

SEGUNDA PARTE. MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS: La Administración de Recursos Humanos tiene como una de sus tareas proporcionar las capacidades humanas requeridas por una organización y desarrollar habilidades y aptitudes del individuo para ser lo más satisfactorio a sí mismo y a la colectividad en que se desenvuelve. No se debe olvidar que las organizaciones dependen, para su funcionamiento y su evolución, primordialmente del elemento humano con que cuenta. Puede decirse, sin exageración, que una organización es el retrato de sus miembros.

La Administración de Recursos Humanos está constituida por subsistemas independientes:

- Subsistema de alimentación de recursos humanos: Incluye la investigación del mercado, mano de obra, reclutamiento y selección.
- Subsistema de aplicación de recursos humanos: Incluye análisis y [descripción](#) de los puestos, integración o inducción, evaluación del mérito o desempeño, movimiento de personal.
- Subsistema de mantenimiento de recursos humanos: Incluye la remuneración, planes de beneficios sociales, higiene y seguridad en el trabajo, registros y controles de personal.
- Subsistema de desarrollo de recursos humanos: Incluye el entrenamiento y planes de desarrollo de personal.

- Subsistema de control de recursos humanos: Incluye el banco de datos, sistemas de información de recursos humanos y auditoría de Recursos Humanos.¹

Por lo que la Administración de Recursos Humanos consiste en la planeación, en la organización, en el desarrollo y en la coordinación y control de técnicas capaces de promover el desempeño eficiente del personal, a la vez que la organización representa el medio que permite a las personas que colaboran en ella a alcanzar los objetivos individuales relacionados directa o indirectamente con el trabajo.

Así se tiene que las prácticas de administración de los recursos humanos basadas en la calidad total trabajan a fin de lograr las tareas siguientes: 1. Comunicar la importancia de la contribución que hace cada empleado a la calidad total. 2. Hacer hincapié en sinergias relacionadas con la calidad, disponibles mediante el trabajo en equipo. 3. Delegar la autoridad a los empleados para “hacer la diferencia”. 4. Reforzar el compromiso individual y por equipos hacia la calidad mediante una amplia gama de premios y de reforzamientos. Para cuyo efecto es importante realizar las prácticas siguientes:

- ◆ Integran los planes de recursos humanos con planes generales de calidad y desempeño operacional, para afrontar totalmente las necesidades de desarrollo de toda la fuerza de trabajo. Los planes de recursos humanos deben estar impulsados por los planes estratégicos generales.
- ◆ Involucran a todos los empleados en todos los niveles y todas las funciones.
- ◆ Utilizan con eficiencia sistemas de sugerencias y de reconocimientos para promover la participación y motivar a los empleados.
- ◆ Propician y apoyan el trabajo en equipo en toda la organización. Los equipos alientan un flujo libre de la participación y de la interacción entre sus miembros.

¹: Chiavenato, Edilberto: Introducción a la Teoría general de la administración ; pagina 20, ed. Larreu México, 2004

- ◆ Otorgan autoridad a los individuos y equipos para tomar decisiones que afectan la calidad y la satisfacción del cliente.
- ◆ Hacen amplias inversiones en Capacitación y educación, en el trabajo los asociados están totalmente involucrados en esfuerzos de Capacitación, la importancia de la calidad y la satisfacción del cliente, y esbozan los procedimientos de los establecimientos de salud hacia una mejora continua.
- ◆ Mantienen un entorno de trabajo que conduce al bienestar y crecimiento de todos los empleados. Empleados satisfechos son empleados productivos.
- ◆ Vigilan la extensión y eficacia de las prácticas de recursos humanos y miden la satisfacción del empleado como un medio de mejora continua.²

Hoy día, la mayoría de los establecimientos de salud progresistas reconocen que la administración de los recursos humanos desempeña una función clave en el desarrollo de una estrategia competitiva viable. La capacidad de entregar con consistencia un servicio con valor agregado requiere un desempeño superior en ocho áreas, que Prudential encontró que eran clave para estar dirigido hacia los clientes y el mercado:

- ◆ Reclutamiento y retención de las personas
- ◆ Capacitación
 - Education continua
- ◆ Uso creativo de las tecnologías de la información
- ◆ Accesibilidad para los clientes
- ◆ Medición y vigilancia del desempeño
- ◆ Reconocimiento de desempeños de tipo superior
- ◆ Vigilancia de la satisfacción del cliente³

²: Ob – cite, pagina 40

³: Ob – cite, pagina 50

Las ocho áreas están relacionadas con temas de calidad de excelencia en la selección y retención, el desempeño interno, el servicio al cliente y la mejora continua; cinco de ellas, sin embargo, involucran temas de administración de los recursos humanos.

Por lo tanto, para conseguir la meta del establecimiento de salud de un servicio superior, Prudential necesita asegurar que las estrategias de recursos humanos den apoyo a esta meta.

Los planes de recursos humanos generalmente se enfocan al desarrollo de los empleados; la organización del trabajo; los premios, reconocimientos, prestaciones y compensaciones, así como el reclutamiento. También incluyen uno o más de los siguientes:

- ◆ Mecanismos para promover la cooperación, como relaciones internas cliente / proveedor, o bien otras asociaciones internas.
- ◆ Iniciativas para promover la cooperación entre sindicato y gerencia, como la asociación con los sindicatos
- ◆ Creación y / o modificación de sistemas de reconocimientos, sistemas de compensaciones o mecanismos para incrementar o ampliar la responsabilidad de los empleados.
- ◆ Creación, a través de procesos de rediseño, de oportunidades para que los empleados aprendan y utilicen habilidades que vayan más allá de las asignaciones reales de su puesto.
- ◆ Iniciativas de educación y capacitación.⁴

Asociaciones con instituciones educativas, a fin de desarrollar a los empleados o ayudar a asegurar un futuro suministro de empleados bien preparados.

⁴ : Ob - cite, pagina 50.

En la mayoría de las organizaciones generalmente domina una de tres estrategias competitivas:

1. Reducción de costos.
2. Mejora de la calidad.
3. Innovación.

El diseño del trabajo se refiere a la forma en que se organizan los empleados en unidades formales e informales, como por ejemplo, departamentos y equipos.

El diseño del puesto se refiere a las responsabilidades y tareas que se asignan a individuos. Tanto el diseño del trabajo como el del puesto son vitales para la eficacia organizacional y la satisfacción personal en el puesto.

Este modelo fue validado en muchos escenarios organizacionales. El modelo contiene cuatro segmentos principales:

1. Estados psicológicos críticos
2. Características centrales del puesto
3. Variables moderadoras
4. Resultados

La involucración de los empleados tiene su raíz en la psicología de las necesidades humanas, y se apoya en los modelos de motivación de Maslow, Herzberg y McGregor. Tipificar la involucración de los empleados ofrece muchas ventajas sobre prácticas tradicionales de administración:

- ◆ Reemplaza una mentalidad adversaria con una desconfianza y cooperación
- ◆ Desarrolla las habilidades y aptitudes de liderazgo de los individuos, creando una sensación de misión y fomentando la confianza.

- ◆ Incrementa la moral de los empleados y su compromiso hacia la organización.⁵

Tradicionalmente, la administración de los recursos humanos se ha enfocado al individuo. Esta manera de pensar está incorporada al sistema de administración por prácticas tales como la administración por objetivos, la evaluación del desempeño individual, el estado de privilegios profesionales y la promoción individual

Los equipos pueden llevar a cabo una diversidad de actividades de solución de problemas, como la determinación de las necesidades del cliente, el desarrollo de un diagrama de flujo para estudiar un proceso, una tormenta de ideas para descubrir oportunidades de mejora, seleccionar proyectos, recomendar acciones correctivas y llevar control de la eficacia de las soluciones.

Muchos equipos existen en diferentes establecimientos de salud e industrias. Entre los más comunes están:

- ◆ Círculos de calidad
- ◆ Equipos de solución de problemas
- ◆ Equipos de administración
- ◆ Equipos de trabajo
- ◆ Equipos de proyecto
- ◆ Equipos virtuales
- ◆ Un círculo de calidad es un pequeño grupo de empleados de una misma área de trabajo, que se reúnen periódica y voluntariamente para identificar, resolver e implementar soluciones a problemas relacionados con el trabajo.

Cumplir y exceder las expectativas de los clientes se inicia con la contratación del personal adecuado, cuyas habilidades y actitudes apoyen y mejoren los objetivos de la

⁵: Ob – cite, pagina 60

organización. Los empleados de contacto con el cliente constituyen uno de los elementos más rápidos de crecimiento en la fuerza de trabajo.

La limitada disponibilidad de personas con habilidad para efectuar trabajos complejos rápidamente cambiantes está obligada a los administradores de recursos humanos a volver a pensar en sus estrategias de selección.

Los empleados enfocados al cliente deben exhibir ciertas características:

- ◆ La aptitud para mantenerse en calma en situaciones de tensión
- ◆ Optimismo, iniciativa y orientación a las personas
- ◆ La aptitud para escuchar bien
- ◆ Una orientación hacia el análisis y la prevención
- ◆ La habilidad para resolver problemas.

La motivación y el comportamiento humano son elementos primordiales de los conocimientos profundos de Deming.

Los gerentes deben comprender que un empleado no motivado no existe. El sistema bajo el cual funcionan los empleados puede afectar seriamente a la motivación.⁶

2.2. ASIGNACION DE PERSONAL.

Desde el punto de vista del tiempo y la planificación, la gestión de los recursos humanos está centrada al largo plazo, de manera proactiva, estratégica e integrada y no marginal: existe un alto grado de compromiso en lo referido al contrato, mantiene un sistema de control de sí mismo y no así externo: mientras desde la perspectiva de las relaciones con los empleados ésta se caracteriza por ser unitaria. Contempla una estructura preferencial orgánica descentralizada, con definición de roles flexibles e

⁶ : Ob – cite, pagina 60

integrado en línea, basado en una evaluación bajo criterios de una utilización máxima de los costes.⁷

PLANEACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

La planeación estratégica antecede a la planeación de recursos humanos, y es el proceso por el cual la alta dirección determina los propósitos y objetivos globales y la forma en que deben alcanzarse.

La planeación de recursos humanos tiene una importancia vital porque los principales desafíos para implantar estrategias se relacionan con los aspectos de recursos humanos, y de manera más precisa con la estabilización de la fuerza de trabajo para facilitar la implantación de las estrategias corporativas. La planeación de recursos humanos significa acoplar la oferta interna y externa de gente con las vacantes que se anticipan en la organización en un período específico de tiempo.

1. La planeación de recursos humanos es el proceso de determinar las exigencias de trabajo y los medios para satisfacer éstas, con objeto de llevar a cabo los planes integrales de la organización. "La planeación de recursos humanos se describe mejor como un procedimiento sistemático que forma una secuencia planeada de eventos o una serie de pasos cronológicos".⁸

La planeación de recursos humanos es una técnica para determinar en forma sistemática la provisión y demanda de empleados que serían necesarios, el departamento de personal puede planear sus labores de reclutamiento, selección, capacitación, entre otras. Todas las organizaciones deberían identificar sus necesidades de personal a corto y largo plazos. A corto plazo se determinan las necesidades de personal a 1 año; a largo plazo se estiman las condiciones del personal en lapsos de por lo menos 5 años. El costo de la planeación es elevado, por lo que se ha difundido entre los establecimientos grandes de salud.

⁷: Ob-cite pag. 52

⁸: Ob – cite, pagina 65

La planeación trata con el porvenir de las decisiones actuales. Esto significa que la planeación de recursos humanos observa la cadena de consecuencias de causas y efectos durante un tiempo, relacionada con una decisión real o intencionada que tomará el director. Si a este último no le agrada la perspectiva futura, la decisión puede cambiarse fácilmente.

La planeación de recursos humanos también observa las posibles alternativas de los cursos de acción en el futuro, y al escoger unas alternativas, éstas se convierten en la base para tomar decisiones presentes.

La planeación de recursos humanos es un proceso que se inicia con el establecimiento de metas organizacionales, define estrategias y políticas para lograr estas metas, y desarrolla planes detallados para asegurar la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados. También es un proceso para decidir de antemano qué tipo de esfuerzos de planeación debe hacerse, cuándo y cómo debe realizarse, quién lo llevará a cabo, y qué se hará con los resultados.

La planeación de recursos humanos representa un proceso mental, un ejercicio intelectual, más que una serie de procesos, procedimientos, estructuras o técnicas prescritos. Para lograr mejores resultados los directivos y el personal de una organización deben creer en el valor de la planeación de recursos humanos y deben tratar de desempeñar sus actividades lo mejor posible. Ackoff dice: "El no hacerlo bien no es pecado, pero el no hacerlo lo mejor posible, sí lo es".⁹

Planificar el personal o los recursos humanos significa hacer previsiones sobre el número de personas que se necesitarán y/o tendrán en los establecimientos de salud dentro de uno, dos o tres años, etc., y tomar las medidas oportunas para que los hechos correspondan a las necesidades y no a tendencias incontroladas e imprevistas.

⁹: Ob – cite, pagina 70

Esto supone, por una parte, atender a las necesidades de mano de obra que tiene los establecimientos de salud y que se manifiestan en los puestos de trabajo que exigen unas ciertas cualidades en las personas que los han de ocupar y, por otra parte, se toma también en consideración la capacidad de las personas porque, cuanto más se acierte en encontrar la persona que más se adapte a las exigencias del puesto de trabajo, más satisfacción encontrará en el trabajo y mejor se realizará en su actividad.

2.3 ADMINISTRACION POR OBJETIVOS.

En general, la administración por objetivos es un sistema en el que los administradores y subordinados acuerdan la rutina de éstos, la orientación de los proyectos, los objetivos personales del año siguiente y el criterio que de debe utilizar para alcanzar las metas. Los pasos principales de este proceso circular y de autorrenovación se pueden expresar gráficamente como muestra la figura. Los elementos más importantes son el hincapié en la fijación conjunta de metas, la planeación relativamente autónoma de la acción y la revisión periódica de los progresos.

2.4. GESTIÓN.

El concepto de gestión hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar. Gestionar es realizar diligencias conducentes al logro de un deseo cualquiera. Administrar, por otra parte, consiste en gobernar, dirigir, ordenar, disponer u organizar. Por lo tanto, implica al conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto o concretar un [proyecto](#). Que implica también la [dirección](#) o [administración](#) del [establecimiento de salud](#) o de un negocio. Existen distintos tipos de gestión. La [gestión social](#), por ejemplo, consiste en la construcción de diversos espacios para la interacción social.¹⁰

¹⁰:Ob – cite, pagina 80

2.5. GESTIÓN DE PERSONAL.

Desde el punto de vista del tiempo y la planificación la gestión personal enmarca el corto plazo, reactiva y marginal: existe una sumisión psicológica en lo referente al contrato, el sistema de control es externo: mientras desde la perspectiva de las relaciones con los empleados ésta se caracteriza por ser pluralista y colectiva. Contempla una estructura preferencial mecanicista, centralista, con definición de roles formales, basado en una evaluación bajo criterios minimización de costes ¹¹

2.6. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Desde el punto de vista del tiempo y la planificación la gestión de los recursos humanos está centrada al largo plazo, de manera proactiva, estratégica e integrada y no marginal: existe un alto grado de compromiso en lo referido al contrato, mantiene un sistema de control de si mismo y no así externo: mientras desde la perspectiva de las relaciones con los empleados ésta se caracteriza por ser unitaria. Contempla una estructura preferencial orgánica descentralizada, con definición de roles flexibles e integrado en línea, basado en una evaluación bajo criterios de una utilización máxima de los costes.¹²

2.7. SEGURIDAD SOCIAL.

Es el instrumento jurídico y económico que establece el Estado para abolir la necesidad y garantizar a todo ciudadano el ingreso para vivir y a la salud, a través de la protección igualitario-solidario del reparto de la renta nacional mediante prestaciones y atenciones de salud, educación y otros servicios básicos que contribuyen las instituciones del estado; como también empleadores; en distintas

¹¹: Guest D."Human resuonce monogemennt and industrial relaciones; Londres. 2000, Ed Staduon, pag. 52

¹²: Ob-cite pag. 52

modalidades como subsidios, pensiones, atenciones facultativas y/o otros servicios sociales, que otorgan de los impuestos de las dependencias de aquel, quedando amparados contra los riesgos profesionales y sociales, principalmente de las contingencias de la falta o insuficiencia de ganancia para el sostenimiento de él y de su familia.¹³

Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de disposiciones públicas, contra los infortunios económicos y sociales que de lo contrario serían ocasionados por la interrupción o reducción considerable de ingresos a raíz de contingencias como la enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, desempleo, invalidez, vejez y muerte; el suministro de atención de salud y el otorgamiento de subsidios a familias con hijos menores de edad.

2.8. INSTITUCIONES DE PRESTACIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD.

Tipificadas a todas aquellas que tienen como función primordial la prestación y atención de enfermedades en sus distintas etapas patológicas, pertenecientes al ámbito público; como hospitales en sus distintos niveles; postas sanitarias y centros de salud; y a todas aquellas del ámbito privado como son las clínicas, centros de especialización.¹⁴

2.9. RED DE SALUD.

Definida como la estructura orgánica horizontal y descentralizada, capaz de vincular los servicios, los organismos y las instituciones que intervienen en el fomento y desarrollo de los servicios de salud, la formación de recursos humanos e investigaciones, con el fin de movilizar recursos y coordinar actividades de gestión,

¹³: Plan de Desarrollo Sectorial. 2006-2011. Ministerio de Salud y Deportes. 2011.

¹⁴:Lineamientos Metodológicos para realizar Análisis Funcionales de Red de Servicios de Salud. Serie Organizaciones y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. N° 3. 2011.

planificación, ejecución y vigilancia en salud que permitan mejoras en las prestaciones y atenciones de salud de la población.

2.10. ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD.

La Red de salud se articula a través los establecimientos de salud por niveles de prestación y atención, sobre la base de criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive, debiendo contar por lo menos con un establecimiento de segundo nivel de atención.¹⁵

2.11. NIVELES DE PRESTACIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD

PRIMER NIVEL.

En este nivel la modalidad de prestación y atención para resolver los problemas de salud; se enmarca en el auto cuidado de la salud; en lo que implica la consulta ambulatoria e internación de transito; y corresponde a este nivel el centro de salud y el puesto de salud; enmarcado en la promoción, prevención y control de la salud; donde intervienen la familia, médicos tradicionales, responsables populares de salud y organizaciones comunales.¹⁶

CENTRO DE SALUD.

Constituye la base del servicio de salud, caracterizada por contar con un equipo de salud, una mayor capacidad resolutive y actúa como centro referencial para los puestos de salud. Básicamente; coordina, supervisa, asesora y evalúa las actividades de los puestos de salud ubicados en su área de influencia, ejerciendo además gestión compartida.¹⁷

¹⁵: Ob –cite, pagina 60.

¹⁶ : Programa de Capacitación “Gerencia y Gestión Social Municipal” IICCA-INE-SNP-VPEPP, Tarija, Ed. Bolivia, pag.10. 2007

¹⁷ : Ob – cite, pagina 80

POSTAS DE SALUD.

Constituye la base primaria del servicio de salud, caracterizada por contar con una auxiliar de enfermería. Básicamente inicia la gestión compartida y coordina, la planificación de actividades de promoción, prevención y control de enfermedades del área de influencia, ejerciendo además gestión compartida con los centros de salud.¹⁸

SEGUNDO NIVEL.

En este nivel la modalidad de prestación y atención en lo que implica la consulta ambulatoria de mayor complejidad, internación hospitalaria y realización de cirugías de especialidad de tránsito; y corresponde a este nivel los hospitales de apoyo básico con capacidad resolutive de prestación y atención de salud. Proporcionando internación y atención especializada.

TERCER NIVEL.

En este nivel la modalidad de prestación y atención implica la consulta ambulatoria de alta complejidad de internación hospitalaria y realización de cirugías de especialidad y subespecialidades; y corresponde a este nivel los hospitales generales y/o instituto de apoyo básico con capacidad resolutive de prestación y atención de salud.¹⁹

2.12. NIVELES DE GESTIÓN DE LA RED DE SALUD.

Las red de salud tiene tres tipos de gestión en lo que implica la prestación y atención de servicios de salud; El primer Nivel, lo representa el distrito de salud y mismo lo conforman las jefaturas de áreas; que tiene bajo su tuición los centros de salud y

¹⁸: Ob-cite, pagina 108

¹⁹: Norma Nacional-Red Municipal de salud familiar comunitaria intercultural-Red Municipal SAFCI y Red de Servicios; Serie Documentos Técnicos – Normativos La paz-Bolivia 2011.

puestos de salud: En tanto el segundo nivel de gestión de salud; lo integra la dirección de distrito; la unidad técnica administrativa y jefatura de área y el tercer nivel de gestión lo conforma el SEDES.²⁰

2.13. INVERSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL.

Definida como aquel monto de recursos económicos orientados a transformar alguna materia prima y/o situación insatisfecha de algún medio económico y/o social.²¹

2.14. PROGRAMA Y SUBPROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL.

Conjunto de elementos que orientan el desarrollar actividades de un área específica el cual generalmente se subdivide en otras sub. - áreas de intervención con mayor puntualidad; que contempla todos los rubros de acción del desarrollo; conformado por un conjunto de proyectos articulados para el logro de un mismo objetivo.²²

2.15. PRESTACIONES Y ATENCIONES MÉDICAS:

PRESTACIONES: Enmarcado en lo que implica la realización del diagnóstico de una determinada tipología patológica de una enfermedad que conlleva el auto cuidado preventivo y control de la enfermedad.²³

ATENCIONES: Enmarcado en lo que implica la realización en primera instancia la prestación de un determinado servicio especializado de una determinada tipología patológica de una enfermedad que conlleva el auto cuidado preventivo y control de la enfermedad.²⁴

²⁰: Ob-cite, pagina 100

²¹: diccionario Económico, pagina 40, ed. Elites, México 2004

²²: Guía de Planificación Participativa; pag.146.

²³: Norma Nacional-Red Municipal de salud familiar comunitaria intercultural-Red Municipal SAFCI y Red de Servicios; Serie Documentos Técnicos – Normativos La paz-Bolivia 2011

²⁴: Ob cite, pagina 152

2.16. INDICADORES DE CALIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA CALIDAD.

La guía del Sistema de Gestión Pública define la Eficiencia como el “logro de un conjunto de objetivos comparados con los recursos y medios calculados realmente invertidos para su cumplimiento”²⁵;

EFICIENCIA ECONÓMICA: La guía del Sistema de Gestión Pública define la Eficiencia como el “logro de un conjunto de objetivos comparados con los recursos y medios calculados realmente invertidos para su cumplimiento”²⁶; Este marco la Eficiencia Económica está centrado en medir los logros alcanzados a través del cumplimiento de objetivos a un costo y tiempo real de ejecución; Respecto a los objetivos, el costo y tiempo programado para su consecución, enmarcado en la regla básica de medición definida por la siguiente relación; si el índice < 1 = implica Ineficiencia; mientras si el índice $> y/o = 1$; denota Eficiencia.²⁷

2.17. IMPACTO SOCIAL Y COBERTURA.

SOCIAL. Concebido como el resultado de los efectos tras la asignación de recursos económicos en las variables sociales, constituye la expresión de los resultados producidos habitualmente en el ámbito de alterar el bienestar social en forma positiva y/o en algún caso puede darse también de manera negativa.²⁸

²⁵: Sistema de Gestión Pública: Ministerio Presidencia, 2006, Pag. 9 y A-15

²⁶: Ob - cite, Pagina, 9 y A-15

²⁷: Sistema de Gestión Pública: Ministerio Presidencia, 2006, Pag. 9 y A-15

²⁸: Ob - cite, pagina, 100

COBERTURA: La cobertura de un sistema de Seguridad Social hace referencia a la población a la que va dirigido.²⁹

2.18. ASIGNACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS TIPIFICADOS POR LA LEY 1654

El marco normativo de asignación de recursos económicos está centrado en lo que emana la Ley N° 1654 en lo referido a la asignación de recursos económicos, definido por el Ministerio de Hacienda, mediante el Viceministerio de Presupuesto y Contaduría a través la Unidad de Planificación, entidad encargada en definir la estructura de programas y subprogramas de inversión de las subprefecturas y/o Corregimientos. A través del Título II; Capítulo I; Régimen Económico y Financiero; mediante el art. 21(Asignación de Recursos para programas y proyectos de Inversión), se tipifica claramente que del total de recursos económicos, tipificados en el art.20; deben destinar el 85 %; para la inversión dividida normalmente en tres grupos claramente definidos como; Desarrollo Productivo, Humano y Fortalecimiento.

En tanto, el art. 22;(Asignación de Recursos para Gastos Administrativos) del Título II, Del Régimen Económico y Financiero tipifica que el Prefecto asignará hasta el 15% de los recursos señalados en los incisos a),b) y c) del párrafo I del Art.20 de la presente Ley, para financiar los gastos administrativos de sus dependencias, para el cumplimiento de las atribuciones señaladas en el art. 5 de la presente Ley³⁰

GASTO EN INVERSIÓN: La Ley 1654 tipifica mediante el Título II; Capítulo I; Régimen Económico y Financiero, a través el art. 21(Asignación de Recursos para programas y proyectos de Inversión), que del total de recursos económicos, tipificados en el art.20; deben destinar el 85 %; para la inversión dividida

³⁰: Ley 1654; pag. 3 – 4 – 5.

normalmente en tres grupos claramente definidos como; Desarrollo Productivo, Humano y Fortalecimiento.

GASTO CORRIENTE; Para este propósito la Ley 1654, a través el art. 22;(Asignación de Recursos para Gastos Administrativos) del Título II, Del Régimen Económico y Financiero, tipifica que el Prefecto asignará hasta el 15% de los recursos señalados en los incisos a),b) y c) del párrafo I del Art.20 de la presente Ley, para financiar los gastos administrativos de sus dependencias, para el cumplimiento de las atribuciones señaladas en el art. 5 de la presente Ley³¹; englobados en lo que significa gastos de funcionamiento administrativo, a través de las distintas partidas presupuestarias definidas como servicios personales, no personales, materiales y suministros; activos reales, financieros, servicios de la deuda pública, transferencias, impuestos y regalías y otros gastos, que hacen del funcionamiento administrativo el conjunto de instituciones prefecturales concentradas y desconcentradas.

31

Ley 1654; pag. 3 – 4 – 5.

TERCERA PARTE: DISEÑO METODOLÓGICO

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por las características del presente trabajo de investigación, éste se enmarca dentro de los fundamentos básicos de investigación exploratoria y descriptiva, definida en sus aspectos más fundamentales, para cuyo propósito se asume las definiciones realizadas por Danhker:

EXPLORATORIA: Se asume el marco conceptual y fundamentos básicos de esta modalidad de investigación, dado que, el tema en particular no fue abordado con anterioridad, ni existe información bibliográfica que permita evidenciar la existencia de ciertos elementos y/o aspectos de incidencia directamente e indirectamente ligados con el problema de estudio, que a la vez constituyan el ámbito de referencia y familiarización de los mismos; con los cuales construir un marco propositivo de referencia teórica y práctica.¹

DESCRIPTIVA: De igual manera se asume los fundamentos básicos y marco conceptual teórico, con los cuales permitirá realizar la descripción de situaciones y eventos que están referidos al registro, análisis e interpretación de la naturaleza misma del problema en sí. Permitiendo así describir las características que identifican a diferentes elementos y momentos dados en su interrelación con otros componentes.

Enmarcados estos en sus propiedades específicas importantes de grupos, organizaciones, personas o cualquier otro fenómeno sometido al análisis interpretativo. Para así medir de manera independiente, conceptos, variables en determinado momento, en interrelación con otras variables que explican un determinado comportamiento, en sus características más relevantes.²

¹ : La Tesis y El Trabajo Dirigido: Niver Montes Camacho: pagina. 52, Oruro, Edit. Latinas Editores, 2004

²: Ob – cite, página. 53,

3.2.HIPÓTESIS

“La existencia de una estructura funcional administrativa y la limitada aplicación de instrumentos y medios técnico-operativo de selección, evaluación y seguimiento de recursos humanos en la actualidad, impiden mejorar la prestación de servicios de prevención y atención médica con calidad, eficiencia y eficacia en el actual modelo de gestión de recursos humanos del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT), en la red municipal de salud de Villa Montes”

3.3.VARIABLES

DEPENDIENTE: Incidencia en los Niveles de Prestaciones de servicios de prevención y atención médica del actual modelo de administración y gestión de recursos humanos del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT), en la red municipal de salud en Villa Montes”

INDEPENDIENTE: Instrumentos y Medios técnico operativos del Actual Modelo de Administración y gestión en salud: Asignación de recursos económicos según fuente de financiamiento y materiales; características de los recursos humanos según especialidad y nivel de resolución, formas de contratación, cobertura de servicios de prestaciones y atenciones de salud según nivel de resolución. N° de admisiones por nivel de resolución.

3.4.PROCEDIMIENTO

3.4.1. MÉTODOS

Para esta investigación se aplica el Método:

DEDUCTIVO: Centrado en asumir datos generales aceptados como válidos, y por medio del razonamiento lógico se obtienen varias suposiciones: aseverando que lo que está presente en lo general, también lo está en lo particular³

ANÁLISIS Y SÍNTESIS: Enmarcado en la descomposición de los fenómenos, en cada una de sus partes que lo constituyen y en dependencia con el objeto del estudio; basados en la observación, descripción, examen crítico, descomposición del fenómeno, enumeración de sus partes, ordenamiento, clasificación y sintetización.⁴ Estableciendo nexos entre sus partes, es decir, construir un todo a través de sus partes.

HISTÓRICO: Método con el cual es posible tipificar el comportamiento de las variables en un tiempo pasado, previo al inicio del estudio para cuya medición requiere una serie de datos que estructurados adecuadamente ilustra el conjunto de cambios evolucionados en un periodo de tiempo dado⁵.

ANALÓGICO COMPARATIVO: Centrado en tipificar el comportamiento de las variables en un tiempo pasado, previo al inicio del estudio para cuya medición requiere una serie de datos que estructurados adecuadamente ilustra el conjunto de cambios evolucionados en un periodo de tiempo dado⁶.

MÉTODO ESTADÍSTICO: Definido como “El método que permite el estudio cualitativo de los fenómenos ya sean naturales, económicos y sociales, cuya medición requiere una serie de datos y observaciones de otros fenómenos más simples o particulares”⁷

³: Ob – cite, página. 55,

⁴41: Ob – Cite, pagina 55

⁵42: Ob – cite , pagina 56

⁶ : Ob – cite, pafina 56

⁷: Ob – cite, pagina 57

3.4.2. CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS.

Definido como aquel medio que permite el acopio de elementos sustanciales, con los cuales es posible conceptualizar el comportamiento de las variables a través del tiempo, por ejemplo de un fenómeno concreto. De acuerdo a las características del presente trabajo se presenta los siguientes instrumentos.

- ◆ Acopio y Revisión bibliográfica información primaria
- ◆ Acopio y Revisión bibliográfica información secundaria
- ◆ Observación directa

3.4.3. COMPROBACIÓN DE INSTRUMENTOS.

La comprobación de los instrumentos está centrada en los siguientes aspectos que se debe tomar en cuenta:

- ⇒ Grado de participación del observador.
- ⇒ Medios utilizados para la aplicación del instrumento según el grado de complejidad de las variables o variables objeto de la investigación.
- ⇒ Tipología del Fenómeno a ser observado

CUARTA PARTE: DIAGNÓSTICO DEL AREA DE ESTUDIO

3. ASPECTOS CENTRALES DEL ÁREA DE ESTUDIO.

3.1.UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y ESTRUCTURA POLÍTICA ADMINISTRATIVA DE AREA DE ESTUDIO.

4.1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ÁREA DE ESTUDIO: La ubicación geográfica donde se desarrolla el proyecto se encuentra en la provincia Gran Chaco del Departamento de Tarija. La provincia se divide en tres Secciones. Por lo que la 1era Sección corresponde a Yacuiba, la 2da a Carapari y la 3era a Villa Montes.

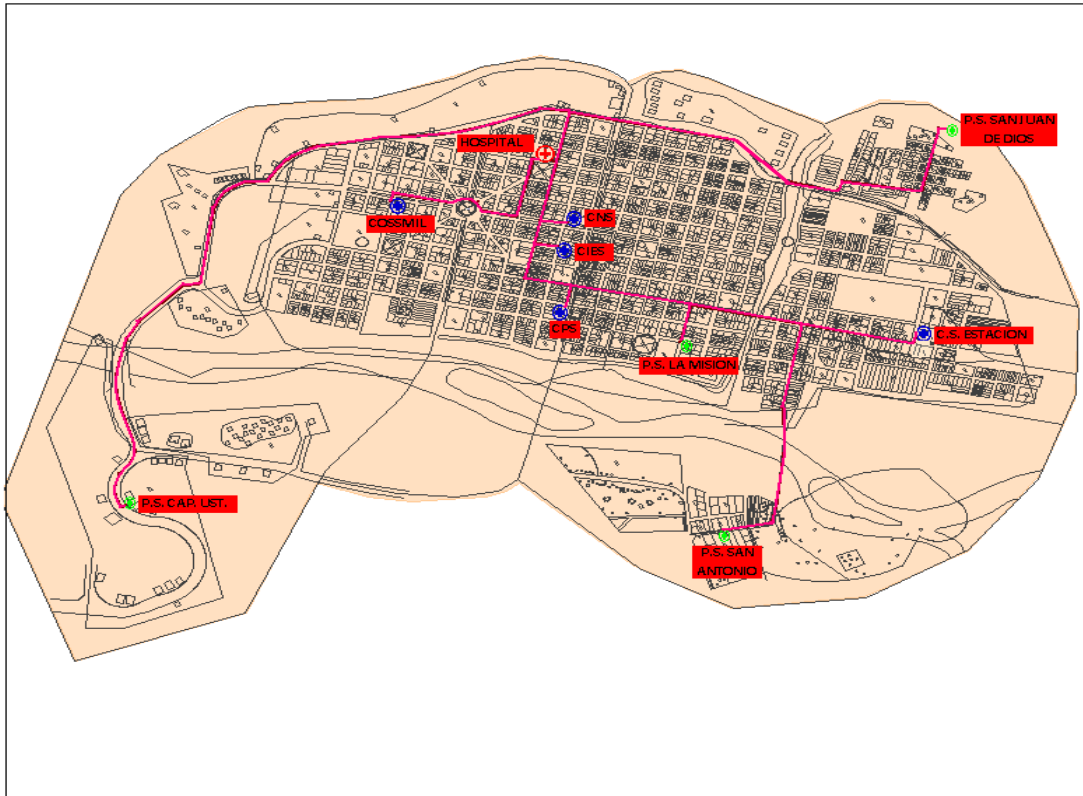
La provincia Gran chaco está ubicada entre dos paralelos y la **3ª Sección Municipal, Villa Montes** la cual se encuentra ubicada estratégicamente al noreste del departamento de Tarija. Sus limitaciones: Al norte con el departamento de Chuquisaca, al sur con el Municipio de Yacuiba y la República de la Argentina, al este con Paraguay y al oeste con la Provincia O'Connor del departamento de Tarija.

El Municipio de Villa Montes, se encuentra ubicado entre las coordenadas 21°00 y 22°14' de Latitud Sud y 62 °17' y 64° 00' de Longitud Oeste. Por su parte, su centro poblado principal es la ciudad de Villa Montes según la ilustración en el siguiente mapa.

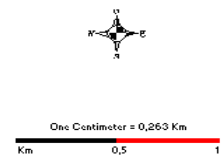
MICRO LOCALIZACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO:

A través el siguiente mapa se ilustra la ubicación de las 17 comunidades beneficiarias del proyecto

ISOCRONA AREA URBANA VILLA MONTES



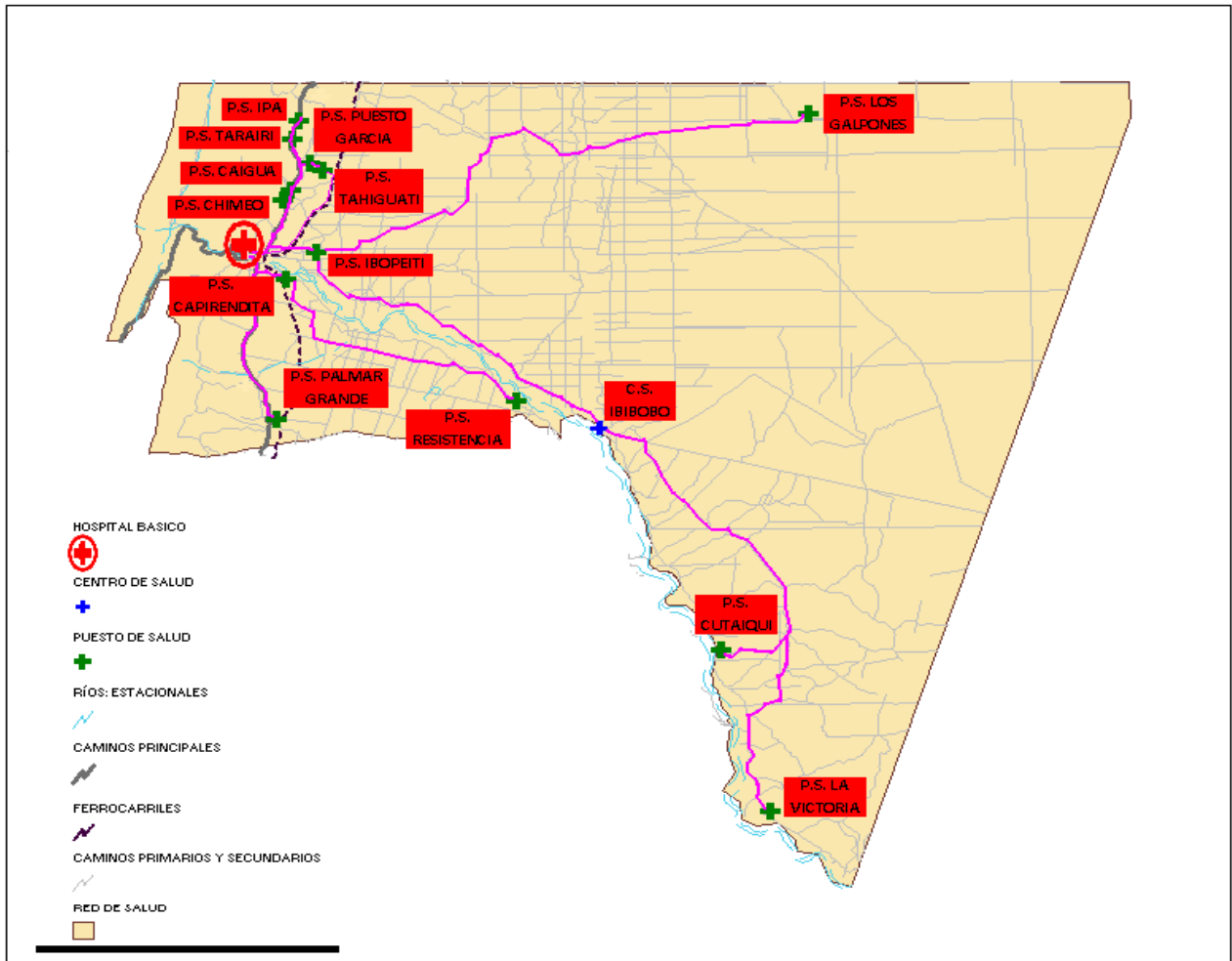
DESDE	DISTANCIA		TIEMPO EN HORAS Y MINUTOS
	HASTA	Km.	
HOSPITAL VILLA MONTES	C.S. LA ESTACION	3,2	6 min.
	P.S. LA MISION	2	4 min.
	P.S. SAN JUAN DE DIOS	3	8 min.
	P.S. SAN ANTONIO	3,9	10 min.
	P.S. CAPITAN USTAREZ	4,8	10 min.
	CAJA NACIONAL DE SALUD	602 m.	2 min.
	CAJA PETROLERA DE SALUD	1,3	4 min.
	COSSMIL	1,3	4 min.
CIES	713 m.	3 min.	



SNIS - NACIONAL
GERENCIA DE SALUD - VILLA MONTES

Fuente: Memoria Anual SEDES

ISOCRONA AREA RURAL VILLA MONTES



DESDE	HASTA	DISTANCIA		TIEMPO EN HORAS Y MINUTOS	
		Km.		VEHICULO	TREN
		VEHICULO	TREN		
HOSPITAL VILLA MONTES	P.S. CHIMBO	13.6		12 min.	
	P.S. CAIGUA	15.8		15 min.	
	P.S. TARAIRI	24.8		25 min.	
	P.S. IPA	29		35 min.	
	P.S. PUESTO GARCIA	21.3		30 min.	
	P.S. TAHIGUATI	24.6	24.7	40 min.	50 min.
	P.S. IBOPETTI	11.3		15 min.	
	P.S. CAPIRENDITA	8.9		20 min.	
	P.S. RESISTENCIA	57		1.2 hrs.	
	C.S. IBIBOBO	71.5		1 hr.	
	P.S. CUTAIQUI	134.7		2.5 hrs.	
	P.S. LA VICTORIA	169.3		3 hrs.	
	P.S. PALMAR GRANDE	35.7		35 hrs.	
P.S. LOS GALPONES	103.2		2 hrs.		



One Centimeter = 8,6 Km
 Km 10 20 30



SNIS - NACIONAL
 GERENCIA DE SALUD - VILLA MONTES

Fuente: Memoria Anual SEDES

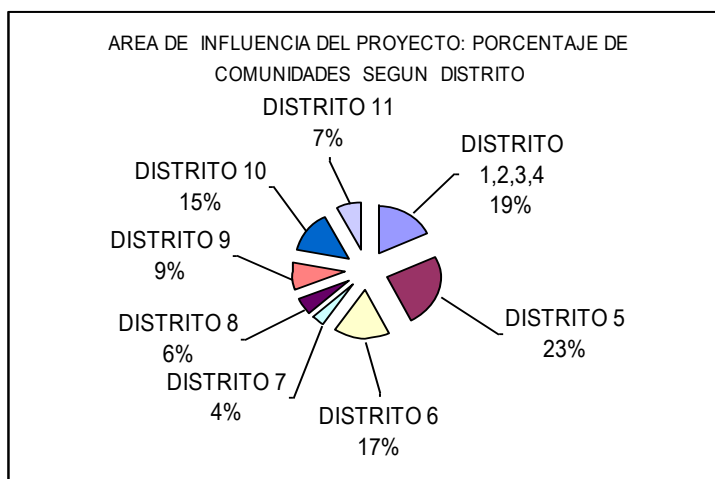
4.1.2. ESTRUCTURA POLÍTICA ADMINISTRATIVA.

Al respecto cabe señalar que Villa Montes, la 3era Sección de la provincia Gran Chaco tiene como capital a la ciudad de Villa Montes, está estructurada políticamente en su administración en 11 distritos: Los distritos 1,2,3,4 conforman la zona urbana de la ciudad, el distrito 5 corresponde al área de territorio indígena; Asimismo en el cuadro adjunto se observa que los 7 distritos que conforman el área rural engloban a 44 comunidades, en tanto el área urbana cuenta con 13 barrios haciendo un total de 55 poblaciones; por lo que el distrito 5, tiene mayor número de comunidades con el 24.1%, respecto al 16.7% del distrito 6 y el 14.8% del distrito 8.

Cuadro N° 2

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: ESTRUCTURA POLITICA ADMINISTRATIVO POR DISTRITOS Y COMUNIDAD		
DISTRITOS	N° de Com	%
DISTRITO 1,2,3,4	13	18,5
DISTRITO 5	13	24,1
DISTRITO 6	9	16,7
DISTRITO 7	2	3,7
DISTRITO 8	3	5,6
DISTRITO 9	5	9,3
DISTRITO 10	8	14,8
DISTRITO 11	4	7,4
TOTAL	55	100

Gráfica 1



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia.

4.1.2. ASPECTOS SOCIALES DEL AREA DE ESTUDIO

POBLACIÓN TOTAL DE LA 3ERA SECCIÓN DE VILLA MONTES SEGÚN EDAD Y SEXO EN EL ÁREA URBANA Y RURAL:

- **ÁREA URBANA:** En este ámbito a través del siguiente cuadro se observa que toda el área urbana está compuesta por 4 distritos, que aglutina a 13 barrios y con una población total de 2.566 habitantes, de los cuales el 53.3% son hombres y el 46.7% mujeres; el distrito 2, es el que cuenta con mayor número de habitantes, según se aprecia en el siguiente cuadro.

Cuadro N°3

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: POBLACION DIRECTAMENTE BENEFICIARIA SEGÚN DISTRITO, BARRIO Y SEXO							
Distritos	Barrios	H	%	M	%	Ttal	%
D-1	2,0	1.839,0	50,1	1.830,0	49,9	3.669,0	22,8
D-2	3,0	3.520,0	50,1	3.510,0	49,9	7.030,0	43,6
D-3	4,0	1.520,0	49,8	1.532,0	50,2	3.052,0	18,9
D-4	4,0	1.230,0	52,1	1.132,0	47,9	2.362,0	14,7
Total	13,0	8.109,0	50,3	8.004,0	49,7	16.113,0	100,0

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes

Elaboración: Propia

- **ÁREA RURAL:** de igual manera, a través del siguiente cuadro se observa que en toda el área rural se tiene un total de 7 distritos, que aglutina a 46, comunidades y una población total de 8.314 habitantes, de los cuales el 50.4% son hombres y el 49.6% mujeres; siendo el distrito 6 el que cuenta con mayor número de habitantes

Cuadro N° 4

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: POBLACION DIRECTAMENTE BENEFICIARIA SEGÚN DISTRITO, COMUNIDAD Y SEXO							
Área Rural	Comu	H	%	M	%	Ttal	%
D-5	13,0	1.152,0	50,5	1.131,0	49,5	2.283,0	27,5
D-6	10,0	677,0	52,4	614,0	47,6	1.291,0	15,5
D-7	2,0	213,0	48,0	231,0	52,0	444,0	5,3
D-8	3,0	397,0	48,8	416,0	51,2	813,0	9,8
D-9	6,0	595,0	50,6	582,0	49,4	1.177,0	14,2
D-10	6,0	591,0	49,8	596,0	50,2	1.187,0	14,3
D-11	6,0	567,0	50,7	552,0	49,3	1.119,0	13,5
Total	46,0	4.192,0	50,4	4.122,0	49,6	8.314,0	100,0

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes

Elaboración: Propia

PROMEDIO DE MIEMBROS POR FAMILIA: Al respecto el cuadro 4 señala un total de 5.691/ familias que serán beneficiadas, con un promedio familiar de 4 a 5 miembros por cada una.

Cuadro N° 5

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: POBLACIÓN BENEFICIARIA DIRECTAMENTE E INDIRECTAMENTE			
Población	Ttal/B	Ttal/Flias	Prom.
Beneficiada		Benef.	Filia
Directamente			
Area Urbana	13	4.028	4,0
Indirectamente			
Area Rural	46	1.662,8	5,0
Total	59	5.691,1	4,3

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: EDUCACIÓN FORMAL: En el aspecto relacionado a la Educación, el municipio de Villa Montes pone mayor énfasis en el desarrollo de infraestructura destinada a cubrir la necesidad latente, en varias comunidades; por lo que una de las políticas que se está efectuando es el potenciamiento en los recursos humanos. La estructura de formación curricular comprende dos áreas: Educación formal, organizada para toda la población; y educación alternativa, para atender a quienes no pueden desarrollar su educación en el área formal. El área formal comprende cuatro niveles: Nivel Inicial (Pre-escolar), Nivel Primario, Nivel secundario y Nivel superior:

- **EN EL NIVEL INICIAL** (Pre-escolar), el estado ofrece un curso formal de educación de por lo menos un año, con el objetivo de preparar a los niños para la educación primaria.
- **EL NIVEL PRIMARIO**, con una duración promedio de 8 años, se divide u organiza en tres ciclos: Ciclo de aprendizajes básicos (3 años), Ciclo de aprendizajes esenciales (3 años) y ciclo de aprendizajes aplicados (2 años).

- **EL NIVEL SECUNDARIO**, está compuesto por dos ciclos: Ciclo de aprendizajes tecnológicos (2 años) y ciclo de aprendizajes diferenciados (2 años). Este último ciclo organizado en dos opciones que serían: Aprendizajes técnicos medios y aprendizajes científicos humanísticos.
- **EL NIVEL SUPERIOR**, comprende la formación técnico profesional de tercer nivel, la tecnológica, humanística-artística y científica, incluyendo la capacitación y especialización de postgrado. (ART 9 al 14 LRE)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Para este propósito el siguiente cuadro indica que en promedio del 50% de las personas saben leer y escribir; mientras el 27.5% no saben leer y escribir, un 19.0% han cursado el nivel medio, respecto al 1.0% que cuentan con formación universitaria

Cuadro N° 6

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACION BENEFICIARIA SEGÚN FILIAL GANADERA									
Distritos	Pbl/Ttal	Sabe Leer	%	No Sabe Leer	%	Nivel Medio	%	Nivel/Univ	
D-5	600	300	50.0	180	30.0	114	19.0	6	1.0
D-6	428	214	50.0	131	30.6	81	19.0	4	1.0
D-7	510	255	50.0	249	48.8	97	19.0	5	1.0
D-8	280	140	50.0	14	5.0	53	19.0	3	1.0
D-9	310	155	50.0	105	33.9	59	19.0	3	1.0
D-10	190	95	50.0	229	120.5	36	19.0	2	1.0
D-11	160	80	50.0	37	23.1	30	19.0	2	1.0
Total	6,018	3,009	50.0	1,657	27.5	1,143	19.0	60	1.0

Fuente: Entrevistas Comunal
Elaboración: Propia

INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN: En la actualidad el flujo inmigratorio se está dando en mayor proporción que la migración, puesto que el municipio se ha convertido en receptor de población. En el caso de migraciones definitivas los lugares como Tarija, Entre Ríos, Yacuiba y Santa Cruz, son los más comunes de donde procede la gente; esto por los ingresos del IDH, generados por las regalías que percibe el departamento, transformándose los mismo en proyectos: productivos, viales, infraestructura, sociales; otros que en determinada medida han ido reduciendo la emigración e incrementando la inmigración.

COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN:

ESTRUCTURA DE POBLAMIENTO: La estructura de poblamiento está compuesta de la siguiente manera:

⇒ **WEENHAYEK:** Los Weenhayek son conocidos como matacos, con su dialecto que procede del macro – guaycurú. Este pueblo ha inmigrado probablemente del sur del continente por sus características seminómadas, mantienen las características de pescadores y recolectores,

Su principal actividad es la pesca se convierte en su principal fuente de ingreso, ya que estos productos son comercializados sobre todo en invierno y no sólo a nivel departamental. En la época de veda, las mujeres se dedican a la recolección de frutos silvestres, la elaboración de bolsos (llicas), hamacas, y cestas. Las actividades desarrolladas por los varones están centradas en la elaboración de muebles; los productos con características autóctonas, elaborados tanto por hombres y por mujeres son comercializados a nivel nacional.

En cuanto al aspecto cultural el pueblo weenhayek mantiene sus tradiciones, idioma y cosmovisión, es una cultura que busca el igualismo, es por tal motivo que se han organizado con una capitanía grande o también conocidos como Organización de Capitanías Weenhayek y Tapiete; aglutinando a 20 comunidades, las mismas que se encuentran asentadas al margen derecho del río Pilcomayo. De acuerdo a datos de la gestión 2003 se estima que el pueblo weenhayek está conformado por 2300 personas, de las cuales 1900 viven en la Tercera Sección.

⇒ **GUARANÍES:** De acuerdo a datos de historiadores se manifiesta que este pueblo descende de los Tupiguarani en sus dos variedades ava y los simba; en la

actualidad existen mayormente comunidades criollas las cuales generalmente se encuentran al pie de monte. Las principales comunidades con población Guaraní son Tarairi, Tucainti, San Antonio, Chimeo, Tahiguati, Tiguipa, y Puesto Uno. La actividad económica que sustenta a estos pueblos es la agricultura y ganadería.

⇒ **TAPIETES:** Este pueblo se encuentra al margen izquierdo del río Pilcomayo, en la zona de Samaiguate, cerca de la frontera tripartita entre Bolivia, Argentina y Paraguay, está conformado por aproximadamente unas 100 personas, la extensión del territorio es de 24800 Has.

Sus actividades económicas incluyen la pesca, la caza, la recolección de frutos silvestres y miel, En la actualidad se brinda diferentes tipos de apoyo directo a este pueblo, ya que es considerado como un pueblo en peligro de extinción. El apoyo brindado por el Gobierno Departamental y Nacional está orientado a mejorar la práctica agrícola rudimentaria y la apicultura, por ende lograr mejorar el estilo de vida. Ya que en los años en los cuales se suscitó la Guerra del Chaco muchas de las comunidades Tapietes fueron insertadas en el territorio Paraguayo, otras comunidades, por causas de la guerra, emigraron al noreste de la república Argentina.

⇒ **CRIOLLA – MESTIZA:** La población criolla está conformada por diferentes razas procedentes de distintos lugares, esta conformación de la raza mestiza se dio en mayor medida en la guerra del chaco (contienda bélica entre Bolivia y Paraguay), puesto que la incursión de las tropas bolivianas a esta región ocasionó que muchos de los conscriptos se asentaran y conformaran familias con los originarios, recientes.

LENGUAS QUE SE HABLAN EN LA POBLACIÓN: La principal lengua que se usa en el municipio de Villa Montes es el castellano, otros idiomas que se usan en el municipio son el Inglés, Italiano, Portugués y Sueco; esto se debe a trabajos

temporales realizados por los extranjeros en el municipio. En tanto las otras culturas que se encuentran en el municipio de Villa Montes, hablan diferentes dialectos, según se detalla en el cuadro N° 7

Cuadro N° 7

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: DIALECTOS QUE SE HABLAN EN EL MUNICIPIO DE VILLA MONTES		
ETNIA	DIALECTO	N° DE PERSONAS QUE EMPLEAN EL DIALECTO.
Weenhayek	Weenhayek, Wejoz, Guisnay.	40.000
Tapietes	Tapiete	100.
Guaraní.	Guaraní	

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes

Elaboración: Propia

SANEAMIENTO BÁSICO: En el área rural los sistemas de agua potable son operados y administrados por el comité de Agua de cada comunidad, que tienen estructura orgánica propia.

- **CALIDAD, COBERTURA Y ESTADO DE LOS SISTEMAS DE AGUA POTABLE:** El Municipio de Villa Montes presenta grandes deficiencias en cuanto al servicio de agua potable, el agua no cumple con las condiciones básicas para ser potable ya que no se efectúa ningún tipo de tratamiento (cloración, filtrado, etc.), se cuenta con el servicio de agua por cañería en la ciudad de Villa Montes y en las comunidades de: Chimeo, Caiguami, Tahiguati, Caigua, Lagunitas, Iguembe, Ibibobo, San Antonio, Tarairí, Ipa, Piriti, Puesto García, Tiguiipa, Tahiguaty, Ibopeity, Ibibobo, Palmar Grande, Tricolor y la Costa.

Esta situación muestra que la dotación de agua por cañería se presenta en comunidades rurales de los distritos 6, 7, 11 y parte del distrito 9, no contando con este tipo de servicios, las comunidades del Distrito 5 (Weenhayek) y las comunidades del distrito 8, 10 y una gran parte del Distrito 9, donde las enfermedades de tipo intestinal y parasitarias se ubican entre las principales causas de morbi-mortalidad, atribuibles en gran parte a las condiciones insalubres, provocadas por la calidad del agua y por la inexistencia y/o deficiencias de los sistemas de eliminación de excretas y alcantarillado.

Las principales fuentes de provisión de agua para consumo humano y animal en los distritos 5, 8, 10 y parte del 9 son: norias, pozos manuales (8 – 10 m de profundidad), pozos profundos, río Pilcomayo, atajados, lagunas, etc. Por lo que el sistema de agua potable de la ciudad de Villa Montes, cuenta con las siguientes fuentes:

Cuadro N° 8

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: FUENTES DE AGUA Y CAUDAL DEL SISTEMA VILLA MONTES		
fuentes de agua	ubicación	caudal(Ltrs/Seg)
Aguas Superficiales	Quebrada de Tampinta	8
	Quebrada de Caguami	20
Aguas subterráneas(Pozos Profundos)	Poso Bo. Bilbao Rioja	6
	Poso PROVISA	8
	Poso Bo,Litoral(Boquerón)	4
	Pozo Bo. Ferroviario	3

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

La cobertura de agua por cañería en la ciudad de Villa Montes, alcanza a un 85%. El consumo de agua potable, se da por categorías como se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 9

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: CATEGORIAS Y N° DE USUARIOS DEL SISTEMA DE AGUA POTABLE	
Categorías	N° de Usuarios
Domiciliaria	5.520
Grandes Comercios	150
Comercio en General	80
Industrial	30
Total	5.780

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

Como se puede ver en el cuadro N° 65 en el municipio de Villa Montes, la mayoría de los hogares (70,52%) cuentan con agua por cañería dentro de la vivienda, le sigue la pileta pública con un 7,11%, Pozo o noria sin bomba con un 5,63 %, y otras formas de obtención de agua para el consumo humano.

Cuadro N° 10

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: OBTENCION DEL SERVICIO DE AGUA EN LAS VIVIENDAS DEL MUNICIPIO DE VILLA MONTES								
Zona	Ttal	Cañerí a de Red	Pileta Public a	Carro Repartido r	Poso o Noria con Bomba	Rio o veriente	Lago o laguna	Otras
Urban a	6.036	5.200	450	250	40	50	4	42
%		86,15	7,46	4,14	0,66	0,83	0,07	0,69582505
Rural	3.045	2050	250	350	60	250	35	50
%		67,3	8,2	11,5	2,0	8,2	1,1	1,642036125
Total	9.081	7.250	700	600	100	300	39	92

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes

Elaboración: Propia

En los cuadros 10 y 11 se muestra la disponibilidad del servicio sanitario en la vivienda. En el municipio de Villa Montes, el pozo ciego es el tipo de desagüe que predomina en los hogares que cuentan con servicio sanitario, le sigue los hogares que tienen como desagüe el Alcantarillado.

Cuadro N° 11

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: DISPONIBILIDAD DE SERVICIO SANITARIO EN LOS HOGARES SEGUN COMUNIDADES EN EL MUNICIPIO DE VILLA MONTES						
Zona	Ttal	Alcantarillado	camara septica	pozo ciego	Superficie	Sin Respuest a
Urban a	3.410	1.302	33	1709	82	284
Rural	1.621	13	67	737	17	787
Total	5.031	1.315	100	2446	99	1071

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes

Elaboración: Propia

El servicio de alcantarillado sanitario, es deficiente en la capital del Municipio con un 30% de cobertura. En el área rural no se cuenta con sistemas de eliminación de aguas servidas, siendo pocas las viviendas rurales que tienen letrinas o pozo ciego.

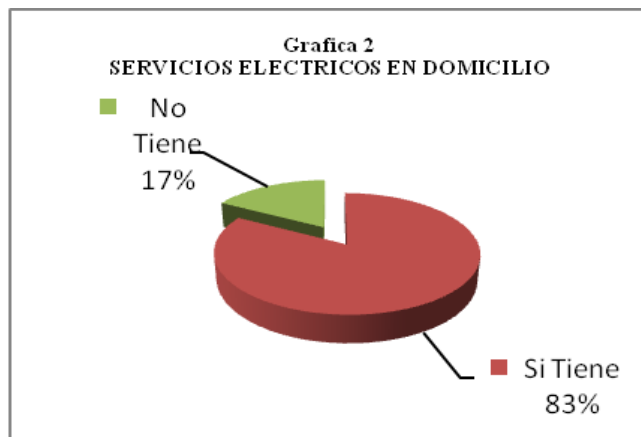
Cuadro N° 12

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: CATEGORIAS Y N° DE USUARIOS DEL SISTEMA DE ALCANTARILLADO SANITARIO	
Categorías	N° de Usuarios
Domiciliaria	652
Grandes Comercios	11
Comercio en General	34
Total	697

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes

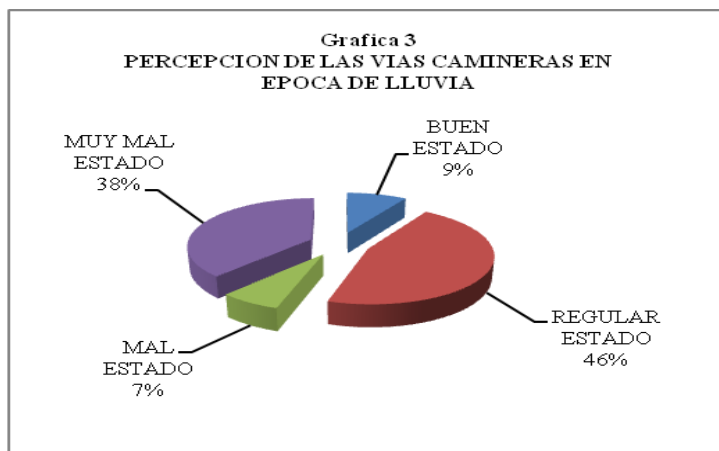
Elaboración: Propia

ENERGÍA ELÉCTRICA: El acceso a la energía eléctrica por parte de las unidades familiares, permitirá mejorar la calidad de vida de la población del Municipio de Villa Montes.



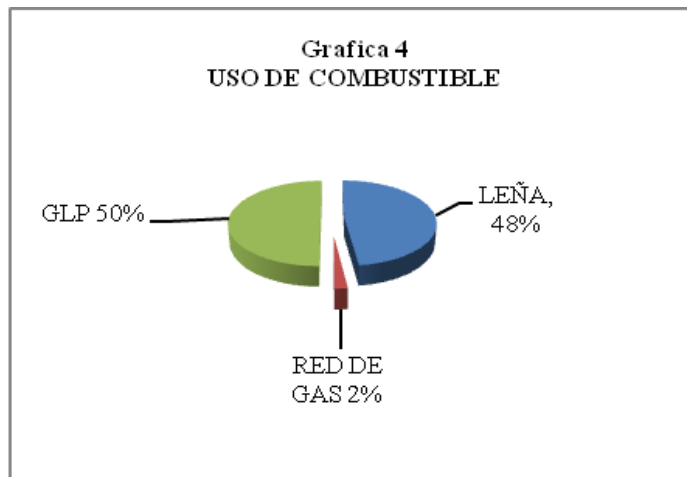
Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

VÍAS CAMINERAS: Las vías camineras son fundamentales, son las puertas de ingreso y egreso a las zonas y sirven para el traslado de la materia prima. En esta zona las vías camineras en época de lluvia, según la opinión manifestada por los pobladores en un 7% se encuentran en muy mal estado, en tanto que un 46% manifestó que las rutas se encuentran en regular estado, presentándose una síntesis en el siguiente gráfico



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

USO DE COMBUSTIBLES: En cuanto al empleo de combustibles se evidenció que el uso de GLP y leña presentan un similar porcentaje en su empleo, sólo un 2% manifestó que emplea gas por Red.



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

MEDIOS DE TRANSPORTE.

⇒ **PRINCIPALES TRAMOS, LONGITUDES Y ACCESIBILIDAD SEGÚN CLASE:** En cuanto a la infraestructura caminera, el Municipio de Villa Montes cuenta con una red fundamental o troncal de aproximadamente 198 Km., una red complementaria con una extensión de 662 Km. y red vecinal de 236 Km.

La red fundamental comprende vías que une el principal centro poblado del Municipio como es la ciudad de Villa Montes con otros centros de la provincia Gran Chaco y con el resto del departamento y del país, como asimismo con la República Argentina, siendo rutas que tienen una mayor frecuencia de tráfico y cuenta con una extensión aproximada de 198 Km. en los tramos Villa Montes – Palos Blancos, Villa Montes - Camatindi y Villa Montes - Yacuiba.

La red complementaria de conexión entre los caminos fundamentales y vecinales hacia las comunidades más pobladas, tiene una extensión aproximada de 662

Km., siendo transitables en períodos secos, complicándose en épocas lluviosas debido a una serie de deslizamientos y al cruce de quebradas, aguadas, bañados, etc., que obstaculizan el normal tráfico vehicular, caracterizándose principalmente por tener atención esporádica temporal, por lo cual son deficientes. Cuentan con pocos trabajos de obras de arte, alcantarillado, ripiado, drenaje, de manera que las lluvias destruyen el terraplén ocasionando la paralización del tráfico.

La red vecinal de vinculación entre las diferentes comunidades tiene una extensión de 236 Km.; siendo apta solamente para el tránsito de vehículos de bajo tonelaje, estos caminos carecen de mantenimiento y son intransitables en períodos lluviosos, especialmente en los sectores sur y noreste de la llanura.

Los caminos a las comunidades beneficiarias en su mayoría son de tierra y varían en cuanto a su longitud considerando como punto de partida a carreteras primarias, como son las vías de Villa Montes – Santa Cruz; Villa Montes - Ibibobo y Villa Montes – Yacuiba.

⇒ **VÍAS FÉRREAS, AEROPUERTOS Y PISTAS:** La red ferroviaria con que cuenta el municipio, es parte de la red oriental que conecta Pocitos Boliviano - Villa Montes - Santa Cruz, además de tener conexiones internacionales con Argentina y Brasil. Por lo general se encuentra en condiciones aceptables, confrontando algunos problemas en época de lluvia. La línea férrea que atraviesa por el Municipio equivale al 63.43% del tendido de vías en la provincia Gran chaco, siendo además la única ruta dentro del Departamento de Tarija.

Por lo general este medio de transporte se encuentra en regulares condiciones de operabilidad confrontando problemas esporádicos en periodos de lluvias, hechos que determinan cortes e interrupciones de tráfico de algunos tramos por periodos cortos de tiempo.

Cuadro N° 13

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: VÍAS FÉRREAS, AEROPUERTOS Y PISTAS							
LOCALIZACIÓN	COORDENADAS	ELEV. FT	ORIENTACIÓN	LONG. MS	CLASE	TIPO AVIÓN	PROPIEDAD
Villa Montes	Lat :21° 12' Long :63° 25'	1,300	360° -180°	1,400	Graba	Hasta Hércules C-130	AASANA
Ibibobo	Lat :21° 14' Long :63° 25'	1,400	360° - 180°	1,000	Tierra	Cessna 206	Estado
La Vertiente	Lat : 21° 23' Long :63° 17'	1,290	360° - 180°	1,600	Graba	Hasta Hércules C-130	Privada (BG)
Yabog	Lat :21° 10' Lon :63° 17'	1,600	360° - 180°	1,000	Pasto	Hasta Hércules C-130	Transredes
La Esperanza	Lat : 21° 19' Long :65° 29'	920	360° - 180°	1,000	Tierra	Hasta Hércules C-130	Privada
Esmeralda	Lat : 22° 17' Long: 62° 39o	900	360° - 180°	800	Tierra	Cesna 206	Estado
Escondido	Lat: 21° 26' Long: 63° 21'	1,400	360° - 180°	1,200	Pasto	Hasta Hércules C-130	BG - Bolivia
Samayhuate	Lat: 21° 48' Lobg: 62° 52'	970	360° - 180°	1,000	Tierra	Hasta Hércules C-130	Privada

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

Para brindar al servicio de transporte aéreo mejores condiciones de operatividad durante todo el año, se ha asfaltado con esfuerzo la pista con la que cuenta el aeropuerto “Rafael Pavón” de Villa Montes, además de admitir la existencia de otras pistas de menor extensión e importancia como son la de Ibibobo, La Vertiente, Yabog, La Esperanza, Esmeralda, Escondido y Samayhuate.

COMUNICACIÓN: De acuerdo a datos primarios, se presenta el siguiente cuadro con los medios de comunicación existentes por comunidad.

Cuadro N° 14

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: MEDIOS DE COMUNICACIÓN EXISTENTES				
COMUNIDAD	MEDIOS DE COMUNICACIÓN.			COMENTARIO.
	TELÉFONO	RADIO.	CELULAR.	
TARAIRÍ.	X	X		Existe un solo punto para realizar llamadas, en cuanto a la radio esta se encuentra en la posta de salud.
IPA.	X			
TIGUIPA.	X	X	X	La señal de celular es captada por antenas, las cuales son propiedad de cada familia, alrededor de 30 familias disponen de este bien.
PIRITL.	X	-----	X	La señal de celular es captada sin antena desde una colina.
YBOPEITY.	X	-----	X	La señal del celular es captada sin necesidad de antena.
CAIGUA.	X	X	X	La señal de celular es captada por antena, la radio pertenece al la posta de salud.
LAGUNITA.	-----	-----	-----	Esta comunidad carece de medios de comunicación.
CHIMEO.	-----	X	-----	La radio es de propiedad del centro de salud, sin embargo se puede emplear en algunas ocasiones para fines personales o de la comunidad.
CAHIGUAMI	-----	-----	-----	Esta comunidad carece de medios de comunicación.
IGUENBE.	-----	-----	-----	Por la cercanía a la comunidad de Tarairí, se emplea los medios de comunicación que esta dispone.
QUINCHAU.	X	-----	-----	
PUESTO GARCIA.	X	-----	X	La señal de celular es captada con la ayuda de antena.
TAHIGUATL.	-----	X	X	La radio es de propiedad de la posta y la señal de celular es captada por antena.
PALMAR GRANDE.	X	X	X	

PUESTO UNO.	X	-----	X	La señal de celular es captada sin antena.
-------------	---	-------	---	--

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

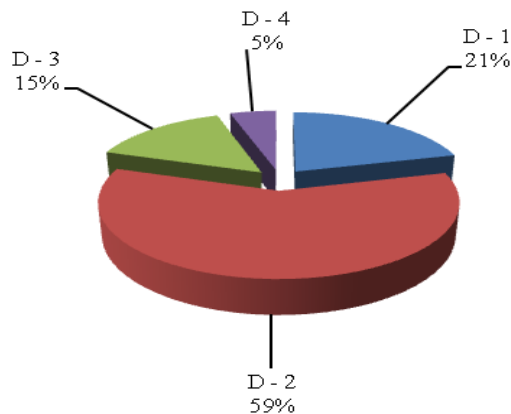
4.1.3. ASPECTOS ECONOMICOS Y PRODUCTIVOS DEL AREA DE ESTUDIO.

ÁREA URBANA: PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS PRODUCTIVAS: Para este propósito se tiene el siguiente cuadro y gráfica respectiva donde se ilustra las distintas actividades económicas de mayor relevancia del área urbana. Así se tiene en promedio del 53.8% de quienes viven en la ciudad de Villa Montes se dedican al comercio; respecto al 24.0% que son artesanales como los de mayor relevancia, según se puede apreciar en el cuadro su respectiva gráfica.

Cuadro N° 15

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: UNIDADES PRODUCTIVAS															
N°	Barrios	Unidades Productivas													
		T/Art	%	Emp	%	Serv/P	%	Com	%	Ferias	%	Otros	%	Ttal	%
D-1	2	25	26,3	0	0,0	0	0,0	65	68,4	1	1,1	4	4,2	95	20,9
D-2	3	45	16,6	35	12,9	26	9,6	150	55,4	0	0,0	15	5,5	271	59,6
D-3	4	35	53,0	2	3,0	2	3,0	20	30,3	0	0,0	7	10,6	66	14,5
D-4	4	4	17,4	0	0,0	1	4,3	10	43,5	0	0,0	8	34,8	23	5,1
Total	13	109	24,0	37	8,1	29	6,4	245	53,8	1	0,2	34	7,5	455	100

Grafica 5
AREA URBANA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS UNIDADES PRODUCTIVAS



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

- **ÁREA RURAL: PRINCIPALES ACTIVIDADES PRODUCTIVAS:** Las actividades económicas de las familias están centradas en tres rubros, los cuales son: agricultura, ganadería y artesanías; este último en menor grado por la dificultad al comercializar los mismos. En cuanto a la parte agrícola existe una diversidad de productos que se cultivan en la zona, es el caso del maíz, naranja, pomelo, sandía entre, otros. Para una mejor comprensión de las actividades económicas desarrolladas en las diferentes comunidades se elaboró el siguiente cuadro.

Cuadro N° 16

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: ACTIVIDADES ECONÓMICAS POR COMUNIDAD								
DISTRITOS	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES					ACT/DEPEN/ %		TOTAL.
	AGRIC	GDA	ALB	CARP	ART	PEU	OTROS.	
D-5	30	60	5	0	0	5	0	100
D-6	94	0	3	0	0	3	0	100
D-7	87	0	6	3	0	0	4	100
D-8	97	0	0	3	0	0	0	100
D-9	7	17	0	0	72	4	0	100
D-10	58	32	3	0	0	3	4	100
D-11	93	2	0	0	0	5	0	100
% Prom	66,57	15,9	2,4	0,857	10	2,86	1,1429	100

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Villa Montes
Elaboración: Propia

QUINTA PARTE: ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. CONTEXTO DEL AREA DE ESTUDIO

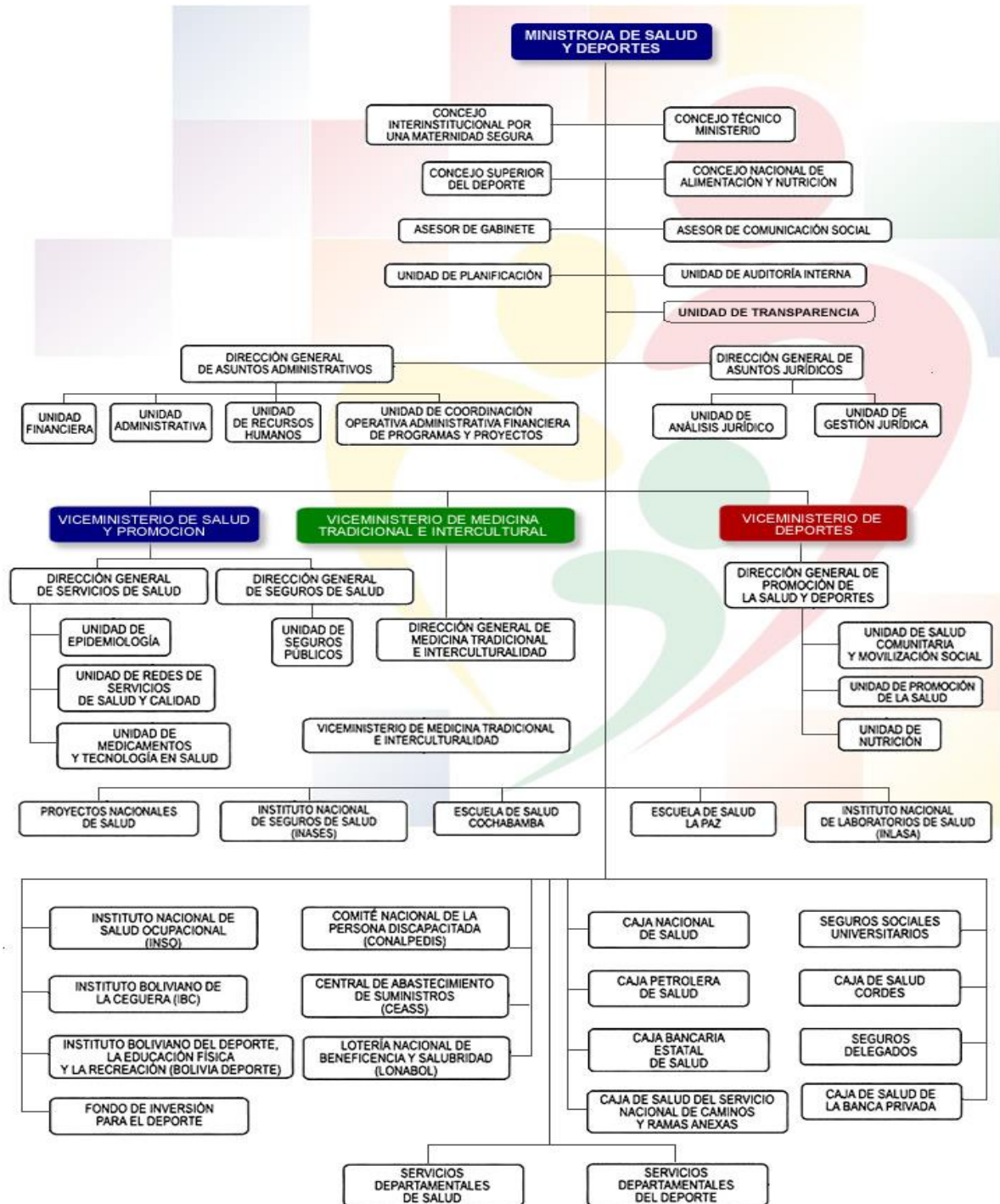
CONTEXTO NACIONAL

El marco institucional del contexto nacional, lo constituye un conjunto de articulaciones de coordinación entre los distintos niveles de la administración pública; es decir, entre administración central, departamental y municipal; interrelacionada con la sociedad civil legalmente reconocida representada y organizada.

Estas articulaciones muestran el rol y/o papel del estado como ente normador, facilitador, además de promotor, frente a las necesidades de la población; representado por los distintos ministerios, fondos, entre otras instituciones, que representa al estado, a través los distintos niveles de decisión que cuentan con competencias privativas, de transferencia, delegadas y concurrentes de la administración pública.

Así, en el nivel central se definen y formulan políticas, normas, orientadas a ejercer la fiscalización de las mismas. Por lo que este ámbito debe asegurar y vigilar el cumplimiento de la normatividad, promover el desarrollo sostenible integral del país y articular las políticas nacionales con las departamentales, bajo los principios de Subsidiariedad, Concurrencia, Integralidad y Gestión Compartida. Para dicho efecto se tiene la siguiente estructura de interrelaciones y coordinación institucional en los tres niveles que plantea la descentralización, es decir, a nivel Nacional, Departamental y Municipal

ESTRUCTURA DE ARTICULACIÓN Y COORDINACIÓN DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN SUS TRES NIVELES



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes Memoria Anual

CONTEXTO DEPARTAMENTAL

En esta ámbito se tiene el Reglamento operativo del seguro universal de salud autónomo del departamento de Tarija, que en sus partes más sobresalientes tiene en el Capítulo I: objeto, alcance y principios: que en su artículo 1.- (objeto).- reglamentar los procesos técnicos médicos y administrativos del seguro universal de salud autónomo del departamento de Tarija (SUSAT), aprobado mediante las resoluciones: prefectural n° 250/2007 y de consejo técnico del servicio departamental de salud Tarija – sedes Tarija 037/2007 del 19 de julio de 2007.

Mientras el artículo 2.- (ámbito de aplicación).- el reglamento operativo del Seguro Universal de Salud Autonomo de Tarija (SUSAT) será de aplicación obligatoria a nivel departamental, municipal y local.

En tanto el capítulo II, actores institucionales. Artículo 4.- (actores y responsabilidades): tiene las siguientes;

- a) La Secretaria Departamental de Desarrollo Humano, a través de la Unidad de Gestión, será la encargada de gestionar la aplicación de la política departamental de aseguramiento, coordinar actividades de implementación entre los diferentes actores institucionales y evaluar los resultados de su ejecución.
- b) El Servicio Departamental de Salud (SEDES), a través de la Unidad de Seguros Públicos, es el responsable de normar y gestionar la implementación y aplicabilidad del Seguro Universal de Salud Autónomo del Departamento de Tarija, coordinando y desarrollando procesos de capacitación, monitoreo y supervisión a fin de garantizar la calidad de atención a beneficiarios del Seguro Universal de Salud Autonomo de Tarija (SUSAT) por los prestadores de salud.
- c) Los Directorios Locales de Salud – DILOS, serán corresponsables del seguimiento y monitoreo en la aplicación del seguro en su jurisdicción territorial.

- d) El Gobierno Municipal tiene la facultad de realizar seguimiento administrativo a la otorgación de prestaciones en su jurisdicción territorial, solicitar y o realizar auditorias administrativas en los establecimientos de salud de su Red.
- e) Las Coordinaciones de Red de Salud, son entes gestores y responsables directos de garantizar la implementación y aplicación del Seguro en su ámbito municipal y local, coordinando y desarrollando procesos de capacitación, monitoreo y supervisión a fin de garantizar la calidad de atención a beneficiarios del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT) en los establecimientos de salud del sector público y adscritos bajo convenio.
- f) Los establecimientos de salud del sistema público y establecimientos privados con o sin fines de lucro adscritos bajo convenio, son los encargados de otorgar prestaciones del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT) brindando servicios de calidad a la población beneficiaria.

De igual manera este mismo reglamento en su capítulo III, referido a la gestión del seguro universal de salud autónomo del departamento de Tarija Título I. que define la estructura organizacional, a través el artículo 5.- (estructura organizacional).- Que de acuerdo a la resolución prefectural 367/2007 de fecha 18 de octubre de 2007, establece y aprueba las siguientes unidades:¹

A) La Unidad de Gestión dependiente de la Secretaria Departamental de Desarrollo Humano, está conformada por las siguientes áreas:

- a. Coordinación
- b. Seguimiento y monitoreo administrativo

¹:Ministerio de Salud y Deportes; Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de salud, serie documentos normativos, La Paz – Bolivia, 2008

c. Seguimiento y monitoreo técnico

d. Comunicación y visibilidad

B) La Unidad de Seguros Públicos del SEDES tiene la siguiente estructura:

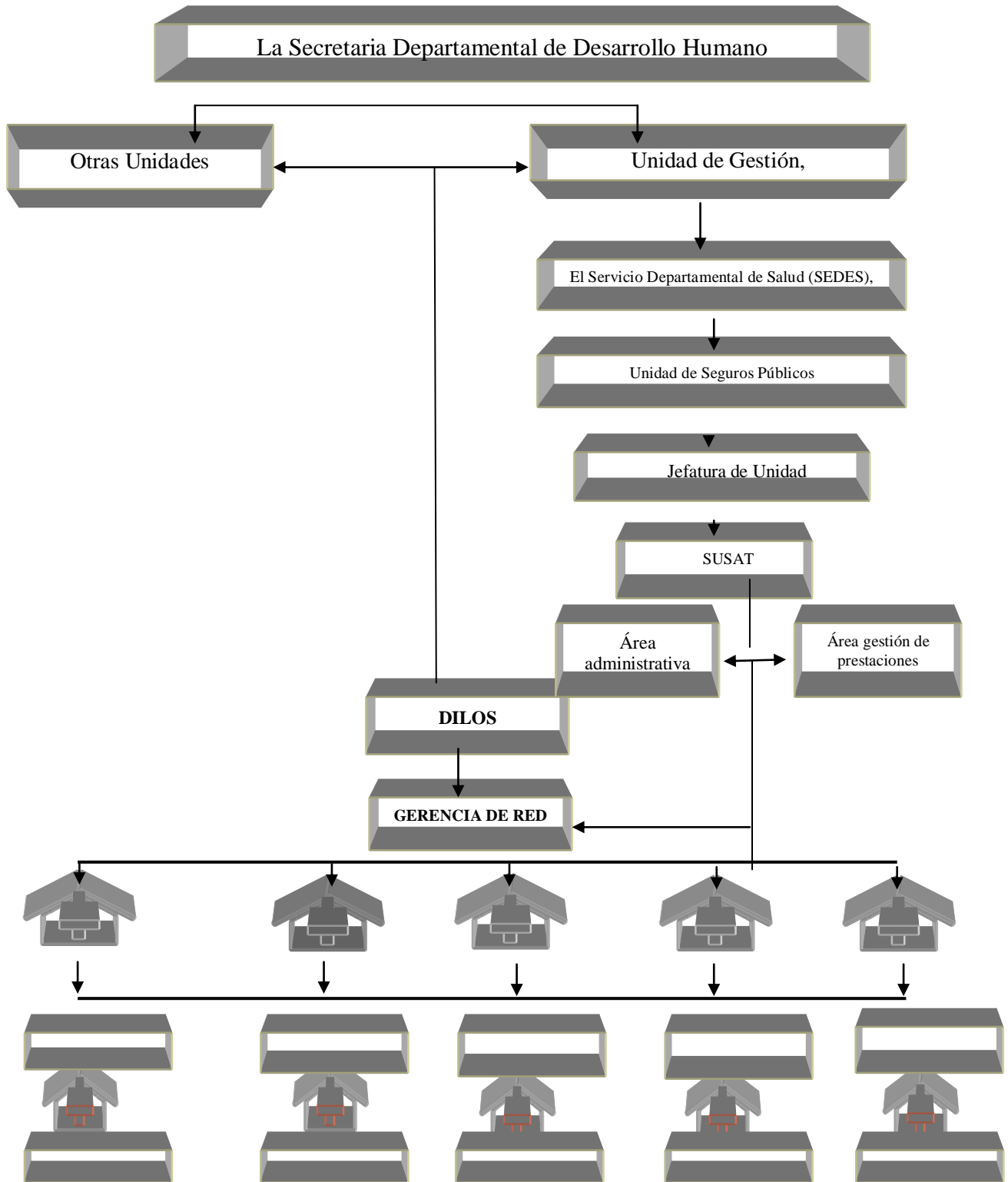
❖ Jefatura de Unidad

- Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT)

- ❖ Área administrativa.

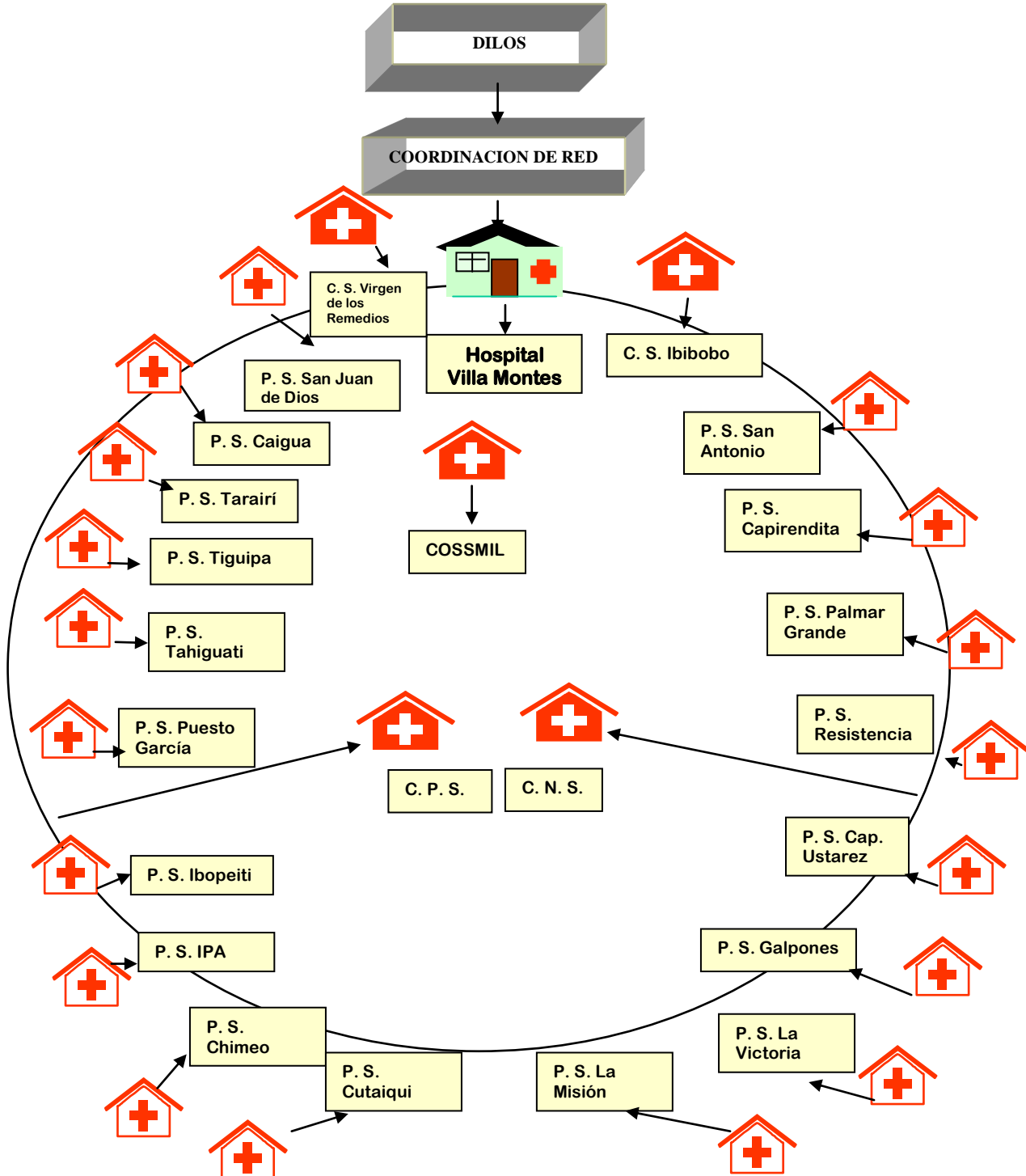
- ❖ Área de Gestión de Prestaciones.

ESTRUCTURA ORGANICA DEPARTAMENTAL



Fuente: Memoria Anual SEDES

CONTEXTO MUNICIPAL
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA COORDINACION RED DE SALUD
VILLA MONTES
GESTION 2011



Fuente: Memoria Anual SEDES Villa Montes

INFRAESTRUCTURA.-A través del Municipio se ha realizado la construcción de seis servicios en área rural, y se tienen en ejecución tres más.

- Ampliación del Servicio de IPA con la construcción de la vivienda para el personal de salud.
- Se han realizado las entregas de los servicios de: Capirendita, Tres pozos, Algarrobal, La central, Esmeralda y en el barrio San Juan de Dios.
- Se ha realizado la ampliación del centro de salud de Palmar Grande.
- Se ha puesto en funcionamiento en bloque nuevo del Hospital.

EQUIPAMIENTO.- Por cuanto concierne el equipamiento se puede mencionar que todas las nuevas construcciones y ampliaciones han contemplado en el equipamiento necesario para su funcionamiento.

En cuanto a medios de transporte, podemos mencionar que el gobierno municipal no ha proporcionado ningún medio de transporte a los servicios ni a la gerencia de salud.

RECURSOS HUMANOS.- Como se puede apreciar en la Planilla de Recursos Humanos se ha tenido incremento del mismo, con el apoyo de la Prefectura y Municipio. Nos quedan vacancias sobre todo en la parte de Médicos especialistas, es difícil contar con los mismos y que quieran permanecer en Villa Montes, los que vienen en su mayoría se quedan un tiempo y se van, el factor es sobre todo de tipo económico, estando en la ciudad tiene mayor posibilidad de mercado laboral.

Se gestionó con el Municipio mecanismos de tipo económicos para los especialistas hasta que se categoricen. Los Concejales han decidido apoyar con un monto equivalente a la especialidad (categoría), que corresponde al profesional. En cuanto a RRHH por parte del TGN, se ha tenido un crecimiento muy limitado, es así que se ha logrado un total de 8 ítems, siendo en su mayoría de personal técnico y enfermería.

PROGRAMAS.- Los Programas son parte del Compromiso de Gestión y los resultados en su mayoría son satisfactorios, nuestro mayor problema se ve reflejado en los programas dirigidos a la madre y el niño, en el cual no se logran las metas dirigidas a los controles prenatales y la administración de micro nutrientes. Sigue el desafío de poder lograr a través de la educación que las personas asistan a los diferentes servicios a realizar sus controles prenatales.

PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD: En este ámbito se tiene el siguiente cuadro donde se indica el personal médico y paramédico de toda la red de salud del municipio de Villa Montes

Cuadro N° 17

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
ESTABLECIMIENTOS	No. de MEDICOS	No. de PARAMEDICOS	
		Lic. Enf.	Aux. Enf.
Gerente	1		
Medico de apovo a la Gerencia	1		
Hospital Villa Montes	24	28	23
C.S. Virgen de los Remedios	2	1	3
C.S. Ibibobo	1	-	1
C.S. Caja Nacional de Salud	2	-	2
C.S. Caja Petrolera de Salud	3	1	1
C.S. COSSMIL	4	-	2
P.S. La Misión	2	-	1
P.S. Chimeo		-	1
P.S. Caigua		1	1
P.S. Tarairí	1	1	1
P.S. Ipa		-	1
P.S. Tahiguati		-	1
P.S. Puesto García	1	-	1
P.S. San Antonio	1	-	1
P.S. Capirendita	1	-	1
P.S. Resistencia			1
P.S. Palmar Grande	1	-	1
P.S. La Victoria	-	-	1
P.S. Galpones	-	-	1
P.S. Cutaiqui	-	-	1
P.S. Capitán Ustarez	-	-	1
P.S. Ibopeiti	-	-	1
P.S. San Juan de Dios	1	-	1
TOTAL	46	32	49

Fuente: Memoria Anual SEDES Villa Montes

5.2. CARACTERIZACIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA DEL ACTUAL MODELO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

5.2.1. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA DEL ACTUAL MODELO.

El ministerio de Salud y Deportes como cabeza del Sector Salud se incluye principalmente en la perspectiva de Bolivia Digna, habiendo desarrollado en este sentido el Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2010.

Por lo que la Propuesta de cambio se plasma en el paradigma “Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida para VIVIR BIEN” del plan de Desarrollo Sectorial que propone cinco políticas:

- 1) Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria
- 2) Rectoría
- 3) Movilización Social
- 4) Determinantes de la salud
- 5) Solidaridad.

Las cinco estrategias correspondientes se orientan a:

- 1) La Universalización de acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural;
- 2) La recuperación de la soberanía sanitaria, el rol del ministerio de Salud y Deportes, mediante el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión;
- 3) La revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias.
- 4) La recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de la Salud integral y calidad de vida y

5) La alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia, la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza.²

Los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, son la participación comunitaria, la integralidad, la interculturalidad y la intersectorialidad que hacen un modelo teórico práctico.

▪ **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.**

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

▪ **INTERSECTORIALIDAD.**

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

²: Ministerio de Salud y Deportes; Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de salud, serie documentos normativos, La Paz – Bolivia, 2008

▪ **INTERCULTURALIDAD.**

Entendida como el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académicas, indígenas, originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud de la población.

▪ **INTEGRIDAD.**

Entendida como la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación armónica con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la curación, rehabilitación y recuperación de la salud de manera oportuna, eficiente y eficaz.³

MODELO DE ATENCIÓN

“El modelo de atención y prestación de salud familiar intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integridad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio”.⁴

Por lo tanto, el modelo de atención se constituye en la forma de articular persona, familias y comunidades (ayllus, marcas, tentas, capitanías y otros) o barrios con el equipo de salud, a partir de una prestación con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su cosmovisión, procesos de comunicación fluidos y

³: Ob – cite, pagina 40 - 60

⁴: Ob - cite, pagina 62

aceptación de la decisión del usuario (procedimientos, diagnóstico, tratamiento y prevención), por lo que la atención de salud no sólo abarca la enfermedad, sino la persona en su ciclo de vida, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión.

El modelo de Atención SAFCI funciona a través de la Red de Salud, que corresponde:

- **LA RED DE SERVICIOS.**

De concepción funcional, está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, articulados mediante el componente de referencia y retorno, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependientes de los subsistemas: público, de las cajas de salud a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, complementados con la medicina indígena/originaria/campesina y a la estructura social en salud. Puede darse en un solo municipio cuando tiene establecimientos de salud de los tres niveles, lo que supone capacidad resolutive.

- **LA RED MUNICIPAL SAFCI.**

Establecida en el municipio con territorio y población propios, conformada básicamente por establecimientos de primer nivel, aunque puede contar en su territorio con hospitales de segundo y tercer nivel. Funciona bajo la conducción del Director Local de Salud – Dilos y tiene como ejecutor al Responsable Municipal SAFCI que forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios. Se la reconoce como la estructura orgánica operativa de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que constituyen a mejorar el nivel de salud de las personas, familias y comunidades de su área de influencia y fundamentadas en las necesidades de las mismas.

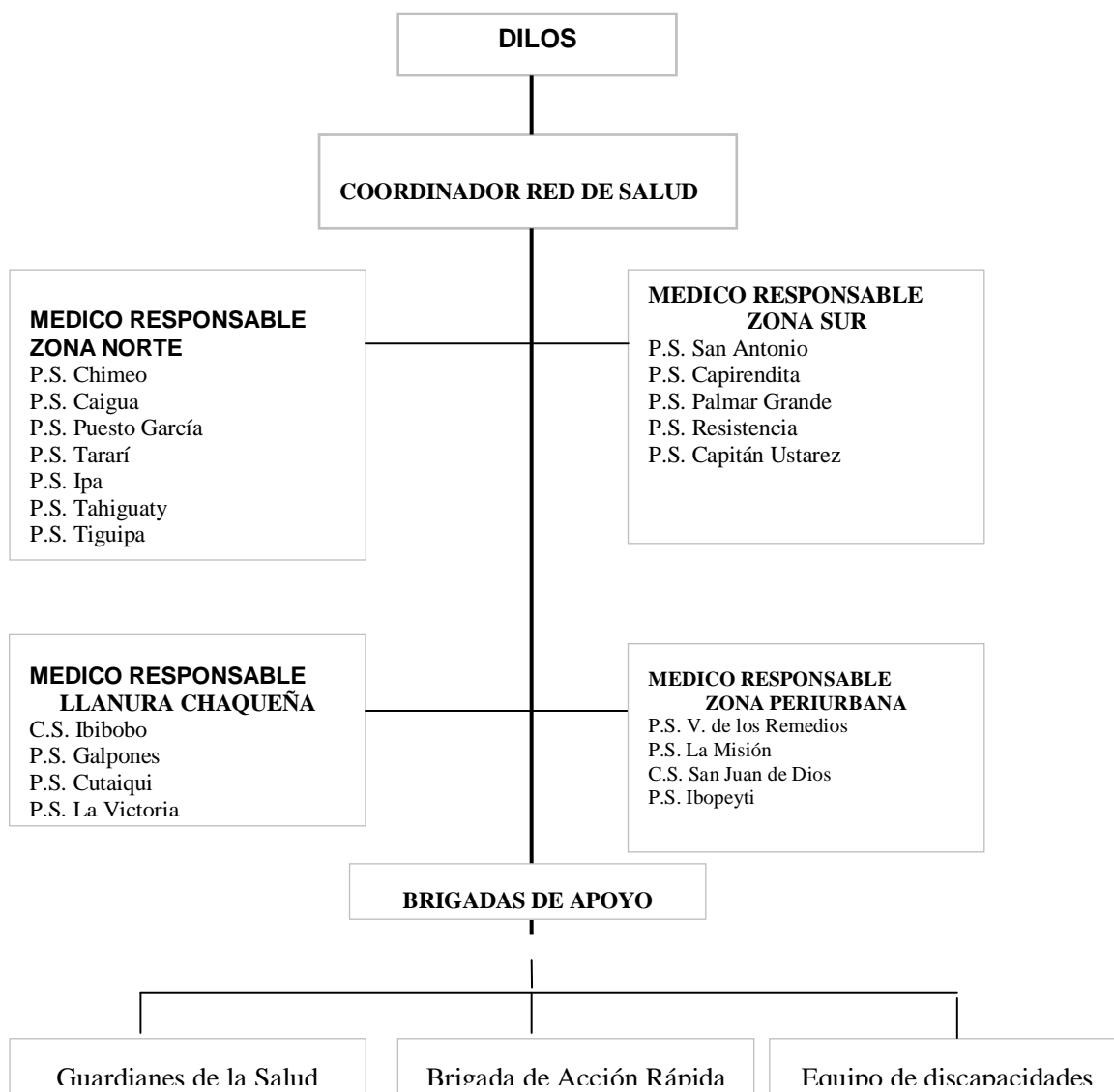
- **EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

Que es la unidad funcional básica de la prestación de servicios de salud, que tiene tres categorías:

- Establecimiento de salud del primer nivel: Centro/Puesto SAFCI, Centro SAFCI con camas, policlínicos y policonsultorios SAFCI.
- Establecimientos de salud de segundo nivel: hospital de segundo nivel.
- Establecimientos de salud de tercer nivel: hospitales generales, hospitales especializados e institutos.

5.2.2. ESTRUCTURA FUNCIONAL ADMINISTRATIVA SEGÚN NIVEL DE RESOLUCION:

**A) NIVEL DE RESOLUCION -1: CENTROS Y PUESTOS DE SALUD
ORGANIGRAMA MEDICO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
COORDINACION RED DE SALUD VILLA MONTES
GESTION 2011**



Fuente: Memoria Anual SEDES Villa Montes

B) ESTRUCTURA FUNCIONAL ADMINISTRATIVA NIVEL DE RESOLUCION 2; HOSPITAL

INTRODUCCION.-

El presente manual, surge de la necesidad sentida de organización de la Gerencia de la red de Servicios de Salud Villa Montes, con el fin de mejorar la organización y prestación de servicios en salud y mejorar el nivel de vida de la población. Asimismo poner en evidencia los niveles jerárquico y de dependencia de los funcionarios que lo componen.

NIVEL GERENCIAL:

Funciones del Gerente de Salud

Funciones del medico de apoyo a la Gerencia

Funciones del Administrador de Gerencia

Funciones del Contador de la Gerencia

Funciones del Estadístico de Gerencia

Funciones del Técnico de Saneamiento básico

Funciones del Técnico de Control de Vectores

Funciones de la Encargada de FIM de Referencia

Funciones del Apoyo de FIM de Referencia

Funciones del Encargado de Almacén

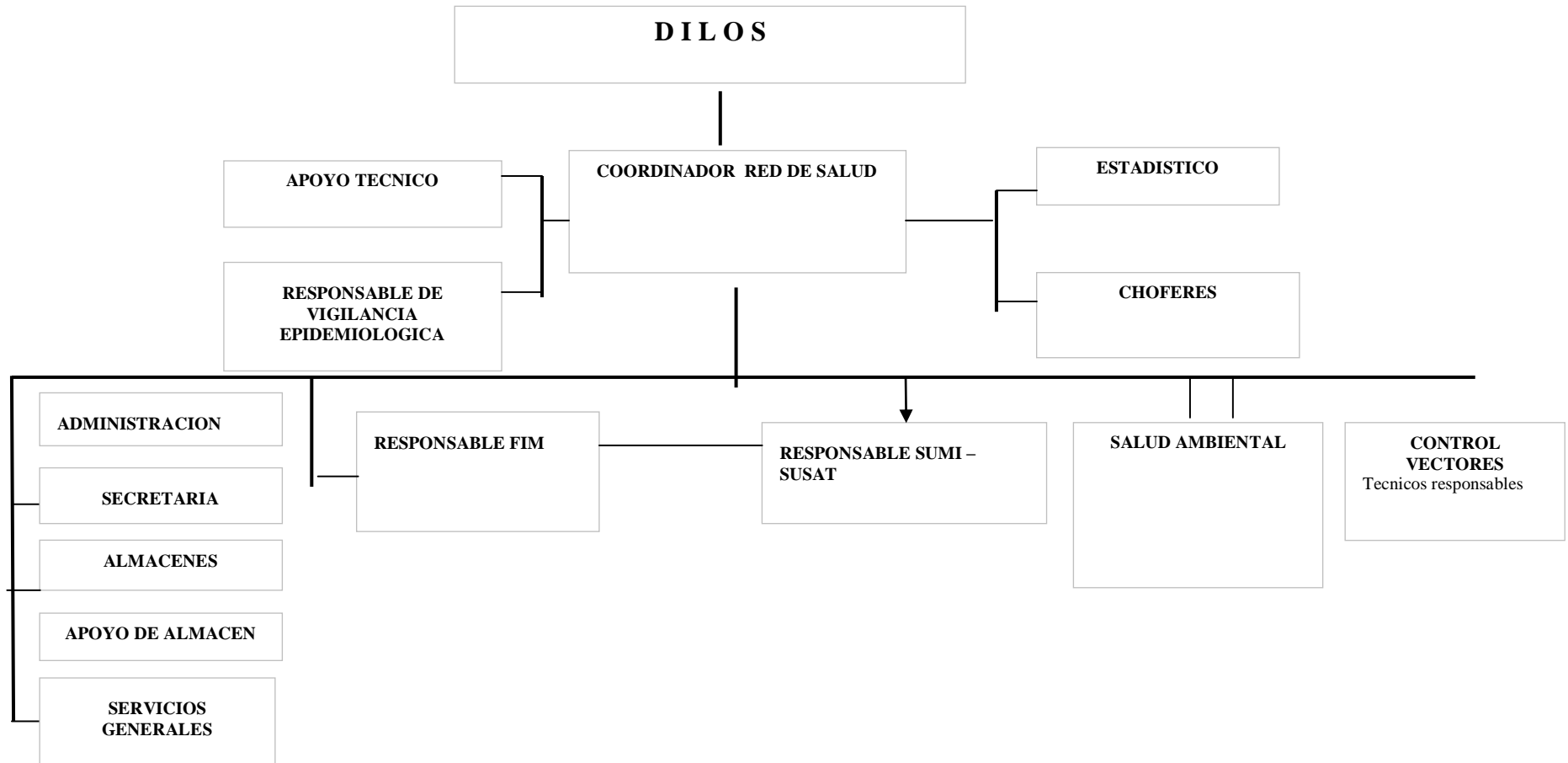
Funciones del Encargado de Activos Fijos

Funciones del Encargado de Recursos Humanos

Funciones del Chofer de la Gerencia

Funciones del Encargado de Limpieza

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DE LA COORDINACION RED DE SALUD VILLA MONTES
GESTION 2011**



Fuente:MemoriaAnualSEDESVillaMontes

5.2.3. ESTRUCTURA FUNCIONAL DE RED DE SALUD SEGÚN NIVEL DE RESOLUCION.

A) NIVEL DE RESOLUCION -1: CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

FUNCIONES DEL MEDICO GENERAL

DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

ESTRUCTURA ORGANICA.-

Del Equipo de la Gerencia.

FUNCIONES DEL ODONTOLOGO

ESTRUCTURA ORGANICA.-

Unidad de Odontología.

DEPENDENCIA JERÁRQUICA.-

Gerencia de Salud.

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

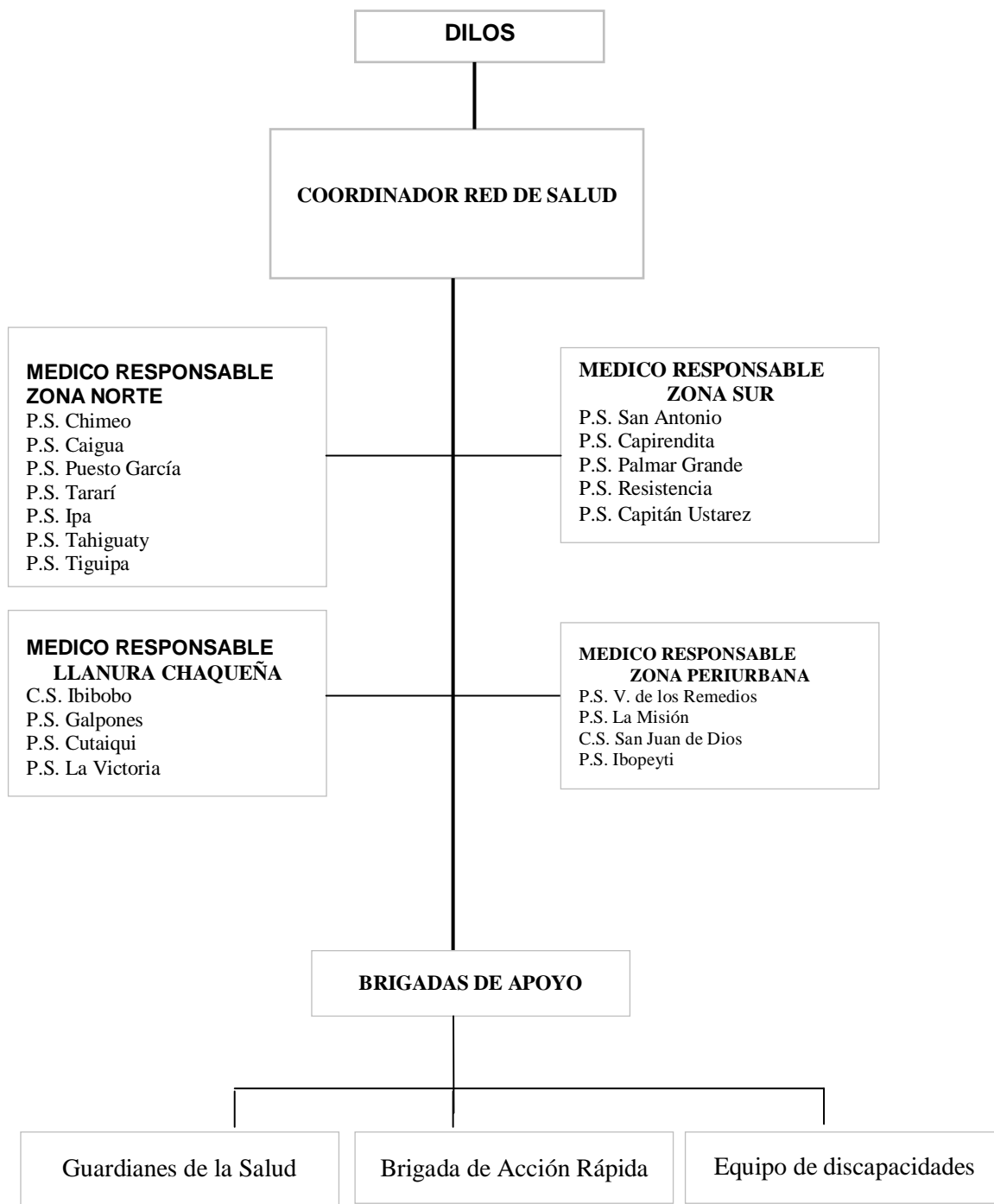
ESTRUCTURA ORGANICA.-

Puesto de Salud.

DEPENDENCIA JERARQUICA.-

Depende directamente de la Gerente de Red.

**ORGANIGRAMA MÉDICO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
COORDINACIÓN RED DE SALUD VILLA MONTES
GESTIÓN 2011**



Fuente: Memoria Anual SEDES Villa Montes

B) ESTRUCTURA FUNCIONAL SEGÚN NIVEL DE RESOLUCIÓN

NIVEL DE RESOLUCIÓN -2: HOSPITAL CENTRAL

NIVEL GERENCIAL DE SALUD:

Gerente de Salud

Médico de apoyo a la Gerencia

Administrador de Gerencia

Contador de la Gerencia

Estadístico de Gerencia

Técnico de Saneamiento básico

Técnico de Control de Vectores

FIM de Referencia

Apoyo de FIM de Referencia

Encargado de Almacén

Encargado de Activos Fijos

Encargado de Recursos Humanos

Chofer de la Gerencia

Encargado de Limpieza

NIVEL DE ÁREA DE SALUD:

Administradora

Médico

Odontólogo

Lic. En Enfermería

Auxiliar de enfermería

Farmacéutica

Encargada de laboratorio

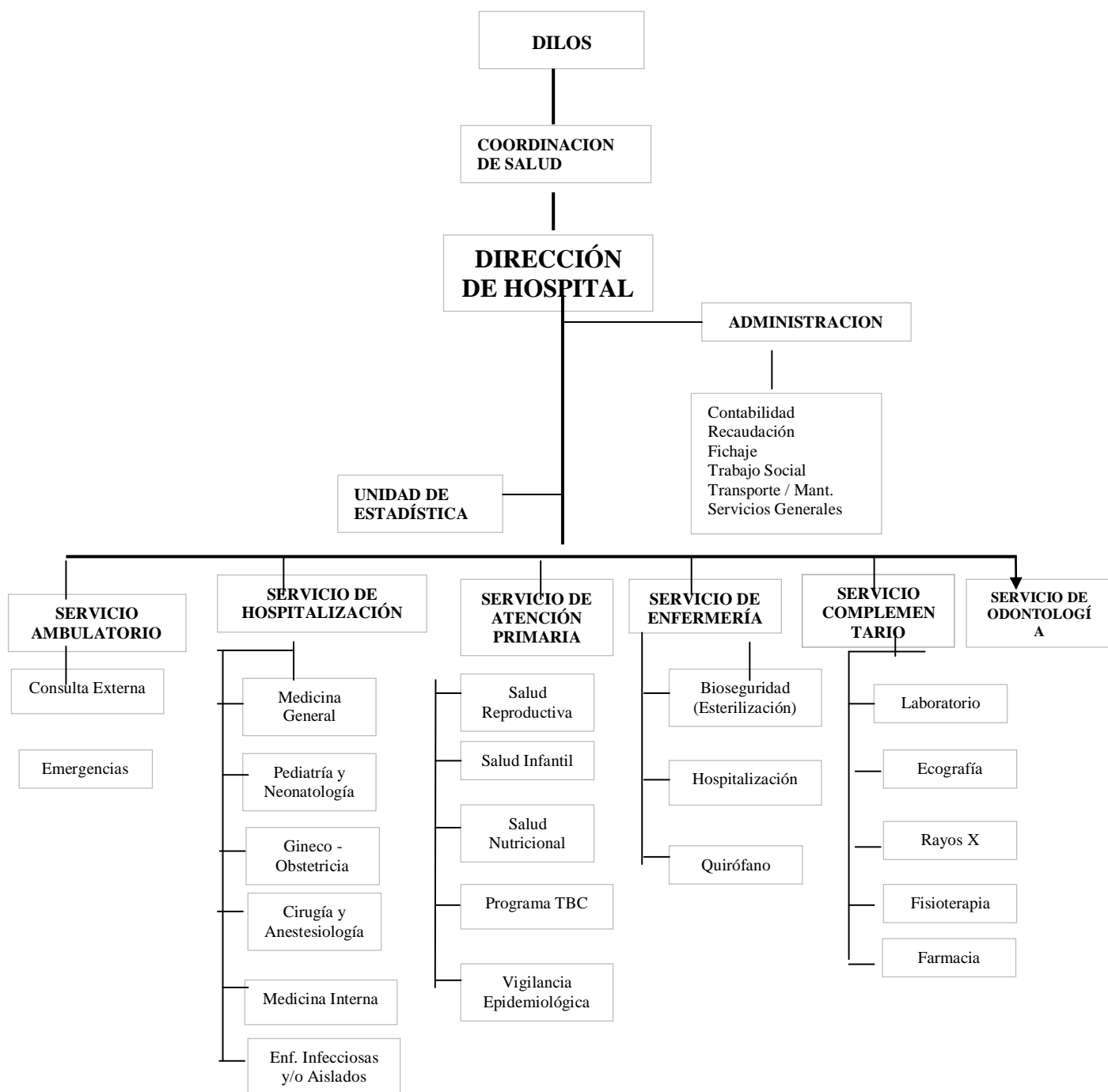
Tec. Laboratorio.

Encargada de limpieza

Conductor de Ambulancia

Sereno.

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
HOSPITAL BASICO VILLA MONTES
GESTIÓN 2011**



Fuente: Memoria Anual SEDES Villa Montes

5.3. ANÁLISIS COMPARATIVO 2006 AL 2010, DE LOS RECURSOS HUMANOS ASIGNADOS AL PROGRAMA SEGURO UNIVERSAL DE SALUD

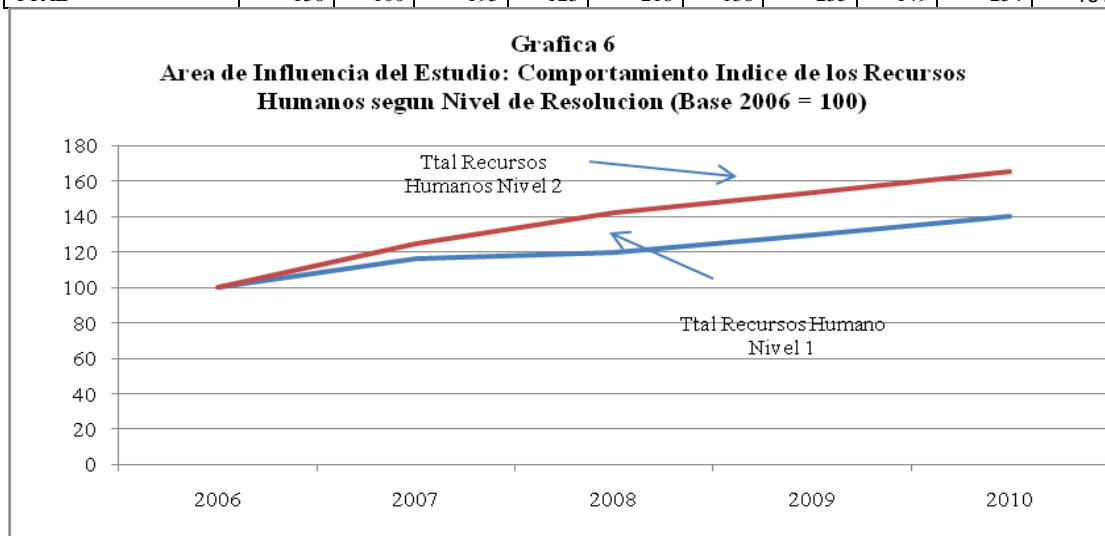
AUTONÓMICO DE TARIJA (SUSAT), SEGÚN NIVEL ADMINISTRATIVO Y DE RESOLUCIÓN

5.3.1. RECURSOS HUMANOS 2006 -2010. SEGÚN NIVEL DE RESOLUCION:

En lo que respecta, específicamente a la asignación de recursos humanos desde el 2006 al 2010, según el nivel de resolución; cabe señalar a través del cuadro N° 18 y gráfica 6; en términos de totales, el mismo contempla una tendencia creciente mayor en los recursos humanos del nivel de resolución - 2, en promedio del 61.0%; respecto al 40.0%, dado en el nivel de resolución -1; respecto al 2006; asumido como año base de análisis; que de manera general se puede apreciar en el indicado cuadro y gráfica respectiva.

Cuadro N° 18

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: RECURSOS HUMANOS 2006 -2010. SEGÚN SU FORMACIÓN ACADÉMICA NIVEL DE RESOLUCION										
DESCRIPCION	2006		2007		2008		2009		2010	
NIVEL - 1										
ADTVOS										
ESPECIALIDAD	30	100	35	117	36	120	39	130	42	140
TTAL	30	100	35	117	36	120	39	130	42	140
NIVEL - 2										
ADTVOS	30	100	60	200	80	267	86	288	93	311
ESPECIALIDAD	98	100	100	102	102	104	110	112	119	121
TTAL	128	100	160	125	182	142	197	154	212	166
TTAL	158	100	195	123	218	138	235	149	254	161



Fuente: Memoria de Red de Salud
Elaboración: Propia

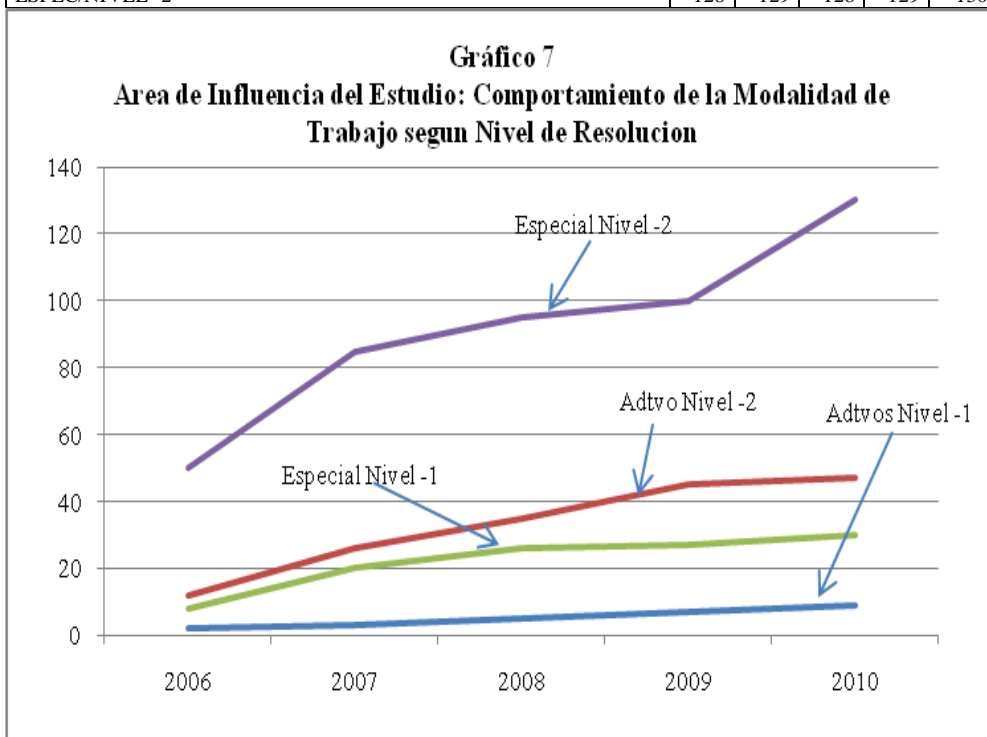
5.3.2. MODALIDAD DE TRABAJO SEGÚN NIVEL DE RESOLUCION, TIPO DE PRESTACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA.

Prosiguiendo con el análisis descriptivo, también se identificó dos modalidades de contratación de recursos humanos, centrados en lo que implica el contrato; la referida al Ítems asignado por ley y según institución con responsabilidad directa para con el sector salud. En este ámbito se puede deducir del cuadro N° 19 y gráfica 7, un

comportamiento creciente de esta modalidad desde el 2006 al 2010 la contratación de recursos humanos, siendo menor las del nivel de resolución -1; en lo que implica la contratación de personal administrativo como de especialidad médica, respecto al nivel de resolución -2; que tiene una tendencia creciente en mayor grado en ambos casos, en los mismos periodos de análisis.

Cuadro N° 19

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: MODALIDAD DE TRABAJO SEGÚN CONTRATO NIVEL DE RESOLUCION, TIPO DE PRESTACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA					
DETALLE	2006	2007	2008	2009	2010
ADTVOS NIVEL -1	13	28	29	25	30
ADTVOS NIVEL -2	12	26	27	27	28
ESPEC/NIVEL -1	12	25	26	27	30
ESPEC/NIVEL -2	128	129	128	129	130

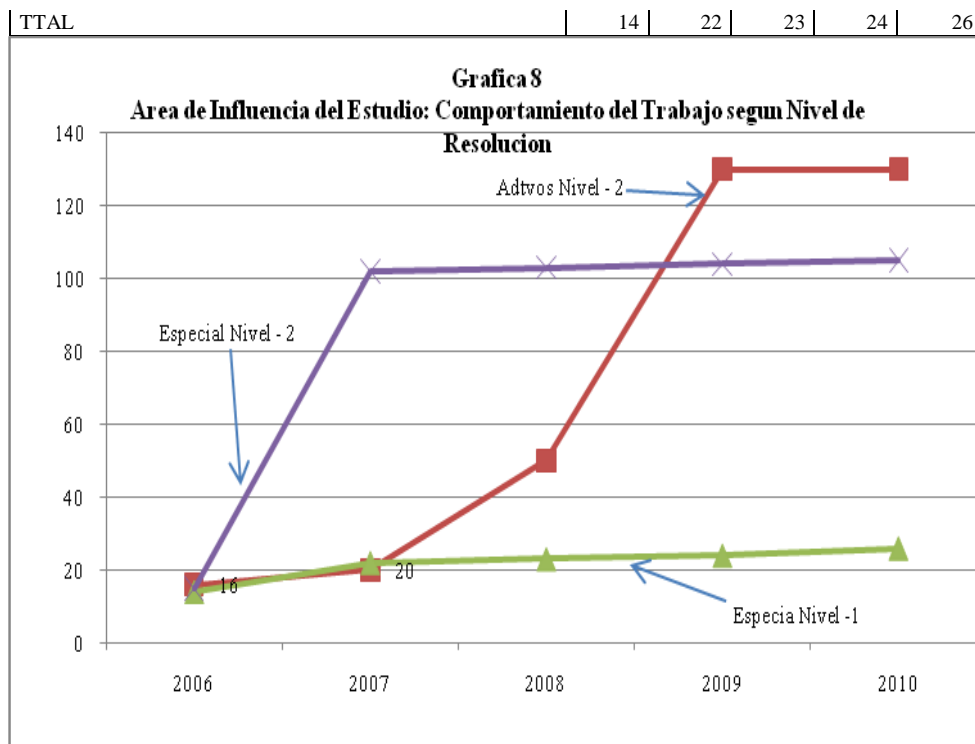


Fuente: Memoria de Red de Salud
Elaboración: Propia

Mientras en lo que implica el comportamiento en la asignación de recursos humanos en los ítems, el cuadro N° 20 y gráfica 8; señalan una tendencia irregular creciente en la contratación de personal administrativo y de especialidad médica del nivel de resolución -2; respecto al nivel de resolución -1; cuya tendencia es casi constante en todo el periodo de análisis solamente en lo que implica el personal de especialidad médica.

Cuadro N° 20

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: MODALIDAD DE TRABAJO SEGÚN ÍTEMES NIVEL DE RESOLUCION, TIPO DE PRESTACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA					
	2006	2007	2008	2009	2010
ADTVOS NIVEL -1					
ADTVOS NIVEL -2	14	20	50	130	130
ESPEC/NIVEL -1	14	22	23	24	26
ESPEC/NIVEL -2	15	102	103	104	105



Fuente: Memoria de Red de Salud
Elaboración: Propia

5.3.3. MODALIDAD DE TRABAJO SEGÚN NIVEL DE RESOLUCION CARGA HORARIA Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

En lo que respecta a la categoría especializada; que engloba a todo el personal médico y paramédico como de apoyo al mismo; tiene al Tesoro General de la Nación, como fuente de financiamiento, en promedio del 43.3%; es financiado por esta institución; de las cuales el 50.0% corresponde al nivel de resolución -1 y el 40.0% al nivel de resolución -2; según se pudo constatar a través del indicado cuadro

Cuadro N° 21

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: INVENTARIO DE RECURSOS HUMANOS GESTION 2010																
ESTABLEC	FUENTE DE FINANCIAMIENTO										TIEMPO				TOTAL RR.HH	
	TGN	%	Pref	%	Mun	%	HIPIC	%	Otros	%	Ttal	T/C	%	M/T		%
ADTVOS NIVEL -1	0	0,0	0	0,0	7	87,5	0	0,0	1	12,5	8	0		0		0
ADTVOS NIVEL -2	49	35,8	32	23,4	51	37,2	5	3,6	0	0,0	137	135	98,5	2	1,5	137
Ttal	49	33,8	32	22,1	58	40,0	5	3,4	1	0,7	145	135	98,5	2	1,5	137
ESPEC/NIVEL -1	25	50,0	10	20,0	11	22,0	3	6,0	1	2,0	50	39	79,6	9	18,4	49
ESPEC/NIVEL -2	40	40,0	30	30,0	25	25,0	5	5,0	0	0,0	100	98	98,0	2	2,0	100
Ttal	65	43,3	40	26,7	36	24,0	8	5,3	1	0,7	150	137	91,9	11	7,4	149
Ttal	114	38,6	72	24,4	94	31,9	13	4,4	2	0,7	295	272	95,1	13	4,5	286

Fuente: Memoria de Red de Salud
Elaboración: Propia

5.4. INCIDENCIA DEL MODELO ACTUAL DE ADMINISTRACIÓN EN LA COBERTURA DE PRESTACIONES Y ATENCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SEGÚN EL NIVEL DE RESOLUCIÓN:

5.4.1. COBERTURA DE PRESTACIONES Y ATENCIONES MÉDICAS.

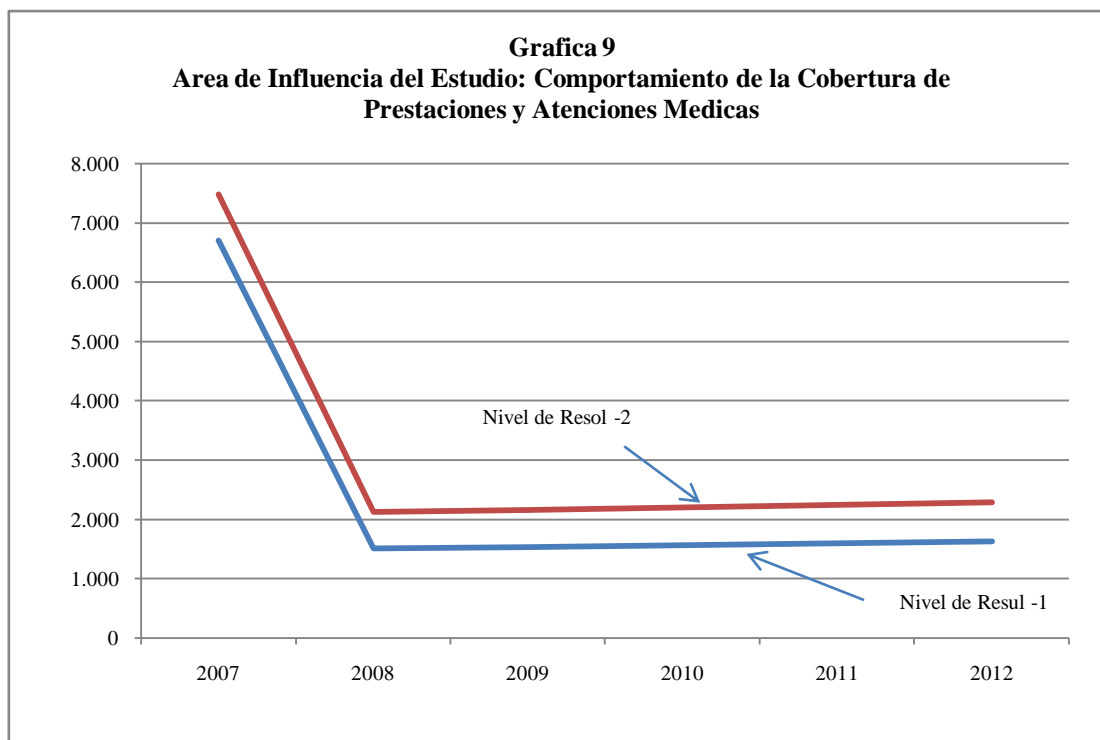
La incidencia del modelo actual de administración en la cobertura de prestación y atención de servicios asistenciales de salud médica según el nivel de resolución; se muestra en el cuadro N° 22 y grafica 9, donde se puede apreciar la tendencia decreciente de las prestaciones a partir del 2008, pese a que el recurso humano ha ido incrementándose desde el año 2007, según se muestra en cuadro No. 21

Cuadro N° 22

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: COBERTURA DE PRESTACIONES Y ATENCIONES MÉDICAS:						
Niveles	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nivel -1	6.713	1.510	1.533	1.563	1.595	1.626
Nivel -2	7.488	2.127	2.159	2.202	2.246	2.291
Ttal	14.201	3.637	3.692	3.765	3.841	3.918

Fuente: Memoria de Red de Salud

Elaboración: Propia



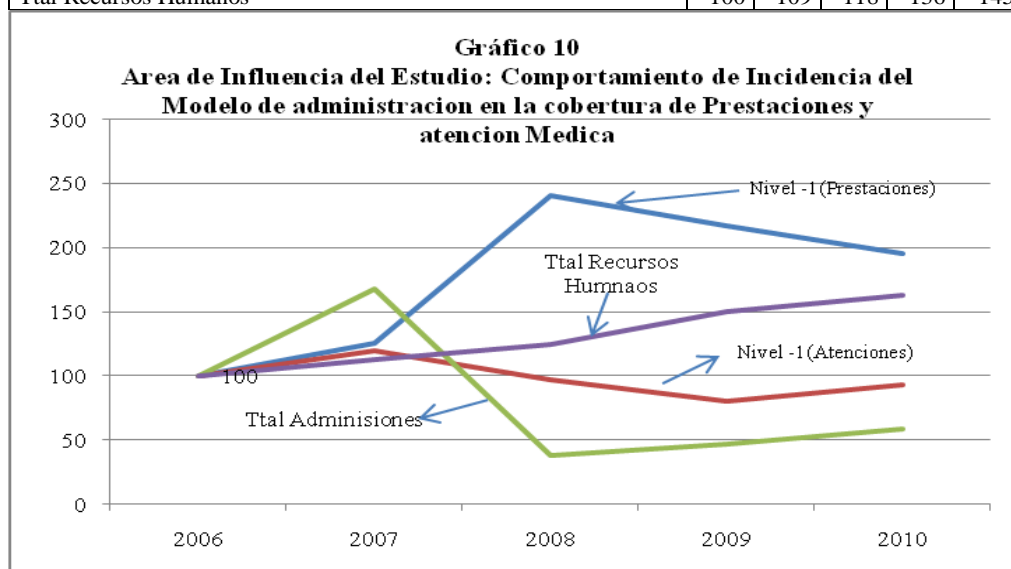
5.4.2. COMPORTAMIENTO DE LAS PRESTACIONES Y ATENCIONES DE SERVICIOS MÉDICOS SEGÚN NIVEL DE RESOLUCIÓN:

Para este propósito, se tiene el siguiente cuadro con sus respectivas gráficas que indican la tendencia de la incidencia del modelo de administración en la prestación y atención de servicios médicos por parte del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT), desde el 2006 al 2010:

Por otro lado, también se pudo constatar que la cobertura en las prestaciones y atenciones asistenciales médicas tienen tendencia creciente desde el 2007 al 2008, para luego decrecer en el año 2009 y el 2010; en un promedio del 20.0%, en relación al año 2006, asumido como base de análisis. En lo que implica el nivel de resolución – 1: comparativamente al comportamiento tendencial del total de admisiones y recursos humanos en este mismo periodo se caracteriza por ser creciente, según se puede destacar del cuadro N° 23 y grafica 10.

Cuadro N° 23

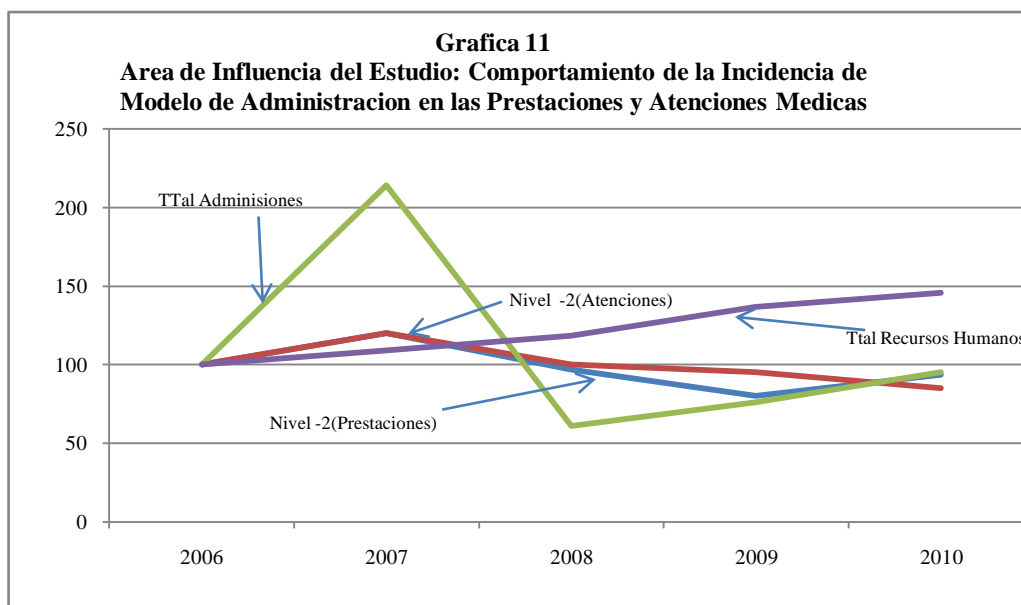
AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: COMPORTAMIENTO DE LA INCIDENCIA DEL MODELO ACTUAL DE ADMINISTRACIÓN EN LA COBERTURA DE PRESTACIONES Y ATENCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SEGÚN EL NIVEL DE RESOLUCIÓN:					
Detalle	2006	2007	2008	2009	2010
nivel -1(Prestaciones)	100	125	241	217	195
nivel -1(Atenciones)	100	120	97	80	93
Ttal Admisiones	100	168	38	47	59
Ttal Recursos Humanos	100	113	125	150	163
nivel - 2(Prestaciones)	100	120	97	80	93
nivel - 2(Atenciones)	100	120	100	95	85
Ttal Admisiones	100	214	61	76	95
Ttal Recursos Humanos	100	109	118	136	145



Fuente: Memoria de Red de Salud
Elaboración: Propia

Por último la gráfica 11; señala que tanto las prestaciones como las atenciones médicas tienen tendencia creciente desde el año 2007 al 2008; y decreciente en el año

2009 y 2010, en relación al 2006, asumido como año base de análisis. En relación al comportamiento dado en las admisiones y los recursos humanos, tienen una tendencia irregular creciente y decreciente en algunos años del periodo de análisis, según se puede destacar de la gráfica señalada.



Fuente: Memoria de Red de Salud
 Elaboración: Propia

5.4.3. CARACTERIZACION DE LAS PRESTACIONES Y ATENCIONES MÉDICAS, QUE TIENEN INCIDENCIA NEGATIVA POR EL MODELO ACTUAL DE ADMINISTRACIÓN:

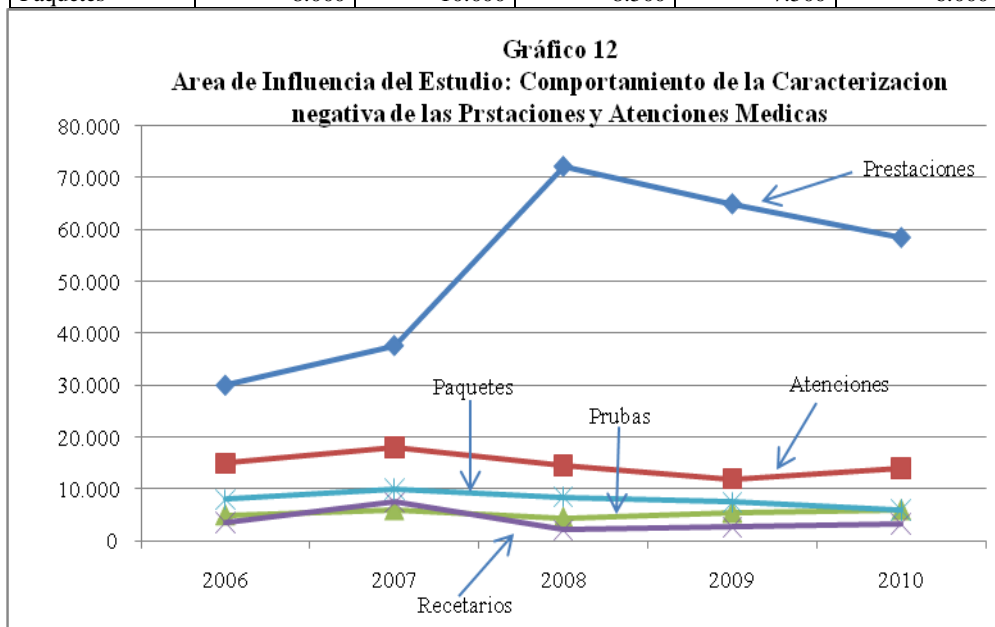
5.4.3.1. COMPORTAMIENTO DE LA INCIDENCIA NEGATIVA EN LAS PRESTACIONES Y ATENCIONES MÉDICAS:

En lo que respecta a la caracterización de los servicios asistenciales de salud médica, con incidencia negativa por la aplicación del actual modelo de administración, se tiene el cuadro N° 24 y gráfica 12; que indican la tendencia del índice base 2006 =100%; se caracteriza la prestación y atención médica entre otros servicios asistenciales de salud por parte del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT), desde el 2006 al 2010: donde se observa tanto las prestaciones como las atenciones que son crecientes desde el 2007 al 2008, para luego iniciar un proceso decreciente hasta el 2010, respecto al 2006, asumido como año base de análisis.

Situación similar se presenta en lo que implica las pruebas especializadas, la emisión de recetas prescritas y lo que implica los paquetes.

Cuadro N° 24

AREA DE INFLUENCIA DEL ESTUDIO: CARACTERIZAR LAS PRESTACIONES Y ATENCIONES MEDICAS, QUE TIENEN INCIDENCIA NEGATIVA POR EL MODELO ACTUAL DE ADMINISTRACIÓN					
	2006	2007	2008	2009	2010
Prestaciones	30.000	37.646	72.212	64.991	58.492
Atenciones	15.000	18.000	14.500	12.000	14.000
Pruebas	5.000	6.000	4.500	5.500	6.000
Recetarios	3.500	7.488	2.127	2.659	3.323
Paquetes	8.000	10.000	8.500	7.500	6.000



Fuente: Memoria de Red de Salud
 Elaboración: Propia

6. PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTION Y ATENCION DE SERVICIOS DE SALUD BASADO EN LA ADMINISTRACION POR OBJETIVOS DEL SEGURO UNIVERSAL DE SALUD AUTONÓMICO DE TARIJA (SUSAT): RED DE VILLA MONTES.

6.1. MODELO DE GESTION Y ATENCION DE SERVICIOS DE SALUD BASADO EN LA ADMINISTRACION POR OBJETIVOS DEL SEGURO UNIVERSAL DE SALUD AUTONÓMICO DE TARIJA (SUSAT):

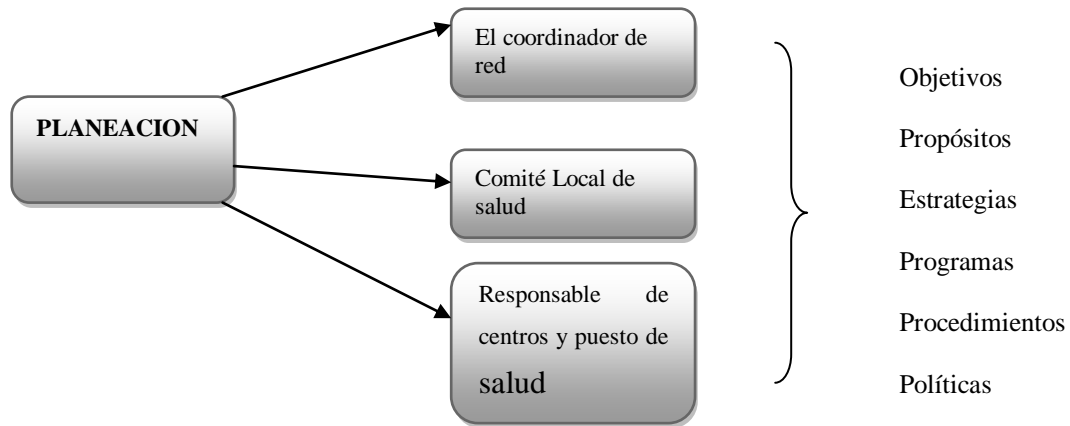
Para este propósito se asume las principales funciones que hacen a la administración por objetivos como un proceso interactivo y proactivo del conjunto de actores involucrados en la salud; por lo que se asume **La Planeación, Organización, Dirección y Control**, como las funciones básicas a ser aplicadas en el nuevo modelo de gestión y atención de servicios de salud según el nivel resolutorio o el grado de complejidad, para cuyo efecto se tiene las siguientes puntualizaciones de cada una de estas, en lo que implica el primer y segundo nivel de resolución.

6.1.1. PLANEACION.

PRIMER NIVEL DE RESOLUCION.

Constituye la función administrativa principal y permitirá forjar la implementación de procesos técnico-operativos para el establecimiento de objetivos y los recursos apropiados para conseguirlos. Por lo que para el primer nivel de resolución realizarán estas funciones El coordinador de red, Comité Local de salud, Responsable de centros y puesto de salud, donde se tendrá que articular personas, familias y comunidades entre otras existentes en un ámbito geográfico con el equipo de salud, con el enfoque de Red de carácter horizontal, según nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitaria e Intercultural (SAFCI).

Quienes de manera conjunta iniciaran el proceso de establecimiento de objetivos, los propósitos, las estrategias, los programas con los respectivos procedimientos y las políticas: para cuyo efecto se plantea el siguiente flujograma.

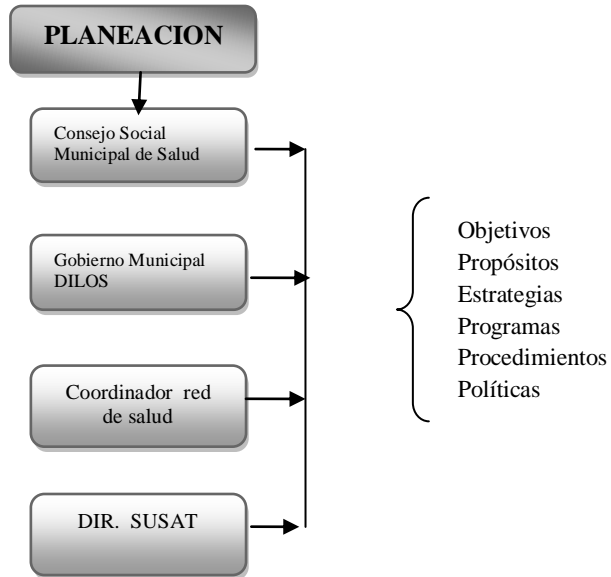


SEGUNDO NIVEL DE RESOLUCION.

Prosiguiendo con el planteamiento de la propuesta también se asumirá las mismas funciones básicas de la administración por objetivos, en los establecimientos de segundo nivel de resolución que hacen la red de salud, que tiene como responsabilidad la articulación de todos los recursos existentes en su ámbito geográfico poblacional definido, y que esta representado por una **“Red de Servicios”** (Hospitales, Centros de Salud, Puestos de Salud y recursos extra sectoriales) y al mismo tiempo se constituye el punto focal para la **“Gestión de Salud”** donde se planificara, se formularan políticas locales, se establecerá sistemas de apoyo logístico, técnico y administrativo a la red de servicios, se desarrollaran sistemas de información en salud, de control financiero, y de suministros y medicamentos.

Por lo que para el segundo nivel de resolución tendrán que realizar estas funciones El Consejo Social Municipal de Salud, La Dirección Local de Salud (DILOS), El Coordinador de Red de salud, Director SUSAT. Quienes de manera conjunta

iniciarán el proceso de establecimiento de objetivos, los propósitos, las estrategias, los programas con los respectivos procedimientos y las políticas.

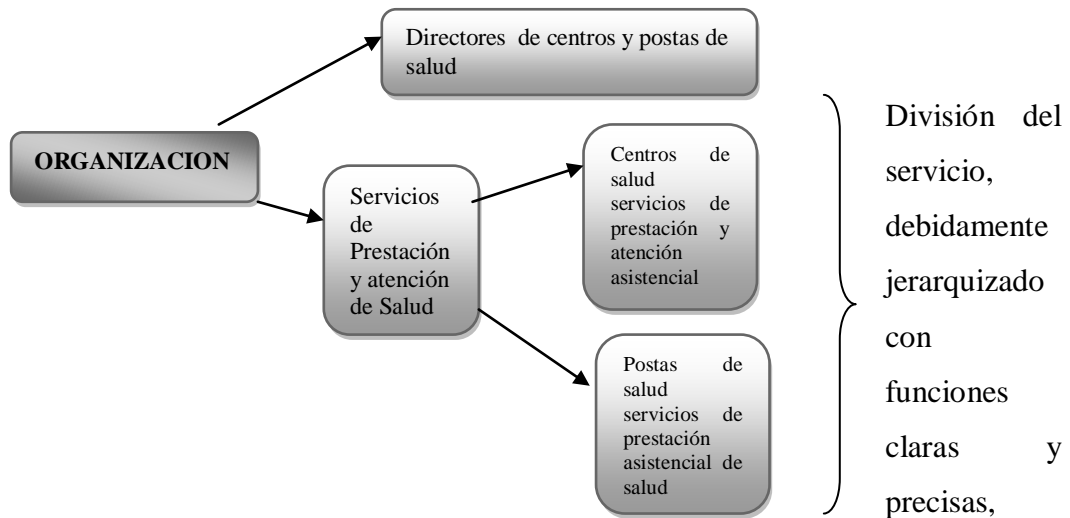


6.1.2. ORGANIZACIÓN.

PRIMER NIVEL DE RESOLUCION.

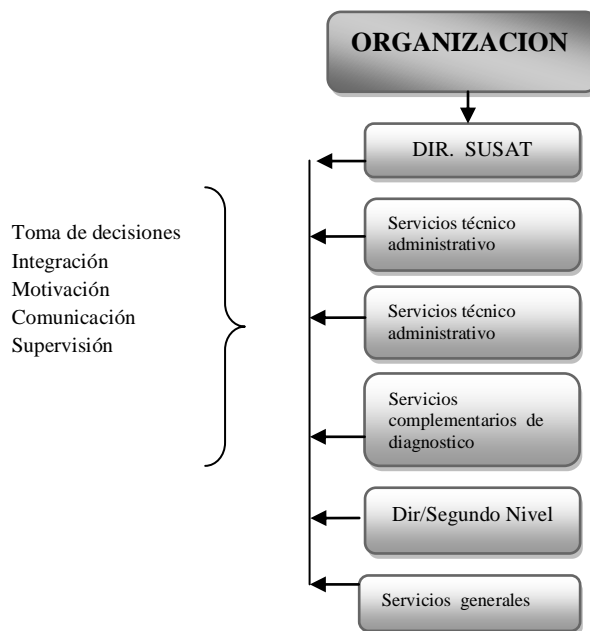
Organización Constituye la segunda función del ciclo administrativo que se enmarcara en la delegación de tareas, en un marco de priorización que permita asignar y distribuir los recursos y tareas, bajo una estructura organizativa encargada de posibilitar la organización de los recursos de todo tipo de la entidad.

Integraran esta organización en el caso del primer nivel Los Directores de Centros y Puestos de Salud organizados en distintos servicios según sus características de cada uno de estos, englobados en la división del servicio, debidamente jerarquizado con funciones claras y precisas, cuyo proceso se lo ilustra a través el siguiente flujo grama.



SEGUNDO NIVEL DE RESOLUCION.

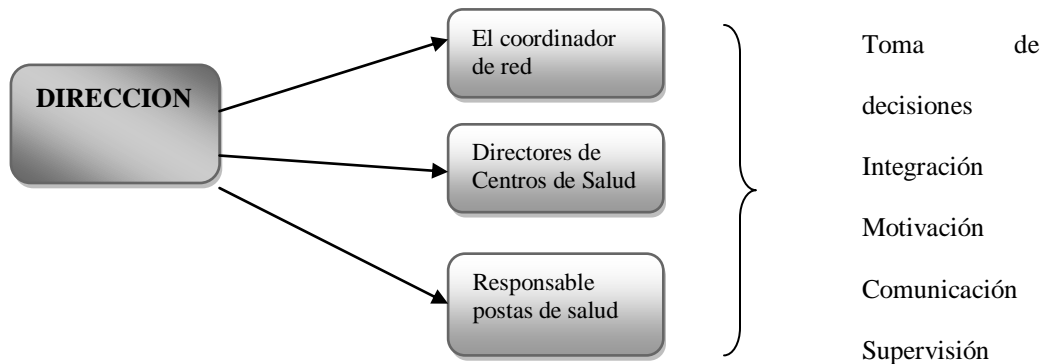
Esta segunda función administrativa la integraran El Director del SUSAT, Responsable Administrativo, Servicios complementarios de diagnostico, Servicio de Internación y los Servicios Generales organizados en distintas áreas según sus características de cada uno de estos, englobados en la división del establecimiento de salud, debidamente jerarquizado con funciones claras y precisas, para lo cual se propone el siguiente flujograma.



6.1.3. DIRECCION.

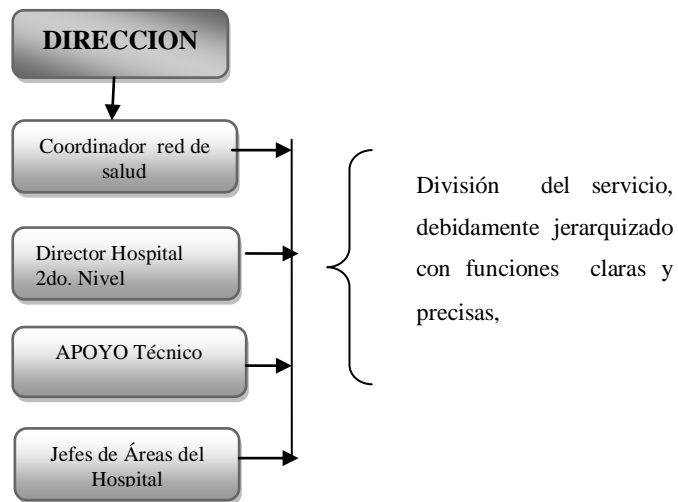
PRIMER NIVEL DE RESOLUCION.

Para el primer nivel la función que tipificará las formas de la toma de decisiones en el marco del cumplimiento de los objetivos de gestión, estará integrada por El Coordinador de Red, Los Directores de Centros y los Responsables de Puestos de Salud quienes ejercerán la toma de decisiones de manera Integral, implementarán acciones de motivación, comunicación además de supervisión tal cual se lo ilustra en el siguiente flujograma.



SEGUNDO NIVEL DE RESOLUCION.

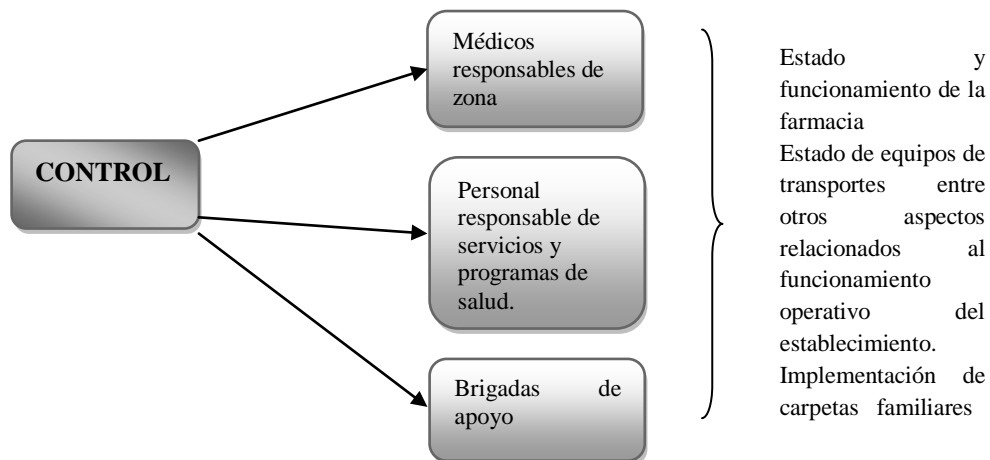
La función en el segundo nivel la toma de decisiones en el marco de cumplimiento de los objetivos estará a cargo del Coordinador de Red, Director del Hospital, Apoyo Técnico, Jefes de Áreas, Responsable de Sistema, los cuales deberán realizar un establecimiento conjunto y fijación de objetivos, como se lo refleja en el siguiente flujograma.



6.1.4. CONTROL.

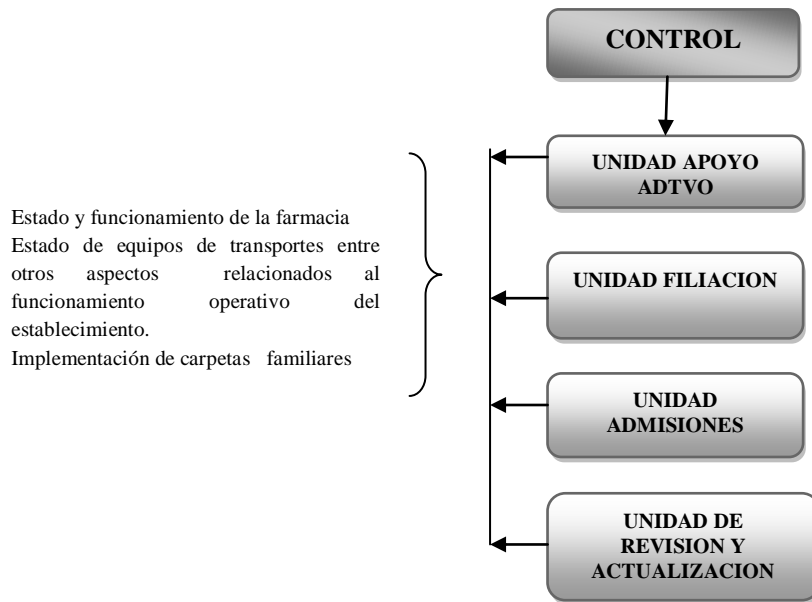
PRIMER NIVEL DE RESOLUCION

EL Control en el primer nivel de atención lo constituirán aquellos funcionarios que tengan a su cargo el conjunto de responsables de las actividades que estén enmarcadas el cumplimiento de los objetivos y que vayan en concordancia con lo planificado. El control por tanto, es una comparación entre lo planificado y lo obtenido. Por lo que también esta relacionado con la medición, corrección y retroalimentación constante, como ser por ejemplo estado y funcionamiento de la farmacia, control de maquinaria, estado de los equipos y de transportes entre otros aspectos relacionados al funcionamiento operativo del establecimiento de salud y como también la aplicación de instrumentos de registros como son las carpetas familiares, historias clínicas, cuadernos de consultas y otros.

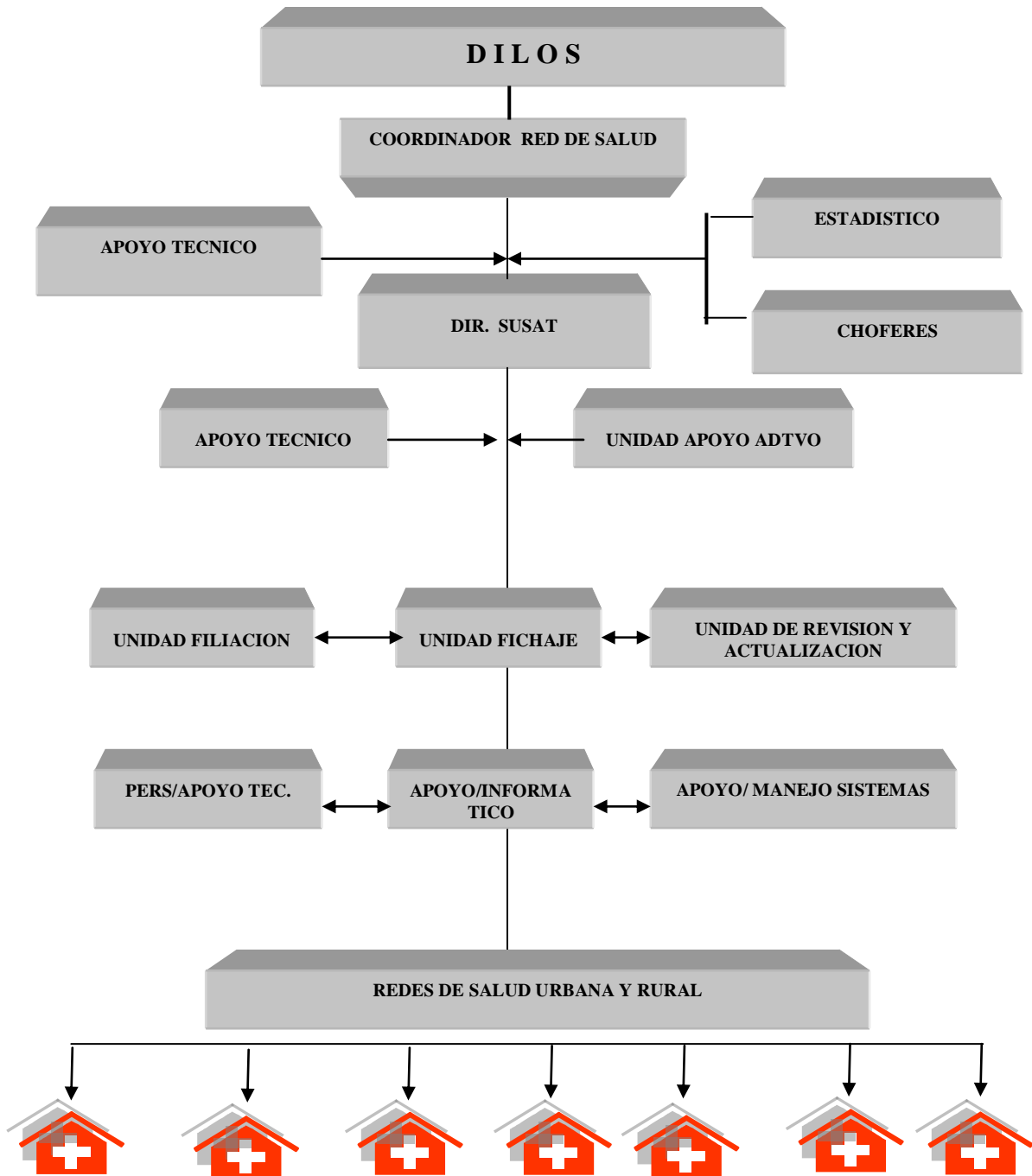


SEGUNDO NIVEL DE RESOLUCION.

El control en el segundo nivel deberá estar a cargo del responsable Administrativo, Unidad de Afiliación, Admisiones, de Revisión y Actualización, donde son estas unidades las que deberán certificar las acciones a realizar, en tal sentido se propone en el siguiente flujograma la estructura que debería ser tomada en cuenta como modelo de gestión y atención de servicios asistenciales de salud basado en las funciones de administrativas por objetivos.



**ORGANIGRAMA N°1
ESTRUCTURA FUNCIONAL ADMINISTRATIVA PROPUESTA
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DE LA
COORDINACION RED DE SALUD VILLA MONTES**



Fuente: Memoria de Red de Salud
Elaboración: Propia

- Dos años de experiencia en el campo de la administración de servicios públicos sanitarios.
- Tener conocimientos amplios de la problemática sanitaria del Departamento de Tarija.
- Estar acreditado en Gerencia y Planificación Estratégica en el área de salud.

II.- APOYO TÉCNICO A LA GERENCIA DE RED.

Definición y Objetivos del Apoyo Técnico a la Gerencia de Red: Es el apoyo técnico de la Red de Salud y del organismo superior ejecutivo del nivel desconcentrado, constituye el nivel superior después del Gerente. Es el responsable de informar y apoyar en: Normar, dirigir las actividades de salud, articular la Red de Servicios con la estructura superior del Gerente y el SEDES, integrar mecanismos de implementación, ejecutar los programas identificando las necesidades de los servicios de salud plasmados en proyectos y procedimientos, elaborar planes de acción en mejora de la salud del Municipio de Villa Montes.

FUNCIONES.-

1. Aplicar la calidad de atención médica y de enfermería en los 14 servicios de la RED, asumiendo la responsabilidad ante la Gerencia, fortalecer su organización, funcionamiento y operación de las actividades.
2. Colaborar como apoyo técnico directo al **GERENTE DE RED**, para el manejo de todos los programas.
3. Promover, capacitar y evaluar el cumplimiento de las políticas, estrategias y normas nacionales (SUMI escudo epidemiológico, programas de salud prioritarios) y otras actividades propias de la RED de salud..
4. Elaborar, con conocimiento en primera instancia al GERENTE, el programa de actividades de la RED elaborando planes de Acción en forma semanal. Mensual, trimestral semestral y anual.
5. Consolidar el plan de acciones de los programas de la RED.

6. Supervisar, monitorear y evaluar las acciones de enfermería en los diferentes programas que se ejecutan en el área, en forma trimestral y monitorear el rendimiento del personal.
7. Realizar seguimiento al personal en el área de trabajo y retroalimentación de cursos, talleres y toda la información de la Gerencia de Red.
8. Coordinar con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mecanismos de apoyo, capacitación y gestión, con el fin de lograr un mayor apoyo técnico y económico para el servicio dentro de los lineamientos estratégicos definidos por la política nacional de salud.
9. Participar en las deliberaciones del Comité Técnico Administrativo del C.S. Villa Montes u otros comités formados dentro de la gestión social a los cuales podría ser invitada por parte de la Dirección, con el fin de lograr la unificación de criterios y la coherencia de los programas con otras áreas al interior de la red.
10. Ejecutar supervisiones directas e indirectas al funcionamiento de las unidades de atención ambulatoria, internación, odontología, salud comunitaria y servicios complementarios, con el fin de realizar ajustes a la calidad de atención del personal a través del uso de instrumentos de supervisión previamente diseñados.

REQUISITOS

- Título de formación universitaria en Medicina
- Título en Provisión nacional
- Registro Colegio Médico
- Registro Ministerio de Salud y Deportes
- Conocimiento de la Ley 1178
- Dos años de experiencia en el campo de la administración de servicios públicos sanitarios.

- Tener conocimientos amplios de la problemática sanitaria del Departamento de Tarija.
- Estar acreditado en Gerencia y Planificación Estratégica en el área de salud.

III.- RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN

Título del Cargo:

Administrador.

Descripción del Cargo:

El encargado de la Unidad de Administración es el encargado del funcionamiento operativo, sobre cuya base gira todo el desenvolvimiento económico, financiero, recurso humano, bienes y servicios y almacén de la Institución, buscando la optimización de servicios, al menor costo posible, en beneficio de la Gerencia de Red.

Deberá elaborar, conducir y evaluar las políticas administrativas y financieras en el ámbito de la Red, con el fin de coadyuvar al desenvolvimiento de los objetivos del Ministerio de Salud y deportes en el marco del nuevo modelo de Gestión en actual vigencia.

Funciones Principales:

- a) Normar las actividades propias de la Unidad de Administración y Finanzas en las Secciones de Contabilidad, Presupuestos, Activos Fijos, Cotizaciones y compras, almacén, servicios generales, y habilitación del recurso humano, control y asistencia a las fuentes de trabajo de todo el personal asignado a la Gerencia.
- b) Formular el Presupuesto del Plan Anual Operativo por programas, en coordinación con el Apoyo Técnico de la Gerencial, planificar los programas en salud, Realizar vigilancia Epidemiológica y Gestión Social de la Red, regidos por

las disposiciones legales en vigencia y otros instrumentos establecidos y exigidos por la Ley Financial y el D.S. 1178.

- c) Asesorar y atender problemas técnicos administrativos de la Dirección Técnica del SEDES coadyuvando a la toma de decisiones del Gerente.
- d) Planificar, dirigir, controlar y evaluar las políticas y actividades económico - financieras de la red de servicios.
- e) Establecer los procedimientos indispensables, para el registro contable, presupuestario y costos de la Institución en el ámbito Gerencial, según lo establecido en las leyes en actual vigencia respecto a los bienes del Estado.
- f) Establecer normas de control interno de acuerdo a los sistemas que rige la Ley 1178, elaborando instructivos precisos para el conocimiento de todos los funcionarios que trabajan en la Gerencia.
- g) En los períodos establecidos por Ley, presentar a consideración del Gerente de RED y el Director del SEDES, los estados financieros correspondientes a cada gestión.
- h) Programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficaz y eficiente de los recursos captados por Gerencia a nivel central y de la Cooperación de organismos no gubernamentales, para el cumplimiento y ajuste oportuno, según requerimiento legal en actual vigencia.
- i) Controlar las adquisiciones y supervisar el ciclo de adquisición y pago debidamente autorizados utilizando los instrumentos administrativos correspondientes a pago, depósitos, contabilidad y bancos.
- j) Participar en la programación del Presupuesto Anual de la Gerencia, controlar su ejecución de acuerdo a los planes y programas establecidos desde nivel central y departamental.
- k) Identificar Trimestralmente las necesidades y requerimiento de suministros generales, utilizando el subsistema de suministros y medicamentos, o el sistema de control de saldos a nivel del FIN de Referencia.

- l) Proponer, evaluar y adquirir materiales, insumos, medicamentos, y servicios, según lo establecido en normas y procedimientos institucionales, actuando dentro del marco legal que establecen las leyes vigentes
- m) Preparar el plan de gastos anuales, relacionados con las necesidades de suministros y elaborar el plan de compras trimestralizado evitando el sobre estocamiento de insumos en el almacén central.
- n) Fortalecer a nivel de la Gerencia el uso de instrumentos técnicos administrativos establecidos dentro del subsistema financiero contable en actual vigencia.
- o) Velar por el cumplimiento de los presupuestos destinados a la ejecución de los planes operativos en el nivel regional.
- p) Coordinar con los diferentes departamentos, para la elaboración de presupuesto y planificación de la misma.
- q) Tiene función directa de relacionamiento, coordinación y supervisión sobre los diferentes administradores de los Hospitales y Servicios en el ámbito Gerencial.
- r) Participar en las reuniones del Consejo Técnico Administrativo y otras de carácter intra e intersectorial según requerimientos de la Red de Salud.

DEPENDENCIA

El Administrador, depende jerárquicamente y funcionalmente del GERENTE DE RED.

Ejerce autoridad:

La Administración de la GERENCIA tiene bajo su conducción a la:

- Sección de Contabilidad, Presupuestos y Activos Fijos
- Sección de Almacenes
- Sección de Servicios Generales, Chóferes, trabajadora manual
- Sección de Habilitación y Control del RRHH.

Requisitos para el Cargo:

- Título Universitario de Administración de Establecimientos de salud, Auditoría Financiera o Economía y/o ramas afines, o estar cursando estudios Universitarios en Ciencias Económicas y Financieras, o estudios en Institutos Superiores de Contabilidad y Finanzas.
- Título en Provisión Nacional, o Certificado que acredite su formación profesional.
- Tener experiencia de dos años en funciones administrativas a nivel Institucional, u otros relacionados con el cargo.
- Tener conocimientos básicos de Leyes Administrativas en actual vigencia.
- Tener conocimientos básicos de paquetes computarizados.
- El cargo será designado por el Director Técnico Departamental del SEDES, a través de concurso de méritos y examen de competencia.

IV.- UNIDAD TÉCNICA DE APOYO

UNIDAD DE PROGRAMAS, Y RED DE SERVICIOS

Definición y Objetivos de la Unidad de Programas y Red de Servicios: La Unidad de Programas y Red de Servicios, es la repartición responsable del desarrollo de los programas de salud nacionales y regionales, de la supervisión, monitores y evaluación de la red de servicios de salud y los servicios de apoyo especializado (médicos, farmacéuticos, hospitalarios y de laboratorio), en favor de la salud de la población en el ámbito Cercado.

Son integrantes de la Unidad de Programas y Red de Servicios la:

- **División de Programas y Enfermería**
- **División de SNIS - Estadística**

Los objetivos, metas y actividades de estas divisiones técnicas, se enmarcan en la naturaleza de sus funciones.

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE PROGRAMA Y RED DE SERVICIOS

Título del Cargo

Unidad Programas y Red de Servicios.

Descripción del Cargo: El responsable de la Unidad es el encargado de la supervisión, monitoreo, evaluación y desarrollo de los programas de salud nacionales en la red de servicios de salud de la Gerencia y de los servicios de apoyo especializado (médicos, farmacéuticos, hospitalarios y de laboratorio), en favor de la salud de la población, en el nivel Gerencial mantiene una coordinación estrecha con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y de Gestión Social para el desarrollo de estrategias y políticas locales y nacionales de salud.

Funciones Principales

En la Red de Servicios:

- a) Planificación, supervisión, monitoreo y evaluación técnica de la oferta de servicios en la red (Hospitales, Centros y Puestos de Salud), así como también la identificación de los recursos humanos y materiales que se utilizan en esta área, con el objetivo de preparar planes, proyectos, y programas de apoyo al equipamientos, infraestructura, logística, y gestión en el ámbito operativo.
- b) Articulación, coordinación y desarrollo de la red de servicios, en el Sistema de Salud , con énfasis en el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención .
- c) Formulación, compatibilización y actualización de las normas institucionales para la atención de la población en las áreas de fomento y promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad; en toda la red de servicios.
- d) Desarrollo instrumentos técnicos normativos para la regulación de la oferta de los servicios de salud a la población, sobre todo en la acreditación de otros prestadores de salud institucionales o comunitarios.
- e) Proponer, establecer, y definir lineamientos generales para la acreditación, normalización y registro de servicios de salud en otros prestadores de salud de la seguridad social, privada y comunitaria para la prestación del SUMI.

- f) Coordinación, seguimiento y supervisión de programas de salud en cada uno de los servicios de la red institucional, seguridad social y ONGs.
- g) Asegurar en el ámbito operativo una adecuación y aplicación de las normas nacionales de los programas de salud en las redes de servicios, con énfasis en la Salud Familiar Intercultural y comunitaria dirigidos a la atención primaria de salud.
- h) Ejecución, e implementación de la FIM de Referencia en el centro de mayor complejidad dotando de suministros y medicamentos para lograr un manejo adecuado de los insumos esenciales.
- i) Proporciona los medios técnicos necesarios a cada uno de los establecimientos de la Gerencia, para el desarrollo de sistemas de control I, con énfasis en la prestación de calidad en el ámbito de la red de servicios.
- j) Cumplir y hacer cumplir las Leyes, los Estatutos, Reglamentos, Manuales, Resoluciones, Normas y Procedimientos en todos los establecimientos de la red de Salud.
- k) Promover la interrelación de las actividades del Servicio Departamental de Salud en el campo preventivo y asistencial, con otras instituciones del sector salud, ONGs, con el propósito de evitar duplicidad de acciones.
- l) Asesorar al Despacho del Gerente de Red en temas y áreas de formulación de normas y procedimientos para la prestación de servicios de salud, acreditación, seguimiento de programas, planes y proyectos ejecutados por ONGs, y otros prestadores de servicios de salud.
- m) Desarrolla normas y procedimientos técnicos que regulen las actividades médicas, de enfermería, técnicas y administrativas, para cada uno de los niveles de la Red Servicios.
- n) Controla la aplicación eficiente y adecuada de los procedimientos de atención médica y el Proceso de Atención en Enfermería, mediante acciones de supervisión permanente para asegurar la calidad de las prestaciones en salud.
- o) Supervisa, y evaluar en forma periódica en cada uno de los establecimientos de salud, el uso y aplicación de la Historia Clínica Única, subsistema de

información, subsistema de suministros y medicamentos, subsistema de administración y control financiero, y otros sistemas de administración establecidos a nivel de la Gerencia de Red.

En Planificación y Elaboración de Proyectos:

- p) Aplica los lineamientos generales establecidos por la Unidad de Planificación y Proyectos del SEDES para la preparación del Plan Operativo Anual en coordinación con el equipo técnico de la Gerencia.
- q) Mantiene coordinación con las Unidades de Administración, Vigilancia Epidemiológica, y Gestión Social, para estructurar planes de salud.
- r) Brinda apoyo técnico directo a los Directores de Hospitales y Jefes de Área, en la elaboración de los POAs Municipales

Otras actividades de apoyo técnico:

- s) Promover la Investigación Científica, en el campo de la Salud Pública, Enfermería, Medicina, Odontología y otras ramas, con la finalidad de obtener diagnósticos participativos en cada uno de los establecimientos de la red de servicios.
- t) Identificar, sugerir y seleccionar al recurso humano para recibir actualización y capacitación dentro del campo de la salud según los requerimientos y necesidades de la Red de Servicios.
- u) Realizar otras labores encomendadas por el nivel superior de decisión de la entidad, que estén relacionadas con sus funciones específicas y las expresamente señaladas por este Manual de Organización y Funciones.

Dependencia: El responsable de la Unidad de Programas y Red de Servicios depende directamente del Gerente de Red y cumple funciones de apoyo y asesoría técnica directa al Gerente y sus organismos técnicos.

Ejerce autoridad sobre: Los responsables regionales de las divisiones de:

- **División de Programas y Enfermería**
- **División de SNIS - Estadística**

Requisitos para el cargo:

- Título Universitario de Médico Cirujano, o Licenciada en Enfermería
- Título en Provisión Nacional.
- Registro del Colegio Médico o colegio de Enfermeras
- Registro en el Ministerio de Salud.
- Especialidad en Salud Pública, Post Grados en Planificación, Administración de Servicios y Programas, o Diplomado Superior en Planificación y Proyectos.
- Dos años de experiencia en el campo de la administración de servicios públicos sanitarios.
- Tener conocimientos amplios de la problemática sanitaria del Departamento de Tarija.
- Habilidad técnica para la formulación de planes, proyectos, programas, investigación en salud, y en gerencia en salud.

V.- SECCIÓN DEL SNIS – ESTADÍSTICA**Título del Cargo**

Responsable GERENCIA DE RED de la Sección del SNIS – Estadística

Descripción del Cargo: La Sección del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y Estadísticas, es la encargada de la: recolección, procesamiento y distribución de la información estadística, para fines de asesoramiento, planificación, evaluación y control de las actividades médicas y de salud por los organismos superiores de toma de decisiones en la Gerencia de Red de Salud.

También es la responsable de realizar el control de la calidad de la información en cada uno de los establecimientos de la red de servicios a nivel de Gerencia, con el objetivo de contar con información oportuna, veraz y confiable, que permita el

análisis, y evaluación de los indicadores establecidos dentro del sistema nacional de información en salud.

Funciones Principales:

- a) Mantener permanentemente activo el proceso de información generado en los Servicios de Salud, mediante el manejo actualizado del Sistema de Información en Salud (SNIS) en el ámbito de la RED.
- b) Preparar, actualizar y supervisar la utilización de los subsistemas de información en todos los servicios de la red, utilizando instrumentos técnicos de supervisión.
- c) Proporcionar información relevante a las Unidades Técnicas para el desarrollo del proceso de planificación de las actividades en la red de servicios.
- d) Elaborar y distribuir reportes de las actividades desarrolladas, para la retroalimentación de la Gerencia de RED de Salud y para las reuniones de CAI programadas, con la periodicidad necesaria según necesidades.
- e) Elaborar, cuadros, y gráficas de la información estadística recogida en cada establecimiento, con la finalidad de preparar y publicar oportunamente las Memorias Anuales, Boletines mensuales y Hojas de Información estadística periódicas o eventuales que genere la Gerencia como mecanismo de retro - alimentación a todos sus servicios, autoridades, y comunidad.
- f) Manejar toda la red informática institucional, proporcionando datos e informes que les sean solicitados por usuarios, internos y externos a la institución, previa autorización escrita por la Gerencia o los jefes de las Unidades respectivas.
- g) Mantener actualizados los registros de todos los servicios que contengan información de las actividades de Salud y estas acciones que estén sistematizadas en la red informática de la RED.
- h) Preparar y difundir, en los niveles correspondientes, toda la información necesaria, para su utilización en las reuniones de CAI de RED o Regional.
- i) Participar en los CAI de RED y Regionales, para identificar todas las situaciones emergentes, y referidas a la generación y procesamiento de datos, como apoyo en la toma de decisiones por los niveles correspondientes.

- j) Codificar el diagnóstico de morbilidad, mortalidad y calcular los indicadores estadísticos por cada uno de los establecimientos de salud, para luego consolidar la información a nivel de la RED, para el análisis requeridos por la Gerencia.
- k) Criticar la integralidad y consistencia de la información recibida en forma escrita, para el conocimiento de sus superiores.
- l) Preparar y elaborar documentos que, por su naturaleza le correspondan, a solicitud de las instancias superiores del nivel de Gerencia, como del SEDES.
- m) Otras que, según necesidades y expresamente, se le encarguen por los niveles superiores.
- n) Coordinar con el INE, Municipios y otros para mejorar la información.
- o) Participar en actividades de capacitación continua al personal de salud, en el tema de análisis estadístico, elaboración de indicadores, preparación de informes, elaboración de estudios, y otras actividades que estén enmarcadas dentro de su capacidad técnica.
- p) Elaborar informe de fin de gestión consolidado por la RED, y Establecimientos de Salud de todos los indicadores establecidos en el SNIS, y de otra información que sea necesaria para el análisis de la situación de salud de la RED hasta el 10 de enero de cada gestión y hasta el 5 de manera mensual.
- q) Cumplir con las tareas por escrito, asignadas por sus superiores, brindar apoyo de oficina al resto de divisiones y secciones de la RED.
- r) Presentar su cronograma mensual de actividades y su informe del mes hasta el 5 de cada mes.
- s) Elaborar el cuadro de análisis del compromiso de Gestión por gestiones a inicio de cada año.
- t) Elaborar el consolidado del módulo de información básica por sectores y tenerlo disponible para los sectores y la Gerencia.
- u) Realizar supervisiones a los servicios de salud y realizar el control de la calidad de la información.
- v) Elaborar las gráficas y cuadros de monitoreo por servicio de la RED.

w) Presentar de manera oportuna toda la información requerida por la Gerencia de RED.

x) Velar por la veracidad de la información y vigilancia epidemiológica, presentar los informes de vigilancia epidemiológica semanalmente y el consolidado mensual.

y) Participar en la elaboración del POA por servicios.

Presentar hasta el 20 de enero las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad por servicio y el consolidado de la RED y demás funciones que le sean asignadas por la dirección de la GERENCIA.

Introducir a epi-info todas las carpetas familiares de los servicios de salud Durante el primer trimestre de cada gestión para luego elaborar el consolidado de la RED.

Realizar función de docencia en su campo al personal de salud.

- Responsable de la Radiocomunicación con los servicios de Salud como, del mantenimiento y buen funcionamiento de las Radios de la RED

Dependencia: Depende jerárquicamente de la GERENCIA DE RED, y de la Unidad de Programas y Red de Servicios, no ejerce autoridad sobre ninguna persona.

Requisitos para el cargo:

- Poseer título de Técnico Superior en Estadística en Salud.
- Tener como mínimo tres años de experiencia en la Institución o cargos similares, dos de los cuales como Técnico en Estadística.
- Tener certificación o conocimientos sólidos de manejo de sistemas computacionales, preferentemente: Procesadores de texto, bases de datos, gratificadores y hojas electrónicas.

6.3. CARACTERIZACION DE LOS INSTRUMENTOS Y MEDIOS DEL PROCESO DEFINICION DE CARGOS, RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO Y NIVEL DE RESOLUCION

6.3.1. DIRECCIÓN.

Nivel de mando para la toma de decisiones

- Ejecuta las políticas a nivel local emanadas por el ministerio de salud y deportes.
- Coordina, y ejecuta el presupuesto de acuerdo al POA municipal.
- Implementa el Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT),
- Dirige, supervisa, coordina y evalúa el desempeño del personal de salud bajo su dependencia.
- Elabora y es responsable del cumplimiento de los compromisos de gestión concertados entre el DILOS, instituciones y el SEDES.
- Preside las reuniones intrahospitalarias y de los comités.

6.3.2. ÁREA DE ADMINISTRACIÓN

- Dirige, supervisa, coordina y evalúa el desempeño del personal de salud bajo su dependencia.
- Promociona, coordina y evalúa los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.
- Facilita los procedimientos administrativos y técnico específico para el correcto cumplimiento de las funciones sanitarias.
- Asume las funciones de no asistencial que delegue el director.
- Participa en la comisión de dirección.

6.3.3. LAS JEFATURAS HOSPITALARIA

DEL ÁREA DE ENFERMERÍA.

- Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar el correcto funcionamiento de los servicios de enfermería
- Proponer las medidas necesarias para el funcionamiento de los servicios de enfermería.
- Promocionar, coordinar y evaluar los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.
- Asumir las funciones que expresamente le delegue el director del Hospital.
- Participar positivamente en las comisiones de dirección
- Los subalternos de Jefatura de Enfermería: deben cumplir funciones establecidas en el manual de funciones.

EL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA: Cumple funciones establecidas en el manual del hospital de acuerdo al perfil de formación profesional.

ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES: Cumple funciones establecidas en el manual del hospital de acuerdo al perfil de formación profesional. El estadístico también es responsable del mantenimiento correctivo, preventivo, de la información.

SERVICIO DE ALMACÉN: Compras y suministros.- Importante es la determinación de necesidades, y la adquisición es de acuerdo a normas establecidas. .

SERVICIO DE ROPERÍA Y LAVANDERÍA: Es el servicio encargado y responsable de devolver y reponer la ropa usada, limpia y desinfectada para que pueda volver a utilizarse.

EL SERVICIO DE LIMPIEZA: Se encargan de mantener el hospital en condiciones de limpieza óptimas.

EL SERVICIO DE COCINA Y ALIMENTACIÓN: Es el encargado y responsable de elaborar y suministrar los alimentos a los pacientes y personal de turno del hospital.

SERVICIO DE TRANSPORTE: Responsable del mantenimiento de las ambulancias (2) y de la camioneta y estar en condiciones oportunas para intervenir en el traslado de emergencias.

6.3.4. COORDINACIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.

Realizan actividades de relacionamiento y difusión de información para la toma de decisiones. La coordinación, la motivación, el trabajo en equipo, el sentido de pertenencia, las relaciones laborales, las ordenes, la delegación, exigen adecuada información y comunicación. La Red de procedimientos interrelacionados pretende suministrar la información necesaria para permitir a la entidad el logro de los objetivos. Debe referirse a hechos internos y externos. La información generada por el hospital es recolectada de los instrumentos de captación a través de las historias clínicas, carnet de salud infantil, carnet peri natales, fichas epidemiológicas de notificación de casos.

- Instrumentos de sistematización: del SNIS.
- Instrumentos de Consolidación
- Retroalimentación de la información a través de los reportes análisis del información en los comités de análisis de la información en forma mensual a través del monitoreo y trimestral a través de un reporte.

COORDINACIÓN: Sincronización ordenada de los esfuerzos en relación a **cantidad, calidad, oportunidad y dirección**, si uno de estos cuatro aspectos falla, la coordinación habrá fallado y el objetivo no será alcanzado. La coordinación está centrada en las reuniones que se sostiene con los responsables de las instituciones a nivel local.

- Procedimientos de coordinación
 - Convocatorias.
 - Invitaciones
 - Notas de comunicación

- Sistema de evaluación:
 - Evaluación del desempeño.
 - En los comités de análisis de la información, determinar el grado de avance de los programas de salud.

- Comunicaciones

6.3.5. ELEMENTOS PERSONAL.

- Único elemento dinámico dentro del proceso administrativo, por tanto es el determinante en el logro de los objetivos.
- La administración del personal se refiere al trato y organización de los individuos para que se logre el máximo desarrollo posible de sus habilidades.
- Se debe conocer el proceso de administración de personal y de las relaciones humanas.

LA PROMOCIÓN DEL PERSONAL:

Está basada en base al rendimiento del funcionario o trabajador de salud en los diferentes programas, en base a los compromisos de gestión.

LA MOTIVACIÓN: plan de incentivos.

- a) Desarrollo del personal: Actualización, entrenamiento, perfeccionamiento
- b) Alejamiento del personal: retiro, entrevista final, informe confidencial.

PLANTA FÍSICA: Es una respuesta arquitectónica a las necesidades de local, superficie, instalaciones, etc. exigencias por una determinada función. Aspectos administrativos a considerar:

a) **Objetivos:** Es una respuesta arquitectónica a las necesidades de local, superficie, instalaciones, etc. exigencias por una determinada función en el sector salud.

b) **Flujo gramas:** No se dispone de un flujo grama de atención al usuario
Se dispone de señalización por colores:

1. Color amarillo: Internación
2. Azul: Imagenología – Rayos X
3. Celeste: Chagas congénito - laboratorio
4. Verde: pediatría
5. Rojo: Laboratorio
6. Negro: Atención Integral al menor de 5 años

6.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tras el examen teórico conceptual realizado al conjunto de variables que son objeto del presente estudio, es posible puntualizar las siguientes conclusiones:

PRIMERA: En lo que respecta a la tipificación del marco teórico conceptual del actual modelo de administración de recursos humanos del Programa Seguro Universal de Salud Autonomico de Tarija (SUSAT), se logró tipificar los mismos a través el acápite 2.5.3. Donde se destaca que éstos están enmarcados en el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, (SAFCI), como marco de operatividad técnica del sector salud. De donde este programa forma parte como un instrumento más de la prestación de servicios asistenciales de salud.

De igual manera se constató, que como programa, el Seguro Universal de Salud Autonomico de Tarija (SUSAT) no cuenta con: instrumentos, medios propios de asignación, seguimiento y evaluación de los recursos humanos, económicos, materiales y suministros, asignados desde la gestión 2006 hasta la 2010; así como del mismo programa.

SEGUNDA: En lo que respecta, específicamente a la asignación de recursos humanos desde el 2006 al 2010, según el nivel de resolución; Cabe señalar a través del cuadro N° 17 y gráfica 6; en términos de totales, el mismo contempla una tendencia creciente mayor en los recursos humanos del nivel de resolución - 2, en promedio del 61.0%; respecto al 40.0%, dado en el nivel de resolución -1; en relación al 2006; asumido como año base de análisis; de manera general se pueden apreciar en el indicado cuadro y gráfica respectiva.

Prosiguiendo con el análisis descriptivo, también se identificaron dos modalidades de contratación de recursos humanos centrados en lo que implica al contrato: la referida a Ítem asignado por ley, y según institución con responsabilidad directa para con el sector salud. En este ámbito se puede deducir del cuadro N° 18 y gráfica 7; un comportamiento creciente, desde el año 2006 al 2010; la contratación de recursos

humanos, menor a las del nivel de resolución -1; que implica la contratación de personal administrativo como de especialidad médica, respecto al nivel de resolución -2; que tiene una tendencia creciente en mayor grado en ambos casos, en los mismos periodos de análisis.

Mientras el comportamiento en la asignación de recursos humanos en los ítems, el cuadro N° 19 y gráfica 8; señalan una tendencia irregular creciente en la contratación de personal administrativo y de especialidad médica del nivel de resolución -2; respecto al nivel de resolución -1; cuya tendencia es casi constante en todo el periodo de análisis solamente en lo que implica el personal de especialidad médica.

Por último el cuadro N° 20, señala las fuentes de financiamiento de los recursos humanos, de los cuales se destaca que en un promedio del 40.0% de estos recursos definidos como personal administrativo del nivel de resolución -2; es financiado por el municipio, en relación al 87.5%, en promedio del nivel de resolución -1; también tienen a esta institución como fuente principal de financiamiento; frente a las demás que tienen porcentajes menores a los indicados en los párrafos ya señalados.

En lo que respecta a la categoría especializada; que engloba a todo el personal médico y paramédico, como el de apoyo al mismo; es financiado por el Tesoro General de la Nación, en un promedio del 43.3%; de las cuales el 50.0% corresponde al nivel de resolución -1 y el 40.0% al nivel de resolución -2; según se pudo constatar a través del indicado cuadro.

TERCERA: Con referencia a la incidencia del modelo actual de administración en la cobertura de prestación y atención de servicios asistenciales de salud médica, según el nivel de resolución, a través el cuadro N° 21 y gráfica 9; se observa en forma general, una tendencia decreciente a partir del 2007 hasta el 2008, para luego iniciar una

tendencia constante, casi a un mismo nivel hasta el año 2010, según se puede deducir del cuadro y gráfica arriba señalados.

Por otro lado, también se pudo constatar que la cobertura en las prestaciones y atenciones asistenciales médicas tienen tendencia creciente desde el año 2007 al 2008, para luego decrecer hasta el 2010; en promedio del 20.0% menos, en relación al año 2006, año asumido como base de análisis. En lo que implica el nivel de resolución – 1: comparativamente al comportamiento tendencial del total de admisiones y recursos humanos en este mismo periodo, caracterizado por ser creciente, según se puede destacar del cuadro N° 22 y gráfica 10.

Por último la gráfica 11; señala que tanto las prestaciones, como las atenciones médicas tienen tendencia creciente desde el 2007 al 2008; y a partir de ahí decreciente hasta el 2010, con relación al 2006, asumido como año base de análisis. Comparativamente al comportamiento dado en las admisiones y los recursos humanos que tienen una tendencia irregular creciente y decreciente en algunos años del periodo de análisis, según se puede destacar de la gráfica ya señalada

CUARTA: En lo que respecta la Caracterización de los servicios asistenciales de salud médica, con incidencia negativa, por la aplicación del actual modelo de administración, se tiene en el cuadro N° 23 y gráfica 12; la tendencia del índice base 2006 =100; que caracteriza la prestación y atención médica entre otros servicios asistenciales de salud por parte del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT), desde el 2006 al 2010: y se observa que tanto las prestaciones como las atenciones son crecientes desde el 2007 al 2008, para luego iniciar un proceso decreciente hasta el 2010, respecto al 2006, asumido como año base de análisis.

Situación similar se presenta en lo que implica a las pruebas especializadas, la emisión de recetas prescritas y lo que implica a los paquetes

QUINTA: En lo referente a la elaboración de una nueva propuesta de modelo de gestión de asignación de recursos humanos que responda de manera efectiva y con calidad a las necesidades de prestación de servicios en la red de salud de Villa Montes, teniendo como base , las limitaciones identificadas.

El modelo de prestación y atención de salud familiar intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integridad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Por lo tanto, el modelo de atención se constituye en la forma de articular persona, familias y comunidades o barrios con el equipo de salud, a partir de una prestación con enfoque de red, de carácter horizontal, mediante el respeto de su cosmovisión, procesos de comunicación fluidos y aceptación de la decisión del usuario (procedimientos, diagnóstico, tratamiento y prevención); por lo que la atención de salud no sólo abarca la enfermedad, sino la persona en su ciclo de vida, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión.