

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS
CARRERA DE INGENIERÍA COMERCIAL



**“ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTECCIÓN
SANITARIA (INVERSIÓN Y GASTO) EN EL PROGRESO SOCIAL EN LA RED DE
SALUD SUR DE LA CIUDAD DE LA PAZ DURANTE EL PERIODO 2014 - 2018”**

Por: Carlos Andrés Bustillo Espinoza

Tutor: Lic. Marcos Mete

**Tesis de Grado presentada para la obtención del Título de Licenciatura
en Ingeniería Comercial**

La Paz - Bolivia

2020

DEDICATORIA

Sin importar las dificultades que uno encuentre en el camino la perseverancia y el apoyo de seres queridos es imprescindible para sobrellavar las mismas y alcanzar los objetivos.

Todas aquellas personas que luchan día a día para mejorar las condiciones de vida de la población, fueron pilar fundamental de apoyo e incentivo para el desarrollo del presente proyecto de tesis.

Es por ello que dedico la investigación a todas aquellas personas que me apoyaron en esta etapa de mi vida y que luchan día a día para mejorar constantemente el sistema sanitario.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios, por permitirme culminar una etapa más de mi vida.

A mi familia, por el constante apoyo y consejos compartidos en cada momento de mi vida y de trabajo durante la realización de la presente investigación.

Un agradecimiento especial a mi tutor, Lic. Marcos Mete, por su apoyo, sugerencias y la orientación fundamental impartida hacia mi persona para concluir la presente Tesis de Grado.

Finalmente, toda mi gratitud para todas las personas que me colaboraron y apoyaron en el transcurso de la realización de la investigación, Familiares amigos y docentes.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
INDICE DE TABLAS	x
INDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1 -Planteamiento del problema	2
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Identificación del problema	2
1.2 Descripción del problema	2
1.2.1 Árbol de Problemas	3
1.3 Formulación del problema	4
1.4 Elementos de análisis del problema	4
1.4.1 Políticas públicas de protección sanitaria	4
1.4.2 Progreso social	4
1.4.3 Red de Salud	4
1.5 Objetivos	5
1.5.1 Objetivo general	5
1.5.2 Objetivos específicos	5
1.6 Justificación	5
1.6.1 Justificación Teórica	5
1.6.2 Justificación Práctica	6
1.6.3 Justificación Económica	6
1.6.4 Justificación política	6
1.6.5 Justificación Social	7
1.6.6 Justificación Metodológica	7
1.6.7 Viabilidad	8
1.6.8 Factibilidad	8
CAPITULO 11 -Marco Teórico	9
2.1 Marco histórico	9

2.1.1 Política Pública:	9
2.1.2 Sistema político:	9
2.1.3 Política en salud	10
2.1.4 Modelos de sistemas de servicios médicos	11
2.1.4.1 Elementos de un sistema sanitario	11
2.1.4.2 Antecedentes Históricos	11
2.1.4.3 Mecanismos de financiación:	14
2.1.5 Formas descentralizadas del Gobierno	14
2.1.5.1 Importancia del contexto	14
2.1.5.2 Niveles de Gobierno	15
2.1.5.3 Dimensiones administrativas, políticas y fiscales de la descentralización	15
2.1.6 Régimen competencial establecido en la Ley Marco de Autonomías y Descentralización	16
2.1.7 Antecedentes de la Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia	16
2.1.8 Organismos Internacionales y las Políticas Públicas de Protección Sanitaria	18
2.1.8.1 La Organización Panamericana de la Salud en Bolivia	18
2.1.9 Factores que intervienen en la salud:	19
2.1.10 La inversión en salud como gasto público	19
2.1.11 Trampa de la pobreza en salud	20
2.1.12 Sistema nacional de salud	20
2.1.13 El sistema nacional de salud en Bolivia	21
2.1.14 Antecedentes de la Salud en Bolivia	22
2.1.14.1 Salud desde la Conquista y la Colonia	22
2.1.14.2 Los Municipios	22
2.1.14.3 Las políticas de Salud (1899 -1997)	22
2.1.15 Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS)	23
2.1.16. Progreso social	23
2.1.17. Índice de progreso social.	24
2.1.17.1 Producto Bruto Interno	25
2.1.17.2 Índice de Desarrollo humano (IDH)	25
2.1.17.3 Índice de Oportunidades humanas (IOH)	25
2.1.17.4 Resultado del Índice de progreso social (IPS)	25
2.1.18 Salud como indicador de progreso social	26

2.2 Marco referencial	26
2.2.1 Modelos del sistema sanitario	26
2.2.2 Por qué se invierte en salud	27
2.2.3 Beneficios de la política de protección sanitaria	27
2.2.4 Aplicación del sistema de salud en Bolivia	28
2.2.5 Aspectos institucionales - RED de Salud Nro.- 5 SUR	28
2.2.6 Marco de la medición del IPS	29
2.2.7 Agenda patriótica 2025 - 13 pilares de la Bolivia digna y soberana	31
2.2.8 Resultados PDES 2015-2020	32
2.2.9 Plan sectorial de desarrollo (2010-2015)	33
2.2.10 Plan estratégico institucional. 2015 - 2020	34
2.2.11 Plan territorial de desarrollo integral Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. (2016-2020).....	34
2.2.11.1 Estado general de la infraestructura en salud	35
2.2.11.2 Salud de la población.....	35
2.2.12 Competencia de las entidades territoriales autónomas en Salud	36
2.2.13 Sistemas normativos para la transferencia de competencias y recursos	38
2.2.14 Condiciones necesarias para una exitosa autonomía y descentralización económica	38
2.2.14.1 Estado de situación del sector salud en el municipio de La paz	39
2.2.14.2 Estado de situación de los seguros de salud	39
2.2.14.3 Programas municipales en el sector salud	39
2.2.15 Recursos administrados por los hospitales de 2do nivel:	40
2.2.16 Gasto total de hospitales como gasto corriente y gasto de inversión	40
2.2.17 Administración de unidades territoriales	40
2.2.18 Fondo de desarrollo productivo solidario	41
2.2.19 Tipos de redes integrales de servicio de salud (RISS)	41
2.2.20 Financiamiento del sector Público	42
2.3 Marco conceptual	43
2.3.1 Política	43
2.3.2 Público	43
2.3.3 Descentralización.....	43
2.3.3 Descentralización política.....	43

2.3.6 Descentralización fiscal	43
2.3.7 Descentralización sustantiva	43
2.3.8 Financiamiento	43
2.3.9 Barreras económicas	43
2.3.10 Salud	44
2.3.11 Perfil epidemiológico	44
2.3.12 Mortalidad	44
2.3.13 Morbilidad	44
2.3.14 Esperanza de vida al nacer	44
2.3.15 Progreso	44
2.3.16 Bienestar	44
2.3.17 Desarrollo social	45
2.3.18 Capital Humano	45
2.3.19 Equidad	45
2.3.20 Bien Común	45
2.3.21 Gastos corrientes	45
2.3.22 Gastos de capital	45
2.3.23 Inversión	45
2.3.24 Referencia	45
2.3.25 Referencia adecuada	45
2.3.26 Contrarreferencia	46
2.3.27 Contrarreferencia adecuada	46
2.3.28 Interconsulta	46
2.3.29 Capacidad resolutive	46
2.3.30 Emergencia	46
2.3.31 Urgencia	46
2.3.32 Atención integral	47
2.3.33 Políticas sanitarias	47
2.3.34 Protección Financiera en Salud	47
2.3.35 Gasto de Bolsillo en Salud	47
2.3.36 Gobierno	48
2.3.37 Estado	48

2.3.38 Necesidades Básicas insatisfechas	48
2.3.39 Recursos del Tesoro General de la Nación	48
2.3.40: Recursos Específicos de las Entidades Públicas	48
2.3.41: Recursos Externos	49
2.4 Marco legal:	49
2.4.1 La Constitución Política del Estado	49
2.4.2 La Ley Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para vivir bien	50
2.4.3 La Ley 031- de 19 de julio de 2010 Ley Macro de Autonomía y Descentralización "Andrés Ibáñez"	50
2.4.4 Ley 475 de Prestaciones de Servicio de Salud Pública Integral	50
2.4.5 Decreto Supremo Nº 961, 18 de agosto de 2011.....	51
2.4.6 Ley 1152 del Sistema Único de Salud	51
CAPITULO 111 - Marco Metodológico	52
3.1 Características de la investigación:	52
3.1.1 Alcances	52
3.1.2 Limitaciones	52
3.2 Delimitación Espacial:	52
3.3 Delimitación Temporal:	52
3.4 Sujeto de investigación:	52
3.5 Hipótesis:	53
3.6 Operacionalización de Variables	54
3. 7 Universo de estudio	55
3.8 Población	55
3.9 Unidades de observación	55
3.10 Enfoque de la investigación	55
3.11 Diseño de la investigación	55
3.12 Tipo de investigación	56
3.13 Métodos y técnicas de investigación	56
3.13.1 Métodos teóricos	56
3.13.2 Técnicas	56
CAPITULO IV -Marco Práctico	58

4.1 Presentación de resultados de la revisión documental Especializada para la inversión y gasto corriente en salud.....	58
4.1.1 Inversión en el sector salud en el Municipio de La Paz durante los periodos 2014-2018	58
4.1.2 Inversión en el sector salud en la red de salud 5 - Sur durante los periodos 2014-2018	60
4.1.3 Gasto corriente en el sector salud en el municipio de La Paz durante los periodos 2015 -2018 62	4.2
Presentación de resultados de la revisión documental Especializada para el Índice de Progreso Social (IPS)	64
4.2.1 Análisis de la metodología del índice de progreso social (IPS)	64
4.2.2 Metodología del cálculo del índice de progreso social.	65
Ponderación y Agrupación de Indicadores	65
4.2.3 Tercera dimensión del Índice de Progreso Social, Oportunidades, como variable constante...	69
4.2.4 Instrumento de medición cuantitativa para la dimensión subjetiva del progreso social en datos que representan a la población de la red de salud 5 sur de la ciudad de La Paz	70
4.2.5 Revisión documental a nivel macro distrital y red de salud 5 Sur para los indicadores que conforman el Índice de Progreso Social.	71
4.4.1 Cálculo IPS	113
4.5. Presentación de Resultados de las Entrevistas a expertos en economía de la salud y autoridades públicas (SEDES)	122
4.5.1. Análisis de resultados de las entrevistas a expertos en economía de la salud y autoridades Públicas (SEDES)	138
4.6 Presentación de Resultados de las Entrevistas a las autoridades Municipales	141
4.6.1 Análisis de resultados de las entrevistas a las autoridades Municipales	152
4. 7. Modelo Eco no métrico	155
4.7.1 Variable Dependiente	155
4. 7.2 Análisis de la variable dependiente por componentes respecto las variables independientes (Inversión y Gasto en salud)	156
4.7.2.1 Componente 1, Nutrición y cuidados médicos básicos	156
4.7.2.2 Componente 2, Agua y Saneamiento	157
4.7.2.3 Componente 3, Vivienda	159
4.7.2.4 Componente 4, Seguridad Personal.	160
4.7.2.5 Componente 5, Salud y Bienestar	162
4.7.2.6 Componente 6, Calidad Medio Ambiental.	163
4.7.2.7 Componente 7, Acceso a conocimientos básicos	165
4. 7.2.8 Componente 8, Acceso a información y comunicaciones	166

4.7.3 Variable Independiente .	168
4.7.4 Desarrollo del Modelo	168
4.7.4.1. Formula del modelo:	169
4.7.4.2. Derivadas parciales:	170
4.7.4.3 Prueba hipótesis:	171
4.7.4.4. Distribución Anova .	172
4.7.4.5. Coeficiente de determinación	172
4.8. Resultados de la investigación	173
CAPITULO V -Conclusiones y Recomendaciones	179
Bibliografía	184

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Dimensiones del Índice de progreso Social (IPS)	29
Tabla 2 Competencia en tres niveles	37
Tabla 3 operacionalización de variables	54
Tabla 4 Consulta externa por Red de Salud	59
Tabla 5 Gasto en servicios de salud; Red de salud 5 - Sur	63
Tabla 6 Promedio de la media de adecuación muestra! Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) según componente	66
Tabla 7 Estadística para cada componente por dimensión según metodología IPS 2017	68
Tabla 8 Estadística para cada dimensión según metodología IPS 2017	69
Tabla 9 Desnutrición red de salud 5 - Sur en número de habitantes	72
Tabla 10 Intensidad de déficit alimentario en kilocalorías (Kcal)	73
Tabla 11 Muerte materna (número de habitantes)	75
Tabla 12 Mortalidad Infantil (número de habitantes)	76
Tabla 13 Mortalidad por enfermedades infecciosas red de salud 5 - Sur	78
Tabla 14 Acceso a agua potable (en porcentaje de población)	79
Tabla 15 Acceso a infraestructura de saneamiento mejorada (en porcentaje de población)	81
Tabla 16 Disponibilidad de vivienda accesible (porcentaje de satisfacción)	83
Tabla 17 Acceso a energía eléctrica (porcentaje de la población)	85
Tabla 18 Calidad del suministro eléctrico (Escala de likert)	87
Tabla 19 Homicidios Departamento de La Paz (número de muertes)	89
Tabla 20 Nivel de crímenes violentos (escala de likert)	91
Tabla 21 Criminalidad percibida (escala de likert)	92
Tabla 22 Muertes en accidentes de tránsito, Departamento de La Paz (número de personas)	
Tabla 23 muertes en personas de 60 años y más y población de 60 años y más	96
Tabla 24 Fallecidos por enfermedades no contagiosas, Red de Salud 5 - Sur	97
Tabla 25 Superficie de área verde Red de salud 5 Sur	99
Tabla 26 Emisión de gas de efecto invernadero (Co2)	101
Tabla 27 Alfabetismo en la población de 15 años y más	102
Tabla 28 Población matriculada en educación primaria	104
Tabla 29 Población matriculada en educación secundaria	105
Tabla 30 Paridad de género en educación secundaria	107
Tabla 31 Suscripción a telefonía móvil.	108
Tabla 32 Usuarios de Internet.	110
Tabla 33 Oportunidades	111
Tabla 34 Población según área geográfica	112
Tabla 35 Población Red de salud 5 - Sur por grupo atareo	112
Tabla 36 Cálculo de Indicadores que conforman a componentes de la dimensión Necesidades Humanas	114
Tabla 37 Cálculo de Indicadores que conforman a componentes de la dimensión Fundamentos del Bienestar	115

Tabla 38 Puntaje de indicadores que conforman a componentes de la dimensión Necesidades Humanas Básicas	117
Tabla 39 puntaje de indicadores que conforman a componentes de la dimensión Fundamentos del Bienestar	118
Tabla 40 Puntaje por componentes que conforman la dimensión de Necesidades Humanas Básicas del IPS	119
Tabla 41 Puntaje por componentes que conforman la dimensión de Fundamentos del Bienestar del IPS	120
Tabla 42 Puntaje por componentes que conforman la dimensión de Oportunidades del IPS.	121
Tabla 43 Puntaje por dimensiones que conforman el IPS	121
Tabla 44 Puntaje del índice de Progreso Social para las gestiones 2014 - 2018	122
Tabla 45 Nutrición y cuidados médicos básicos vs Inversión y Gasto en Salud	156
Tabla 46 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el primer componente nutrición y cuidados médicos básicos	157
Tabla 47 Agua y Saneamiento vs Inversión y Gasto en Salud	158
Tabla 48 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el segundo componente agua y saneamiento	158
Tabla 49 Vivienda vs Inversión y Gasto en Salud	159
Tabla 50 Análisis de la varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el tercer componente vivienda	160
Tabla 51 Seguridad Personal vs Inversión y Gasto en Salud.....	161
Tabla 52 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el cuarto componente seguridad personal	161
Tabla 53 Salud y Bienestar vs Inversión y Gasto en Salud	162
Tabla 54 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el quinto componente salud y bienestar.	163
Tabla 55 Calidad Medio Ambiental vs Inversión y Gasto en Salud	164
Tabla 56 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el sexto componente calidad medio ambiental.	164
Tabla 57 Acceso a Conocimientos Básicos vs Inversión y Gasto en Salud	165
Tabla 58 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el séptimo componente Acceso a conocimientos Básicos	166
Tabla 59 Acceso a Información y Comunicaciones vs Inversión y Gasto en Salud	167
Tabla 60 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el octavo componente acceso a información y comunicaciones	167
Tabla 61 Índice de Progreso Social red de salud 5 - Sur vs Variables independientes Inversión y Gasto en Salud	169

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 sistema político	9
Gráfico 2 Elementos de un sistema sanitario	11
Gráfico 3 Inversión ejecutada en salud	58
Gráfico 4 Consulta externa por red de salud	60
Gráfico 5 Inversión ejecutada en Salud; Red de salud 5 - Sur	61
Gráfico 6 Inversión en Infraestructura y Equipamiento; Red de Salud 5 - Sur	62
Gráfico 7 Gasto en servicios de salud; Red de salud 5 - Sur	63
Gráfico 8 Desnutrición red de salud 5 - Sur	72
Gráfico 9 Intensidad de déficit alimenticio red de salud 5 - Sur	74
Gráfico 10 Muerte materna red de salud 5 - Sur	75
Gráfico 11 Mortalidad Infantil Red de salud 5 - Sur	77
Gráfico 12 Acceso a agua potable Red de salud 5 - Sur	80
Gráfico 13 Acceso a infraestructura de saneamiento mejorada, Red de salud 5 - Sur	81
Gráfico 14 Disponibilidad de vivienda accesible, Red de salud 5 - Sur	84
Gráfico 15 Acceso a energía eléctrica, Red de salud 5 - Sur	86
Gráfico 16 Calidad del suministro eléctrico, Red de salud 5 - Sur	88
Gráfico 17 Homicidios, Red de salud 5 - Sur	90
Gráfico 18 Nivel de crímenes violentos, Red de salud 5 - Sur	91
Gráfico 19 Criminalidad Percibida, Red de salud 5 - Sur	93
Gráfico 20 Muertes en accidentes de tránsito, Red de salud 5 - Sur	95
Gráfico 21 Esperanza de vida a los 60 años, Red de salud 5 - Sur	96
Gráfico 22 Mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas, Red de salud 5 - Sur	98
Gráfico 23 Hábitat y biodiversidad, Red de salud 5 - Sur	100
Gráfico 24 Emisión de (Co ₂), Red de salud 5 - Sur	101
Gráfico 25 Alfabetismo, Red de salud 5 - Sur	103
Gráfico 26 Matriculación en educación Primaria, Red de salud 5 - Sur(% de la población).....	105
Gráfico 27 Matriculación en educación secundaria, Red de salud 5 - Sur(% de la población.).....	106
Gráfico 28 Paridad de género en educación secundaria, Red de salud 5 - Sur (niñas/niños).....	107
Gráfico 29 Suscripción a telefonía móvil, Red de salud 5 - Sur (Suscripciones/100 personas)	109
Gráfico 30 Usuarios de Internet, Red de salud 5 - Sur(% de la población)	110

UNIVERSIDAD LA SALLE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS
CARRERA DE INGENIERIA COMERCIAL

“Análisis del impacto de las políticas públicas de protección sanitaria (inversión y gasto) en el progreso social en la red de salud sur de la ciudad de la paz durante el periodo 2014 - 2018”

Por: Carlos Andrés Bustillo Espinoza

Tutor: Lic. Marcos Mete

2020

RESUMEN

Una de las necesidades primordiales que en toda sociedad debe ser atendida es la Salud puesto que es esencial para el desarrollo de niños, jóvenes y el rendimiento productivo de cada individuo.

La planificación sanitaria debe basarse en las necesidades de salud de la población y en su situación actual de salud, teniendo en cuenta que esta atiende a diversas causas y se ve influida por factores determinantes de índole socioeconómico, factores biológicos relacionados con el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud.

En este caso en particular, se analizó al sistema de salud en una red, la red urbana de salud 5 Sur perteneciente al municipio de La Paz, y el impacto que la inversión y el gasto de la misma generan en la población de la misma.

Por medio del análisis se identificaron los problemas que presenta la red, los cuales se traducen en acciones políticas divididas, planes estratégicos desproporcionados carentes de retroalimentación, descuido general en cuanto a la coordinación a nivel institucional que impacta de forma inadecuada en la ejecución presupuestaria y planificación en cuanto a la inversión en infraestructura y equipamiento de la red que repercute directamente en el bienestar socioeconómico de las personas.

Se demostró la importancia y el impacto favorable de la inversión y el gasto corriente en infraestructura y equipamiento médico en relación al progreso social en la red.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas de protección sanitaria, en cuanto a la inversión y gasto, en el progreso social en la red de salud Sur, comprendida en el macrodistrito Sur y Mallasa de la ciudad de La Paz, representan un área de interés importante ya que de esto depende el progreso del municipio y, eventualmente, del país. Tras evidenciar la situación por la que atravesó un familiar cercano a causa de un mal manejo administrativo y mala infraestructura en un centro de salud público, nace la inquietud de analizar las complejidades por las que atraviesan numerosas familias en tema de salud, y la situación financiera del sector (inversión y gasto) que no se materializa en una óptima atención médica a la gente. Las autoridades de estado a través del Ministerio de Salud, el Servicio Departamental de Salud, representante de la Federación de Asociaciones Municipales, Representante del Concejo Social Nacional y el representante de la Secretaría Municipal de Salud, tienen la exigencia de velar por el bienestar de la población en su región, implementando políticas públicas de protección sanitaria en inversión y en gasto, sin embargo, la situación puntual de los macrodistritos Sur y Mallasa, no refleja un óptimo desempeño en cuanto al objetivo del progreso social el cual básicamente se define en el cambio de la sociedad hacia su ideal. Sin embargo, considerando que los recursos para satisfacer las necesidades de la población son limitados y siempre menores a los necesarios, en particular en la salud pública y en el contexto de los países en vías de desarrollo, esta situación es aún más evidente ya que cualquiera que sea la estrategia de uso de los escasos recursos, algunas necesidades son atendidas y otras no. Por tanto, es necesario que las decisiones sobre la asignación de los recursos en el Sector Salud se tomen usando criterios de eficiencia, que permitan maximizar los beneficios en salud con los recursos disponibles, sin dejar de lado aspectos de equidad. La presente tesis expresa un problema sujeto de investigación, objetivos a alcanzar, justificaciones que manifiestan la importancia de la temática, una construcción teórica sobre la cual se basan los elementos de análisis del problema, un marco metodológico con el que se logra determinar la forma en la que se desarrolla la investigación, y por último un marco práctico, con la presentación de resultados acorde a los instrumentos diseñados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPITULO I - Planteamiento del problema

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

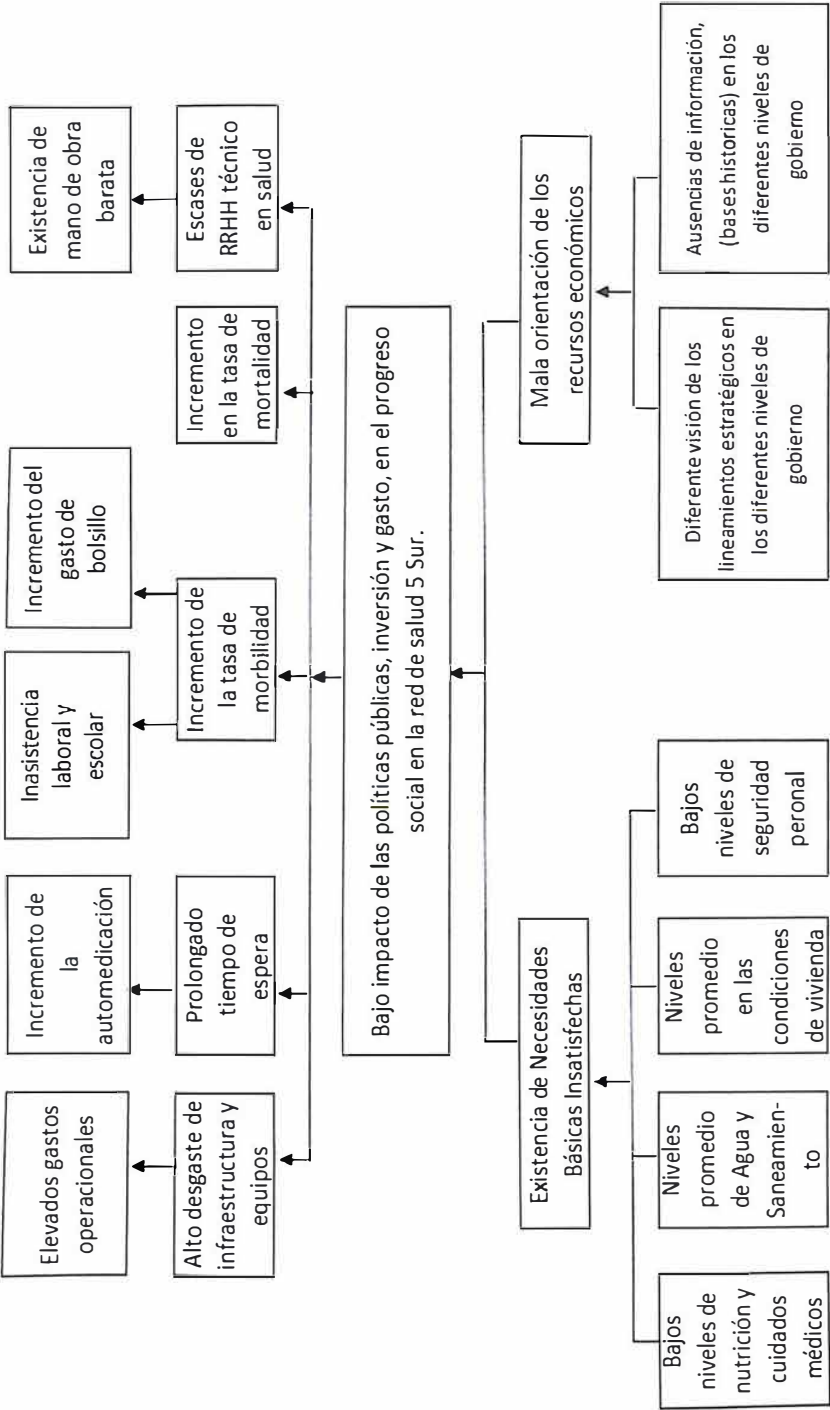
1.1 Identificación del problema

Los factores sociales y económicos reducen la capacidad de atención sanitaria, así como desacuerdos sociales que afectan la toma de decisiones afectando el mantenimiento y equipamiento de las diferentes postas sanitarias, centros médicos, hospitales tanto públicos como privados de 1er y 2do nivel, etc. de la ciudad de La Paz. El limitado acceso a los servicios de salud es considerado como el principal problema que afecta al desarrollo de la ciudad y al macro distrito Sur que cuenta con la mayor expansión y crecimiento respecto a los restantes 8 macro distritos de la ciudad. Por lo que la necesidad de la población se ve reflejada en el incremento de la demanda de servicios y recursos de necesidad social como los centros de salud con costos más accesibles.

1.2 Descripción del problema

La aplicación de las políticas públicas de protección sanitaria afecta en el progreso social de la ciudad de La Paz ya que las investigaciones sobre el impacto de estas políticas analizan temas como productividad laboral adulta, inversión en capital humano e infraestructura de los centros de salud, carga económica de las enfermedades, comodidad y felicidad de los ciudadanos, así como problemas en capital físico; todos estos elementos impactan en la inversión y gasto de la red de Salud Sur de la ciudad de La Paz y por tanto en la infraestructura y equipamiento de centros de salud y hospitales. La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. La salud contribuye al progreso social por muchos canales; reduce, por ejemplo, las pérdidas de producción ocasionadas por enfermedades, reduce el malestar de los trabajadores; incrementa la productividad laboral del adulto y la escolar de los niños, libera recursos

1.1 Árbol de Problemas



efecto

causa

1.3 Formulación del problema

¿Cuál es el impacto de las políticas públicas de protección sanitaria (Inversión y gasto) en el progreso social en la red de salud Sur de la Ciudad de La Paz durante el periodo 2014 – 2018?

1.4 Elementos de análisis del problema

1.4.1 Políticas públicas de protección sanitaria

Las Políticas públicas de protección sanitaria consisten en las intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades de prevención y promoción de la salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

Inversión en salud: Son los recursos económicos destinados a bienes que brindan una retribución, como ser la inversión en infraestructura y equipos médicos para la detección y tratamiento de las enfermedades.

Gasto en salud: Son los recursos económicos destinados a la atención de salud en un país se denominan “Gasto Nacional en Salud”, como porcentaje de su Producto Interno Bruto (PIB).

1.4.2 Progreso social

Progreso social es el cambio de la sociedad hacia su ideal, incluye todos los avances que afectan a la mejora de las condiciones de vida de los seres humanos. El progreso social es la idea de que las sociedades pueden hacer o mejorar en términos de sus estructuras sociales, políticas y económicas.

1.4.3 Red de Salud

Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad. De forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes sistemas de salud. La red de salud Sur de la ciudad de La Paz comprende tanto el macrodistrito Sur como el macro distrito Mallasa.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Analizar el impacto de las políticas públicas de protección sanitaria (inversión y gasto) en el progreso social en la red de salud Sur de la Ciudad de La Paz durante el periodo 2014 – 2018

1.5.2 Objetivos específicos

1. Investigar las políticas de protección sanitaria establecidas por el Ministerio de Salud y Secretaria Municipal de Salud para observar su desempeño en el sector.
2. Determinar indicadores sanitarios y sociales para un correcto análisis del problema.
3. Analizar si la inversión en infraestructura existente en el sector es adecuada respecto al perfil epidemiológico de la red de Salud Sur.
4. Analizar si el gasto corriente existente en el sector es adecuado respecto al perfil epidemiológico de la red de Salud Sur.
5. Calcular mediante un modelo econométrico multivariable el impacto de las políticas públicas de protección sanitaria en el progreso social.

1.6 Justificación

1.6.1 Justificación Teórica

Una política de protección sanitaria es aquella que garantiza las condiciones en las que las personas sean saludables; su meta es precisamente que la necesidad de servicios asistenciales sanitarios sea la mínima posible para que la población goce de buen estado de salud. La garantía para que las personas puedan mejorar o mantener la salud requiere que las políticas de gobierno consideren este aspecto.

De esta forma es como se escribe el preámbulo de la Ley N °475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral de salud pública donde los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad, pues consiguen atenuar los perjuicios de las enfermedades y permiten que se pueda recobrar la salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas”.

Para que haya un pleno desarrollo de la productividad es necesario atender tres recursos clave: humanos, de capital, y naturales. La salud es una actividad fundamental para contar con recursos humanos productivos y, por tanto, mejorar las condiciones de competitividad económica de un país.

1.6.2 Justificación Práctica

El presente trabajo se justifica de forma práctica ya que el análisis del impacto de las políticas públicas de protección sanitaria se realiza para establecer si las personas que acuden a los centros de salud de la red Sur de la ciudad de La Paz perciben cambios, mejoras, en cuanto al aspecto social, de tal manera que se pueda evidenciar si se cubren las necesidades básicas de los pacientes, así mismo este trabajo de investigación ayuda a identificar si el sistema de la red de salud es equitativa con todos los usuarios y si los recursos financieros se encuentran bien distribuidos, dado este caso y tomando en cuenta la situación actual del sector podrían, en función al análisis tomarse medidas que ayuden a mejorar la realidad de la población.

1.6.3 Justificación Económica

La presente investigación busca identificar el efecto del vínculo entre salud y una adecuada administración de los recursos financieros para así permitir a la población obtener un mejor estado de salud y calidad de vida, garantizando que los recursos financieros disponibles permitan hacer frente a las obligaciones del sistema de salud generando mejoras y nuevas alternativas en favor de la economía de las personas con el propósito de lograr el máximo beneficio social para los habitantes, mejorando el nivel de ingreso de los mismos favoreciendo el desarrollo económico del municipio. La inversión y gasto corriente en Salud, se reconoce como fundamental para alcanzar un adecuado nivel de calidad desempeño y de la fuerza de trabajo.

1.6.4 Justificación política

De acuerdo a las políticas gubernamentales actuales se pretende lograr la universalidad en cuanto a la atención en salud dictada por el Seguro Universal Materno

Infantil, SUMI, el cual (cumpliendo con los lineamientos establecidos en la agenda patriótica 2025) prevé aportar al alcance de su tercer pilar ligado a salud, siendo una dimensión fundamental de vida, augura un servicio estatal accesible, gratuito, de calidad que protejan y brinden salud, bienestar y felicidad a todo el pueblo Boliviano, contribuyendo a la formación del nuevo ser humano integral, tomando en cuenta la participación tanto de médicos de ciencia moderna como naturistas desarrollando su vocación de servicio con compromiso social y humano, con una gran ética de servicio a su pueblo, con infraestructura, equipamiento, medicinas modernas y naturales, así como buenas condiciones para la atención a las personas.

1.6.5 Justificación Social

El impacto de la salud en el progreso social es de vital importancia, siendo prioritaria para el crecimiento y desarrollo de la sociedad. Tanto pacientes como profesionales en salud se benefician de los resultados del presente análisis, ya que la satisfacción y desarrollo de las personas y la sociedad en general se la mide y atribuye al grado de crecimiento económico del país; Si bien es una referencia de éxito, este crecimiento económico no toma en cuenta aspectos ambientales, felicidad, justicia, inclusión social, imparcialidad, seguridad, etc. El presente análisis beneficia a la sociedad ya que identifica los efectos de la administración de los recursos financieros en salud en relación a la prevención y cobertura de necesidades fundamentales para las personas como ser educación, vivienda, obras públicas, seguridad, seguridad ambiental, saber leer y escribir, mantener buen ánimo, tener alimentos, acceso a agua potable, atención medica básica gratuita etc. contribuyendo al progreso social.

1.6.6 Justificación Metodológica

El presente trabajo se justifica metodológicamente puesto que se basa en un proceso de investigación científico el cual utiliza métodos teóricos como prácticos. En cuanto a herramientas prácticas a utilizar se tendrán entrevistas a especialistas en el área de salud, macroeconomía y autoridades municipales obteniendo de esta manera una opinión profesional frente a la situación en la que se encuentra la red de salud Sur de

la ciudad de La Paz. De igual manera se utilizarán fuentes de información primaria como datos estadísticos y modelos econométricos que permiten medir, tras una métrica novedosa en la sociedad, aspectos de suma importancia para las personas.

1.6.7 Viabilidad

La presente tesis es viable puesto que la temática ofrece información financiera en relación a la inversión y gasto en infraestructura y equipamiento médico para centros de salud de primer y segundo nivel, dentro de las políticas públicas de protección sanitaria impartidas por los diferentes niveles de Gobiernos.

Se cuenta con información técnica especializada en el ámbito de salud a través de indicadores trazadores que muestran las condiciones sociales actuales en salud de la población del macro distrito Sur y Mallasa de la ciudad de La Paz, Así mismo se realiza el cálculo del índice de progreso social (IPS) con la finalidad de medir el desempeño social de la red de salud 5 Sur; es decir, su capacidad de satisfacer las necesidades humanas fundamentales de sus ciudadanos.

Así mismo se cuenta con información legal acorde a la ley 475 de prestaciones de Servicios de Salud Pública Integral, y al marco legal para la gestión municipal en salud. El presente estudio tiene por objetivo Analizar el sistema de salud, al municipio de La Paz en articulación con la red de salud 5 SUR y su población puesto que la temática verifica el análisis de las políticas públicas de inversión y gasto en Salud para posteriormente evaluar su impacto en el progreso social en la red de salud 5 Sur.

1.6.8 Factibilidad

El trabajo de investigación es factible puesto que la información obtenida en función a la elaboración, aplicación y evolución de políticas públicas de protección sanitaria conjuntamente con datos estadísticos que reflejan el resultado de indicadores técnicos en la materia de salud, indicadores referentes al progreso social, y la articulación de la red de salud 5 Sur con el sistema de salud, ayudo a definir el problema para su posterior desglose y análisis con el fin de obtener y presentar los resultados que por medio de las conclusiones nos permitió retroalimentar al sistema de salud.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO II – Marco Teórico

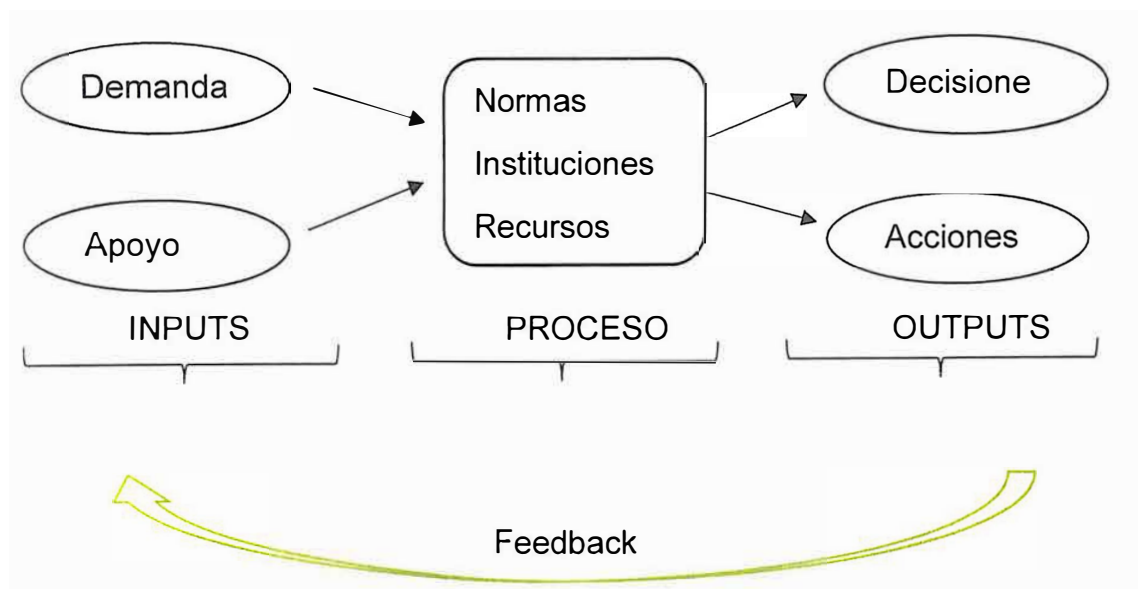
2.I Marco histórico

2.1.I Política Pública:

“Las Políticas Públicas tienen que ver con el acceso de las personas a bienes y servicios. Consisten, precisamente, de reglas y acciones que tienen como objetivo resolver y dar respuestas a la multiplicidad de necesidades, intereses y preferencias de grupos y personas que integran una sociedad. Esto es lo que generalmente se conoce como “agregar demandas”, de forma tal que al final, las soluciones encontradas permitan que personas y grupos coexistan a pesar de sus diferencias.” (Ayala, 2010, pág. 1)

2.1.2 Sistema político:

Gráfico 1 sistema político



Fuente: Easton 2018

“Para definir mejor este mecanismo de estudio de la política como sistema, Easton ha utilizado la denominación de Inputs y Outputs, los inputs se refieren a la gran variedad de acontecimientos y demanda ambientales(...), lo que nos interesan como inputs son

los referidos a Demandas y Apoyo (...), Son pues (...), indicadores claves del modo en que las influencias y circunstancias ambientales modifican y alteran el funcionamiento del sistema político. Los Outputs son aquellos que sirven para organizar las consecuencias resultantes (...), de la conducta de los miembros del sistema (...) Los outputs importantes son los llamados outputs políticos, que son las decisiones y acciones de las autoridades. Todo esto, (...) se mueve en una especie de vía, circuito denominado por Easton Feedback loop (circuito de retroalimentación)” (Easton, 1992, págs. 2-3)

2.1.3 Política en salud

”Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas. La historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud en la Región se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX, y alcanzaron su máxima expansión durante el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. La institucionalidad y la estructura de los sistemas de protección social varían en forma significativa en cuanto a las relaciones entre el Estado, el mercado, la sociedad y la familia.” (OPS -Documento Técnico, 2007, pág. 318)

”Las modalidades operativas del Estado benefactor ejercieron gran influencia en el desarrollo de los sistemas de salud (...), dio lugar a universos institucionales distintos, con arreglos organizativos separados de la conducción/regulación, el financiamiento/aseguramiento y la provisión de servicios.” (Kunihiro, 2003, pág. 1)

2.1.4 Modelos de sistemas de servicios médicos.

2.1.4.1 Elementos de un sistema sanitario.

Gráfico 2 Elementos de un sistema sanitario



Fuente: (Roemer, 1993, Pág. 4)

“El sistema surge para dar respuesta a unas necesidades de salud y en función de su actividad alcanzará unos determinados resultados que satisfagan esas necesidades. Para ello es necesario disponer de una serie de recursos estructurales, desde las más tangibles infraestructuras (instalaciones, aparatos ...) o personal, al intangible conocimiento que precisa y genera la producción de cuidados de salud. (...), Resulta imprescindible articular un sistema de aporte de recursos económicos que haga viable el mantenimiento de esta estructura compleja y que vendrá, a su vez, determinado por el marco legal y organizativo que se haya elegido.” (Roemer, 1993, pág. 4)

2.1.4.2 Antecedentes Históricos

La organización de sistemas sanitarios es un fenómeno relativamente reciente, ya que los antecedentes históricos se remontan sólo a finales del siglo XIX.

a) Sistema Bismarkiano o de Seguridad Social:

“Correspondió a Alemania iniciar la evolución histórica de la seguridad social. Fue obra de Bismarck, quien presentó al parlamento un proyecto de seguro obligatorio contra accidentes o enfermedades, que alcanzó consagración legislativa el 15 de julio de 1883, para proteger a los trabajadores de la industria en forma obligatoria, contra el riesgo de enfermedad y la contingencia de la maternidad” (Nuget, 1997, pág. 611)

“Supone la primera conceptualización de la salud como una responsabilidad social. (...), “El asegurado está obligado a pagar una contribución directamente deducida de su salario. El empleador por su parte, está también obligado a hacer una contribución por cada trabajador (...), La organización más habitual consiste en que las aportaciones son administradas por uno o más organismos públicos o semipúblicos independientes, normalmente con responsabilidad estatutaria (fondos de enfermedad), que actúan como compradores de asistencia sanitaria. (...), El proceso concreto de recaudación de las contribuciones puede, en algunos casos, estar organizado a través de instituciones gubernamentales.” (Jaspe, 2009, pág. 2)

“En definitiva, el seguro social de salud es un programa de aseguramiento que cumple las siguientes tres premisas:

- La participación en el programa es obligatoria bien por ley o ligado a empleo como obligación ineludible.
- El programa funciona en beneficio de un determinado grupo y su acción se restringe a los miembros de ese grupo.
- El empleador realiza una aportación al programa de aseguramiento a beneficio del trabajador.

b) Sistemas tipo Beveridge o Sistema Nacional de Salud:

“Se refiere al sistema de seguridad social y servicios de salud surgido en Inglaterra y Gales a partir del informe Beveridge publicado en 1943. Este informe recomendaba la provisión de asistencia sanitaria a toda la población, financiada a través de impuestos y otras contribuciones obligatorias, y el mantenimiento de un sistema de beneficios

universales para apoyar las eventualidades de desempleo, enfermedad, discapacidad y jubilación.” (Cremer, 2003, pág. 182)

”La Ley fundadora (”National Health Act”) de 1946 estableció la provisión de servicios gratuitos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La financiación de estas prestaciones no procede exclusivamente de las rentas del trabajo, como sucede en un esquema de tipo seguridad social, sino que grava todas las rentas, independientemente de su origen, por lo que se considera un sistema de redistribución de riqueza más efectivo. (...), El sistema implica que el propio estado se encarga de organizar la provisión de servicios. (...), lo que se denomina un servicio nacional de salud clásico. En la actualidad, además del Reino Unido, entrarían en este grupo de sistemas Suecia, Dinamarca, Finlandia, España e Italia.” (Álvarez, 2003, pág. 58)

c) Sistema Semashko:

”Se trata de un modelo uniforme de organización de los servicios de salud, introducido en los países de la esfera soviética tras la segunda guerra mundial y abolido a principios de los 90. La financiación de los servicios sanitarios procedía íntegramente de los presupuestos generales del estado, siendo públicas tanto la propiedad de la estructura sanitaria como la provisión de servicios. Diferentes niveles de la administración del estado (nacional, regional, local) tenían responsabilidades de planificación y asignación de recursos y gestión de las inversiones. Se trataba de un sistema verticalmente estructurado con una definición de las responsabilidades muy precisa.” (Calderón, 2001, pág. 1, disponible en; <http://apps.politicaspUBLICAS.uncu.edu./alpha/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>; revisado el día 19 de septiembre, horas 15:34 pm.)

2.1.4.3 Mecanismos de financiación:

a) Impuestos. El estado recauda fondos a través del sistema impositivo vigente. La financiación sanitaria se produce fundamentalmente a través de los presupuestos generales del estado

b) Los seguros obligatorios. La financiación procede de la caja de la seguridad social que se nutre de las contribuciones obligatorias de la población protegida.

c) Seguros voluntarios. la financiación procede del cúmulo de cuotas que los asegurados contribuyen de su bolsillo para comprar cobertura sanitaria.

d) Pagos privados. El pago privado se refiere a aquellas situaciones en las que el usuario corre con todo o parte del coste de la prestación que recibe relacionándose directamente con el proveedor de su elección.

Los modelos históricos expuestos en el apartado anterior se diferencian esencialmente en cuanto a la fuente de financiación y el criterio para delimitar el derecho a cobertura (Impuestos y ciudadanía en el caso de los sistemas nacionales de salud y cotizaciones a la caja del seguro social de empleado y empleador en el caso de sistemas de seguridad social).” (Kutzin, 2003, pág. 1)

2.1.5 Formas descentralizadas del Gobierno

“El término “descentralización” puede capturar una variedad de fenómenos. Actores políticos, las partes interesadas y las instituciones multilaterales han considerado la descentralización como una solución para los problemas de muchos países, La descentralización generalmente ocurre por dos razones: Para localizar la prestación de servicios más cerca de la gente, por razones de eficiencia y rendición de cuentas; y para promover armonía entre diversos grupos dentro de un país, lo que permite un cierto grado de auto gobernanza.” (Hedling, 2011, pág. 289)

2.1.5.1 Importancia del contexto

“Particularmente en sociedades fragmentadas por conflictos violentos, la descentralización puede apoyar la coexistencia pacífica de diversos grupos, culturas y religiones. Sin embargo, un contexto nacional y regional específico puede tener

impactos adversos y puede neutralizar los efectos positivos de la descentralización en conflictos (...) estudios empíricos subrayan que, mientras que algunos países resuelven con éxito un conflicto anterior mediante la introducción de la descentralización, otros tienden a fallar, ocasionalmente cayendo en un conflicto más profundo.” (Hedling, 2011, pág. 295)

2.1.5.2 Niveles de Gobierno

”La dispersión del poder gubernamental a través de la descentralización u otros medios puede ser un medio importante para empoderar a los grupos tradicionalmente desfavorecidos. Tres niveles de gobierno / administración generalmente dominan la discusión: un nacional nivel, a nivel regional / provincial / estatal y a nivel local. Sin embargo, la realidad no es tan clara, como 'Nivel local', por ejemplo, puede comprender varios subniveles de gobierno / administración.

Los compromisos previos o eventos históricos pueden haber determinado la cantidad de niveles del gobierno Niveles gubernamentales a menudo existen simétricamente en todo el país. Ocasionalmente, sin embargo, los países han optado para una estructura formal asimétrica, creando más niveles de gobierno en algunas partes del país que en otros.” (Hedling, 2011, pág. 301)

2.1.5.3 Dimensiones administrativas, políticas y fiscales de la descentralización.

”La descentralización administrativa se presenta en tres variedades -desconcentración', 'delegación' y 'devolución', con cada término abarcando autonomía administrativa adicional Esta transferencia altera la distribución geográfica de autoridad, pero la responsabilidad y el poder permanecen en el centro.

La Descentralización política involucra dos elementos: (a) transferir el poder de elegir y designar a los funcionarios locales de los gobiernos centrales para los gobiernos locales; y B) transferir la autoridad para estructurar el gobierno a nivel regional o local. La descentralización fiscal determina el grado de autonomía financiera. Sin suficientes recursos financieros, las autoridades regionales o locales no podrán realizar su asigna

tareas adecuadamente, lo que debilita la responsabilidad y la legitimidad.” (Hedling, 2011, pág. 306)

2.1.6 Régimen competencial establecido en la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.

- a) Competencias Privativas: Son indelegables e intransferibles y corresponden solo a nivel nacional, dado su carácter estratégico y de interés colectivo. Es la reunión de las facultades: Ejecutivas, Legislativas, en un solo órgano de gobierno y forzosamente recae en el nivel Nacional.
- b) Competencias Exclusivas: Recaen en un solo nivel de Gobierno, ya sea en el nacional o autónomo y pueden ser delegables o transferibles entre los diferentes gobiernos. Son facultades legislativas, reglamentarias y ejecutivas, pudiendo transferirse estas dos últimas.
- c) Competencias Concurrentes: Se comparten entre el Gobierno Nacional y el Gobierno Autónomo, pero la facultad legislativa corresponde al nivel nacional y sólo se comparten las funciones reglamentarias y ejecutivas.
- d) Competencias compartidas: Están sujetas a una legislación básica nacional que recae en la asamblea Legislativa Plurinacional y la legislación de desarrollo; la reglamentación y la ejecución corresponden al Gobierno Autónomo de acuerdo a sus características y naturaleza de su jurisdicción.” (Cortez, 2010, pág. 84)

2.1.7 Antecedentes de la Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

A comienzos de la década de los 80 se produce uno de los cambios más importantes del Sistema de Salud, se implementa en Bolivia, como consecuencia de la Declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria de Salud que con la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud, se conforman las áreas y los distritos de salud, enfatizando la importancia, por primera vez de los establecimientos del primer nivel, acercándolos a la población desprotegida, posteriormente se instauran los seguros públicos, para luego cambiar el enfoque del sistema,

predominantemente administrativo (distritos de salud), al enfoque de redes centrado en la capacidad resolutive.” (Ministerio de salud, Documento Técnico – Normativo, 2013, pág.15)

”La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.” (OPS Documento técnico, 2012, pág. 1)

”Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.” (OPS Documento técnico, 2012, pág. 2)

”En Bolivia la salud no puede concebirse al margen de las críticas circunstancias políticas, económicas y sociales por las que atraviesa nuestro país. La inequitativa distribución de los recursos económicos, humanos y materiales, marcan grandes diferencias entre grupos poblacionales no sólo en lo que hace a las enfermedades que los afectan y cómo lo hacen, sino respecto a sus condiciones y calidad de vida.” (Leanes, 2016, disponible en; https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1929:notaasp&Itemid=481; revisado el día 3 de junio de 2018, horas 22:20 pm.)

2.1.8 Organismos Internacionales y las Políticas Públicas de Protección Sanitaria.

La Organización mundial de la salud (OMS) creada en 1948 tiene por objetivo maximizar el grado de salud para todos los pueblos, en la cual los ciudadanos gocen de bien estar físico, mental y social.

“Desde la Organización sus expertos elaboran directrices y normas sanitarias, ayudan a los países a abordar cuestiones de salud pública y se fomenta la investigación sanitaria. Por mediación de la (OMS), los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas.” (Organización mundial de la salud, 2015, disponible en: <http://www.exteriores.gob/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>; revisado el sábado 21 de abril de 2018, horas 16:17 pm)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) con más de 100 años de experiencia dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Actúa como lugar de creación de estrategias de acción para combatir aquellos problemas que afectan el bienestar de la población. Para ello ha formulado diversas estrategias como el Plan Decenal de Salud Pública, lanzado en 1961, que explicaba que el ámbito de la salud trascendía la esfera de los organismos especializados para convertirse en una preocupación también de los Jefes de Estado. En 1972 lanzó el Plan Decenal de Salud para las Américas; en 1980 la estrategia Salud Para Todos en el año 2000, que incluía un aumento en la esperanza de vida al nacer y el fortalecimiento de la prestación de los servicios públicos básicos y de salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2018, disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=arti, horas 11 :27 am)

2.1.8.1 La Organización Panamericana de la Salud en Bolivia.

“La OPS/OMS, en sus primeras etapas, colaboró con el envío de expertos a corto plazo en uno y otro campo. Dicha cooperación se realizó en coordinación con los proyectos que habían establecido en el país con la Rockefeller y el Servicio Cooperativo

Interamericano de Salud Pública. La OPS/OMS sirvió de intermediario entre estos organismos internacionales y el Gobierno.” La cual tiene como objetivo ”lograr la promoción y la coordinación de los esfuerzos nacionales para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico, mental y social de sus habitantes. La Representación de la OPS/OMS en Bolivia, se estableció en 1957, se firmó el convenio básico que norma las relaciones entre el Gobierno boliviano y la Organización.” (Organización Panamericana de la Salud, 2018, disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=24:acerca-ops&Itemid=122; revisado el día viernes 24 de agosto de 2018, horas 11:27 am)

2.1.9 Factores que intervienen en la salud:

“Cuando nos referimos a la situación de salud, generalmente los resultados son asociados con los servicios de atención en salud, sin embargo, la salud no solo depende de la atención médica, sino que intervienen diversos factores como son:

- a) Los factores internos: Factores internos biológicos o endógenos.
- b) Factores externos: Factores físicos y socioeconómicos.
- c) Factores relacionados con el estilo de vida: Costumbres y creencias
- d) Factores ligados a servicios de salud: No es lo mismo tener problemas de salud en la ciudad o en el área rural.” (Martha, Marco, & Dalence, 2006, págs. 17-18)

2.1.10 La inversión en salud como gasto público.

“La condición de mantener una buena estructura en el sistema de salud público de un país, no es sólo una consecuencia, sino también una causa del desarrollo y el crecimiento socioeconómico, por lo que el sector sanitario no debe verse únicamente como generador de gasto, sino también como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de una economía.” (Currais, 2005, pág. 113)

“El porcentaje de población dependiente de los servicios públicos de salud aumenta a medida que disminuye la renta, es decir, son los hogares más desfavorecidos aquellos que utilizan de forma más intensa los servicios públicos.” (Rivera, 2005, pág. 104)

"Es por ello que es importante ejecutar "El Gasto Público en Salud que está formado por aquellos gastos recurrentes y de capital provenientes del sector público destinados a la prestación de servicios de salud, actividades de planificación familiar, de nutrición y a la asistencia de emergencias para la salud." (Machicado, 2011, disponible en; http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/3_9_InversionSalud.pdf; revisado el día domingo 22 de abril de 2018, horas 16:15pm)

"El gasto en salud de un país está compuesto por el gasto público y el gasto privado, Cuando disminuye la inversión pública en sanidad, aumenta el porcentaje del coste de la misma que depende de las familias." (Currais, 2005, pág. 109)

2.1.11 Trampa de la pobreza en salud.

"La mala salud no solo afecta desproporcionadamente a los pobres, también causa pobreza." (Alleyne, 2003, pág. 55)

En este sentido se entiende que; "La razón principal y más común del empobrecimiento de individuos y hogares es la enfermedad y el daño o muerte que causa la enfermedad. Una crisis de salud puede revertir rápidamente cualquier progreso que un individuo haya hecho para salir de su economía de subsistencia." (Cohen, 2003, Disponible en; <https://books.google.com.bo/books?id=Wl4eeqwZTtgC&pg=PA55&lpg=PA55&dq=ba+nco+mundial+1995,+trampa+de+la+pobreza&source=bl&ots>; revisado el día domingo 22 de abril, horas 19:38 pm)

2.1.12 Sistema nacional de salud.

"Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero." (OMS, 2005, disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, revisado el día sábado 21 de abril de 2018, horas 17:45 pm)

2.1.13 El sistema nacional de salud en Bolivia.

“El sistema de salud en Bolivia tras su creación en 1938 “tiene como finalidad coordinar y regular el funcionamiento tanto del sector público como privado, para que así puedan brindar un servicio efectivo y seguro, estableciendo un único sistema de salud, el cual pueda beneficiar a toda la población y así mejorar la calidad de vida de los Bolivianos.” (Morales, 2011, pág. 11)

“El Ministerio de Salud, al ser regulador tanto del sector público como privado, realiza los controles correspondientes en los siguientes niveles de atención sanitarios, “El Primer Nivel de atención encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito y está conformado por la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, centro de salud, policlínicas y poli consultorios. 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; su unidad operativa son los hospitales básicos de apoyo; y el Tercer Nivel de atención que está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidad y sub especialidad, 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.” (Medina, 2012, pág. 2)

“En estos niveles se involucra la participación del sector privado, el cual está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro. En este sentido también cabe recalcar que el Subsector Social comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la Dirección General de Salud, fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)”. (Morales, 2007, disponible en; http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category=__slug=publications&alias=50-funciones-sistemas-de-salud8; revisado el día domingo 22 de abril, horas 22:42 pm)

"Con la aprobación de la Ley del Sistema Único de Salud (SUS) N.º 1069 el Estado Plurinacional de Bolivia ha dado el paso para dotar a la población de un sistema de salud universal, público y gratuito. Se estima que el Sistema Único de Salud beneficiará, en un primer momento, a cerca del 51 % de la población (5,8 millones de personas) que actualmente no contaba con ningún tipo de seguro de salud." (Carrillo, 2019, disponible en; www.celag.org/la-salud-universal-en-bolivia; revisado el día lunes 2 de diciembre, horas 15:00 pm)

2.1.14 Antecedentes de la Salud en Bolivia.

2.1.14.1 Salud desde la Conquista y la Colonia

La protección de la salud era una acción de estado en estrecha combinación con la iglesia. En el siglo XVI y primera mitad del siglo XVII los conventos, bien provistos de medicamentos, eran centros de atención médica. El hospital de Loayza (1599) en La Paz fue uno de los centros fundamentales de atención de salud en el periodo colonial. La lógica era la de una atención equivalente de la salud del cuerpo y la salud del alma. (Mesa, 2014, pág. 56)

2.1.14.2 Los Municipios

"En 1809 se dictó el régimen de municipalidades que mostraba una lógica de descentralización de responsabilidades y de comprender que el municipio era la base de cualquier sociedad democrática. Los municipios, muy ligados a la idea de organización política provincial de herencia francesa, asumieron tareas importantes en educación y salud." (Mesa, 2016, pág. 78)

2.1.14.3 Las políticas de Salud (1899 – 1997)

"El año 1906 se dieron los primeros pasos para organizar la sanidad en Bolivia, entonces se creó la Dirección General de Sanidad, que tenía a su cargo la Superintendencia de Servicios Nacionales de Higiene, Salubridad y Asistencia Pública, y es en el Gobierno del Tenl. Germán Busch en fecha 20 de agosto de 1938 aprobó la Ley de creación del Ministerio de Higiene y Salubridad, y mediante Ley de noviembre

de 1940 se anexaron los ministerios de Trabajo y de Previsión Social.” (Ponce, 2012, pág. 7)

”La inauguración del complejo hospitalario de La Paz (Hospital general) en 1916, busco establecer espacios separados según el tipo de enfermedades (aislando a los pacientes con enfermedades denominadas infecto-contagiosas), quirófanos modernos con medidas de higiene razonables y la provisión de equipamientos adecuados a los avances de la época. Este esfuerzo se amplió progresivamente a otras ciudades del país.” (Mesa, 2016, pág. 79)

”Entre 1993 - 1997 La construcción y equipamiento de postas y centros de salud de segundo y tercer nivel contribuyeron a mejorar las condiciones generales, aunque no al ritmo de los graves problemas sociales del país.” (Mesa, 2016, pág. 198)

2.1.15 Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS)

Se entiende como: ”Un conjunto de organizaciones que prestan o coordinan entre sí para ofertar servicios de salud integrales, continuos y de calidad a una población y territorio definidos de la cual es responsable y rinde cuentas. (OPS, documento REFIS, 2010, pág.14)

En Bolivia la red integral de servicios de salud se define: ”Es el conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que pertenecen a los subsistemas público, cajas de salud de los seguros a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina indígena originaria campesina y a la estructura social en salud, con el fin de garantizar la capacidad resolutive de la red, puede trascender límites municipales y/o departamentales.” (Ministerio de salud, Documento Técnico - Normativo, 2013, pág.17)

2.1.16. Progreso social

”El progreso social es la capacidad de una sociedad de satisfacer las necesidades humanas fundamentales de sus ciudadanos, de establecer cimientos que permitan mejorar y mantener la calidad de vida de sus ciudadanos y comunidades, y de crear

las condiciones para que todos los individuos alcancen su pleno potencial.” (Porter, 2017, pág. 3)

”El progreso social se trata acerca de la satisfacción de las necesidades básicas de alimento, agua potable, vivienda y seguridad para todas las personas. Se trata de vivir vidas largas y saludables, de proteger al medio ambiente. Se trata de educación, libertad y oportunidades. Cada vez más, el progreso social se ha ido convirtiendo en un punto crítico en las agendas de los líderes de gobierno, el sector privado y la sociedad civil.” (Stren, 2007, pág. 10)

2.1.17. Índice de progreso social.

”Dadas las actuales preocupaciones de la sociedad, respecto a la cantidad y calidad de alimentos, capacidad de lenguaje oral y escrito, seguridad, salud, derechos, discriminación, destrucción del ambiente, felicidad, etc. ”Se requiere de una métrica capaz de incorporar y responder a todos estos elementos, si bien existen indicadores que reflejan el progreso de una sociedad no cubren con toda la dimensión que preocupa a las personas, es por ello que se creó el índice de progreso social como alternativa a poder medir la satisfacción de las personas en cuanto a sus necesidades primordiales.” (Green, 2017, Disponible en: http://www.ted.com/talks/michael_green_what_the_social_progress_index_can_reveal_about_your_country/transcript?language=es; revisado el día domingo 22 de abril, horas 23:52 pm)

”El Índice de Progreso Social mide rigurosamente el desempeño de los países en un amplio rango de aspectos de desempeño social y ambiental, los cuales son relevantes para países en todos los niveles de desarrollo económico. Facilita una evaluación no solo del desempeño absoluto del país, sino también de su desempeño relativo en comparación con sus pares económicos. Gobiernos y empresas tienen las herramientas para monitorear el desempeño social y ambiental de forma rigurosa, y tomar mejores dediciones en cuanto a inversión y política pública.” (Stern, 2017, pág. 11)

Antes de comprender este índice es importante conocer lo que mide el PBI el IDH y el IOH.

2.1.17.1 Producto Bruto Interno.

“El Producto Bruto Interno (PBI) mide el rendimiento económico de cada país del cual se determina el éxito según su referencia.” (D’Alessio, 2016, pág. 3)

2.1.17.2 Índice de Desarrollo humano (IDH)

“El Índice de Desarrollo Humano (IDH), publicado por primera vez por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1990, surgió entonces como una propuesta alternativa para medir el desarrollo desde una perspectiva más integral, complementando indicadores económicos, como el ingreso de las personas, con indicadores sociales, como el acceso a la educación o la esperanza de vida.” (D’Alessio, 2016, pág. 3)

2.1.17.3 Índice de Oportunidades humanas (IOH)

Para el inicio del nuevo milenio, “El Índice de Oportunidades Humanas (IOH), elaborado por el Banco Mundial, mide cómo circunstancias fuera del control de los niños y jóvenes (lugar de nacimiento, género, educación de los padres y composición familiar) afectan su acceso a bienes y servicios básicos. (Banco mundial, 2016, disponible en; <http://www.bancomundial.org/es/news/infographic/2016/10/24/infografia-indice-de-oportunidades-humanas>; revisado el día lunes 23 de abril de 2018, horas 11 :40 am) “Resulta cada vez más evidente que un modelo de desarrollo humano basado únicamente en el progreso económico es incompleto.” (Porter, 2015, disponible en; https://elpais.com/elpais/2015/05/22/planeta_futuro/1432312495_474656.html; revisado el día domingo 22 de abril de 2018, horas 14:22 pm)

2.1.17.4 Resultado del Índice de progreso social (IPS)

“La diferencia fundamental del IPS con otros índices e indicadores, es que se basa en “outputs” en lugar de “inputs”. Los índices basados en “inputs” toman en cuenta las

decisiones de política o las inversiones que se sabe o se cree conducirán al logro de resultados u “outcomes”. Por el contrario, un índice basado en “outcomes”, como el IPS, mide directamente los resultados de tales decisiones de inversión.” (Machicado, 2016, pág. 1)

2.1.18 Salud como indicador de progreso social

“El desarrollo social, en cierta forma, sería el resultado de la mejora de los índices colectivos de bienestar como esperanza de vida, mortalidad infantil, ingreso disponible, ingesta calórica o acceso a servicios sociales; es decir, todo lo que significa que los grupos humanos vivan más, tengan mayor goce de bienes de consumo y sufran menos las penalidades impuestas por los embates de la naturaleza, la enfermedad y los riesgos a los cuales estamos expuestos.” (Mallarino, 2008, pág. 13)

“Reconocidos por las Naciones Unidas como derechos humanos fundamentales, el agua potable y el saneamiento son esenciales para la supervivencia y pueden mejorar drásticamente la esperanza de vida. El agua, esencial para beber, cocinar y mantenerse limpio, debe estar libre de patógenos para prevenir la propagación de enfermedades. Asimismo, la sanidad no solo previene la propagación de enfermedades, también es un aspecto de la dignidad humana que puede afectar múltiples facetas de la vida de una persona.” (Mallarino, 2008, pág. 15)

2.2 Marco referencial.

2.2.1 Modelos del sistema sanitario.

El sistema sanitario en general se expone en un conjunto de mecanismos sociales que tiene por obligación y función la prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y rectoría para brindar un servicio sanitario de calidad a la sociedad, para ello se establecen los siguientes modelos.

Modelo liberal: “La salud en este modelo es considerada como un bien de consumo, no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud. La responsabilidad del Estado queda resumida a atender a grupos más

carenciados y vulnerables a las contingencias de la enfermedad, con mínima contribución financiera al sistema por parte del Estado.” (Calderón, 2011, pág. 5)

Modelo Socialista: “Su característica más relevante es que las prestaciones se dan en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad para todos los segmentos de la población.” (Calderón, 2011, pág. 5)

Modelo mixto: “Se define por la contribución que tiene el sector público y privado en la gestión del sistema.” (Calderón, 2011, pág. 6)

2.2.2 Por qué se invierte en salud.

“Las inversiones y gastos en Salud, se reconocen como fundamentales para alcanzar un adecuado nivel de calidad de la fuerza de trabajo y desarrollo tecnológico.” (Documento tecnico VIPFE, 2000, pág. 177)

2.2.3 Beneficios de la política de protección sanitaria.

“Los beneficios de la salud pública son reales. Beneficios humanos, económicos (convencionales y no convencionales), ambientales, culturales, morales.” (Serra, 2010, pág. 53)

Al implementar modelos sanitarios en una economía se procura mejorar la calidad de vida del ciudadano. “Durante mucho tiempo las personas cubrieron el tratamiento de sus enfermedades con recursos propios, acudiendo a las distintas alternativas que podían encontrar.” (Dominguez, 2011, pág. 1)

“En la aplicación de las medidas higiénicas, preventivas y de saneamiento establecidas por los poderes públicos, se reduce el riesgo respecto al impacto de las enfermedades que una persona puede sufrir, para su respectiva implementación estas medidas cambian el comportamiento y hábitos de una sociedad, respecto a su característica social, económica, política e histórica, generando diferentes modelos sanitarios, siendo estos liberales, socialistas y mixtos, que buscan un mejor nivel de vida y así incrementar las tasas de mortalidad y morbilidad en la sociedad.” (Dominguez, 2011, pág. 1)

2.2.4 Aplicación del sistema de salud en Bolivia.

A nivel nacional el sistema de salud realiza sus operaciones de gestión siendo coordinadora de toda acción el ministerio de salud para ello se reconocen los siguientes comités:

“A nivel Nacional, se debe conformar un Comité de Referencia y contrarreferencia encabezado por el o la Ministra de Salud, directores de SEDES, Representante de Directores de Hospitales de Tercer Nivel, representante de la Federación de Asociaciones Municipales, Representante del Concejo Social Nacional en representación de la sociedad civil.” (Ministerio de salud, Documento Técnico –Normativo, 2013, pág.31)

“A nivel Departamental, se debe conformar un Comité de Referencia y contrarreferencia encabezado por el director del SEDES, directores de hospitales de segundo y tercer nivel, representante en salud de la Asociación municipal del departamento, Representante del consejo social departamental en representación de la sociedad civil.” (Ministerio de salud, Documento Técnico – Normativo, 2013, pág.32) “A nivel de la Red Funcional de Servicios de Salud, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrarreferencia encabezado por el Coordinador de la Red en representación del SEDES, el o los responsables municipales de salud de la Red de cada municipio, el director del hospital de segundo nivel, representante en salud del o de los Gobiernos autónomos municipales, representantes del o los concejos sociales municipales en representación de la sociedad civil.” (Ministerio de salud, Documento Técnico – Normativo, 2013, pág.32)

2.2.5 Aspectos institucionales – RED de Salud Nro.- 5 SUR

- **Misión**

Efectivizar para toda la población en igualdad de condiciones el acceso a servicios de salud organizados en una Red funcional, integral, con gestión social e intersectorial; mejorando la oportunidad, calidad; capacidad resolutive y gestión de recursos humanos, promoviendo prácticas de protección y promoción de la salud.

- **Visión**

La Población ejerce plenamente su derecho a la salud en igualdad de condiciones, desarrolla practicas saludables y la gestión social participativa; accede a la atención oportuna, eficiente e integral en la red de servicios funcionales y de calidad; mejorando su estado de salud integral para vivir bien.

2.2.6 Marco de la medición del IPS

“El Índice de Progreso Social se divide en los siguientes en tres dimensiones; Necesidades humanas básicas, fundamentos de Bienestar y Oportunidades; está estructurado alrededor de 12 componentes y 50 indicadores distintos. El marco no sólo provee un puntaje y clasificación total por país, sino que permite comparar áreas específicas de fortalezas y debilidades.” (D’Alessio, 2016, pág. 4)

Tabla 1 Dimensiones del Índice de progreso Social (IPS)

Necesidades humanas básicas	Fundamentos del bienestar	Oportunidades
Nutrición y Cuidados Médicos Básicos	Acceso a Conocimientos Básicos	Derechos Personales
	Tasa de alfabetización en adultos	Derechos políticos
Desnutrición	Matriculación en educación primaria	Libertad de expresión
Intensidad del déficit alimentario		Libertad de reunión
Tasa de mortalidad materna	Matriculación en educación secundaria	Derecho a la propiedad privada
Tasa de mortalidad infantil		Libertad Personal y de Elección
Muertes por enfermedades infecciosas	Paridad de género en educación secundaria	Libertad para decidir sobre su vida
		Libertad de culto
Agua y Saneamiento	Acceso a Información y Comunicaciones	Matrimonio adolescente
Acceso a agua potable		Satisfacción de la demanda de métodos anticonceptivos
	Suscripciones a telefonía móvil	

Acceso rural a fuentes de agua mejoradas	Usuarios de Internet	Corrupción
	Libertad de prensa	Tolerancia e Inclusión
Acceso a infraestructura de saneamiento mejorada	Salud y Bienestar	Tolerancia hacia los inmigrantes
Vivienda	Esperanza de vida a los 60 (años)	Tolerancia hacia los homosexuales
Disponibilidad de vivienda accesible	Mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas	Discriminación y violencia contra las minorías
Acceso a energía eléctrica	Tasa de suicidio	Tolerancia religiosa
Calidad del suministro eléctrico	Calidad Medioambiental	Redes de apoyo en la comunidad
	Muertes atribuibles a la contaminación atmosférica	Acceso a Educación Superior
		Años de educación superior
Muertes atribuibles a la contaminación del aire en los hogares	Tratamiento de aguas residuales	
Seguridad Personal	Hábitat y biodiversidad	Años promedio de escolaridad de las mujeres
Tasa de homicidios	Emisión de gases de efecto invernadero	Inequidad en la obtención de educación
Nivel de crímenes violentos		
Criminalidad percibida		Universidades de rango mundial
Terror político		
Muertes en accidentes de tráfico		Porcentaje de estudiantes de educación superior matriculados en universidades de clase mundial

Fuente: (Porter, 2016, pág. 16)

“En conjunto, este marco pretende capturar un amplio rango de factores interrelacionados que la literatura académica y la experiencia empírica han demostrado ser la base del progreso social. El Índice de Progreso Social fue creado para medir el éxito de los países más allá de indicadores económicos como el PIB per cápita. Para construir el índice de Progreso Social utilizamos el análisis de componentes principales para seleccionar los indicadores más relevantes y determinar

el peso de los indicadores que conforman cada componente. "(Sullivan, 2014, pág.10, disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9251C66487C4CEA9052_57E23007827DC/\\$FILE/3_IndiceDeProgresoSocial_2014.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9251C66487C4CEA9052_57E23007827DC/$FILE/3_IndiceDeProgresoSocial_2014.pdf); revisado el día domingo 18 de septiembre de 2018, horas 09:22 am)

"El análisis de componentes principales corrige la superposición de mediciones entre uno o más indicadores. También señala los indicadores que podrían no calzar con otros dentro de un componente. El análisis de componentes principales otorga un peso casi equitativo a varios indicadores dentro de los componentes, lo que indica una selección exitosa de indicadores para medir el concepto del componente. El puntaje general del Índice de Progreso Social es un promedio simple de las tres dimensiones: Necesidades Humanas Básicas, Fundamentos del Bienestar y Oportunidades. A la vez, cada dimensión es el promedio simple de sus cuatro componentes. Cada componente dentro del marco contiene entre tres y cinco indicadores de resultados específicos." (STERN, 2017, pág. 10)

"El Índice ofrece una visión de cómo se desempeña un país en general, brindando información para las muchas políticas e inversiones que afectan el progreso social a nivel nacional. Sin embargo, los datos agregados a nivel país pueden ocultar importantes diferencias en el desempeño de las regiones al interior del mismo, y que son igualmente importantes para las consideraciones políticas de un país, especialmente en países geográficamente grandes. Hemos aprendido del trabajo a nivel subnacional que el marco conceptual del Índice de Progreso Social puede aplicarse localmente dentro de los países, produciendo resultados informativos que pueden impulsar la acción." (Wares, 2016, pág. 15)

2.2.7 Agenda patriótica 2025 - 13 pilares de la Bolivia digna y soberana.

"Con la elaboración de la agenda patriótica se busca identificar la realidad actual de Bolivia, y se pretende a través de la aplicación de 13 pilares planteados por el Viceministerio de Planificación y Coordinación lograr un mejor futuro para la sociedad

boliviana donde es responsabilidad de todos los niveles de gobierno y ciudadanía contribuir al éxito de cada pilar y así crear una nueva sociedad y estado más incluyente, más participativo y más democrático.” (Ministerio De Autonomías- Documento técnico, 2016, pág. 14)

El pilar 3 definido como: “Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral”, “permitirá la formación de un ser humano integral, el vivir bien tiene como base a la salud, tras la ausencia de la misma las personas no tendrían condiciones para practicar los deportes y desarrollar su creatividad artística, por ello el estado tiene la obligación de garantizar y proveer servicios de educación pública y gratuita, así como servicios de salud accesibles de calidad que protejan y brinden salud y bienestar a los ciudadanos Bolivianos.” (Ministerio De Autonomías- Documento técnico, 2016, pág. 17)

2.2.8 Resultados PDES 2015-2020

El Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES) es el eje por el cual se articula la planificación en Bolivia. Su formulación responde a los objetivos del Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES). Una vez confeccionado el PDES, es remitido a la Asamblea Legislativa Plurinacional que cuenta con el primer año de gestión del gobierno para aprobarlo. Una vez que el plan se aprueba este adquiere carácter de ley y por tanto de cumplimiento obligatorio.

”Se espera alcanzar un acceso universal al servicio de salud, donde la mayoría de las personas accedan a medicamentos, los municipios implementen el programa Mi SALUD y se encuentren conectados con la red TELESALUD, reducir la mortalidad infantil y materna en un 30 y 50 %, así como reducir la población de adolescentes embarazadas, la detección temprana y tratamiento por enfermedades transmisibles, así mismo se pretende brindar atención médica a toda la población de manera gratuita.” (Plan De Desarrollo Economico y Social, 2015, pág. 89)

”Se busca la integración de salud con personal altamente capacitado y comprometido, también invirtiendo en la construcción, ampliación y equipamiento de institutos de 4to

nivel de salud, así como la mejora y ampliación de hospitales de 3er y 2do nivel y establecimientos de 1 er nivel.” (Plan De Desarrollo Economico y Social, 2015, pág. 90)

2.2.9 Plan sectorial de desarrollo (2010 - 2015)

”El plan sectorial de desarrollo (PSD), es un documento estratégico que orienta el accionar de un sector, alineándose con la Constitución Política del Estado, el Plan Nacional de Desarrollo (PND), EL PLAN DE Gobierno y la política sanitaria SAFCI. ”En los últimos años, sobre la base de la nueva Constitución Política del Estado, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan de Gobierno 2010-2015, se ha profundizado la aplicación de medidas de protección de la salud, plasmadas en el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 ”Hacia la Salud Universal” (PSD) y la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). El PSD 2010-2020 basa su accionar en tres ejes de desarrollo:”

- a) Acceso Universal al Sistema Único SAFCI.
- b) Promoción de la salud y movilización social.
- c) Rectoría y soberanía en salud.

(Plan Sectorial De Desarrollo, 2010, pág. 32)

Se busca reducir las inequidades y proteger a las poblaciones más vulnerables, junto a una estrategia de Educación en Salud para la Vida, basada en la intersectorialidad rectoría y Soberanía en Salud. Se busca mejorar su gobernanza mediante el mejoramiento de la gestión financiera, la alineación de las estrategias del sector en niveles descentralizados y la efectiva implementación de la inteligencia sanitaria. (Plan Sectorial De Desarrollo, 2010, pág. 34) Entre otras políticas de salud impulsadas en los últimos 4 años se tiene el Programa multisectorial ”Desnutrición Cero”, SUMI -SUS, SPAM, el Bono Juana Azurduy de Padilla Actualmente se creó el Seguro Integral de Salud ”SIS”, el mismo se trata simplemente de la fusión del SUMI y el SPAM, con algunas diferencias en las prestaciones en salud. (Plan Sectorial De Desarrollo, 2010, pág. 35)

2.2.10 Plan estratégico institucional. 2015 – 2020

“La Red 5 Sur, cuenta con una población 112.385 habitantes, en un promedio de 25.477 familias. El subsector público dispone en esta red 2 hospitales básicos de segundo nivel de atención y 22 centros de salud, con los cuales de 65 podrían producir anualmente 31.680 visitas domiciliarias. La tasa de densidad de recursos humanos para la salud en las redes urbanas del municipio de La Paz varía desde 1.8 por 10.000 habitantes, la tasa más baja en la Red 5 Sur; hasta 14.6 por 10.000 habitantes.” (Unidad de Planificación y Desarrollo Organizacional, 2015, pág. 64)

“La disponibilidad de médicos en las redes del municipio de La Paz oscila desde 0.1 médico por mil habitantes, es decir 1 médico para 6.950 habitantes, la disponibilidad más baja en la Red 5 Sur; hasta 1.3 médicos por 1.000 habitantes, o lo que es lo mismo 1 médico por 774 habitantes.” (Unidad de Planificación y Desarrollo Organizacional, 2015, pág. 66)

2.2.11 Plan territorial de desarrollo integral Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. (2016-2020)

El Plan Territorial de Desarrollo Integral (PTDI), se constituye en un instrumento de carácter operativo y de gestión del Gobierno Municipal, como parte del Estado, en este sentido es necesaria su compatibilización con los Planes y Programas de carácter Nacional y Departamental dentro de un marco legal que rige para todas las instituciones del Estado, y permite la interrelación institucional dentro del respeto a la norma, la coordinación y la concurrencia; en este sentido, debe ajustarse a toda la normativa vigente y aplicable al caso.

“En el eje de desarrollo social salubre, se dará mayor énfasis a los grupos vulnerables comprendidos en niños, niñas personas con discapacidad y tercera edad además de mujeres que tienen problemas de violencia. Se busca enfatizar la estrategia de prevención para la gestión de los distintos problemas sociales y ampliar la infraestructura regional para el mejor acceso a los servicios.” (GADLP, 2018, disponible en; <http://gobernacionlapaz.gob.bo/2018/01/15/plan-de-desarrollo-integral-del-departamento-2016-2020-busca-profundizar-autonomia-y-Desarrollo->

economico-social-de-la-paz/; revisado el día sábado 2 de Junio de 2018, horas 11:16 am) Cabe recalcar que el plan de desarrollo Regional y Municipal integral se rigen al plan Departamental.

2.2.11.1 Estado general de la infraestructura en salud

“La Red de Salud N° 5 – Sur, cuenta con 10 centros de salud y un centro materno infantil, este último atiende 24 horas y cuenta con 30 funcionarios en sus diferentes turnos que atienden a más de 21 mil personas anualmente. El resto de los centros atiende entre seis y doce horas al día y en promedio con 5 funcionarios a una población promedio de once mil personas. En la Red de Salud N.º 5 – Sur, existe un centro de salud materno infantil con capacidad de internación y atención de partos. Por otro lado, el equipamiento en los diferentes centros se encuentra en estado regular o bueno, no existe equipamiento en mal estado.”

“El estado de conservación del mobiliario de salud a nivel municipal, es bueno o regular, siendo reducida la proporción de establecimientos que cuentan con mobiliario en mal estado; en este último caso la normativa establece los procedimientos para su reparación o reposición oportuna. El deterioro de estos bienes muebles, es ocasionado principalmente por el flujo de pacientes que se atienden. Entre los servicios que brinda el GAMLP se encuentra el SEMA 165 (Servicio Municipal de Ambulancias línea gratuita 165). La salud relacionada con las capacidades de las personas de gozar de buena salud para el desarrollo adecuado dentro del medio social, en la medición se considera si la atención de la salud es adecuada, es decir, a cargo de personal calificado.” (Documento Técnico - Secretaria municipal, 2016)

2.2.11.2 Salud de la población

“La mala atención del personal médico y paramédico es la forma más común y frecuente de discriminación en los centros de salud (85,1 %); le sigue la mala atención por parte del personal administrativo (55,6%). El 16% de las personas que fueron discriminadas señalan que se le negó el acceso al establecimiento de salud. Cinco de

cada diez personas trans y una de cada diez personas de las poblaciones es discriminada en los centros de salud públicos. El hospital público es el establecimiento al que se accede con mayor frecuencia (35%), pero también es importante el acceso al servicio de salud privado (24,8%).” (Documento Técnico -Secretaría municipal, 2016)

2.2.12 Competencia de las entidades territoriales autónomas en Salud.

”A nivel de Gobierno Nacional, la Salud resulta una competencias Exclusiva y concurrente ya que es de interés de todos los niveles de Gobierno según los artículos 298 y 304 de la CPE.

A nivel de Autonomía Departamental y Municipal La Salud es de competencia concurrente por el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas según el artículo 299 de la CPE.

A nivel Autonomía Indígena Originario Campesina la Salud es de competencia compartida y concurrente Según los artículos 304 y 299 correspondientes de la CPE.” (Borth, 2009, pág. 36)

Tabla 2 Competencia en tres niveles

Gobierno central	Gobierno departamental	Gobierno municipal / mesa municipal de salud
Ministerio de Salud (MS) Órgano rector y normativo de la gestión salud.	Máximo nivel de gestión técnica en salud del Departamento. Gestión de recursos Humanos / Manejo de infraestructura insumos y gastos operativos de establecimientos de salud de 3er nivel.	Responsables del seguimiento a la implementación de las políticas públicas en el municipio; Infraestructura insumos y gastos operativos de establecimientos de salud de 1er y 2do nivel.

Fuente: PTDI secretaría municipal 2016

Elaboración: Propia, 2018

“En este sentido, la población puede acceder a la atención en el sistema de salud, de tres maneras:

1) 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 por tanto cuentan con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional con prestaciones en dinero y en especie.

2) 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 la consulta médica, 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 cubre los costos del

recurso humano con fondos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN), HIPIC e Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), los Gobierno Autónomos Municipales con Recursos Propios.

3) 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 de las ONG.” (Documento Técnico - Secretaria municipal, 2016)

2.2.13 Sistemas normativos para la transferencia de competencias y recursos.

”Se descentraliza automáticamente cuando se desplaza o transfiere el poder, la autoridad y grados más altos de autonomía a las entidades subnacionales que incluyen, por supuesto, competencias administrativas, financieras, de programación, planificación y evaluación, etc. Es decir, se transfieren responsabilidades a los titulares de ámbitos político - territoriales más próximos al ciudadano a quien va dirigido el servicio público o la acción gubernamental.” (Farra, 1999, pág. 1).

2.2.14 Condiciones necesarias para una exitosa autonomía y descentralización económica.

”Un proceso de descentralización fiscal totalmente eficiente, requiere que todos los gobiernos locales puedan autosostener financieramente sus necesidades de gasto. Esta característica está asociada con un modelo de descentralización total, tanto por el lado de los ingresos como por el lado de los gastos, Sin embargo, la incorporación de criterios de equidad implica necesariamente la existencia de un trade-off entre eficiencia y equidad. El hecho de otorgar concesiones en términos de eficiencia a favor de consideraciones redistributivas, implica la existencia de transferencias intergubernamentales.” (Otter, 2010, pág. 49)

A medida que las ganancias de eficiencia sean mayores, nos encontraremos en modelos económicos más desarrollados y más sostenibles.

2.2.14.1 Estado de situación del sector salud en el municipio de La paz

“La universalización del acceso a la salud es una legítima aspiración de todos los ciudadanos que viven y trabajan en la ciudad de La Paz, la del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAML P) es asegurar la disponibilidad y la suficiencia de los recursos físicos para la apropiada calidad, efectividad y aceptabilidad del servicio por parte de la población, así como garantizar la continuidad de las acciones y atenciones en el ámbito de sus atribuciones y competencias.” (Documento Técnico - Secretaria municipal, 2016)

2.2.14.2 Estado de situación de los seguros de salud

“Como se había descrito inicialmente, los subsectores públicos y de la seguridad social a corto plazo atienden a partir de mayo de la gestión 2014 las Prestaciones de Servicios de Salud Integral aprobada mediante Ley Nº475. Todas las prestaciones cubiertas por la mencionada Ley son gratuitas y están financiados con los fondos de Coparticipación Tributaria, IDH municipal y recursos externos.” (Documento Técnico - Secretaria municipal, 2016)

2.2.14.3 Programas municipales en el sector salud

“El municipio de La Paz es el único de todo el departamento en el cual se encuentran establecimientos de salud de tercer nivel con todas las especialidades, atendiendo a las necesidades en salud respecto a las prestaciones de especialidades de municipios de todo el departamento.

Bajo este enfoque, se desarrollan varios programas para la prevención de enfermedades, entre algunos se encuentran:

- Inocuidad alimentaria.
- Laboratorios municipales.
- Capacitación y extensión.
- Área zoonosis y vectores.” (Documento Técnico -Secretaria municipal, 2016)

2.2.15 Recursos administrados por los hospitales de 2do nivel:

“Los recursos que administran los hospitales de segundo nivel son aquellos generados principalmente por la actividad asistencial del hospital, es decir venta de servicios (tanto al público en general como por concepto de la Ley N° 475). Estos recursos generalmente son programados y administrados para el pago de bienes y servicios a terceros y de responsabilidad directa del hospital y/o de los gobiernos municipales.” (Laura, 2015, pág. 2)

2.2.16 Gasto total de hospitales como gasto corriente y gasto de inversión.

“Es importante tomar en cuenta que los hospitales ya constituidos y en pleno funcionamiento, por naturaleza destinan mayores recursos para el gasto corriente que para la inversión, porque la adquisición de bienes de inversión se la realiza normalmente antes del funcionamiento del hospital, luego se programan recursos para la reposición cada cierto periodo, dependiendo del tipo de bien (5, 10, 20 años o más). Por ende, los recursos destinados a la inversión no son consumidos en una sola gestión (1 año), sino que son utilizados durante un periodo más largo de tiempo. Es por esta razón que es importante diferenciar el gasto corriente (que son recursos generalmente consumidos en un año, o que pueden ser atribuibles a un año) del gasto de inversión. También debe tomarse en cuenta que las organizaciones deben prever los recursos para la adquisición tanto de equipamiento y otros que son considerados como gastos de inversión (para la reposición de los mismos), de acuerdo a un plan de renovación de bienes de inversión.” (Laura, 2015, pág. 1)

2.2.17 Administración de unidades territoriales.

“El régimen económico y financiero establece nuevas modalidades de transferencias intergubernamentales; reconoce las transferencias de las entidades territoriales autónomas, que sistemáticamente han constituido la base para la sostenibilidad del financiamiento de sus competencias generales; regula mecanismos para evitar la inequidad en la distribución interdepartamental; desarrolla mecanismos para el fomento del desarrollo productivo; y fortalece la coordinación del nivel central del

Estado y los Gobiernos Autónomos y entre éstos, a través de lineamientos adecuados para la gestión pública, el proceso presupuestario y los mecanismos e instituciones que posibiliten la concentración técnica ” (Otter, 2010, pág. 51)

2.2.18 Fondo de desarrollo productivo solidario

Los recursos para el fondo de desarrollo productivo solidario provendrán de recaudaciones del impuesto directo a los Hidrocarburos (IDH) adicionales a las establecidas en el presupuesto general del Estado y generadas cuando los precios de exportación de gas natural para los contratos vigentes, superen los parámetros establecidos en la ley específica. ” (Otter, 2010, pág. 59)

2.2.19 Tipos de redes integrales de servicio de salud (RISS)

El Estado Plurinacional de Bolivia se caracteriza por establecer su red de manera geográfica.

Red geográfica: se caracteriza por contar con una población determinada geográficamente.

Entre otras Redes también se tienen:

RISS por afiliación: aplican para un mercado de aseguramiento.

Por su forma de integración:

RISS de integración: agrupa los servicios bajo una única titularidad.

RISS de integración virtual: agrupa entidades con titularidades independientes mediante fórmulas jurídicas diversas como ser asociación de interés económico, convenios de gestión, consorcios locales, sociedades limitadas, entre otros. (Casallas, 2010 o Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200008; revisado el día martes 24 de abril de 2018, horas 09:16 am) Integración de las redes integrales de salud.

Horizontal: consiste en ofrecer servicios similares en el mismo nivel de cuidado.

Vertical: incorpora diferentes niveles de atención, lo que permite un flujo de pacientes de un nivel a otro.

Se presentan 4 fases de evolución:

Fase 1: Se caracteriza por la competencia entre hospitales y con poca interdependencia.

Fase 2: Aparecen los sistemas integrados horizontalmente, con interdependencias comunes.

Fase 3: Se presenta la integración vertical, donde existe interdependencia y reciprocidad entre los profesionales de la salud y los hospitales.

Fase 4: Aparecen las comunidades de salud, con interdependencia entre las infraestructuras y otras organizaciones que prestan servicios a lo largo del proceso de atención en salud. (Martínez, 2012, Disponible en; http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-710720120; revisado el día martes 24 de abril de 2018, horas 09:40 am)

2.2.20 Financiamiento del sector Público.

Se cuenta con recursos establecidos por ley provenientes del Sistema Nacional de Inversión pública (SNIP) y el Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) SNIP: "Fuentes de Financiamiento para la Inversión Pública A los efectos del SNIP, se identifican las siguientes fuentes de financiamiento para los proyectos de inversión pública:

- a. Recursos del Tesoro General de la Nación
- b. Recursos Específicos de las Entidades Públicas
- c. Recursos Externos" (Documento Técnico - Ministerio de Hacienda, 2003, pág. 3)

SPIE: "Los recursos para la implementación de los planes, subsistemas, plataformas e instrumentos del Sistema de Planificación Integral del Estado, podrán provenir de:

- a. Tesoro General de la Nación, de acuerdo a disponibilidad financiera.
- b. Préstamos o donaciones nacionales y/o extranjeras.
- c. Otros recursos." (Documento Técnico -Sistema de Plnificacion Integral del Estado,

2016, pág. 13)

2.3 Marco conceptual.

2.3.1 Política: La Política es una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos. (Gardey, 2008, pág. 1)

2.3.2 Público: Un adjetivo notorio, patente, visto o salido por otros del común de la sociedad. Relativo al pueblo. Común del pueblo o sociedad. (López, 2003, pág. 1)

2.3.3 Descentralización: Se entiende como un concepto territorial. Las autoridades y poderes están asignados a niveles regionales, provinciales o locales. (Beckstorm, 2007, pág. 1)

2.3.4 Descentralización administrativa: Se refiere a la cantidad de la autonomía de las entidades del gobierno no central que posee en relación con el gobierno central. (Viveros, 2003, pág. 1)

2.3.5 Descentralización política: Se refiere al grado en que los gobiernos centrales permiten unidades sub gubernamentales para llevar a cabo las funciones políticas de gobernanza tales como representación. (Loomis, 2004, pág. 1)

2.3.6 Descentralización fiscal: Se refiere a la medida en que gobierno se rinde responsabilidad fiscal a unidades subcentrales. (Schmidt, 2007, pág. 1)

2.3.7 Descentralización sustantiva: Significa la asignación de autoridad y poder a diferentes niveles de gobierno. (Conyers, 1983, pág. 1)

2.3.8 Financiamiento: Viene siendo el conjunto de recursos monetarios financieros utilizados para llevar a cabo una actividad económica con la característica de que generalmente se trata de sumas tomadas a préstamo que completan los recursos propios. (1996, pág. 175)

2.3.9 Barreras económicas: Derivadas principalmente del pago directo en el momento de la atención, ya sea en forma de coaseguros, honorarios profesionales, gastos sanatoriales, medicamentos e incluso los gastos de transporte que para ciertos grupos de población resultan significativos. La atención gratuita en los servicios públicos de salud, no es suficiente en muchos casos para eliminar totalmente las barreras económicas a la accesibilidad. (Rodríguez, 2014, disponible en;

<http://economipedia.com/definiciones/barreras-economicas.html>; revisado el día lunes 23 de abril de 2018, horas 14:13 pm)

2.3.10 Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Documentos Oficiales de la OMS, N.º 2, pág. 100)

2.3.11 Perfil epidemiológico: Estudio de la morbilidad, mortalidad y los factores de riesgo teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo. (OPS, 2008, disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Bolivia_2008.pdf; revisado el lunes 23 de abril de 2018, horas 15:10 pm)

2.3.12 Mortalidad: Número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa (OMS, 2018, Disponible en; <http://www.who.int/topics/mortality/es/>; revisado el sábado 2 de junio de 2018, horas 15:35 pm.)

2.3.13 Morbilidad: Es la cantidad de individuos que presentan alguna enfermedad y sus efectos respecto a la población en un espacio y tiempo determinado. (Ochoa, 1999, pág. 41)

2.3.14 Esperanza de vida al nacer: Número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio. (CEPAL, 2007, disponible en; https://celade.cepal.org/redatam/ryesp/cairo/WebHelp/Metalatina/esperanza_de_vida_al_nacer.htm; revisado el día lunes 23 de abril de 2018; horas 15:20 pm.)

2.3.15 Progreso: Avanzar hacia adelante en cualquiera de las dimensiones del desarrollo y puede interpretarse como un proceso que no ha concluido y continúa su curso. (Andersen, 2016, pág. 2)

2.3.16 Bienestar: Estado vital de una persona caracterizado por estar satisfecho con la propia vida, experimentar con frecuencia emociones positivas y disfrutar de una salud física y psíquica ajustada a las propias expectativas (Paredes, 2016, pág. 8)

2.3.17 Desarrollo social: Se refiere al desarrollo del capital humano y capital social en una sociedad. Implica una evolución o cambio positivo en las relaciones de individuos, grupos e instituciones en una sociedad. (Andersen, 2016, pág. 2)

2.3.18 Capital Humano: Conjunto de capacidades productivas que una persona reúne al acumular conocimientos. (Andersen, 2016, pág. 4)

2.3.19 Equidad: La organización territorial del Estado, el ejercicio de competencias y la asignación de recursos, garantizarán el desarrollo equilibrado interterritorial, la igualdad de oportunidades y el acceso a los servicios públicos para toda la población boliviana. (Andersen, 2016, pág. 2)

2.3.20 Bien Común: La actuación de los gobiernos autónomos se fundamenta y justifica en el interés colectivo, sirviendo con objetividad los intereses generales en la filosofía del vivir bien, propio de nuestras culturas. (Andersen, 2016, pág. 4)

2.3.21 Gastos corrientes: Se refiere a la adquisición de bienes y servicios que realiza el sector público durante el ejercicio fiscal sin incrementar el patrimonio federal. (Ochoa, 1999, pág.40)

2.3.22 Gastos de capital: Dinero que se gasta en comprar, reparar, actualizar o mejorar un activo. (Ochoa, 1999, pág. 40)

2.3.23 Inversión: Colocación de capital para obtener una ganancia futura. Esta colocación supone una elección que resigna un beneficio inmediato por uno futuro y, por lo general, improbable. (Ochoa, 1999, pág. 41)

2.3.24 Referencia: Es la remisión de usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. (Ministerio de salud, Documento Técnico – Normativo, 2013, pág.22)

2.3.25 Referencia adecuada: Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en norma, evalúa la necesidad, oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor capacidad resolutive. (Ministerio de salud, Documento Técnico – Normativo, 2013, pág.22)

2.3.26 Contrarreferencia: Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario, al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y o continuar con la atención. (Ministerio de salud, Documento Técnico – Normativo, 2013, pág.22)

2.3.27 Contrarreferencia adecuada: Es la remisión del usuario, del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive al establecimiento de salud que origino la referencia – cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado – una vez que este recibió el diagnóstico, tratamiento y manejo correspondiente según normativa, para que se le pueda realizar el seguimiento al tratamiento y el control respectivo. (Ministerio de salud, Documento Técnico – Normativo, 2013, pág.23)

2.3.28 Interconsulta: Es la solicitud para la valoración, que el médico tratante realiza a otros profesionales cuyo concurso es necesario para la atención del usuario. (Ministerio de salud, Documento Técnico – Normativo, 2013, pág.23)

2.3.29 Capacidad resolutive: Son las habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos en sus diferentes niveles de atención según su complejidad para diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología a su alcance, contribuyendo de esta manera a la solución de estos problemas. (Decreto Supremo Nro.1984, 2013, disponible en; http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/152225; revisado el sábado 25 de agosto de 2018, horas 16:05 pm)

2.3.30 Emergencia: Es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención ya que lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida del paciente. (Decreto Supremo Nro.1984, 2013, disponible en; http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/152225; revisado el sábado 25 de agosto de 2018, horas 16: 15 pm)

2.3.31 Urgencia: Es una situación de salud que también se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida del paciente y puede requerir asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable ya sea para calmar la signo–

sinomatología o para prevenir complicaciones mayores Presupuesto: El presupuesto permite, en términos de valores económico-financieros, realizar la planificación de recursos necesarios para cumplir determinados objetivos. (Decreto Supremo Nro.1984, 2013, disponible en; [http: / /anterior. gacetaoficialdebolivia. gob. bo/normas/verGratis _gob/152225](http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/152225); revisado el sábado 25 de agosto de 2018, horas 16:19 pm)

2.3.32 Atención integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio - psico - social, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva. (Decreto Supremo Nro.1984, 2013, disponible en; [http:// anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/152225](http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/152225); revisado el sábado 25 de agosto de 2018, horas 16:25 pm)

2.3.33 Políticas sanitarias: forma de gobierno mediante la cual se rige la sociedad, se regula, para la búsqueda del bien común en relación con la salud de los ciudadanos. (Tsuchiya, 2003, pág. 1)

2.3.34 Protección Financiera en Salud: Es la garantía que otorga el Estado Plurinacional de Bolivia a las y los beneficiarios establecidos en la presente Ley que accedan a los servicios de salud de primer nivel, que sean referidos al segundo y tercer nivel, y a aquellos considerados como casos de urgencia y emergencia para que reciban gratuitamente las prestaciones de salud definidas por el Ministerio de Salud y Deportes, reduciendo el gasto de bolsillo de las familias y la posibilidad de que las mismas sufran un gasto catastrófico en salud. (Decreto Supremo Nro.1984, 2013, disponible en; [http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/ verGratis_gob/152225](http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/152225); revisado el sábado 25 de agosto de 2018, horas 16:48 pm)

2.3.35 Gasto de Bolsillo en Salud: Son todos los tipos de gastos sanitarios realizados por las familias en el momento en que uno de sus miembros se beneficia de un servicio de salud como ser honorarios médicos, compra de medicamentos, pago de servicios hospitalarios y otros. (Decreto Supremo Nro.1984, 2013, disponible en;

http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/152225; revisado el sábado 25 de agosto de 2018, horas 17:05 pm)

2.3.36 Gobierno: Es el principal pilar del Estado; la autoridad que dirige, controla y administra sus instituciones, la cual consiste en la conducción política general o ejercicio del poder ejecutivo del Estado. (Guerrero, 2009, pág. 2)

2.3.37 Estado: “Asociación de dominación con carácter institucional que ha tratado, con éxito, de monopolizar dentro de un territorio la violencia física legítima como medio de dominación y que, con este fin, ha reunido todos los medios materiales en manos de sus dirigentes y ha expropiado a todos los seres humanos que antes disponían de ellos por derecho propio, sustituyéndolos con sus propias jerarquías supremas” (Weber, 1979, pág. 92)

2.3.38 Necesidades Básicas insatisfechas: “NBI es un instrumento de política muy importante para focalizar acciones y políticas sociales, asignación de recursos e identificar brechas de desarrollo.” (INE, 2017, pág. 1, disponible en; <https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/2017-05-betty-pastor-bo.pdf>; revisado el día miércoles 26 de septiembre de 2018)

2.3.39 Recursos del Tesoro General de la Nación:

“Son los recursos, administrados por el Gobierno Central que se transfieren a las entidades de la Administración Central y al Fondo Compensatorio de Regalías creado por la Ley 1551 de 20 de abril de 1994, para financiar el Presupuesto de Inversión Pública, de conformidad a normas emitidas anualmente por el Órgano Rector para su incorporación en el PGN.” (Documento Técnico - Ministerio de Hacienda, 2003, pág. 3)

2.3.40: Recursos Específicos de las Entidades Públicas:

“Son recursos que, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes, se perciben y administran directamente por las entidades públicas y se totalizan para financiar sus Presupuestos de Inversión Pública y que deben ser incorporados en el PGN.” (Documento Técnico - Ministerio de Hacienda, 2003, pág. 3)

2.3.41: Recursos Externos:

"Son recursos que el Órgano Rector del SNIP contrata de Organismos Financieros Multilaterales, Agencias de Cooperación Internacional y Gobiernos, mediante convenios de crédito o donación, y que se transfieren a las entidades del sector público para financiar el Programa de Inversión Pública, de conformidad a los procedimientos establecidos en las presentes normas básicas, sus reglamentos y lo establecido en los respectivos convenios de financiamiento." (Documento Técnico - Ministerio de Hacienda, 2003, pág. 3)

2.4 Marco legal:

2.4.1 La Constitución Política del Estado, en su artículo 37, que indica:

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Del mismo modo en su artículo 35, garantiza el acceso Universal al sistema Único y su financiamiento. Del mismo modo el artículo 36 se refiere; El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley. Reconociendo en su artículo 39, El servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo a ley. También en el Art. 40: El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud también al derecho al acceso Universal a los medicamentos. En su artículo 41 se refiere; El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. Del mismo modo en su artículo 42, se refiere; al Derecho a la Medicina Tradicional.

2.4.2 La Ley Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para vivir bien, en su capítulo 2, artículo 4, numeral 4, que indica: El Estado Plurinacional de Bolivia y cualquier persona individual o colectiva se obliga a prevenir y/o evitar de manera oportuna eficaz y eficiente los daños a los componentes de la Madre Tierra incluyendo el medio ambiente, la biodiversidad, a la salud humana y a los valores culturales intangibles, sin que se pueda omitir o postergar el cumplimiento de esta obligación alegando la falta de certeza científica y/o falta de recursos.

2.4.3 La Ley 031 – de 19 de julio de 2010 Ley Macro de Autonomía y Descentralización “Andrés Bóñez”, en su artículo 81 inciso 1, que indica: El nivel central del Estado tendrá por competencia, asistir la integración social de sus habitantes, bajo principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo.

De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2, del Parágrafo 11 del Artículo 299, de la Constitución Política del Estado, en el Art.81, Parágrafo 111, se distribuyen las competencias de los Gobiernos departamentales autónomos en su inciso f:

“Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.”

2.4.4 Ley 475 de Prestaciones de Servicio de Salud Pública Integral, En su artículo 1 indica:
Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

En su artículo 8 indica:

Establecer el origen de los recursos financieros para la atención integral de salud que será financiada con las siguientes fuentes:

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

Todas estas leyes, garantizan el derecho a la salud y la enfocan a una primera responsabilidad financiera, sin importar la condición económica del paciente, intentando alcanzar a infraestructuras de tercer nivel e implementando un Seguro Universal de Salud.

2.4.5 Decreto Supremo Nº 961, 18 de agosto de 2011

Indica en el preámbulo del Artículo 57 de la Ley N.º 3058, establece que los beneficiarios destinarán los recursos recibidos por concepto de IDH para los sectores de educación, salud, caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuentes de trabajo.

2.4.6 Ley 1152 del Sistema Único de Salud.

En su artículo 1 tiene por objeto:

Modificar la Ley Nº 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley Nº 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

MARCO METODOLOGICO

CAPITULO III - Marco Metodológico

3.I Características de la investigación:

3.1.I Alcances

El presente trabajo de investigación consiste en el análisis del impacto de las políticas públicas en salud con relación al progreso social de la red de salud 5 Sur de la ciudad de La Paz, para esto se contempló todo lo planificado en los métodos teóricos, así como el los prácticos para la recolección de información, además de las técnicas para la obtención de resultados.

3.1.2 Limitaciones

A lo largo del desarrollo de la investigación las principales limitaciones estuvieron ligadas a la obtención de información técnica por parte del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFFE), la demora al momento de acceder a información de otras instituciones públicas, tanto Gubernamentales, Departamentales cómo Municipales, la cual fue de carácter limitado para determinadas gestiones y a niveles macro por lo que se desagregó la información obtenida generando un margen de error en los resultados expuestos. Así también las limitantes se presentaron con la disponibilidad de tiempo de autoridades municipales para la obtención de su opinión referente al tema de investigación.

3.2 Delimitación Espacial:

La presente investigación tiene un espacio definido de estudio en la red de salud 5 Sur que comprende el Macrodistrito Sur y Mallasa de la ciudad de La Paz.

3.3 Delimitación Temporal:

La presente investigación considera el periodo de estudio comprendido entre los años 2014 – 2018.

3.4 Sujeto de investigación:

Las políticas públicas de protección sanitaria, que es atribución específica del ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, Considera a la institución como

sujeto de estudio, a través de la revisión de datos estadísticos, del mismo modo se considera la participación del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, la sub alcaldía del macro distrito Sur y Mallasa, que comprenden la red de Salud 5 Sur , así mismo la opinión de profesionales expertos en materia de economía y salud, mediante datos cualitativos siendo estos entrevistas, se realizó un estudio social en cuanto al nivel de atención sanitaria, inversión en infraestructura y gasto corriente en salud en postas sanitarias, centros de salud de 1 er nivel y 2do nivel.

3.5 Hipótesis:

El impacto de las políticas públicas de protección sanitaria (inversión y gasto) favorece el progreso social en la red de salud Sur de la ciudad de La Paz durante el periodo 2014 –2018.

3.6 Operacionalización de Variables:

Tabla 3 operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Instrumento
(independiente) "Políticas públicas de protección sanitaria (inversión y gasto)"	Forma de gobierno mediante la cual se rige la sociedad, se regula para la búsqueda del bien común en relación con la salud de los ciudadanos.	Económico / Financiera	Inversión en infraestructura y equipos.	Revisión documental.
			Gasto corriente.	Entrevista.
			Modelo Econométrico.	Proyecciones
				Revisión documental.
(dependiente) "Progreso social"	Es el cambio de la sociedad hacia su ideal, incluye todos los avances que afectan a la mejora de las condiciones de vida de los seres humanos.	Social	Nutrición y cuidados Médicos básicos.	Revisión documental
			Agua y saneamiento.	
			Vivienda.	
			Seguridad personal.	Entrevista
			Salud y bienestar.	Proyecciones
			Acceso a conocimientos básicos.	
			Calidad medio-ambiental.	

Fuente: elaboración propia, 2019

3.7 Universo de estudio:

El universo establecido para el análisis involucra el Ministerio de Salud, el Servicio Departamental de Salud (SEDES), los centros de salud públicos y privados pertenecientes a la red de salud 5 Sur de la ciudad de La Paz. La sub alcaldía del macro distrito sur, la sub alcaldía del macro distrito Mallasa.

3.8 Población

La población se define en centros de salud tanto públicos como privados de la red de Salud 5 Sur de la ciudad de La Paz.

3.9 Unidades de observación:

Son expertos en el área de salud, expertos en macroeconomía y autoridades municipales.

3.10 Enfoque de la investigación:

De acuerdo a los requerimientos del análisis, el enfoque de la investigación es cualicuantitativo, debido a que para su elaboración fue necesario un enfoque cuantitativo puesto que se identificarán cifras para comprender y comparar las realidades en distintas situaciones en el área de salud, haciendo uso de instrumentos como revisión de datos existentes en el Ministerio de salud, y cualitativo dado que la calidad de información influye en el desarrollo de la comparación así como la observación del desempeño de los centros de salud pertenecientes a la red de salud Sur.

3.11 Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación para el análisis es de tipo transeccional, ya que recaba datos de gestiones involucradas en el periodo de estudio para analizar el impacto de inversión y gasto de las políticas públicas en el progreso social de la ciudad de La Paz y enfocarlas en el presente año sin manipular variables de estudio.

3.12 Tipo de investigación:

El estudio se lleva a cabo a través de una investigación de tipo analítica descriptiva ya que por medio de la descripción, análisis e interpretación de las políticas públicas de protección sanitaria se pretende identificar su efecto en el progreso social en la red de salud sur de tal modo que establece la comparación entre las variables de estudio, con el propósito de demostrar la hipótesis.

3.13 Métodos y técnicas de investigación:

3.13.1 Métodos teóricos:

Análisis–Síntesis:

El método de análisis, síntesis estudia de manera separada las variables con la finalidad de obtener conclusiones y realizar un compendio de los conceptos mas importantes relacionados a las políticas públicas de protección sanitaria.

Inducción–Deducción:

La investigación es deductiva puesto que permite partir del análisis de las políticas públicas de protección sanitaria, a llegar a identificar su participación en el progreso social a través de la inversión y el gasto. A su vez es inductivo ya que los datos obtenidos en forma particular responderán a la aplicación de las políticas públicas de protección sanitaria.

Histórico–Lógico:

El análisis se realiza en orden cronológico de acuerdo a los periodos en lo que se estudian las diferentes variables, con el fin de la que información se presente de manera ordenada para su correcta utilización.

3.13.2 Técnicas:

Las técnicas que utiliza este análisis consisten; entrevistas a expertos, revisión documental y proyecciones.

Entrevistas a expertos:

Se realizarán las entrevistas a expertos en el área con el fin de recabar información cualitativa que permita validar y complementar los datos trabajados acorde a la información teórica ya existente en el ámbito de economía y salud.

Revisión documental:

Se realizará la recolección de los datos de las entidades responsables en el manejo de información en salud con el fin de presentar resultados que demuestren el progreso social, así como la contribución de las políticas públicas de protección sanitaria en el ámbito de inversión y gasto.

Métodos estadísticos:

Se desarrollarán las proyecciones para que a través de un modelo econométrico se pueda analizar el impacto de las políticas públicas de protección sanitaria en inversión y gasto respecto al progreso social, en la red de salud Sur para poder demostrar la hipótesis.

Se aplicará el Índice de progreso social (IPS) para analizar el impacto de las políticas públicas (inversión y gasto) de salud en el progreso social mediante proyecciones.

MARCO PRACTICO

CAPITULO IV -Marco Práctico

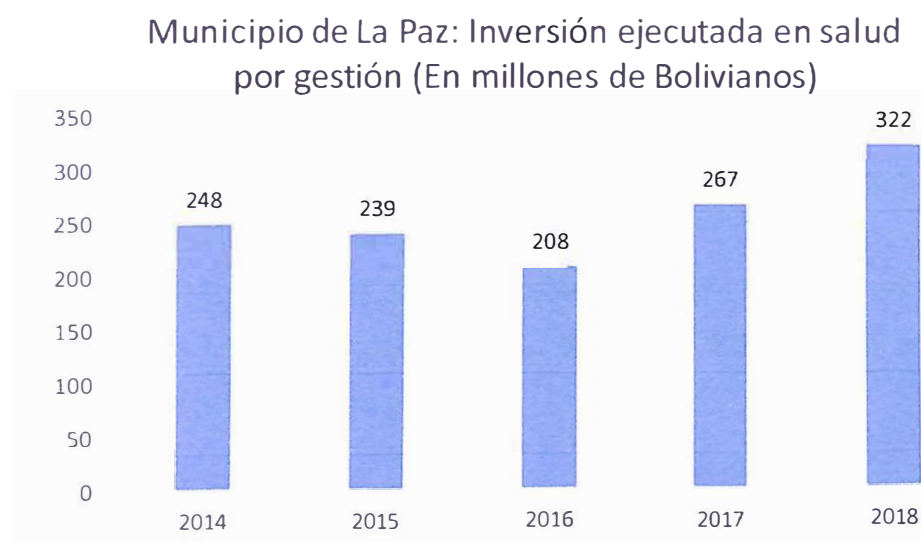
4.1 Presentación de resultados de la revisión documental Especializada para la inversión y gasto corriente en salud.

Con la finalidad de realizar el análisis del impacto de las políticas públicas de protección sanitaria en el progreso social en la red de salud 5 Sur se establece la siguiente información.

4.1.1 Inversión en el sector salud en el Municipio de La Paz durante los periodos 2014 -2018.

El gráfico a continuación muestra la inversión ejecutada en Salud durante las gestiones 2014 –2018 en millones de bolivianos, observando que la gestión 2016 es la gestión con menos inversión en relación a las demás gestiones registrando 208 millones de bolivianos asignados y ejecutados a Salud, en tanto la gestión 2018 obtiene un 35% más de presupuesto en relación al 2016 siendo la gestión con mayor inversión en salud en el periodo de estudio registrando un total de 322 millones de bolivianos ejecutados en el sector.

Gráfico 3 Inversión ejecutada en salud.



Fuente: Dirección Municipal de Salud, 2018

En la tabla a continuación se observa el número de atenciones brindadas por los centros de salud en sus correspondientes redes para cada gestión involucrada en el periodo de estudio.

Tabla 4 Consulta externa por Red de Salud.

Número de consultas externas por red de salud						
REDES	2018	2017	2016	2015	2014	TOTAL
RED - 1	175.047	130.904	126.573	127.330	112.494	672.348
RED - 2	213.120	194.695	173.539	177.910	181.521	940.785
RED - 3	132.538	128.612	142.319	138.717	131.592	673.778
RED - 4	85.093	77.353	88.911	83.896	86.199	421.452
RED - 5	121.673	110.273	117.373	112.690	97.560	559.569
Total, Municipio	727.471	641.837	648.715	640.543	609.366	326.7932

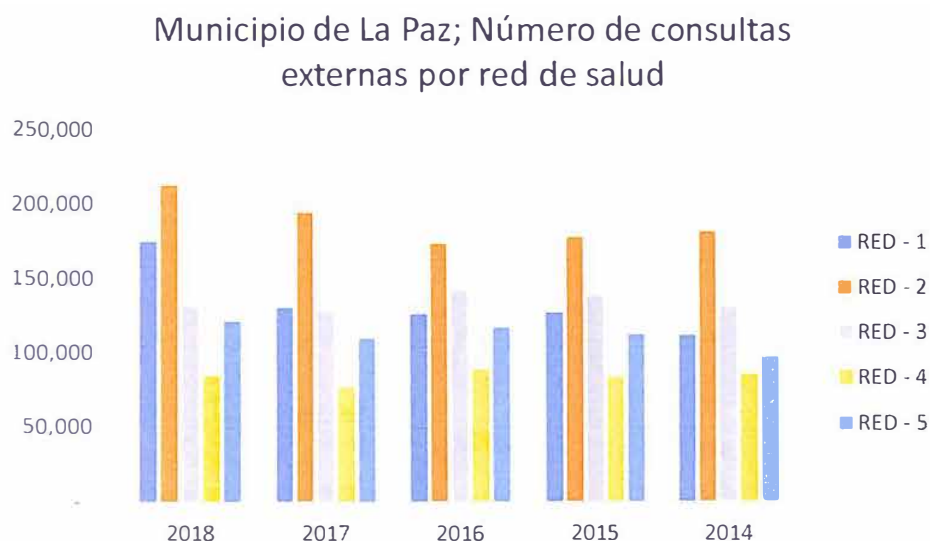
Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, (SNIS)

Elaboración: Propia, 2019

El grafico siguiente muestra claramente que la red de Salud 2 Nor Oeste es la red que más demanda tiene puesto que se atiende a la mayoría de la población del Municipio de La Paz, registrando en estos 5 años más de 940 millones de atenciones, la Red de salud 4 Este sin embargo es que muestra menor número de atenciones registrando un total de 421,425 atenciones en los 5 años de investigación, un factor que afecta a esta situación es la ausencia de un hospital de segundo nivel para esta Red, siendo la única del municipio que no cuenta con este nivel de atención.

La Red de salud 5 Sur en los 5 años de estudio registro 559,569 consultas, un 33% más de atenciones recibidas que la red de salud 4 y 17% menos en relación a las consultas recibidas por la red de salud 1.

Gráfico 4 Consulta externa por red de salud.



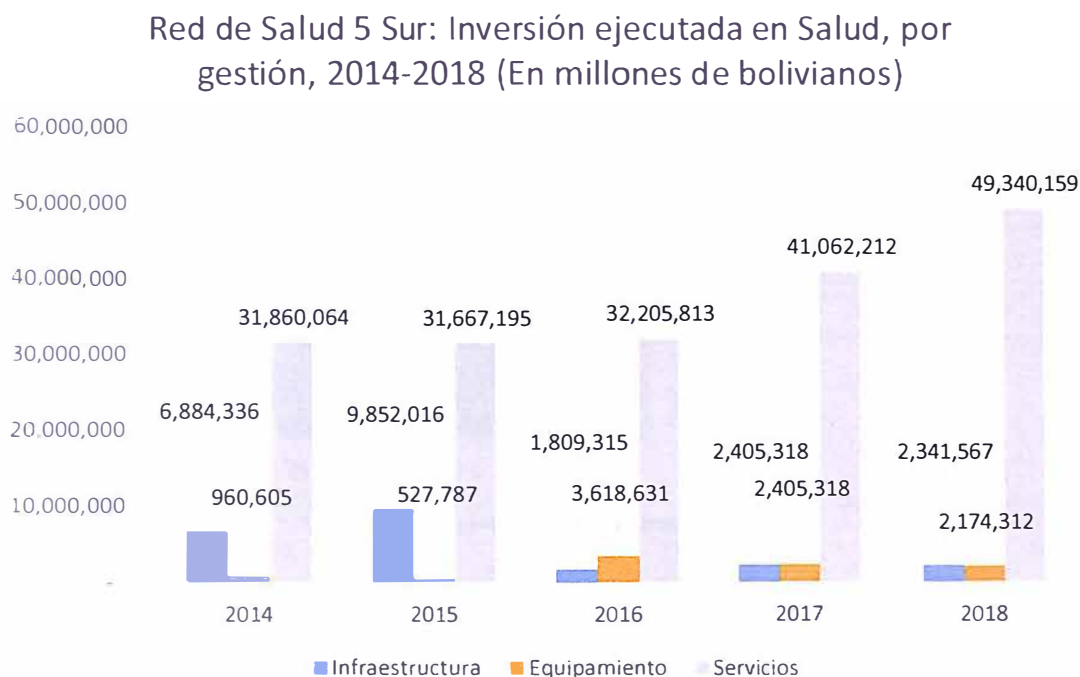
Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Dirección Municipal de Salud, 2018

Elaboración: Propia, 2019

4.1.2 Inversión en el sector salud en la red de salud 5 - Sur durante los periodos 2014 – 2018.

a) Ejecución de los proyectos del presupuesto de inversión pública en el sector salud, Red de salud 5 Sur durante los años 2014 - 2018. Para obtener la inversión efectuada en la red de salud 5 Sur, se realizó un prorrateo del presupuesto Municipal, junto con el número de consulta externa, es decir la cantidad de atenciones que brindan los centros de salud por red de Salud, teniendo presente que los centros de salud y por tanto la red que mayor atención brinda a la población es la red que mayor inversión y gasto debe realizar, ya que el Municipio de La Paz cuenta con 5 redes, en el grafico 2 claramente se observa que la red de salud 5 Sur, es una de las redes que menos atenciones registra en comparación a las demás redes de salud junto a la red de salud 4 Este que es la red que menos atenciones registra.

Gráfico 5 Inversión ejecutada en Salud; Red de salud 5 - Sur.



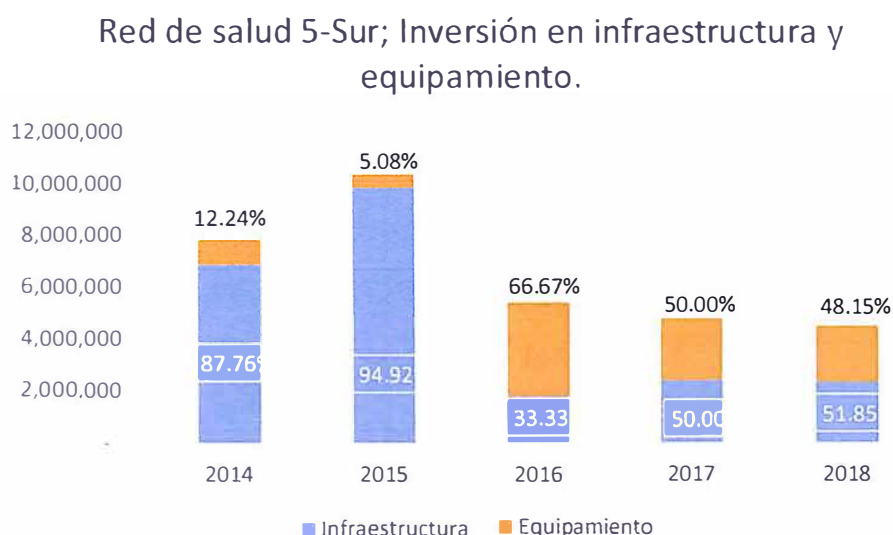
Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Dirección Municipal de Salud, 2018

Elaboración: Propia, 2019

En el gráfico anterior se observa el gasto de inversión que se realizó en los centros de salud públicos del municipio de La Paz, donde se aprecia que el presupuesto en su mayoría se destina al pago de servicios, incrementándose cada año, el presupuesto destinado a infraestructura a partir de la gestión 2016 se ve reducido en más de 80% respecto de la gestión 2015, en el año 2017 y 2018 este se incrementó en un promedio de 23 %, finalmente se aprecia que la inversión en infraestructura es muy reducida en comparación pero que en cada gestión fue incrementando hasta el 2016, destinando 24 millones de bolivianos en los 5 años que involucra el periodo de estudio, registrando en la gestión 2016 la mayor cantidad del presupuesto con más de 3.5 millones de bolivianos.

b) Inversión en infraestructura y equipamiento Red de salud 5 -Sur durante los años 2014 -2018.

Gráfico 6 Inversión en Infraestructura y Equipamiento; Red de Salud 5 - Sur.



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Dirección Municipal de Salud, 2018

Elaboración: Propia, 2019

En cuanto a la inversión en infraestructura y equipamiento municipal en salud se observa que hasta la gestión 2015 mayormente la inversión se la destinaba a infraestructura en salud dejando un reducido presupuesto para el equipamiento en salud, para el año 2016 en adelante la inversión se ve afectada con una disminución del 48% donde se observa que se destinaba un mayor porcentaje a la inversión en equipamiento en salud a excepción de la gestión 2017 donde el 50% del presupuesto fue destinado a infraestructura y el restante a equipamiento.

4.1.3 Gasto corriente en el sector salud en el municipio de La Paz durante los periodos 2015 – 2018.

Gasto corriente en el sector salud del Gobierno Municipal de La Paz del 2014 al 2018.

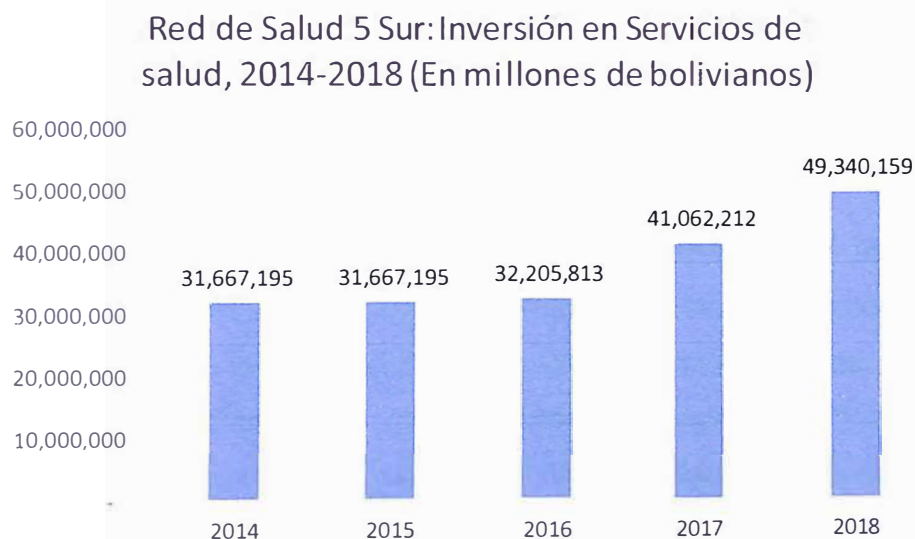
Tabla 5 Gasto en servicios de salud; Red de salud 5 - Sur

Red de Salud 5 Sur: Gasto en Servicios de salud, 2014-2018 (En millones de bolivianos)	
Año	Total
2018	Bs49,340,159
2017	Bs41,062,212
2016	Bs32,205,813
2015	Bs31,667,195
2014	Bs31,667,195

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Dirección Municipal de Salud, 2018
Elaboración: Propia, 2019

Los gastos en servicios de salud representando la mayor parte del presupuesto municipal destinado al sector, puesto que dentro de este se incluyen tanto los gastos en insumos médicos, material, personal, así como servicios básicos.

Gráfico 7 Gasto en servicios de salud; Red de salud 5 -Sur.



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Dirección Municipal de Salud, 2018
Elaboración: Propia, 2019

En el siguiente grafico se observa que el presupuesto destinado a servicios en salud fue equitativo durante las 3 primeras gestiones, incrementándose para las 2 siguientes

registrando un total de 41 y 49 millones de bolivianos en el año 2017 y 2018 respectivamente, con incrementos del 22% para el 2017 respecto del 2016 y 25% para el 2018 respecto del 2016.

4.2 Presentación de resultados de la revisión documental Especializada para el Índice de Progreso Social (IPS).

4.2.1 Análisis de la metodología del índice de progreso social (IPS)

Específicamente, se considera el progreso social de una forma sistemática e integral, con un marco que está compuesto por tres elementos: dimensiones, componentes, e indicadores.

Al igual que el "índice de progreso social" (IPS) calculado a nivel mundial, el índice a nivel red de salud contará con las tres dimensiones; (cómo se muestra en la tabla 1 en las páginas 33-34) Necesidades Humanas Básicas, Fundamentos del Bienestar y Oportunidades.

Las dimensiones representan las categorías conceptualmente más amplias que definen el progreso social. El índice se calcula como el promedio ponderado de la puntuación de un país en cada una de las tres dimensiones. Dentro de cada dimensión hay cuatro componentes: esto es, cuatro conceptos únicos, pero relacionados, que juntos componen una dimensión. El puntaje de dimensión de una región se calcula como el promedio ponderado de los cuatro componentes en esa dimensión.

Cada componente incorpora indicadores que miden todos los aspectos válidos que sean posibles de calcular en el mismo. Estos indicadores se suman utilizando un promedio ponderado, donde las ponderaciones se determinan mediante el análisis de los componentes principales (ACP) el cual permite calcular una puntuación agregada a partir de indicadores múltiples relacionados con un concepto común.

La primera dimensión está constituida por 17 indicadores, la segunda dimensión por 14 indicadores y la tercera dimensión por 19 indicadores, dando como resultado un total de 50 indicadores para la construcción final del índice a nivel red.

El (IPS) asume valores entre 0 y 100, correspondiendo el valor más alto a una mayor satisfacción de las necesidades sociales y ambientales de los ciudadanos de una región. En términos generales, se calcula como un promedio simple de los valores alcanzados en cada una de las tres dimensiones consideradas, las cuales, a su vez, asumen valores entre 0 y 100, correspondiendo el valor más alto al mejor desempeño. La metodología general seguida para la estimación del Índice de Progreso Social es la que se empleó en la gestión 2017, que presenta variaciones en relación a las de 2014 y 2015.

4.2.2 Metodología del cálculo del índice de progreso social.

Ponderación y Agrupación de Indicadores

Utilizamos el análisis de componentes principales (ACP) para determinar la ponderación de cada indicador dentro de un componente. Esta técnica combina los indicadores en un componente que captura la máxima cuantía en la varianza de los datos, al mismo tiempo que reduce cualquier redundancia entre los indicadores. Al investigar la mejor forma de construir el Índice de Progreso Social, buscamos una ponderación equitativa de los indicadores dentro de cada componente y el uso del ACP para calcular la ponderación de cada indicador. A través de este proceso, se encontró que el ACP pondera los indicadores muy cerca de la igualdad entre muchos componentes, lo que refleja una buena selección de indicadores para medir el concepto del componente

Después de llevar a cabo el ACP en cada componente, evaluamos la bondad del ajuste de los datos usando la medida Kaiser-Meyer-Olkin (KM0) de adecuación muestral. El índice KM0 compara las correlaciones entre las variables y sus correlaciones parciales, asumiendo valores entre 0 y 1. Un KM0 cercano a 1 nos indicaría que es correcto utilizar el ACP con las variables incluidas, si el índice se acerca a 0 significaría que no es adecuado hacer el PCA con las mismas variables y es posible que deba hacerse una revisión en los indicadores usados. De forma consensual se afirma que las variables incluidas son permitidas cuando el índice KM0 es superior a 0.5. El (IPS) utiliza los resultados de KM0 reflejados en la tabla 3. Para los datos que utiliza el IPS, la puntuación media de KM0 es superior a 0,5 en todos los componentes, mostrando

que la agrupación de indicadores elegidos en cada componente del Índice de Progreso Social proporciona una buena medida del concepto subyacente.

Tabla 6 Promedio de la media de adecuación muestral Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) según componente.

	Componente	KMO Media
Necesidades humanas básicas	Nutrición y cuidados médicos básicos	0.75
	Agua y saneamiento	0.75
	Vivienda	0.68
	Seguridad personal	0.77
Fundamentos del bienestar	Acceso a conocimientos básicos	0.80
	Acceso a información y comunicaciones	0.60
	Salud y bienestar	0.50
	Calidad medioambiental	0.73
Oportunidades	Derechos personales	0.80
	Libertad personal y de elección	0.68
	Tolerancia e inclusión	0.69
	Acceso a educación superior	0.76

Fuente: social progress imperative index, 2017

El valor individual de cada componente se calcula sumando el puntaje ponderado de los indicadores que lo conforman, como se observa en la formula siguiente:

Fórmula 1:

$$\text{Componente } C = \sum_i (W_i * \text{indicador } i)$$

Donde:

C = componente

i = indicador

wi = puntaje de la variable

Puntajes de Componentes

El último paso para calcular cada componente es proveer transparencia y comparabilidad a la medición.

Para lograr esto, calculamos los puntajes finales utilizando un conjunto de datos estimados para el mejor y el peor escenario para cada indicador. Los puntajes del mejor y peor escenario se definen a nivel de cada indicador, de acuerdo con la definición de cada dato.

Este proceso permite calificar a la Red de salud 5-Sur en una escala del 0 al 100, donde 100 equivale al mejor escenario estimado y 0 al peor escenario estimado a nivel de componentes. La siguiente formula es utilizada para calcular la puntuación de componente para la red de salud:

Fórmula 2:

$$\frac{(X_j - \text{Peor escenario})}{(\text{Mejor escenario} - \text{Peor escenario})}$$

Donde:

X_j = valor bruto para cada componente

Tabla 7 Estadística para cada componente por dimensión según metodología IPS 2017.

	Componente	Media	Desviación Estándar	Min	Max
Necesidades humanas básicas	Nutrición y cuidados médicos básicos	88.98	12.61	41.62	99.65
	Agua y saneamiento	73.12	26.32	16.03	100.00
	Vivienda	67.59	20.88	6.96	94.28
	Seguridad personal	69.34	14.58	26.39	94.02
Fundamentos del bienestar	Acceso a conocimientos básicos	85.86	14.87	37.03	99.86
	Acceso a información y comunicaciones	69.30	15.57	26.58	95.80
	Salud y bienestar	65.35	12.40	29.03	84.92
	Calidad medioambiental	64.39	15.42	21.64	92.99
Oportunidades	Derechos personales	58.26	23.43	5.31	97.89
	Libertad personal y de elección	62.00	14.47	27.26	91.69
	Tolerancia e inclusión	52.22	15.16	18.75	93.04
	Acceso a educación superior	40.11	23.03	3.45	89.55

Fuente: social progress imperative index, 2017

Puntaje por dimensión

La tabla 4 provee un resumen estadístico para cada dimensión del índice, donde el puntaje de cada dimensión es el promedio de los cuatro componentes que la conforman (véase la Fórmula 3 a continuación).

Tabla 8 Estadística para cada dimensión según metodología IPS 2017.

Dimensión	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Necesidades Humanas Básicas	74,72	16,90	27,82	96,79
Fundamentos del Bienestar	71,34	12,09	35,41	91,75
Oportunidades	53,88	16,22	21,90	88,00

Fuente: social progress imperative index, 2017

Formula 3

$$\text{Dimensión } d = \frac{1}{4} \sum \text{Componente } c$$

Puntaje del índice

El puntaje general del índice de Progreso Social se calcula como el promedio simple de las tres dimensiones. De esta forma, el puntaje del índice de Progreso Social para la red se calcula de la siguiente manera:

Fórmula 4

$$IPS = \frac{1}{3} \sum_d \text{Dimensión } d$$

4.2.3 Tercera dimensión del Índice de Progreso Social, Oportunidades, como variable constante.

Obtenidos los resultados de las dimensiones de Necesidades Humanas Básicas y Fundamentos del Bienestar a nivel red de salud 5-Sur, antes del cálculo del puntaje del IPS se debe aclarar que la dimensión de Oportunidades para el cálculo de la red

se la mantuvo constante, y para ello se toma en cuenta el resultado de la dimensión a nivel nacional, siendo que esta dimensión debe tomar en cuenta no sólo si los ciudadanos pueden mejorar sus propias vidas, sino también si tienen la libertad y las oportunidades para tomar sus propias decisiones. Los derechos personales, la libertad personal y de elección, un ambiente de tolerancia e inclusión y el acceso a la educación superior, son elementos que contribuyen a definir el nivel de oportunidades en el que se encuentra una sociedad determinada. Por lo que al encontrarse Bolivia en una sociedad que se rige bajo los principios socialistas comunitarios productivos y al ver al País bajo un modelo de economía plural, los resultados de esta dimensión a nivel nacional deben ser representativos para efectuar el cálculo del índice a cualquier nivel de desagregación y en cualquier parte del país puesto que esta dimensión del Índice de Progreso Social es quizás la más controversial y la más difícil de medir. Sin embargo, no cabe duda de que la sociedad enfrentan dificultades para cumplir con el deber moral de garantizar la equidad de oportunidades para todos sus ciudadanos.

4.2.4 Instrumento de medición cuantitativa para la dimensión subjetiva del progreso social en datos que representan a la población de la red de salud 5 sur de la ciudad de La Paz.

Las condiciones de desarrollo y bienestar relevantes para una colectividad son tanto objetivas como subjetivas. Son objetivas porque las condiciones para que las personas desarrollen sus potencialidades tienen que estar ahí, materialmente, en forma de infraestructura, oportunidades de formación y progreso, y libertades que permitan el ejercicio pleno de derechos.

También son subjetivas porque la gente tiene que creer en ellas, tiene que sentir que efectivamente tiene a su alcance las condiciones materiales que le permitan ejercer sus capacidades para vivir bien. El indicador subjetivo del Índice de Progreso Social, IPS-S, mide precisamente la manera en que las personas entienden estas sus condiciones materiales de vida.

Los datos utilizados tienen por objetivo poder medir la parte subjetiva del índice, mediante datos cuantitativos que permitan su aproximación a criterios de un análisis

subjetivo, la información de los mismos proviene del anuario estadístico del municipio de La Paz 2017, Instituto Nacional de Estadística (INE), y el observatorio La Paz como vamos, y encuestas base para la metodología del Índice de Progreso Social aplicados en los grandes centros urbanos del País, (Santa Cruz, La Paz, Cochabamba) a través de Ciudadanía Bolivia, El instrumento puede ser aplicado y replicado en encuestas aplicadas en otros países y regiones, lo que permite generar información válida comparable entre contextos distintos.

4.2.5 Revisión documental a nivel macro distrital y red de salud 5 Sur para los indicadores que conforman el Índice de Progreso Social.

Como se muestra en la tabla 2.2.6 del marco referencial en el capítulo 11, y como se explica en el numeral 4.2.2 del presente capítulo, se desarrolla a continuación la medición del Índice de Progreso Social en sus tres dimensiones, (8 componentes y 31 indicadores correspondientes a las dos primeras dimensiones puesto que la tercera dimensión se muestra constante para las gestiones que se involucran el periodo de estudio.

1ra Dimensión: Necesidades Humanas Básicas

Nutrición y cuidados médicos básicos:

Para los indicadores que conforman el componente nutrición y cuidados médicos básicos, se obtuvieron datos del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, reflejando resultados específicamente para la red de salud 5 Sur los cual se muestran a continuación:

a) Desnutrición.

En la tabla a continuación se puede observar que en el año 2014 se registró la mayor cantidad de personas desnutridas para la red de salud 5 Sur con un total de 1122 casos, sin embargo, para el año 2015 esta se redujo en un poco más del 70% a partir de ese año la cantidad de personas desnutridas fue en ascenso cada año hasta el 2018, donde respecto al 2015 aumento en más de 170%.

Tabla 9 Desnutrición red de salud 5 - Sur en número de habitantes.

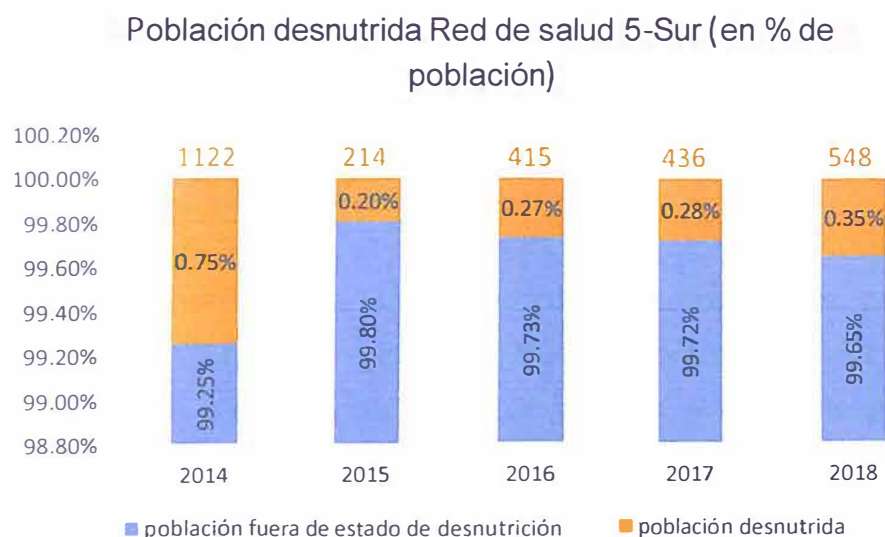
Desnutrición Red de salud 5-Sur (Nro. de habitantes)	
Año	Total
2018	548
2017	436
2016	415
2015	314
2014	1122

Fuente: Servicio Departamental de Salud

Elaboración: Propia, 2019

De acuerdo a los registros del Servicio Departamental de Salud en el gráfico a continuación se observa que en los 5 años que involucra el periodo de estudio la desnutrición no supero el 1 % de la población de la Red de Salud 5 Sur, sin embargo, si bien los esfuerzos por reducir este índice mostraron resultados favorables en el año 2015 fueron incrementándose año tras año hasta alcanzar un 0.35% de la población desnutrida en 2018.

Gráfico 8 Desnutrición red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

b) Intensidad del déficit alimentario.

En la tabla siguiente se aprecia el número de kilo calorías necesarias para sacar a los desnutridos de ese estado para cada gestión, por lo que se muestra una mayor cantidad para el año 2014 puesto que es el año que más desnutrición ha presentado acorde a la tabla mostrada en el inciso a del componente de nutrición y cuidados médicos básicos, para lo cual los requisitos ascendían a un total de 190417.43 kilo calorías para haber evitado la desnutrición en esa gestión, el 2015 es la gestión que requirió de menos kilo calorías para sacar a los desnutridos de ese estado registrando un total de 51370 kilo calorías, a partir de esa gestión el número de kilo calorías necesarias para sacar a las personas en estado de desnutrición fue en incremento lo que indica también que los índices de desnutrición fueron incrementando hasta llegar a incrementar la cantidad de kilo calorías necesarias en un 176% para la gestión 2018 respecto de la gestión 2015.

Tabla 10 Intensidad de déficit alimentario en kilocalorías (Kcal).

Gestión	Promedio según gestión * Nro. de personas desnutridas red SUR
2018	90344,65
2017	74321,65
2016	68284,36
2015	51370,40
2014	190417,43

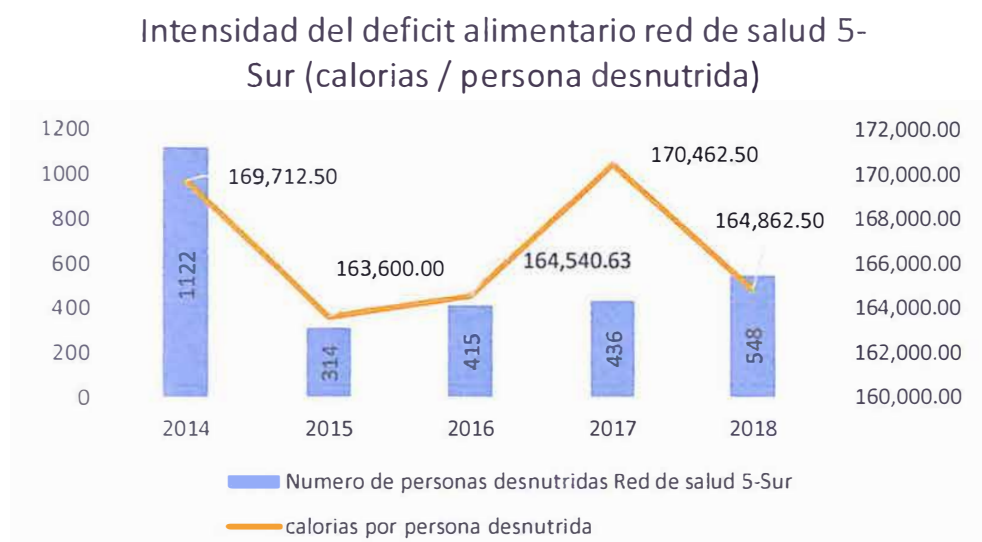
Fuente: Organización panamericana de la Salud (OPS)

Elaboración: Propia, 2019

El gráfico a continuación muestra la cantidad de calorías necesarias para sacar a las personas desnutridas de dicho estado, con base en la tabla anterior y tomando en cuenta que 1 kilocaloría es equivalente a 1000 calorías, el siguiente gráfico muestra que en la gestión 2017 se requirió de una mayor cantidad de calorías por persona desnutrida registrando un total de 170.462,50 calorías, a apenas por encima de la registrada en la gestión 2014 con un 0.44% más y a pesar de que en esa gestión se

registraron 1122 personas en estado de desnutrición, en 2017 se logró reducir esta cifra en un 61%, es decir registrando 436 casos de desnutrición, por tanto si bien la cantidad de personas en estado de desnutrición se redujo en 2017 respecto de 2014 en más de la mitad de casos, los índices de desnutrición por persona en 2017 fueron mucho mayores que en 2014 provocando que la intensidad del déficit alimenticio para el 2017 supere la intensidad de déficit alimenticio en 2014.

Gráfico 9 Intensidad de déficit alimenticio red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

c) Mortalidad materna.

Para el indicador de mortalidad materna el sistema de base de datos no registra la cantidad de muertes maternas para la gestión 2014 puesto que se utilizaba otro sistema de registro de datos el cual no contemplaba la variable específica a continuación. Por lo que se realizó una estimación para la gestión 2014 mediante una regresión lineal simple.

Tabla 11 Muerte materna (número de habitantes).

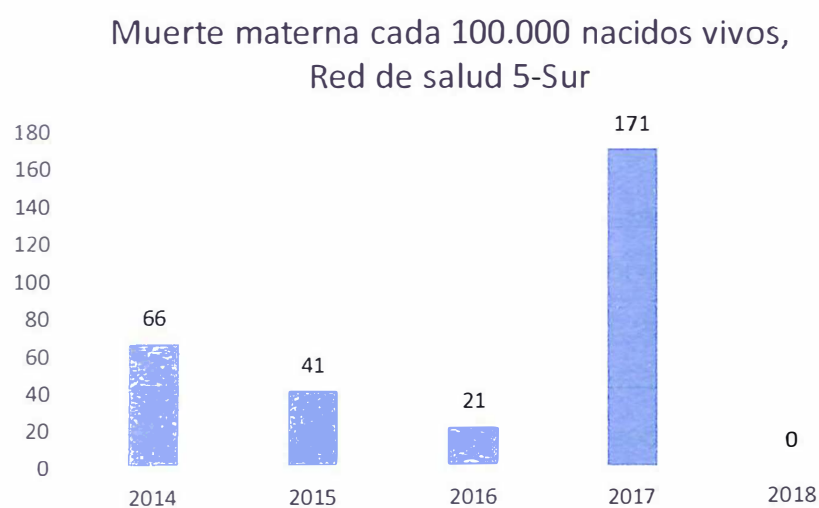
Muerte Materna Red de salud 5 - Sur (Nro. de habitantes)	
Año	total
2018	0
2017	8
2016	1
2015	2
2014	3

Fuente: Servicio Departamental de Salud

Elaboración: Propia, 2019

En el grafico siguiente se observa la mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos, tomando en cuenta los nacimientos esperados para la red 5 – Sur en cada gestión involucrada en el periodo de estudio para efectos de cálculo, identificando que la mayor cantidad de casos de mortalidad materna que se presentaron se registraron en el año 2017 con 171 casos incrementándose en aproximadamente un 80% en relación al año anterior, 2016, donde se presentaron 21 caso, para la gestión 2018 no se presentaron casos de muerte por maternidad.

Gráfico 10 Muerte materna red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

d) Mortalidad Infantil.

En la tabla a continuación se puede observar que en el año 2015 se registró la menor cantidad de casos de muerte infantil con 60 casos, mostrando una reducción significativa e importante de más del 55 % con respecto al año anterior (2014), sin embargo para los años siguientes, del 2016 en adelante, el número de casos se incrementó, registrándose el más alto para el 2017, con un incremento del 38.1 % desde el 2015 con 97 casos, terminando el 2018 con un registro de 86 casos es decir un reducción de 11 % de casos de mortalidad infantil en el último año.

Tabla 12 Mortalidad Infantil (número de habitantes)

Mortalidad Infantil red de salud 5 - Sur (Nro. de habitantes)	
Año	Total (menor a 5 años)
2018	86
2017	97
2016	82
2015	60
2014	108

Fuente: Servicio Departamental de Salud (SEDES)

Elaboración: Propia, 2019

En el grafico siguiente se observa la mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos, tomando en cuenta los nacimientos esperados para la red 5 – Sur en cada gestión involucrada en el periodo de estudio para efectos de cálculo, donde se observa que en los años 2014 y 2017 son los que un mayor índice de mortalidad infantil registran, con un total de 24 y 21 casos respectivamente, si bien para el 2015 se presentó una reducción importante del 50% para el indicador siendo la gestión con la menor incidencia en mortalidad infantil que involucra el periodo de estudio, este se incrementó para los dos años siguientes (2016 y 2017) en un 150% y 175% respectivamente, finalmente para el último año (2018) este indicador se redujo en un 15% igualando las cifras de la gestión 2016 registrando aproximadamente 1 recién nacido fallecido cada 56 casos de recién nacidos vivos.

Gráfico 11 Mortalidad Infantil Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

e) Muertes por enfermedades infecciosas.

Para tener una aproximación de los casos de mortalidad por VIH/SIDA para la red de salud 5 Sur se desagregaron los datos a dicho nivel utilizando una estimación por regresión lineal con intercepto igual a cero, obteniendo el coeficiente estimado del número de poblaciones según año, posteriormente cada valor estimado del número de muertes por enfermedades infecciosas (VIH/ SIDA) correspondientes a la red de salud 5- Sur fue producto del indicador de casos de muerte ocurridas del Departamento de La Paz por VIH/ SIDA por el valor relativo obtenido del valor estimado por regresión multivariable entre la población red Sur para cada año que involucra el periodo de estudio, la desagregación estimada a continuación refleja impacto de la mortalidad por enfermedades infecciosas considerando factores mencionados en el párrafo anterior que se reflejan en la tabla a continuación.

De acuerdo a los casos ocurridos en la red de salud 5-Sur y por los valores estimados se evidencia que la probabilidad de ocurrencia por una muerte en la red 5-Sur es de 3 personas en 5 años.

Tabla 13 Mortalidad por enfermedades infecciosas red de salud 5 - Sur.

Mortalidad por enfermedades infecciosas Red de salud 5-Sur (Nro. de habitantes)	
Año	Total
2018	1
2017	0
2016	1
2015	0
2014	1

Elaboración: Propia, 2019

Agua y Saneamiento:

Para los indicadores que conforman el componente de agua y saneamiento se obtuvieron datos de La Secretaría Municipal de Planificación para el Desarrollo del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, así como del Observatorio La Paz cómo vamos entre otras fuentes, la información hace referencia a los macro distritos tanto Mallasa como Sur ya que en ambos se conforma la red de salud 5 Sur.

a) Acceso a Agua Potable.

Para los datos de acceso a agua potable se obtuvo información para el año 2016 mediante el anuario estadístico del Municipio de La Paz 2017, en el cual se refleja el porcentaje de la población que tiene acceso a agua potable por distrito y macrodistrito, para obtener el dato porcentual que refleje la población con acceso a agua potable en la red de salud 5 Sur, se estableció un promedio del total de las viviendas con acceso a este servicio entre los macrodistrito Sur y Mallasa, posteriormente se estimó el dato en porcentaje para las gestiones restantes involucradas en el periodo de estudio utilizando la metodología de estimación para años faltantes, para los años siguientes al 2016 y una regresión lineal para los años anteriores al 2016.

Tabla 14 Acceso a agua potable (en porcentaje de población).

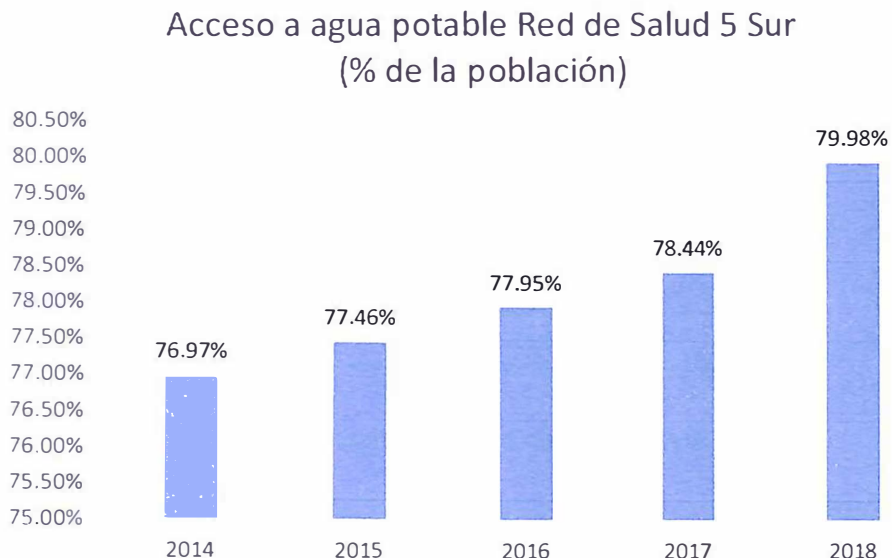
Acceso a agua potable Red de Salud 5 Sur (% de la población)	
Año	Total
2018	79,98%
2017	78,44%
2016	77,95%
2015	77,46%
2014	76,97%

Fuente: Secretaría Municipal de Planificación para el Desarrollo (GAMLP)

Elaboración: Propia, 2019

En el gráfico siguiente se puede apreciar el porcentaje de la población con servicio de agua potable conectada con plomería dentro la vivienda a uno o más grifos, se observa que desde el 2015 hasta el 2017 si bien existió un incremento de manera anual, este fue ínfimo, el 2014 fue el año donde se registró la menor cantidad de viviendas con acceso a este servicio que beneficio aproximadamente a casi un 77% del total de viviendas con este servicio, el 2018 tuvo un incremento mayor en relación al 2017 siendo el año que más crecimiento presento, aumentando en más de 1 %, los resultados reflejan una cantidad considerable de la población que no tiene acceso a este servicio, ya que en promedio un poco más del 21 % de la población no contó con este servicio en los 5 años que involucra el periodo de estudio.

Gráfico 12 Acceso a agua potable Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

b) Acceso rural a fuentes de agua mejoradas.

Dados los inconvenientes respecto al acceso a información necesaria para la construcción de este indicador, se mantiene constante estimando un valor aproximado al momento de calcular el puntaje del componente mediante el uso de regresión lineal simple.

e) Acceso a infraestructura de saneamiento mejorada.

Así como para el indicador de acceso a agua potable, se obtuvieron los datos del mismo modo para el indicador de acceso a infraestructura de saneamiento mejorada, dato base adquirido para el año 2016 y promediado entre los macrodistritos Sur y Mallasa que refleja un resultado para la red de salud 5 Sur, posteriormente se proyectó la información para los años siguientes al año base (2016) y se realizó una estimación mediante regresión lineal simple para los años anteriores al 2016 que involucran al periodo de estudio.

Tabla 15 Acceso a infraestructura de saneamiento mejorada (en porcentaje de población)

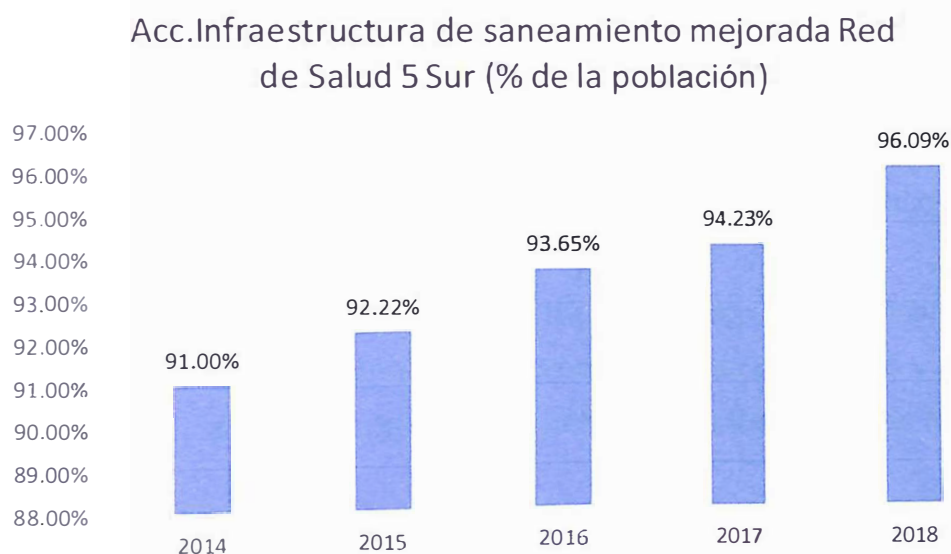
Acc. Infraestructura de saneamiento mejorada Red de Salud 5 Sur (% de la población)	
Año	Total
2018	96,09%
2017	94,23%
2016	93,65%
2015	92,22%
2014	91,00%

Fuente: Secretaría Municipal de Planificación para el Desarrollo (GAMLP)

Elaboración: Propia, 2019

En el grafico a continuación se observa el acceso a infraestructura de saneamiento mejora con un incremento anual de un poco más del 1 % para cada año a excepción de la gestión 2017, en la cual respecto a la gestión anterior se observa un incremento apenas por un poco más del 0.5%, cabe recalcar que en estos 5 años de análisis en general se tuvo un incremento del 5.09% de la población con acceso a este servicio.

Gráfico 13 Acceso a infraestructura de saneamiento mejorada, Red de salud 5 -Sur.



Elaboración: Propia, 2019

Vivienda:

Para los indicadores que conforman el componente de vivienda se obtuvieron datos de la Secretaría Municipal de Planificación para el Desarrollo del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz cuya información hace referencia a los macro distritos tanto Mallasa como Sur ya que en ambos se conforma la red de salud 5 Sur.

a) Disponibilidad de vivienda accesible.

Para obtener una medida que refleje la satisfacción de la población respecto a la disponibilidad de vivienda acorde a la metodología del (IPS) se tomaron en cuenta tres factores los cuales están relacionados con la calidad de las viviendas, ya que la calidad es un componente más que repercute en la satisfacción, por lo que es posible obtener una medida para establecer la satisfacción de la población de la red de salud 5 Sur con respecto a la disponibilidad de vivienda mediante parámetros de calidad, como lo son la calidad de los materiales de construcción, condiciones de habitabilidad y disponibilidad de servicios básicos.

Del mismo modo que se realizaron los cálculos para los indicadores del componente de agua y saneamiento, se obtuvo los datos de la calidad de las viviendas mediante un promedio entre ambos macrodistritos que conforman la red de salud 5 Sur siendo que el anuario estadístico del Municipio de La Paz 2017 refleja los resultados de calidad para el año 2016 en la siguiente escala: Mala, Regular, Buena y Muy buena, y con la finalidad de obtener un parámetro para la satisfacción se agrupó mencionada escala en dos grupos, el primer grupo que es insatisfacción donde se encuentra la calificación de mala y regular y el segundo grupo que es satisfacción donde se encuentra la calificación de buena y muy buena. Posteriormente mediante la metodología de estimación para años faltantes, se obtuvieron datos para las gestiones posteriores al periodo de estudio y mediante una regresión lineal simple se pudo estimar los valores para las gestiones restantes en el periodo de estudio.

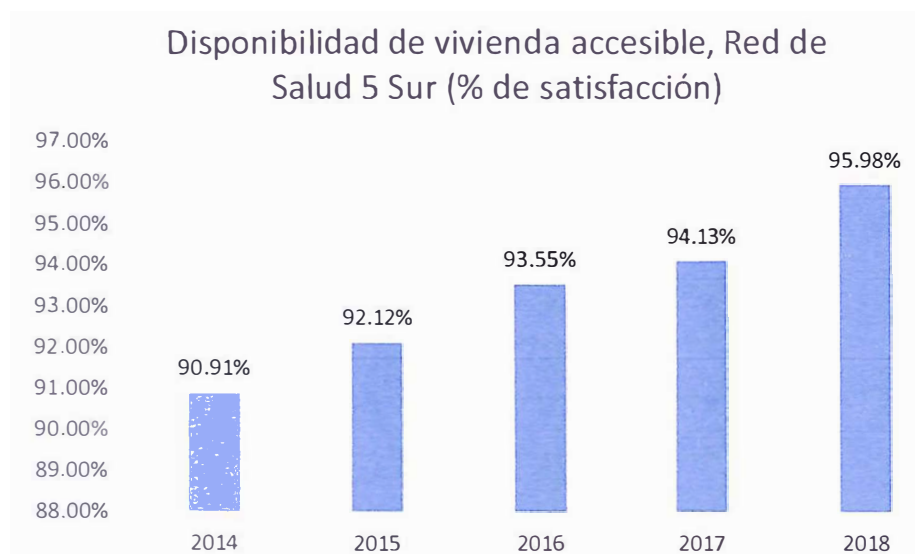
Tabla 16 Disponibilidad de vivienda accesible (porcentaje de satisfacción)

Disponibilidad de vivienda accesible, Red de Salud 5 Sur (% de satisfacción)	
Año	Total
2018	95,98%
2017	94,13%
2016	93,55%
2015	92,12%
2014	90,91%

Fuente: Secretaría Municipal de Planificación para el Desarrollo (GAMLP)
Elaboración: Propia, 2019

Tomando en cuenta la información presentada en la tabla, el grafico a continuación refleja la población que en algún grado se muestra satisfecha con la disponibilidad de vivienda, reflejando que en 2014 si bien el 90.91% de la población se mostraba satisfecha, este parámetro incremento en un poco menos de 1.5 puntos porcentuales para los dos años siguientes (2015 y 2016), para el 2017 si bien existió un incremento en cuanto a la satisfacción de las personas con la vivienda este fue muy poco, apenas incrementando en medio punto porcentual en relación al año anterior, para el 2018 el porcentaje de incremento en más de 1.5 puntos porcentuales, reflejando que en el último año un 4.02% de la población de la red de salud 5-Sur no está satisfecha con la disponibilidad de vivienda accesible.

Gráfico 14 Disponibilidad de vivienda accesible, Red de salud 5 – Sur.



Elaboración: Propia, 2019

b) Acceso a energía eléctrica.

Para la obtención de los datos de acceso a energía eléctrica de la red de salud 5 Sur se obtuvieron datos de las viviendas que no disponen de energía eléctrica por lo que la diferencia con el 100% de las viviendas refleja la cantidad de viviendas que si disponen de energía eléctrica en %, este dato se obtuvo para el 2016 en el caso de ambos macrodistritos, Sur y Mallasa, y determinando un promedio entre ambos porcentajes que refleja el indicador se obtuvo que el 98.40% de las viviendas disponen de acceso a energía eléctrica en el 2016 para la red de Salud 5 Sur.

Posteriormente se utilizó el método de estimación para años faltantes para determinar el porcentaje de la población con acceso a energía eléctrica en los años siguientes al 2016, y mediante el método de regresión lineal simple se estimaron los valores para las gestiones restantes involucradas en el periodo de estudio.

Tabla 17 Acceso a energía eléctrica (porcentaje de la población)

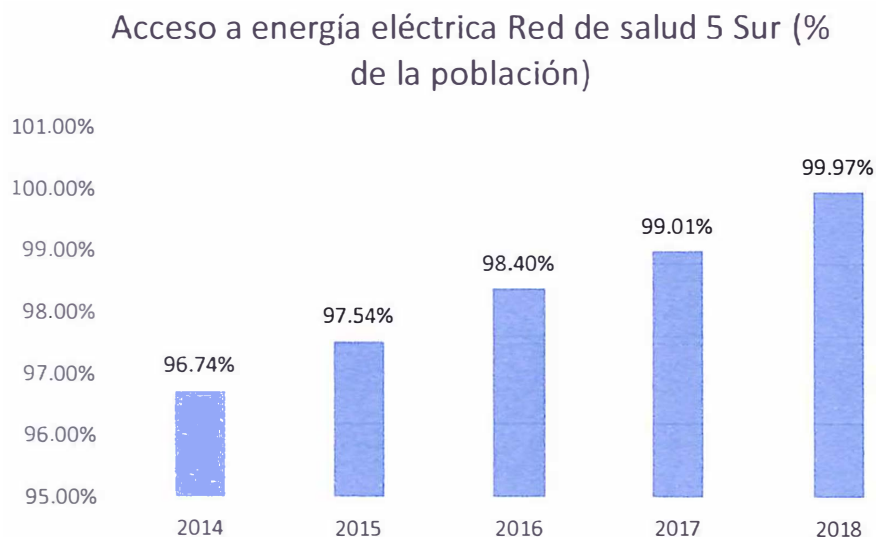
Acceso a energía eléctrica Red de Salud 5 Sur (% de la población)	
Año	Total
2018	99,97%
2017	99,01%
2016	98,40%
2015	97,54%
2014	96,74%

Fuente: Secretaría Municipal de Planificación para el Desarrollo (GAMLP)

Elaboración: Propia, 2019

En el siguiente grafico se observa acorde a las estimaciones realizadas que en su totalidad la población de la Red de Salud 5-Sur si cuenta con acceso a energía eléctrica para la última gestión 2018, hecho el cual se empezaba a observar ya en 2017, sin embargo para el 2014 aún un 3,26% de la población no tenía acceso a este servicio, año tras año el porcentaje de la población que no contaba con este servicio fue reduciendo hasta lograr cubrir esta necesidad a toda la población de la red 5 Sur casi en su totalidad.

Gráfico 15 Acceso a energía eléctrica, Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

c) Calidad del suministro eléctrico.

Para conformar el indicador de calidad del suministro eléctrico se conto con una base de datos del observatorio La Paz Cómo Vamos donde se obtuvieron datos para la red de Salud 5 Sur en las gestiones 2016 y 2017, las cuales se reflejaban en una escala de Likert del 1 al 5 la cual media la satisfacción de las personas en relación a este servicio, siendo; (1=insatisfecho, 5=satisfecho), teniendo en cuenta la relación calidad / satisfacción, ya que el primero es un factor que repercute en segundo, se obtuvo un porcentaje para cada año de acuerdo a la puntuación respectiva, posteriormente por medio del método de estimación para años faltantes se obtuvo el dato para el 2018, finalmente a través de una regresión lineal simple se obtuvieron los datos para las primeras gestiones que involucra el periodo de estudio (2014 – 2015). Se adecuaron los resultados a una escala de Likert del 1 al 7 que refleja la percepción de las personas entorno a la fiabilidad del suministro de electricidad, donde; (1=baja, 7=alta).

Tabla 18 Calidad del suministro eléctrico (Escala de likert).

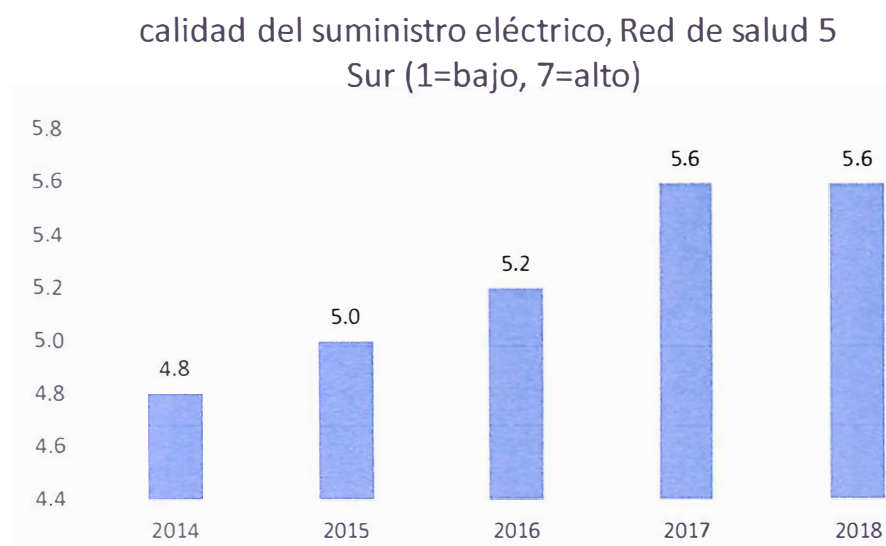
Calidad del suministro eléctrico, Red de salud 5 - Sur (1=bajo, 7=alto)	
año	total
2018	5,6
2017	5,6
2016	5,2
2015	5,0
2014	4,8

Fuente: Observatorio La Paz Cómo Vamos (OLPCV).

Elaboración: Propia, 2019

En el siguiente grafico se observa la fiabilidad del suministro eléctrico respecto las calidad del mismo, reflejando que en estos 5 años de evaluación la fiabilidad del suministro eléctrico está por encima de la media, es decir que es fiable, en los últimos 2 años en el periodo de estudio se demostró una fiabilidad alta por parte de los usuarios, alcanzando 5.6 puntos en la escala de evaluación de Likert, los años anteriores si bien reflejan una puntuación menor siendo la más baja para la gestión 2014 reflejando casi 5 puntos en la escala, en promedio en los 5 años que involucra el periodo de estudio se obtuvo una puntuación total de 5.24 en la escala de Likert, lo que indica un alto nivel de fiabilidad del suministro eléctrico, reflejando también que esta es de buena calidad.

Gráfico 16 Calidad del suministro eléctrico, Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

d) Muertes atribuibles a la contaminación del aire en interiores.

Debido a la falta de información para obtener un resultado para este indicador, al momento del cálculo del puntaje para el componente se procederá a obtener una estimación por regresión lineal, que refleje un resultado ponderado para la presente variable.

Seguridad personal:

Para los indicadores que conforman el componente de seguridad personal se obtuvieron datos de La Secretaría Municipal de planificación para el desarrollo del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, así como del Observatorio La Paz cómo vamos y el Instituto nacional de estadística (INE) entre otras fuentes, la información hace referencia a los macro distritos tanto Mallasa como Sur ya que en ambos se conforma la red de salud 5 Sur.

a)Tasa de homicidios.

En la siguiente tabla se aprecia la cantidad de homicidios registrados en La Paz a nivel Departamental, para lo cual se obtuvieron datos a partir de la gestión 2007 a la gestión 2016, para las dos gestiones siguientes se realizó una estimación mediante regresión lineal simple, tomando en cuenta la base de datos en su totalidad de la gestión 2007.

Tabla 19 Homicidios Departamento de La Paz (número de muertes)

Homicidios Departamento de La Paz (Nro. de muertes)	
Años	Total
2018	937
2017	913
2016	735
2015	675
2014	961

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Elaboración: Propia, 2019

En el grafico a continuación se aprecian los datos de la tabla anterior desagregados mediante regresión lineal a nivel red 5 Sur y expresados en número de muertes por homicidio cada 100.000 personas, observando que el 2014 es el año donde se registraron más casos de homicidios para la red de Salud 5 Sur, para los siguientes años el número de registros de casos se redujo sobre todo para los siguientes 2 años (2015 –2016) donde se aprecia una reducción de 30% y 24% respectivamente, posteriormente para las gestiones 2017 y 2018 las cifras se incrementaron nuevamente casi hasta igualar los registros del año 2014.

Gráfico 17 Homicidios, Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

b) Nivel de crímenes violentos.

Para este indicador se consideraron variables que están estrechamente relacionadas a las funciones correspondientes en diferentes niveles de gobierno, entre estas variables tenemos en cuenta la percepción de las personas respecto a la implementación de infraestructura así como el mantenimiento de espacios públicos, equipamiento y/o tecnología preventiva y la ausencia de policías en las calles, tras promediar las variable mencionadas anteriormente para la gestión 2015, se obtuvo una valoración en escala de Likert, que refleja que los crímenes violentos supongan un problema significativo para el gobierno, donde; (1=definitivamente no ; 5 = definitivamente sí), posteriormente mediante el método de estimación para años faltantes se obtuvieron valores para las gestiones siguientes al 2015 que involucra el periodo de estudio, finalmente mediante una regresión lineal simple se estimó el dato para la gestión 2014.

Tabla 20 Nivel de crímenes violentos (escala de likert).

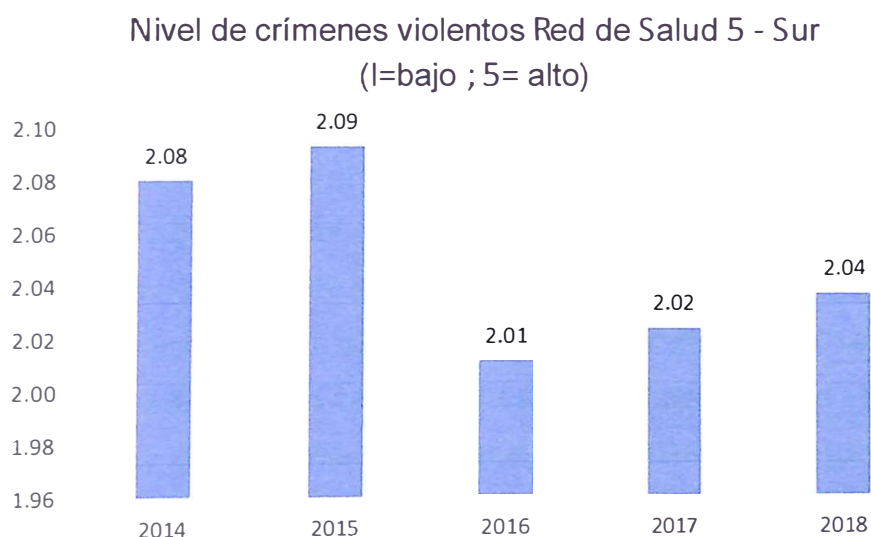
Nivel de crímenes violentos Red de Salud 5 - Sur (1=bajo; 5= alto)	
Año	Total
2018	2,04
2017	2,02
2016	2,01
2015	2,09
2014	2,08

Fuente: Secretaria Municipal de Planificación para el Desarrollo (GAMLP).

Elaboración: Propia, 2019

Tras un descuido del mantenimiento de vías públicas, mala implementación y adecuado uso de tecnología (cámaras de vigilancia y otros), y la ausencia de policías en las calles, puede ocasionar mayores crímenes violentos, En el gráfico a continuación se observa que si bien se percibe un nivel por debajo de la media respecto a los crímenes violentos estos no suponen un problema significativo para el gobierno.

Gráfico 18 Nivel de crímenes violentos, Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

c) Criminalidad percibida.

Para conformar este indicador se obtuvo información del observatorio La Paz cómo vamos, en el cual se muestra la percepción de la población respecto a criminalidad y confianza percibida en sus correspondientes zonas, mismas que se encuentran involucradas en la red de salud Sur, esta información se obtuvo para la gestión 2016 y 2017, mediante la metodología de estimación para años faltantes se obtuvo un estimado para la gestión 2018, posteriormente mediante una regresión lineal simple se obtuvieron los datos para las gestiones restantes anteriores a la gestión 2016. La presente tabla asigna un valor en una escala de Likert del 1 =baja al 5=alto, donde se califica la situación de la seguridad ciudadana.

Tabla 21 Criminalidad percibida (escala de likert).

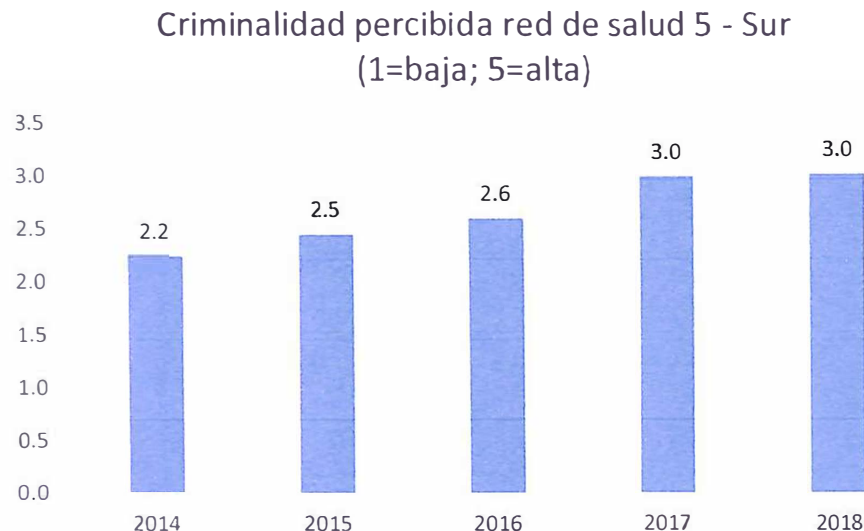
Criminalidad percibida red de salud 5 - Sur (1=baja; 5=alta)	
Años	total
2018	3,0
2017	3,0
2016	2,6
2015	2,5
2014	2,2

Fuente: Observatorio La Paz Cómo Vamos (OLPCV).

Elaboración: Propia, 2019

El gráfico a continuación refleja que la criminalidad percibida de la red de salud 5 Sur al igual que en indicador anterior muestra que se encuentra por debajo de la media, hecho que si bien indica la existencia de confianza en otras personas esta tampoco es alta, pese que se registran resultados cada vez mayores desde el 2014, reflejando que los niveles de desconfianza son cada vez más altos reflejando en la valoración de los últimos años (2017 y 2018) donde su valoración se encuentra por encima de la media.

Gráfico 19 Criminalidad Percibida, Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

d) Terror político.

Debido a la falta de información para obtener un resultado para este indicador, al momento del cálculo del puntaje para el componente se procederá a obtener una estimación por recesión lineal, que refleje un resultado ponderado para la presente variable.

e) Muertes en accidentes de tráfico.

Para el presente indicador se obtuvieron datos del número de muertos en accidentes de tráfico para el Departamento de La Paz, se obtuvieron datos a partir de la gestión 2008 a la gestión 2015, para las tres gestiones siguientes se realizó una estimación mediante regresión lineal simple, tomando en cuenta la base de datos en su totalidad, desde la gestión 2008.

Tabla 22 Muertes en accidentes de tránsito, Departamento de La Paz (número de personas)

Número de personas muertas en accidentes de tránsito Departamento de La Paz	
Año	Total
2018	553
2017	533
2016	514
2015	439
2014	364

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Elaboración: Propia, 2019

El siguiente grafico a nivel desagregado para la red de salud 5 Sur refleja el número de personas fallecidas en hechos de tránsito por cada 100.000 personas. Mostrando que en los últimos años tas se incrementaban hasta casi 20 por año, en estos 5 años de evaluación en promedio fueron 17 personas fallecidas por cada 100,000 personas, representando el 0.02% de la población de la red de salud 5 Sur.

Tabla 23 muertes en personas de 60 años y más y población de 60 años y más.

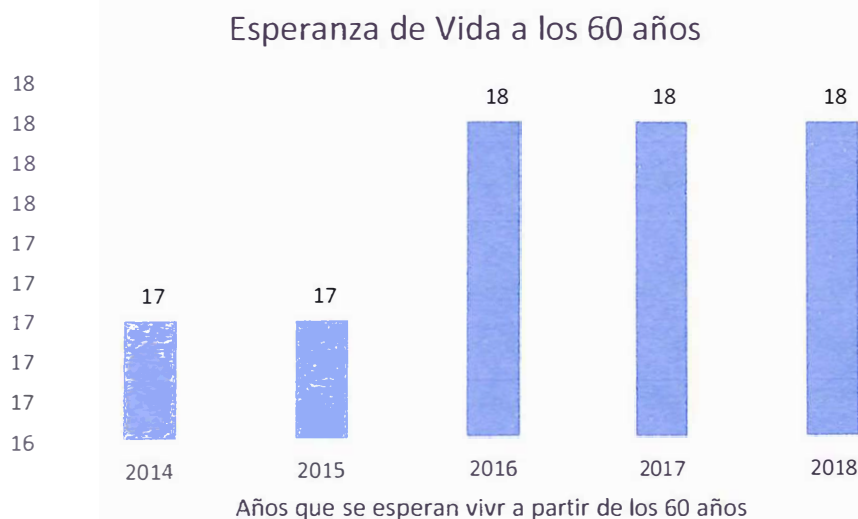
Muertes en personas de 60 años y más, población > a 60 años (RED 5-SUR)		
Año	total, fallecidos	población > 60 años
2018	441	17.045
2017	485	16.561
2016	446	16.092
2015	425	17.515
2014	428	13.392

Fuente: Servicio Departamental de Salud (SEDES).

Elaboración: Propia, 2019

¡En la tabla anterior se aprecia la población total de los habitantes de la red de salud 5-SUR, donde en comparación a la población total, las personas mayores a 60 años representan en promedio un 10% de la población total.

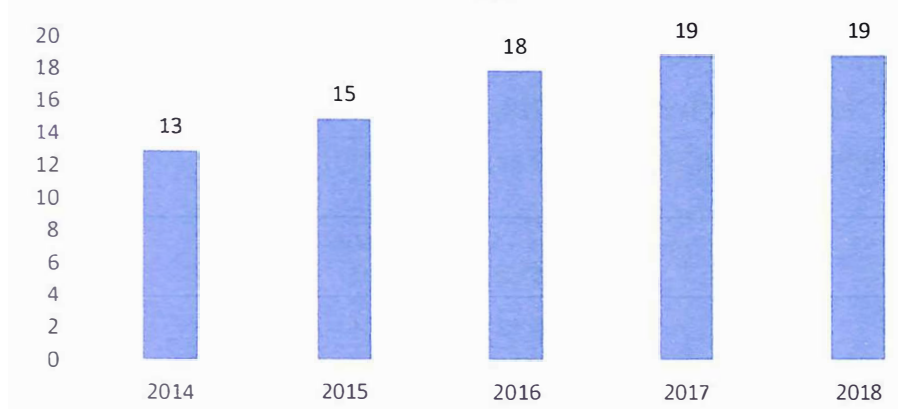
Gráfico 21 Esperanza de vida a los 60 años, Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

Gráfico 20 Muertes en accidentes de tránsito, Red de salud 5 - Sur

Número de personas muertas en accidentes de tránsito cada 100.000 personas; Red de salud 5 - Sur



Elaboración: Propia, 2019

2da Dimensión: Fundamentos del Bienestar

Salud y Bien estar:

Para los indicadores que conforman el componente de salud y bien estar, se obtuvieron datos del Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, reflejando resultados específicamente para la red de salud 5 Sur los cual se muestran a continuación:

a) Esperanza de vida a los 60 años.

Para obtener este indicador se tomó en cuenta la cantidad de fallecidos de más de 60 años de edad y la población total de 60 años en cada año que involucra el periodo de estudio.

En la tabla anterior se puede apreciar el número de fallecidos en personas de más de 60 años, claramente el año 2017 es el año donde se registró la mayor cantidad de casos de personas fallecidas con 485 casos, el año 2015 se presenta con la menor cantidad de fallecidos con un total de 425 casi igual que en la gestión 2014, con 428 casos, en ambos casos un poco más de un 10% menos en relación al 2017, para la gestión 2018 se aprecia una reducción del 9% de fallecidos mayores a 60 años en relación al 2017.

b) Mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas.

Para el indicador a continuación se tomó en cuenta a la población fallecida de la red de salud 5-SUR entre los 20 a 59 años de edad, la gestión 2015 fue la gestión que menos casos de personas fallecidas en edad prematura presento con un registro de 32 personas incrementándose esta cantidad en un 159% para la gestión siguiente (2016) con un total de 51 personas fallecidas reduciéndose este en un 20% para el año siguiente (2017) y en un 10% en relación a la gestión 2018 desde el 2016.

Tabla 24 Fallecidos por enfermedades no contagiosas, Red de Salud 5 - Sur.

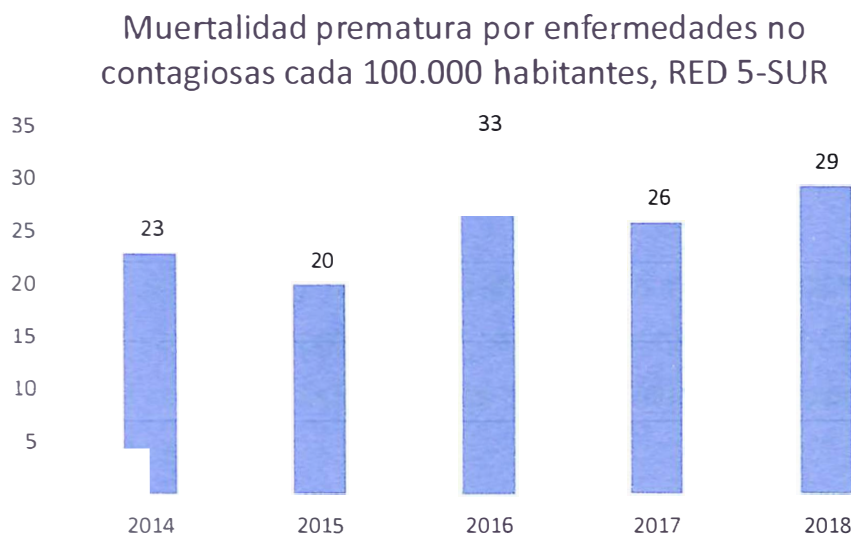
Muertes por enfermedades no contagiosas RED 5-SUR	
Año	Total (personas)
2018	46
2017	41
2016	51
2015	32
2014	35

Fuente: Servicio Departamental de Salud (SEDES).

Elaboración: Propia, 2019

En el grafico a continuación se observa la mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas cada 100.000 habitantes, donde claramente se observa que la gestión 2016 con 33 fallecidos es la gestión con el mayor registro en estos 5 años de periodo de estudio, siendo que el año anterior (2015) con un 39% menos en relación al 2016 se registró la menor cantidad de fallecidos por enfermedades no contagiosas siendo un total de 20 casos. Así mismo a partir del 2016 en las gestiones siguientes (2017, 2018) se mostraron reducciones de 21 % y 12% respectivamente, siendo que en el último año se aprecia un incremento del 12% respecto de la gestión 2017.

Gráfico 22 Mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas, Red de salud 5 - Sur



Elaboración: Propia, 2019

c) Tasa de suicidios.

Debido a la falta de información para obtener un resultado para este indicador, al momento del cálculo del puntaje para el componente se procederá a obtener una estimación por regresión lineal, que refleje un resultado ponderado para la presente variable.

Calidad medio ambiental:

Para los indicadores que conforman el componente de salud y bien estar, se obtuvieron datos del Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, reflejando resultados específicamente para la red de salud 5 Sur los cual se muestran a continuación:

a) Muertes atribuibles a la contaminación atmosférica.

Debido a la falta de información para obtener un resultado para este indicador, al momento del cálculo del puntaje para el componente se procederá a obtener una estimación por regresión lineal, que refleje un resultado ponderado para la presente variable.

b) Tratamiento de las aguas residuales.

Este indicador refleja un resultado de 0% de aguas residuales para todas las gestiones que se involucran en el periodo de estudio puesto que el Municipio de La Paz Bolivia, no cuenta con ninguna planta de tratamiento de aguas residuales (PTAR), por tanto, no se realiza dicho tratamiento en ningún macro distrito de la ciudad.

e) Hábitat y biodiversidad.

Para el indicador de hábitat y biodiversidad se analiza información en base a la superficie de áreas verdes protegidas en el caso de la red de Salud 5 Sur, se tomó en cuenta los cambios en la superficie con área verde en lugares principales es decir en Bolognia y Auquisamaña.

Tabla 25 Superficie de área verde Red de salud 5 Sur.

Superficie de área verde, Red de salud 5-Sur			
Año	Superficie total, en km 2	Superficie de áreas verdes en Km 2	Superficie de área verde por habitante en mt2
2018	84,03	0,29	1,86
2017	84,03	0,28	1,82
2016	84,03	0,28	1,81
2015	84,03	0,27	1,79
2014	84,03	0,27	1,76

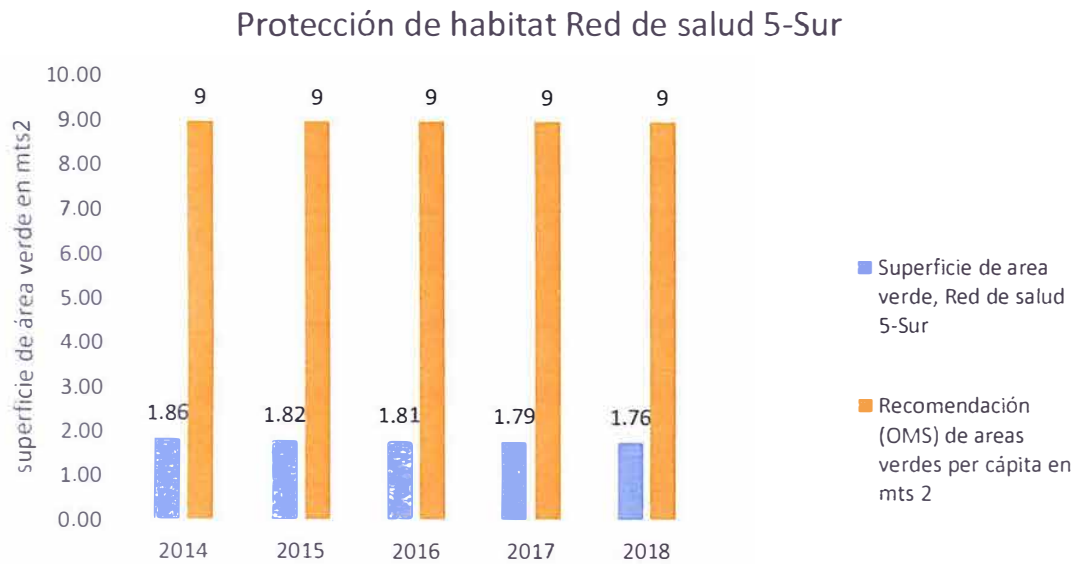
Fuente: Secretaria Municipal de Planificación para el Desarrollo. (GAML P).

Elaboración: Propia, 2019

En función a la recomendación de área verde per cápita de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece de manera adecuada la existencia de al menos 9 metros cuadrados de área verde por persona ya que por aspectos ambientales, permiten mantener la relación entre los habitantes y la naturaleza y mejoran la salud de la población a través de la purificación del aire. En el siguiente grafico se observa que existe una muy baja protección del hábitat en relación a las áreas verdes puesto que tan solo en la red de salud 5 – Sur se dispone de un promedio (de acuerdo a los años

que involucra el periodo de estudio) del 20% en áreas verdes per cápita respecto de la recomendación por parte de la (OMS).

Gráfico 23 Hábitat y biodiversidad, Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

d) Emisión de gases de efecto invernadero.

Para el indicador de gases de efecto invernadero se tomó en cuenta la emisión de (Co₂) per cápita en toneladas se obtuvo la información para los 5 años involucrados en el periodo de estudio, para lo cual posteriormente se tomará en cuenta la población de la red de salud 5 Sur para determinar la cantidad de toneles de (Co₂) emitidas anualmente.

Tabla 26 Emisión de gas de efecto invernadero (Co2).

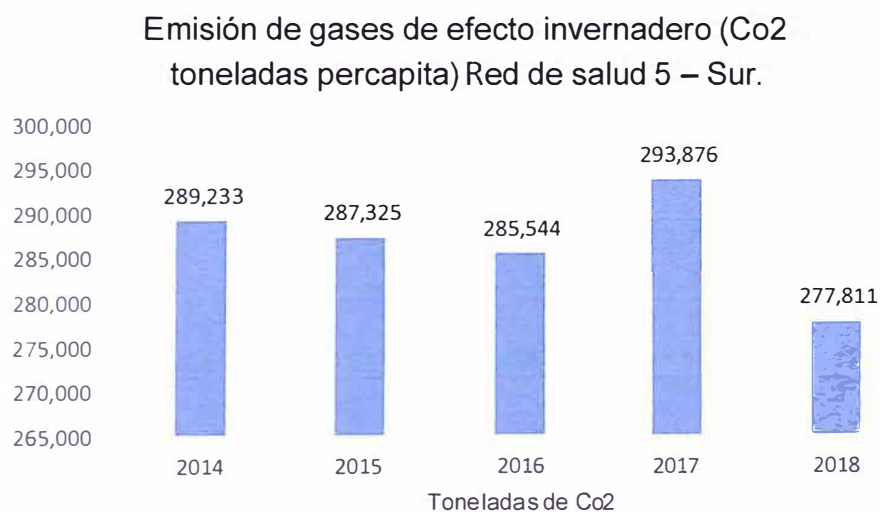
Emisión de gases de efecto invernadero (Co2 t per cápita) Red de salud 5 - Sur.	
año	Co2 t per cápita
2018	1.85
2017	1.85
2016	1.85
2015	1.83
2014	1.85

Fuente: <https://datosmacro.expansion.com/energia-y-medio-ambiente/emisiones-co2/bolivia>.

Elaboración: Propia, 2019

En el grafico a continuación se observa la cantidad de toneles de (Co2) emitidas de manera anual en la red de salud 5 – Sur, reflejando que para la gestión 2018 se logró reducir la emisión de (Co2) en un 5% respecto la gestión 2017, siendo la gestión con el mayor registro de emisión de (Co2) que se involucra en el periodo de estudio y 4% menos respecto la gestión 2014.

Gráfico 24 Emisión de (Co2), Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

Acceso a conocimientos Básicos:

Para los indicadores que conforman el componente de acceso a conocimientos básicos, se obtuvieron datos del Gobierno Autónomo de La Paz (GAMLP) y del Instituto Nacional de Estadística (INE), reflejando resultados específicamente para la red de salud 5 Sur los cual se muestran a continuación:

a) Tasa de alfabetización en adultos.

Para el presente indicador se obtuvo la información de analfabetismo en % para la gestión 2016 en personas de 15 años en adelante para los macrodistritos Sur y Mallasa, mediante un promedio se obtuvo el resultado para la red de salud 5 Sur, y posteriormente la diferencia respecto del 100% de la población representa la tasa de alfabetización, para las gestiones siguientes (2017, 2018) se estimo el dato mediante el método de estimación para años faltantes, posteriormente mediante regresión lineal simple se obtuvieron los datos faltantes para las gestiones anteriores al 2016, es decir (2015 y 2014).

Tabla 27 Alfabetismo en la población de 15 años y más.

Alfabetismo red de salud 5 Sur, 2016 (En porcentaje de población +15 años)	
Año	Red de salud 5 SUR
2018	99,88%
2017	99,73%
2016	98,60%
2015	98,12%
2014	97,48%

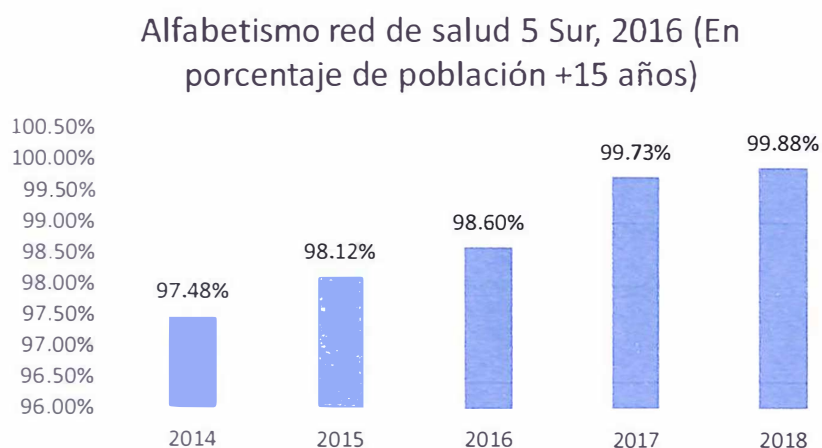
Fuente: Secretaria Municipal de Planificación para el Desarrollo. (GAMLP).

Elaboración: Propia, 2019

En el grafico siguiente se muestra la gestión 2014 con el mayor porcentaje de analfabetismo para la red de salud 5-Sur, con un 2.52%, esta cifra se fue achicando cada años en menos de una unidad porcentual, excepto en la gestión 2017 ya que respecto de la gestión 2016 se redujo la brecha de analfabetismo en más de un punto

porcentual, posteriormente llegando a registrar para la gestión 2018 un total de 132 personas analfabetas siendo el 0.12%, es decir que de cada 836 personas mayores a 15 años en la red de salud 5-Sur, 1 tiende a ser analfabeta.

Gráfico 25 Alfabetismo, Red de salud 5 - Sur.



Elaboración: Propia, 2019

b) Matriculación en educación primaria.

Para el indicador a continuación se obtuvieron datos del total de matriculados en educación primaria en el Municipio de La Paz, para tener una aproximación de la población matriculada en educación primaria para la red de salud 5 Sur se desagregaron los datos a dicho nivel utilizando una estimación por regresión lineal con intercepto igual a cero, obteniendo el coeficiente estimado del número de poblaciones según año, posteriormente cada valor estimado del número de matriculados en educación primaria correspondientes a la red de salud 5- Sur fue producto del registro de matriculados en educación primaria del Municipio de La Paz por el valor relativo obtenido del valor estimado por regresión multivariable entre la población red Sur para cada año que involucra el periodo de estudio.

Tabla 28 Población matriculada en educación primaria.

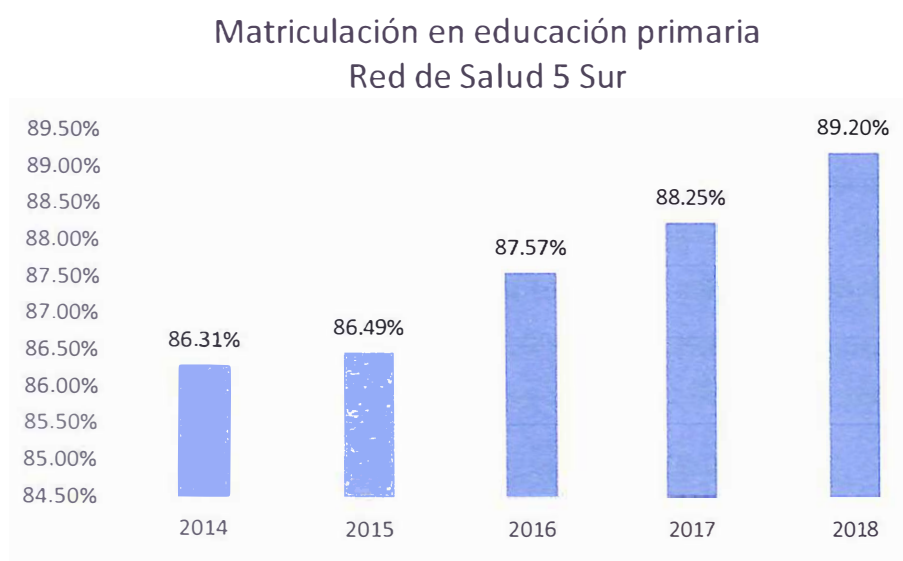
Matriculación en educación primaria Red de Salud 5 Sur	
Año	Total
2018	16.626
2017	16.595
2016	16.585
2015	16.480
2014	16.523

Fuente: Ministerio de Educación.

Elaboración: Propia, 2019

En el gráfico a continuación se observa los datos desagregados a nivel red de Salud 5 Sur, donde se aprecia que la gestión 2014 fue la que registro el menor número de casos de niños en edad oficial de educación primaria que están matriculados en cualquier nivel educativo representado el 10% de la población total de la red de salud 5 Sur en esa gestión, indicando que aproximadamente 2600 niños no se encuentran matriculados o no son constantes en los años de estudio, el 2018 fue el año que más casos de niños matriculados presentó representando el 11% de la población de la red de salud 5 Sur, indicando que alrededor de 2000 niños no se encuentran matriculados o no conllevan los estudios primarios con regularidad al paso de los años.

Gráfico 26 Matriculación en educación Primaria, Red de salud 5 - Sur (% de la población)



Elaboración: Propia, 2019

c) **Matriculación en educación secundaria.**

Para el indicador a continuación se realizó el mismo procedimiento que en el indicador anterior, considerando la matriculación en educación secundaria independientemente de la edad para el Municipio de La Paz, posteriormente empleando la misma metodología y el uso de regresión, se desagregó la información a nivel red de salud 5 Sur.

Tabla 29 Población matriculada en educación secundaria.

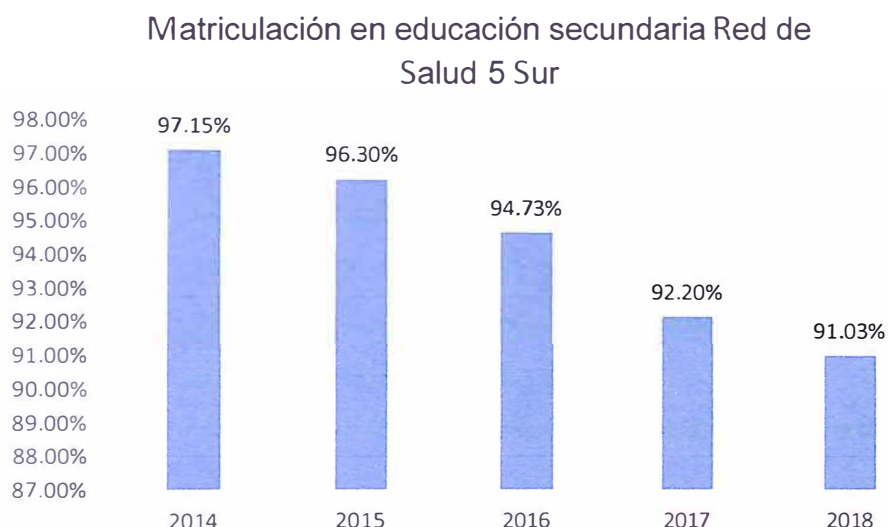
Matriculación en educación secundaria Red de Salud 5 Sur	
Año	Total
2018	17.041
2017	17.263
2016	17.725
2015	18.001
2014	18.168

Fuente: Ministerio de Educación.

Elaboración: Propia, 2019

En gráfico a continuación se observa claramente que cada año se registra menor cantidad de jóvenes matriculados en educación secundaria, mostrando una tendencia descendente de 6 puntos porcentuales del 2014 al 2018, las gestión 2014 registro un 97.15% de los joven matriculados en educación secundaria (la más alta) indicando que 533 jóvenes correspondientes a cualquier nivel de educación secundaria no se encontraban matriculados, en los años siguientes la cantidad de jóvenes con matriculación en educación secundaria eran menores siendo el 2018 más de 1650 jóvenes quienes no contaban con el matriculación en educación secundaria.

Gráfico 27 Matriculación en educación secundaria, Red de salud 5 - Sur (% de la población.)



Elaboración: Propia, 2019

d) Paridad de género en educación secundaria.

El siguiente indicador presenta los datos desagregados de matriculados en educación secundaria para cada caso según sexo (hombre, mujer) a partir del registro de número de casos para el Municipio de La Paz, Desagregando la información a nivel Red de salud 5 Sur utilizando una estimación por regresión lineal con intercepto igual a cero, obteniendo el coeficiente estimado del número de poblaciones según año, por el registro de matriculados en educación primaria del Municipio de La Paz según año.

Tabla 30 Paridad de género en educación secundaria.

Municipio La Paz Paridad de género en educación secundaria por sexo.		
Año	Hombre	Mujer
2018	8.703	8.338
2017	8.798	8.465
2016	9.033	8.692
2015	9.145	8.855
2014	9.223	8.946

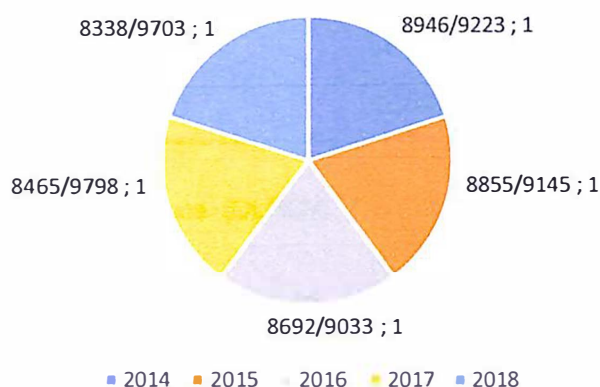
Fuente: Ministerio de Educación.

Elaboración: Propia, 2019

El gráfico siguiente muestra la relación niñas y niños matriculados en educación secundaria tanto en escuelas públicas como privadas, para efectos de cálculo se consideró una distancia absoluta desde uno de acuerdo a la metodología del IPS, reflejando que en la red de salud 5 Sur la relación niña/niño (paridad de género) en cada año involucrado en el periodo de estudio es de 1.

Gráfico 28 Paridad de género en educación secundaria, Red de salud 5 - Sur (niñas/niños).

Red de Salud 5 - Sur Paridad de género en educación secundaria (Niñas/Niños)



Elaboración: Propia, 2019

Acceso a información y comunicaciones:

Para los indicadores que conforman el componente de acceso a información y comunicaciones, se obtuvieron datos del Observatorio La Paz cómo vamos, reflejando resultados específicamente para la red de salud 5 Sur los cual se muestran a continuación:

a) Suscripciones a telefonía móvil

Para el indicador a continuación se consideró el porcentaje de las personas con acceso a telefonía móvil en la red de salud 5 Sur, para los cuales se contó con información para los años 2016 y 2017 registrando que el 95.60% y 98.24% respectivamente cuentan con acceso a telefonía móvil. Mediante estimación para años faltantes se determinó la cantidad de personas en porcentaje con acceso a este servicio para la gestión 2018 y finalmente mediante una regresión lineal simple con los datos de las 3 últimas gestiones se obtuvieron los datos para las gestiones anteriores a la gestión 2016, es decir (2014 y 2015).

Tabla 31 Suscripción a telefonía móvil.

Suscripción a telefonía móvil red de Salud 5 -Sur	
Año	Total
2018	98,89%
2017	98,24%
2016	95,60%
2015	94,29%
2014	92,64%

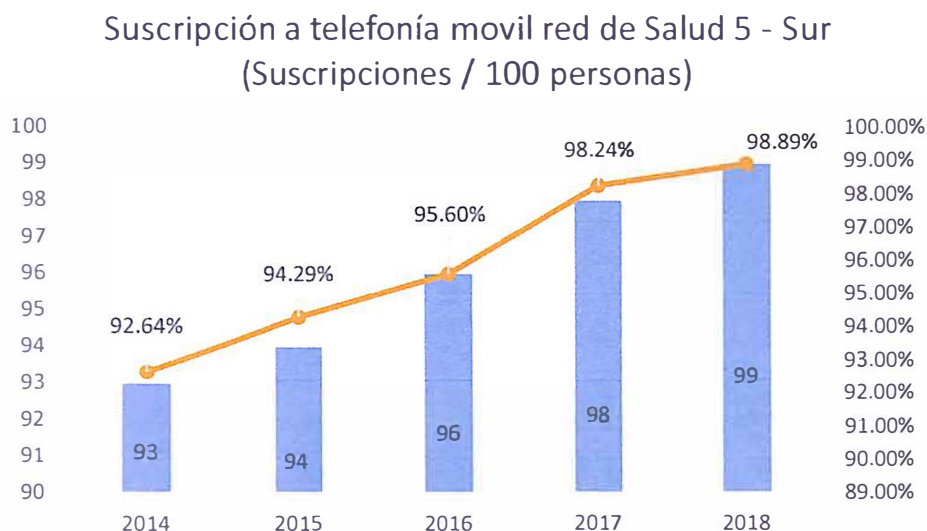
Fuente: Observatorio La Paz cómo vamos. (OLPCV)

Elaboración: Propia, 2019

En el gráfico a continuación se refleja la suscripción a telefonía móvil cada 100 personas, reflejando de manera ascendente que cada año, más personas tenían acceso al servicio de telefonía móvil reflejando que en el 2018 de cada 100 personas 99 tenían acceso a este mismo, mostrando un incremento del 6% desde el 2014 que

registraba un total de 93 personas con acceso a servicio de telefonía móvil cada 100 personas.

Gráfico 29 Suscripción a telefonía móvil, Red de salud 5 - Sur (Suscripciones/100 personas)



Elaboración: Propia, 2019

b) Usuarios de internet

En la tabla a continuación se observa el porcentaje de usuarios de internet en la red de salud 5 Sur, se accedió a información para los años 2016 y 2017 registrando que el 62.60% y 77.06% de la población respectivamente cuentan con acceso a telefonía móvil. A través del método de estimación para años faltantes se determinó la cantidad de usuarios de internet en porcentaje para la gestión 2018 y finalmente mediante una regresión lineal simple utilizando los datos de las 3 últimas gestiones se complementó la información para las gestiones anteriores a la gestión 2016, es decir (2014 y 2015).

Tabla 32 Usuarios de Internet.

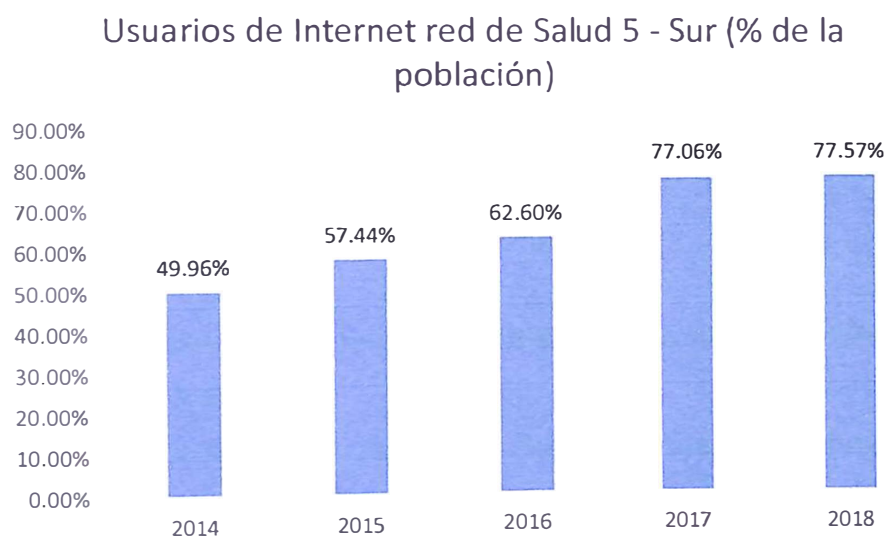
Usuarios de Internet red de Salud 5 - Sur	
Año	Total
2018	77,57%
2017	77,06%
2016	62,60%
2015	57,44%
2014	49,96%

Fuente: Observatorio La Paz cómo vamos. (OLPCV)

Elaboración: Propia, 2019

En el gráfico a continuación se refleja una tendencia ascendente respecto a la cantidad de usuarios de internet en la red de salud 5-Sur tomando en cuenta que para el año 2017 este se incrementó en mayor relación a otros años registrando un incremento promedio de un 20%.

Gráfico 30 Usuarios de Internet, Red de salud 5 - Sur (% de la población)



Elaboración: Propia, 2019

c) Libertad de prensa

Puesto que la información para este indicador es limitada, se precedió a realizar una estimación mediante regresión lineal al momento de efectuar el cálculo para el componente y de esa forma obtener un valor que refleje el resultado del indicador.

3ra Dimensión: Oportunidades.

Para los componentes que conforman la dimensión de oportunidades, cómo se especifica en el punto 4.2.3 del presente capítulo se mantendrán constantes, respetando los puntajes obtenidos por el Índice de Progreso Social para Bolivia en los correspondientes años de estudio.

Tabla 33 Oportunidades

Oportunidades				
Año	Derechos personales	Libertad personal y de elección	Tolerancia e inclusión	Acceso a educación Superior
2018	52.20	55.29	62.49	33.06
2017	57.11	60.94	60.45	33.52
2016	44.36	61.14	58.54	33.38
2015	54.40	60.27	56.32	36.94
2014	54.18	72.45	54.47	34.31

Fuente: Reportes oficiales, Índice de Progreso Social. (IPS).

4.3.1 Datos adicionales para el cálculo de indicadores del Progreso Social en la RED de Salud 5 Sur.

En la tabla a continuación se observa la población a diferentes niveles geográficos para los años que se involucran en el periodo de estudio, datos que fueron útiles al momento de realizar la desagregación de datos para las variables correspondientes.

Tabla 34 Población según área geográfica.

POBLACIÓN SEGÚN ÁREA					
AREA	2014	2015	2016	2017	2018
BOLIVIA	10,665,841	10,825,013	10,985,059	11,145,770	11,307,314
La Paz (Departamento)	2,802,719	2,822,090	2,842,031	2,862,504	2,883,494
Murillo	1,723,336	1,738,120	1,753,433	1,769,242	1,785,428
La Paz (Municipio)	785,605	789,541	794,014	798,968	804,268
Red de Salud 5 Sur	150,168	160,588	154,348	155,311	156,342

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (INE)

La siguiente tabla presenta población por grupo etareo, información que contribuyó a la conformación de algunos indicadores que conforman los componentes de Nutrición y cuidados médicos Básicos, Salud y Bienestar y Acceso a Conocimientos Básicos del Índice de Progreso Social.

Tabla 35 Población Red de salud 5 - Sur por grupo atareo.

Población red 5 Sur por grupo atareo según año					
Año	Nacimientos esperados	< 1 año	15 años y más	20 - 59 años	> 60 años
2018	4580	3,023	110,347	95,408	17,045
2017	4898	3,037	109,053	94,145	16,561
2016	4664	3,053	107,821	92,911	16,092
2015	4669	2,669	119,748	105,445	17,515
2014	4700	2,015	114,494	107,325	13,392

Fuente: Departamento de Estadística Red de salud 5 – Sur.

4.3.2 Metodología utilizada.

4.3.2.1 Estimación para años faltantes.

Esta tasa supone un crecimiento porcentual constante en el tiempo, dicha tasa mantiene constante el porcentaje de crecimiento por unidad de tiempo y no el monto (cantidad) por unidad de tiempo, por tanto, se puede usar para períodos largos.

Formula 1:

$$I^* = \left(\frac{P^{t+n}}{P^t} \right)^{\frac{1}{A}} - 1$$

Formula 2:

$$I^* = \sqrt[A]{\left(\frac{P^{t+n}}{P^t} \right)} - 1$$

r = Tasa de crecimiento anual geométrico.

P_{t+n} = Población al momento actual.

P_t = Población al momento inicial o población base o población inicial.

A = La amplitud o distancia en tiempo entre las dos poblaciones de referencia.

4.4.1 Cálculo IPS

a) Cálculo de indicadores del Índice de Progreso Social.

El cálculo del Índice de progreso Social para la red de salud 5 Sur se realizó acorde a la metodología explicada en el punto 4.2 del presente capítulo. Las tablas a continuación tanto de la dimensión Necesidades Humanas Básicas como Fundamentos de Bienestar presentan los resultados para los indicadores del Índice de Progreso Social (ÍPS) en sus respectivas unidades de medida, así como su ponderador reflejado en una escala del 0 al 1 a nivel componente que permite obtener puntajes de 0 a 100, para facilitar su interpretación. Respecto a los indicadores marcados en color plomo, son aquellos de los cuales no se tuvo acceso a información, por lo que se aplica según la metodología del ÍPS una estimación de resultados para los años faltantes a nivel componentes la cual se realiza una vez normalizada la tabla para obtener resultados que se encuentren en las mismas unidades de medida, puesto que los Indicadores del ÍPS utiliza escalas de medición en porcentajes, escala de Likert Y cantidad de población, cantidad de años, etc. Dadas las restricciones de la cobertura

de la fuente de datos, no se presenta más de un valor faltante en menos de seis componentes.

La tabla a continuación muestra los resultados obtenidos de los indicadores de la primera dimensión.

a) Necesidades Humanas Básicas.

Tabla 36 Cálculo de Indicadores que conforman a componentes de la dimensión Necesidades Humanas Básicas.

NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS		(Indicador i)					Unid. de medida	Peso (Wi)
Periodo de estudio		2018	2017	2016	2015	2014		
Nutrición y Cuidados Médicos Básicos	Desnutrición	0.35	0.28	0.27	0.20	0.75	(% de pob.)	0.20
	Intensidad del déficit alimentario	164863	170463	164540.6	2E+05	169713	(calorias / per. desnutrida)	0.20
	tasa de mortalidad materna	0	171	21	41	66	(muerte/100000 N.V)	0.20
	tasa de mortalidad infantil	18	21	18	12	24	(muerte/1000 N.V)	0.20
	muetres por enfermedades infecciosas	1	0	1	0	1	(muerte/100000 N.V)	0.20
puntaje								1
Agua y Saneamiento	Acceso a agua potable	79.98	78.44	77.95	77.46	76.97	(% de pob.)	0.34
	Acceso rural a fuentes de agua mejoradas						(% de pob.)	0.33
	Acceso a estructura de saneamiento mejoradas	96.09	94.23	93.65	92.22	91.00	(% de pob.)	0.34
puntaje								1
Vivienda	Disponibilidad de vivienda accesible	95.98	94.13	93.55	92.12	90.91	(% de satisfacción)	0.11
	Acceso a energia electrica	99.97	99.01	98.40	97.54	96.74	(% de pob.)	0.30
	Calidad del suministro electrico	5.6	5.6	5.2	5	4.8	(1=baja ; 7=alta)	0.29
	Muertes atribuibles a la contaminación del aire en interiores						(muerte/100000 P.)	0.30
Puntaje								1
Seguridad Personal	Tasa de homicidios	33	32	26	23	35	(muerte/100000 P.)	0.16
	Nivel de crímenes violentos	2.04	2.02	2.01	2.09	2.08	(1=baja ; 5=alta)	0.23
	Criminalidad percibida	3	3	2.6	2.5	2.2	(1=baja , 5=alta)	0.22
	Terror Político						(1=baja ; 5=alta)	0.20
	Muertes en accidentes de tráfico	19	19	18	15	13	(muerte/100000 P.)	0.18
Puntaje								1

Elaboración: propia, 2019

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos de los indicadores de la segunda dimensión.

b) Fundamentos del bienestar

Tabla 37 Cálculo de indicadores que conforman a componentes de la dimensión Fundamentos del Bienestar.

FUNDAMENTOS DEL BIENESTAR		(Indicador i)					Unid. de medida	Peso (Wi)
Periodo de estudio		2018	2017	2016	2015	2014		
Salud y Bienestar	Esperanza de vida a los 60 años	18	18	18	17	17	(años)	0.35
	Mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas	29	26	33	20	23	(muerte/100000 P.)	0.39
	Tasa de suicidio						(muerte/100000 P.)	0.26
Puntaje								1
Calidad Medioambiental	Muertes atribuibles a la contaminación atmosférica						(muerte/100000 P.)	0.28
	Tratamiento de aguas residuales	0	0	0	0	0	(% de aguas residuales)	0.27
	Habitat y biodiversidad	19.56	19.89	20.89	20.22	20.66	(0=no protección ; 100=protección alta)	0.20
	Emisión de gases de efecto invernadero	0.93	0.92	0.87	0.86	0.91	(CO ₂ * PIB)	0.25
Puntaje								1
Acceso a conocimientos Básicos	Tasa de alfabetización en adultos	99.88	99.73	98.60	98.12	97.48	(% de Pob. + 15 años)	0.27
	Matriculación en educación primaria	89.2	88.25	87.57	86.49	86.31	(% de niños y niñas)	0.24
	Matriculación en educación secundaria	91.03	92.20	94.73	96.30	97.15	(% de niños y niñas)	0.27
	Paridad de género en educación secundaria	1	1	1	1	1	(niños/niñas)	0.22
Puntaje								1
Acceso a información y comunicaciones	Suscripciones a telefonía móvil	99	98	96	94	93	(suscripciones/100 personas)	0.35
	Usuarios de Internet	77.57	77.06	62.60	57.44	49.96	(% de la población)	0.37
	Libertad de Prensa						(0=mayor libertad ; 100=menor libertad)	0.28
Puntaje								1

Elaboración: propia, 2019

Las tablas a continuación muestran el puntaje de los indicadores ya afectados por sus respectivos ponderadores en su respectivo año acorde al Análisis de Componentes Principales (ACP) dada por la metodología aplicando la fórmula 1 presentada en la sección 4.2.2 del presente capítulo, posteriormente se normalizaron los indicadores para establecer una sola unidad de medida de forma que se puede proceder al cálculo del puntaje de componentes. Los recuadros con unidades de medida en verde son los indicadores que se invirtieron de forma que, en cada caso, un mayor valor signifique

mayor progreso social. Por ejemplo, valores mayores en el indicador de Tasa de Homicidios suponen menores niveles de progreso social, por lo que se transforma el indicador de manera que un mayor valor signifique mayor progreso social. Indicadores invertidos (por componente): Intensidad del déficit alimentario, tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, muertes por enfermedades infecciosas. (Nutrición y cuidados médicos básicos).

Calidad del suministro eléctrico, Muertes atribuibles a la contaminación del aire en interiores (vivienda).

Tasa de homicidios, Nivel de crímenes violentos, Criminalidad percibida, Terror político, Muertes en accidentes de tráfico (Seguridad personal).

Esperanza de vida a los 60 años, Mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas, Tasa de suicidio, (Salud y Bien estar) Muertes atribuibles a la contaminación atmosférica, Tratamiento de aguas residuales, Hábitat y biodiversidad, Emisión de gases de efecto invernadero, (Calidad medio Ambiental).

Paridad de género en educación secundaria (Acceso a conocimientos Básicos). Suscripciones a telefonía móvil, (Acceso a información y comunicaciones)

a) Necesidades Humanas Básicas.

Tabla 38 Puntaje de indicadores que conforman a componentes de la dimensión Necesidades Humanas Básicas

NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS (Dimensión 1)						
Periodo de estudio		2018	2017	2016	2015	2014
Nutrición y Cuidados Médicos Básicos	Desnutrición	18	19	19	19	13
	Intensidad del déficit alimentario	12	7	13	13	8
	tasa de mortalidad materna	16	1	14	12	10
	tasa de mortalidad infantil	5	3	5	8	1
	muetres por enfermedades infecciosas	11	15	11	15	11
	puntaje	61	43	61	68	43
Agua y Saneamiento	Acceso a agua potable	27	27	27	26	26
	Acceso rural a fuentes de agua mejoradas	29	28	28	28	28
	Acceso a estructura de saneamiento mejoradas	33	32	32	31	31
	puntaje	89	87	87	86	85
Vivienda	Disponibilidad de vivienda accesible	11	10	10	10	10
	Acceso a energía eléctrica	30	30	30	29	29
	Calidad del suministro eléctrico	22	22	20	19	18
	Muertes atribuibles a la contaminación del aire en interiores	3	3	4	4	5
	Puntaje	66	65	64	63	62
Seguridad Personal	Tasa de homicidios	7	7	9	10	7
	Nivel de crímenes violentos	17	17	17	17	17
	Criminalidad percibida	11	2	3	3	3
	Terror Político	11	2	2	3	2
	Muertes en accidentes de tráfico	8	8	8	10	11
	Puntaje	54	37	40	42	40

Elaboración: propia, 2019

b) Fundamentos del bienestar

Tabla 39 puntaje de indicadores que conforman a componentes de la dimensión Fundamentos del Bienestar.

FUNDAMENTOS DEL BIENESTAR (Dimensión 2)						
Periodo de estudio		2018	2017	2016	2015	2014
Salud y Bienestar	Esperanza de vida a los 60 años	13	13	13	22	22
	Mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas	17	20	14	24	22
	Tasa de suicidio	12	13	11	15	14
puntaje		42	45	38	61	58
Calidad Medioam-biental	Muertes atribuibles a la contaminación atmosférica	20	20	23	23	21
	Tratamiento de aguas residuales	-	-	-	-	-
	Habitat y biodiversidad	3	3	3	3	3
	Emisión de gases de efecto invernadero	10	12	20	21	13
puntaje		33	35	45	47	37
Acceso a conocimientos Basicos	Tasa de alfabetización en adultos	27	27	27	26	26
	Matriculación en educación primaria	21	21	21	21	21
	Matriculación en educación secundaria	25	25	26	26	26
	Paridad de genero en educación secundaria	22	22	22	22	22
Puntaje		95	95	95	95	95
Aacceso a información y comunicacio-nes	Suscripciones a telefonía móvil	35	34	34	33	33
	Usuarios de Internet	29	29	23	21	18
	Libertad de Prensa	3	3	6	7	8
Puntaje		67	66	63	61	59

Elaboración: propia, 2019

Finalmente, para el cálculo de componentes se aplica la fórmula 2 presentada en la sección 4.2.2 del presente capítulo con el fin de brindar comparabilidad a la medición estableciendo los mejores escenarios y peores escenarios. Se establecieron valores de acuerdo a las escalas de medición, del 0 al 100 como mejores y peores escenarios respectivamente, acorde a la media que busca indicador con el fin de evitar valores atípicos que puedan reflejar sesgos indeseables.

e) Cálculo de componentes

A nivel componentes se obtuvieron los datos tras la sumatoria de los indicadores luego de haber aplicado la fórmula 2 de la sección 4.2.2 del presente capítulo. La tabla a continuación presenta los componentes que conforman a la dimensión de Necesidades Humanas Básicas, en la cual se observa que el componente a destacar en la presente dimensión es el de agua y saneamiento, ya que este aspecto es fundamental y de primera necesidad en el día a día de las personas presentando incrementos constantes a lo largo del periodo de estudio, sin embargo una de las mayores debilidades de esta dimensión está presente en el componente de seguridad personal por lo que es imprescindible orientar mayores esfuerzos a la seguridad ciudadana para que los índices de criminalidad disminuyan y se brinde seguridad a la población de la red de salud 5 Sur, si bien nutrición y cuidados médicos básicos junto a vivienda presentan puntajes por encima de la media son componentes que reflejan resultados medio bajo, sobre todo el 2017 para el primer componente que responde al cuidado físico de las personas.

Tabla 40 Puntaje por componentes que conforman la dimensión de Necesidades Humanas Básicas del IPS.

NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS (Dimensión 1)					
Periodo de estudio	2018	2017	2016	2015	2014
Nutrición y Cuidados médicos Básicos	61	43	61	68	43
Agua y Saneamiento	89	87	87	86	85
Vivienda	66	65	64	63	62
Seguridad Personal	54	37	40	42	40

Elaboración: propia, 2019

La tabla a continuación presenta los componentes que conforman la dimensión de fundamentos del Bien Estar en la cual el componente de Acceso a conocimientos básicos obtuvo puntajes altos y constantes siendo que se registra una mayoría de más del 95% de la población que se encuentra matriculada tanto en educación primaria como secundaria y así también se destacando la paridad de género en la red de salud 5 Sur reflejando de igual manera los altos niveles de alfabetización, por otro lado el

componente de calidad medio ambiental conjuntamente con el componente de salud y bien estar se presentan como las debilidades de la dimensión, siendo que los resultados reflejan empeoramiento para las últimas gestiones, reflejando altas probabilidades de perder la vida por enfermedades que tienen tratamiento y se ven empeoradas por el medioambiente puesto que tras el crecimiento de los distritos que conforma la red de salud 5 sur y los escasos controles de construcción y obras públicas entre otros, descuidando la preservación de áreas verdes y contribuyendo a la contaminación.

Tabla 41 Puntaje por componentes que conforman la dimensión de Fundamentos del Bienestar del IPS.

FUNDAMENTOS DEL BIENESTAR (Dimensión 2)					
Periodo de estudio	2018	2017	2016	2015	2014
Salud y Bienestar	42	45	38	61	58
Calidad Medioambiental	33	35	45	47	37
Acceso a Conocimientos Básicos	95	95	95	95	95
Acceso a Información y Comunicaciones	67	66	63	61	59

Elaboración: propia, 2019

A continuación la presente tabla, que se mantiene constante, refleja los resultados para los componentes que conforman la dimensión de oportunidades, claramente mostrando el componente de libertad de prensa y de elección así como el componente de Tolerancia e inclusión como los componentes que registran los puntajes más altos indicando que existe un grado importante de libertad de expresión en la red de salud 5 Sur, sin embargo el acceso a educación superior refleja puntajes bajos probablemente a que concluida la educación a nivel secundario un gran porcentaje de los joven buscan fuentes laborales o dedican el tiempo a otros fines más importantes que la continuidad con los estudios superiores.

Tabla 42 Puntaje por componentes que conforman la dimensión de Oportunidades del IPS.

OPORTUNIDADES (Dimensión 3) Cte.					
Periodo de estudio	2018	2017	2016	2015	2014
Derechos Personales	52	57	44	54	54
Libertad Personal y de Elección	55	61	61	60	72
Tolerancia e Inclusión	62	60	59	56	85
Acceso a Educación Superior	33	34	33	37	34

Elaboración: propia, 2019

d) Cálculo de las Dimensiones.

Para el cálculo a continuación se promediaron los componentes de cada dimensión con el fin de obtener los puntajes correspondientes acorde a la formula 3 descrita en la sección 4.2.2 del presente capítulo, donde se observa en general puntajes medio bajos, siendo la dimensión, fundamentos del bienestar que destaca mejores resultados, sin embargo las otras dos dimensiones restantes la dimensión de Necesidades Humanas Básicas también muestra resultados medio bajos siendo los peores tanto en la gestión 2017 como 2014 dados los resultados en el primer componente de nutrición y cuidados médicos básicos que presenta puntajes un poco por encima de la media, del mismo modo se observa que los aspectos sociales sobre todo en la dimensión de oportunidades no contemplan una total derecho de libertad.

Tabla 43 Puntaje por dimensiones que conforman el IPS.

PUNTAJE POR DIMENSIONES IPS RED DE SALUD 5 - SUR					
Periodo de estudio	2018	2017	2016	2015	2014
Necesidades Humanas Básicas	67	58	63	65	58
Fundamentos del Bienestar	59	60	60	66	62
Oportunidades	51	53	49	52	61

Elaboración: propia, 2019

e) Cálculo del IPS

El cuadro a continuación muestra el puntaje obtenido por el indicador, (Índice de Progreso Social, IPS) midiendo el bien estar de la Red de salud 5 - Sur, observando

tanto los impactos sociales como medioambientales de forma separada de las medidas económicas tradicionales, reflejando que en la Red de Salud 5 Sur cuenta con un IPS medio bajo, teniendo como fortalezas las dimensión de necesidades humanas básicas y fundamentos del bienestar, pese a que los puntajes por ambas dimensiones son bajos y reflejan resultados por encima de la media presentan debilidades que impactan directamente sobre el bien estar social, la dimensión de Oportunidades donde se muestra como una gran debilidad en la red de salud 5 Sur son las oportunidades, la liberta de elección la vulnerabilidad de derechos, etc., que perjudican al desarrollo de una sociedad y el bien estar social de las mismas, si bien se tiene cubiertas la necedades básicas, otros aspectos que complementa el bienestar de una persona y por tanto de una sociedad no son del todo desarrollados, sobre todo en aspectos medioambientales, cuya consecuencia repercute en otros factores que hoy por hoy son una fortaleza de acuerdo al índice para la red de salud 5 Sur, pero que si no se le pone atención puede llegar a restar esta fortaleza e ir en contra respecto al bien estar social, en los 5 años que involucra el periodo de estudio se observa que el año 2015 se registra el nivel más alto de IPS para la red, disminuyendo en 2 puntos hasta al 2018, debiéndose a un retroceso en cuanto al bien estar de la sociedad en todo su conjunto.

Tabla 44 Puntaje del Índice de Progreso Social para las gestiones 2014 – 2018.

INDICE DE PROGRESO SOCIAL RED DE SALUD 5 - SUR					
Periodo de estudio	2018	2017	2016	2015	2014
IPS	59	57	57	61	60

Elaboración: propia, 2019

4.5. Presentación de Resultados de las Entrevistas a expertos en economía de la salud y autoridades públicas (SEDES).

Se realizaron entrevistas a expertos quienes contribuyeron con información cualitativa al momento de proveer su criterio profesional, se presenta la matriz de resultados a continuación.

Pregunta	Entrevistado	Criterio
1) ¿Cómo evalúa la situación actual de la salud en cuanto a la situación en el país en relación a los últimos 20 años?	E-1: Horacio Toro Cargo: presidente de la academia Boliviana de Medicina y Asociación latinoamericana de academias nacionales de medicina ALANAM. E-2: Elías Ramón Cordero Cargo: jefe de planificación SEDES La Paz. E-3: Dr. Tarquina Cargo: director de salud red 5 Sur	E-1 Pese a que el país tuvo grandes avances en la reducción de algunos indicadores de mortalidad y morbilidad, la organización del sistema sanitario tuvo un deterioro bastante grande, debido a que en los gobiernos centrales no se prioriza la salud como sucede con la educación o con el cuidado del medio ambiente. Esto se traduce en indicadores de rezago, cuando vemos que el presupuesto de salud en Bolivia es exiguo. Para tener buenos indicadores de salud, necesitamos un porcentaje del PIB aproximado del 10%. Bolivia está en un rezago en su sistema de salud En estos últimos 12 años el país ha dispuesto de una cantidad nunca antes vista en recursos económicos provenientes especialmente de los hidrocarburos y otros elementos, la utilización de estos, no ha priorizado la mejora de la salud y eso se refleja en el mal estado de nuestros hospitales, desde los niveles primarios. E-2 Bolivia ha estado ocupando el penúltimo lugar después de Haití, en los indicadores de salud latinoamericanos. El presupuesto de los otros países se ha desarrollado y nosotros seguimos en el penúltimo lugar de Las Américas y último en Latinoamérica. Debemos tomar en cuenta que, en los últimos cincuenta años, ha habido una transición demográfica, de una población rural que era más o menos 70% y la población urbana 30%, 50 años después, ha habido una inversión. Esa tendencia ha traído algunos efectos en la salud: el primero es que producto de esa transición demográfica, se ha generado la transición epidemiológica, con la presencia de enfermedades crónicas. En el pasado las enfermedades prevalentes, las más importantes eran las enfermedades agudas, que son las que una vez que se instalan, tienen el riesgo de muerte rápida. Tenemos las neumonías en los niños, las diarreas, el embarazo con muerte materna, enfermedades inmuno prevenibles que producen muerte, en cambio las enfermedades crónicas son aquellas que tienen largo periodo, una historia en el tiempo y una vez que se instalan generan problemas de salud producto de los hábitos.

	E-4: Dr. María René Flores Cargo: Profesional en salud pública, F.P.S.	E-3 En estos últimos 20 años, hemos sufrido una serie de cambios desde modificaciones de las leyes, con la incorporación de muchos seguros, empezando por el básico de salud, después el seguro universal materno infantil, la modificatoria de la ley 475, transformaciones y muchos cambios que trajeron algún beneficio para la población no asegurada. Con el SUS van a haber muchas modificaciones con la idea de asegurar a toda la población que no cuenta con un seguro y pueda gozar de este beneficio. Antes de que se lance esta nueva ley 1152, estuvimos con la 475 que ya cubría gran parte de la población, teníamos menores de 5 años, mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, las personas con discapacidad y las personas adultas, mayores de 60 años, ahora esta ley incorpora a este grupo etario que no estaba protegido que es de 6 a 59 años y entonces podríamos decir que es una ampliación de este seguro de la 475. No tenemos aún el detalle de la modalidad de pago ni el reglamento. El Gobierno Central debe al gobierno municipal de La Paz, alrededor de 66.000 millones que es de la gestión 2018 y se tiene que pagar mediante un reembolso que no habido que es el COMSALUD de parte del Ministerio central hacia el municipio de La Paz, entonces no tenemos el presupuesto y nuestras farmacias están desabastecidas de medicamentos. E-4 Nuestro sistema de salud es deficiente. No tenemos infraestructura adecuada en nuestros centros de salud, Cuando fueron construidas, hace veinte años, no se hizo una proyección sobre el dimensionamiento y el crecimiento poblacional ni del perfil epidemiológico, entonces se tiene que tomar muy en cuenta eso. Con el SUS, estamos peor, porque no vamos a poder cubrir las necesidades correspondientes. Se ha avanzado muy poco en los últimos 20 años, en el SUMI en el SIS, en el Bono Juana Azurduy de Padilla y si se hace una comparación entre la mortalidad materno infantil esta ha sido ínfima en relación al gasto operativo que se da. Entonces el costo beneficio que ha tenido, incluido estos sistemas, incluidos estos bonos, no ha disminuido en nada nuestro perfil
--	---	---

		epidemiológico, especialmente en todo lo que es mortalidad. Sí nos dedicaríamos más a la prevención, los hospitales no se sobrepoblarían ni colapsarían, además que el tipo de atención, por ejemplo, las intrahospitalarias, son muy prolongadas. Tenemos un costo día utilidad cama, esto va en desmedro. Estamos cometiendo errores en todas las prestaciones, no sólo de emergencia.
2) ¿Qué observaciones / comentarios le surgen en cuanto a las políticas públicas de protección sanitaria, en inversión y gasto, aplicadas por los diferentes niveles de gobierno?		E-1 Nos hemos dado cuenta que desde las esferas financieras, económicas y del Gobierno Central, no se está priorizando el presupuesto necesario para la salud, si bien aparece que en el gasto de salud relacionado con el PIB aparece como el 6.5%, cuando vamos hacer un análisis de este porcentaje, vemos que el Estado está destinando apenas un 2.9%, el resto viene del de la caja de seguridad social, los seguros, con un 2.8%. Quiénes no tiene seguro deben recurrir al sector privado donde se paga por la consulta o incluso por el deterioro que tenemos en el sector público, las personas menos pudientes tienen que sacar dinero de su bolsillo para poder pagar las consultas en los hospitales públicos, eso nos está mostrando que no hay una prioridad de la salud en Bolivia y por lo tanto el presupuesto es muy bajo. A la falta de recursos, se debe añadir el capital humano de salud que se caracteriza porque las universidades están formando masivamente recursos humanos generales, y tenemos déficit en especialistas. La Organización Mundial de la Salud dice que al menos deberíamos tener 3 médicos por cada mil personas y lo que tenemos es 0.8 por mil personas. En el campo de la enfermería, dicen que por cada médico se deben tener al menos 3 enfermeras y en este momento no llegamos a una enfermera por cada médico. E-2 En la estructura del financiamiento en salud, en los últimos 20 años se ha demostrado la poca disponibilidad del Gobierno de invertir en la salud. En este momento, Bolivia tiene alrededor del 6.1 % del PIB nacional, cuando todos los países de la región están bordeando el 10 %. A nivel departamental el financiamiento es muy limitado, porque entre 70 u 80 % del presupuesto que asigna a la salud, lo asume el Ministerio de Salud, en un país descentralizado donde hay

niveles de autonomía departamental y municipal, pero el que secuestra el financiamiento, es el Gobierno Central, y a partir de eso ha estado creando programas nacionales verticales como el Mi Salud, el Bono Juana Azurduy y una serie de programas que están consumiendo ese recurso y que no tienen ningún impacto, contraviniendo totalmente a este proceso de descentralización y autonomías.

E-3 Trabajamos mediante desembolsos que no viene del Gobierno Central, mediante la 475 de la coparticipación tributaria, tenemos un presupuesto para salud que se aplica para la compra de insumos, de medicamentos, infraestructura, equipamiento y se va cumpliendo a través de los desembolsos que nos realiza el Municipio. Tenemos remanentes en cuentas Municipales, y no se llega a utilizar todo el dinero y debería ir para eso, para fortalecer a los otros establecimientos sea en equipo o infraestructura, pero eso está sujeto al dinero que se tienen en las cuentas municipales. Hay un déficit, en relación al año pasado, de 66 millones que no nos permiten hacer ese uso, porque nuestros hospitales de segundo nivel han colapsado y han ido atendiendo a poblaciones que no son de nuestra jurisdicción.

Con esta nueva Ley, se va a modificar esto y los pagos van a ser inter municipales.

E-4 No existe una proyección global y desglosada, por ejemplo si el gobierno a través de la Ley de autonomías, se ha deslindado de responsabilidades, pero el beneficio es poco para los municipios, porque éstos tienen que cumplir la agenda patriótica, y fallamos nosotros, porque el establecimiento de salud y el municipio no hablan el mismo idioma, porque el municipio (sus planes) están en el POA, el hospital tiene otro POA y el municipio va a tener un plan estratégico y el hospital otro plan, entonces se falla en que ambos van por caminos separados y no se fijan en cada uno de estos esta enmarcado en un plan estratégico de desarrollo de país, debiera haber un solo plan estratégico y se debe redituarse de acuerdo al número de prestaciones y crecimiento poblacional de acuerdo al perfil epidemiológico, situación que no ocurre. No existe una política de salud establecida en

		cuanto a gasto costo beneficio paciente. Tenemos que ver cuánto se gasta por paciente y si a ese paciente en el que he gastado, en personal de salud, mantenimiento, luz, agua, ver si está siendo rehabilitado. entonces con él SUS vamos a entrar en peor desmedro. El mayor responsable sobre el tema de salud es el Estado. Y si el estado no redita, no se puede trabajar ni cubrir las necesidades de la población.
3) ¿Cuáles considera que son las mayores debilidades en las redes integrales de los servicios de salud?		E-1 Entre redes rurales y algunas urbanas de la ciudad de La Paz, el resultado casi es el mismo: el sistema de redes tiene que unir los servicios de atención primaria, con los servicios de alta resolutive que son los hospitales de tercero y cuarto nivel. El primer problema es que no hay una comunicación entre los niveles. El segundo que las redes tienen una gerencia de salud, y el hospital de segundo nivel que es el primer nivel de referencia, tiene un directorio, y surge un problema serio, que el gerente de la red y el director del hospital de segundo nivel casi nunca conversan, entonces mal se puede desarrollar un proceso de coordinación de lo que en medicina llamamos referencia y contrarreferencia, por lo tanto las redes funcionales no están funcionando. E-2 Hay dos problemas fundamentales: primero, es la capacidad operativa, de respuesta y competencia técnica que le llamamos la capacidad resolutive de los establecimientos. El primer nivel de atención está definido como un nivel de atención para acoger un 80 % de la demanda de salud, que se puede resolver en el primer nivel, pero éste primer nivel de atención, adolece de dos problemas elementales: Primero, falta de recursos humanos, por lo que no hay una atención continua. Tenemos un déficit sólo en el departamento de La Paz, de 3.000 ítems. Segundo, no tenemos seguridad en el financiamiento para los medicamentos, si bien esto está asignado al Municipio, solo se financian los medicamentos para grupos de riesgo menores de cinco años, mayores de 60 años y discapacitados, lo que está establecido en el Seguro Integral de Salud (SIS). Con la actual Ley, que ha planteado el Gobierno, se pretende llegar a una población entre los 5 y 60 años, que no estuviese cubierto

		financieramente por nadie, que es la que va y paga su consulta, o lo que llamamos gasto de bolsillo. La actual ley prevé la atención a ese grupo de edad, pero lo más preocupante y paradójico es que no se asigna financiamiento. E-3 Nuestra gran debilidad son los recursos humanos, tenemos un número muy bajo, solo 127 personas entre médicos, odontólogos, enfermeras, biotecnólogos y bioquímicos en nuestra red, y para toda esta red funcional, es un número muy bajo para los 12 establecimientos públicos que manejamos. No se ha analizado, en lo que hace a la red sur, que iba a crecer tanto y en tan poco tiempo. Antes era una asignación de población corta, que daba respuesta a nuestro equipo, ahora hubo un crecimiento grande, hay una sobrepoblación y hay crecimiento, muchos departamentos que se han construido y eso incrementa nuestra población y la demanda, en cuanto a salud, es grande. E-4 Lo que sucede en la ciudad de La Paz es muy difícil por el tema geográfico. Tenemos en el Departamento de La Paz redes que están conformadas por varios municipios, incurrimos en una distribución geográfica inequitativa, las isócronas, que quieren decir las distancias existentes entre un establecimiento de salud y otro, son demasiadas. Si se produce un accidente cardiovascular por ejemplo en el centro de la ciudad y quien lo sufre está asegurado en Los Pinos y es mediodía, el traslado nos toma 45 o minutos y hasta que la atiendan, puede darse un desenlace fatal.
4) ¿En la actualidad considera que existen problemas en relación a las funciones o		E-1 El sistema sanitario en Bolivia tiene diferentes dueños, los municipios con las redes la atención primaria y algunos elementos de las redes secundarias están en manos de las autoridades municipales, también la secretaria departamental de salud tiene alguna tuición sobre los hospitales de segundo nivel, especialmente en la designación de los recursos humanos. No hay una coordinación, cada uno de ellos tiene su prioridad, en el desarrollo municipal o en el desarrollo departamental concretamente vemos un divorcio aquí en La Paz, por otro lado, los hospitales de tercer nivel dependen del

articulación dentro de las redes integrales de servicios de salud? (Alcaldía, SEDES)		ministerio de salud que también tiene una orientación política diferente. E-2 Hay algunas dificultades porque son Gobiernos Autónomos, tanto el Municipal como el Departamental y la relación depende de la afiliación política de cada uno de estos actores. Por lo que es muy relativo. Actualmente en el Departamento de La Paz, la relación del SEDES de la Gobernación con los Municipios de El Alto y La Paz son fluidas, pero no es suficiente para tener un buen sistema de salud, de por medio está el financiamiento, en este momento el Gobierno Central le debe a los hospitales recursos y en esto el SEDES no puede hacer mucho porque es una deuda que el Estado ha contraído. entonces en líneas generales la relación puede ser muy buena pero lo que determina una fluidez en las articulaciones institucionales es el financiamiento. E-3 La asignación que tenemos está destinada a cada establecimiento de salud. Lo que hace el municipio es administrar esa economía que nos llega a través de las cuentas municipales, en dinero o desembolso y la relación tiene que ser directa, porque a través de ellos nos llega el dinero para el funcionamiento de nuestra red. Las decisiones salen a través de resoluciones de acuerdo a las necesidades de cada establecimiento para mejorar su equipamiento e infraestructura que el Municipio debe hacer, porque la Ley así lo establece. El SEDES pone recursos humanos que es bajo, pero también nos apoyan con contratos. Hay varias modalidades de contratos, ya sea con nuestros recursos o con el dinero de cada establecimiento. E- El Ministerio de Salud da una orden y pertenece al Gobierno. Lo del SEDES, lamentablemente, es un tema político. Generalmente el Ministerio de Salud dictamina una cosa y el SEDES, por ser un órgano político, dictamina otra cosa. Si el municipio pertenece al partido de gobierno y el SEDES pertenece al de la oposición, nunca se van a poner de acuerdo. Existe una coyuntura política que interfiere radicalmente en todo el proceso de
---	--	---

		comunicación y legislación del cumplimiento de normas dentro de un establecimiento de salud y, obviamente, dentro de toda la red.
5) ¿Cuáles serían las acciones inmediatas a tomar para mejorar la problemática de la red integral de servicio de salud para el macro distrito Sur?		E-1 La red municipal del Sur, por ejemplo, tiene sus peculiaridades y sus prioridades: no es lo mismo establecer un programa de la red funcional de la zona Sur por las características poblacionales, por ser una zona de transición entre el nivel económico alto, medio y bajo que ya tenemos en la zona Sur, que establecer un programa, por ejemplo, en la red municipal de El Alto. E-2 Para la construcción de una red funcional es necesaria la articulación entre los niveles. Las dificultades que se presentan son por la alta demanda: La gran dificultad es que el primer nivel de atención no está logrando tener la capacidad resolutoria mayor, por la cartera de servicios que este definida para este nivel. Se debe fortalecer la relación entre el primer y segundo nivel, principalmente, a través de la referencia y contra referencia de pacientes. Eso es lo que ha estado fallando, se debe mejorar la contra referencia. El paciente o usuario no tiene responsabilidad (de saber dónde acudir) y es un debate que ha surgido en el sistema de salud, los centros de 1er nivel deben desarrollar una mejora continua de la calidad, de tal manera que la población sepa que ese nivel de atención sí le va a resolver el problema, que confíe en él y va a acudir al primer nivel, y si no puede resolver va a ir al segundo nivel, así se va a organizar la demanda. E-3 El Gobierno central debería asignarnos recursos de acuerdo al crecimiento vegetativo que tenemos, sin embargo, esta es muy baja. Desde el 2015 que no tenemos una asignación de recursos humanos. Hubo crecimiento, pero no sabemos si hubo creación de ítems. La relación SEDES con Alcaldía, no va tanto en armonía, pero, acuerdo a Ley, así tenemos que trabajar. E-4 Se tiene que analizar si la organización de las redes de salud, son vitales, es decir, si pueden sobrevivir y si no se tiene que fortalecer, por ejemplo, el distrito Sur a donde pertenece todo lo que es el hospital de Los Pinos, lo que es Mecapaca, Ovejuyo, UNI, existe un

		establecimiento de salud. Solamente de Chasquipampa a Los Pinos tardamos unos 45 minutos, entonces, se tiene que fortalecer la accesibilidad por la geografía accidentada que tiene nuestro departamento y esto interfiere directamente sobre la organización de la red, entonces se tiene que buscar otras formas de como establecer una red entre dos municipios. Otro factor es la motivación, sino me siento a gusto, seguramente que no haré bien las cosas. Y si nadie reconoce mi trabajo, iré disminuyendo mi calidez. El tema es de las prestaciones y el dinero, ya que no se ha realizado la proyección económica costo beneficio en el momento.
6) ¿Considera una necesidad que las redes de salud estén establecidas en función de los distritos geográficos ya establecidos por el Gobierno Municipal?, Por qué?		E-1 Como ya se tiene una distribución poblacional y una distribución distrital y vecinal establecida en la política municipal, es interesante que el desarrollo social y de las redes municipales de salud, puedan estar paralelas o que respondan a esta organización que ya se tiene, sólo así podremos organizar los servicios de atención primaria. Los alcaldes municipales, con muy buen criterio, se han reunido para tener una iniciativa de metropolización, esto significa también, que los hospitales que son los más desarrollados en la zona Sur, el hospital de Los Pinos, pueda dar atención a otras alcaldías municipales como son Mallasa, Palca, etc E-2 El sistema de salud está organizado por territorio, en el área urbana no hay mucha dificultad, porque el Municipio de La Paz tiene macro distritos, y en cada uno la tendencia es un hospital de segundo nivel y a partir de ese segundo nivel se organiza el primer nivel de atención, eso fluye. En las zonas urbano marginales de otros municipios como el Alto el perfil no es el mismo que de la zona Sur, entonces la organización de los servicios tiene que ver con el perfil epidemiológico y esto va a seguir ocurriendo, que la zona Sur va tener todavía algunos territorios que comparten con otros macro distritos. E-3 Estamos organizados por áreas de influencia, no por distritos, porque hay áreas que manejan hasta cuatro distritos, y no sería que en cada distrito haya un establecimiento de salud.

		Manejamos los distritos 19, 20 y 21 y dentro de esos, tenemos varios establecimientos de salud, entonces la estructura del establecimiento de las redes está bien, porque están organizadas por áreas y zonas. Esto, de acuerdo a la población y su crecimiento. E- Se deberían reorganizar las redes, no de acuerdo al distrito geográfico, sino de acuerdo a la cercanía y la atención obligatoria inmediata del paciente. Por el tema geográfico, en nuestro departamento tan accidentado, se debería hacer una reanálisis, se tiene que optimizar y se tienen que renacionalizar las redes.
7) ¿De acuerdo a su experiencia, ¿Cuál es el nivel de adaptación del diseño organizacional, de su estructura, a las necesidades evidenciadas por el perfil epidemiológico del macrodistrito Sur?		E-1 La gente que habita en el Macrodistrito Sur, al igual que todos los pobladores de las otras redes, tenemos un grave problema y es la falta de una cultura sanitaria. Nadie sabe dónde debe ir y la norma dice que vaya al servicio de atención primaria, de ahí le harán la referencia al segundo y así sucesivamente. La gente de la zona Sur, que es un poco más pudiente en cualquiera de sus estratos, siempre va a recurrir a un servicio donde le solucionen su problema, por eso es que estos elementos de organización del sistema de la red funcional, debe ir acompañada fuertemente de un proceso de educación y de sensibilización a la población para el uso adecuado de los servicios de salud. E-2 Todos los macro distritos de salud tienen una organización básica en su estructura y es por redes. En la zona Sur tenemos el coordinador de red, su responsable estadístico, etc. Todos ellos tienen la capacidad de conducir esa red de salud y no hay mucha diferencia con otras redes. En el área rural si es importante que sea diferente, por ejemplo, para la zona de los Yungas ese equipo de gestión el de coordinación de red, necesita un experto en enfermedades tropicales, por ejemplo, el territorio, la región determina cual debería ser, bajo una estructura mínima y de acuerdo a la necesidad incluir un experto más de determinada área en función al perfil epidemiológico. E-3 Gran parte de la población cuenta con un seguro y el perfil varía de acuerdo a cada zona. Por ejemplo, no es lo mismo tener un perfil en Alto Obraies o Alto Seguencoma, donde este

		último es una zona militar donde viven policías o Alto Obrajes, una zona del Magisterio, donde tienen su seguro, sea en la Caja Nacional de Salud o Cosmil, pero si nos vamos al otro extremo, como Chasquipampa, donde hay mucha población que no cuenta con un seguro, y son personas que tienen más necesidades, el perfil cambia. Por ese lado las enfermedades que tenemos son las no transmisibles, o del adulto mayor, pero por otro lado el perfil cambia, porque vemos resfriados, diarreas, infecciones y enfermedades comunes. E- Se empiezan a plantear establecimientos de salud, pero se lo hace sin tomar en cuenta el área poblacional que tenemos. No olvidemos que no se generan los hospitales teniendo en cuenta un área de población directa y otra área de población indirecta, la primera se refiere a la que pertenece tu red y la segunda a la que va más allá de la red, por lo tanto el perfil epidemiológico de mi área de influencia directa es una, y de mi área de influencia indirecta es otro, entonces tengo que hacer un análisis de todos los hospitales, No se han elevado estudios de perfil epidemiológicos y además que tenemos una información pésima ya que, por ejemplo, el Ministerio de Salud a través del SNIS te da un tipo de información, en el SEDES tienes otro tipo de información, en la agencia de red tienes otro perfil epidemiológico, y en el hospital otro, hay una diferencia abismal desde 0 hasta 145 mil prestaciones, No tenemos formación de estadísticos en salud que deberían generar una buena información, lo que nos va a permitir mejorar el sistema de salud. Si no tenemos buena información no podemos tener un perfil epidemiológico.
8) ¿Bajo el principio de la atención accesible para todos, considera que debe haber		E-1 Los servicios de atención primaria, deben estar abiertos 24 horas, con recursos humanos no solamente en médicos, sino enfermeras, auxiliares y otros elementos que puedan dar la primera atención básica que requiere la población y los hospitales de segundo nivel deben ser fortalecidos con su capacidad resolutoria y para eso se necesitan ítems, estructura, equipamientos, para que puedan dar una resolución a los problemas más sencillos y

cambios en el sistema de salud?		así estaremos evitando que toda la gente se vaya al hospital de tercer nivel. Lo que falta, volvemos al principio, son recursos financieros, para poder disponer de ítems que puedan suplir las necesidades en recursos humanos, medicamentos, insumos, tecnología en los diferentes niveles. E-2 Es Imprescindible que haya cambios en el sistema de salud y tienen que ser bajo la perspectiva de extender la cobertura de atención a toda la población y, para cumplir ese enunciado que tenemos en salud pública, que es el derecho a la salud, primero es la organización del sistema, extendiendo la cobertura a la población que no esta siendo atendida, principalmente en el área rural, pero todo esto tiene que ver con el financiamiento al sector. Eso significa incrementar el presupuesto, tenemos un déficit y una deuda social acumulada de salud de muchos años y lo más preocupante es que, en épocas de mayor bonanza, se haya desatendido la posibilidad de invertir en salud. Los municipios manejan un presupuesto muy limitado que es del 15.1% para pagar los servicios del Seguro Integral de Salud que es SIS. E-3 Hay un gran número de asegurados que muchas veces colapsan nuestros establecimientos de salud y hay dualidad de servicios que deberían anularse. Por ejemplo, siendo un habitante de Achumani y teniendo un seguro de la CNS debería acudir a mi seguro y no colapsar el de Achumani, pero vemos que en los centros de nuestros establecimientos hay gente que cuenta con sus seguros, pero acude a nosotros y entonces quienes tienen seguro deben ir a su seguro. Aquí atendemos a todas las personas, pero algunas quitan el nivel de atención a quienes no cuentan con seguros. Se debe quitar esa dualidad y darle prioridad a quien no cuenta con seguro, pero muchas veces hay leyes que son delicadas y podemos ser sujetos de observaciones, como aquella ley de discriminación, por ejemplo. E- No digo que todo sea gratis, pero existe otro tipo de mecanismo de llegada a la población, por
--	--	---

		ejemplo es inconcebible lo que esta sucediendo en el hospital de la mujer, existen prestaciones a la mujer que están cubiertas por el SIS, pero existen otras prestación que antes a las mujeres les cubrían el gasto, entonces como se entiende si cubrían el gasto con el hospital general, teniendo tantos ingresos, que se generar casi 100 mil bolivianos día más o menos, entre farmacia, consultas, Re consultas, ó no se tenga un buen proceso de administración pública. Están priorizando otros temas en lugar de la atención personalizada a los pacientes, y no es posible que hasta la fecha no tengamos solución al tema de la unidad de oncología.
9) ¿A través de que políticas públicas de nivel estratégico se podría reducir el gasto de las personas que acuden a los centros de salud?		E-1 Si el Estado aprueba un sistema universal de salud en respuesta a la Constitución Política del Estado, estaríamos asegurando un acceso universal a los servicios de salud. Para que la gratuidad sea eficiente y verdadera y las personas disminuyan el gasto de bolsillo, los servicios de salud deben ser autosuficientes, deben contar con los recursos financieros necesarios, cualquiera que sea su nivel y para ello es necesario que, desde el nivel central, el Gobierno, priorice la salud dándole un mejor presupuesto, con el que se puede hacer un reordenamiento de las redes funcionales. Eso en el momento está siendo cubierto en gran parte por el 15.5% de las alcaldías municipales, pero es insuficiente y por eso es que la gente que va a un servicio público tiene que pagar 20 a 30 bolivianos que para una persona que no llega a ganar o no alcanza el salario mínimo básico, es un monto importante. E-2 El gasto de bolsillo se puede disminuir, aumentando la inversión en salud y es el Estado que debería financiar la salud, como sucede en otros países. La mejor forma de disminuir el gasto de bolsillo es mayor inversión por el Estado, pero que sea una inversión producto de los impuestos y no de otra fuente, porque los impuestos son los únicos que dan sostenibilidad. El IDH es variable y tampoco puede ser vía crédito. El Gobierno ha contraído quinientos treinta y siete millones de dólares para salud, eso va a repercutir en nosotros también y en la salud porque es un recurso que hay aue pagarlo y el

		pago es 4% de interés anual pagadero semestralmente, o sea nosotros vamos a estar desangrados por cubrir la deuda. E-3 Hasta el momento con la ley 475 las prestaciones que se entendían eran gastos que se reembolsaban. Con esta Ley, va a haber algunas modificaciones y esperemos un nuevo reglamento. Si una persona cuenta con seguro, los gastos se tienen que hacer, pero si está dentro de la gratuidad, el gasto lo cubre el seguro gratuito de salud. E-4 Los bolivianos pretendemos que todo sea gratis, convendría generar, como las Pymes, un fondo para pagar consultas, así sean con cuotas semanales y por paciente con montos de 10 o 15 bolivianos, y para eso se debería hacer una reestructuración. En base a honestidad, con una reestructuración orgánica, desde arriba, porque el SUS no es la solución absoluta.
10) ¿Considera que los factores sociales son determinantes para el progreso social de la salud?, ¿Por qué?		E-1 Claro que sí, decía que no teníamos cultura sanitaria, pero tenemos cultura alcohólica, cultura de Baile y es el caso de la zona Sur que tiene acceso fácil al alcohol muy caro, al tabaco y a la droga. En el país se la pasan bailando, tomando, no hay una fiesta, sea un bautizo, matrimonio o velorio, donde no se tenga que consumir alcohol. Son hechos sociales determinantes que afectan directamente a la salud, cuanto más alcohol más accidentes, más crímenes, más feminicidios, más infanticidios, etc. cuanto más tabaco tenemos más personas con alto riesgo de tener cáncer pulmonar. La promiscuidad sexual, especialmente en los estudiantes de escuelas y colegios, provoca, en algunos casos embarazos a tempranas edades, 14, 15 años, porque hay una salud sexual irresponsable. Todos estos aspectos, que son de índole social, afectan negativamente a la salud. Esos problemas deben ser enfrentados más con promoción de la prevención de las enfermedades y especialmente con un proceso muy fuerte de educación, entre el sector salud y el sector educación. El gran problema que tenemos en el país es que se están destinando una mayor cantidad de

		recursos, de los pocos que tenemos, al tercer nivel, donde no debería llegar la gente. Debería volcarse la pirámide y destinar al menos 80% de los recursos a la atención primaria y eso significa, educación, promoción de la salud y prevención de las enfermedades y así invertir 80% por ejemplo en el primer nivel, 15% en el segundo nivel y un 5% o 10% en el tercer nivel. E-2 Gracias a la aplicación de algunas estrategias definidas por la declaración de Alma Atta el 78, donde había 3 estrategias fundamentales, la tercera estrategia era la intersectorialidad, no es posible hacer salud si no se involucran otros sectores que no son de salud, por ejemplo, educación, vivienda, etc. E-3 Mucho tiene que ver el perfil y la condición social de una persona. Esto va aparejado con la promoción y prevención y la gente tiene que ser parte de eso. Si una persona sabe que la higiene y la limpieza y aseo es muy importante, hace una buena prevención, pero en las áreas rurales y periurbanas, las condiciones de higiene no se aplican y esas personas tienen más riesgo a contraer cualquier tipo de infecciones. Hacen mucho las condiciones sociales y económicas. En algunas fiestas y acontecimientos sociales, como los prestes, hay bebida y la violencia puede estar ahí, pero si uno no es parte de eso, no está en riesgo. Para prevenir esto, se debe concientizar a la gente y debe venir desde niveles superiores, tal vez sancionando los excesos y evitar cierto tipo de abusos. Es un trabajo que se debe hacer intersectorialmente, entre el sector salud, educación, municipios e instituciones que debemos trabajar mancomunadamente para mejorar esto. E- Claro que sí. Tenemos una sociedad con todos los servicios básicos, una sociedad con buena educación, con buenas políticas de seguridad, estable a la cual se le cubran sus necesidades y la población va a acudir cuando sea necesario, va a respetar los horarios, se va adecuar, y cada miembro tiene que adecuarse a su sociedad. Lamentablemente aquí estamos acostumbrados, por los usos y costumbres que, por ejemplo, en postparto, la mujer debe estar
--	--	--

		limpia, tiene que asearse, las costumbres dicen todo lo contrario, que tienes que estar toda abrigada, transpirando, así se te va la enfermedad, son temas muy enraizados, y no hay que cambiarlo, sino lograr que la gente vaya entendiendo cual es el proceso.
--	--	--

4.5.1. Análisis de resultados de las entrevistas a expertos en economía de la salud y autoridades Públicas (SEDES)

- Respecto al progreso de la salud en el país en los últimos 20 años y acorde a la opinión de los expertos y autoridades públicas, se ha tenido muy poco avance, pese a la reducción de indicadores en salud como mortalidad, morbilidad, número de camas-paciente, etc. Indicadores que miden la prosperidad de la salud en un país, demuestran que Bolivia continúa teniendo un desempeño rezagado en el sector, comparado con otros países del continente que avanzaron de manera mucho más significativa, sobre todo en financiamiento, organización, priorización y manejo del sistema de salud.
- En cuanto a las políticas públicas de protección sanitaria, los expertos coinciden que un problema importante es el financiamiento, son los escasos recursos destinados al sector, así como la falta de comunicación entre los diferentes niveles de Gobierno que generan desembolsos tardíos del presupuesto asignado y con el tiempo llegan a hacerse deuda, también mala coordinación al momento del manejo de los mismos, si bien el Gobierno central maneja y debe destinar los recursos, los otros niveles de Gobierno (Departamental y Municipal), no lo perciben, por lo que los recursos para estos niveles descentralizados provienen de otros lugares, como los seguros sociales, impuestos, etc. bajo este esquema el Ministerio de Salud destina la mayoría de los recursos en programas de salud de muy poco impacto y mediante la ley 475 de la coparticipación tributaria se debe manejar un presupuesto para salud y cubrir insumos, equipamiento, etc. además que cada institución y hospital los administra bajo su propio plan estratégico sin estar alineado a un propósito en común imposibilitando la interacción entre los diferentes niveles y centros de

salud, generando deudas, y desgaste en la institución que termina impactando en la salud y bolsillo de los ciudadanos.

- En cuanto a la redes integrales de salud los expertos coinciden que un gran problema así como la falta de comunicación y coordinación es la escasez de recursos humanos más aun teniendo en cuenta que los horarios de atención deberían incrementarse, por lo que colapsa la capacidad operativa y resolutive de los centros de salud, sobre todo ante una población que ha crecido mucho en los últimos años y se ha encontrado con un problema que merece solución pronta que es la atención deficiente que tiene sus causas en la planificación y articulación de la red carente de estudios socioeconómicos, cálculo de isócronas y costo beneficio entre otras, por estos factores es imprescindible analizar la ubicación de los centros de salud que deben estar al alcance inmediato de la población y permitir un adecuado funcionamiento de las normas de referencia y contrarreferencia.
- Lastimosamente la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y al verse en un esquema descentralizado, responden a diferentes prioridades no hay una armonía y acuerdo para responder a la misma prioridad a causa de un aspecto político generando el incumplimiento de las normas dentro de los establecimientos de salud y la red en general, sin embargo uno de los expertos asegura que la relación entre los diferentes niveles de gobernanza es fluida y relativa, encontrando el problema en la poca asignación financiera por parte del Gobierno Central provocando que los centros de salud tengan que generar sus propios recursos.
- En cuanto a la problemática que presentan las redes, las posibles soluciones según la opinión de expertos: estas deberían tener una reestructuración y estudiar la población a la que atienden, todos los factores socioeconómicos que permita generar confianza en sus usuarios definiendo una cartera de servicios para un primer nivel de atención que permita una solución pronta reduciendo la referencia a un segundo nivel de atención y coordinando entre los niveles de

Gobierno para un buen manejo financiero creando más ítems, recursos humanos que además estén capacitados para brindar una buena atención.

- Es interesante la organización territorial, y es importante trabajar sobre esa estructura sin embargo algunos expertos afirman que es importante reestructurar la red no tanto en cuanto al perfil epidemiológico ya que esto se realiza más en las redes metropolitanas a nivel departamental, por tanto, es apropiada la estructuración en función a los distritos geográficos sin embargo otros criterios indican que la restructuración debe responder más a un aspecto de cercanía y atención obligatoria.
- De acuerdo con la opinión de los expertos y teniendo en cuenta que las redes también deben responder a un aspecto epidemiológico que puede llegar a variar de acuerdo a la zona o área geográfica de la que se está hablando, se observaron 2 problemas, primero que no se adecua la construcción de los centros de salud a las diferentes áreas geográficas de la red y por otra parte, las personas carecen de información, cultura sanitaria, para saber cómo acceder a los centros de salud, es por ello que se debe fortalecer esta área hacia los ciudadanos y los mismos centros, a pesar que algunos expertos aseguran que tiene personas capacitadas para este proceso, sin embargo otros atribuyen este fallo a los estadísticos de la red ya que no están capacitados lo cual es indispensable para optimizar el sistema de salud sobre todo para las personas de estratos socioeconómicos de escasos recursos que es la mayoría de la población no asegurada.
- De acuerdo con los expertos, los cambios que deberían efectuarse con más prontitud son: reorganizar el sistema de salud para lo cual es imprescindible tener un buen financiamiento y hacer efectivo el total del presupuesto asignado por el Gobierno Central a la gestión correspondiente, los centros de salud no cubren la demanda actual de la población, es necesario establecer un horario de atención de 24 horas, disponiendo de una mayoría en recursos humanos, tecnología, de tal forma que se pueda evitar el colapso de los centros de salud, para lo cual es necesario de inversión y financiamiento.

- Se pretende buscar que el sistema de salud pueda ser autosuficiente, garantizar un servicio optimo y destinar mayor inversión al sector para que toda la población este protegida y así reducir el gasto de bolsillo de las personas, por otro lado, se analiza que esta posibilidad no pueda ser sostenida y se tenga que buscar alternativas con otros métodos que ya involucren al sector financiero.
- En cuanto a otros factores sociales, estos son fundamentales para tener una salud más que nada preventiva puesto que los expertos coinciden en atacar estas áreas con educación, concientización a la población, información como en salud sexual y reproductiva, puesto que las fiestas descontroladas, conllevan peligro, exceso de bebida, e inseguridad que también estén ligados a tener buenas luminarias en las calles, un buen control de canes, control vehicular y peatonal, donde exista la garantía de un ambiente limpio, servicios básicos seguros y generar una sociedad tolerante.

4.6 Presentación de Resultados de las Entrevistas a las autoridades Municipales.

Pregunta	Entrevistado	Criterio
1) ¿Cuál es su percepción respecto a la situación actual de la salud en cuanto a la inversión y gasto en el macrodistrito Sur en los últimos 20 años?	E-1: Erika Salinas Erostequi Cargo: Directora de Gestión Social y promoción Económica, Subalcaldía Sur. E-2: Ing. Cristian Pereira	E-1 no sabe, no tiene una proyección tan larga. E-2 La salud siempre está asociada con la enfermedad. La inversión en salud es cuánto invertimos para que la gente no enferme y la inversión en enfermedad es cuanto has invertido para recuperar al paciente. Las políticas públicas de salud deberían ser las preventivas y promocionales. Qué política de Estado tenemos en el tema de salud. El programa ampliado de inmunizaciones, como Estado tenemos políticas para mejorar las condiciones de las personas enfermas, desde el seguro de maternidad y niñez que comienza en 1996, hasta el SUS de reciente implementación. Toda esa es una política de aseguramiento que ha ido profundizándose a lo largo del tiempo, pero es de respuesta a la enfermedad, no es preventiva o promocional.

	Cargo: director de salud GAMLP E-3: Claudia melgar. Cargo: jefe unidad de desarrollo humano y cultura ciudadana.	En los últimos 20 años hemos hecho muy poco, aunque el mejoramiento de las vías, alcantarillado, dotación de agua potable, etc., son condiciones de mejorar la vida y que reducen la posibilidad de enfermedades. Lo fuerte es invertir en políticas de información, de prevención y además cero en costo, frente a lo que se invierte en la respuesta a la enfermedad. E-3 20 años atrás la atención en salud tenía una realidad totalmente distinta, no se tenían médicos fijos y la atención era de medio día, es complicado, nos miden de acuerdo a la población, aproximadamente en Mallasa hablamos de 7 mil personas, entonces se dice que dos centros de salud es mucho para esta población, y es algo de mayor análisis donde incluso la ley dice que un médico es suficiente y una enfermera, pero nadie analiza, que hago con los que vienen de otros municipios, entonces debemos triplicar el tema de atención a la población, por lo que poco a poco hemos ido cambiando esa realidad, y en estos últimos 10 años es cuando ya se implementado todo este nuevo equipamiento a los centros de salud, mayor personal donde el Gobierno Municipal de La Paz, a estos dos centros de salud pone a un técnico administrativo, de dar las fichas, generar un mayor orden en la atención y demás, entonces se está invirtiendo tanto en equipamiento como en personal técnico.
2) ¿Conoce algunas debilidades o fallas que haya estado presentando el sistema de salud?, ¿cuáles?		E-1 En los muchos problemas que hay, partamos por la infraestructura, porque esa es una de las competencias municipales respecto al SEDES o al Ministerio de Salud. Las transferencias que se hacen al Gobierno Autónomo Municipal de La Paz en cuanto a salud son invertidas en infraestructuras en hospitales de primer y segundo nivel. El hecho de que tengamos que acudir al hospital Cota huma para transferir algunas especialidades, patologías ya refleja que hay una falencia, cada macro distrito debería tener su propio socorro de hospital. El Hospital los Pinos para eso está, pero, ya se ha visto en el pasado, siempre faltan camas, insumos. En cuanto al segundo nivel, el problema puede ser la falta de insumos en farmacias, y eso

		viene porque el capital para la compra farmacéutica viene por parte de Gobierno Central y no siempre se hacen los desembolsos a tiempo. El año pasado reinauguramos el hospital de Bella Vista de segundo nivel, entonces son esas pequeñas conquistas, que nos toman mucho más tiempo de lo que nosotros o la población lo deseara y todo por un tema presupuestario Como GAMLP tenemos clara que es una prioridad, pero nos toma tiempo, por el tema recursos y nuestra mayor debilidad es esa, los recursos. La otra debilidad es la coordinación, cuando del GAMLP con el SEDES, por ejemplo. Tenemos que compartir espacio físico, nosotros ponemos la infraestructura, ellos ponen los médicos, los ítems, muchas veces no aparecen los médicos, y está ahí la batallita de a quien le reclamo y si soy o no su jefe. E-2 Hacemos inversiones en hospitales de cuarto nivel, que es importante, pero ese nivel es investigativo y se le da otra dimensión. Estamos invirtiendo en hospitales de ese nivel, evitando hacerlo en promoción y prevención que es donde se deben hacer las grandes inversiones. E-3 Somos centros de salud primer nivel, estamos viendo más allá de lo que la ley y nuestras competencias nos dicen, por supuesto que se han presentado fallas, el temas del SUS nos atacó muy fuerte, la ley decía que todas aquellas personas que no tienen seguro, tienen que ser aseguradas, pero el tiempo es lo que nos falta para atender los centros de salud y hemos tenido que recibir a las personas que vinieron con los documentos requeridos y esto nos ha generado muchas más personas las cuales tenemos que ver su atención de manera obligatoria y no tenemos los insumos suficientes, si bien el tema de recaudaciones es muy bueno en los centros de salud, no va de la mano con la organización del tema económico y de atención, por lo que de aquí a un tiempo vamos a ver mayores fallas.
3) ¿Considera que el		E-1 Como politóloga, entiendo que responde a un tema de geografía, cada cierta cantidad de habitantes tiene que haber una unidad educativa pública, un mercado, un hospital,

establecimiento de la red de salud debe corresponder a aspectos geográficos o al perfil epidemiológico?, ¿Por qué?		centros de espacio recreativos, esto en cuanto a planificación urbana ideal. En cuanto a la red, eso debería responder a criterios humanos más de crecimiento poblacional, Mallasa en un principio es parte de la red cinco porque Mallasa no es tan grande o no era tan grande cuando nació la red, entonces no justificaba que tenga 2 redes, porque involucra un esfuerzo logístico, en recursos humanos y más de coordinación, entonces debe haber un mejor criterio. La zona Sur no siempre fue un macro distrito, no siempre tuvo una Sub Alcaldía, esto está en función al crecimiento demográfico y al asentamiento de viviendas y desarrollo de una zona. E-2 Son dos escenarios que se deben tomar en cuenta. El geográfico es fundamental y también lo es el epidemiológico, éste último a nivel de municipio. Las variaciones epidemiológicas van a ser muy pequeñas. La ciudad de La Paz y El Alto tienen diferentes situaciones, pese a que son colindantes. Entre la ciudad de La Paz y los Yungas, la visión es diferente. Dentro del propio municipio no hay grandes variaciones. El tema geográfico es importante, creo que en salud tenemos que romper el esquema de la geografía o geopolítica, porque la situación ha cambiado completamente. La construcción de una red, tiene porcentajes diferentes en su construcción y peso en la determinación del cómo se deben organizar esos servicios. E-3 La Paz es una ciudad que está creciendo día a día, entonces creo que estamos bien con el tema geográfico, ya que en el tema de crecimiento de la población se puede hacer cálculos, pero en el tema epidemiológico no, porque así como apareció el H1N1 de la nada, habido una epidemia, entonces es algo que nosotros no podemos prever, las estadísticas nos da que crecimiento poblacional se tiene, hay un número que más o menos manejamos nosotros, pienso que está bien como nos estamos organizando ahora, como está creciendo nuestra ciudad quizá si deberían haber más redes. Porque quizá se tienen que
---	--	---

		implementar más redes que puedan organizar a estos centros de salud.
4) ¿Cuál es su percepción respecto a la situación actual social del macrodistrito?		E-1 no sabe le falta información, es más técnico. E-2 Siempre se ha asumido que la zona sur es la de mejor posición socio económica más alta, donde la gente tiene mayores recursos. Analizando la realidad, dentro del macrodistrito sur hay zonas de ingresos altos y gente de pobreza también. Hay una mezcla de todo en todo lado. Chasquipampa es muy diferente a La Florida y está en la misma zona Sur, al igual que Achumani, donde hay clase media, socioeconómica baja y alta y todos coexistimos. En la red de servicios, tenemos problemas, porque hay una red que, bajo el supuesto que, en Calacoto, La Florida, Auquisamaña, habita gente que tiene recursos, no tenemos un centro de salud pública. Si lo tenemos en Chasquipampa, en Rosales, en Achumani, el más cercano, en Obrajes y Bella Vista, pero en la zona central de Calacoto, no hay ningún establecimiento de salud. En el sistema público nuestra red está mal estructurada y todos deberíamos tener acceso a la salud. Una de las propuestas que se ha hecho al Ministerio de Salud, con la implementación del SUS es crecer con dos establecimientos en la zona sur, para garantizar una mejor distribución de los recursos, pues hay un centro muy pequeño en la calle 15 de Achumani y de allí hasta la 45, hay una población enorme. Desde la visión de salud, debido al crecimiento demográfico de la zona sur, debería preocuparme más como Gobierno Municipal, si las redes de alcantarillado van a aguantar ese crecimiento poblacional, si las redes de agua potable van a aguantar esa demanda. E-3 Mejoramos la calidad de vida de las personas que viven en el macro distrito. Creo que en esta simbiosis aún tenemos características de comunidad que es bueno, no es malo, porque en nuestro macro distrito nos conocemos entre vecinos, todavía a las personas viven de la agricultura, floricultura, cultivo de verduras, esta característica la hemos fusionado con el tema de modernidad

		también en la forma de manejo de las unidades educativas, con el desayuno escolar, atención, el tema de salud, recojo de la basura, etc. Tenemos una cultura de cuidado.
5) ¿Qué aspectos son los más importantes para medir si las políticas de salud son adecuadas al perfil epidemiológico del macro distrito? ¿Qué herramientas consideraría las más apropiadas?		E-1 no sabe le falta información, es más técnico. E-2 Es necesario referirse al perfil epidemiológico de la zona sur, y los referidos a la diabetes, hipertensión y obesidad, que son los tres factores determinantes. No es la parte vectorial, no es el Chagas, no es la malaria o la fiebre amarilla, que son importantes, pero en esta zona o región están controladas. Lo grave son las enfermedades que llamamos emergentes. A nivel nacional y municipal hay una ausencia de respuesta a esas necesidades. Tenemos que repensar dónde deberíamos invertir y en qué hacerlo. El PAI y programa ampliado municipal son las únicas políticas de Estado pública que se ha mantenido a lo largo del tiempo y se van profundizando, aumentando los esquemas y las vacunas que van a este sistema. E-3 En el caso de que se presente un tema epidemiológico como una papera o sarampión en una unidad educativa, se da una charla aparte a los padres de familia de cómo vamos a actuar en la casa, donde conjuntamente con la secretaria de salud se coordina. Creo que este tipo de políticas deberíamos adoptar todos. Por eso el centro de salud de primer nivel es comunitario. También estamos al tanto con el alimento complementario escolar para que los niños puedan rendir mejor en sus actividades académicas.
6) ¿Qué aspectos considera los más importantes, (Que puedan verse afectados por sus funciones		E-1 No se mide de la manera específica si tienes o no ingresos, que era la escuela clásica para medirla, ahora sabemos muchísimos más factores que no tienen que ver solamente con dinero y eso está en los iconos del IDH. Por ejemplo, si tengo alguna dolencia tengo derecho a la Salud, eso significa que tengo derecho a tener cerca un centro de salud poder acudir a el y que me digan si estoy bien o no y en caso de necesitar un tipo de medicamento tener acceso al medicamento, la salud es una política mundial que está subvencionada. Lo más importante es que su subvención sea

o atribuciones), los más importantes, para reflejar de mejor forma la calidad de vida de las personas en el macrodistrito sur?		eficaz y eficiente, aseguramos de que realmente eso ocurra, que la gente tenga la posibilidad de saber que, si tiene una dolencia, un problema pueda tener acceso a salud de calidad más allá de sus ingresos o no, que eso esté garantizado simplemente por ciudadano o ciudadana y la eficiencia y la eficacia son fundamentales en salud. No hay tiempo que perder: cuando tienes cáncer, un resfriado o un raspón, el ciudadano debería tener la confianza y tranquilidad de tener un sistema de salud eficiente y eficaz para ser atendido de inmediato y no que es “vuelva en 6 meses”, como ocurre en la Caja que es un agujero negro. E-2 La calidad de vida es muy importante, pero los otros factores son las condiciones que otorgas a la población para su permanencia en un espacio territorial. En este caso el macro sur, desde la visión de salud; agua, saneamiento básico, servicios básicos, vías asfaltadas, seguridad, que no es solo referida a la seguridad ciudadana, que es, por ejemplo, el control de canes y mascotas. En nuestros centros de salud, no es el hospital, no son las camas, no es el quirófano, no son los mandiles blancos de los médicos ni el medicamento que va a mejorar la salud. Va a responder a la enfermedad, si, pero mejorar la salud es el previo. E-3 Si en algún momento generáramos otro tipo de organización en el tema de nuestros actores sociales, sería un paso enorme a atrás, aquí se respetan los presupuestos, pero los actores sociales cambian y puede haber un momento en el que digan, le hemos dado mucho a salud a educación, ahora continuaremos nomas con otro tipo de inversiones, quizá eso sería un aspecto negativo en nuestro Macrodistrito si es que creciera mucho más.
7) ¿Como se puede potenciar los aspectos mencionados		E-1 Todo parte por voluntad política, es lo primero, que exista claridad política, una visión única que tengamos el deseo de alcanzarla, que si no la tienes no importa los recursos que tengas, van a ser despilfarrados o enviados a cualquier otro lugar. Una vez esto, se necesita consenso, generar mucho dialogo.

precedentemente para satisfacer las necesidades de la población del macro distrito Sur?		En el macrodistrito Sur, pese a ser más pequeño, pasa lo mismo, tenemos” batallas” con comunarios, no nos ponemos de acuerdo con vecinos de la zona, pequeños, micro problemas que hacen que luego se vuelvan macro y que inciden en Salud. El dialogo debería ser horizontal, porque no se trata de quien manda a quien, si no que cada quién en su especificidad tiene algo que decir y aportar. El Gobierno Central no debe tener tan claro, por ejemplo, las consecuencias que provoca, que sus transferencias se retrasen, que impacta en lo negativo y es competencia del Gobierno Municipal, el decirle y hacerle notar esto El Municipio debería poder coordinar con SEDES, con el Gobierno Central, con el ministro, ahora que van a lanzar el SUS por ejemplo, decirle lo que está bien y porque y lo que está mal porque si no se escucha esa voz de los diferentes niveles de centralización, para que están. Uno de los primeros pasos de este Gobierno ha sido eliminar el Ministerio de Autonomías, el pacto Fiscal sigue siendo algún tema pendiente. E-2 Ahí sí, generando políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos de la zona sur. Garantizar espacios saludables, servicios básicos mínimos requeridos para que funcione adecuadamente, mejorar la seguridad ciudadana que no es sólo la violencia, sino otros componentes como el de la zoonosis, no solamente canes, el tema de los roedores es un factor complicado. Si garantizamos el control de las ratas y ratones y hasta el chulupi, creo que mejoramos la condición de vida y mejoraremos la salud de la población, entonces debemos generar políticas públicas para mejorar las condiciones de vida del ciudadano, este sería el resumen de este punto. E-3 Este año nosotros estamos sacando un proyecto grande en nuestro macrodistrito, porque justo una debilidad que en nuestro macrodistrito está presente es en el casoestudiantil, los jóvenes salen de la promoción y se quedan en el tema del bachillerato, lo de bueno es que los que salen v tienen la
--	--	---

		posibilidad de estudiar regresan con otros pensamientos al macrodistrito, y lo los que se quedan continúan con este pensamiento inicial de macrodistrito pero no está bien, ya que uno como persona tiene que seguir estudiando. Estamos implementando nuestro centro tecnológico, donde no solo habrá licenciatura sino también técnicos medios, con el fin de romper ese círculo de salir bachiller y conformarse con eso agarrando el negocio rural de los padres, no con el afán de demigrar ningún trabajo, pero si buscando que nuestros jóvenes aspiren a más.
8) ¿Qué factores críticos considera determinantes para el progreso social de la salud?, ¿Por qué?		E-1 No sé, eso puede ser todo y nada, profundizar todo este sistema de competencias, transferencia de competencias con recursos. E-2 La ausencia de comunicación al ciudadano y su respuesta que es el desconocimiento básico para mejorar sus condiciones de salud. El ciudadano debía tomar agua potable y no del río, entonces qué hemos hecho como políticas municipales para que la gente potabilice o consuma agua potable, qué hicimos para fiscalizar que la dotación de agua que estamos dando al ciudadano, sea efectivamente potable, que no sea agua segura, porque el concepto del agua segura es que tenga 24 horas al día el líquido elemento y otra es agua potable. Puedes abrir el grifo y tomar agua de ahí, pero son dos elementos diferentes. Como municipio de La Paz, en los últimos 20 años estamos garantizando agua segura, pese a la crisis que tuvimos hace unos cuatro o cinco años atrás (2015) pero no potable, entonces debemos concientizar a la gente para que potabilice el agua, y de esa manera se eviten enfermedades gastrointestinales y que la gente enferme. El tema a abordar es comunicación a la gente, que tome conciencia y ese va desde la escuela. Como gobierno municipal, imprimimos textos escolares que distribuimos en la mochila escolar y los distribuimos todos los años a los estudiantes, ahí debería haber uno o dos capítulos referidos a la salud, a la prevención, eliminación de residuos, alimentación y otros sobre nutrición y demás. La gente toma conciencia cuando se le afecta económicamente.

		E-3 Las autoridades que no le ponen empeño en generar proyectos para fortalecer su área de salud, entonces a la gente no le queda de otra que migrar e ir a otro municipio que le brinde toda la atención que requiere, hay una diferencia abismal si comparamos los centros de salud del municipio de Mecapaca con el de Mallasa y en el tema social las defensorías tampoco tienen una buena atención y yo por un tema de competencias no puedo atender a personas que viven en otros municipios es pues malversación de fondos y no se puede, es bien complicado pero es uno de los aspectos a tomar en cuenta. la salud es un derecho universal, y estamos trabajando justamente en coordinar la atención para con la población que llega a nuestros centros desde otros municipios, y es algo que se está trabajando con la secretaria.
9) ¿Cuál es su percepción de acuerdo al nivel de coordinación entre los diferentes gobiernos autónomos para el manejo de la salud?		E-1 Es mala, si es mala es preocupante, inmadura es inmadura es irresponsable. E-2 A raíz del SUS y su implementación, hubo un impasse entre las Gobernaciones y el Ministerio de Salud que convocó a los municipios de La Paz y El Alto para que, de alguna manera, suplamos la ausencia de la Gobernación, porque la necesidad de implementar el SUS era importante, que es la cereza en la torta en la política de aseguramiento y todos los bolivianos deberíamos estar comprometidos con esto, con la atención gratuita de salud. Lo que debe ocurrir, de acuerdo a la Ley Andrés Bólvarez, es que cada uno tiene competencias y estas debemos hacerlas cumplir y, en este caso, la competencia del Ministerio a través de la Gobernación, es la dotación de ítems, de recursos humanos y nosotros dar la infraestructura, equipamientos y los insumos para la operación de los servicios. Es decir, suplir una obligación del Gobierno Central que la asumirá el Gobierno Municipal, y eso significa, en términos económicos, el 15.5 % de la coparticipación tributaria destinada a salud, significa 95 millones de bolivianos. Solamente la planilla del segundo nivel de atención de los cuatro establecimientos y el 30 % de los recursos humanos que tenemos en el hospital

		La Paz, nos significan 71 millones de bolivianos que sirven sólo para pagar recursos humanos. Cada hospital nos cuesta, aproximadamente, unos 8 millones de bolivianos en gastos operativos. La red de primer nivel nos cuesta entre 13 y 14 millones como parte de la Ley 475. Con el SUS va a ampliar su población, es obligación del Gobierno Municipal asumir nuestra responsabilidad, que debemos subsidiar la salud, además por eso se pagan los impuestos, Pensar que la salud es un negocio, es decir, invierto y recupero, no debe darse, pues el municipio no está para hacer negocio, sino dotar salud. No se necesitan ítems adicionales, sino una redistribución, una reingeniería de los recursos humanos, que es una potestad del SEDES, ahí no se da respuesta a una necesidad tangible, palpable. En muchos casos tienden médicos que ya deberían jubilarse, que no dan buen trato a los pacientes y ya nadie quiere ir a sus consultas y prefieren caminar a otro centro donde van a ser bien recibidas. Entonces, por dos personas que maltratan a la gente hay un centro de salud impecable, nuevo, pero prácticamente cerrado, y esto por falta de coordinación. Ese tema no podemos verlo, si cuestionarlo y todos los días siempre hay quejas o por maltrato o ausencia de médicos o enfermeras, pero eso no es responsabilidad del municipio. El factor determinante es el recurso humano, pese a que son centros municipales. Ocurre con frecuencia donde, muchas veces, un centro de salud está cerrado y ponen un letrero porque asistieron a un curso de capacitación u otros, pero estos se deberían hacer fuera del horario de trabajo y eso ocurre con una frecuencia alta en el sistema de salud. Hasta hace dos años se debía acudir al fondo solidario, en esa normativa se establecía que cuatrimestralmente podías presentar, al Ministerio de Salud, tus déficits y te reponía los recursos. El anteaño pasado (2017) hubo crisis en el Ministerio de Salud, de orden económico, y deberíamos acceder a recursos del Tesoro de la Nación y ahí era sólo una vez al año que se debía hacer la demanda por regulaciones establecidas, entonces el procedimiento era
--	--	---

		acumular el déficit de todo el año y presentar hasta marzo siguiente, el estado auditado y presentarlo al Ministerio de Salud y ellos, tienen 60 días para revisar y después se hace la reposición. Son deudas que quedan flotando a los establecimientos de salud, afectando a medicamentos, mantenimiento de equipos y otras necesidades, que, si no se reponen, comienzan a fallar en el servicio que prestan, tenemos como 64 millones de bolivianos que debemos a establecimientos de primer, segundo y tercer nivel y aun no les pagamos. Otros, como el Banco de Sangre, Tórax y Hospital de Clínicas tienen venta de servicios y un dinero extra y una dotación importante. En cuanto al instrumental, en algún caso, se codifica el instrumental, pero a veces lo cambian, y debemos tener elementos de supervisión, pero no tenemos recursos humanos para hacerlo. E-3 Muy mala porque no estás pensando en todos aquellos que están detrás de ti, porque tú eres autoridad y todas aquellas personas que están por detrás no tienen la culpa de tus riñas políticas ni nada y lamentablemente así es como se manejan las cosas actualmente, de manera personal, te digo que hay una crítica enorme con este Gobierno ya que a engegucido a las personas con el tema político y de repente ven que aquel que no esté de acuerdo con ellos, ya directamente no se tiene que hacer nada porque no se puede coordinar con esa persona y no es así. No hay relación porque como no somos del mismo partido político, y esa es la peor mezcla y lamentablemente hasta que no se defina, porque es el Gobierno quien tiene que definir ciertos aspectos como los límites geográficos, vamos a seguir estancados.
--	--	---

4.6.1 Análisis de resultados de las entrevistas a las autoridades Municipales.

- De acuerdo a las autoridades Municipales en salud, se afirma que hace 20 años la salud tenía otra realidad, solamente contaba con atención de medio día y el

personal era escaso, si bien este aspecto actualmente ha cambiado, no hubo un avance representativo, no se ha podido mejorar la calidad de vida en el ámbito de la salud ya que, no se vieron mejoras importantes para la ciudadanía sobre todo en otros aspectos sociales, como vías asfaltadas, agua potable, etc. Aspectos que reducirían de manera significativa las probabilidades de enfermarse, por otro lado, desacuerdo a la opinión de los expertos se manifiesta que se debe invertir mayor cantidad de recursos en la prevención más que en el tratamiento a la enfermedad.

- De acuerdo a las autoridades municipales, las mayores debilidades se encuentran en la falta de coordinación entre los diferentes niveles de Gobierno y la escases en medicamentos, si bien los centros de salud cuentan con un determinado stock muchas veces este llega a faltar a causa de los tardíos desembolsos del Gobierno Central para equipar las farmacias con medicamento, por lo que estos pagos parciales se van acumulando con el tiempo, los expertos también coinciden en que con la implementación del SUS esta situación se ha agravado, si bien ahora existen los insumos, la demanda del requerimiento de la gente genera la escases de medicamentos teniendo impacto negativo incluso en el segundo nivel de atención, donde si bien existe equipamiento, las diferentes especialidades se encuentran divididas a nivel municipal, por lo que cada red debería ser independiente, tomando en cuenta que las políticas preventivas de salud deben ser las más importantes en nuestro medio para evitar que los pacientes acudan a un segundo nivel de atención sin haber visto una solución a su enfermedad.
- Las autoridades Municipales coinciden en que la red de salud corresponde más a un aspecto geográfico, ya que en cuanto al perfil epidemiológico no existen muchas variaciones, por lo que para establecer los centros de salud es importante analizar el crecimiento poblacional y hacer estudios estadísticos que reflejen la necesidad de implementar más redes o centros de salud que puedan cubrir las necesidades de las personas.

- Las autoridades concuerdan en que existe una carga financiera elevada tras absorber a personas de otros municipios reciben atención médica en la red de salud 5 Sur del municipio de La Paz, esto se observa tanto en la zona de Mallasa como Chasquipampa que son zonas limítrofes, sin embargo desde la visión de salud se debe trabajar en la prevención que ligada al crecimiento poblacional, consta de brindar calidad en infraestructura urbana, es decir buenos asfaltados, parques, buenas redes de alcantarillado con el fin de evitar que las personas enfermen y tengan que acudir a centros de salud, por otro lado no existe un centro de salud en la zona de Calacoto que pueda cubrir las necesidades de las personas, siendo una zona con un bastante crecimiento poblacional.
- En cuanto al perfil epidemiológico las autoridades ven las enfermedades que están afectando a la población como la obesidad hipertensión, enfermedades emergentes etc. Que pueden tener resultados lamentables y es vital prevenirlas mediante vacunas y otras medidas como el alimento complementario escolar y la información que se brinda en conjunto con la secretaria municipal de La Paz, ya que en algunos casos no saben que tipo de epidemias podrían presentarse.
- De acuerdo a las autoridades, la salud debe ser subvencionada y es un aspecto muy delicado que su manejo y no solo del presupuesto que se le asigna, en toda sociedad debe ser eficaz y eficiente puesto que todos tenemos derecho a la salud, a tener un centro de salud cercano y acceder al mismo sin importar el nivel socioeconómico de las personas, pero también se enfatiza en la importancia de brindar calidad de vida mediante otros factores de vivienda, agua potable, seguridad etc.
- Las diferentes autoridades buscan implementar políticas para mejorar las condiciones de vida del ciudadano, para ello se debe partir de voluntad política y trabajar en armonía en los diferentes niveles de gobierno en conjunto con la población, colaborar entre las instancias para poder desarrollar una estrategia general ya que no todas las instancias perciben lo que otras, como el Gobierno central que pareciera no saber el daño que genera los retrasos en los reembolsos, al final la labor que desempeñan como servidores públicos busca

el pleno ejercicio de los derechos de cada uno en educación, información y acceso a servicios básicos que son vitales para la visión de salud que se maneja.

- Las autoridades buscan mayor asignación de recursos y así mismo que las personas pueda estar más informadas y adquirir la cultura de tomar agua potable, manejar con responsabilidad la basura, saber separarla, adquirir la cultura de reciclar, saber alimentarse para evitar casos de obesidad o infecciones, por lo cual buscan atacar en jóvenes, informándoles mediante las unidades educativas, a su vez también las autoridades municipales buscan que cada municipio pueda implementar esas medidas y tener una mejor calidad de vida evitando la migración de la población.
- Las autoridades municipales ven un fallo primordial en coordinación con los otros niveles de Gobierno, puesto que, si bien los recursos humanos son de otras instancias, estos no atienden en el horario que deberían y no siempre generan un buen trato, lo que genera que la población pierda la confianza en los centros de salud por lo que se debería realizar una reingeniería en este aspecto. Ya que la municipalidad también tiene competencia sobre la salud y busca como subsidiar está a través de la coparticipación tributaria, lastimosamente no siempre puede haber coordinación entre los tres niveles de Gobierno. Entre otros aspectos importantes, la organización hospitalaria y mal cuidado de instrumental médico genera daño con mayor rapidez impactando de forma directa en el presupuesto asignado para esta área.

4.7. Modelo Econométrico:

4.7.1 Variable Dependiente:

Para poder generar esta variable dependiente, Índice de Progreso Social (IPS), se analizaron diferentes datos, mismos que se componen por 54 indicadores que a su vez se agrupan en 12 componentes conformando cada 4 componentes una dimensión, con el objetivo de evaluar las necesidades humanas básicas, aspectos sociales y medioambientales entre otros, estas 3 dimensiones conforman al indicador en su conjunto, apoya en la obtención de resultados en diferentes campos dejando de lado

aspectos económicos, identificando fortalezas y debilidades de una determinada región con el fin de evaluar la aplicación de las mismas.

4.7.2 Análisis de la variable dependiente por componentes respecto las variables independientes (Inversión y Gasto en salud).

Con el fin de analizar el impacto de las políticas públicas en el Progreso social en la red de salud 5 Sur se efectuó un análisis de las variables independientes respecto a cada componente de la variable dependiente, es decir con cada uno de los 8 componentes que conforman 2 dimensiones de las 3 dimensiones que hacen al Índice de Progreso Social, de esta forma se busca identificar en qué medida impacta la inversión y el gasto a cada una de las variables que conforman la variable dependiente es decir el IPS.

4. 7 .2.1 Componente 1, Nutrición y cuidados médicos básicos.

El primero componente correspondiente a la dimensión Necesidades humanas básicas, evalúa factores importantes para la supervivencia, daños durante los primeros años de vida que podrían llevar a una discapacidad permanente.

De igual manera se visualiza el resultado de no tener acceso a cuidados médicos o no tener suficiente para comer, lo que conlleva diferentes consecuencias en un ámbito general como ser desnutrición, muerte infantil, como diferentes enfermedad prevenibles o tratables, entre otros.

Tabla 45 Nutrición y cuidados médicos básicos vs Inversión y Gasto en Salud

AÑO	Componente 1	Inversión en salud	Gasto de inv. en salud
2018	61.455	4.515.879	49.340.159
2017	43.480	4.810.636	41.062.212
2016	60.798	5.427.946	32.205.813
2015	68.092	10.379.803	31.667.195
2014	42.765	7.844.941	31.860.064

Elaboración: Propia 2019.

En el cuadro anterior se observa el componente nutrición y cuidados médicos básicos, como indicador en términos globales (desnutrición, intensidad del déficit alimentario, mortalidad materna e infantil y muertes por enfermedades infecciosas), y su relación con la inversión y gasto en salud.

Tabla 46 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el primer componente nutrición y cuidados médicos básicos.

	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	1714.14634	857.073168	2.53178423	0.28314301
Residuos	2	677.050721	338.525361		
Total	4	2391.19706			

Elaboración: Propia 2019.

Hipótesis nula (H₀): El componente nutrición y cuidados médicos básicos no tiene relación con el desarrollo del modelo.

Hipótesis alterna (H₁): El componente nutrición y cuidados médicos básicos si tiene relación con el desarrollo del modelo.

Con el análisis de “F calculado” se rechaza la hipótesis nula (H₀) dado que este valor es mayor al valor crítico, de esta manera el componente tiene correlación con las variables independientes.

Coefficiente de determinación.

Coefficiente de determinación R ²	0.71685699
--	------------

El coeficiente de determinación R² indica que el componente se asemeja a la realidad en un 71.69%.

4.7.2.2 Componente 2, Agua y Saneamiento.

Este componente es considerado como un derecho humano fundamental puesto que son esenciales para la supervivencia mejorando drásticamente la esperanza de vida.

Tabla 47 Agua y Saneamiento vs Inversión y Gasto en Salud.

AÑO	Componente 2	Inversión en salud	Gasto de inv. en salud
2018	88.915	4.515.879	49.340.159
2017	87.198	4.810.636	41.062.212
2016	86.658	5.427.946	32.205.813
2015	85.688	10.379.803	31.667.195
2014	84.825	7.844.941	31.860.064

Elaboración: Propia 2019.

En el cuadro anterior se observa el componente agua y saneamiento, como indicadores en términos globales (acceso a agua potable, acceso rural a fuentes de agua mejoradas, acceso a infraestructura de saneamiento mejorada) y su relación con la inversión y gasto en salud.

Tabla 48 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el segundo componente agua y saneamiento.

	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	3.44910713	1.724553565	6.260939869	0.137723217
Residuos	2	0.55089287	0.275446435		
Total	4	4			

Elaboración: Propia 2019.

Hipótesis nula (H₀): El componente agua y saneamiento no tiene relación con el desarrollo del modelo.

Hipótesis alterna (H₁): El componente agua y saneamiento si tiene relación con el desarrollo del modelo.

Con el análisis de “F calculado” se rechaza la hipótesis nula (H_0) dado que este valor es mayor al valor crítico, de esta manera el componente tiene correlación con las variables independientes.

Coeficiente de determinación.

Coeficiente de determinación R^2	0.86227678
------------------------------------	------------

El coeficiente de determinación R^2 indica que el componente se asemeja a la realidad en un 86.23%.

4.7.2.3 Componente 3, Vivienda.

El componente considera adecuada una vivienda cuando esta es segura, ofrecer protección, incluye instalaciones básicas, es accesible y asequible.

Tabla 49 Vivienda vs Inversión y Gasto en Salud.

AÑO	Componente 3	Inversión en salud	Gasto de inv. en salud
2018	65.520	4.515.879	493.40.159
2017	65.310	4.810.636	410.62.212
2016	63.916	5.427.946	322.05.813
2015	63.096	10.379.803	316.67.195
2014	62.290	7.844.941	318.60.064

Elaboración: Propia 2019.

En el cuadro anterior se observa el componente vivienda como indicador en términos globales (disponibilidad de vivienda accesible, acceso a energía eléctrica, calidad del suministro eléctrico, muertes atribuibles a la contaminación del aire en interiores) y su relación con la inversión y gasto en salud.

Tabla 50 Análisis de la varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el tercer componente vivienda.

	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	3.30182667	1.65091334	4.72923636	0.174543331
Residuos	2	0.69817333	0.34908666		
Total	4	4			

Elaboración: Propia 2019.

Hipótesis nula (H_0): El componente vivienda no tiene relación con el desarrollo del modelo.

Hipótesis alterna (H_1): El componente vivienda si tiene relación con el desarrollo del modelo.

Con el análisis de “F calculado” se rechaza la hipótesis nula (H_0) dado que este valor es mayor al valor crítico, de esta manera el componente tiene correlación con las variables independientes.

Coeficiente de determinación.

Coeficiente de determinación R^2	0.82545667
------------------------------------	------------

El coeficiente de determinación R^2 indica que el componente se asemeja a la realidad en un 82.54%.

4.7.2.4 Componente 4, Seguridad Personal.

La seguridad es esencial para la obtención de salud, paz, justicia, y bienestar. Este componente influye en la libertad de las personas para realizar sus actividades con normalidad fuera de sus hogares.

Tabla 51 Seguridad Personal vs Inversión y Gasto en Salud.

AÑO	Componente 4	Inversión en salud	Gasto de inv. en salud
2018	53.621	4.515.879	49.340.159
2017	36.962	4.810.636	41.062.212
2016	39.894	5.427.946	32.205.813
2015	42.101	10.379.803	31.667.195
2014	40.259	7.844.941	31.860.064

Elaboración: Propia 2019.

En el cuadro anterior se observa el componente seguridad personal como indicador en términos globales (Tasa de homicidios, nivel de crímenes violentos, criminalidad percibida, terror político, muertes en accidentes de tráfico.) y su relación con la inversión y gasto en salud.

Tabla 52 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el cuarto componente seguridad personal.

	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	2.42934776	1.21467388	1.5467127	0.39266306
Residuos	2	1.57065224	0.78532612		
Total	4	4			

Elaboración: Propia 2019.

Hipótesis nula (H_0): El componente seguridad personal no tiene relación con el desarrollo del modelo.

Hipótesis alterna (H_1): El componente seguridad personal si tiene relación con el desarrollo del modelo

Con el análisis de "F calculado" se rechaza la hipótesis nula (H_0) dado que este valor es mayor al valor crítico, de esta manera el componente tiene correlación con las variables independientes.

Coeficiente de determinación.

Coeficiente de determinación R^2	0.60733694
------------------------------------	------------

El coeficiente de determinación R^2 indica que el componente se asemeja a la realidad en un 60.73%.

4.7.2.5 Componente 5, Salud y Bienestar.

El componente de Salud y Bienestar mide el punto hasta el cual la población de un país logra tener vidas largas y saludables. Adicionalmente la salud mental, es un aspecto importante que se utiliza para medir la tasa de suicidio como indicador, siendo esta integral para las personas y su forma de vivir vidas plenas y felices.

Tabla 53 Salud y Bienestar vs Inversión y Gasto en Salud.

AÑO	Componente 5	Inversión en salud	Gasto de inv. en salud
2018	42.153	4.515.879	49.340.159
2017	45.200	4.810.636	41.062.212
2016	38.091	5.427.946	32.205.813
2015	60.862	10.379.803	31.667.195
2014	57.815	7.844.941	31.860.064

Elaboración: Propia 2019.

En el cuadro anterior se observa el componente salud y bienestar como indicador en términos globales (Esperanza de vida a los 60 años, mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas, tasa de suicidio.) y su relación con la inversión y gasto en salud.

Tabla 54 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el quinto componente salud y bienestar.

	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	3.37910677	1.68955338	5.44233143	0.155223309
Residuos	2	0.62089323	0.31044662		
Total	4	4			

Elaboración: Propia 2019.

Hipótesis nula (H_0): El componente salud y bienestar no tiene relación con el desarrollo del modelo.

Hipótesis alterna (H_1): El componente salud y bienestar si tiene relación con el desarrollo del modelo

Con el análisis de "F calculado" se rechaza la hipótesis nula (H_0) dado que este valor es mayor al valor crítico, de esta manera el componente tiene correlación con las variables independientes.

Coefficiente de determinación.

Coefficiente de determinación R^2	0.84477669
-------------------------------------	------------

El coeficiente de determinación R^2 indica que el componente se asemeja a la realidad en un 84.45%.

4. 7 .2.6 Componente 6, Calidad Medio Ambiental.

Procurar un ambiente natural seguro y protegido es un requisito para vivir una vida saludable y satisfactoria. Está vinculado a la salud y a la supervivencia: la contaminación atmosférica puede afectar la capacidad de una persona de respirar libremente; mientras que los gases de efecto invernadero (CO_2) y la pérdida del hábitat

y biodiversidad amenazan al clima del planeta, la cadena alimenticia, y la contención de enfermedades.

Tabla 55 Calidad Medio Ambiental vs Inversión y Gasto en Salud.

AÑO	Componente 6	Inversión en salud	Gasto de inv. En salud
2018	33.160	4.515.879	49.340.159
2017	35.211	4.810.636	41.062.212
2016	45.424	5.427.946	32.205.813
2015	47.408	10.379.803	31.667.195
2014	37.292	7.844.941	31.860.064

Elaboración: Propia 2019.

En el cuadro anterior se observa el componente calidad medioambiental como indicador en términos globales (Muertes atribuibles a la contaminación atmosférica, tratamiento de aguas residuales, hábitat u biodiversidad, emisión de gases de efecto invernadero) y su relación con la inversión y gasto en salud.

Tabla 56 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el sexto componente calidad medio ambiental.

	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	2.52561433	1.26280716	1.71299435	0.368596419
Residuos	2	1.47438567	0.73719284		
Total	4	4			

Elaboración: Propia 2019.

Hipótesis nula (H_0): El componente calidad medio ambiental no tiene relación con el desarrollo del modelo.

Hipótesis alterna (H_1): El componente calidad medioambiental si tiene relación con el desarrollo del modelo

Con el análisis de “F calculado” se rechaza la hipótesis nula (H_0) dado que este valor es mayor al valor crítico, de esta manera el componente tiene correlación con las variables independientes.

Coeficiente de determinación.

Coeficiente de determinación R^2	0.63140358
------------------------------------	------------

El coeficiente de determinación R^2 indica que el componente se asemeja a la realidad en un 63.14%.

4.7.2.7 Componente 7, Acceso a conocimientos básicos.

Con conocimientos básicos de lectura, escritura, y matemáticas, una persona puede mejorar las circunstancias sociales y económicas, así como participar de forma más activa en la sociedad. La educación permite crear una sociedad más equitativa.

Tabla 57 Acceso a Conocimientos Básicos vs Inversión y Gasto en Salud.

AÑO	Componente 7	Inversión en salud	Gasto de inv. en salud
2018	94.954	4.515.879	49.340.159
2017	95.001	4.810.636	41.062.212
2016	95.216	5.427.946	32.205.813
2015	95.251	10.379.803	31.667.195
2014	95.265	7.844.941	31.860.064

Elaboración: Propia 2019.

En el cuadro anterior se observa el componente acceso a conocimientos básicos como indicador en términos globales (tasa de alfabetización en adultos, matriculación en

educación primaria, matriculación en educación secundaria, paridad de género en educación secundaria) y su relación con la inversión y gasto en salud.

Tabla 58 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el séptimo componente Acceso a conocimientos Básicos.

	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	3.75855562	1.87927781	15.5669623	0.060361096
Residuos	2	0.24144438	0.12072219		
Total	4	4			

Elaboración: Propia 2019.

Hipótesis nula (H_0): El componente acceso a conocimientos básicos no tiene relación con el desarrollo del modelo.

Hipótesis alterna (H_1): El componente acceso a conocimientos básicos si tiene relación con el desarrollo del modelo.

Con el análisis de “F calculado” se rechaza la hipótesis nula (H_0) dado que este valor es mayor al valor crítico, de esta manera el componente tiene correlación con las variables independientes.

Coeficiente de determinación.

Coeficiente de determinación R^2	0.939638904
------------------------------------	-------------

El coeficiente de determinación R^2 indica que el componente se asemeja a la realidad en un 93.96%.

4.7.2.8 Componente 8, Acceso a información y comunicaciones.

La capacidad de una persona de conectarse con otros, vía telefónica o por internet, facilita el aprendizaje, el intercambio de ideas, la construcción de un tejido social, y la

exposición a diferentes culturas y puntos de vista. De igual manera la libertad de prensa asegura que la persona tenga el adecuado acceso a la información acerca de su comunidad, su país y el mundo.

AÑO	Componente 8	Inversión en salud	Gasto de inv. en salud
2018	66.631	4.515.879	49.340.159
2017	66.304	4.810.636	41.062.212
2016	62.558	5.427.946	32.205.813
2015	60.951	10.379.803	31.667.195
2014	59.021	7.844.941	31.860.064

Elaboración: Propia 2019.

En el cuadro anterior se observa el componente acceso a información y comunicaciones como indicador en términos globales (Suscripciones a telefonía móvil, usuarios de internet, libertad de prensa) y su relación con la inversión y gasto en salud.

Tabla 60 Análisis de la Varianza, para la validación de la prueba de hipótesis con el octavo componente acceso a información y comunicaciones.

	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	3.29677095	1.64838548	4.68804716	0.175807262
Residuos	2	0.70322905	0.35161452		
Total	4	4			

Elaboración: Propia 2019.

Hipótesis nula (H_0): El componente acceso información y comunicaciones no tiene relación con el desarrollo del modelo.

Hipótesis alterna (H_1): El componente acceso a información y comunicaciones si tiene relación con el desarrollo del modelo.

Con el análisis de “F calculado” se rechaza la hipótesis nula (H_0) dado que este valor es mayor al valor crítico, de esta manera el componente tiene correlación con las variables independientes.

Coeficiente de determinación.

Coeficiente de determinación R^2	0.82419274
------------------------------------	------------

El coeficiente de determinación R^2 indica que el componente se asemeja a la realidad en un 82.24 %.

4.7.3 Variable Independiente.

Puesto que existen diversas políticas de salud, se tomaron en cuenta la inversión en salud (X_1) y el gasto en salud (X_2), dado que influyen y se reflejan en los cambios constantes en el sector además de estar articulados con otros sectores, del mismo modo se cuenta con ambas variables ya que al tratarse de variables económicas que pueden medirse para niveles geográficos específicos de un país en diferentes regiones, se considera su impacto en diversas áreas no solo económicas.

4.7.4 Desarrollo del Modelo

Una vez comprobada la correlación de los diferentes componentes con las variables independientes de inversión y gasto en salud, se analiza el indicador (IPS) en todo su conjunto puesto que involucra diferentes áreas sociales y medioambientales buscando la obtención de resultados medidos tras una agrupación de más de 31 indicadores.

Una vez definidas las variables para el modelo econométrico y realizado el correspondiente análisis de cada variable se observa la siguiente tabla con los datos obtenidos para la variable dependiente (Y), así como para la variable independiente (X_1 , X_2).

Tabla 61 Índice de Progreso Social red de salud 5 - Survs Variables independientes Inversión y Gasto en Salud.

año	Y	X_1	X_2
2018	59	4,515,879	49,340,159
2017	57	4,810,636	41,062,212
2016	57	5,427,946	32,205,813
2015	61	10,379,803	31,667,195
2014	60	7,844,941	31,860,064

Elaboración: Propia 2019.

Donde:

Y = Índice de Progreso social (IPS). (Expresado en escala de 0 a 100)

X_1 = Inversión en (Infraestructura y equipamiento) en Salud. (En bolivianos, Bs.-)

X_2 = Gasto en Salud. (En bolivianos, Bs.-)

4.7.4.1. Formula del modelo:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2$$

	<i>Coefficientes</i>
Intercepción	3.512E-15
X1	1.17317867
X2	0.49952505

$$b_0 = 3.51204463628027E-15$$

$$b_1 = 1.17317866637696$$

$$b_2 = 0.499525048622682$$

Donde:

b_o = Término independiente, valor esperado de Y cuando, Inversión (X_1) y Gasto (X_2) permanecen constantes.

b_1 = Coeficiente parcial por regresión (X_1) midiendo el cambio en y, manteniendo constante el gasto (X_2).

b_2 = Coeficiente parcial por regresión (X_2) midiendo el cambio en y, manteniendo constante la inversión (X_1).

$$Y = 3.51204463628027E-15 + 1.17317866637696 x_1 + 0.499525048622682 x_2$$

4.7.4.2. Derivadas parciales:

De acuerdo a la fórmula presentada se realizó un análisis de cada elemento de la fórmula.

$$Y = f(x_1, x_2)$$

Para su adecuado análisis se determina la derivada parcial en función a cada variable del modelo.

$$\partial y / \partial x_1$$

$$\partial y / \partial x_1 = 1.17$$

En este caso se indica que por cada cambio en una unidad que exista en la proporción de las inversiones (x_1), la variable dependiente "Y" (IPS) tiende a modificarse en 1.17 unidades, lo cual muestra que ambas variables tienen una relación directamente proporcional.

$$\partial y / \partial x_2$$

$$\partial y / \partial x_2 = 0.49$$

En este caso indica que por cada cambio en una unidad que exista en proporción del gasto (x_2), la variable dependiente “Y” (IPS) tiende a modificarse en 0.49 unidades, lo cual muestra que ambas variables tienen una relación directamente proporcional.

4.7.4.3 Prueba hipótesis:

Para determinar si la hipótesis de la investigación se rechaza o se aprueba, se efectuaron los siguientes cálculos.

<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
4.45411959	0.183347648

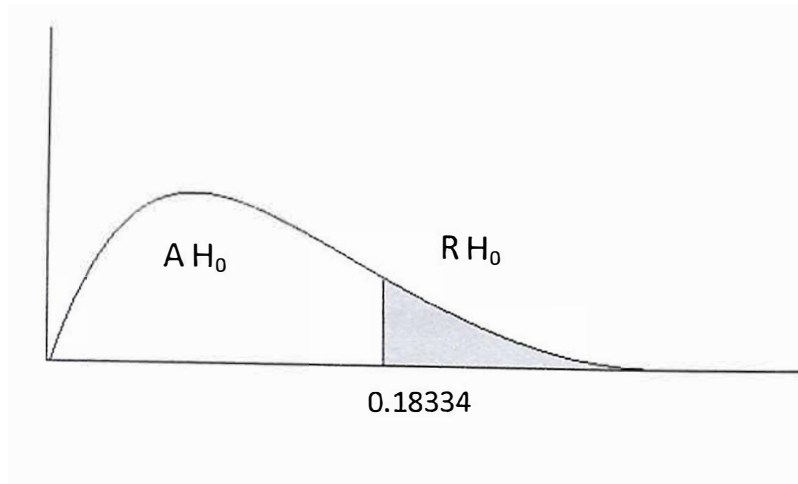
H0 = El impacto de las políticas públicas de protección sanitaria (inversión y gasto) no favorece el progreso social en la red de salud Sur de la ciudad de La Paz durante el periodo 2014 –2018.

H 1 = El impacto de las políticas públicas de protección sanitaria (inversión y gasto) favorece el progreso social en la red de salud Sur de la ciudad de La Paz durante el periodo 2014 – 2018.

Dado el análisis de “F calculado” se establece el rechazo de la hipótesis nula (H_0), puesto que, en el cálculo correspondiente, este valor es mayor al valor crítico, es por ello que se rechazó la hipótesis nula, dando validez a las variables del modelo econométrico, por tanto, la variable (X_1, X_2) presenta correlación con la variable “y”.

Por lo que se afirma la hipótesis planteada en la investigación siendo que la inversión y gasto en salud dadas las políticas favorecen al progreso social de la red de salud 5 sur.

4.7.4.4. Distribución Anova.



Dado el valor de “F calculado” $F=4.45$, se está rechazando la hipótesis nula, lo que corrobora el “F calculado” afirmando el planteamiento de la hipótesis planteada en la investigación.

4.7.4.5. Coeficiente de determinación.

Coeficiente de determinación R^2	0.8167
------------------------------------	--------

Dado los resultados del modelo, el coeficiente de determinación R^2 indica que el modelo se asemeja a la realidad en un 81.67%. Este resultado deriva de todo el análisis de forma individual, que permitió el desarrollo del modelo en su conjunto con los diferentes datos obtenidos en la investigación.

Algunas veces, los investigadores intentan maximizar el coeficiente de determinación múltiple, es decir, escogen el modelo que da la determinación (R^2) más elevada. Pero esto puede ser peligroso, pues, en el análisis de regresión, el objetivo no es obtener una determinación (R^2) elevada, sino más bien obtener estimados confiables de los verdaderos coeficientes de regresión poblacional que permitan realizar inferencia estadística sobre ellos. Por tanto, una determinación (R^2) elevada no es evidencia en favor del modelo y una determinación (R^2) baja no es evidencia en su contra. (Gujarati, 2009. Pag. 206)

4.8. Resultados de la investigación:

Con los instrumentos de recolección de información se obtuvieron datos tanto cualitativos como cuantitativos los cuales permitieron el análisis de las variables independientes (Inversión y Gasto en salud) y la variable dependiente (índice de Progreso Social).

a) Con la revisión documental especializada se recabo la información técnica respecto a las variables involucradas en el periodo de estudio. La inversión en infraestructura y equipamiento para la red de salud 5 -Sur se redujo para los últimos 3 años de estudio, es decir (2018, 2017 y 2016), sufriendo una reducción del 52% en 2016 respecto de la inversión ejecutada en 2015. Para las gestiones 2018 y 2017 la inversión ejecutada en salud no sufrió grandes variaciones desde el 2016, la inversión en infraestructura y equipamiento en salud, de acuerdo al periodo de estudio que involucra el análisis, registro su punto máximo en 2015 con una inversión total ejecutada de 10.379.803 Bs.-y su punto mínimo en 2018 con una inversión total ejecutada que alcanzó los 4.515.879 Bs.-, así también acorde al gráfico 4 del presente capítulo se evidencia que en las 2 primeras gestiones de análisis (2014 y 2015) se prioriza la inversión en infraestructura casi descuidando la inversión en equipamiento médico, posteriormente en la gestión 2016 la inversión ejecutada en equipamiento llega a ser el 66% del total de la inversión ejecutada en salud, finalmente en los últimos 2 años de estudio (2017 y 2018) la inversión ejecutada en equipamiento corresponde al 50% de la inversión total ejecutada en salud.

El gasto ejecutado en salud para las gestiones que involucra el periodo de estudio fue muy superior en relación a la inversión total ejecutada en salud, alcanzando su punto mínimo en 2014 con 31.667.195 Bs.-y su punto máximo en 2018 con 49.340.159 Bs.-registrando un incremento ascendente de 36% en cuanto al gasto ejecutado, de manera que y acorde al gráfico 5 del presente capítulo el gasto ejecutado en salud sufrió sus mayores incrementos en 2017 y 2018.

b) Así mismo la revisión documental especializada permite obtener información que contribuyó a la medición del Indicador de Progreso Social, para el cual se obtuvo información para la conformación de 31 indicadores y 8 componentes que reflejan la calidad social y medioambiental de la red de salud 5 Sur, tras el correspondiente análisis de los grupos de indicadores (Componentes) la red muestra debilidades en cuanto aspectos nutrición y cuidados médicos básicos, donde uno de los pilares más débiles se debe a las elevadas tasas de mortalidad infantil, del mismo modo se registran debilidades en cuanto a los niveles de seguridad que existen en la población de la red 5 Sur ya que la percepción respecto a la inseguridad y falta de precaución de la población registra múltiples casos de accidentes y falta de confianza en las personas para desempeñar actividades con plena seguridad, así también la falta de control adecuado por parte de autoridades públicas se refleja en los bajos niveles de seguridad que obtiene el indicador. Entre otras debilidades se encuentra la salud y bien estar de la red 5 Sur, donde las tasas de mortalidad prematuras por enfermedades contagiosas reflejan fallas al momento del control y seguimiento médico adecuando, a esto también se contribuye la calidad medioambiental siendo está muy baja, si bien la contaminación respecto a emisiones de Co₂ es dada mayormente por el parque automotor, los pilares con mayor debilidad en este aspecto están ligados a la reutilización de aguas residuales sin tratamiento alguno por ejemplo para el riego de cultivos, etc. Además de la depredación de áreas verdes como el bosquecillo ubicado en Bologna o Auquisamaña.

c) Así también es importante recalcar los aspectos sociales más fuertes en la red de salud 5 Sur, destacando factores como agua y saneamiento básico y vivienda, sobre todo el primero que refleja que la mayoría de las viviendas en la red de salud 5 Sur cuentan con acceso a agua potable y así mismo con infraestructura de saneamiento mejorada siendo el agua esencial para beber, cocinar y mantenerse limpio además de coadyuvar a la prevención de propagación de enfermedades, es un aspecto de la dignidad humana que llega a afectar múltiples facetas de la vida de una persona. Eléctrica y la calidad del mismo son vitales para complementar el uso acceso a energía e l

adecuado de los servicios básicos contribuyendo a mejorar el bienestar personal y social entre otras fortalezas se encuentra el acceso conocimientos básicos, siendo fundamental la educación para la libertad individual puesto que con los conocimientos básicos de lectura, escritura, y matemáticas, una persona puede mejorar sus circunstancias sociales y económicas, así mismo la accesibilidad a información por parte de las personas es buena dado que permite la participando de forma más activa en la sociedad.

Otro instrumento que apporto a la investigación para poder obtener mejores resultados es la entrevista, la misma se aplicó a expertos en el área de economía y salud, entre ellos, al presidente de la academia Boliviana de Medicina y Asociación latinoamericana de academias nacionales de medicina ALANAM; Al jefe de planificación del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, al director de salud de la red 5 Sur y a profesional en salud pública del Fondo Nacional de Inversión Productiva. Quienes coordinan, controlan y evalúan la asignación de presupuesto, así como las diferentes políticas en el sector salud. Así también se contribuyó a la investigación con la entrevista a autoridades municipales , entre ellos, el jefe de unidad de desarrollo humano y cultura ciudadana de la sub alcaldía Mallasa, la Directora de Gestión Social y Promoción Económica de la subalcaldía Sur y el Director de salud del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz.

a) Desde el punto de vista de los expertos y las autoridades públicas, a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar en el ámbito de salud se ha tenido avances poco representativos, demostrando que Bolivia se encuentra rezagado en el sector en comparación a otros países, entre otros aspectos los las autoridades públicas atribuyen una falla fundamental a la coordinación por parte de los diferentes niveles de Gobierno ya que los desembolsos presupuestarios y la cobertura de las prestaciones de servicio de salud son tardías, los expertos concuerdan que existe una carga presupuestaria tras absorber pacientes de otros municipios evidenciando que es necesario reorganizar el sistema de salud ya que estos no cubren la demanda actual atención ni en un segundo nivel de atención que pese a contar con el primer primer ni segundo nivel de

equipamiento los insumos no son suficientes, por tanto es imprescindible contar con un buen financiamiento para lo cual según los expertos se debe hacer efectivo el total del presupuesto asignado por parte del Gobierno Central incrementando el horario de atención en los centros de salud, incrementando el recurso humano y la tecnología, por lo que se pretende buscar que el sistema de salud sea autosuficiente para garantizar la cobertura a la población desprotegida y reducir así mismo el gasto de las personas en salud priorizando la inversión e implementando un sistema de salud preventivo.

b) con relación a esta temática y en cuanto a otros factores sociales, los entrevistados manifiestan que es importante actuar con responsabilidad política buscando armonía de forma conjunta entre los diferentes niveles de gobierno y la población con el fin de desarrollar una estrategia en general que permita contribuir al bienestar social, ya que no todas las instancias gubernamentales perciben lo mismo que otras, así mismo los expertos coinciden que todas estas debilidades deben ser atacadas con educación, información y concientización de la población, para mejorar aspectos sobre todo en cuanto a cultura sanitaria, aspectos medioambientales y de seguridad ciudadana que garanticen el acceso a la población a los diferentes centros de salud puesto que sin importar el nivel socioeconómico de una persona todos tiene derecho a la salud. Las autoridades municipales concuerdan que se contribuye a la políticas de salud por medio de la promoción de otros aspectos sociales como ser el desayuno escolar, asfaltado de vía públicas, buenos sistemas de alcantarillados control de los residuos sólidos, garantizando el acceso a servicios básicos etc., sin embargo los expertos en economía y salud aseguran que es necesario identificar el crecimiento poblacional de forma que se pueda reestructurar las redes funcionales de servicios de salud que en este caso responden sobre todo a un aspecto geográfico, siendo que las condiciones epidemiológicos se distingue más en redes de salud a niveles departamentales.

Contrastada la información de la revisión documental y la entrevista, con los datos obtenidos se identificaron las variables de medición, para cada una de las variables tanto dependiente como independiente se obtuvieron datos concretos para los cuales

se pudo establecer un modelo econométrico multivariable que tiene como característica la conformación de la variable dependiente siendo que el índice de Progreso Social se encuentra conformado por 51 indicadores agrupados en 12 componentes de los cuales se analizaron 8, los 4 restantes pertenecen a la dimensión de Oportunidades la cual permanece constante como se indica en el punto 4.2.3 del presente capítulo.

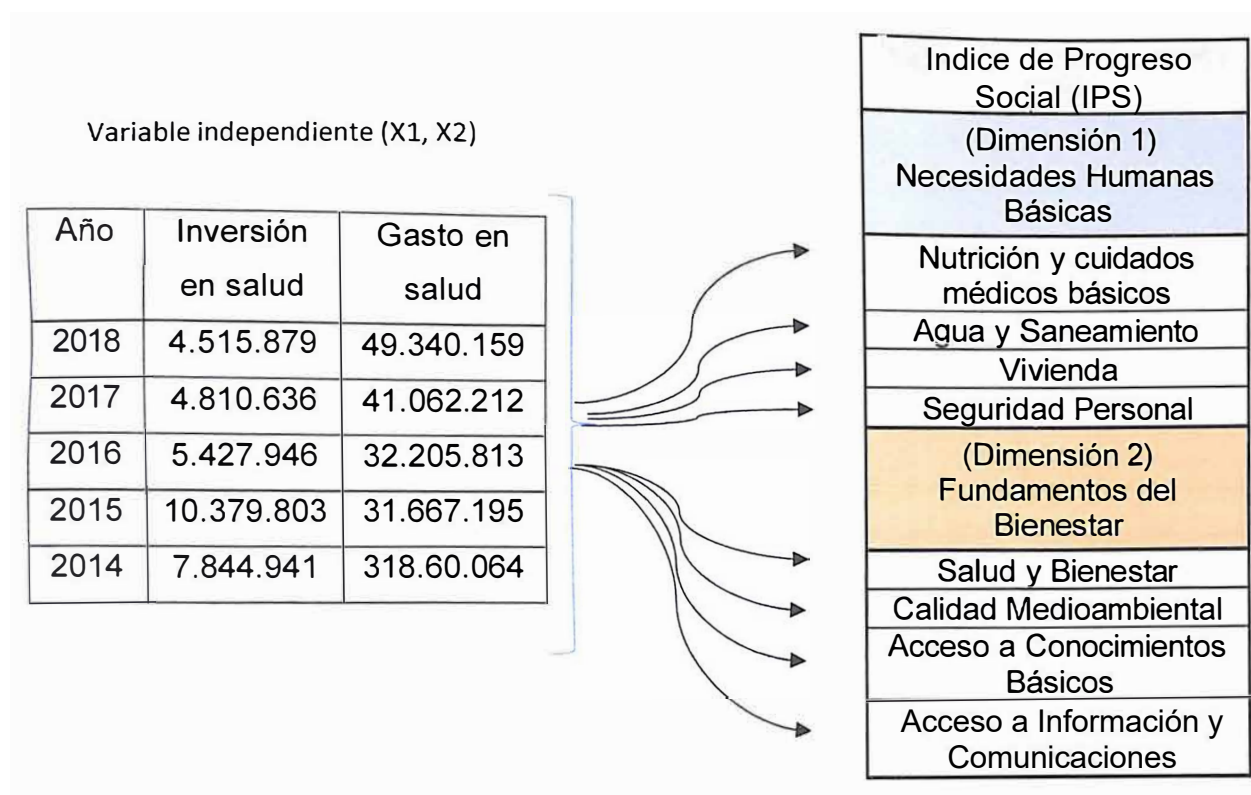
a) Siendo la inversión y el gasto en salud las variables independientes, muestran cómo y en qué medida inciden en el progreso social de la red de salud 5 sur

b) Por tanto tras el análisis de las variables independientes respecto a cada uno de los componentes que conforman el IPS, se determina que un cambio en el aspecto social sanitario, repercute en otros aspectos sociales los cuales a su vez son determinantes para la mejora en salud de la población y por tanto el bien estar de las personas.

Una vez realizado el análisis de cada uno de los componentes que conforman la variable dependiente (IPS) en relación a la variable independiente (Inversión y gasto en salud) se analizan los resultados del análisis en todo el conjunto del (IPS), comprobando que la inversión y el gasto en salud, si favorece al progreso social de la red de salud 5 Sur, siendo la inversión en salud la variable que más aporta a la mejora del indicador Y no así el gasto, si bien esta última variable (gasto en salud) contribuye al indicador, su aporte no es muy significativo, dado que la mayor parte del presupuesto ejecutado en salud es por el lado del gasto siendo mínimo en comparación a el porcentaje del presupuesto ejecutado en inversión que es la variable que apoya más a la mejora del sector salud.

e) Inversión y Gasto en salud vs.-Componentes del IPS.

Variable dependiente (IPS), por componente



Como se muestra en el esquema anterior, se analizaron las variables independientes con los 8 componentes que conforman de las 2 primeras dimensiones del Indice de Progreso Social, acorde a lo obtenido en el modelo econométrico se observa que la inversión y Gasto en salud en la red 5 Sur mantienen correlación con cada uno de los componentes, de esta forma una vez determinada la relación con cada una de los componentes, el análisis de cada una de las variables independientes con respecto al IPS en todo su conjunto indica que la inversión y el gasto en salud impactan favorablemente al progreso social en la red de salud 5 sur.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO V -Conclusiones y Recomendaciones

1.Conclusiones

Tras el análisis realizado en el presente trabajo de investigación, se concluye que:

Las Políticas públicas de protección sanitaria en inversion y gasto existentes para la red de salud 5 Sur presentan deficiencias, sobre todo a nivel de coordinación entre las diferentes instancias que tienen atribuciones en el ámbito de la salud, desde el Gobierno central hasta las organizaciones originarias campesinas

Si bien se establece un determinado orden y se definen funciones y procedimientos establecidos por ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (actualmente modificada por la ley de 1152 del Seguro Universal de Salud SUS) que regulan a las diferentes instituciones públicas y privadas encabezado por la constitución política del estado (CPE) , la Ley Marco de la Madre Tierra y Descentralización Integral, la ley Marco de Autonomías y Descentralización e incluyendo los diferentes planes estratégicos para cada institución siendo estos: Pilares y Metas de la Agenda 2025, Resultados del PDES, Planes Sectoriales de Desarrollo, Planes Estratégicos Institucionales, Planes Operativos Anuales y los Programas y Proyectos, tanto Municipales como Departamentales; de acuerdo al área geográfica, delimitando el accionar en los diferentes casos que presenta el sistema de salud, estos no se cumplen a cabalidad y generan fallas que se reflejan en la atención y economía de los usuarios sin dejar de lado que a este resultado se le atribuye también el impacto de la cultura y la sociedad en general.

Respecto a lo político se establecen responsabilidades acorde a los diferentes actores, niveles autónomos de Gobierno, donde deben trabajar de manera conjunta y coordinada para cumplir con las políticas y lineamientos establecidos por el Gobierno Central encabezadas por el Ministerio de Salud, sin embargo no todos los niveles de gobierno, tanto Departamentales cómo Municipales están alineadas a las mismas políticas por lo que se toman caminos diferentes al momento de la acción que lamentablemente a su vez traen resultados diferentes generando confusión y

demostrando que la aplicación de autonomías puede llegar a generar más daño que bien incrementando los problemas internos de una sociedad en lugar de solucionarlos.

Respecto a la situación económica en el ámbito de salud para la red 5 Sur, si bien por ley las diferentes instituciones en sus diferentes niveles cuentan con diferentes fuentes de ingreso, los cuales llegan desde el Tesoro General de la Nación (TGN) a través del Gobierno Central, la ley de coparticipación tributaria que permite recaudar ingresos para el Nivel Municipal y cada institución o centro de salud que también genera sus propios recursos de la venta de servicios, la gestión pública administrativa carece de una evaluación administrativa desde un punto de vista estructural donde el impacto de la gestión económica en salud no refleja los esfuerzos realizados en cuanto a las ejecución financiera del gasto público, por lo que no se realiza un seguimiento adecuado de los diferentes lineamientos estratégicos para cada nivel de gobierno a causa de una carente articulación entre los mismos.

Respecto a lo social siendo que dentro del sistema de salud uno de los principales actores es el usuario, aún se cuenta con la atención médica tradicional, es decir aptitudes basada en creencias, teorías, y experiencias indígenas, carentes de explicación científica lo cual repercute y retrasa al progreso y por tanto a la mejora del sistema de salud.

Entre otros aspectos sociales la conducta del usuario y cumplimiento de la norma se infringe, siendo que se evidencio una falta de cultura sanitaria no solo en cuanto al cuidado personal afectado por factores como la falta de acceso a servicios básicos en algunas zonas de la red o al manejo de residuos en los diferentes barrios de la misma red, sino también en cuanto al conocimiento del funcionamiento del sistema de salud y su funcionamiento por lo que los usuarios al no tener pleno conocimiento contribuyen a que centros de salud de segundo y tercer nivel colapsen generando mayor desorden lo cual afecta también al abastecimiento de medicamentos en las farmacias de cada centro sanitario.

Así mismo un aspecto fundamental es el bajo impacto que tiene las políticas preventivas en salud, ya que varios sectores de la red 5 Sur no cuentan con condiciones adecuadas básicas de vivienda, siendo un papel fundamental para las instituciones públicas en salud brindar educación sanitaria e invertir más en aspectos preventivos que curativos.

Continuando con la investigación también se concluye que: La inversión en salud a nivel nacional si responde al perfil epidemiológico, sin embargo a nivel red y teniendo en cuenta una red urbana, la inversión en salud se debería mejorar según área geográfica ya que para conformar la red se debe tomar en cuenta una vez establecido el perfil epidemiológico el acceso a los centros de salud la distancia entre los diferentes centros de salud y del mismo modo cumplir con un mejor sistema de referencia y contrarreferencia para lo cual es importante tomar en cuenta el crecimiento de la población, incluso delimitar adecuadamente los límites, las fronteras, de la red ya que los centros de salud más cercanos de otras redes y o municipios atienden personas provenientes de otra red siendo una de las principales causas la baja capacidad resolutive de los centros de salud etc., mostrando además una atención deficiente por factores de recursos humanos, carga horaria, escasez de medicamentos, falta de instalaciones y equipamiento, etc.

Así mismo se verificó que el gasto en salud a nivel general responde a las necesidades según el perfil epidemiológico sin embargo como se explicaba anteriormente en cuanto a la inversión, el gasto no es adecuado ya que se incurre más en este que en la propia inversión en salud, siendo la inversión en cuanto al cuidado de la salud una herramienta critica para mejorar y prevenir la salud. Finalmente tras el desarrollo del modelo econométrico y el desarrollo del índice de progreso social IPS se evidenció que las necesidades básicas de la red no son del todo cubiertas y así mismo carece de oportunidades para contar con asistencia médica digna, evidenciando que las variables que más efecto tiene sobre el IPS es la inversión en salud sin embargo la inversión que se destina al sector en el periodo de estudio es

mucho menor al gasto en menos del 70% en comparación si bien el gasto también es favorable, este último no contribuye tanto como lo hace la inversión, ya que por una unidad de gasto que se realiza el índice se afecta de manera positiva en 0.49 puntos, entre tanto por cada unidad de inversión el índice se favorecerá de forma positiva en 1.17 puntos.

2. Recomendaciones

- A los diferentes niveles de Gobierno; Gobierno Central a través del Ministerio de Salud, Gobierno Departamental de La Paz a través del Servicio Departamental de Salud SEDES, a la Alcaldía Municipal de La Paz a través de la Secretaría Municipal de Salud, se recomienda mejorar el nivel de coordinación entre instituciones y la gestión administrativa de forma vertical cómo horizontal con la finalidad de poder obtener resultados que permitan la mejora del sistema sanitario en el país, a través del cumplimiento de los objetivos, presupuesto, actividades e indicadores establecidos en los planes operativos anuales que permitan obtener una medición que refleje el beneficio del esfuerzo realizado para comprobar su eficiencia. Se recomienda también el uso de subpartidas presupuestarias a nivel de cada red por tipo de centro de salud con el fin de poder realizar un mejor control de la ejecución presupuestaria.
- Se recomienda mejorar la medición del Impacto de las políticas públicas en salud y optar por una salud preventiva más que curativa enfocando esfuerzos y recursos en información sanitaria, incrementando la inversión, dado que las variables involucradas en el estudio evidencian falencias en áreas de primera necesidad, como ser acceso a servicios básicos, seguridad y oportunidades de mejorar las condiciones de vida.
- A la universidad La Salle; se recomienda la presentación de la investigación a la red de salud 5 Sur y a las instituciones de salud pública; (SEDES, Dirección de Salud GAMLP), puesto que la presente investigación es un aporte de interés para las mismas, ya que se enfoca en el impacto de las políticas públicas de salud (inversión y gasto) para la red de salud 5 Sur.
- A los estudiantes universitarios se recomienda investigar temas referentes a la administración sanitaria, con el fin de analizar el sistema sanitario y la situación actual de la salud en el país.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Álvarez, A. P. (2003). LOS HOSPITALES DE FRANCO.

Alleyne, G. A. (2003). Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza. Washington D.C.

Ayala, C. E. (2010). Las políticas Públicas.

Barroso, C. B. (2014). CONCEPCIÓN Y CURACIÓN DE LA ENFERMEDAD. En C. B. Barroso, CONCEPCIÓN Y CURACIÓN DE LA ENFERMEDAD (pág. 5). Madrid.

Barroso, C. B. (2014). CONCEPCIÓN Y CURACIÓN DE LA ENFERMEDAD. En C. B. Barroso. Madrid.

Berchara, J. C. (2012). redes integradas de servicios de salud; hacia la creacion de un concepto. En J. C. Berchara.

Cadena. (2012}. Politicas de salud en Bolivia.

Calderón. (2001). Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. Obtenido de <http://apps.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/alpha/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>

Calderón. (26 de julio de 2011}. UNCUIYO. Obtenido de <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>

Campos, F. J. (2005). El médico del tiempo de los incas y sus remedios. En F. J. Campos, El médico del tiempo de los incas y sus remedios (pág. 122).

Carmen Ledo, P. (2011). Sistema de salud de Bolivia. Sistema de Información Científica Reda/ye, S. Recuperado el g de abril de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779007>

Castañeda, A. s. (2010). Principales modelos de seguridad social y protección Social .

CEDLA. (2o17). Salud para todos. En c. d. Agrario, Salud para todos (pág. 76}. La Paz: {CEDLA).

Cid, A. L. (agosto de 2010). Obtenido de <http://docplayer.es/21732131-Analisis-del-sector-salud-de-bolivia.html>

ConsejoMunicipal, L. P. (26 de enero de 2016). Tu consejo municipal. Obtenido de <http://www.concejomunicipal.bo/concejo/index.php/noticias/10-noticias-concejo-municipal/217-macrodistrito-sur-se-divide-en-3-subalcaldias.html>

Cortez, M. (2010). En la senda de la implementacion de la LMAO. presencia.

Cremer. (2003). La evolución de la Seguridad Social.

D' Alessio, D. F. (2016). Índice de progreso social regional Peru 2016. En D. F. D' Alessio. Lima. Decreto Supremo N° 29601. (2008). Obtenido de http://www.mariestopes.org.bo/webassets/documentos/decreto_supremo_29601.pdf

Del Llano. (2010). Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de politica sanitaria. En J. D. Llano.

Del.Llano. (2010). Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de politica sanitaria. En D. L. J ..Documento Técnico -Ministerio de Hacienda. (2003).

SISTEMA NACIONAL DE INVERSION PUBLICA. Documento Técnico -Secretaria municipal. (2016). Plan territorial de desarrollo integral del municipio de La Paz. La Paz.

Documento Técnico - Sistema de Plnificacion Integral del Estado. (2016). Ley del Sistema de Planificacion Integral del Estado.

Documento tecnico VIPFE. Uunio de 2000). Obtenido de <http://archivo.vipfe.gob.bo/PR/documentos/Preinversion/preparacion-evaluacion-proyectos/R.M.060-2000-Salud.pdf>

Dominguez. (26 de julio de 2011). PiPP Salud. Obtenido de <http://apps.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/alpha/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>

Easton. (1992). Las Polítocas Públicas: Productos del sistema Politicos.

Echeverri, o. (2011). Sistemas de servicios de Salud.

Escuela de Medicina Y Ciencias de la Salud. (2011) · En N · M E raso. rosario: universidad del rosario.

García. (30 de octubre de 2014). yucatan times. Obtenido de <https://actualidad.rt.com/actualidad/view/145250-paises-latinoamericanos-tienen-mejores-sistemas-de-salud>

Laura, H. A. (2015)- Analisis de Gasto Y Financiamiento de Hospitales de Segundo y Tercer Nivel. La Paz: CITYGRAF.

López, D. R. (2003). ¿Que es una Política Pública?

Machicado, C. G. (1 de julio de 2016). Obtenido de Inesad: <http://inesad.edu.bo/dslm/2016/07/2086/>

Mallarino, C. U. (2008). DESARROLLO SOCIAL Y BIENESTAR.

Martha, B., Marco, L., & Dalence, t. (2006). Salud integral para una mejor calidad de vida. La Paz: PRISA Ltda ..

Medina. (2012). Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano.pdf>

Medina, S. E. (s.f.). Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano.pdf>

Medrano, D. E. (11 de noviembre de 2014). Políticas de Salud en Sistemas Sanitarios Modernos.

Mesa. (2016). Breve historia de las políticas públicas en BOLIVIA. La Paz: Gisbert y Cia. S.A.

Mesa, C. (2014). Breve Historia de la políticas publicas en Bolivia. La Paz: Gisbert y Cia. S.A.

Ministerio De Autonomías- Documento técnico. (2016). agenda patriotica 2020-2025.

Ministerio de la presidencia. (2008). Obtenido de <http://www.sepdavi.gob.bo/cs/doc/159Bolivia%20Consitucion.pdf>

Ministerio de Salud -Documento estrategico de medicina tradicional. (6 de Marzo de 2006) LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD EN SALUD. Obtenido de http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug

publications&alias=38-lineamientos-estrategicos-de-medicina-tradicional-e-interculturalidad-en-salud&Itemid=1094

Ministerio de Salud. (6 de Marzo de 2006). LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD EN SALUD. Obtenido de http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=38-lineamientos-estrategicos-de-medicina-tradicional-e-interculturalidad-en-salud&Itemid=1094

Ministerio De Autonomías. (2016). agenda patriótica 2020-2025.

Morales, S. E. (2011). El Sistema de salud Boliviano. En S. E. Morales. La Paz.

Nuget. (1997). La Seguridad Social de Bismarck a Beveridge.

OMS. (s.f.). Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

OPS -Documento Técnico. (2007). SALUD EN LAS AMÉRICAS, 2007. VOLUMEN I-REGIONAL.

OPS Documento técnico. (2012). Organización panamericana de la salud. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Otter, T. (2010). Ley Marco de autonomías y Desentrolizocion. La Paz: Precensia.

PAHO. (2010). La Renovacion de la atencion primaria de Salud en las Américas. En o. p. (PAHO). washington.

PAHO Colombia. (Febrero de 2014). Obtenido de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2142:la-ops-invitada-al-ii-congreso-ciudad-y-salud-viii-jornadas-epidemiologicas-distritales&Itemid=562

Pavón. (junio de 2014). revisto medica. Obtenido de https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol4_num1/articulos/admon-salud.html PIPP Salud. (26 de julio de 2011). Obtenido de <http://apps.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/alpha/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>

Plan De Desarrollo Economico y Social · (2015) · Plan De Desarrollo Economico y Social.

Plan Sectorial De Desarrollo. (2010). Plan Sectorial De Desarrollo.

Pocoata, F. (1996). Historia política L.

Ponce, A. S. (2012). Manual de organizacion y funciones. La Paz .

Porter, M. E. (2017). Indice de progreso social .

Rivera, B. (2005). La inversion en salud como gasto publico productivo.

Ruiz, M. M. (2012). Bismarck y la evolución del Estado de Bienestar y los seguros sociales. Obtenido de http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/bismark_beveridge.html

Serra, M. P. (2010). los beneficios de la salud publica. Daphnia, 53. Obtenido de <http://www.daphnia.es/revista/53/articulo/1020/Los-beneficios-de-la-salud-publica>

Soja, A. (2009). Hacia la universalidad, con colidradidad y eficiencia: el financiamiento de la proteccion social en paises pobres y desiguales. En A. Sojo. Santiago de Chile.

Stern, S. (2017). Indice de Progreso Social 2017.

STERN, S. (2017). SOCIAL PROGRESS IMPERATIVE.

Stren, S. (2007). Indice de Progreso Social 2007. La Paz.

Unidad de Planificación y Desarrollo Organizacional. (2015). PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL. En U. d. Organizacional, Servicio Departamental de Salud De La Paz. La Paz.

Valcárcel, M. (2007). Desarrollo y desarrollo rural, enfoques y reflexiones .. En M. Valcárcel yucatan times. (30 de octubre de 2014). Obtenido de <https://actualidad.rt.com/actualidad/view/145250-paises-latinoamericanos-tienen-mejores-sistemas-salud>

ANEXOS

Anexo 1

Guía de entrevista para autoridades municipales

Datos Generales del entrevistado:

Nombre del entrevistado

Cargo: Institución:

1. ¿Cuál es su percepción respecto a la situación actual de la salud en cuanto a la inversión y gasto en el macrodistrito Sur en los últimos 20 años?
2. ¿Conoce algunas debilidades o fallas que haya estado presentando el sistema de salud?, ¿cuáles?
3. ¿Qué forma considera más apropiada, que la red de salud corresponda a un aspecto geográfica o se encuentre acorde al perfil epidemiológico?, ¿Por qué?
4. ¿Cuál es su percepción respecto a la situación actual social del macrodistrito?
5. ¿Qué aspectos son los más importantes para medir si las políticas de salud son adecuadas al perfil epidemiológico del macrodistrito?, ¿Que herramientas considera las más apropiadas?
6. ¿Qué aspectos considera los más importantes, (Que puedan verse afectados por sus funciones o atribuciones), los más importantes, para reflejar de mejor forma la calidad de vida de las personas en el macrodistrito sur?
7. ¿Como se puede potenciar los aspectos mencionados precedentemente para satisfacer las necesidades de la población del macro distrito Sur?
8. ¿Qué factores críticos considera determinantes para el progreso social de la salud?, ¿Por qué?
9. ¿Cuál es su percepción de acuerdo al nivel de coordinación entre los diferentes gobiernos autónomos para el manejo de la salud?

Anexo 2

Guía para entrevista a expertos de las instituciones públicas / SEDES/ Expertos en Economía y Salud

Datos Generales del entrevistado:

Nombre del entrevistado

Cargo: Institución:

Preguntas:

1. ¿Cómo evalúa la situación actual de la salud en cuanto a situación en el país en los últimos 20 años?
2. ¿Qué observaciones / comentarios le surgen en cuanto a las políticas públicas de protección sanitaria, en inversión y gasto, aplicadas por los diferentes niveles de gobierno?
3. ¿Cuáles considera que son las mayores debilidades en las redes integrales de los servicios de salud?
4. ¿En la actualidad considera que existen problemas en relación a las funciones o articulación dentro de las redes integrales de servicios de salud? (Alcaldía, SEDES)
5. ¿Cuáles serían las acciones inmediatas a tomar para mejorar la problemática de la red integral de servicio de salud para el macro distrito Sur?
6. ¿Considera una necesidad que las redes de salud estén establecidas en función de los distritos geográficos ya establecidos por el Gobierno Municipal?, Por qué?
7. ¿De acuerdo a su experiencia, ¿Cuál es el nivel de adaptación del diseño organizacional, de su estructura, a las necesidades evidenciadas por el perfil epidemiológico del macrodistrito Sur?
8. ¿Bajo el principio de la atención accesible para todos, considera que debe haber cambios en el sistema de salud?
9. ¿A través de que políticas públicas de nivel estratégico se podría reducir el gasto de las personas que acuden a los centros de salud?
10. ¿Considera que los factores sociales son determinantes para el progreso social de la salud?, ¿Por qué?