



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE TARIJA

¡Juntos por un Nuevo Tiempo!

# SUSAT, la Primera Revolución en Salud



¿QUE NECESITO PARA SI SOY NACIDO EN EL DEPARTAMENTO DE TARIJA?

- C.I. (Cedula de Identidad) para cada beneficiario
- Fotocopia simple de su estado civil
- Devolver el formulario de su estado civil
- Para cada fotocopia de su estado civil



## **GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE TARIJA**

Adrián Esteban Oliva Alcázar  
**GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO**

Jubel Rubén Ardaya Salinas  
**SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE GESTIÓN INSTITUCIONAL**

Edgar Guzmán Jáuregui  
**SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO HUMANO**

Ana María Barja Villarroel  
**SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE OBRAS PÚBLICAS**

Paúl Castellanos Zamora  
**DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD (SEDES)**

### **ELABORACIÓN:**

María del Pilar Orozco Orozco  
**Directora de Gestión de la Salud del Tercer Nivel**

Daniela Cubas Cossío  
**Responsable de Planificación y Monitoreo de la Agenda del Bienestar**

Luis Carlos Barrios Bueno  
**Asesor Jurídico**

### **COLABORADORES:**

Carmen Navarro López  
**Jefe Unidad de Seguros Públicos de Salud**  
Oscar Soruco Quiroga  
**Jefe Unidad de Planificación y Proyectos**

Equipo Técnico SUSAT  
Equipo Técnico SEDES

### **REVISIÓN:**

María Eugenia Aguilar Choque  
Especialista de Mejora Institucional

### **DIAGRAMACIÓN:**

Javier Vargas

Tarija, Mayo 2019

## PRESENTACIÓN

El presente documento contiene un informe completo sobre el estado de situación del SUSAT en Tarija, después de más de doce años de su implementación, así como información relativa a la inversión que realiza el Gobierno Autónomo Departamental en salud, tanto en infraestructura como equipamiento hospitalario. Se muestra información fidedigna sobre el impacto del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT) y otras políticas públicas en materia del sistema de salud demostrando el mejoramiento de la calidad de vida del pueblo tarijeño desde su creación. El rediseño de la política departamental, con el desarrollo de nuevos programas, nuevas inversiones y prioridades que se efectúan en el marco de la crisis del despilfarro, sobreendeudamiento y la caída drástica de los ingresos de Tarija.

Presentamos el diagnóstico de la situación del sector salud en nuestro departamento, con el objetivo de que la población conozca las inversiones realizadas en infraestructura y equipamiento en los establecimientos de tercer nivel de nuestro departamento, las refacciones y ampliaciones realizadas, las obras reactivadas y su avance hasta la fecha. Además, hemos calculado los recursos que se requieren para concluir los proyectos de alto impacto, como el Hospital Materno Infantil y el Hospital Oncológico, así como también para refaccionar las instalaciones del INTRAID, Hospital Regional San Juan de Dios y Hospital Virgen de Chaguaya y la inversión necesaria para ampliar el Banco de Sangre y brindar un mejor servicio a los pacientes.

Para que funcione nuestro SUSAT, la Gobernación tuvo que realizar inversiones, desde la gestión 2006, en ítems para profesionales de salud del primer y segundo nivel de salud, los cuales son de competencia del nivel municipal, pero que fueron financiados con recursos provenientes de Regalías Departamentales en el marco de la subsidiariedad y complementariedad.

A partir de la presente gestión, el Gobierno Autónomo Departamental de Tarija establece como una prioridad la implementación de un Modelo de Gestión de Salud de Establecimientos de Tercer Nivel, así como nuevos “paquetes” de prestaciones que ampliarán la oferta de productos y servicios de salud en beneficio de la población tarijeña.

La aprobación de la ley 1152 con la creación del Seguro Único de Salud se presenta como una oportunidad para el departamento para avanzar hacia una segunda revolución de la salud en Tarija. Nuestro punto de arranque es el convenio intergubernativo firmado por el Gobernador Adrián Oliva con la Ministra de Salud que tiene el propósito de lograr la coordinación y complementariedad entre el SUSAT y el SUS. El objetivo es el ejercicio coordinado de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de gestión del sistema de Salud entre el MINISTERIO y la GOBERNACIÓN, para implementar y fortalecer el Sistema Único de Salud (SUS) en complementariedad con el Seguro Universal Autónomo de Tarija (SUSAT) en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención del Departamento de Tarija. El SUSAT se mantiene vigente, pero en una etapa en la que se priorizarán las atenciones en salud de alta prevalencia.

El año 2019 será el nacimiento de una nueva revolución en el departamento de Tarija, cuya finalidad es consolidar la vanguardia nacional en materia de indicadores de salud de nuestra población.

12 años trabajando por la salud de los tarijeños ///.....

## ÍNDICE

### I. PRIMERA PARTE: EL SEGURO UNIVERSAL AUTÓNOMO DE TARIJA

1.1.	La historia de la creación del SUSAT	11
1.2.	Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija SUSAT	12
1.2.1.	Prestaciones	12
1.2.2.	Prestaciones por Nivel de Atención	14
1.2.3.	Inversión Realizada en el SUSAT	16
1.3.	Evolución de los indicadores en salud	17

### II. SEGUNDA PARTE: LA INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD

2.1.	Infraestructura en salud	23
2.1.1.	Traspaso de los Establecimientos de Tercer Nivel a los Gobiernos Autónomos Departamentales	23
2.1.2.	Inversión realizada en infraestructura de Tercer Nivel (2012-2018)	24
2.1.3.	Inversión requerida en infraestructura de Tercer Nivel	30
2.1.4.	Inversión ejecutada y requerida en infraestructura de salud de Tercer Nivel	32
2.2.	Equipamiento en Salud de Tercer Nivel	32
2.2.1.	Inversión realizada en equipamiento en los Establecimientos de Tercer Nivel	32
2.2.2.	Inversión requerida en equipamiento para los Establecimientos de Tercer Nivel	33
2.2.3.	Inversión ejecutada y requerida en equipamiento para los Establecimientos de Tercer Nivel	36
2.3.	Recursos Humanos	37
2.3.1.	Inversión realizada en Recursos Humanos de Salud	37
2.3.2.	Requerimiento en Recursos Humanos	38
2.4.	Inversión ejecutada y requerida en Salud por el Gobierno Autónomo Departamental de Tarija	40

### III. TERCERA PARTE: PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN EN SALUD DE ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL

3.1.	Propuesta de Modelo de Gestión en Salud de Establecimientos de Tercer Nivel	43
3.2.	Modelo de Gerencia Hospitalaria bajo el Enfoque de Autonomía de Gestión	44
3.3.	Modelo de Atención de Salud	44
3.4.	Gestión de Calidad y Mejora Continua	45

#### **IV. CUARTA PARTE: CONVENIO INTERGUBERNATIVO**

4.1.	Análisis de la Ley N° 1152, Modificatoria de la Ley N° 475	49
4.2.	Complementariedad entre el Sistema Único de Salud (SUS) y el Seguro Universal Autónomo de Tarija (SUSAT)	50
4.3.	Propuestas para el ejercicio coordinado de responsabilidades entre el NCE y el GADT	51
4.4.	Conclusiones	59

#### **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla N° 1:	Prestaciones otorgadas por nivel de atención Gestión 2006-2018	14
Tabla N° 2:	Prestaciones otorgadas por nivel de atención Gestión 2015-2018	15
Tabla N° 3:	Prestaciones otorgadas por servicio. Gestión 2015-2018	15
Tabla N° 4:	Ejecución financiera del Programa SUSAT Gestión 2006-2018	16
Tabla N° 5:	Inversión en Infraestructura en Salud-Gobernación del Departamento de Tarija 2012-2018	30
Tabla N° 6:	Presupuesto Ejecutado y Saldo por Ejecutar en Infraestructura de Tercer Nivel (En Bs.)	32
Tabla N° 7:	Inversión en Equipamiento para los establecimientos de tercer nivel 2012-2019	33
Tabla N° 8:	Inversión en equipamiento por área de servicio Hospital Regional San Juan de Dios (En Bs.)	34
Tabla N° 9:	Inversión en equipamiento por área de servicio Hospital Virgen de Chaguaya (En Bs.)	35
Tabla N° 10:	Inversión en equipamiento por área de servicio Banco de Sangre (En Bs.)	36
Tabla N° 11:	Inversión en equipamiento por área de servicio INTRAID (En Bs.)	36
Tabla N° 12:	Presupuesto Ejecutado y Requerido en equipamiento para los Establecimientos de Tercer Nivel. (En Bs)	36
Tabla N° 13 :	Inversión en Recursos Humanos en Salud (En Bs.)	37
Tabla N° 14:	Requerimiento Histórico de Ítems por Nivel de Atención en el Departamento de Tarija	39
Tabla N° 15:	Requerimiento de Personal en Salud de Tercer Nivel (En Bs.)	39
Tabla N° 16:	Inversión ejecutada y requerida en salud Gobierno Autónomo Departamental de Tarija (En Bs.)	40

Tabla N° 17: Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Cuarta)	51
Tabla N° 18: Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Séptima)	51
Tabla N° 19: Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Quinta)	53
Tabla N° 20: Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Quinta, 5.2.)	54
Tabla N° 21: Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Sexta)	55
Tabla N° 22: Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Sexta, 6.3.)	56
Tabla N° 23: Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Octava)	57
Tabla N° 24: Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Novena)	58

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Prestaciones del SUSAT realizadas por Municipio. Gestión 2006-2018	14
Gráfico N° 2: Mortalidad Materna en Bolivia 2000 – 2011	18
Gráfico N° 3: Tasa de Mortalidad Infantil Bolivia-Tarija 2012 – 2017	18
Gráfico N° 4: Esperanza de vida al nacer, Bolivia-Tarija 2012 – 2017	19
Gráfico N° 5: Inversión Requerida en Infraestructura de Tercer Nivel- Gestión 2019	31
Gráfico N° 6: Inversión Requerida en Equipamiento para Establecimientos de Tercer Nivel expresado en porcentajes	34
Gráfico N° 7: Modelo de Gestión de Establecimientos de Tercer Nivel	43
Gráfico N° 8: Modelo de Gerenciamiento bajo el enfoque de Autonomía de Gestión	44
Gráfico N° 9: Modelo de Atención en Salud	45





**Primera Parte:**  
Seguro Universal  
de Salud Autónomo  
del Departamento  
de Tarija - SUSAT



## 1.1. La historia de la creación del SUSAT

En el año 2006 la entonces Prefectura del departamento de Tarija, actual Gobernación del Departamento de Tarija identificó como una acción estratégica la intervención en la salud como uno de sus planes fundamentales.

En el marco del D.S. 2421 de 21 de octubre del 2005, reglamentario de la Ley 3058 de hidrocarburos de 17 de mayo de 2005, que establece la distribución del IDH, en su artículo 2 que modifica el art. 8 del D.S. 28923 de 15 de noviembre del 2006 que señala como competencias para el nivel Prefectural “...**Complementación de medidas de aseguramiento público de salud**” así como otras competencias concurrentes con los Gobiernos Municipales, permitiendo de esta manera que los Gobiernos Departamentales creen políticas de aseguramiento, en un escenario donde el seguro de salud se concentraba en la atención de dos sectores poblacionales: por un lado el binomio madre-niño, y por otro, la población mayor de 60 años, dejando desprotegido a un segmento poblacional importante cuya salud dependía básicamente de lo que tenga en el bolsillo.

Es así, que el **7 de noviembre del 2006, mediante Resolución Prefectural N° 317** se crea EL SEGURO DE SALUD INFANTO JUVENIL, para brindar atención de salud integral y gratuita a los niños, niñas y adolescentes comprendidos entre los **5 y 19 años de edad** a partir del 1 de diciembre de 2006 en las 6 provincias y 11 secciones del departamento.

El **1 de agosto del 2007**, por **Resolución Prefectural N°250 /2007**, se amplía el rango de edad y el número de prestaciones, creando el **SEGURO UNIVERSAL DE SALUD AUTÓNOMO DEL DEPARTAMENTO DE TARIJA-SUSAT**, como política de salud importante y una de las medidas diseñadas a brindar servicio de salud a las personas comprendidas entre las edades de 5 a 59 años que residen en el departamento de Tarija que no cuentan con aseguramiento, dándoles la oportunidad de mejorar su calidad de vida y formar conductas saludables propias, garantizando la oportunidad de cada habitante de nuestro departamento a la atención de los servicios de salud.

El Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT) lleva más de doce años de implementarse, siendo el primero en su género, por lo menos, en los últimos 15 años en el ámbito de la salud pública. Se constituye en una de las más importantes, antiguas y sostenibles apuestas por un sistema de atención médica gratuita en los tres niveles de atención para la población excluida de los seguros de salud y de las políticas de salud del Estado Plurinacional. Desde su creación, se planteó llegar a las poblaciones de las seis provincias y 11 municipios a través de los 214 establecimientos de salud públicos del departamento de Tarija.

Para la implantación de esta política de prestaciones, el Servicio Departamental de Salud SEDES, a través de la Unidad de Seguros Públicos elaboró una serie de instrumentos operativos entre los que se encuentra el Reglamento operativo del SUSAT, el cual recoge el marco legal vigente en el país y asume procedimiento establecidos en las políticas de aseguramiento nacional como la Ley 475 de 30 de diciembre del 2013.

## 1.2. Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija- SUSAT

### 1.2.1. Prestaciones



#### 520 PRESTACIONES QUE OFERTA EL PROGRAMA SUSAT

- 297 Prestaciones médicas
- 7 Prestaciones Preventivas
- 68 Prestaciones de Laboratorio
- 25 Prestaciones Odontológicas
- 23 Prestaciones de Imagenología
- 99 otras Prestaciones según el nivel de complejidad

El SUSAT comprendía la atención plena de la población en los tres niveles de salud con 520 prestaciones que incluyen traslados de emergencia, imagenología, resonancia magnética, además de la provisión de medicamentos bajo una normativa específica.

La cartera de servicios que se brinda en cada nivel de atención se detalla a continuación:

#### PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



#### SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Asimismo, el SUSAT complementa su cartera de prestaciones con servicios de diagnóstico y servicios auxiliares para brindar una mejor atención a los afiliados.

### SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y AUXILIARES

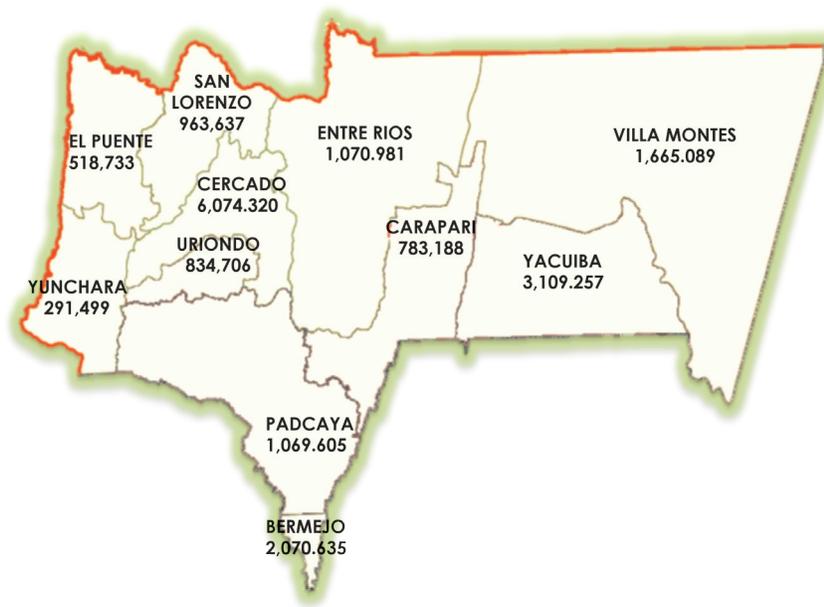


En octubre del 2018 se crearon 4 nuevos paquetes de prestaciones dirigidos exclusivamente a la salud integral de la mujer. Dentro de las prestaciones implementadas se encuentran las siguientes:

1. Prevención de Enfermedades Catastróficas
2. Reconstrucción Mamaria para Mujeres Afectadas por el Cáncer de Mama
3. Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia
4. Prevención de Osteoporosis y Eclampsia

Desde la creación del SUSAT (7 de noviembre del 2006) hasta el 31 de diciembre del 2018 se brindaron un total de 18.451.650 prestaciones en todo el departamento en los tres niveles de atención, de los cuales el mayor número de prestaciones se realizó en Cercado con el 33%, seguida de Yacuiba y Bermejo con el 17% y 11% respectivamente como lo indica el siguiente gráfico:

Gráfico N° 1  
Prestaciones del SUSAT realizadas por Municipio  
Gestión 2006-2018



Fuente: Programa SUSAT

## 1.2.2. Prestaciones por Nivel de Atención

### PERIODO 2006-2018

Considerando el periodo de análisis de 2006 al 2018, de las 18.451.650 prestaciones realizadas el 61% se brindaron en los primeros niveles de atención, el 12% en los segundos niveles y el 27% en los terceros niveles de atención; el porcentaje mayor en el tercer nivel en relación al segundo nivel se debe, a la falta de hospitales de segundo nivel en nuestro departamento, lo que ocasiona que muchos casos que deberían resolverse en el segundo nivel sean referidos a los terceros niveles para su atención.

La siguiente tabla muestra a detalles el número de prestaciones realizadas por nivel de atención:

Tabla N° 1  
Prestaciones otorgadas por nivel de atención.  
Gestión 2006-2018

NIVEL DE ATENCIÓN	PRESTACIONES	
	NÚMERO	PORCENTAJE
PRIMER NIVEL	11.250.621,00	60,97%
SEGUNDO NIVEL	2.215.538,00	12,01%
TERCER NIVEL	4.985.491,00	27,02%
<b>TOTAL</b>	<b>18.451.650,00</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Programa SUSAT

## PERIODO 2015-2018

Durante la gestión 2015-2018 se realizaron 5.457.255 prestaciones en todo el departamento, manteniendo la relación de prestaciones en los diferentes niveles de atención, considerando el análisis del periodo 2006-2018 tal como se indica en la siguiente tabla:

Tabla N° 2  
Prestaciones otorgadas por nivel de atención -Gestión 2015-2018

NIVEL DE ATENCIÓN	PRESTACIONES	
	NÚMERO	PORCENTAJE
PRIMER NIVEL	3.310.681	61%
SEGUNDO NIVEL	653.217	12%
TERCER NIVEL	1.493.357	27%
<b>TOTAL</b>	<b>5.457.255</b>	<b>100%</b>

Fuente: Programa SUSAT

De las 5.457.255 prestaciones realizadas en este periodo por servicio otorgado, el 22% corresponde a consultas médicas, el 16% a laboratorios, el 11% a atenciones odontológicas y el 9% atenciones del sistema respiratorio, tal como se indica en la siguiente tabla:

Tabla N° 3  
Prestaciones otorgadas por servicio - Gestión 2015-2018

DETALLE DE PRESTACIONES REALIZADAS	Cantidad de Prestaciones por Nivel			TOTAL	
	1er Nivel de Atención	2do Nivel de Atención	3er Nivel de Atención	N°	%
Consultas médicas	937.033	108.278	182.542	1.227.853	22%
Atenciones Odontológicas	530.272	42.198	36.106	608.576	11%
Cirugías realizadas		15.688	23.982	39.670	1%
Dotación de Sangre		16.861	30.772	47.633	1%
Atención de enfermedades del sistema respiratorio	430.246	24.448	52.775	507.469	9%
Atención de enfermedades del sistema digestivo	223.342	27.318	55.671	306.331	6%
Atención de emergencias y urgencias	143.523		32.823	176.346	3%
Atención de enfermedades del sistema osteomuscular	128.555	25.498		154.053	3%

Atención de enfermedades del sistema cardiocirculatorio		23.867		23.867	0%
Atención enfermedades infecciosas y parasitarias	265.530	67.278		332.808	6%
Atención de otras patologías	433.769	159.278	358.550	951.597	17%
Ecografías	9.560	8.854	54.211	72.625	1%
Radiografías	100	21.466	87.935	109.501	2%
Electrocardiograma		1.255		1.255	0%
Tomografía Axial Computarizada			16.960	16.960	0%
Resonancia Magnética			9.195	9.195	0%
Laboratorios	205.504	110.626	551.689	867.819	16%
Traslado de Emergencia	3.247	304	146	3.697	0%
<b>TOTAL DE PRESTACIONES OTORGADAS</b>	<b>3.310.681</b>	<b>653.217</b>	<b>1.493.357</b>	<b>5.457.255</b>	<b>100%</b>

Fuente: Programa SUSAT

Dentro de las principales prestaciones otorgadas en el primer nivel se destacan las consultas médicas, atenciones odontológicas y enfermedades del sistema respiratorio. En el segundo nivel se atienden otras patologías, se realizan laboratorios y se atienden enfermedades infecciosas y parasitarias principalmente. En el tercer nivel se destacan los laboratorios de mayor complejidad además de tomografías y resonancias magnéticas.

### 1.2.3. Inversión realizada en el SUSAT

La inversión realizada por el Gobierno Autónomo Departamental en el programa SUSAT desde la gestión 2006 hasta la gestión 2018 supera los 328 millones de bolivianos, de los cuales un 26% de estos recursos se destinaron para cubrir las prestaciones de la Región del Gran Chaco y un 74% a cubrir las prestaciones de los 8 municipios restantes, tal como se indica en la siguiente tabla:

Tabla N°4  
Ejecución financiera del Programa SUSAT  
Gestión 2006-2018

GESTIÓN	MONTO FACTURADO SIN CHACO	MONTO FACTURADO CHACO	TOTAL DEPARTAMENTAL
2006	252.651,40	46.323,20	298.974,60
2007	8.145.101,33	2.550.475,20	10.695.576,53
2008	16.339.096,16	5.677.317,83	22.016.413,99
2009	19.448.738,77	6.903.723,60	26.352.462,37
2010	18.219.045,72	6.784.968,38	25.004.014,10

2011	17.400.879,01	6.922.984,80	24.323.863,81
2012	18.194.845,69	7.666.260,43	25.861.106,12
2013	21.617.893,74	8.499.896,19	30.117.789,93
2014	25.835.982,16	8.674.423,51	34.510.405,67
2015	29.508.569,62	10.850.708,18	40.359.277,80
2016	25.355.980,69	8.678.471,65	34.034.452,34
2017	22.919.167,00	7.738.073,95	30.657.240,95
2018	20.641.983,49	3.940.153,34	24.582.136,83
TOTAL	243.879.934,78	84.933.780,26	328.813.715,04
<b>PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Programa SUSAT

En la anterior tabla, asimismo, se observa que a partir del año 2008 la inversión superó los 20 millones de bolivianos anuales, monto que se incrementó en la gestión 2013 a 30 millones, debido a un aumento de los ingresos provenientes de regalías.

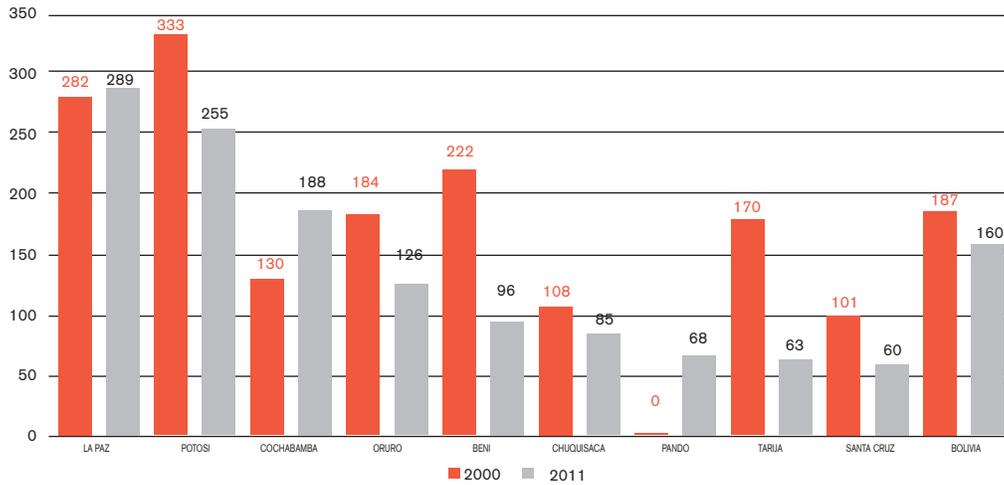
Pese a la caída de los precios del petróleo y la reducción de los ingresos para nuestro departamento en el año 2015, la inversión en este programa alcanzó los 40 millones. Sin embargo, en esta misma gestión se inició un trabajo de recarnetización ya que era necesario un ajuste en el proceso de afiliación, captación de información y prestaciones para optimizar recursos y mejorar la calidad de atención. Como resultado de este proceso se identificaron problemas de doble afiliación que se solucionaron con la recarnetización y se implementaron nuevas prestaciones de carácter preventivo, gracias a este trabajo se puede ver que a partir del año 2016 se reduce la inversión en el programa, sin embargo, se mejora la calidad de atención y el número de prestaciones otorgadas.

### 1.3. Evolución de los indicadores en Salud del Departamento de Tarija

La mejora de la oferta sanitaria que generó el SUSAT y las políticas departamentales en salud, debido al incremento del número de prestaciones otorgadas y a la cobertura del seguro en los tres niveles de atención, Tarija logró un impacto favorable en los indicadores de morbimortalidad del departamento, los mismo se detallan a continuación:

- Disminuyó el índice de pobreza de 41,6% reportado en 1994 a 37,5% en 2011, ligado a la reducción del gasto de bolsillo de la población.
- Disminuyó la tasa de mortalidad materna de 179 a 63 por 100.000 nacidos vivos, en los años 2000 y 2011 respectivamente, según datos del “Estudio Nacional de Mortalidad Materna, Ministerio de Salud Bolivia, 2015”. Posicionándose el departamento de Tarija como el segundo departamento con menor índice de mortalidad materna en el país, asimismo destacar la reducción del 189% de este índice en comparación al año 2000.

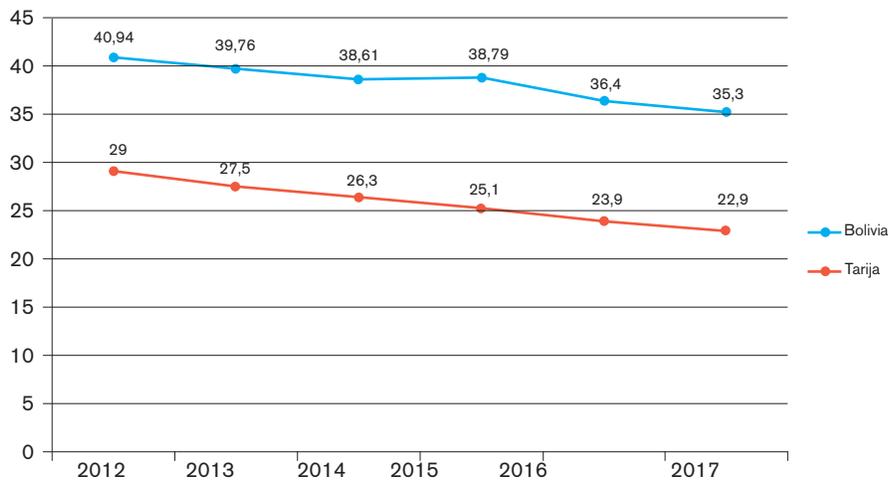
Gráfico N° 2  
Mortalidad Materna en Bolivia  
2000 - 2011



Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna, Ministerio de Salud Bolivia, 2015

- Se redujo la tasa de mortalidad en la niñez de 29 a 22.9 por 1000 nacidos vivos entre el periodo 2012 a 2017. La tasa de mortalidad infantil a nivel nacional en el año 2017 todavía se mantuvo en 35.3 por 1000 nacidos vivos.

Gráfico N°3  
Tasa de Mortalidad Infantil Bolivia-Tarija 2012 - 2017

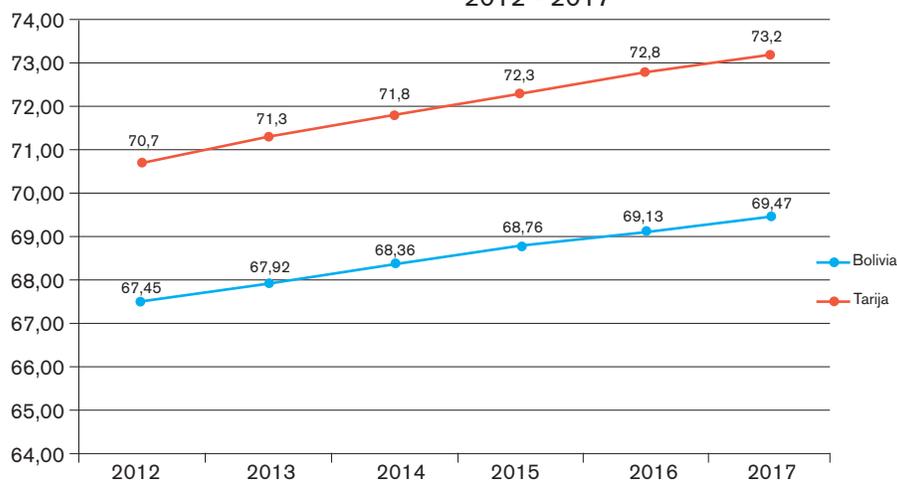


Fuente: Instituto Nacional de Estadística

- Aumentó la esperanza de vida al nacer de 70.7 años a 73.2 de 2012 a 2017. A nivel nacional la esperanza de vida en el año 2017 aún no superó los 70 años.



Gráfico N°4  
Esperanza de vida al nacer, Bolivia-Tarija  
2012 - 2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Algunos de los principales resultados del programa SUSAT que acompañaron la mejora de los indicadores fueron los siguientes:

- Aumentó el acceso a los servicios de salud por parte de la población más vulnerable y con mayor riesgo de salud.
- Mejoró la calidad de vida de 37.909 personas con problemas visuales con la dotación

gratuita de lentes.

- Salvó la vida a más de 53.799 personas, con la prestación de cirugía y a otros 17.363 pacientes con la prestación de servicios de traslados de emergencia interprovinciales.
- Efectuó dos millones de consultas médicas especializadas, sólo en odontología se realizaron 1.016.300 prestaciones de curación y prevención reduciendo el índice de caries y pérdida de piezas dentales, evitando así patologías gastrointestinales.
- Fortaleció a través del Gobierno Autónomo Departamental de Tarija los servicios de salud con infraestructura, equipamiento, recursos humanos y gastos de funcionamiento.

Con la información presentada en los puntos anteriores, se demuestra que el SUSAT se constituye en una de las más importantes, antiguas y sostenibles apuestas por un sistema de atención médica gratuita para la población excluida de los seguros de salud y de las políticas de salud del Estado Plurinacional. Desde su creación, se logró llegar a las poblaciones de los 11 municipios brindando un total de 18.451.650 prestaciones en todo el departamento, con una inversión que se mantuvo constante y que supera los 328 millones de bolivianos hasta la gestión 2018. Política que fue determinante y tuvo un impacto favorable en reducir los índices de mortalidad en el departamento, incrementar la esperanza de vida al nacer y mejorar la calidad de vida de la población tarijeña.



## **Segunda Parte:** La inversión en el sector salud



## **2.1. Infraestructura en Salud**

### **2.1.1. Traspaso de los establecimientos de Tercer Nivel a los Gobiernos Autónomos Departamentales**

A partir de la Ley 1551 de Participación Popular promulgada en abril de 1994, transfirió a los gobiernos municipales la administración de la infraestructura de los centros de salud y de hospitales de segundo y tercer nivel, asimismo, la responsabilidad de su equipamiento y dotación de medicamentos e insumos. Posteriormente, a partir de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Bóñez (Ley N° 031) se transfirió a los gobiernos departamentales, la administración de los hospitales de tercer nivel y la responsabilidad de su equipamiento y dotación de insumos y medicamentos.

Siempre que exista una modificación del titular o responsable del ejercicio de una competencia, es necesario un traspaso de responsabilidades. Este traspaso es el proceso de carácter administrativo, para el ejercicio efectivo de las responsabilidades sobre una competencia que la Constitución Política del Estado ha modificado en su titularidad al asignarla a una nueva Entidad Territorial Autónoma (Art. 112, LMAD). Entonces, al hablar de traspaso nos referimos a aquellas situaciones de cambio de responsable del ejercicio competencial a partir de la promulgación y puesta en vigencia de la actual Constitución Política del Estado (CPE).

Este proceso es inherente a cualquier movimiento competencial, en tanto el nivel territorial al que se ha asignado, transferido o delegado (el primer caso a partir de la CPE y los dos segundos según indica la LMAD), una competencia requiere la traslación de medios y servicios desde la entidad que anteriormente ejercía la competencia.

Con el fin de cumplir el mandato establecido en la Constitución Política del Estado y la LMAD, la administración y funcionamiento de los establecimientos de salud del tercer nivel deben ser asumidos por los Gobiernos Autónomos Departamentales.

En razón a la distribución y delimitación de alcances de las competencias del sector de salud establecida por la LMAD, los Gobiernos Autónomos Departamentales asumen, en el marco de la competencia concurrente del numeral 2 el parágrafo II del artículo 299 de la Constitución Política del Estado, las atribuciones de proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento, así como proveer los servicios básicos, equipo, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, al tercer nivel de atención en salud (inciso c y d, numeral 1, parágrafo III, artículo 81 de la LMAD).

El proceso de traspaso de responsabilidades para el ejercicio de las competencias requiere la entrega o cesión de recursos, equipamiento, tecnologías, procesos y procedimientos de la entidad que ejercía la materia hacia la entidad que la ejercerá en adelante. En el caso de salud, se traspasa la administración de hospitales del nivel municipal al nivel departamental.

De acuerdo con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización: "(...) son de propiedad de las entidades territoriales autónomas los bienes muebles, inmuebles, derechos y otros relacionados, que le son atribuidos en el marco del proceso de asignación competencial previsto

en la Constitución Política del Estado y la presente Ley, correspondiendo a estas entidades efectuar su registro ante las instancias asignadas por la normativa vigente” (Parágrafo I, Artículo 109, LMAD).

### **2.1.2. Inversión realizada en infraestructura de Tercer Nivel (2012-2018).**

Desde la gestión 2012 la Gobernación del Departamento de Tarija comenzó a invertir en infraestructura en salud, ampliando nuevas áreas en el principal hospital de referencia del departamento, el Hospital Regional San Juan de Dios, como son los bloques de Quemados, Infecciosos, Hemodiálisis, Patología, Lavandería, Almacén General, Área de Fichaje y Parqueo.



**Servicio de Almacén General**



**Servicio de Patología**



Áreas Exteriores



Áreas Exteriores



Área de Fichaje



Centro Departamental de Nefrología y Hemodiálisis



**Hospital del Quemado**



**Hospital del Quemado**



### Hospital Oncológico

Asimismo, se inició la construcción del Hospital Materno Infantil y el Hospital Oncológico, lo que permitirá descongestionar el Hospital San Juan de Dios y mejorar la calidad de atención del tercer nivel en todo el departamento atendiendo casos de mayor complejidad.

#### Hospital Oncológico

<b>COSTO DEL PROYECTO:</b>	<b>138.812.956,43</b>
PTO.EJECUTADO INFRAESTRUCTURA:	36.989.485,41
PTO EJECUTADO SUPERVISIÓN:	5.033.807,12
TOTAL EJECUTADO:	42.023.292,53
SALDO POR EJECUTAR:	96.789.663,90
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	30,27
FECHA DE INICIO:	22/12/2016
FECHA DE CONCLUSIÓN :	10/06/2019



### Hospital Materno Infantil

#### Hospital Materno Infantil

<b>COSTO DEL PROYECTO:</b>	<b>128.591.224,59</b>
PTO.EJECUTADO INFRAESTRUCTURA:	74.715.765,93
PTO EJECUTADO SUPERVISIÓN:	3.674.576,20
TOTAL EJECUTADO:	78.390.342,13
SALDO POR EJECUTAR:	50.200.882,46
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	60,96%
FECHA DE INICIO:	14/11/2012
FECHA DE CONCLUSIÓN :	05/04/2019

De la misma forma se concluyó la construcción del Hospital Virgen de Chaguaya en Bermejo el cual fue catalogado como hospital de tercer nivel a partir de la Resolución Administrativa N° 435 SEDES de Tercer Nivel de complejidad y funcionamiento.

El Gobierno Departamental de Tarija realizó la gestión correspondientes conseguir Bs. 30.316.740 y reactivar la construcción del Hospital de Tercer Nivel de Yacuiba, en el marco del programa de contrapartes locales (fideicomiso).

El costo total presupuestado para la ampliación y construcción de los Establecimientos de Tercer Nivel asciende a Bs. 387.566.892,57 de los cuales se tiene una ejecución del 59% hasta la gestión 2018. Se concluyó la construcción de 5 módulos de ampliación del Hospital San Juan de Dios y las obras del Hospital Virgen de Chaguaya, quedando tres infraestructuras en ejecución, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N°5  
Inversión en Infraestructura en Salud  
Gobernación del Departamento de Tarija 2012-2018

PROYECTO	COMPONENTE	COSTO TOTAL	TOTAL EJECUTADO	SALDO A EJECUTAR	% DE EJECUCIÓN
REFACCIÓN Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS, ESTERILIZACIÓN Y ARCHIVO CLÍNICO DEL HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS - TARIJA	COMPONENTE I: PATOLOGÍA, LAVANDERÍA Y ALMACÉN GENERAL	5.710.912,30	5.710.912,30		100%
	COMPONENTE IV: QUEMADOS	7.506.962,68	7.506.962,68		100%
	COMPONENTE IV: INFECCIOSOS	2.194.776,65	2.194.776,65		100%
	COMPONENTE V: HEMODIÁLISIS	2.083.721,16	2.083.721,16		100%
ESTERILIZACIÓN Y ARCHIVO CLÍNICO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TARIJA	COMPONENTE III: ÁREAS EXTERIORES Y PARQUEO	5.433.679,00	5.433.679,00		100%
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA-BERMEJO		15.801.223,76	15.801.223,76		100%
HOSPITAL YACUIBA		81.431.436,00	69.082.812,05	12.348.623,95	84%
HOSPITAL MATERNO INFANTIL *		128.591.224,59	78.390.342,13	50.200.882,46	61%
HOSPITAL ONCOLÓGICO*		138.812.956,43	42.023.292,53	96.789.663,90	30%
<b>TOTAL</b>		<b>387.566.892,57</b>	<b>228.227.722,26</b>	<b>159.339.170,31</b>	<b>59%</b>

Fuente: Secretaría Departamental de Desarrollo Humano y Secretaría Departamental de Obras Públicas.

Como se puede observar en la tabla anterior, se tiene un saldo por ejecutar de Bs. 159.339.170,31 en tres obras, de las cuales solo el hospital oncológico tiene una contraparte del 50% con recursos de la Unidad de Proyectos Especiales (UPRE) del Ministerio de la Presidencia.

### 2.1.3. Inversión requerida en infraestructura de Tercer Nivel

Los Establecimientos de Tercer Nivel presentan diferentes necesidades de infraestructura considerando la complejidad de atención y el crecimiento en la demanda de servicios, por lo que se considera necesario realizar un mejoramiento y ampliación de ciertas áreas como se indica a continuación:

a) **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.-** Ampliación y refacción del Hospital Regional San Juan de Dios en los siguientes componentes:

- **COMPONENTE VII:** Realizar la ampliación del archivo clínico, el área de neonatología, emergencias y consulta externa. Construcción de una rampa de emergencias y la remodelación de los artefactos sanitarios, puertas y ventanas. Costo Total: Bs. 14.743.348,32.
- **COMPONENTE VII:** Refacción del bloque central del Hospital Regional San Juan de Dios. Costo Total: Bs. 20.304.114,97.
- **REFACCIÓN DE ÁREAS EXTERIORES:** Retiro de escombros – Reubicación equipo en desuso – Limpieza general de las áreas libres, excavación para áreas de jardines, carriles de circulación y estacionamientos. Costo Total Bs. 5.000.000.

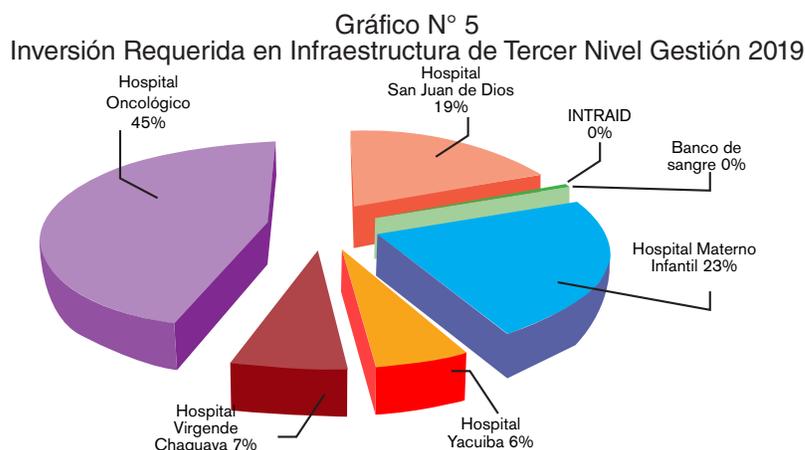
b) **BANCO DE SANGRE.- Ampliación.** Construcción de dos ambientes destinados para: oficinas del departamento de promoción y extensión social; y un ambiente para capacitación y reuniones. Costo Total Bs. 250.000,00.

c) **INTRAID.- Refacción.** Refacción general de techos, sistema de alcantarillado y desagüe sanitario, baterías y duchas de baños de pacientes; Ampliación del área de cocina; Creación de nuevos consultorios y salas de reuniones; Mejora del muro perimetral de la parte frontal del edificio. Costo Total Bs. 1.000.000,00.

d) **HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA.- Refacción.** Refacción del techo total del hospital y posterior mantenimiento interno y externo de paredes y rampas de acceso; Ampliación de farmacia y fichaje; Refacción de sala de quirófano; Implementación de sistema contra incendios: costo Total Bs. 15.000.000,00.

Asimismo, la conclusión de obras como la de los Hospitales de Tercer Nivel: Materno Infantil, Oncológico y el de Yacuiba.

La inversión requerida es de Bs. **215.636.633,60**, los mayores porcentaje se encuentran en el Hospital Oncológico, Hospital Materno Infantil y Hospital San Juan de Dios con el 45%, 23% y 19% respectivamente como se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano y Secretaría Departamental de Obras Públicas



### 2.1.4. Inversión ejecutada y requerida en infraestructura de Tercer Nivel

Tomando en cuenta la inversión ejecutada en infraestructura de tercer nivel y los requerimientos para mejorar las áreas ya descritas, podemos ver que hasta el 2018 se ha ejecutado una inversión de Bs. 228.227.722,26, quedando un presupuesto por ejecutar de Bs.215.636.633,60, es decir, se requiere un porcentaje similar al ejecutado para la ampliación y conclusión de obras de salud, tal como se muestra en el siguiente cuadro resumen:

Tabla N°6  
Presupuesto Ejecutado y Saldo por Ejecutar en Infraestructura de Tercer Nivel (En Bs.)

DESCRIPCIÓN	MONTO EJECUTADO	SALDO A EJECUTAR
Hospital San Juan de Dios.	22.930.051,79	40.047.463,29
INTRAIID		1.000.000,00
Banco de Sangre		250.000,00
Hospital Materno Infantil	78.390.342,13	50.200.882,46
Hospital YACUIBA	69.082.812,05	12.348.623,95
Hospital Virgen de Chaguaya.	15.801.223,76	15.000.000,00
Hospital Oncológico.	42.023.292,53	96.789.663,90
<b>TOTAL</b>	<b>228.227.722,26</b>	<b>215.636.633,60</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>

Fuente: Secretaría Departamental de Desarrollo Humano

## 2.2. Equipamiento de Salud de Tercer Nivel

### 2.2.1. Inversión realizada en equipamiento para los Establecimientos de Tercer Nivel

Paralelamente a las inversiones de infraestructura se realizaron varias inversiones en equipamiento para mejorar la calidad de atención en los hospitales y poner en marcha las nuevas instalaciones como fue el caso del Hospital Virgen de Chaguaya que fue el segundo establecimiento donde se invirtió mayor cantidad de recursos para su implementación desde el 2012.

La mayor inversión de recursos para equipamiento entre las gestiones 2014 y 2018 se realizaron en el Hospital San Juan de Dios, con un monto de Bs. 32.389.920, logrando fortalecer diferentes áreas y servicios.

La inversión realizada desde la gestión 2012 hasta la presupuestada en la gestión 2019 para equipamiento es de Bs. 110.438.563, de los cuales el 56% corresponde al Hospital San Juan de Dios y el 38% al Hospital Virgen de Chaguaya, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N°7  
Inversión en Equipamiento para los establecimientos de tercer nivel  
2012-2019

AÑO	PRESUPUESTO EJECUTADO Y PRESUPUESTADO EN EQUIPAMIENTO				
	HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS TARIJA	INTRAID	BANCO DE SANGRE	HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA BERMEJO	TOTALES
2012				39.298.937	36.298.937
2013	-	-	988.591	-	988.591
2014	9.133.370	824.929	-	3.801.825	13.760.124
2015	10.806.550	433.329	1.275.120	-	12.514.999
2016	2.185.400	388.369	-	388.855	2.962.624
2017	-	361.165	401.768	1.557.477	2.320.410
2018	10.264.600			-	10.264.600
2019	29.270.548	557.730	1.500.000		31.328.278
<b>TOTAL</b>	<b>61.660.468</b>	<b>2.565.522</b>	<b>4.165.479</b>	<b>42.047.094</b>	<b>110.438.563</b>
<b>%</b>	<b>56%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>38%</b>	<b>100%</b>

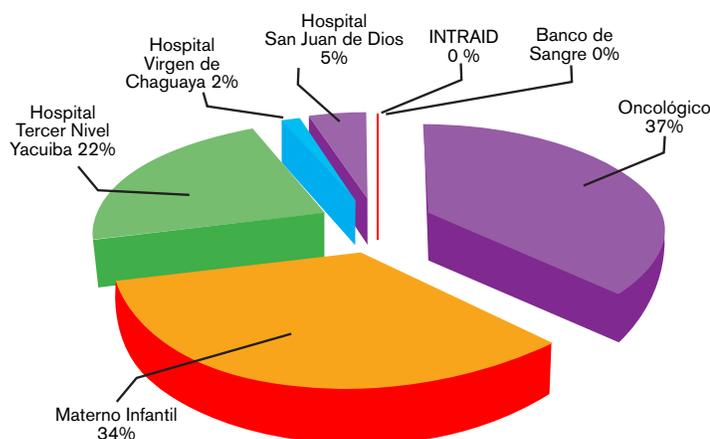
Fuente: Secretaria Departamental de Desarrollo Humano

Como se puede observar en la anterior tabla, en la gestión 2019 se tienen presupuestados Bs. 31.328.278 para fortalecer tres establecimientos, el Banco de Sangre, INTRAID y Hospital Regional San Juan de Dios, de los cuales 20 millones corresponden a los recursos obtenidos con el crédito de la banca privada gestionado por el Gobierno Autónomo Departamental de Tarija.

### 2.2.2. Inversión requerida en equipamiento para Establecimientos de Tercer Nivel

La inversión requerida para equipamiento en los terceros niveles en el departamento de Tarija es de Bs. 644.736.624, de los cuales el 93% corresponde a los tres nuevos hospitales a ser implementados, el Materno Infantil, Oncológico y Yacuiba, tal como indica el siguiente gráfico:

Gráfico N° 6  
Inversión Requerida en Equipamiento para Establecimientos de Tercer Nivel expresado en porcentajes



Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaria Departamental de Desarrollo Humano

Como se puede observar en el anterior cuadro el equipamiento requerido para los 3 nuevos establecimientos de tercer nivel asciende a un monto de Bs. 603.279.250,39, incluyendo mobiliario para su funcionamiento.

El equipo complementario requerido para los 4 establecimientos ya instalados asciende a Bs. 41.457.374,00, inversión necesaria para mejorar la calidad de atención.

El detalle del equipamiento requerido por establecimiento se muestra a continuación:

- **HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS.** Con el equipamiento se pretende fortalecer 9 áreas del Hospital, siendo el Resonador Magnético el que abarca el 64% del total de la inversión requerida, tal como lo indica el siguiente cuadro:

Tabla N°8  
Inversión en equipamiento por área de servicio  
Hospital Regional San Juan de Dios (En Bs.)

N°	DESCRIPCIÓN POR SERVICIOS	COSTO TOTAL
1	Equipamiento Médico Unidad de Anatomía Patológica	1.775.160,00
2	Mobiliario de Unidad de Anatomía Patológica	94.200,00
3	Equipos Industriales Unidad de Ropería y Lavandería	4.178.042,00
4	Mobiliario Unidad de Ropería y Lavandería	26.100,00
5	Equipos Médicos Servicios de Infectología	548.059,00
6	Materiales y Suministros Servicios de Infectología	41.980,00
7	Mobiliario Servicios de Infectología	144.073,00
8	Equipamiento Médico Unidad de Terapia Intensiva	3.899.760,00
9	Resonador Magnético	19.500.000,00
<b>TOTAL COSTO DEL PROYECTO Bs.-</b>		<b>30.207.374,00</b>

Fuente: Secretaría Departamental de Desarrollo Humano

- **HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA.** En el caso del Virgen de Chaguaya se requiere una inversión total de Bs. 10.000.000, de los cuales el mayor porcentaje va a fortalecer el área de imagenología con el 15%, como se indica en la siguiente tabla:

Tabla N°9  
Inversión en equipamiento por área de servicio  
Hospital Virgen de Chaguaya (En Bs.)

N°	DESCRIPCIÓN POR SERVICIOS	COSTO TOTAL
1	Equipamiento Médico Área de Quirófano	3.890.000,00
2	Equipamiento Médico Áreas de Terapia intensiva, quirófano, Medicina interna, Cirugía, ginecología, emergencias y consulta externa	1.160.000,00
3	Equipamiento Médico Áreas de Pediatría, neonatología	800.000,00
4	Equipamiento Médico Áreas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia, Quirófano, terapia intensiva, gastroenterología, neonatología, emergencias	120.000,00
5	Equipamiento Médico Área de Neonatología	503.000,00
6	Equipamiento Médico Área de Laboratorio	512.000,00
7	Equipamiento Médico Áreas de Terapia intensiva, medicina interna, Quirófano	210.000,00
8	Equipamiento Médico Áreas de Neonatología, quirófano, Pediatría	120.000,00
9	Equipamiento Médico Áreas de rayos x, neonatología, terapia intensiva, medicina interna	400.000,00
10	Equipamiento Médico Área de Esterilizador	500.000,00
11	Equipamiento Médico Área de Imagenología	1.500.000,00
12	Equipamiento Médico Área de Transfusional	25.000,00
13	Equipamiento Médico Área de terapia intensiva adulto	260.000,00
	TOTAL COSTO DEL PROYECTO Bs.-	10.000.000,00

Fuente: Secretaría Departamental de Desarrollo Humano

- **BANCO DE SANGRE.** El equipo requerido por el Banco de Sangre viene a constituirse en una herramienta fundamental para la producción eficiente y efectiva de sangre, principalmente el equipo de Aféresis, que corresponde al 90% del total requerido, como se indica a continuación:

Tabla N° 10  
Inversión en equipamiento por área de servicio  
Banco de Sangre  
(En Bs.)

N°	DESCRIPCIÓN POR SERVICIOS	COSTO TOTAL
1	Equipo de Aféresis	900.000,00
2	Separador de Hemocomponentes Sanguíneos	100.000,00
	<b>TOTAL COSTO DEL PROYECTO Bs.-</b>	<b>1.000.000,00</b>

Fuente: Secretaría Departamental de Desarrollo Humano

- **Instituto de Previsión, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación de Drogodependencias y Salud Mental - INTRAID.** La inversión de equipo viene a fortalecer las áreas de Consultorios y de Cocina:

Tabla N° 11  
Inversión en equipamiento por área de servicio INTRAID  
(En Bs.)

N°	DESCRIPCIÓN POR SERVICIOS	COSTO TOTAL
1	Mobiliario Áreas de Consultorios y Cocina	250.000,00
	<b>TOTAL COSTO DEL PROYECTO Bs.-</b>	<b>250.000,00</b>

Fuente: Secretaría Departamental de Desarrollo Humano

### 2.2.3. Inversión ejecutada y requerida en equipamiento para los Establecimientos de Tercer Nivel

Tomando en cuenta la inversión realizada en equipamiento y lo que se requiere para las nuevas infraestructuras y los hospitales en funcionamiento, se elaboró el siguiente cuadro resumen:

Tabla N° 12  
Presupuesto Ejecutado y Requerido en equipamiento para los Establecimientos de Tercer Nivel. (En Bs.)

DESCRIPCIÓN	MONTO EJECUTADO	SALDO A EJECUTAR
Oncológico		239.516.964,90
Materno Infantil		218.762.285,49
Hospital de Tercer Nivel Yacuiba		145.000.000,00
Virgen de Chaguaya	42.047.094,00	10.000.000,00
Hospital San Juan de Dios.	61.660.468,00	30.207.374,00
INTRAID	2.565.522,00	1.000.000,00
Banco de Sangre	4.165.479,00	250.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>110.438.563,00</b>	<b>644.736.624,39</b>

Fuente: Secretaría Departamental de Desarrollo Humano

La inversión realizada en equipamiento de los establecimientos que actualmente se encuentran en funcionamiento asciende a Bs. 110.438.563,00, sin embargo se requiere un monto de Bs. 41.457.374,00 (es decir un 27% de lo ya invertido) para equipar las nuevas áreas construidas en el Hospital San Juan de Dios, habilitar nuevos servicios en el Hospital Virgen de Chaguaya y reemplazar algunos equipos en el Banco de Sangre y el INTRAID para mejorar la calidad de atención a los usuarios. En cuanto al equipamiento demandado para los nuevos establecimientos, debido a su complejidad y la magnitud de los mismos, se requiere un monto de Bs. 603.279.250,39 lo que representa un 94% del monto total solicitado.

## 2.3. Recursos Humanos

### 2.3.1. Inversión realizada en Recursos Humanos de Salud

En febrero del año 2014 se promulga la Ley Departamental N° 104 “Ley de Creación de Ítems de Salud - Escala Salarial Establecimientos de Salud Departamento de Tarija”, cuyo objeto es: “Aprobar la creación y escala Salarial de 629 ítems de salud para los establecimientos de salud del Departamento de Tarija, de los cuales 128 ítems corresponden al tercer nivel y 501 a las Redes de Salud (primeros y segundos niveles). El pago de estos ítems se realiza mediante dos programas:

- Programa de Fortalecimiento Humano para Establecimientos de Salud Tercer Nivel.
- Programa de Fortalecimiento Humano en las Redes de Salud Departamento de Tarija”.

Actualmente la Ley prioriza ítems para primer y segundo nivel, considerando no solamente personal médico, sino también administrativo. La fuente de financiamiento de ambos programas son los recursos provenientes de las Regalías Departamentales.

El monto invertido desde la gestión 2006 hasta la gestión 2018 en recursos humanos para el sector salud es de Bs. 350.006.042, de los cuales, el 17% corresponde a Establecimientos de Tercer Nivel, siendo el mayor porcentaje para los primeros y segundos niveles, con el 83%, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 13  
Inversión en Recursos Humanos en Salud  
(En Bs.)

AÑO	PRESUPUESTO EJECUTADO		TOTAL
	FORTALECIMIENTO CON RECURSO HUMANO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL	FORTALECIMIENTO HUMANO EN REDES DE SALUD (1ER Y 2DO NIVEL)	
2006		6.733.103,16	6.733.103,16
2007		16.965.299,30	16.965.299,30



2008		17.336.415,23	17.336.415,23
2009		19.775.177,00	19.775.177,00
2010		18.492.236,00	18.492.236,00
2011	3.626.791,00	15.922.935,00	19.549.726,00
2012	7.798.298,02	16.325.433,97	24.123.731,99
2013	8.731.138,57	22.795.324,29	31.526.462,86
2014	11.448.695,90	28.846.462,20	40.295.158,10
2015	8.873.309,37	27.529.737,74	36.403.047,11
2016	8.417.893,17	26.351.447,48	34.769.340,65
2017	9.896.105,23 7	31.573.023,72	31.573.023,72
2018	10.988.932,85	41.474.388,17	52.463.321,02
TOTAL	59.885.059	290.120.983	350.006.042
<b>PORCENTAJE</b>	<b>17%</b>	<b>83%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración Propia con información del SEDES y el SIGEP

### 2.3.2. Requerimiento en Recursos Humanos

El Gobierno Autónomo Departamental ante la subida de los ingresos, asume el pago de ítems para el primer y segundo nivel, con el objetivo de fortalecer las redes de salud en el departamento y apoyar a la mejora del sistema de salud. Sin embargo, se tiene una deuda histórica de ítems que debe ser asumida por el nivel central, misma que se debe al crecimiento vegetativo de la población y de la implementación de nuevos centros de salud en todo el departamento. En este sentido el Servicio Departamental de Salud elaboró una lista de requerimiento de ítems para los tres niveles de salud del departamento, tomando en cuenta los dos aspectos ya mencionados, como también las necesidades de personal para los establecimientos de tercer nivel que se encuentran en construcción y con un porcentaje de ejecución bastante avanzado, como ser el Hospital Materno Infantil, Hospital Oncológico y el Hospital de Tercer Nivel de Yacuiba.

A continuación se muestra la tabla de requerimientos por nivel donde se observa que el 51% del requerimiento va dirigido al tercer nivel, tomando en cuenta los nuevos establecimientos; el 33% a los establecimientos de segundo nivel que deben implementarse de manera inmediata en el departamento debido a su inexistencia, lo que afecta el correcto funcionamiento de la red de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia; y el 16% al primer nivel para fortalecer la calidad de atención de los mismos a nivel departamental:

Tabla N° 14  
Requerimiento Histórico de Ítems por Nivel de Atención en el Departamento de Tarija.

REQUERIMIENTO POR NIVELES	N°	%
I NIVEL DE ATENCIÓN	487	16
II NIVEL DE ATENCIÓN	989	33
III NIVEL DE ATENCIÓN	1.553	51
<b>TOTAL</b>	<b>3.029</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio Departamental de Salud-SEDES

En el caso de los Establecimientos de Tercer nivel, el requerimiento es de 1553 profesionales en salud, siendo cinco los Hospitales los de mayor necesidad de personal: Hospital Regional San Juan de Dios, Hospital de Yacuiba, Hospital Materno Infantil, Hospital Oncológico y el Hospital Virgen de Chaguaya, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 15  
Requerimiento de Personal en Salud de Tercer Nivel (En Bs.)

N°	RED DE SALUD/INSTITUCIÓN	TOTALES
1	SEDES of. central	20
2	H.R. San Juan Dios	367
3	INTRAID	19
4	Banco de Sangre	17
5	Hos. III nivel Bermejo	281
6	Hospital III nivel Yacuiba	360
7	Hosp. Materno Infantil	306
8	Oncológico	310
9	Equipos Redes funcionales	80
10	SEMAT	28
<b>TOTAL DE REQUERIMIENTO</b>		<b>1553</b>

Fuente: Servicio Departamental de Salud- SEDES

El detalle de los requerimientos de por Nivel de Atención se detallan en el Anexo N°1.

## 2.4. Inversión ejecutada y requerida en Salud por el Gobierno Autónomo Departamental de Tarija

El Gobierno Autónomo Departamental de Tarija desde el 2006 ha apostado en salud más que muchos departamentos de Bolivia realizando una inversión en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y para que la población acceda al Seguro Universal, el SUSAT.

La siguiente tabla nos muestra la inversión ejecutada (2006-2018) y la inversión requerida (2019-2020) por el Gobierno Autónomo Departamental de Tarija, considerando la implementación de tres nuevos hospitales de tercer nivel: Materno Infantil, Oncológico y el de Yacuiba:

Tabla N° 16  
Inversión ejecutada y requerida en salud  
Gobierno Autónomo Departamental de Tarija (En Bs.)

DESCRIPCIÓN	PERIODO	TOTAL EJECUTADO	TOTAL REQUERIDO (2019-2020)
INFRAESTRUCTURA	2012-2018	228.227.722,26	206.968.792,98
EQUIPAMIENTO	2012-2018	110.438.563,00	647.236.624,39
RECURSOS HUMANOS	2006-2018	350.006.042,00	100.652.856,00
PRODUCTOS DE SALUD (aprox.)	2006-2018	328.813.715,04	45.178.127,12
<b>TOTAL</b>		<b>1.017.486.042,30</b>	<b>1.000.036.400,49</b>
<b>PORCENTAJE</b>		<b>50,43%</b>	<b>49,57%</b>

Fuente: Elaboración Propia

La inversión realizada por el Gobierno Autónomo Departamental de Tarija desde el 2006 ha sido de Bs. 1.017.486.042,30 (Un mil diecisiete millones, cuatrocientos ochenta y seis mil cuarenta y dos 43/100 Bolivianos), correspondiendo la mayor inversión a recursos humanos y al pago de prestaciones por el seguro universal, con el 34% y 32% respectivamente.

La inversión requerida para fortalecer principalmente los nuevos establecimientos de Salud de Tercer Nivel, durante las gestiones 2019 y 2020 es de Bs. 1.000.036.400,49 (Un mil millones, treinta y seis mil, cuatrocientos 49/100 Bolivianos), siendo casi igual al monto invertido. Asimismo, se puede observar que el 64% del monto requerido va para equipamiento, en este caso para los Hospitales Materno Infantil, Oncológico y el de Yacuiba.



## **Tercera Parte:** Propuesta de Modelo de gestión en salud de establecimientos de tercer nivel

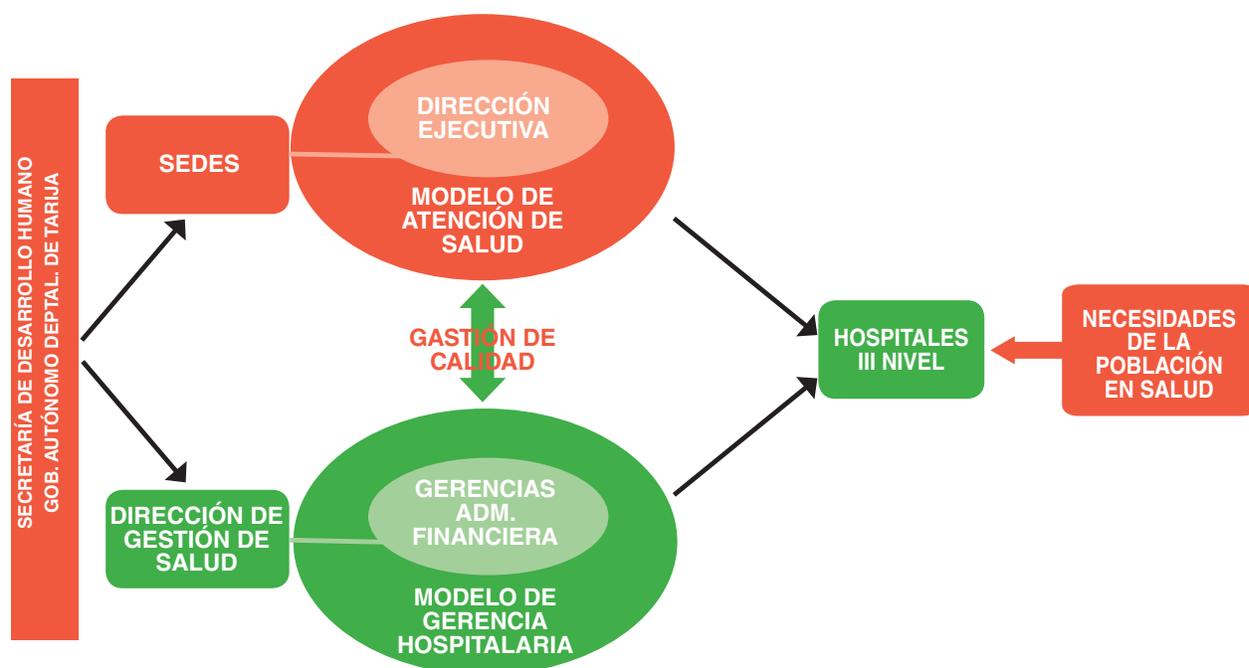


### 3.1. Propuesta de Modelo de Gestión en Salud de Establecimientos de Tercer Nivel

El Modelo de Gestión de Establecimientos de Tercer Nivel tiene por objetivo transformar los Establecimientos de Tercer Nivel del Departamento de Tarija, realizando un ajuste integral en el funcionamiento, para mejorar su productividad y brindar a la población un servicio de calidad, eficiente y oportuno.

El siguiente gráfico nos muestra que, para responder a las necesidades de salud de la población del departamento de Tarija, el Gobierno Autónomo Departamental, introducirá un modelo de gestión de establecimientos de tercer nivel que contempla la incorporación de las Gerencias Administrativas dentro de la estructura directiva de los Establecimientos de tercer nivel, que va acompañado de un ajuste al modelo de atención de salud y un proceso de gestión de calidad y mejora continua que es transversal a todo el proceso, es decir que abarca tanto el área administrativa y como médica, como se indica en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 7  
Modelo de Gestión de Establecimientos de Tercer Nivel



Fuente: Dirección de Gestión de Salud de Tercer Nivel

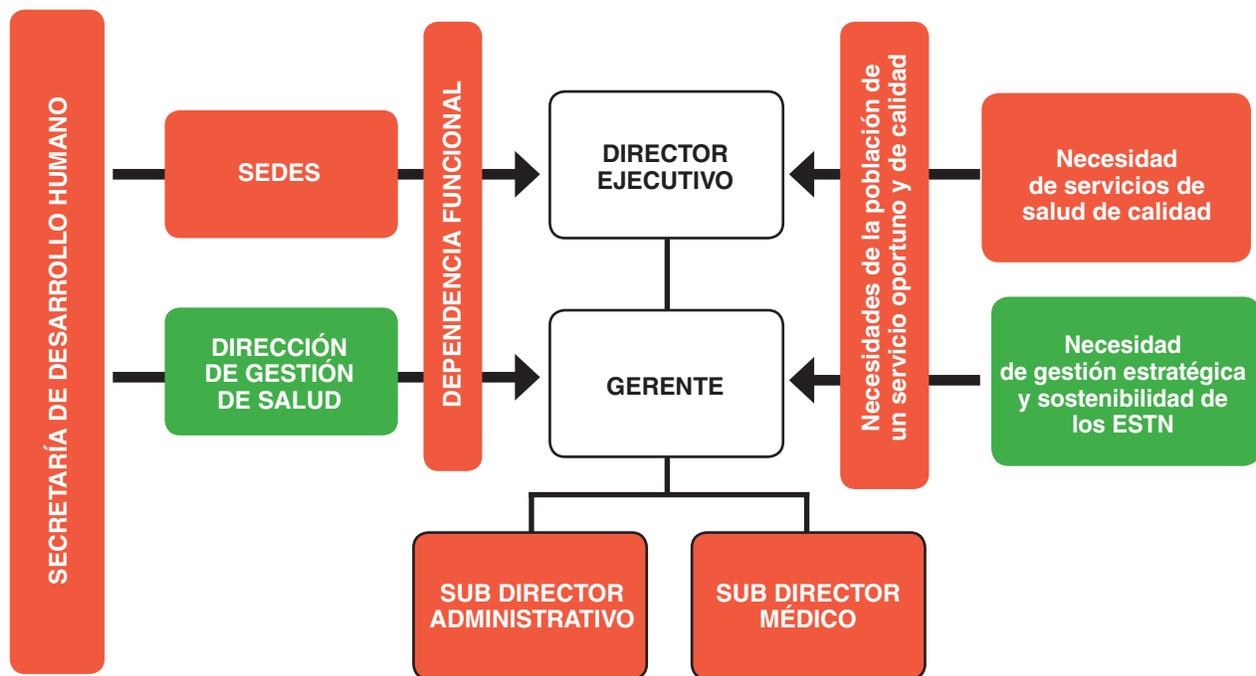
Como se puede observar el Modelo de Gestión de Establecimientos de Tercer Nivel considera lo siguiente:

- El Modelo de Gerencia Hospitalaria.
- El Modelo de Atención de Salud
- La Gestión de Calidad y Mejora Continua.

### 3.2. Modelo de Gerencia Hospitalaria bajo el enfoque de Autonomía de Gestión

El modelo consiste en incorporar a los Hospitales de Tercer Nivel, las Gerencias. Lo que implica que el Gerente en coordinación con la Dirección Médica es el responsable de la administración económica y financiera del Establecimiento de Salud de Tercer Nivel a través de la implementación de mecanismos de coordinación y concertación entre las instancias técnico-administrativas superiores. Asimismo, tiene como responsabilidad la elaboración de una estrategia de generación de recursos propios incrementales y un Plan de Acción el cual una vez aprobado por la Dirección de Gestión de Salud de Tercer Nivel, constituye el marco de orientación de su gestión y los resultados que deberá reportar. Como se puede establecer en el siguiente diagrama:

Gráfico N° 8  
Modelo de Gerenciamiento bajo el enfoque de Autonomía de Gestión



Fuente: Dirección de Gestión de Salud de Tercer Nivel

### 3.3. Modelo de Atención en Salud

Actualmente la atención de salud concentra los espacios de decisión en la atención cerrada o internación hospitalaria dejando por debajo la atención ambulatoria.

El Modelo de Atención de Servicios de Salud propone concentrar los espacios de decisión en el nivel ambulatorio, desde el cual surgen las necesidades de atención de los pacientes que requieren hospitalización (nivel que module la demanda hospitalaria), es decir se propone:

Gráfico N° 9  
Modelo de Atención en Salud



Fuente: Dirección de Gestión de Salud de Tercer Nivel

### 3.4. Gestión de Calidad y Mejora Continua

El Modelo de Gestión de calidad y mejora continua, trabajara dos componentes:

**a) Calidad Interna**, que corresponde al mejoramiento de la operación interna de los establecimientos de Tercer Nivel. El propósito es implementar los medios para permitir la mejor descripción posible de la organización, detectar y limitar los funcionamientos incorrectos. Los beneficiarios de la calidad interna son la administración y los empleados de los Establecimientos de Salud. Esta pasa generalmente por una etapa participativa en la que se identifican y formalizan los procesos internos.

**b) Calidad externa**, que corresponde a la satisfacción de los pacientes. Requiere proporcionar los servicios de salud que satisfagan las expectativas de los pacientes para establecer lealtad con el mismo y de ese modo mejorar su participación en la sociedad. Los beneficiarios de calidad externa son los pacientes y las instituciones externas a los Establecimientos por lo tanto, este tipo de procedimiento requiere escuchar a los pacientes y también debe permitir que se consideren las necesidades implícitas que los pacientes no expresan.

Se trabajará a través de un Programa Integral de Calidad Total, liderada por la Secretaria de Desarrollo Humano, que desembocara en dos subprogramas específicos:

1° Programa de Calidad Administrativa (Interna) de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, que será ejecutada por la Dirección de Gestión de Salud de Tercer Nivel.

2° Programa de Cultura de Calidad (Externa) de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, que será ejecutada por el SEDES.

12 años trabajando por la salud de los tarijeños ///.....



# Cuarta Parte: Convenio Intergubernativo



#### 4.1. Análisis de la Ley N° 1152, Modificatoria de la Ley N° 475

Los Parágrafos I, II y III del artículo 18 de la Constitución Política del Estado, determinan que todas las personas tienen derecho a la salud; que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna; y que el sistema único de salud, será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Asimismo, el parágrafo I del artículo 35 del texto Constitucional, establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

La Constitución Política del Estado, establece que la definición de las “Políticas del Sistema de Salud”, es una competencia exclusiva del nivel central del Estado, por lo que no es materia de legislación básica y menos de la ley marco, pero si es una competencia “concurrente”, lo concerniente a la gestión del sistema de salud, cuya regulación tampoco corresponde a la ley marco, ni a la legislación básica como está establecido en los arts. 271 y 297.I numeral 4 de la CPE, sino a la ley ordinaria.

Conforme lo anterior, la Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, tiene por objeto modificar la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069, de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

La Ley N° 1152 entre algunos de los cambios importantes que introduce al ordenamiento jurídico, trae consigo:

- a) Se establece que las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud, eliminando de esta forma la distribución por grupos etarios que se heredó desde la época del SUMI y el SPAM<sup>1</sup>
- b) El financiamiento de los Productos en Salud correspondientes al Tercer y Cuarto Nivel de Atención, serán cubiertos con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación, conforme las políticas implementadas por el gobierno del Estado Plurinacional, cubriendo un vacío generado con la distribución de responsabilidades en el marco de la competencia de “Gestión del sistema de salud”, pues se hizo sin asignar la fuente de recursos para cubrir el costo del ejercicio de la indicada competencia.
- c) Prescribe que los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, financiarán la atención a su población en el Primer y Segundo Nivel de Atención con los recursos provenientes del quince punto cinco por ciento (15.5%) de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente del IDH, estando autorizados a

1 Seguros Universal Materno Infantil (SUMI) y Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM)

- destinar un porcentaje mayor cuando éste sea insuficiente.
- d) El nivel central del Estado podrá otorgar recursos financieros para garantizar la universalidad y gratuidad de los servicios de salud para la población beneficiaria de la presente ley en establecimientos de salud de **Tercer Nivel**, Segundo Nivel y Primer Nivel, en sujeción a Reglamentación emitida por el Ministerio de Salud y a la suscripción de convenios intergubernativos entre el Ministerio de Salud y las Entidades Territoriales Autónomas correspondientes

Como se puede observar, existen cambios profundos en la atención de salud de la población boliviana, mismos que bien administrados lograrán mejorar la calidad de vida de nuestra gente, pero si no se desarrollan los instrumentos técnicos, administrativos y financieros suficientes, sólo se logrará el caos o el colapso de establecimientos de Salud como nuestro Hospital Regional San Juan de Dios.

La modificación de la Ley N° 475, por la Ley N° 115 supone la modificaciones en la forma de atención en salud, la forma de pago de las prestaciones, ahora productos de salud, y las fuentes de financiamiento de todo lo anterior.

#### **4.2. Complementariedad entre el Sistema Único de Salud (SUS) y el Seguro Universal Autónomo de Tarija (SUSAT)**

En el marco del trabajo desarrollado por la Gobernación del Departamento los últimos 12 años, se plantea una propuesta de complementariedad entre el Sistema Único de Salud (SUS) y el Seguro Universal Autónomo de Tarija (SUSAT).

Conforme las reuniones sostenidas con personeros del Ministerio de Salud en fecha 12 de marzo, se obtuvo el modelo de Convenio Intergubernativo Propuesto por el Ministerio, para la implementación del SUS en el tercer nivel de atención, mismo que tenía como fundamento, el ejercicio de las responsabilidades enunciadas en el artículo 81 de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, en una marcada acción de ejercicio competencial centralista y al margen del principio de subsidiariedad.

A partir de esta primer versión de Convenio Intergubernativo, la Gobernación bajo la representación del Dr. Adrián Oliva en su calidad de Gobernador, presentó un proyecto de Convenio alternativo, en fecha 4 de abril, en el que primó la determinación de inversiones históricas en materia de salud, desde el inicio del Estado con Autonomías. Se manifestaron también las pretensiones de la Gobernación en cuanto a la necesidad de dotar recursos humanos para los establecimientos de tercer nivel, concurrir en la inversión de infraestructura y equipamiento en los hospitales en funcionamiento y los de pronta entrega.

Con la manifestación de voluntad de la Ministra de Salud, Gabriela Lily Montaña, se establecieron líneas de trabajo para lograr una redacción consensuada, mismo que logró alcanzarse en fecha 17 de abril, luego del trabajo en mesa técnica en la ciudad de Tarija.

El resultado de este trabajo conjunto y coordinado se puede observar en la redacción del objeto del Convenio Intergubernativo, mismo que establece:

Tabla N° 17  
Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Cuarta)

PROYECTO DE CONVENIO PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	CONVENIO INTERGUBERNATIVO SUSCRITO
<p><i>CLÁUSULA CUARTA.(OBJETO).- El presente Convenio Intergubernativo, tiene por objeto el ejercicio de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de Salud entre el MINISTERIO y la GOBERNACIÓN, para implementar y fortalecer el Sistema Único de Salud en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención del Departamento de Tarija.</i></p>	<p><i>CLÁUSULA CUARTA. (OBJETO).- El presente Convenio Intergubernativo, tiene por objeto el ejercicio coordinado de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de gestión del sistema de Salud entre el MINISTERIO y la GOBERNACIÓN, para implementar y fortalecer el Sistema Único de Salud (SUS) en complementariedad con el Seguro Universal Autónomo de Tarija (SUSAT) en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención del Departamento de Tarija.</i></p>

Fuente: Elaboración Propia

Como se puede observar en el cuadro comparativo, a partir del trabajo realizado se logró incluir de forma expresa al SUSAT en el Convenio Intergubernativo suscrito y no sólo eso, sino que se deja por establecido que el ejercicio de responsabilidades debe ser coordinado y no puede tomarse decisiones de forma unilateral, considerando la importancia de la materia a ser desarrollada.

Para lograr el establecimiento de las bases de este trabajo coordinado y conjunto que se inicia con la suscripción del Convenio, se incluyó la cláusula séptima, misma que ahora establece:

Tabla N° 18  
Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Séptima)

PROYECTO DE CONVENIO PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	CONVENIO INTERGUBERNATIVO SUSCRITO
<p>NO SE REFERÍA A LA COMPLEMENTARIEDAD Y RECIPROCIDAD</p>	<p><b>CLÁUSULA SÉPTIMA (COMPLEMENTARIEDAD Y RECIPROCIDAD)</b> La implementación y fortalecimiento del SUS deberá realizarse en complementariedad y reciprocidad con el Seguro Universal Autónomo de Tarija (SUSAT) en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención de la GOBERNACIÓN.</p>

Fuente: Elaboración Propia

La reciprocidad se enmarca en lo prescrito por la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, misma que deja claro que el nivel central del Estado, los gobiernos autónomos y las administraciones descentralizadas regirán sus relaciones en condiciones de mutuo respeto y colaboración, en beneficio de los habitantes del Estado, beneficio que se ve manifestado en lo redactado en el convenio intergubernativo.

#### 4.3. Ejercicio coordinado de responsabilidades entre el NCE y el GADT

El Artículo 5 de la citada Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, dispone que los principios que rigen la organización territorial y las entidades territoriales autónomas son:

*"(...) 3. Solidaridad.- Los gobiernos autónomos actuarán conjuntamente con el nivel central del Estado en la satisfacción de las necesidades colectivas, mediante la*



*coordinación y cooperación permanente entre ellos y utilizarán mecanismos redistributivos para garantizar un aprovechamiento equitativo de los recursos.;*

*9. Complementariedad.- El régimen de autonomías se sustenta en la necesaria concurrencia de todos los esfuerzos, iniciativas y políticas del nivel central del Estado y de los gobiernos autónomos, dirigidos a superar la desigualdad e inequidad entre la población y a garantizar la sostenibilidad del Estado y de las autonomías;*

*(...) 12. Subsidiariedad.- La toma de decisiones y provisión de los servicios públicos debe realizarse desde el gobierno más cercano a la población, excepto por razones de eficiencia y escala se justifique proveerlos de otra manera. Los órganos del poder público tienen la obligación de auxiliar y sustituir temporalmente a aquellos que se encuentren en caso de necesidad. El Estado es el garante de la efectivización de los derechos ciudadanos.*

*(..) 14. Coordinación.- La relación armónica entre el nivel central del Estado y los gobiernos autónomos constituye una obligación como base fundamental que sostiene el régimen de autonomía para garantizar el bienestar, el desarrollo, la provisión de bienes y servicios a toda la población boliviana con plena justicia social. El nivel central del Estado es responsable de la coordinación general del Estado, orientando las políticas públicas en todo el territorio nacional y conduciendo la administración pública de manera integral, eficaz, eficiente y de servicio a los ciudadanos.*

*(..) 18. Provisión de Recursos Económicos.- Es la responsabilidad compartida de los órganos públicos en la determinación de la fuente de recursos y la asignación de los mismos para el ejercicio de las competencias establecidas en la Constitución Política del Estado. Toda nueva transferencia o asignación de competencias deberá estar acompañada de la definición de la fuente de los recursos económicos y financieros necesarios para su ejercicio (...)."*

El numeral 1 del párrafo III del artículo 81 de la referida Ley N° 031, establece la distribución de responsabilidades para los Gobiernos Autónomos Departamentales, en el marco de la competencia concurrente del numeral 2 del párrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado. Asimismo, se considera la asignación competencial realizada por la Ley N° 031 "Marco de Autonomías y Descentralización" (LMAD) en su artículo 81, párrafo III, numeral 1, declarado constitucional por la Sentencia Constitucional Plurinacional N° 2055/2012, bajo el siguiente razonamiento:

*"(...) se debe señalar que los alcances establecidos inicialmente en el la Ley Marco de Autonomías y Descentralización son entendidos como alcances mínimos y orientadores que deben ser ampliados y desarrollados en la ley sectorial, por lo que no debe entenderse a los alcances de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización como preceptos que limitan y restringen, sino que únicamente orientan. (...) se debe aclarar que a pesar de que en algunos casos los alcances competenciales sobre competencias concurrentes, establecen un mandato que aparentemente circunscribe a las entidades territoriales autónomas a ejercer sólo la facultad ejecutiva, no implica que la entidades territoriales autónomas quede exenta definitivamente de la facultad reglamentaria, sino que en el entendido que los alcances competenciales son preceptos mínimos se enmarcan en lo establecido en el art. 297.I.3 de la CPE".*

En el marco de la interpretación legal y jurisprudencial expresada líneas arriba, se estableció la cláusula quinta del Convenio Intergubernativo, estableciendo:

Tabla N° 19  
Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Quinta)

PROYECTO DE CONVENIO PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	CONVENIO INTERGUBERNATIVO SUSCRITO
<p>CLÁUSULA QUINTA. (EJERCICIO CONCURRENTE).- 5.1. De acuerdo a las responsabilidades de la competencia concurrente establecidas en el numeral 1 del Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", el Ministerio de Salud ejercerá las siguientes:</p> <p>a. Ejercer la rectoría y responsabilidad en salud en el departamento respecto al funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.</p> <p>b. Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.</p> <p>c. Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, infraestructura, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.</p> <p>d. Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.</p> <p>e. Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.</p> <p>f. Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.</p> <p>g. Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con las entidades territoriales autónomas.</p> <p>h. Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud, en conformidad a la ley que lo regula.</p> <p>i. Informar a las entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.</p>	<p>CLÁUSULA QUINTA. (EJERCICIO CONCURRENTE).- 5.1. De acuerdo a las responsabilidades de la competencia concurrente de Gestión del Sistema de Salud establecidas en el numeral 1 del Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", la GOBERNACIÓN podrá ejercer de forma coordinada y conjunta con el MINISTERIO, a través de acuerdo expreso emanado de la Comisión Intergubernativa, las siguientes responsabilidades:</p> <p>a) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel, en el marco del presente convenio, legislación y reglamentación en vigencia.</p> <p>b) Proveer financiamiento a los establecimientos de salud del tercer nivel para ampliar la cobertura de los servicios de salud en: infraestructura, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, en el marco del presente convenio intergubernativo.</p> <p>c) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.</p> <p>d) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el Gobierno Autónomo Departamental</p> <p>e) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Como indica la cláusula en su numeral 5.1, la Comisión intergubernativa es la responsable de llegar a acuerdos sobre la forma y alcance del ejercicio coordinado y conjunto. Redacción que muestra gran diferencia al proyecto de convenio presentado por el Ministerio de Salud, a través del cual se pretendía asumir por parte del Ministerio. Además, debe considerarse que no se anotan todas las responsabilidades inicialmente planteadas, sino que se redujeron a las mínimas necesarias para lograr un correcto ejercicio de la competencia concurrente de gestión del sistema de salud.

Para dejar claro el alcance de las acciones a desarrollarse en los establecimientos de tercer nivel de atención, por cada una de las partes suscribientes, se desarrolló en la misma cláusula quinta dos sub puntos, a través de los cuales se logra una delimitación de atribuciones de forma clara y expresa:

Tabla N° 20  
Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Cláusula Quinta, 5.2.)

PROYECTO DE CONVENIO PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	CONVENIO INTERGUBERNATIVO SUSCRITO
<p><b>CLÁUSULA QUINTA. (EJERCICIO CONCURRENTE).-</b> (...) 5.2. El Ministerio de Salud ejercerá las siguientes atribuciones respecto a los establecimientos de salud de Tercer Nivel de Atención:</p> <p>a. Coordinar con instancias correspondientes la elaboración del programa de operaciones anuales de salud y respectivo presupuesto, incorporándolos al POA y presupuesto de la GOBERNACIÓN, así como gestionar ante los diferentes niveles del Estado la obtención de recursos financieros en el marco del presupuesto anual departamental de salud.</p> <p>b. Contratar y retirar al personal asignado para el Sistema Único de Salud de acuerdo a normativa legal vigente.</p> <p>c. Administrar los recursos físicos y financieros asignados a la gestión de salud, con sujeción a las normas vigentes para el sector público.</p> <p>d. Administrar los bienes, insumos, servicios y otros apoyos logísticos asignados en custodia, con sujeción a las normas vigentes para el sector público.</p>	<p><b>CLÁUSULA QUINTA. (EJERCICIO CONCURRENTE).-</b> (...) 5.2. El MINISTERIO ejercerá las siguientes atribuciones respecto a los establecimientos de salud de Tercer Nivel de Atención:</p> <p>a) Coordinar con las instancias correspondientes la elaboración del programa de operaciones anuales de salud y respectivo presupuesto, así como gestionar ante los diferentes niveles del Estado la obtención de recursos financieros adicionales en el marco del presupuesto anual departamental de salud.</p> <p>b) Contratar, evaluar y retirar al personal con recursos TGN de establecimientos de Tercer Nivel, en coordinación con la GOBERNACIÓN y de acuerdo a normativa legal vigente.</p> <p>c) Monitorear la administración de los recursos físicos y financieros asignados a la gestión de salud en coordinación con la GOBERNACIÓN, con sujeción a las normas vigentes para el sector público.</p> <p>d) Monitorear la administración de los bienes, insumos, servicios en coordinación con la GOBERNACIÓN, con sujeción a las normas vigentes para el sector público.</p> <p>5.3. La GOBERNACIÓN ejercerá las siguientes atribuciones respecto a los establecimientos de Tercer Nivel de Atención:</p> <p>a) Elaborar el presupuesto para los establecimientos de Salud de forma coordinada con el MINISTERIO</p> <p>b) Administrar los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de atención.</p> <p>c) Contratar y retirar al personal con recursos departamentales (Regalías, IDH, Recursos Propios, etc.) de establecimientos de Tercer Nivel, de acuerdo a normativa legal vigente.</p> <p>d) Remitir la información generada en los establecimientos de salud del tercer nivel de atención, conforme requerimiento del MINISTERIO.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Uno de los elementos que corresponde destacar, es la administración de los Establecimientos de Tercer Nivel de Atención, pues esta atribución no existía como elemento expreso en el convenio modelo del Ministerio de Salud, sin embargo, en consenso se logró establecer esta importante atribución que será respetada y podrá continuarse con las gestiones que se vienen desarrollando los últimos años.

Adicionalmente a las atribuciones, se inscribió la Cláusula Sexta, sobre las obligaciones de las partes, en la cual se manifiestan las acciones concretas que deberán desarrollarse por las partes en la ejecución del convenio intergubernativo, por los próximos diez años.

Tabla N° 21  
Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Sexta)

PROYECTO DE CONVENIO PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	CONVENIO INTERGUBERNATIVO SUSCRITO
<p>CLÁUSULA SEXTA. (OBLIGACIONES DE LAS PARTES).- Las partes acuerdan adicionalmente las siguientes obligaciones:</p> <p>6.1. MINISTERIO:</p> <p>a) Implementar y fortalecer el Sistema Único de Salud universal, gratuito equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención de la GOBERNACIÓN.</p> <p>b) Ejercer las responsabilidades señaladas en la Cláusula Quinta del presente convenio, en el marco de la normativa del sector público.</p> <p>c) Garantizar la estabilidad laboral del personal permanente de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, de acuerdo a la normativa legal aplicable.</p> <p>d) Administrar los contratos del personal eventual de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, de acuerdo a la normativa legal aplicable.</p> <p>e) Realizar inversiones en infraestructura de salud de Establecimientos de Tercer Nivel, de acuerdo a disponibilidad presupuestaria.</p> <p>f) Realizar las transferencias de recursos por concepto de pago de productos de salud del Tercer Nivel de Atención, de acuerdo a la Ley y mecanismos técnicos, legales y administrativos pertinentes.</p> <p>6.2. GOBERNACIÓN:</p> <p>a) Realizar las gestiones técnicas, legales, administrativas y económico-financieras necesarias para efectivizar el ejercicio de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de Salud, establecidas en la Cláusula Quinta del presente Convenio, a favor del MINISTERIO.</p> <p>b) Comprometer recursos financieros en el presupuesto institucional de la GOBERNACIÓN para garantizar el cumplimiento de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de Salud.</p> <p>c) Realizar el inventario de activos de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel en un plazo no mayor a noventa (90) días hábiles para que el MINISTERIO asuma la custodia de los mismos.</p>	<p>CLÁUSULA SEXTA. (OBLIGACIONES DE LAS PARTES).- Las partes acuerdan adicionalmente las siguientes obligaciones:</p> <p>6.1. MINISTERIO:</p> <p>a) Implementar y fortalecer el Sistema Único de Salud universal, gratuito equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención de la GOBERNACIÓN, conforme lo prescrito en el presente Convenio Intergubernativo.</p> <p>b) Ejercer las responsabilidades señaladas en la Cláusula Quinta del presente convenio, en el marco de la normativa del sector público.</p> <p>c) Garantizar la estabilidad laboral del personal permanente de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, de acuerdo a la normativa legal aplicable.</p> <p>d) Transferir los recursos financieros necesarios para la contratación de personal eventual de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, de acuerdo a la normativa legal aplicable.</p> <p>e) Realizar inversiones en infraestructura de salud de Establecimientos de Tercer Nivel en coordinación con la GOBERNACIÓN, de acuerdo a disponibilidad presupuestaria.</p> <p>f) Realizar las transferencias de recursos por concepto de pago de productos de salud del Tercer Nivel de Atención, de acuerdo a la Ley y mecanismos técnicos, legales y administrativos pertinentes.</p> <p>6.2. GOBERNACIÓN:</p> <p>a) Realizar las gestiones técnicas, legales, administrativas y económico-financieras necesarias para efectivizar el ejercicio de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de Salud, establecidas en la Cláusula Quinta del presente Convenio, a favor del MINISTERIO.</p> <p>b) Comprometer recursos financieros en el presupuesto institucional de la GOBERNACIÓN para garantizar el cumplimiento de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de Salud.</p> <p>c) Financiar los productos de Salud correspondientes al SUSAT, en complementariedad con el SUS.</p> <p>d) Realizar los pagos del SUSAT, conforme se tiene establecido en su reglamento operativo (pago por prestaciones de salud), adecuando a partir del 01 de enero de 2020 los pagos conforme lo establecido en los lineamientos establecidos por el MINISTERIO.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Dos elementos deben resaltarse de las acciones a desarrollar en el marco de lo enunciado:

- Los productos de salud ofertados en el catálogo del ministerio de salud, serán financiados por éste.
- La Gobernación, a través del SUSAT financiará productos adicionales a los establecidos en el punto anterior, logrando beneficiar a la población del departamento con una mejor y mayor atención en materia de salud.

Se torna indispensable generar espacios de coordinación y decisión para la ejecución del convenio intergubernativo suscrito, por lo que en la misma cláusula sexta, se añadieron las obligaciones de ambas partes

Tabla N° 22  
Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Cláusula Sexta, 6.3.)

PROYECTO DE CONVENIO PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	CONVENIO INTERGUBERNATIVO SUSCRITO
<p>CLÁUSULA SEXTA. (OBLIGACIONES DE LAS PARTES).-Las partes acuerdan adicionalmente las siguientes obligaciones:</p> <p>(...)</p> <p>6.3. OBLIGACIONES DE AMBAS PARTES.</p> <p>El MINISTERIO y la GOBERNACIÓN conformarán una Comisión de Transición Intergubernativa que será la encargada de generar los instrumentos técnicos administrativos y legales que permitan el cumplimiento a lo establecido en el presente convenio.</p>	<p>CLÁUSULA SEXTA. (OBLIGACIONES DE LAS PARTES).-</p> <p>Las partes acuerdan adicionalmente las siguientes obligaciones:</p> <p>(...)</p> <p>6.3. OBLIGACIONES DE AMBAS PARTES.</p> <p>El MINISTERIO y la GOBERNACIÓN conformarán una Comisión Intergubernativa que será la encargada de generar los instrumentos técnicos y administrativos que permitan el cumplimiento a lo establecido en el presente convenio. La Comisión Intergubernativa realizará reuniones trimestrales a partir de la suscripción del presente convenio y aprobará su reglamento de funcionamiento en la instalación de su primera reunión.</p>

Fuente: Elaboración Propia

El trabajo de la Comisión Intergubernativa se resume en las reuniones que de forma trimestral puedan desarrollarse, hasta lograr consensos, a través de los cuales se pueda mejorar la implementación del SUS en complementariedad con el SUSAT en todo el departamento de Tarija.

También se logró incluir la redacción de una cláusula diferente a la propuesta por el Ministerio, a través de la cual se determinan los recursos financieros a ser comprometidos en este proceso de implementación del Sistema Único de Salud, expresada en la Cláusula Octava del convenio suscrito:



Tabla N° 23  
Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Octava)

PROYECTO DE CONVENIO PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	CONVENIO INTERGUBERNATIVO SUSCRITO
<p>CLÁUSULA SÉPTIMA. (DETERMINACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS A SER COMPROMETIDOS).-</p> <p>7.1 El monto a ser comprometido por la GOBERNACIÓN en su presupuesto interinstitucional, será determinado de acuerdo a estudio técnico realizado por la Comisión de Transición Intergubernativa, sobre la base de la ejecución presupuestaria de cada gestión y a proyección de ingresos destinados para el sector salud.</p>	<p>CLÁUSULA OCTAVA. (DETERMINACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS A SER COMPROMETIDOS).-</p> <p>8.1 El monto a ser comprometido por la GOBERNACIÓN en su presupuesto interinstitucional, será determinado de acuerdo a estudio técnico realizado por la Comisión Intergubernativa, sobre la base de la ejecución presupuestaria de cada gestión y a proyección de ingresos destinados para el sector salud.</p> <p>8.2. El monto a ser comprometido por el MINISTERIO en la gestión 2019, será realizado a través de un análisis histórico del presupuesto en materia de Salud; debiendo coordinar con la GOBERNACIÓN la asignación presupuestaria para las próximas gestiones a través de la Comisión Intergubernativa.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Para el cobro de los recursos enunciados en la cláusula octava, se desarrolló un procedimiento para la aplicación del débito automático a favor de la Gobernación, pues las características de lo que hasta aquí se vino mencionando, indican con claridad que el Ministerio de Salud será responsable de realizar transferencias a los establecimientos de Salud de Tercer nivel de atención.

No se buscaron fórmulas burocráticas o demasiado complejas, sino que se pretendieron encontrar puntos medios en los cuales se logre beneficiar de la forma más eficiente a la población tarijeña

Tabla N° 24  
Comparación entre el Proyecto de Convenio presentado por el Ministerio y el suscrito luego de la negociación (Clausula Novena)

PROYECTO DE CONVENIO PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD	CONVENIO INTERGUBERNATIVO SUSCRITO
<p><b>CLÁUSULA OCTAVA. (DÉBITO AUTOMÁTICO).-</b></p> <p>Para el caso de las obligaciones de compromiso de recursos contraídas por la GOBERNACIÓN en el presente Convenio Intergubernativo, posteriormente a ser cuantificado el monto, y ante el incumplimiento del compromiso de recursos económicos, el MINISTERIO podrá solicitar al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas el débito automático, en la aplicación de lo dispuesto en los artículos 112 y 116 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”.</p>	<p><b>CLÁUSULA NOVENA. (DÉBITO AUTOMÁTICO).-</b></p> <p>9.1. Si alguna de las PARTES, como entidad financiadora, no realiza la transferencia de los recursos comprometidos en el plazo establecido en el presente convenio a favor de la otra parte, ésta notificará por escrito, haciendo conocer dicho incumplimiento para que en el plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de su recepción, emita pronunciamiento.</p> <p>9.2 En caso de no obtenerse una respuesta, se cursará una segunda nota reiterativa, otorgando el plazo de cinco (5) días hábiles a partir de su recepción, para su respuesta.</p> <p>9.3 De no emitirse pronunciamiento, la entidad afectada realizará el procedimiento correspondiente para el débito automático ante Ministerio de Economía y Finanzas, conforme la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización.</p>

Fuente: Elaboración Propia



#### 4.4. Conclusiones

- Para iniciar el trabajo de negociación en torno a la suscripción de un convenio intergubernativa para la implementación del SUS en el departamento de Tarija, se dejó por establecido de manera pública y en sentido estricto a los personeros del Ministerio de Salud que: “El SUSAT es una conquista y un derecho del pueblo tarijeño”, por lo que su continuidad no está en debate.
- A partir de la suscripción del Convenio Intergubernativo entre el órgano Ejecutivo del Gobierno Autónomo Departamental y el Ministerio de Salud, se puede afirmar que las responsabilidades derivadas de la competencia concurrente de gestión del sistema de salud se quedan en el Departamento de Tarija, logrando el ejercicio competencial pleno sobre la materia.
- En el marco de las obligaciones expresadas en el convenio y la posibilidad de ejercer de forma coordinada algunas de las responsabilidades enunciadas en el artículo 81 de la LMAD, está el escenario dado para dialogar en torno a la “Deuda Histórica” con el Departamento de Tarija, por parte del NCE, constituyéndose la suscripción del indicado convenio como la oportunidad para compartir equitativamente el costo de la prestación de servicios de salud.

- Conforme se planteó desde el inicio de la negociación con el Ministerio, el financiamiento de los productos de Salud correspondientes al III Nivel de Atención serán financiados con recursos del TGN en cumplimiento a lo expresado en el artículo 9 de la Ley N° 475, modificada por la Ley N° 1152.
- El Convenio Intergubernativo entre el Ministerio de Salud y el GADT establece las condiciones básicas para la transferencia de recursos financieros y bienes a favor del GADT, dando una importante responsabilidad a la coordinación que debe sostenerse a partir de la creación de una Comisión Inter Gubernativa que se reunirá de forma ordinaria cada tres meses.

HOSPITAL REGIONAL  
SAN JUAN DE DIOS

# ANEXOS



# ANEXO 1

## REQUERIMIENTO DE ÍTEMS PARA EL 1ER NIVEL DE ATENCIÓN

Nº	RED DE SALUD/INSTITUCIÓN	TOTALES
1	CERCADO	149
2	SAN LORENZO	48
3	URIONDO	37
4	PADCAYA	77
5	EL PUENTE	33
6	YUNCHARA	6
7	BERMEJO	47
8	VILLAMONTES	23
9	YACUIBA	67
<b>TOTAL DE REQUERIMIENTO</b>		<b>487</b>

## REQUERIMIENTO DE ÍTEMS PARA EL 2DO NIVEL DE ATENCIÓN

Nº	RED DE SALUD/INSTITUCIÓN	TOTALES
1	CERCADO Hosp. II NIVEL (2)	537
2	SAN LORENZO 1 Hosp. II nivel	147
3	ENTRE RÍOS 1 Hosp. II nivel	113
4	CARAPARÍ 1 Hosp. II nivel	113
5	VILLA MONTES 1 Hosp. II nivel	79
<b>TOTAL DE REQUERIMIENTO</b>		<b>989</b>

## REQUERIMIENTO DE ÍTEMS PARA EL 2DO NIVEL DE ATENCIÓN

Nº	RED DE SALUD/INSTITUCIÓN	TOTALES
1	SEDES of. central	20
2	H.R. San Juan Dios	367
3	INTRAID	19
4	Banco de Sangre	17
5	Hos. III nivel Bermejo	281
6	Hospital III nivel Yacuiba	360
7	Hosp. Materno Infantil	306
8	Oncológico	310
9	Equipos Redes funcionales	80
10	SEMAT	28
<b>TOTAL DE REQUERIMIENTO</b>		<b>1.553</b>

## ANEXO 2



### CONVENIO INTERGUBERNATIVO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y EL GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE TARIJA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO

Conste por el presente Convenio Intergubernativo, que suscriben las partes, de acuerdo al tenor de las siguientes Cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMERA. (PARTES).**- Se constituyen partes del presente Convenio Intergubernativo:

- 1.1. El **MINISTERIO DE SALUD**, representado legalmente por la señora Ministra de Salud **Dra. LILLY GABRIELA MONTAÑO VIAÑA**, designada mediante Decreto Presidencial N° 3780 de 23 de enero de 2019, con Cedula de Identidad N°3893417 expedido en la ciudad de Santa Cruz, que en adelante y para fines del presente Convenio Intergubernativo se denominará el "MINISTERIO".
- 1.2. El **GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE TARIJA**, representado legalmente por el Sr. Adrián Esteban Oliva Alcázar, con C.I. N° 1894083 Tja., en su condición de Gobernador del Departamento de Tarija, posesionado por la Asamblea Legislativa Departamental de Tarija mediante Acta de Posesión de fecha 2 de junio del 2015, que para efectos del presente Convenio Intergubernativo se denominará simplemente la "GOBERNACIÓN".

**CLÁUSULA SEGUNDA. (ANTECEDENTES).**-

El Sistema Único de Salud Universal y Gratuito es la aplicación concreta, a la realidad del Estado Plurinacional de Bolivia, del derecho a la salud estatuido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en otros tratados internacionales, establecida de modo expreso en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia y caracterizada como un sistema universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social, basado en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y desarrollado mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno, en el marco del derecho a la salud, entendida y asumida constitucionalmente como una función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado.

Entre septiembre y noviembre de 2018, el pueblo boliviano organizado tomó la histórica decisión de delinear las bases para la universalidad y gratuidad de la salud en el país. Los Encuentros por la Salud y la Vida se desarrollaron en los 9 departamentos, en la región del Chaco y a nivel nacional con la participación de más de 14.000 profesionales en salud y representantes de todos los sectores sociales de Bolivia y concluyeron en 44 conclusiones que se constituyen en los mandatos del pueblo boliviano para la construcción del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, entre las cuales se destacan: El respaldo unánime a la implementación del Sistema Único de Salud Universal y Gratuito (SUS) en todo el territorio; la



*Estado Plurinacional de Bolivia*

caracterización del Sistema Único de Salud como público, universal, gratuito, integral, intercultural, intracultural, con calidad y calidez, equitativo, sin discriminación, con control social y gestión participativa, en el marco de la Política SAFCI; el deber de las gobernaciones de aportar al financiamiento del SUS; la priorización por parte del SUS de la promoción y prevención, incidiendo en los determinantes sociales de la salud y estilos de vida saludable; el fortalecimiento por parte del SUS de los servicios públicos de salud en cuanto a infraestructura, equipamiento, insumos médicos y recursos humanos para garantizar una mejor calidad de sus servicios de salud; y el ejercicio de la rectoría plena en la implementación del SUS por parte del Ministerio de Salud.

El año 2006, la entonces Prefectura del Departamento de Tarija, actual Gobernación del Departamento de Tarija, identificó como una acción estratégica la intervención en salud como uno de sus planes fundamentales. Enmarcados en el Decreto Supremo N° 2421 de 21 de octubre de 2005, reglamentario de la Ley N° 3058 de Hidrocarburos, que establece la distribución del IDH, en su artículo 2 que modifica el artículo 8 del Decreto Supremo N° 28923 de 15 de noviembre de 2006, que señala como competencias para el nivel Prefectural "Complementación de medidas de aseguramiento público de salud" así como otras competencias concurrentes con los Gobierno Municipales, permitiendo de esta manera que las entonces Prefecturas desarrollen políticas de aseguramiento.

En ese marco, el 07 de noviembre de 2006, mediante Resolución Prefectural N° 317/2006 se crea el Seguro de Salud Infante Juvenil, para brindar atención de salud integral y gratuita a los niños, niñas y adolescentes comprendidos entre los 5 y 19 años de edad, a partir del 1 de diciembre de 2006 en las seis provincias y once secciones del Departamento. El 01 de agosto de 2007, por Resolución Prefectural N° 250/2007, se amplía el rango de edad y el número de prestaciones con la creación del "Seguro Universal de Salud Autónomo del Departamento de Tarija – SUSAT". A la fecha este seguro departamental atiende de forma anual a más de 152000 beneficiarios, a través de 514 prestaciones de salud.

En consideración de lo precedentemente señalado, al presente, la implementación del Sistema Único de Salud requiere de modo imprescindible del concurso de las Gobernaciones de los nueve departamentos del país, las cuales para la concreción satisfactoria de la gratuidad y universalidad en la prestación de los servicios de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención, requieren del aporte del nivel central del Estado representado por el Ministerio de Salud, con la finalidad de reforzar técnica y financieramente las tareas a ser desarrolladas por dichos establecimientos, para el cumplimiento de los fines previstos por el Sistema Único de Salud.

### **CLÁUSULA TERCERA. (MARCO COMPETENCIAL).-**

El Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 de la Constitución Política del Estado, señala como competencia exclusiva del nivel central del Estado, las políticas del sistema de educación y salud.





*Estado Plurinacional de Bolivia*

El Artículo 18 del referido Texto Constitucional, establece que todas las personas tienen derecho a la salud; asimismo señala que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social y que el sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

El Artículo 37 de la Constitución Política del Estado, determina que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El Numeral 4 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", dispone que de acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tiene la competencia de ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.

El Artículo 5 de la citada Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, dispone que los principios que rigen la organización territorial y las entidades territoriales autónomas son: "(...) 3. Solidaridad.- Los gobiernos autónomos actuarán conjuntamente con el nivel central del Estado en la satisfacción de las necesidades colectivas, mediante la coordinación y cooperación permanente entre ellos y utilizarán mecanismos redistributivos para garantizar un aprovechamiento equitativo de los recursos.; 9. Complementariedad.- El régimen de autonomías se sustenta en la necesaria concurrencia de todos los esfuerzos, iniciativas y políticas del nivel central del Estado y de los gobiernos autónomos, dirigidos a superar la desigualdad e inequidad entre la población y a garantizar la sostenibilidad del Estado y de las autonomías; (...) 12. Subsidiariedad.- La toma de decisiones y provisión de los servicios públicos debe realizarse desde el gobierno más cercano a la población, excepto por razones de eficiencia y escala se justifique proveerlos de otra manera. Los órganos del poder público tienen la obligación de auxiliar y sustituir temporalmente a aquellos que se encuentren en caso de necesidad. El Estado es el garante de la efectivización de los derechos ciudadanos. (...) 14. Coordinación.- La relación armónica entre el nivel central del Estado y los gobiernos autónomos constituye una obligación como base fundamental que sostiene el régimen de autonomía para garantizar el bienestar, el desarrollo, la provisión de bienes y servicios a toda la población boliviana con plena justicia social. El nivel central del Estado es responsable de la coordinación general del Estado, orientando las políticas públicas en todo el territorio nacional y conduciendo la administración pública de manera integral, eficaz, eficiente y de servicio a los ciudadanos. (...) 18. Provisión de Recursos Económicos.- Es la responsabilidad compartida de los órganos públicos en la determinación de la fuente de





*Estado Plurinacional de Bolivia*

recursos y la asignación de los mismos para el ejercicio de las competencias establecidas en la constitución Política del Estado. Toda nueva transferencia o asignación de competencias deberá estar acompañada de la definición de la fuente de los recursos económicos y financieros necesarios para su ejercicio (...).

El numeral 1 del Parágrafo III del Artículo 81 de la referida Ley N° 031, establece la distribución de responsabilidades para los Gobiernos Autónomos Departamentales, en el marco de la competencia concurrente del numeral 2 del parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado.

El Artículo 1 de la Ley N° 492 de 25 de enero de 2014, de Acuerdos y Convenios Intergubernativos, modificado por la Ley N° 730 de 2 de septiembre de 2015, establece que dicha Ley tiene por objeto regular el procedimiento para la suscripción de acuerdos o convenios intergubernativos entre gobiernos autónomos o entre éstos con el nivel central del Estado, en el ejercicio de sus competencias y atribuciones.

El parágrafo I del Artículo 3 de la Ley N° 492 de 25 de enero de 2014, de Acuerdos y Convenios Intergubernativos, modificado por la Ley N° 730 de 2 de septiembre de 2015, establece que los acuerdos o convenios intergubernativos son aquellos suscritos entre gobiernos autónomos y éstos con el nivel central del Estado, destinados al ejercicio coordinado de sus competencias y la implementación conjunta de planes, programas o proyectos concurrentes en el marco de las competencias exclusivas, concurrentes y compartidas.

El Parágrafo IV del Artículo 5 de la señalada Ley N° 492, determina que los acuerdos o convenios Intergubernativos suscritos en el marco de sus competencias concurrentes, cuyas responsabilidades estén distribuidas por Ley nacional, no requieren ratificación.

Asimismo, se considera la asignación competencial realizada por la Ley N° 031 "Marco de Autonomías y Descentralización" (LMAD) en su artículo 81, parágrafo III, numeral 1, declarado constitucional por la Sentencia Constitucional Plurinacional N° 2055/2012, bajo el siguiente razonamiento: "(...) se debe señalar que los alcances establecidos inicialmente en el la Ley Marco de Autonomías y Descentralización son entendidos como alcances mínimos y orientadores que deben ser ampliados y desarrollados en la ley sectorial, por lo que no debe entenderse a los alcances de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización como preceptos que limitan y restringen, sino que únicamente orientan. (...) se debe aclarar que a pesar de que en algunos casos los alcances competenciales sobre competencias concurrentes, establecen un mandato que aparentemente circunscribe a las entidades territoriales autónomas a ejercer sólo la facultad ejecutiva, no implica que la entidades territoriales autónomas quede exenta definitivamente de la facultad reglamentaria, sino que en el entendido que los alcances competenciales son preceptos mínimos se enmarcan en lo establecido en el art. 297.1.3 de la CPE".





*Estado Plurinacional de Bolivia*

Los Gobiernos Autónomos Municipales, conforme el artículo 10 de la Ley 475, modificada por la Ley N° 1152, financiará la atención a su población en el primer y segundo nivel de atención de salud.

La concurrencia financiera que se desarrolla en el presente Convenio Intergubernativo se ampara en lo establecido en el artículo 305 de la Constitución Política del Estado, que prescribe: "Toda asignación o transferencia de competencias deberá estar acompañada de la definición de la fuente de los recursos económicos y financieros necesarios para su ejercicio"; considerando que por la LMAD se asignaron competencias a los Gobiernos Autónomos Departamentales, sin la determinación y/o definición de la fuente de recursos económicos y financieros para su ejercicio, es necesaria la compensación de las inversiones y gastos realizados y por realizarse, a través de la concurrencia entre la GOBERNACIÓN y el MINISTERIO en su calidad de instancia responsable del nivel central del Estado en materia de Salud.

#### **CLÁUSULA CUARTA. (OBJETO).-**

El presente Convenio Intergubernativo, tiene por objeto el ejercicio coordinado de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de gestión del sistema de Salud entre el MINISTERIO y la GOBERNACIÓN, para implementar y fortalecer el Sistema Único de Salud (SUS) en complementariedad con el Seguro Universal Autónomo de Tarija (SUSAT) en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención del Departamento de Tarija.

#### **CLÁUSULA QUINTA. (EJERCICIO CONCURRENTE).-**

5.1. De acuerdo a las responsabilidades de la competencia concurrente de Gestión del Sistema de Salud establecidas en el numeral 1 del Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", la GOBERNACIÓN podrá ejercer de forma coordinada y conjunta con el MINISTERIO, a través de acuerdo expreso emanado de la Comisión Intergubernativa, las siguientes responsabilidades:

- a) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel, en el marco del presente convenio, legislación y reglamentación en vigencia.
- b) Proveer financiamiento a los establecimientos de salud del tercer nivel para ampliar la cobertura de los servicios de salud en: infraestructura, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, en el marco del presente convenio intergubernativo.
- c) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.
- d) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el Gobierno Autónomo Departamental





*Estado Departamental de Bolivia*

- e) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.

5.2. El MINISTERIO ejercerá las siguientes atribuciones respecto a los establecimientos de salud de Tercer Nivel de Atención:

- a) Coordinar con las instancias correspondientes la elaboración del programa de operaciones anuales de salud y respectivo presupuesto, así como gestionar ante los diferentes niveles del Estado la obtención de recursos financieros adicionales en el marco del presupuesto anual departamental de salud.
- b) Contratar, evaluar y retirar al personal con recursos TGN de establecimientos de Tercer Nivel, en coordinación con la GOBERNACIÓN y de acuerdo a normativa legal vigente.
- c) Monitorear la administración de los recursos físicos y financieros asignados a la gestión de salud en coordinación con la GOBERNACIÓN, con sujeción a las normas vigentes para el sector público.
- d) Monitorear la administración de los bienes, insumos, servicios en coordinación con la GOBERNACIÓN, con sujeción a las normas vigentes para el sector público.

5.3. La GOBERNACIÓN ejercerá las siguientes atribuciones respecto a los establecimientos de Tercer Nivel de Atención:

- a) Elaborar el presupuesto para los establecimientos de Salud de forma coordinada con el MINISTERIO
- b) Administrar los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de atención.
- c) Contratar y retirar al personal con recursos departamentales (Regalías, IDH, Recursos Propios, etc.) de establecimientos de Tercer Nivel, de acuerdo a normativa legal vigente.
- d) Remitir la información generada en los establecimientos de salud del tercer nivel de atención, conforme requerimiento del MINISTERIO.

#### CLÁUSULA SEXTA. (OBLIGACIONES DE LAS PARTES).-

Las partes acuerdan adicionalmente las siguientes obligaciones:

##### 6.1. MINISTERIO:

- a) Implementar y fortalecer el Sistema Único de Salud universal, gratuito equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención de la GOBERNACIÓN, conforme lo prescrito en el presente Convenio Intergubernativo.
- b) Ejercer las responsabilidades señaladas en la Cláusula Quinta del presente convenio, en el marco de la normativa del sector público.
- c) Garantizar la estabilidad laboral del personal permanente de los Establecimientos de





*Estado Plurinacional de Bolivia*

- Salud de Tercer Nivel, de acuerdo a la normativa legal aplicable.
- d) Transferir los recursos financieros necesarios para la contratación de personal eventual de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, de acuerdo a la normativa legal aplicable.
  - e) Realizar inversiones en infraestructura de salud de Establecimientos de Tercer Nivel en coordinación con la GOBERNACIÓN, de acuerdo a disponibilidad presupuestaria.
  - f) Realizar las transferencias de recursos por concepto de pago de productos de salud del Tercer Nivel de Atención, de acuerdo a la Ley y mecanismos técnicos, legales y administrativos pertinentes.

#### 6.2. GOBERNACIÓN:

- a) Realizar las gestiones técnicas, legales, administrativas y económico-financieras necesarias para efectivizar el ejercicio de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de Salud, establecidas en la Cláusula Quinta del presente Convenio, a favor del MINISTERIO.
- b) Comprometer recursos financieros en el presupuesto institucional de la GOBERNACIÓN para garantizar el cumplimiento de responsabilidades que derivan de la competencia concurrente en materia de Salud.
- c) Financiar los productos de Salud correspondientes al SUSAT, en complementariedad con el SUS.
- d) Realizar los pagos del SUSAT, conforme se tiene establecido en su reglamento operativo (pago por prestaciones de salud), adecuando a partir del 01 de enero de 2020 los pagos conforme lo establecido en los lineamientos establecidos por el MINISTERIO.

#### 6.3. OBLIGACIONES DE AMBAS PARTES.

El MINISTERIO y la GOBERNACIÓN conformarán una Comisión Intergubernativa que será la encargada de generar los instrumentos técnicos y administrativos que permitan el cumplimiento a lo establecido en el presente convenio. La Comisión Intergubernativa realizará reuniones trimestrales a partir de la suscripción del presente convenio y aprobará su reglamento de funcionamiento en la instalación de su primera reunión.

#### CLAUSULA SÉPTIMA (COMPLEMENTARIEDAD Y RECIPROCIDAD)

La implementación y fortalecimiento del SUS deberá realizarse en complementariedad y reciprocidad con el Seguro Universal Autónomo de Tarija (SUSAT) en los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención de la GOBERNACIÓN.





*Estado Plurinacional de Bolivia*

**CLÁUSULA OCTAVA. (DETERMINACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS A SER COMPROMETIDOS).-**

8.1 El monto a ser comprometido por la GOBERNACIÓN en su presupuesto interinstitucional, será determinado de acuerdo a estudio técnico realizado por la Comisión Intergubernativa, sobre la base de la ejecución presupuestaria de cada gestión y a proyección de ingresos destinados para el sector salud.

8.2. El monto a ser comprometido por el MINISTERIO en la gestión 2019, será realizado a través de un análisis histórico del presupuesto en materia de Salud; debiendo coordinar con la GOBERNACIÓN la asignación presupuestaria para las próximas gestiones a través de la Comisión Intergubernativa.

**CLÁUSULA NOVENA. (DEBITO AUTOMÁTICO).-**

9.1. Si alguna de las PARTES, como entidad financiadora, no realiza la transferencia de los recursos comprometidos en el plazo establecido en el presente convenio a favor de la otra parte, ésta notificará por escrito, haciendo conocer dicho incumplimiento para que en el plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de su recepción, emita pronunciamiento.

9.2 En caso de no obtenerse una respuesta, se cursará una segunda nota reiterativa, otorgando el plazo de cinco (5) días hábiles a partir de su recepción, para su respuesta.

9.3 De no emitirse pronunciamiento, la entidad afectada realizará el procedimiento correspondiente para el débito automático ante Ministerio de Economía y Finanzas, conforme la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización.

**CLÁUSULA DÉCIMA. (PROYECTOS DE INVERSIÓN).-**

10.1. Los Proyectos en ejecución con presupuesto de inversión pública sobre establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención, que se encuentran a cargo de la GOBERNACIÓN continuarán siendo ejecutados por ésta.

10.2. Finalizada la ejecución de los proyectos señalados, su administración estará determinada en los lineamientos del presente convenio.

**CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA. (APOYO TÉCNICO DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS PARTICIPANTES).-**

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y el Servicio Estatal de Autonomías, prestarán el apoyo técnico que sea requerido, en el marco de sus atribuciones.





*Estado Plurinacional de Bolivia*

**CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA. (RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS).-**

En caso de que surjan controversias en la ejecución del presente Convenio Intergubernativo, el Servicio Estatal de Autonomías podrá intervenir como tercero conciliador a solicitud de una de las partes, de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 10 de la Ley N°492 de 25 de enero de 2014 de Acuerdos y Convenios Intergubernativos.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. (VIGENCIA).-**

El presente Convenio Intergubernativo, entrará en vigencia a partir de su suscripción y tendrá una duración de diez (10) años, prorrogable por el tiempo a ser acordado por las partes, previa justificación técnica y legal, en el marco de la normativa vigente.

**CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. (MODIFICACIONES).-**

El presente Convenio Intergubernativo, podrá ser modificado durante su vigencia, mediante la suscripción de Adendas, previo acuerdo de partes.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. (TERMINACIÓN DEL CONVENIO INTERGUBERNATIVO).-**

El presente Convenio Intergubernativo, se dará por terminado por las siguientes causales:

- a) Cumplimiento del Convenio Intergubernativo: De forma normal, las Partes suscribientes darán por terminado el presente Convenio Intergubernativo, una vez que se hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en el mismo, lo cual se hará constar de manera escrita al término de la vigencia.
- b) Mutuo acuerdo.
- c) Caso fortuito.

Para iniciar el trámite de resolución del presente Convenio Intergubernativo por las causales descritas en esta Cláusula, la parte requirente comunicará de manera escrita a la otra parte, su intención de resolver el Convenio Intergubernativo, estableciendo claramente la causal que aduce, otorgándole un plazo de hasta 120 (Ciento veinte) días hábiles para que la otra parte se pronuncie aceptando la terminación del convenio o rechazando la terminación y asumiendo en este caso, las acciones correctivas necesarias para dar continuidad al Convenio Intergubernativo. Asumidas estas acciones dentro del plazo establecido, la intención de resolución quedará sin efecto previa conformidad del requirente; caso contrario se continuará con la resolución del Convenio Intergubernativo, a cuyo fin la parte requirente notificará a la otra parte, mediante carta notariada que la resolución del Convenio Intergubernativo se ha hecho efectiva.





Estado Plurinacional de Bolivia

#### CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. (HOSPITALES EN CONSTRUCCIÓN).-

Los hospitales de Tercer Nivel de Atención que se encuentran en etapa de construcción y equipamiento, así como aquellos que se vayan a construir y equipar a futuro, también serán objeto de aplicación de los términos del presente Convenio, en las cláusulas que les sean aplicables.

#### CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. (COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES).-

Las partes acuerdan que cualquier comunicación o notificación se realizará en las siguientes direcciones:

**MINISTERIO:** Plaza del Estudiante esq. Cañada Strongest s/n° La Paz- Bolivia.

**GOBERNACIÓN:** Calle General Trigo N° 527 (Plaza Luis de Fuentes y Vargas).

#### CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. (CONFORMIDAD Y ACEPTACIÓN).-

La Dra. Lilly Gabriela Montaña Viaña, Ministra de Salud, por una parte y el Gobernador del Gobierno Autónomo Departamental de Tarija, por otra, manifiestan su total conformidad con todas y cada una de las Cláusulas precedentes, comprometiéndose a su fiel y estricto cumplimiento, en señal de lo cual el presente Convenio Intergubernativo en cuatro (4) ejemplares, a los diecisiete días del mes de abril del año dos mil diecinueve.

  
Dra. Lilly Gabriela Montaña Viaña  
MINISTRA DE SALUD

  
Abg. Fernando Valenzuela Billewicz  
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS  
MINISTERIO DE SALUD

  
Adrián Esteban Oliva Alcázar  
GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE  
TARIJA





SECRETARÍA DEPARTAMENTAL  
DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

