25	34%
TOTAL	3349	663	20%	3123	1161	37%	3240	1340	41%

Departamento	COMITÉ LOCAL DE SALUD									AUTORIDAD LOCAL DE SALUD		
	2009			2010			2011			2009	2010	2011
	Nº Estab. de Salud 1er nivel	Nº CLS Conformados	%	Nº Estab. de Salud 1er nivel	Nº CLS Conformados	%	Nº Estab. de Salud 1er nivel	Nº CLS Conformados	%			
LA PAZ	634	77	12%	645	101	16%	666	101	15%	590	746	746
POTOSI	492	254	52%	507	352	69%	523	307	59%	983	1732	735
CHUQUISACA	375	161	43%	396	334	84%	399	315	79%	866	1311	1341
COCHABAMBA	467	16	3%	475	68	14%	484	165	34%	108	331	305
SANTA CRUZ	451	10	2%	448	30	7%	484	112	23%	35	208	519
ORURO	493	0	0%	200	76	38%	201	59	29%	0	337	266
BENI	178	0	0%	185	30	16%	199	111	56%	37	58	100
TARIJA	194	145	75%	201	145	72%	210	145	69%	100	100	100
PANDO	65	0	0%	66	25	38%	74	25	34%	0	87	87
TOTAL	3349	663	20%	3123	1161	37%	3240	1340	41%	3620	5811	5100

Autoridades locales de salud representan a las comunidades, por lo cual cada comunidad tiene su ALS.

Lamentablemente los datos del nivel local (ALS y CLS) en algunos departamentos no son reportados frecuentemente por lo que muchas veces nos envían el reporte de la gestión pasada.

PORCENTAJE DE CONSEJOS SOCIALES MUNICIPALES DE SALUD CONFORMADOS Y CUMPLIENDO SUS ATRIBUCIONES

DEPARTAMENTO	CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD								
	2009			2010			2011		
	Nº Municipios	Nº CSMS Conformados	%	Nº Municipios	Nº CSMS Conformados	%	Nº Municipios	Nº CSMS Conformados	%
LA PAZ	80	11	14%	85	34	40%	85	70	82%
POTOSI	38	30	79%	40	30	75%	40	30	75%
CHUQUISACA	28	14	50%	29	29	100%	29	29	100%
COCHABAMBA	45	0	0%	47	4	9%	47	15	32%
SANTA CRUZ	56	0	0%	56	9	16%	56	16	29%
ORURO	35	0	0%	35	24	69%	35	12	34%
BENI	19	0	0%	19	4	21%	19	14	74%
TARIJA	11	11	100%	11	11	100%	11	11	100%
PANDO	15	0	0%	15	0	0%	15	15	100%
TOTAL	327	66	20%	337	145	43%	337	212	63%

Departamento	Concejos Sociales Departamentales			2009			2010			2011		
	2009	2010	2011	Nº Municipios	Nº CSMS Conformados	%	Nº Municipios	Nº CSMS Conformados	%	Nº Municipios	Nº CSMS Conformados	%
LA PAZ	0	0	1	80	11	14%	85	34	40%	85	70	82%
POTOSI	1	1	1	38	30	79%	40	30	75%	40	30	75%
CHUQUISACA	0	1	1	28	14	50%	29	29	100%	29	29	100%
COCHABAMBA	0	0	0	45	0	0%	47	4	9%	47	15	32%
SANTA CRUZ	0	0	0	56	0	0%	56	9	16%	56	16	29%
ORURO	0	0	0	35	0	0%	35	24	69%	35	12	34%
BENI	0	0	0	19	0	0%	19	4	21%	19	14	74%
TARIJA	0	1	1	11	11	100%	11	11	100%	11	11	100%
PANDO	0	0	1	15	0	0%	15	0	0%	15	15	100%
TOTAL	1	3	5	327	66	20%	337	145	43%	337	212	63%

Las 3 primeras columnas de rosado representan el número de Consejos Sociales Departamentales de Salud conformados cada gestión, 2011 = 5 CSDS. Sin embargo para la gestión 2012 se logró la conformación de 2 CSDS más, Beni y Cochabamba, contando actualmente con un total de 7 CSDS a nivel nacional

MUNICIPIOS CON PREDISPOSICIÓN DE IMPLEMENTAR LA POLÍTICA SAFCI

MUNICIPIOS EN PROCESO DE ELABORACIÓN DE SUS PLANES MUNICIPALES DE SALUD

2012

DEPARTAMENTO				
COCHABAMBA	CHUQUISACA	POTOSI	LA PAZ	ORURO
Alalay	El Villar	Betanzos	Achacachi	Belen de Anadamarca
Anzaldo	Mojocoya	Caripuyo	Apolo	Caracollo
Mizque	Muyupampa (Villa Vaca Guzman)	Chayanta	Batallas	Carangas
Pocona	Poroma	Cotagaita	Caranavi	Challapata
Morochata	Presto	Ravelo	Charazani	Chipaya
Tapacarí	San Lucas	Sacaca	Calacoto	Choquecota
Vila Vila	Tarvita	Tacobamba	Comanche	Eucaiptos
Villa Tunari	Tomina	Tinguiyaya	Coro Coro	Corque
Vacas	Villa Alcalá	Toro Toro	Curva	Cruz de Machacamarca
Bolivar	Villa Azurduy	Uncia	Guaqui	Curahuara de Carangas
Arque	Camargo	Vitichi	Irupana	El Choro
Sacabamba	Culpina	Aranpampa	Ixiamas	Escara
Ayquile	Huacareta	Belende Urmiri	La Asunta	Huayllamarca
	Villa Serrano	Caiza "D"	Laja	Pampa Aullagas
	Icla	Chaquí	Luribay	Sabaya
	Inca Huasi	Colcha K	Mecapaca	Salinas de Garcia Mendoza
	Zudañez	Colquechaca	Palca	Santiago de Andamarca
	Padilla	Mojinete	Pucarani	Santiago de Huari
	Tarabuco	Ocorí	Puerto Carabuco	Toledo
	Villa Abecia	Pocoata	Quiabaya	Totora
	Sucre	Yocalla	Quime	Turco
	Yamparaez	Puna	Santiago de Callapa	
		San Antonio de Esmeruco	Santiago de Machaca	
		San Pablo de Lipez	Sica Sica	
		San Agustin	Sorata	
		San Pedro de Buena Vista	Tiahuanacu	
		San Pedro de Quemes	Umala	

Evidentemente no figuran el resto de los departamentos ya que durante la presente gestión (2012), y por los recursos asignados a la Unidad de salud Comunitaria y Movilización Social destinados a departamentos y municipios específicos, no se pudo llegar con las sesiones de socialización y capacitación a más departamentos.

Cabe aclarar que se inició el proceso en los departamentos de Beni y Pando, pero no se pudo seguir con la metodología por los recursos económicos limitados con los que contamos.

Sin embargo el proceso de socialización de la política fue iniciado en gestiones pasadas pero solamente hasta el nivel departamental (SEDES), quienes deberían de continuar con el proceso de acuerdo a sus competencias en el departamento y sus municipios.

ANEXO 6. ALINEAMIENTO DE LOS ACTORES DE LA CE CON EL PLAN SECTORIAL DE SALUD (2010 – 2020)

Ejercicio de los participantes en un taller organizado con motivo de la concepción de la Estrategia de Implementación del MAP

Los ejes de desarrollo que orientarán el accionar del Sector Salud para el periodo 2010-2020 son:

1. **Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural**, orientado a garantizar el acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, sin costo en el punto de atención y con calidad.
2. **Promoción de la Salud y Movilización Social**, orientado a incidir en las determinantes de la salud, promover el ejercicio pleno del derecho a la salud, la participación y control social en salud.
3. **Rectoría y Soberanía en Salud**, orientado a fortalecer la capacidad rectora del MSD y el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión y en todo el Sector.

1 Ayuda en acción

EJE 1 ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA ÚNICO SAFCI		
Proyecto Sectorial 1.1 “Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Formación, actualización de los recursos humanos	X	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Articulación de actividades entre establecimientos de salud con médicos tradicionales y parteras 	X en los 15 municipios	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicación efectiva de la estrategia AIEPI-nut 	X Y ahora con nueva metodología de CONTINUO	
Infraestructura, equipamiento, mantenimiento y renovación de los servicios de salud en el marco de la interculturalidad	X principalmente parto intercultural en Potosí	
<ul style="list-style-type: none"> ○ acreditación de los establecimientos de salud 	X de acuerdo a la norma	
<ul style="list-style-type: none"> ○ control de calidad de los medicamentos e insumos y la gestión de desechos hospitalarios 		
Atención a las comunidades dispersas mediante el desplazamiento de los equipos de salud		
<ul style="list-style-type: none"> ○ investigación sobre la percepción de la calidad de atención por parte de la población, 	X encuestas CAP en cada SS	
Proyecto Sectorial 1.2 “Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar procesos de articulación complementaria entre la biomedicina / académica y la medicina tradicional	X protocolos de trabajo con MT	
Desarrollar mecanismos de coordinación y referencia entre medicina tradicional y medicina	X	

académica		
Articulación de médicos tradicionales y parteras en las redes de salud.	X es el fuerte, se aplica en los 15 municipios?	
Desarrollar la farmacopea natural y tradicional en su producción, promoción, control de calidad y distribución		
Adecuación de la infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención con enfoque intercultural	X para la atención MI	
Proyecto Sectorial 1.3 "Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales"		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Incrementar la cobertura de prestaciones esenciales, con calidad, garantizando los insumos necesarios	Municipio de Alcalá una experiencia de seguro estudiantil	X
EJE 2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MOVILIZACIÓN SOCIAL		
Proyecto Sectorial 2.1 "Intersectorialidad para Vivir Bien"		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo	X desarrollo territorial enfoque intersectorial	
○ Formación de Mesas Municipales de Salud formadas y que desarrollan estrategias municipales de salud	X una prioridad es el modelo de gestión SAFCI	
Erradicar de la desnutrición y malnutrición en toda la población	X con apoyo a comité de nutrición, diversificación de cultivos, incremento de consumo de proteínas	
Desarrollar acciones intersectoriales de mitigación al cambio climático y eventos adversos ambientales	X sistema de alerta temprana, manejo de cuencas, recursos hídricos, forestación	
Mejorar la salud ocupacional y las condiciones de en coordinación con el Sector Empleo y los Sectores productivos		
Proyecto Sectorial 2.2 "Equidad y Protección para grupos vulnerables"		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Prevención, atención y rehabilitación de discapacidades	Hogar Teresa de los Andes en Sta Cruz con niños discapacitados mentales	
Adecuación arquitectónica de infraestructuras de salud para mejorar el acceso de personas con discapacidad	Solo en este hogar	
Prevenir y captar casos de violencia, atender a las víctimas y denunciar los casos	Un poco con sector educación para prevención violencia	X no trabaja en este sector
Proyecto Sectorial 2.3 "Educación en Salud para la vida"		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa	XX	
Promoción de actividades físicas / deporte y la	X a través de la coordinación	

disminución del abuso de consumo de alcohol, tabaco y drogas	con establec. educativos	
EJE 3 RECTORÍA Y SOBERANÍA EN SALUD		
Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud	X modelo de gestión para la eficiencia	
Mejorar de los niveles de ejecución y eficiencia de la inversión y gasto del Sector Salud	X convenios con gobiernos municipales Para incorporar la temática salud en sus POA	
Asegurar el incremento y sostenibilidad del financiamiento nacional y sub-nacional en salud	X aumento de asignación presupuestaria	
Proyecto Sectorial 3.2 “Conducción nacional y autonomías territoriales”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Alineamiento de los Planes Estratégicos al Plan Sectorial de Desarrollo	X	
Alineamiento de las acciones y el financiamiento de las Agencias de Cooperación	X alinear con políticas nacionales y agencias financ AECID	
Proyecto Sectorial 3.3 “Soberanía e Inteligencia sanitaria”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud		
Producción y difusión de conocimientos para contar con estudios adaptados al contexto boliviano, Los temas de investigación prioritarios establecidos en este documento son salud infantil, salud y género, sistemas de salud, nutrición y seguridad alimentaria, promoción de la salud, enfermedades infecto-contagiosas, salud ambiental, salud y cultura y plantas medicinales	X estudios adaptados al contexto boliviano sobre mortalidad materna	

2. Médicos del Mundo

EJE 1 ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA ÚNICO SAFCI		
Proyecto Sectorial 1.1 "Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad"		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Formación, actualización de los recursos humanos	X	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Articulación de actividades entre establecimientos de salud con médicos tradicionales y parteras 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicación efectiva de la estrategia AIEPI-nut 	MdM está alineado con la nueva estrategia CONTINUO que incluye el AIEPI-nut	
Infraestructura, equipamiento, mantenimiento y renovación de los servicios de salud en el marco de la interculturalidad	X	
<ul style="list-style-type: none"> ○ acreditación de los establecimientos de salud 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ control de calidad de los medicamentos e insumos y la gestión de desechos hospitalarios 		
Atención a las comunidades dispersas mediante el desplazamiento de los equipos de salud		
<ul style="list-style-type: none"> ○ investigación sobre la percepción de la calidad de atención por parte de la población, 	en Chiquitanía, van a publicar una guía en el ámbito de la SSR	
Proyecto Sectorial 1.2 "Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Interculturalidad e Interculturalidad"		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Desarrollar procesos de articulación complementaria entre la biomedicina / académica y la medicina tradicional	X	
Desarrollar mecanismos de coordinación y referencia entre medicina tradicional y medicina académica	X	
Articulación de médicos tradicionales y parteras en las redes de salud.	Hospital Patacamaya, quieren usar el MSD como Guía nacional	
Desarrollar la farmacopea natural y tradicional en su producción, promoción, control de calidad y distribución	X experiencia con huertos familiares no son prácticos Los Huertos municipales funcionan mejor(3) Laboratorios artesanales en proceso	
Adecuación de la infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención con enfoque intercultural	X Chiquitina y Altiplano	
Proyecto Sectorial 1.3 "Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales"		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Incrementar la cobertura de prestaciones esenciales, con calidad, garantizando los insumos necesarios		
EJE 2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MOVILIZACIÓN SOCIAL		

Proyecto Sectorial 2.1 “Intersectorialidad para Vivir Bien”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo	X Todos los procesos de participación social	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Formación de Mesas Municipales de Salud formadas y que desarrollan estrategias municipales de salud 	X	
Erradicar de la desnutrición y malnutrición en toda la población		
Desarrollar acciones intersectoriales de mitigación al cambio climático y eventos adversos ambientales		
Mejorar la salud ocupacional y las condiciones de en coordinación con el Sector Empleo y los Sectores productivos		
Proyecto Sectorial 2.2 “Equidad y Protección para grupos vulnerables”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Prevención, atención y rehabilitación de discapacidades		
Adecuación arquitectónica de infraestructuras de salud para mejorar el acceso de personas con discapacidad		
Prevenir y captar casos de violencia, atender a las víctimas y denunciar los casos	X violencia contra la mujer	
Proyecto Sectorial 2.3 “Educación en Salud para la vida”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa	X	
Promoción de actividades físicas / deporte y la disminución del abuso de consumo de alcohol, tabaco y drogas		X solo se habla
EJE 3 RECTORÍA Y SOBERANÍA EN SALUD		
Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud	Apoyo a los CAI en todas las redes, con mayor dificultad en provincia de Velasco Hay instrumentos estandarizados, nuevo formato más ágil Es participativo con organizaciones sociales y municipios	
Mejorar de los niveles de ejecución y eficiencia de la inversión y gasto del Sector Salud		
Asegurar el incremento y sostenibilidad del financiamiento nacional y sub-nacional en salud		
Proyecto Sectorial 3.2 “Conducción nacional y autonomías territoriales”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	

	SI	SI
Alineamiento de los Planes Estratégicos al Plan Sectorial de Desarrollo	Compromiso con 10 municipios para tener su PES	
Alineamiento de las acciones y el financiamiento de las Agencias de Cooperación		
Proyecto Sectorial 3.3 “Soberanía e Inteligencia sanitaria”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud	Producción de conocimientos a partir del contexto boliviano	
Producción y difusión de conocimientos para contar con estudios adaptados al contexto boliviano, Los temas de investigación prioritarios establecidos en este documento son salud infantil, salud y género, sistemas de salud, nutrición y seguridad alimentaria, promoción de la salud, enfermedades infecto-contagiosas, salud ambiental, salud y cultura y plantas medicinales	Salud y cultura	

3. Medicus Mundi

EJE 1 ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA ÚNICO SAFCI		
Proyecto Sectorial 1.1 “Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Formación, actualización de los recursos humanos	X	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Articulación de actividades entre establecimientos de salud con médicos tradicionales y parteras 	X	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicación efectiva de la estrategia AIEPI-nut 	X	
Infraestructura, equipamiento, mantenimiento y renovación de los servicios de salud en el marco de la interculturalidad	X	
<ul style="list-style-type: none"> ○ acreditación de los establecimientos de salud 	X	
<ul style="list-style-type: none"> ○ control de calidad de los medicamentos e insumos y la gestión de desechos hospitalarios 		
Atención a las comunidades dispersas mediante el desplazamiento de los equipos de salud	X se apoya al trabajo de las redes, y con apoyo a internos	
<ul style="list-style-type: none"> ○ investigación sobre la percepción de la calidad de atención por parte de la población, 	X encuestas de satisfacción	
Proyecto Sectorial 1.2 “Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Desarrollar procesos de articulación complementaria entre la biomedicina / académica y la medicina tradicional	X	
Desarrollar mecanismos de coordinación y referencia entre medicina tradicional y medicina académica	X	
Articulación de médicos tradicionales y parteras en las redes de salud.	X	
Desarrollar la farmacopea natural y tradicional en su producción, promoción, control de calidad y distribución	X	
Adecuación de la infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención con enfoque intercultural	X	
Proyecto Sectorial 1.3 “Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Incrementar la cobertura de prestaciones esenciales, con calidad, garantizando los insumos necesarios	X porque se incrementa la cobertura con apoyo a insumos para equipos móviles	
EJE 2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MOVILIZACIÓN SOCIAL		
Proyecto Sectorial 2.1 “Intersectorialidad para Vivir Bien”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI

Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo	X	
○ Formación de Mesas Municipales de Salud formadas y que desarrollan estrategias municipales de salud	X	
Erradicar de la desnutrición y malnutrición en toda la población	X	
Desarrollar acciones intersectoriales de mitigación al cambio climático y eventos adversos ambientales		
Mejorar la salud ocupacional y las condiciones de en coordinación con el Sector Empleo y los Sectores productivos		
Proyecto Sectorial 2.2 “Equidad y Protección para grupos vulnerables”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Prevención, atención y rehabilitación de discapacidades		
Adecuación arquitectónica de infraestructuras de salud para mejorar el acceso de personas con discapacidad		
Prevenir y captar casos de violencia, atender a las víctimas y denunciar los casos		
Proyecto Sectorial 2.3 “Educación en Salud para la vida”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa	X	
Promoción de actividades físicas / deporte y la disminución del abuso de consumo de alcohol, tabaco y drogas		
EJE 3 RECTORÍA Y SOBERANÍA EN SALUD		
Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud	X	
Mejorar de los niveles de ejecución y eficiencia de la inversión y gasto del Sector Salud	X	
Asegurar el incremento y sostenibilidad del financiamiento nacional y sub-nacional en salud		X porque es de nivel nacional
Proyecto Sectorial 3.2 “Conducción nacional y autonomías territoriales”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI
Alineamiento de los Planes Estratégicos al Plan Sectorial de Desarrollo		
Alineamiento de las acciones y el financiamiento de las Agencias de Cooperación		
Proyecto Sectorial 3.3 “Soberanía e Inteligencia sanitaria”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	SI

Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud		
Producción y difusión de conocimientos para contar con estudios adaptados al contexto boliviano, Los temas de investigación prioritarios establecidos en este documento son salud infantil, salud y género, sistemas de salud, nutrición y seguridad alimentaria, promoción de la salud, enfermedades infecto-contagiosas, salud ambiental, salud y cultura y plantas medicinales	Estudios adaptados al contexto boliviano	

4. FCRD / CEADES

EJE 1 ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA ÚNICO SAFCI		
Proyecto Sectorial 1.1 “Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Formación, actualización de los recursos humanos	X	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Articulación de actividades entre establecimientos de salud con médicos tradicionales y parteras 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicación efectiva de la estrategia AIEPI-nut 		
Infraestructura, equipamiento, mantenimiento y renovación de los servicios de salud en el marco de la interculturalidad	X pero no en el marco de la interculturalidad	
<ul style="list-style-type: none"> ○ acreditación de los establecimientos de salud 	X solo acreditación de centros de Chagas por medio de control de calidad interno y externo	
<ul style="list-style-type: none"> ○ control de calidad de los medicamentos e insumos y la gestión de desechos hospitalarios 		
Atención a las comunidades dispersas mediante el desplazamiento de los equipos de salud		
<ul style="list-style-type: none"> ○ investigación sobre la percepción de la calidad de atención por parte de la población, 	Está prevista una encuesta de percepción	
Proyecto Sectorial 1.2 “Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar procesos de articulación complementaria entre la biomedicina / académica y la medicina tradicional		
Desarrollar mecanismos de coordinación y referencia entre medicina tradicional y medicina académica		
Articulación de médicos tradicionales y parteras en las redes de salud.		
Desarrollar la farmacopea natural y tradicional en su producción, promoción, control de calidad y distribución		
Adecuación de la infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención con enfoque intercultural		
Proyecto Sectorial 1.3 “Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Incrementar la cobertura de prestaciones esenciales, con calidad, garantizando los insumos necesarios	X atención en Chagas	
EJE 2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MOVILIZACIÓN SOCIAL		
Proyecto Sectorial 2.1 “Intersectorialidad para Vivir Bien”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y	X con el programa Nacional	

corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo	de Chagas, SEDES, universidades	
<ul style="list-style-type: none"> o Formación de Mesas Municipales de Salud formadas y que desarrollan estrategias municipales de salud 		
Erradicar de la desnutrición y malnutrición en toda la población		
Desarrollar acciones intersectoriales de mitigación al cambio climático y eventos adversos ambientales		
Mejorar la salud ocupacional y las condiciones de en coordinación con el Sector Empleo y los Sectores productivos		
Proyecto Sectorial 2.2 “Equidad y Protección para grupos vulnerables”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Prevención, atención y rehabilitación de discapacidades	X en el sentido de prevenir discapacidades por Chagas	
Adecuación arquitectónica de infraestructuras de salud para mejorar el acceso de personas con discapacidad		
Prevenir y captar casos de violencia, atender a las víctimas y denunciar los casos		
Proyecto Sectorial 2.3 “Educación en Salud para la vida”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa		
Promoción de actividades físicas / deporte y la disminución del abuso de consumo de alcohol, tabaco y drogas	X paciente por paciente	
EJE 3 RECTORÍA Y SOBERANÍA EN SALUD		
Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud		
Mejorar de los niveles de ejecución y eficiencia de la inversión y gasto del Sector Salud		
Asegurar el incremento y sostenibilidad del financiamiento nacional y sub-nacional en salud		
Proyecto Sectorial 3.2 “Conducción nacional y autonomías territoriales”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Alineamiento de los Planes Estratégicos al Plan Sectorial de Desarrollo		
Alineamiento de las acciones y el financiamiento de las Agencias de Cooperación		
Proyecto Sectorial 3.3 “Soberanía e Inteligencia sanitaria”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud		

<p>Producción y difusión de conocimientos para contar con estudios adaptados al contexto boliviano, Los temas de investigación prioritarios establecidos en este documento son salud infantil, salud y género, sistemas de salud, nutrición y seguridad alimentaria, promoción de la salud, enfermedades infecto-contagiosas, salud ambiental, salud y cultura y plantas medicinales</p>	<p>Investigaciones interuniversitarias producción y difusión de conocimientos sobre la enfermedad de Chagas</p>	
--	---	--

5. OJOS DEL MUNDO

EJE 1 ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA ÚNICO SAFCI		
Proyecto Sectorial 1.1 “Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Formación, actualización de los recursos humanos	X Manual de salud ocular con la Gobernación del Departamento de La Paz – SEDES”	
<ul style="list-style-type: none"> o Articulación de actividades entre establecimientos de salud con médicos tradicionales y parteras 		
<ul style="list-style-type: none"> o Aplicación efectiva de la estrategia AIEPI-nut 		
Infraestructura, equipamiento, mantenimiento y renovación de los servicios de salud en el marco de la interculturalidad	X, la creación de la red oftalmológica urbana y rural (8 consultorios oftalmológicos), y que es pública. Consultorios que están ubicados en 3 centros de salud y 5 hospitales.	
<ul style="list-style-type: none"> o acreditación de los establecimientos de salud 		
<ul style="list-style-type: none"> o control de calidad de los medicamentos e insumos y la gestión de desechos hospitalarios 		
Atención a las comunidades dispersas mediante el desplazamiento de los equipos de salud	X desplazamiento del oftalmólogo (de la red rural)	
<ul style="list-style-type: none"> o investigación sobre la percepción de la calidad de atención por parte de la población, 		
Proyecto Sectorial 1.2 “Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar procesos de articulación complementaria entre la biomedicina / académica y la medicina tradicional		
Desarrollar mecanismos de coordinación y referencia entre medicina tradicional y medicina académica		
Articulación de médicos tradicionales y parteras en las redes de salud.		
Desarrollar la farmacopea natural y tradicional en su producción, promoción, control de calidad y distribución		
Adecuación de la infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención con enfoque		

intercultural		
Proyecto Sectorial 1.3 “Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Incrementar la cobertura de prestaciones esenciales, con calidad, garantizando los insumos necesarios	X con acceso gratuito a las cirugías	
EJE 2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MOVILIZACIÓN SOCIAL		
Proyecto Sectorial 2.1 “Intersectorialidad para Vivir Bien”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo	Formación profesores de Unidades educativas	
○ Formación de Mesas Municipales de Salud formadas y que desarrollan estrategias municipales de salud		
Erradicar de la desnutrición y malnutrición en toda la población		
Desarrollar acciones intersectoriales de mitigación al cambio climático y eventos adversos ambientales		
Mejorar la salud ocupacional y las condiciones de en coordinación con el Sector Empleo y los Sectores productivos		
Proyecto Sectorial 2.2 “Equidad y Protección para grupos vulnerables”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Prevención, atención y rehabilitación de discapacidades	X prevención de la ceguera	
Adecuación arquitectónica de infraestructuras de salud para mejorar el acceso de personas con discapacidad		
Prevenir y captar casos de violencia, atender a las víctimas y denunciar los casos		
Proyecto Sectorial 2.3 “Educación en Salud para la vida”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa		
Promoción de actividades físicas / deporte y la disminución del abuso de consumo de alcohol, tabaco y drogas	XX educación para prevenir enfermedades oftalmológicas	
EJE 3 RECTORÍA Y SOBERANÍA EN SALUD		
Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud	X a nivel de la integración de la salud ocular en el sistema de salud	
Mejorar de los niveles de ejecución y eficiencia de la		

inversión y gasto del Sector Salud		
Asegurar el incremento y sostenibilidad del financiamiento nacional y sub-nacional en salud	X para financiar el plan de salud ocular	
Proyecto Sectorial 3.2 “Conducción nacional y autonomías territoriales”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Alineamiento de los Planes Estratégicos al Plan Sectorial de Desarrollo	X alinear el plan salud ocular a la SAFCI	
Alineamiento de las acciones y el financiamiento de las Agencias de Cooperación		
Proyecto Sectorial 3.3 “Soberanía e Inteligencia sanitaria”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud		
Producción y difusión de conocimientos para contar con estudios adaptados al contexto boliviano, Los temas de investigación prioritarios establecidos en este documento son salud infantil, salud y género, sistemas de salud, nutrición y seguridad alimentaria, promoción de la salud, enfermedades infecto-contagiosas, salud ambiental, salud y cultura y plantas medicinales	Manual de salud ocular con OPS	

6. OTC de la AECID

EJE 1 ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA ÚNICO SAFCI		
Proyecto Sectorial 1.1 “Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Formación, actualización de los recursos humanos	Existe un plan nacional de igualdad de oportunidades 2008	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Articulación de actividades entre establecimientos de salud con médicos tradicionales y parteras 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicación efectiva de la estrategia AIEPI-nut 		
Infraestructura, equipamiento, mantenimiento y renovación de los servicios de salud en el marco de la interculturalidad		
<ul style="list-style-type: none"> ○ acreditación de los establecimientos de salud 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ control de calidad de los medicamentos e insumos y la gestión de desechos hospitalarios 		
Atención a las comunidades dispersas mediante el desplazamiento de los equipos de salud		
<ul style="list-style-type: none"> ○ investigación sobre la percepción de la calidad de atención por parte de la población, 		
Proyecto Sectorial 1.2 “Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Interculturalidad e Interculturalidad”		

LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar procesos de articulación complementaria entre la biomedicina / académica y la medicina tradicional		
Desarrollar mecanismos de coordinación y referencia entre medicina tradicional y medicina académica		
Articulación de médicos tradicionales y parteras en las redes de salud.		
Desarrollar la farmacopea natural y tradicional en su producción, promoción, control de calidad y distribución		
Adecuación de la infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención con enfoque intercultural		
Proyecto Sectorial 1.3 “Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Incrementar la cobertura de prestaciones esenciales, con calidad, garantizando los insumos necesarios		
EJE 2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MOVILIZACIÓN SOCIAL		
Proyecto Sectorial 2.1 “Intersectorialidad para Vivir Bien”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Formación de Mesas Municipales de Salud formadas y que desarrollan estrategias municipales de salud 	Enfoque de género (aplicación del Plan a través de la intervención de las ONGD)	
Erradicar de la desnutrición y malnutrición en toda la población		
Desarrollar acciones intersectoriales de mitigación al cambio climático y eventos adversos ambientales	X apoyo directo de AECID	
Mejorar la salud ocupacional y las condiciones de en coordinación con el Sector Empleo y los Sectores productivos		
Proyecto Sectorial 2.2 “Equidad y Protección para grupos vulnerables”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Prevención, atención y rehabilitación de discapacidades		
Adecuación arquitectónica de infraestructuras de salud para mejorar el acceso de personas con discapacidad		
Prevenir y captar casos de violencia, atender a las víctimas y denunciar los casos	Enfoque de género en todos los proyectos financiados por AECID	
Proyecto Sectorial 2.3 “Educación en Salud para la vida”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO

Comités Locales, Consejos Sociales de Salud capacitados en gestión participativa	Alineamiento con plan de género	
Promoción de actividades físicas / deporte y la disminución del abuso de consumo de alcohol, tabaco y drogas		
EJE 3 RECTORÍA Y SOBERANÍA EN SALUD		
Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Mejorar la gestión, eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud	Apoyo de AECID a través de las mesas de trabajo	
Mejorar de los niveles de ejecución y eficiencia de la inversión y gasto del Sector Salud		
Asegurar el incremento y sostenibilidad del financiamiento nacional y sub-nacional en salud		
Proyecto Sectorial 3.2 “Conducción nacional y autonomías territoriales”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Alineamiento de los Planes Estratégicos al Plan Sectorial de Desarrollo	Para que la CE este alienada	
Alineamiento de las acciones y el financiamiento de las Agencias de Cooperación	XX a través de la mesa de salud	
Proyecto Sectorial 3.3 “Soberanía e Inteligencia sanitaria”		
LINEAS DE ACCION	ALINEAMIENTO DE LAONGD	
	SI	NO
Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e industrialización en salud		
Producción y difusión de conocimientos para contar con estudios adaptados al contexto boliviano, Los temas de investigación prioritarios establecidos en este documento son salud infantil, salud y género, sistemas de salud, nutrición y seguridad alimentaria, promoción de la salud, enfermedades infecto-contagiosas, salud ambiental, salud y cultura y plantas medicinales	Programa de cooperación interuniversitaria España – Bolivia Salud y género están con un plan interuniversitario en Sucre con una investigación sobre el papiloma virus	

ANEXO 7. GLOSARIO

Actuación integral (“Enfoque vertical”). Se entenderán por sectores de actuación integral aquellos sectores donde distintos actores de CE (de acuerdo a su especificidad y ventaja comparativa de actuación que tenga la AECID, AGE, CCAA y EELL,ONGD, Universidades, etc.) trabajarán en distintos y/o complementarios espacios institucionales, sociales y/o locales tales que la administración central del estado boliviano (ministerios o instituciones de carácter nacional), instituciones subnacionales (regionales, departamentales, municipales o Indígenas Originaria Campesinas), y/o con instituciones, asociaciones o movimientos no gubernamentales o de la sociedad civil. Serán estos sectores en aquellos que se prioricen los recursos de la cooperación bilateral oficial de la AECID. (Fuente: MAP)

Actuación territorial (“Enfoque horizontal”). Se entenderán por sectores de actuación territorial, aquellos sectores donde la CE trabajará esencial y fundamentalmente a nivel subnacional y/o con enfoque de territorio (con instituciones subnacionales regionales, departamentales, locales o Indígenas Originarias Campesinas) y con progresiva concentración geográfica, y/o con instituciones, asociaciones u organizaciones no gubernamentales o de la sociedad civil boliviana. (Fuente: MAP)

Alcance(s). Véanse *Mapeo de alcances*.

Alineamiento. Principio de la Declaración de París por el cual los donantes basan su apoyo en las estrategias de desarrollo, legislación, instituciones y procedimientos nacionales de los países socios. Esto implica para los donantes el utilizar los sistemas de gestión de las finanzas públicas, contabilidad, auditorías, aprovisionamiento, marcos de resultados y supervisión de los propios países socios. Íntimamente vinculado al principio de apropiación democrática y local, tiene como objetivo facilitar el liderazgo de los gobiernos y sociedades de los países socios sobre sus propios procesos de desarrollo, reduciendo la dispersión de enfoques, estrategias y recursos. Término conexo: Gestión. (Fuente: Glosario AECID)

Apropiación. Este principio de la Declaración de París implica que los países socios ejercen una autoridad y liderazgo efectivos sobre sus políticas y estrategias de desarrollo, que coordinan la ayuda de los donantes y fomentan la participación de la sociedad civil, parlamentos y gobiernos locales (apropiación democrática y local) en el proceso. Término conexo: *Gestión para Resultados de Desarrollo*. (Fuente: Glosario AECID)

Armonización. Principio de la Declaración de París por el cual las acciones de los donantes son más coordinadas, más transparentes y colectivamente eficaces. Implica dos compromisos básicos: (i) Unificar y simplificar procedimientos a escala nacional para la planificación, desembolso, supervisión, evaluación, seguimiento e información al gobierno, a efectos de reducir los costes de transacción en especial para los países socios y aconseja en este sentido incrementar el uso de la ayuda programática, y reducir el número de misiones de campo y trabajos analíticos individuales. (ii) Avanzar en la complementariedad y la división del trabajo. Término conexo: *Gestión para Resultados de Desarrollo*. (Fuente: Glosario AECID)

Asociación Internacional para la Salud. Véanse *International Health Partnership (IHP)*.

Calidad de la ayuda. La calidad de la ayuda tiene un papel determinante en su eficacia. Hay distintas visiones sobre qué es la calidad de la ayuda. Para algunos, la calidad debe ser medible, por lo que incluyen aspectos como el volumen, las condiciones en las cuales se canaliza, el grado en que está ligada y la distribución geográfica. Otros se centran en el sistema de incentivos que prevalece en las relaciones entre donante y país socio, incluyendo cuestiones como el estilo de gestión o la participación de actores, entre otras. Para un tercer grupo, la ayuda de calidad es aquella que demuestra una clara vinculación con objetivos como la reducción de la pobreza, o valores como los derechos humanos. En su práctica, la CE

persigue incorporar elementos de las tres perspectivas. Término conexo: *Eficacia*. (Fuente: Glosario AECID)

Código de Conducta de la Unión Europea. El Código de Conducta de la Unión Europea relativo a la división del trabajo en el ámbito de la política de desarrollo es un documento guía de la Unión Europea en materia de complementariedad y división del trabajo (2007). Establece 10 principios operativos que informarán las políticas de desarrollo de la Comisión Europea y los donantes europeos. El documento pretende avanzar en la coherencia y complementariedad de las intervenciones de desarrollo europeas así como constituir una referencia para donantes y socios en materia de división del trabajo, en línea con el rol protagónico de la UE en el desarrollo y promoción de la agenda internacional de la eficacia. (Fuente: Glosario AECID)

Comité de análisis de información. Es un espacio de discusión, análisis e intercambio de opiniones sobre problemas relacionados con la situación de salud de una comunidad o población determinada. Forma parte de un proceso dirigido a realizar una reunión de trabajo, con el fin de analizar indicadores epidemiológicos y de gestión, condiciones y determinantes de problemas de salud para tomar decisiones adecuadas y oportunas que permitan mejorar las condiciones y la situación de salud de las poblaciones, realizar seguimiento, evaluación, control periódico de los servicios de salud y la comunidad. (Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Guía de aplicación del comité de análisis de información CAI, noviembre de 2008)

Concentración geográfica y sectorial. Focalización de los recursos de los donantes en un número reducido de países y/o sectores en los que cada uno dispone de mayores ventajas comparativas y por tanto obtiene mejores resultados de desarrollo. El objetivo es el de avanzar en la división del trabajo y la complementariedad reduciendo la fragmentación de la ayuda. La Unión Europea aprueba en 2007 su documento guía en la materia: Código de Conducta de la UE sobre complementariedad y división del trabajo en la política de desarrollo. Término conexo: *Código de Conducta de la UE*. (Fuente: Glosario AECID)

Declaración de París. La “Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda” es un acuerdo internacional fruto del II Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda (París, 2005) firmado por más de 90 países donantes y socios, organismos multilaterales e instituciones financieras. Propone los cinco principios básicos de la eficacia de la ayuda: apropiación, alineamiento, armonización, gestión para resultados de desarrollo y rendición de cuentas mutua. Comprende un conjunto de 12 indicadores para su seguimiento. Se trata de un documento clave en la agenda de la eficacia, pues propone una nueva arquitectura del sistema de ayuda, y está asentada en varios años de compromisos internacionales en la materia: el Consenso de Monterrey sobre financiación para el desarrollo (2002), la Declaración de Roma (2003) y las mesas redondas sobre gestión por resultados de Washington (2002) Marrakech (2004) y Hanói (2007). Término conexo: *Código de Conducta de la UE*. (Fuente: Glosario AECID)

DILOS. El Directorio local de salud es la máxima autoridad de salud en el ámbito Municipal boliviano. Es la instancia y entidad de dirección que hace efectivo el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de competencia. Siendo su autoridad y competencias intransferibles.

Eficacia de la ayuda. Medida en la que los recursos dedicados a la cooperación al desarrollo contribuyen a la consecución de sus objetivos generales: la erradicación de la pobreza, el progreso hacia el desarrollo humano sostenible y el ejercicio pleno de los derechos. Término conexo: *Declaración de París*. (Fuente: Glosario AECID)

Enfoque basado en derechos, enfoque de derechos. Implica que los objetivos de desarrollo pasan por la plena realización de los derechos humanos de todas las personas. Para la CE

supone la aplicación de determinados principios: (i) definición de los objetivos en términos de derechos humanos; (ii) no-discriminación y atención a grupos vulnerables; (iii) asunción de responsabilidad en la promoción de los derechos humanos y fortalecimiento del Estado de derecho; (iv) rendición de cuentas mutua; (v) promoción de la construcción y ejercicio de la ciudadanía; (v) fomento del empoderamiento y la participación. (Fuente: Glosario AECID)

Enfoque intercultural. Véanse **Interculturalidad**.

Enfoque territorial. Enfoque basado en programas aplicado a un territorio concreto (provincia, región, municipalidad, mancomunidad, etc.) que persigue coordinar a todos los actores gubernamentales, cooperación internacional y sociedad civil local en la búsqueda de resultados de desarrollo comunes. . (Fuente: Glosario AECID)

Gerencias de red de salud. Articula la política nacional de salud con la política municipal de la Red de Salud, mediante la asistencia técnica a la elaboración, sistematización y aplicación de la Estrategia de Salud- PDM y POA. Directorios Locales de Salud (DILOS) Enfoque Territorial.

Gestión del conocimiento. La adecuada gestión del conocimiento es fundamental para la mejora continua de cualquier organización y avanzar en la misma continua siendo uno de grandes retos del sistema español de cooperación. En términos generales, podemos entender la gestión del conocimiento como un proceso complejo que incluye varios componentes interrelacionados: la generación de conocimientos relevantes; la detección de dichos conocimientos y su sistematización orientada a la utilidad; la difusión de los conocimientos sistematizados y su puesta a disposición de los diferentes tipos de actores, generando redes de intercambio y aprendizaje mutuo; y, por último, la adaptación y aplicación de los conocimientos a los nuevos contextos y la retroalimentación del sistema. En esta tarea las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) jugaran un papel fundamental como herramientas de gestión que colaboraran de forma nuclear en la sostenibilidad de nuestra cooperación mejorando sensiblemente los ratios de eficiencia. La CE ya ha sido pionera en estas experiencias y se trata ahora de ser capaces de consolidarlas y expandirlas. La CE cuenta con diferentes fuentes de conocimiento, que incluyen la propia experiencia práctica de los diferentes actores, las redes de expertos, la información generada a través del seguimiento de las intervenciones, los estudios e investigaciones, las conclusiones y recomendaciones emanadas de las evaluaciones, y el análisis comparado de las experiencias de otros donantes y de los países socios. (Fuente: Plan Director de la CE 2013-2016, borrador 4)

Gestión para resultados de desarrollo (GpRD), gestión orientada a resultados. A) De manera general, la gestión basada en resultados (GBR) es “una estrategia general de gestión cuyo objetivo es lograr un mejor desempeño y resultados demostrables” (UNEG, “The Role of Evaluation in Results-based Management”, 21 Agosto 2007). Algunas organizaciones ahora se refieren a GBR como GpRD (Gestión para resultados de desarrollo) para poner más énfasis en el desarrollo que en los resultados de la organización. Fuente: PNUD, Manual. 2009.

B) La GpRD centra sus esfuerzos en dirigir todos los recursos humanos, financieros, tecnológicos y naturales de una organización o país hacia la consecución de resultados de desarrollo. El centro de atención ya no se encuentra en los insumos (cuánto dinero se obtendrá o cuándo se puede gastar) sino en los resultados mensurables (qué se puede lograr con los fondos). Al mismo tiempo, la GpRD se centra en la entrega de información razonable que permita mejorar la toma de decisiones. Términos conexos: *Alineamiento, Armonización, Apropiación, Rendición de cuentas mutua.*

C) La gestión orientada a resultados es el eje central del diálogo y es la base del aporte de la CE. Nuestro compromiso se basa en la idea de que los países socios son los responsables de definir y lograr sus propios resultados de desarrollo. La ayuda debe orientarse de manera que estos países puedan cumplir este rol adecuadamente, pues de esta forma serán también más

capaces de liderar el alineamiento del apoyo externo con sus prioridades y sistemas. Un apoyo que debe adaptarse de forma flexible al contexto particular de cada país teniendo presente el grado de compromiso de los socios con la agenda de eficacia. La transformación también supondrá conceder una mayor autonomía de decisión y gestión a las Unidades de Cooperación en el Exterior, tanto en estos procesos de diálogo con el país socio, con otros donantes y entre los actores de la CE , como en otros aspectos de su actuación. Para ello se elaboraran orientaciones y se realizara formación para mejorar las habilidades para el dialogo. Fuente: Plan Director de la CE 2013-2016, borrador 5)

International Health Partnership. En septiembre de 2007 se constituyó en Londres la Asociación Internacional para la Salud (IHP), ajustándose sus cuatro principales objetivos a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda: 1) preparar pactos dirigidos por los países y centrados en los resultados que agrupen al conjunto de los socios para el desarrollo en torno a un único plan nacional para la salud; un marco de seguimiento y de evaluación; y un proceso de revisión, que permitan de ese modo mejorar la armonización, la alineación, la orientación hacia los resultados y la responsabilidad mutua; 2) emitir y difundir los conocimientos, las directrices y las herramientas pertinentes; 3) mejorar la coordinación y la eficacia de los países, a nivel regional y mundial; 4) garantizar la responsabilidad mutua y el seguimiento de los resultados. La Asociación Internacional para la Salud (IHP) y las Iniciativas Relacionadas (IHP+) tratan de conseguir mejores resultados en materia de salud, mejorando para ello el modo en que los países en desarrollo, los organismos internacionales y los donantes trabajan conjuntamente para concebir y poner en práctica los planes nacionales de salud. La finalidad es la de conseguir UNA estrategia nacional única de la sanidad, que prevea la generalización del acceso a los servicios sanitarios, dando prioridad a las necesidades de los más pobres y más vulnerables. Esta estrategia nacional debe ser validada mediante un procedimiento creíble y reconocido y ayudar a las partes implicadas a tomar decisiones racionales con respecto a sus inversiones. Fuente: Plan de Actuación Sectorial de Salud vinculado al III Plan Director.

Inteligencia sanitaria. La inteligencia es una organización de los datos que permite reformular las preguntas e informar la consecuente toma de decisiones. La inteligencia sanitaria (*health intelligence*) es la selección y presentación de información oportuna y confiable a los funcionarios, personal de salud y población, que les permita tomar decisiones informadas, en forma tal que lleve a acciones que modifiquen, en el sentido deseado, la salud de los pacientes y de las poblaciones. Se usa para la búsqueda de la mejor respuesta a los problemas de salud. Para ello se considerarán los tres niveles de gestión: i) el macro (internacional y nacional); ii) el meso (regional y área); iii) el micro (servicios de salud, consulta del médico personal de salud). Fuente: Wikipedia.

Interculturalidad. A) El concepto de interculturalidad apunta a describir la interacción entre dos o más culturas de un modo horizontal y sinérgico. Esto supone que ninguno de los conjuntos se encuentra por encima de otro, una condición que favorece la integración y la convivencia armónica de todos los individuos. Cabe resaltar que este tipo de relaciones interculturales supone el respeto hacia la diversidad; aunque es inevitable el desarrollo de conflictos, éstos se resuelven a través del respeto, el diálogo y la concertación. Fuente: Wikipedia.

B) El enfoque de interculturalidad se define como la aceptación de la complementariedad y reciprocidad entre las personas, familias y comunidades, urbano rurales, naciones y pueblos indígenas originarios campesinos, comunidades interculturales y afrobolivianas desde la seguridad de que cuenten con las mismas posibilidades de ejercer saberes o conocimientos y prácticas, para reconocerse y enriquecerse; promoviendo una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud. Fuente: MAP.

Intraculturalidad. El concepto de interculturalidad apunta a describirla comprensión y valorización de los elementos culturales propios, dirigidas a fortalecer la identidad cultural, devolviéndole un valor legítimo como base para un auténtico diálogo de saberes, conocimientos y valores en igualdad de condiciones con otras culturas. Fuente: "Salud, Desarrollo y Cultura", Cochabamba.

Mapeo de alcances. a) El método del Mapeo de Alcances³⁶ ayuda a los proyectos o programas a concentrarse en propiciar cambios concretos en sus "socios directos". Los socios directos son las personas, los grupos y las organizaciones con quienes el programa mantiene una interacción directa y con quienes prevé oportunidades de ejercer influencia. b) El método parte del principio de que los "socios directos" de un proyecto o programa controlan los cambios y de que, como agentes externos, los programas de desarrollo tan sólo consiguen facilitar el proceso por el hecho de ofrecer acceso a nuevos recursos, ideas u oportunidades durante determinado período. El hecho de poner el enfoque en el comportamiento de los socios directos no implica que el programa esté en condiciones de decir cómo, cuándo y por qué se producirá un cambio en dichos socios. De hecho, al hacer hincapié en los cambios de comportamiento, el Mapeo de Alcances presenta de forma explícita algo que es aceptado por quienes llevan mucho tiempo trabajando en pro del desarrollo: que los programas más exitosos son aquellos que delegan el poder y la responsabilidad a los actores endógenos. c) El Mapeo de Alcances se concentra en un tipo de resultado concreto: los alcances que se reflejan en un cambio de comportamiento. Los alcances se definen como cambios en el comportamiento, en las relaciones, actividades y/o acciones de las personas, los grupos y las organizaciones con los que un programa trabaja en forma directa.

Marco de Asociación País.. Proceso, mecanismo y resultado (documento) de la asociación de la CE con cada uno de los países con los que trabaja y sus diferentes actores. Proceso continuo que se produce a escala del país socio con el fin de apoyar eficazmente el desarrollo de la ciudadanía (reflejado en resultados de desarrollo) reforzando el liderazgo del país, la previsibilidad de la ayuda española y estableciendo las responsabilidades de ambas partes. A partir de 2010 el documento del Marco de Asociación recoge los principios y elementos fundamentales de este proceso y reemplaza a los antiguos Documentos de Estrategia País y Planes de Actuación Especial de la CE. (Fuente: Glosario AECID)

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Listado de 8 objetivos con sus respectivas metas e indicadores elaborado por la Secretaría de la Organización de las Naciones Unidas en base a la Declaración del Milenio, que fuera adoptada por los 189 estados miembros el 8 de septiembre de 2000, y que recoge los compromisos para "liberar a todos los hombres, mujeres y niños de las lamentables e inhumanas condiciones de extrema pobreza". Los 8 ODM fueron fijados para el año 2015 con referencia a la situación mundial de 1990, y son los siguientes: 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre ; 2) Lograr la educación primaria universal ;3) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer ; 4) Reducir la mortalidad infantil ; 5) Mejorar la salud materna ; 6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades ; 7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente ; y 8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (Fuente: Glosario AECID)

Plan de acción para una ayuda eficaz. Documento estratégico de la CE, previsto en el Plan Director 2009-2012, que tiene como objetivo desarrollar los grandes principios de eficacia de la ayuda e identificar los cambios necesarios dentro del sistema de la CE para que éstos se plasmen en procesos concretos que conduzcan al cumplimiento de los compromisos asumidos en la Declaraciones de Accra y París. El Plan identifica las principales medidas a tomar para que

³⁶ Sarah Earl, Fred Carden, Terry Smutylo, Mapeo de Alcances. Incorporando aprendizaje y reflexión en programas de desarrollo. IDRC-CRDI & Libro Universitario Regional, 2002. Traducción de la obra publicada por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá), 2001.

el sistema de la ayuda española actúe como un socio de desarrollo que promueve y aplica la apropiación, el alineamiento y la armonización, que rinde cuentas y que gestiona para resultados de desarrollo. Recoge además los resultados esperados, las líneas de acción y, metas e indicadores a corto, medio y largo plazo. (Fuente: Glosario AECID)

Plan Director de la CE . Elemento básico de la planificación de la política española de cooperación al desarrollo que se formula cuatrienalmente. Contiene las líneas generales, directrices básicas, objetivos y prioridades de la política española de cooperación al desarrollo. (Fuente: Glosario AECID)

Prioridades horizontales. Contenido prioritario que deberá ser integrado en la totalidad de las intervenciones de desarrollo en cada una de sus etapas. En la CE las prioridades horizontales son cinco: género en desarrollo, sostenibilidad ambiental, inclusión social y lucha contra la pobreza, promoción de los derechos humanos y la gobernabilidad democrática, y respeto a la diversidad cultural. (Fuente: Glosario AECID)

Reingeniería. Sacada del vocabulario del mundo de los negocios o de las organizaciones, la palabra significa un rediseño radical y reconcepción fundamental de los procesos para lograr mejoras dramáticas en medidas de desempeño. Preguntas como: ¿por qué hacemos lo que hacemos? y ¿por qué lo hacemos como lo hacemos?, llevan a interiorizarse en los fundamentos de los procesos de trabajo. La reingeniería de procesos es radical hasta cierto punto, ya que busca llegar a la raíz de las cosas, no se trata solamente de mejorar los procesos, sino y principalmente, busca reinventarlos, con el fin de crear ventajas competitivas osadas, con base en los avances tecnológicos. Como extremo ideal es hacer, y se puede establecer una metodología de "papel en blanco", en la que se reinventa toda la estructura y funcionamiento del proceso o de la organización. Se mantienen los objetivos y estrategias básicas del negocio, pero se adopta una libertad total de ideas. Esta metodología se puede restringir aprovechando en mayor o menor medida los procesos ya existentes, haciéndose así un rediseño parcial del proceso.

Rendición de cuentas. A) Principio básico para la eficacia de la ayuda. Implica la asunción de responsabilidad por parte de donantes y socios sobre los resultados de desarrollo y la implementación de los compromisos sobre eficacia de la ayuda, así como garantizar la transparencia a la hora de transmitir los resultados obtenidos. La Declaración de París incide en la rendición de cuentas mutua, basada en un proceso de revisiones y evaluación mutua entre donantes y socios. La Agenda de Acción de Accra desarrolla la rendición de cuentas doméstica o interna: Los gobiernos donantes y socios deben rendir cuentas a sus respectivos parlamentos y ciudadanías sobre los resultados de desarrollo obtenidos. Término conexo: Gestión para resultados de desarrollo. (Fuente: Glosario AECID)

B) Rendir cuentas supone la obligación tanto de informar y justificar como de asegurar una ayuda de calidad, incluyendo la asunción de las responsabilidades correspondientes. En el caso de los distintos actores de la cooperación para el desarrollo y la acción humanitaria, la responsabilidad comprende tres dimensiones complementarias y relacionadas entre sí: una definición clara y apropiada de su misión y sus objetivos; una gestión ética, transparente y eficiente de los recursos a su disposición en el marco de la legalidad vigente; y la consecución de resultados de desarrollo como fruto directo de su actividad (productos), de tal modo que pueda evidenciarse su contribución a impactos en términos de desarrollo. La rendición de cuentas es mutua y también comporta compromisos recíprocos entre donantes y países socios. De ahí que este objetivo se aborda a dos niveles: al interior del donante – la CE – y del país socio, y entre los dos. La rendición de cuentas no debe limitarse a una información agregada de actuaciones realizadas con datos limitados sobre las mismas; se vincula estrechamente con la orientación hacia resultados, pues en una relación de asociación entre donantes y países socios los resultados obtenidos deben ser seguidos, evaluados y reportados

de manera que haya una corresponsabilidad por los mismos. (Fuente: Plan Director de la CE 2013-2016, borrador 4)

SEDES. El Servicio departamental de Salud es el nivel máximo de gestión técnica en salud en el departamento boliviano. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado. El SEDES es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política y las normas de orden público.

Socio(s) directo(s). Véanse **Mapeo de alcances.**

Transversalización. Integración de las prioridades horizontales en las políticas, programas o intervenciones de la cooperación en todas sus etapas, desde la planificación hasta la evaluación. En el caso de la CE éstas son: inclusión social y lucha contra la pobreza, promoción de los derechos humanos y gobernabilidad democrática, género en desarrollo, sostenibilidad medioambiental, respeto a la diversidad cultural. (Fuente: Glosario AECID)

“Vivir bien”. Aparecido en el “Plan Nacional de Desarrollo - Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien” 2006-2010, el concepto de “Vivir Bien” fue incluido en la Constitución Política del Estado de 2009, en su artículo 8: “I. El Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble). II. El Estado se sustenta en los valores de unidad, igualdad, inclusión, dignidad, libertad, solidaridad, reciprocidad, respeto, complementariedad, armonía, transparencia, equilibrio, igualdad de oportunidades, equidad social y de género en la participación, bienestar común, responsabilidad, justicia social, distribución y redistribución de los productos y bienes sociales, para vivir bien”.

Glosario AECID: <http://www.aecid.es/es/servicios/publicaciones/Publicaciones2/Otros/Normativa/glosario99.html>)

ANEXO 8. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE BOLIVIA

Superficie: 1.098.581 km²

Población: 10.227.288 (proyección 2009)

Habitantes por km²: 9

Sistema de gobierno: Sistema democrático participativo, representativo y comunitario, con equivalencia de condiciones entre hombres y mujeres.

Estructura de poder: El Estado se organiza y estructura su poder público a través de los órganos Legislativo, Ejecutivo, Judicial y Electoral.

Religión: El Estado respeta y garantiza la libertad de religión. El Estado Plurinacional de Bolivia es independiente de la religión.

Situación geográfica: Centro de Sudamérica, limítrofe a Brasil al Norte y al Este, a Paraguay al Sureste, a Argentina al Sur, a Chile y Perú al Oeste.

Capital: Sucre-**Sede de gobierno:** La Paz

Moneda: el boliviano (1 \$ = 6,96 Bs.; 1 € = 8,96 Bs. en noviembre de 2012).

Tasa anual de crecimiento intercensal de la población: 2,74% anual periodo 1992-2001.

Un nuevo censo se realizó el 21 de noviembre de 2012.

Desarrollo humano: Medio, posición 95 en 169 países, según *ranking* IDH correspondiente al año 2010.

Esperanza de vida al nacer (ambos sexos): 66 años (INE periodo quinquenal 2005-2010).

Distribución de la población por tramo etario en el año 2009 (proyección)

Grupo etario	Población	Participación
Infancia 0-4 años	1.300.021	13%
Niñez 5-14 años	2.408.628	24%
Adolescencia 15-18 años	881.703	9%
Jóvenes 19-25 años	1.326.666	13%
Adultos 26-64 años	3.847.873	38%
Ancianos 65 años y más	462.397	5%

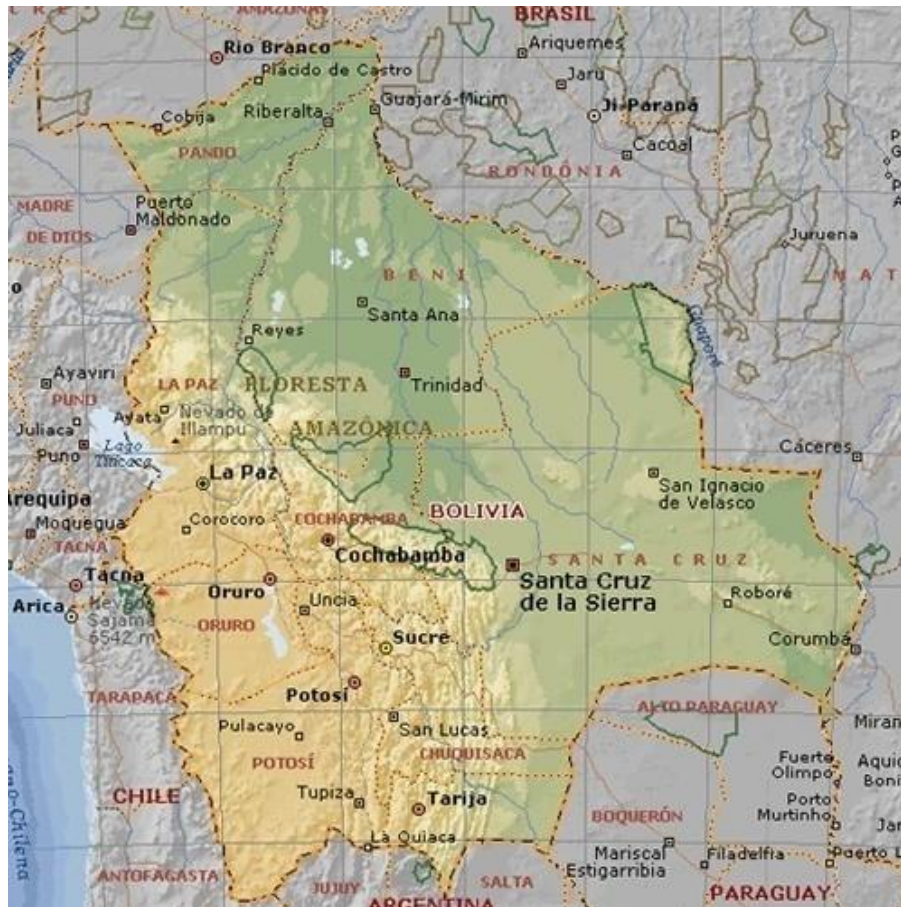
Fuente: Dossier UDAPE Vol.20

Indicadores económicos relevantes en el periodo 2006-2010

Concepto	2006	2007	2008	2009p	2010est
Crecimiento Real del PIB (%)	4,8	4,6	6,1	3,7	4,0
PIB per cápita (\$US)	1.128	1.328	1.651	1.683	
Inflación acumulada a fin de periodo (%)	4,9	11,7	11,8	0,3	4,0
Balanza Fiscal (% del PIB)	4,5	1,9	2,8	0,1	-0,3
Balanza Fiscal s/hidrocarburos (% PIB)	-5,7	-5,9	-8,4	-8,3	-7,7
Balanza en Cuenta Corriente (% PIB)	11,3	12,0	12,1	3,5	2,6

Fuente: Fondo Monetario Internacional, Revisión del Artículo IV - Diciembre 2009.

En: MAP 2012-2015 CE-Bolivia



ANEXO 10. BIBLIOGRAFÍA

- AECID. Plan de Acción de Género en Desarrollo de la Cooperación Española en Bolivia (2012- 2015). Sin fecha.
- AECID. Estrategia de Género en Desarrollo de la Cooperación Española. Ed. MAEC. Madrid (España), 2007.
- AECID. Estrategia de la Cooperación Española para los Pueblos Indígenas. Ed. MAEC. Madrid (España), 2007.
- AECID. Plan de Actuación Sectorial de “Género”. Ed. MAEC. Madrid (España), 2011.
- AECID. Evaluación de la implementación de la Declaración de París por la Cooperación Española. Junio de 2011.
- AECID. III Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012.
- AECID. Plan de actuación sectorial de salud vinculado al III Plan Director.
- AECID. IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016. Borrador 5 (5/12/2012). Diciembre de 2012.
- AECID – OTC de Bolivia. Evaluación externa del programa de fortalecimiento de la salud pública en Bolivia 2000-2006. Septiembre de 2009.
- AECID – OTC de Bolivia – Mesa de salud de la CE. Apoyo a la planificación estratégica de la mesa de cooperación española en salud de Bolivia. Aportación de insumos para la formulación participativa del Plan Estratégico. Informe v.2. 16 de marzo 2012
- AECID – OTC de Bolivia. Plan de Transversalización de Derechos de los Pueblos Indígenas de la Cooperación Española en Bolivia (2011 – 2015). Sin fecha. Y anexos en Excel: Matriz de transversalización general y Matriz de transversalización por sectores.
- ANESVAD & CEBEM. Diagnóstico socio-sanitario de Bolivia a nivel nacional y departamental. Consultoría: Elaboración de una propuesta de estrategia de intervención en atención primaria en salud para ANESVAD. La Paz, febrero de 2010.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento europeo. Código de Conducta de la UE relativo a la división del trabajo en el ámbito de la política de desarrollo. 28.2.2007
- Coordinadora ONGD para el Desarrollo España & AECID. Segundo encuentro de las ONGD de Desarrollo. La gestión para resultados en el nuevo marco de la cooperación internacional para el desarrollo. Junio de 2009.
- Earl Sarah, Carden Fred, Smutylo Terry, Mapeo de Alcances. Incorporando aprendizaje y reflexión en programas de desarrollos. IDRC-CRDI & Libro Universitario Regional, 2002. Traducción de la obra publicada por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá), 2001.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 - “Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida”. La Paz, 2010.
- Mesa Técnica de Cooperación en Salud. Boletín: “Sinergia y coordinación en acción”. Octubre de 2012.

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación [España]. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Estrategia de Salud de la Cooperación Española. Ed. MAEC. Madrid (España), 2007.

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación [España]. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Estrategia de “Género en Desarrollo” de la Cooperación Española. 2007.

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación [España]. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Estrategia de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible de la Cooperación Española (sin fecha).

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación [España]. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Estrategia de Género en Desarrollo de la Cooperación Española. Ed. MAEC. Madrid (España), 2007.

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación [España]. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Estrategia de la Cooperación Española para los Pueblos Indígenas. Ed. MAEC. Madrid (España), 2007.

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación [España]. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Plan de Actuación Sectorial de “Género”. Ed. MAEC. Madrid (España), 2011.

Ministerio de Salud y Deportes. Norma nacional. Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Red de Servicios. Serie: Documentos Técnico-Normativos, N°97. La Paz, 2008.

Ministerio de Salud y Deportes. Código de conducta del marco de relacionamiento entre el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia y la Cooperación Internacional en Salud (4/9/2012).

Estudios de El costo y la efectividad de intervenciones en salud en el marco de la Política SAFCI. Trabajo realizado por INESAD y la Mesa de Salud de la Cooperación Española en Bolivia.

Morales Medina Sydney Edson. El sistema de salud boliviano.

<http://www.monografias.com/trabajos-pdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano.pdf>

Narváez Rory, Zamora Adalid, Schlink Linnet. Diagnóstico situacional del Sector Salud en Bolivia desde la perspectiva de la Cooperación Española. Borrador revisado, 29 de noviembre de 2011.

OECD & The World Bank. Emerging Good Practice in Managing for Development Results. First issue. 2006.

OMS y Alliance for Health Policy and Systems Research. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. 2009.

OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” N°4. 2010.

PNUD. Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. 2009.

Strategy Advisors for Government Reform – La Paz. Evaluación nacional de la Declaración de París en Bolivia. Segunda Fase. Diciembre 2010.

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM). *Sexto informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia*. La Paz, diciembre de 2010.

WHO. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO’s Framework for Action. 2007.