UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, ADOPTANDO RESPONSABILIDAD SANITARIA, EN FORMA MULTIDISCIPLINAR E INTEGRAL, ACTUANDO COMO PUERTA DE ENTRADA A LA RED FUNCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD COREA, MUNICIPIO DE EL ALTO-BOLIVIA 2017.

POSTULANTE: Dra. Carolina Ruth Cala Chapi

Tutor: Msc.Dr. Carlos Tamayo Caballero

Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Salud Pública mención Gerencia en Salud

La Paz - Bolivia

2017

CRÉDITOS

NOMBRE COMPLETO	CARGO
Dr. Félix Fernando Inta Espejo	Coordinador Técnico Red Corea
Lic. Eva Canaviri Mita	Responsable Salud Pública
Lic. Dunia Chavarria Montes de Oca	Trabajadora Social Distrito 2
Lic. Ruth Silva Callisaya	Trabajadora Social Distrito 3 y 12
Lic. Sofia Poma Calle	Responsable Nutrición
Tec. Juan Aliaga Villca	Administrador
Tec. Jacky Maquera Roque	Responsable Estadística
Sra. Barbara Pinto Gonzales	Apoyo Logístico
Sra. Vita Choque Chui	Apoyo Administrativo
Sr. Marco Quispe Ramos	Apoyo Técnico
Sr. Marcos López	Responsable Estadística
Lic. Reynaldo Rumay Alavi Quispe	Administrador GAM
Dr. Misael Bautista	Responsable Municipal Programa SAFCI- MI SALUD

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mis amados padres ***Antioco Cala Apaza y Lidia Chapi Casas****, quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos.*

A mi querido esposo ***Lucio Quenta Gamarra****, mi compañero de vida, con el cual escribo una historia hermosa cada día.*

A mis dos adorados hijos ***Melany y Alejandro*** *que, gracias a su apoyo emocional continuo, pude concluir esta tesis.*

AGRADECIMIENTOS

Dr. Carlos Tamayo Caballero, *tutor de esta tesis, por su orientación y motivación continúa durante el proceso de elaboración.*

Dr. Fernando Leanes, *representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Bolivia, por lograr una atención en salud más equitativa en el país.*

Dr. Julio Fernández, *Organización Panamericana de la Salud (OPS) Bolivia, por sus enseñanzas en el manejo de la herramienta REFISS.*

Dr. Freddy Valle*, Director Técnico y al personal del SEDES La Paz por su respaldo y colaboración en la ejecución del proyecto.*

Dr. Félix Inta Espejo*, Coordinador de la Red Corea, y a todo el equipo técnico, por la generosa colaboración en el suministro de información.*

Dra. Beatriz Mita Ocaranza*, amiga y colega, por sus enseñanzas y apoyo incondicional.*

¡Muchas Gracias!!!!!!

Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas.

APS	Atención Primaria de la Salud.
ASIS	Análisis Situacional de Salud.
COMUSA	Consejo Municipal de Salud.
COLOSAS	Consejo local de salud.
CPE	Constitución Política del Estado.
D.S.	Decreto Supremo.
DIMUSA	Dirección Municipal de Salud.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
MOF	Manual de Organización y Funciones.
ONGs	Organización No Gubernamentales.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social.
PSDI	Plan Sectorial de Desarrollo Integral
PTDI	Plan Territorial de Desarrollo Integral.
PEI	Plan Estratégico Institucional.
PES	Plan Estratégico de Salud.
POA	Plan Operativo Anual.
POAi	Plan Operativo Anual individual.
REFISS	Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud.
RRHH	Recursos Humanos.
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud.

SALMI	Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos.
SPIE	Sistema de Planificación Integral del Estado.
SEDES	Servicios Departamentales de Salud.
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
SICOFS	Sistema Informático de Control Financiero en Salud.
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud.
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministro.
SOAPS	Software de Atención Primaria en Salud.
SOREH	Software de Recursos Humanos en Salud.
SSCP	Seguridad Social de Corto Plazo.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO **Pág.**

1. INTRODUCCIÓN 1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN 4
2.1. ANTECEDENTES 4
2.2. JUSTIFICACIÓN 10
3. MARCO TEÓRICO 14
3.1. MARCO CONCEPTUAL 14
3.1.1. EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO DE SALUD 14
3.1.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LAS REDES FUNCIONALES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD 15
3.1.2.1 LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y OTROS MANDATOS REGIONALES 16
3.1.2.2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN LA POLÍTICA DE SALUD DE PAISES SURAMERICANOS. 17
3.1.3. LOS PROCESOS HISTÓRICOS DE EVOLUCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD ... 19
3.1.4. FRAGMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LAS RISS 22
3.1.5. LA POLÍTICA NACIONAL SAFCI DENTRO DEL MODELO OPERACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) 26
3.1.5.1 LOS PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA SAFCI 28
3.1.5.2. LA ESTRATEGIA DE LA POLÍTICA SAFCI 29
3.1.5.2.1. MECANISMOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD 30
3.1.5.3. LOS COMPONENTES DE SAFCI 32
3.1.5.3.1. COMPONENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL: 32
3.1.5.3.2. COMPONENTE DE GESTIÓN PARTICIPATIVA Y CONTROL SOCIAL: 35
3.1.5.4. INSTRUMENTO de la SAFCI 38
3.1.5.4.1. LA CARPETA FAMILIAR 38
3.1.5.4.2 CROQUIS DE LA COMUNIDAD 44
3.1.5.4.3. SALA SITUACIONAL EN SALUD 44
3.1.6. LA POLÍTICA DEPARTAMENTAL RESPECTO A LAS REDES FUNCIONALES DE SALUD 45
3.6.1. OBJETIVO DE LA JEFATURA UNIDAD DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD 49
3.1.7. LA POLÍTICA MUNICIPAL CON RESPECTO A REDES EN SALUD. 50

3.1.7.1 LEY 475 DE PRESTACIONES DE SERVICOOS INTEGRALES DE SALUD. 54
3.1.8. LAS REDES FUNCIONALES INTEGRADAS DE SALUD (REFFIS) 55
3.1.8.1. COMPONENTES DE LA RED 56
3.1.8.2. PRINCIPIOS DE LA RED DE SALUD 58
3.1.8.3. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD 59
3.1.8.4. CONTINUO DE ATENCIÓN EN EL CURSO DE LA VIDA 59
3.1.9. EL ACTUAL SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD 60
3.1.9.1. ESTABLECIMIENTO DE SALUD. 63
3.1.9.2. NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD 64
3.1.9.3. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. 64
3.1.9.3.1. PUESTO DE SALUD 66
3.1.9.3.2. CENTRO DE SALUD AMBULATORIO 66
3.1.9.3.3. CENTRO DE SALUD INTEGRAL 67
3.1.9.3.4. EQUIPOS MÓVILES DE SALUD 68
3.1.9.3.5. POLICLÍNICO 71
3.1.9.4. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 72
3.1.9.5. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN 72
3.1.10 PROYECTO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI) MI SALUD ... 72
3.1.10.1 ANTECEDENTES 73
3.1.10.2. ¿QUE ES MI SALUD? 73
3.1.10.4. CONVENIOS INTERGUBERNATIVOS CON LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES PARA IMPLEMENTAR MI SALUD 75
3.1.11. COMITÉ DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CAI). 78
3.1.11.1. FASES DEL COMITÉ DE ANALISIS DE LA INFORMACIÓN 79
3.1.12 MEDICINA TRADICONAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA 80
3.1.13. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 83
3.1.13.1. NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 84
3.1.13.2. CRITERIO DE REFERENCIA Y CRITERIO DE CONTRARREFERENCIA: 84
3.1.14. AUDITORIA 87
3.2. MARCO LEGAL BOLIVIANO EN SALUD 91
4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 99
5.ASPECTOS GENERALES MUNICIPIO DE LA PAZ 100
5.1 BASES LEGALES DE CREACIÓN 100
5.2 UBICACIÓN 101

5.3. SUPERFICIE 101
5.3. DIVISIÓN POLÍTICA 102
5.4. CARACTERÍSTICAS FÍSICO NATURALES 104
5.5. POBLACIÓN 104
5.5.1 POBLACIÓN POR DISTRITO 105
5.5.2. CRECIMIENTO intercensal 107
5.5.3. POBLACIÓN del municipio por sexo según grupos de edad 108
5.6. FACTORES DE CRECIMIENTO POBLACIONAL 109
5.6.1 ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) MUNICIPAL. 109
5.6.2. POBREZA 110
5.6.3. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD 111
5.6.4. INDICADORES DE SALUD 112
5.6.5. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO 113
5.9. CONTEXTO RED DE SERVICIOS DE SALUD COREA 114
5.9.1 RESEÑA HISTÓRICA 114
5.9.2. ASPECTOS GENERALES 114
5.9.3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA 115
5.9.4. POBLACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD COREA 115
5.9.5. POBLACIÓN DE LA RED COREA CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO 116
5.9.6. SITUACIÓN DE SALUD EN LA RED COREA 117
5.9.7. DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 117
5.9.8. PROYECTO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI) MI SALUD 122
5.9.9. INFRAESTRUCTURA SANITARIA 122
5.9.10. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN LA RED COREA 123
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 125
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 126
8.- OBJETIVOS 127
8.1.- OBJETIVO GENERAL 127
8.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOs 127
9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 128
9.1 METODOLOGIA 128
9.1.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 128

9.1.2 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO 128
9.1.3 COMPOSICIÓN DEL INSTRUMENTO: 129
9.1.4 PROCESO DE LEVANTAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS. 129
9.2 PROCESO INVESTIGATIVO 131
9.2.1 FASE DE NEGOCIACIÓN 131
9.2.2 FASE CAPACITACIÓN: 131
9.2.3 FASE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO 131
9.2.4 FASE DE RECOLECCIÓN DE DATOS 132
9.2.5 FASE DE ANÁLISIS 132
9.2.6 FASE DE ELABORACIÓN DEL PLAN 132
9.2.7. MEDICIONES 133
9.7.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN 133
9.7.2. MARCO MUESTRAL 133
9.7.3. PLAN DE ANÁLISIS 134
10.- RESULTADOS 137
10.1 CRITERIO 7: PUERTA DE ENTRADA 138
10.2 CRITERIO 8: RESPONSABILIDAD SANITARIA. 140
10.3 CRITERIO 9: INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO. 143
10.4 CRITERIO 10: MONITOREO Y SEGUIMIENTO. 145
10.5 CRITERIO 11: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR. 146
10.6. PROPUESTA DE INTRUMENTO 148
11.- DISCUSIÓN 150
12.- CONCLUSION 158
13.- RECOMENDACIONES 160
14.- PLAN DE INTERVENCIÓN 162
14.1. MARCO REFERENCIAL 162
14.2. LÍNEAS ORIENTADORAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN 163
14.3. PROCESO METODOLÓGICO DE FORMULACIÓN DEL PLAN 164
14.4.- PLAN DE INTERVENCIÓN 170
15.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 216

ÍNDICE DE TABLAS

Pag.

TABLA 1. LOS PROCESOS POLÍTICOS NACIONALES 20

TABLA 2. PROCESO DE CARPETIZACIÓN, 2016 43

TABLA 3 . ARTICULACIÓN DE LAS POLÍTICAS SUGERIDAS CON EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL "LA PAZ 2040" 53

TABLA 4. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD 60

TABLA 5. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2014 65

TABLA 7 . ATRIBUCIÓN POR CONVENIO INTERGUBERNAMENTALES. MI - . SALUD 75

TABLA 8. CONVENIOS INTERGUBERNATIVO MI SALUD ,2016. 76

TABLA 9. DISRIBUCÓN DE RECURSOS HUMANOS Y ESTABLECIMIENTOS DE . SALUD, CON PERSONAL DE MI SALUD 2016. 77

TABLA 10 TIPOS DE AUDITORIA 89

TABLA 11. REDES DE SALUD MUNICIPAL 91

TABLA 12. MUNICIPIO DE EL ALTO: POBLACIÓN POR DISTRITOS 106

TABLA 13. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS. SITUACIÓN DE POBREZA. MUNICIPIO DE EL ALTO. 2012 110

TABLA 14. LUGAR DONDE ACUDE LA POBLACIÓN CUANDO TIENE PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN RESULTADOS CENSO 2012. MUNICIPIO EL ALTO. 111

TABLA 15. DEPARTAMENTO DE LA PAZ: INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, 2012. ... 112

TABLA 16. INDICADORES PRINCIPALES SALUD. MUNICIPIO DE EL ALTO. 2016 112

TABLA 17. ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, MUNICIPIO DE EL ALTO, 2015. 113

TABLA 18. POBLACIÓN DE LA RED COREA, SEGÚN DISTRITO MUNICIPAL. 2016. 116

TABLA 7. DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN, MUNICIPIO DE EL ALTO RED COREA 2016. ..... **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA 19. RECURSOS HUMANOS SEDES. RED COREA,2016. 124

TABLA 21. MATRIZ DE PROBLEMAS CAUSAS Y SOLUCIONES 132

FIGURA 8. CUMPLIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA RED COREA, EL ALTO (BOLIVIA 2017) ..... **¡Error! Marcador no definido.**

FIGURA 9 CUMPLIMIENTO DE LA INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA RED COREA, EL ALTO (BOLIVIA)2017 143

FIGURA 10 CUMPLIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA RED COREA, EL ALTO (BOLIVIA)2017 145

FIGURA 11 CUMPLIMIENTO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA RED COREA, EL ALTO (BOLIVIA)2017. 146

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Pág.

ILUSTRACIÓN 1. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD. 7

ILUSTRACIÓN 2: OBJETIVOS DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL. 27

ILUSTRACIÓN 3 APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR 41

ILUSTRACIÓN 4 ORGANIGRAMA MI SALUD. 74

ILUSTRACIÓN 4 DISPONIBILIDAD DE CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL, EN LA RED COREA, 2016. 118

ILUSTRACIÓN 5 SUBSISTEMAS DE SALUD EN LA RED COREA,2016 119

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL PRIMER NIVEL DEL SUB SECTOR PÚBLICO. 173

ANEXO 2 DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL, RED COREA 2016. 176

ANEXO 3. DELIMITACIÓN TERRITORIAL DE LA RED COREA, DISTRITOS 2,3 12 DEL MUNICIPIO DE EL ALTO, 2014 177

ANEXO 4. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, MUNICIPIO DE EL ALTO2014. 178

ANEXO 5. POBLACIÓN EMPADRONADA POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, MUNICIPIO DE EL ALTO 179

ANEXO 6. LUGAR DONDE ACUDE LA POBLACIÓN CUANDO TIENE PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN RESULTADOS CENSO, 2012. 180

ANEXO 7. ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED COREA, 2016. ... 181

ANEXO 8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 184

ANEXO 9. ANALISIS FODA. 186

ANEXO 10. ORGANIGRAMA DE LA RED COREA, 2016. 187

ANEXO 11. INSTRUMENTO DE LEVANTAMIENTO DE DATOS, HERRAMIENTA REFISS ATRIBUTO 3 , RED COREA 2017. 188

ANEXO 12. HERRAMIENTA REFORMULADA. 191

RESUMEN EJECUTIVO

La necesidad imperiosa de avanzar, hacia la integración de los servicios de salud, con La OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y avanzar hacia la entrega de servicios de salud, más integrales para todos los habitantes del mundo. Adoptando en 1978 La Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud[1]. El artículo VII de la Declaración de Alma-Ata sostiene que la Atención Primaria de Salud (APS)[1] "*debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia…, conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados*".

Bolivia adopta el enfoque de Atención Primaria en Salud con la implementación de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural[2]. Es la nueva forma de sentir, pensar, comprender, y hacer salud, que completa y articula al personal de salud y médicos tradicionales con la persona, familia y comunidad, interactúa con todos los actores sociales e institucionales para la toma de decisiones, dirigidas a transformar las determinantes de salud[3][2]

Bajo un paraguas organizacional denominado "RED FUNCIONAL INTEGRADA", En base a la iniciativa de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en otros países de Latinoamérica es que se decidió adecuar y contextualizar este concepto, en Bolivia la herramienta se denomina, Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS), cuyo objetivo fundamental es el desarrollo y aplicación de una herramienta para la construcción de las redes funcionales y de este modo contribuir a

---

[1] *Hoy hablamos de la Atención Primaria de Salud Renovada.*

[2] *Política actual de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.*

[3] *Problemas estructurales de la salud: disponibilidad de agua, pobreza, educación.*

mejorar la calidad de vida y el VIVIR BIEN de las personas, las familias y la comunidad entera, a través de un sistema de salud que resuelva los problemas oportunamente, aliado con una comunidad que promueve la participación de todos en el logro de su bienestar.

El Atributo 3 correspondiente al PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, en el ámbito del Modelo Asistencial de la red funcional de servicios de salud, incluyen servicios de salud pública, seguridad social de corto plazo, ONG y servicios privados tanto en la otorgación de prestaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional de la red de servicios de salud.

Cabe destacar que el primer nivel constituye la parte operativa del sistema de salud. Así mismo, El ministerio de Salud encargado de dar normativas, proporciona herramientas útiles y necesarias de promoción y educación en salud, para modificar conductas y actitudes que perjudiquen la vida de las personas, para que de esta manera se recuperen, generen y promuevan saberes, conocimientos y prácticas de protección a la vida, de modo que la misma población sea participe de sus propios estilos de vida para vivir bien

En el marco del desarrollo integral para vivir bien, el Plan de Desarrollo Económico y Social (2016-2020) Formula las siguientes metas: Acceso universal al servicio de salud e integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado.

Así mismo, El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016-2020 se constituye en un instrumento de gestión, dirección y planificación sectorial, fue elaborado en el marco de la ley N°777, del Sistema de Planificación Integral del Estado Plurinacional de Bolivia – SPIE, en el marco de los pilares, metas resultados establecidos en el Plan de Desarrollo Económico Social 2016-2020 Que esta concordancia a la Agenda Patriotica2025.

Se planteo como PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN ¿Cuál es la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, adoptando responsabilidad sanitaria, en forma multidisciplinaria e integral, actuando como puerta de entrada a la Red Funcional Integral de Servicios de Salud Corea, Municipio de El Alto-Bolivia 2017?

Por tanto, el OBJETIVO GENERAL es: Establecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, adoptando responsabilidad sanitaria, en forma multidisciplinaria e integral, actuando como puerta de entrada a una Red Funcional Integral de Servicios de Salud Corea, Municipio de El Alto 2017.
Con el planteamiento de los siguientes OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las acciones que promuevan al primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema de Salud.
2. Evaluar la responsabilidad sanitaria del primer nivel de atención.
3. Determinar si el establecimiento de salud desarrolla atención integral continua con los otros niveles de atención de la Red de Salud Corea.
4. Determinar la capacidad resolutiva en el primer nivel de la Red Corea.
5. Identificar la existencia de equipos multidisciplinarios en los establecimientos de primer nivel de atención de la Red de Salud Corea.
6. Proponer un instrumento de levantamiento de datos, adecuado al contexto actual de la Red de Salud Corea.

Por tanto, el **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.** Descriptivo Observacional y analítico orientado a una investigación de acción participativa. El diseño incluyo dos fases: cuantitativo y cualitativo. Al inicio se realizó el consenso con autoridades del SEDES La Paz y el equipo Técnico de la Coordinación de la Red Corea, dominio de los atributos y metodología de análisis, se realizó la validación del instrumento con expertos del SEDES, cursantes de la Maestría y una validación en el trabajo de campo.

La recolección de datos se obtuvo mediante una reunión con grupos focales donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos y en el proceso de verificación en los establecimientos y unidades de gestión de la Red de Salud Corea.

La investigación tuvo lugar en la Red Corea del Municipio de El Alto, que se encuentra ubicado en el Departamento de La Paz, la Red Corea abarca los distritos 2, 3 y 12, siendo esta la Red más grande de las 5 redes de salud de El Alto. La coordinación de la Red Corea funciona en ambientes del Centro de Salud Santiago II y para el 2016 cuenta con una población de 259.797hab., 27 establecimientos de primer nivel, 1 de segundo nivel y 1 de tercer nivel.

RESULTADO GENERAL:

El promedio general de las variables cumplidas en el ATRIBUTO 3 PRIMER NIVEL, Puerta de entrada es de 52.2 %, lo ubica en la franja amarilla. Cabe destacar que se encuentra en condición de alerta y las acciones que se deben tomar es un plan de mejora.

Los criterios analizados se relacionaban con el PRIMER NIVEL de Atención como puerta de entrada; Responsabilidad Sanitaria; Atención Integral y Continua; Capacidad Resolutiva y Equipo Multidisciplinar. Donde los personeros que brindaron la información debían responder en las casillas de “SI” o “NO”, en caso de que cumplan o no la variable en cuestión, además debían indicar las fuentes de verificación para cada variable.
Siendo los RESULTADOS POR CRITERIO los siguientes:

1. El primer nivel cumple su función de puerta de entrada, mediante acciones de Promoción para establecer el acceso a la salud integral e intercultural al primer nivel como puerta de entrada al sistema de Salud en coordinación con el personal de salud de los establecimientos

2. La Responsabilidad Sanitaria de los establecimientos de salud de primer nivel de la Red Corea está determinada por su misión y objetivos estratégicos, los cuales se encuentran alineados a los de una red Funcional. Asimismo, tienen definido la población bajo su responsabilidad y cuentan con los mapas de ubicación geográfica de la población a cargo. Por otro lado, realizan en un 80 % los establecimientos de salud, los Comités de Análisis de la información con la participación de la comunidad.

   Las variables con parámetro de incumplimiento son; El primer nivel, No cuenta con Registro total de la población a su cargo. Por el mismo no están identificadas las familias expuestas a riesgos de salud por condiciones ambientales o sociales por establecimientos.
3. La Integralidad y continuidad del cuidado tiene dificultades de estar establecido. Si cumple con la coordinación en atención y coberturas entre el Equipo Mi Salud y los establecimientos de Salud, Sin embargo, no es compartida la información de identificación de grupos vulnerables ni determinantes sociales y ambientales. Se verifico la información correspondiente en los paneles de información acerca la prestación y sus derechos de las personas con discapacidad, además se verifico que se cuenta con el registro de las historias clínicas selectas en el área de recaudaciones identificadas por apellido paterno y fecha de nacimiento. No dispone de registros de proveedores de medicina tradicional, tampoco existe un registro de identificación de médicos tradicionales por los equipos de Mi Salud. Se evidencia el material fisco del manual de referencia y contrarreferencia, Existiendo los registros de referencia en los establecimientos de Salud. Sin embargo, existe una débil articulación con el componente de contrarreferencia en la Red Corea.

4. La capacidad resolutiva del primer nivel está determinada por metas sanitarias y compromiso de gestión, teniendo como cobertura de atención de parto institucional de 84.1 %. Acorde a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Sectorial Integral. Asimismo, la cobertura de atención prenatal adecuada cumplió con 89.2%. Cobertura de 3ra dosis de Pentavalente en menores de 1 año, con un 105.7 %. Cobertura de atención de EDAS en menores de 5 años de 54.4%.

   Que son monitoreadas mensualmente, en el Comité de Análisis de la Información. que lo realizan en forma participativa multidisciplinaria. Se verifico que solo el 50 % de los centros de salud realizan auditorias periódicas, Debilitando el Sistema de Monitoreo en los establecimientos de Salud.

   El 16 de abril del 2016, se conforma el comité de gestión de calidad y auditoria médica en la red de salud Corea, se evidencio que la coordinación de red cuenta con el consolidado de las auditorias Médicas. La red dispone de un Médico Auditor en el centro de salud 1ro de mayo.
5. El equipo Multidisciplinar en la red Corea, no está establecido según las normas de caracterización del primer nivel de atención. Se cuenta con el siguiente personal en los centros Ambulatorios: Médico, Odontólogo, Lic. Enfermería, Aux. de Enfermería, Personal administrativo y trabajador polivalente. Asimismo, los centros Integrales Médicos Generales y/o especialistas (el centro de salud integral Villa Avaroa cuenta con un especialista en ginecología), Lic. Enfermería, Odontólogo, Aux. de Enfermería, Técnico en rayos x Bioquímico y Farmacéutico, personal administrativo, personal polivalente, los siete centros Integrales realizan el seguimiento y monitoreo a los centros de salud ambulatorio.

No se cuenta con trabajadora social en cada establecimiento, según la norma de caracterización de primer nivel de atención. La red Corea, cuenta con 2 Trabajadoras Sociales.

Dentro el Proyecto Mi Salud establece su equipo de la siguiente manera, Se cuenta con 45 equipos de Salud. Cada uno conformado por un médico general (ELAM) dispuesto por el Ministerio de Salud y una enfermera dispuesta por el GAMEA. 12 equipos en el distrito dos, 27 equipos en el distrito tres y 6 equipos en el distrito doce que contempla la Red Corea. Cada distrito a cargo de un responsable distrital que es un especialista SAFCI. Sujetos a un responsable Municipal.

Los establecimientos de salud cuentan con registros en cuadernos de las historias clínicas, Bajo custodia del área de recaudaciones.

Por otro lado, no fueron reconocidos Médicos Tradicionales por la población en la Red Corea, lo cual Debilita la Articulación de la Medicina Tradicional al Sistema de Salud.

Se Puntualizo las siguientes **CONCLUSIONES**:

1. En conclusión, El primer nivel cumple la función como puerta de entrada, mediante acciones de Promoción de la salud: Orientación, prevención, en la familia, en la comunidad y en el establecimiento, para establecer el acceso a la salud integral e intercultural y promueven al primer nivel como puerta de entrada al sistema de Salud en coordinación con el personal de salud sus establecimientos. Por otra parte, el instrumento REFISS dentro de este criterio no toma en cuenta, como actor al gobierno autónomo Municipal siendo atribución de esta entidad.
2. Esta establecida la responsabilidad Sanitaria del equipo del Primer nivel, esta se encuentra enmarcada en los pilares de la Política SAFCI. El trabajo saturado y el llenado de formularios

extensos, limitan al personal de salud implementar la carpetización, llegando actualmente a un 43 % de implementación. Asimismo, la actualización de la sala situacional. Si bien existe información oportuna en el proyecto Mi Salud este no es socializado con los establecimientos de salud del área de influencia.

3. No se encuentra determinada La integralidad y cuidado en la Red Corea, Es decir, no logra integrarse completamente para resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital. Por la débil implementación de las normas de referencia y contrarreferencia, y la falta de personal de salud. Asimismo, por la presencia de seguros públicos focalizados y limitación en las prestaciones.

4. Está establecido la capacidad resolutiva en la Red Corea, através de la realización de los CAIs de manera participativa. La aplicación de cuadros de monitoreos por programas en los establecimientos de salud. No obstante, cuentan con una débil implementación de auditorías periódicas.

5. No se encuentra identificado el equipo multidisciplinario en la Red Corea, se encuentra acorde a las normas de caracterización de los establecimientos de primer nivel de atención. Por otro lado, al no contar con un sistema nacional de registro de Recursos Humanos implementado y funcionando, es difícil conocer la densidad de los Recursos Humanos de los demás Subsectores de salud. Además, cuando se elabore un Protocolo de atención acorde a la Medicina tradicional, y que se cambie la visión Mercantilista de estos actores. Se podrá conformar el equipo

multidisciplinario como propone la política SAFCI, enmarcado en los principios de la APS renovada.

Con las siguientes **RECOMENDACIONES.**

1. Se recomienda Continuar con el desarrollo de cursos de capacitación al personal de salud. Asimismo, modificar la herramienta e incluir al responsable del Gobierno Autónomo Municipales, como actor para promover al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de Salud, siendo esta una de sus atribuciones. De modo se pueda apreciar una gráfica representativa.
2. Para que la red Corea fortalezca la responsabilidad Sanitaria de los establecimientos de salud de primer nivel. Estos deben implementar la carpetización y sistematizarlo en el software de la Carpeta Familiar.
3. Para Fortalecer la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, se recomienda se puedan gestionar equipos Mi Salud para la coordinación de esta atención. Además, fortalecer los comités de referencia y contrarreferencia establecidos en la red Corea.
4. Se recomienda optimizar la capacidad resolutiva, con el fortalecimiento de los comités de auditoría medica en los establecimientos de primer nivel, con una frecuencia minina de dos veces por mes. Y así mejorar los mecanismos de monitoreo y toma de decisiones oportunas.
5. Se recomienda para el fortalecimiento del equipos multidisciplinarios en la red Corea ; Realizar un estudio del perfil epidemiológico para establecer la ruta de articulación de la medicina tradicional , comprometiendo al personal de Salud, equipos mi salud, autoridades Locales de salud, para la identificación de Médicos tradicionales dentro del área de influencia, y sea la población quien establezca la articulación con Medicina tradicional dentro del área de influencia.

1. INTRODUCCIÓN

El entorno socio económico del continente Sudamericano, entre los que se encuentra Bolivia. Es destacable la inequidad y la exclusión social, persistiendo esta vulnerabilidad a nivel de los estratos bajos y medios. [3]

Ante este panorama, los sistemas de salud cumplen con la obligación de resolver los dilemas de salud pública vinculados con la pobreza; a su vez deben afrontar los desafíos emergentes de la modificación demográfica y el perfil epidemiológico de transición que se expresa en la coexistencia de patologías pertenecientes al sector de las causas infecciosas y parasitarias, así como en el conjunto de enfermedades crónico degenerativas. [4]

En tal sentido la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, han propuesto la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como un reto prioritario que busca resolver la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud, para lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos de la región a estos servicios.**¡Error! arcador no definido.** Siendo estas, las principales barreras para que la población no acceda 3 al Sistema de Salud Boliviano.

De acuerdo con esta iniciativa, las RISS son el paraguas organizacional bajo el cual todos los prestadores de servicios de salud brindan atención a una población, de manera complementaria, eficiente, efectiva, garantizando la continuidad de la atención en el sistema y cubriendo el ciclo de la vida con calidad, ética y resolutividad. [5]

Al respecto, con base en la creación de un documento teórico sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la OPS/OMS[4] diseñó una herramienta genérica que permite analizar la funcionalidad y el grado de integración de las redes e incorpora todos los componentes, características

[4] *Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud*

y principios que postula la APS[5] renovada. Esta herramienta llamada Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud, para su aplicación en Bolivia, fue adecuada y contextualizada a la realidad del país.

El objetivo fundamental de las REFISS[6] es el desarrollo y la construcción de las redes funcionales y de este modo contribuir a mejorar la calidad de vida y el Vivir Bien de las personas, las familias y la comunidad entera, a través de un sistema de salud que resuelva los problemas oportunamente, aliado con una comunidad que promueve la participación de todos en el logro de su bienestar. [6]

En este entendido, la aplicación de la herramienta REFISS permite realizar un diagnóstico acerca de la funcionalidad y el grado de integración de una red de salud con base en la medición de 14 atributos relacionados al modelo asistencial, la gobernanza, la organización - gestión y la asignación de incentivos a la red.

El presente trabajo, analizara el Atributo 3 **PRIMER NIVEL de** atención, que contempla 5 criterios y 23 variables correspondientes al criterio Modelo Asistencial. Así mismo, pretende analizar al primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema de Salud, para garantizar la continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas de salud. con los mecanismos de referencia y contrarreferencia con el segundo y tercer nivel de atención. Siguiendo el principio de interculturalidad, el modelo de atención SAFCI [7][7] incluye la articulación de la atención biomédica y la tradicional [8]. Enfocando así al primer nivel como atributo para la implementación de la Red Funcional Integral de los Servicios de Salud Corea, del Municipio de El Alto.

[5] *Atención Primaria en Salud*

[6] *Redes Funcionales de Servicios de Salud.*

[7] *Tiene como objetivo eliminar la exclusión sanitaria; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de salud.*

Los resultados obtenidos, reflejan aquellos aspectos que requieren mejora, las fortalezas y el grado de prioridades que los tomadores de decisión deben otorgar a los hallazgos para implementar acciones concretas en sus planes operativos, en favor al enfoque integral de las necesidades en salud. [9]

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. ANTECEDENTES

La salud, entendida como el bienestar biopsicosocial. Está determinada, en gran medida por el nivel de desarrollo alcanzado por un país en el ámbito económico, político - social y de salud pública. No se trata de un fenómeno exclusivamente individual ni depende solamente del trabajo de los sistemas de salud, pues comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana. [10]

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[8], que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina "factores determinantes básicos de la salud" y señala que son los siguientes: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género.[11]

Por estos motivos se hace necesaria la concertación de diversos mecanismos sociales que generan los procesos de salud y enfermedad, muchos de los cuales están fuera del alcance directo del sector de la salud y difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del sector o por cualquier otro sector de manera aislada. Ello adquiere mayor relevancia cuando el objetivo es reducir las inequidades en salud, dado que hacer frente a ellas implica abordar las determinantes sociales de la salud.

En este sentido, considerando la realidad nacional y el contexto social boliviano, el once de junio de dos mil ocho, se promulgó el Decreto Supremo Nº 29601[12], que establece que el modelo de atención y de

[8] *El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976 y el 1º de diciembre de 2007 fue ratificada por los 157 Estados.*

gestión en salud es el de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

Desde esa fecha con el objetivo de actuar sobre las determinantes de la salud, el modelo SAFCI[9] se instituye como la estrategia primordial a fin de alcanzar el paradigma del Vivir Bien para todos los bolivianos y sus familias, así como para los habitantes de las comunidades rurales de Bolivia.

Asimismo, bajo la premisa de "Movilizados por el derecho a la salud y a la vida para Vivir Bien", la máxima autoridad sanitaria representada por el Ministerio de Salud dispuso fortalecer las redes de salud, en sus dos elementos primordiales: la Red Municipal SAFCI, que constituye la matriz geomorfológica del territorio y la Red de Servicios que representa la noción funcional - espacial, tomando en cuenta que entre sus finalidades se tienen la conformación de conjuntos de talentos humanos, capacidades y habilidades de las personas, tanto del personal técnico de salud como de los pacientes, sus familias y las comunidades de las que ellos forman parte.

Aunque previamente a noviembre de 2008, se aprobaron una batería de normas que incluyen leyes, decretos y resoluciones que otorgaban el basamento legal para que actúen las redes de salud, estas no definían, no estructuraban, ni reglamentaban su funcionamiento.

Con la finalidad de llenar ese vacío jurídico y ejercer la función de rectoría, el Ministerio de Salud elaboró una norma que permite consolidar la política SAFCI para los diferentes componentes del Sistema de Salud; sean estos del subsistema público, del subsistema de seguridad social de corto plazo, del privado con o sin fines de lucro y el de la medicina tradicional; para coordinar sus capacidades con la noble misión de disminuir la exclusión en el ejercicio del derecho a la salud.

Esta normativa contempla que la política SAFCI, se transforme en el factor ordenador del fragmentado sistema de salud boliviano en los niveles tanto

[9] Salud Familiar Comunitaria Intercultural

local, municipal, departamental y nacional bajo la conducción del Ministerio de Salud.

Por lo cual el 21 de noviembre de 2008, la máxima autoridad en salud emite la Resolución Ministerial Nº 1036 que aprueba la Norma Nacional de Redes Municipales de Salud -SAFCI y Redes de Servicios [13]. De cumplimiento obligatorio y puesta en práctica también por los Servicios de Salud de los gobiernos subnacionales sean municipales o de la gobernación respectiva.

El Ministerio de Salud, con la finalidad de recuperar su rol rector, amplía los alcances de la normativa pues incorpora a los establecimientos de la Iglesia Católica y la medicina tradicional; estos últimos, que desde el 6 de marzo del año 2006 tienen un Viceministerio encargado de los temas relacionados a su condición. [14]

Continuando el proceso de descentralización iniciado en la década del 90, con la promulgación de la Ley de Marco de Autonomías “Andrés Ibáñez” [15] se ha estructurado de diferente manera el sector salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

A nivel departamental, como dependencia de las gobernaciones se crean los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), quienes deben suministrar la infraestructura de salud y el mantenimiento respectivo de los hospitales de tercer nivel, asimismo debe dotar de equipos médicos, mobiliario, medicamentos, insumos médicos y generales, suministros, y encargarse de los servicios básicos, así como fiscalizar su uso, además de la gestión del talento humano.

Los Gobiernos Autónomos Municipales, asumen la competencia sobre la construcción y mantenimiento de infraestructura, la compra de insumos y el respectivo desembolso de los dineros de gastos operativos para los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su territorio.

Del mismo modo los municipios son los responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria, mismas que son supervisadas por los Consejos Locales de Salud (COLOSAS), Consejos Municipales de Salud

(COMUSAS) o la Autoridades Locales de Salud (ALS), en el que participan de representantes de los diversos actores en salud, como ser el SEDES[10], alcaldes municipales y miembros del control social y la sociedad civil organizada.

Los actores importantes del sub sector de la salud pública en el que se mencionan algunas de sus atribuciones, se detalla a continuación.

ILUSTRACIÓN 1. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD.

FUENTE: *En base a información de la Dirección de Investigación e Información Municipal – Programa de Análisis e Investigación Estratégica Municipal, con fuente en Ley Marco de Autonomías y Descentralización Nº 031.*

Así descrita, la compleja Red Nacional de Establecimientos de Salud de Bolivia, está constituida por seis subsectores: el Público, la Seguridad Social de corto plazo, las instituciones privadas con fines de lucro, los centros de la Iglesia, las ONG's[11] y la medicina tradicional. Su dirección está a cargo de los Coordinadores o Responsables que deben velar por la planificación, gestión y evaluación integral e integrada del área de su competencia asignada. Todos estos actores establecen tres tipos de Redes

[10] Servicio Departamental de Salud

[11] Organismos No Gubernamentales

de Salud, la primera es la Red Municipal SAFCI, conformada por los centros de primer y segundo nivel de prestación de servicios de salud, el cual es dirigido por el Coordinador de Red que es nombrado por el respectivo SEDES[12].

La Red de Salud Departamental, conformada por las redes de salud municipales tanto urbanas como rurales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento, cuya autoridad y responsabilidad se visualiza en la persona del Director Técnico del SEDES. Y la Red Nacional de Salud conformada por las dos anteriores.

En este contexto, las REFISS representan la columna vertebral operativa de la política nacional SAFCI, mediante la cual los paradigmas del proceso salud - enfermedad se efectivizan a través de prácticas sociales en salud y la prestación de servicios por parte de los componentes del sector en procura de garantizar el acceso universal, la cobertura e integralidad de los servicios para todos los bolivianos.

Para este modelo, cada Red representa un núcleo de acción estratégica del sector salud, pues dentro del contexto normativo se le asigna competencias y responsabilidades en la gestión de la salud pública. Por tanto, cada Coordinación de Red deberá desarrollar tareas importantísimas enmarcadas en el modelo SAFCI.

Si bien cada Red es una estructura funcional, vale la pena aclarar que en ella convergen también diversas condiciones geográficas, sociales, culturales, económicas, políticas, religiosas, por citar las más importantes, pero no la totalidad.

En este entendido la dinámica, la estructura, las funciones e iniciativas, la capacidad de sus miembros, la eficiencia en la resolución de las dificultades, la calidad de la prestación de servicios de salud, la planificación participativa con la sociedad civil y la transparencia en el ejercicio de

[12] Servicio Departamental de Salud

funciones, son aspectos que permitirán a cada Red lograr verdaderas transformaciones de las condiciones de salud de la población.

Bajo la dirección de los SEDES, las Coordinaciones de Red están obligadas a generar capacidades, áreas políticas y estrategias de concertación con los diversos actores del sector salud y la sociedad civil para cumplir con un mandato constitucional y garantizar el derecho a la salud.

Por lo tanto, la presente tesis permitirá conocer las actuales características del funcionamiento de la red de servicios de salud Corea del Municipio de El Alto y su rol en el cumplimiento de la provisión de este derecho humano fundamental como es la salud a la población de esta urbe planteando consecuentemente planes de mejora.

Consecuentemente, mediante la aplicación de una herramienta validada para medición del ATRIBUTO 3 PUERTA DE ENTRADA de la REFISS, dentro el componente del modelo asistencial, la presente tesis contribuye a analizar aspectos inherentes a:

1. Las acciones que promuevan al primer nivel de atención como puerta de entrada a la Red de Salud Corea.
2. La responsabilidad sanitaria del primer nivel de atención.
3. El desarrollo de la atención integral continua con los otros niveles de atención de la Red de Salud Corea.
4. La capacidad resolutiva en el primer nivel de la Red Corea.
5. La identificación de los equipos multidisciplinarios en los establecimientos de primer nivel de atención.

2.2. JUSTIFICACIÓN

La necesidad imperiosa de avanzar hacia la integración de los servicios de salud, con La OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y avanzar hacia la entrega de servicios de salud más integrales para todos los habitantes del planeta. Como ha mencionado la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan:

"El mundo nunca ha poseído un arsenal tan sofisticado de intervenciones y tecnologías para curar la enfermedad y prolongar la vida. Sin embargo, las brechas en los resultados en salud continúan creciendo. Muchos de los problemas de salud, enfermedades, causas prematuras de muerte y sufrimiento que se observa a gran escala son totalmente innecesarios ya que se dispone de intervenciones efectivas y de costo razonable para su prevención y tratamiento. La realidad es incontestable. El poder de las intervenciones disponibles no se corresponde con el poder de los sistemas de salud para entregarlas a las personas más necesitadas, de forma integral, y en una escala adecuada" [16].

Adoptando en 1978 La Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud[13]. El artículo VII de la Declaración de Alma-Ata sostiene que la Atención Primaria de Salud (APS)[**17**] "*debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia…, conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados*".

Este objetivo fue nuevamente ratificado por los Estados Miembros de OPS en el año 2005, como parte del proceso de renovación de la APS en Las Américas. El artículo III de la Declaración de Montevideo, dice: "los modelos de atención de salud deben…fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención" [**18**].

[13] *Hoy hablamos de la Atención Primaria de Salud Renovada.*

Promulgado la resolución 22 del 49 Consejo Directivo de la OPS[19], propuso el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud (APS) y el ordenamiento de los establecimientos de salud públicos y no públicos en redes integradas de Servicios de Salud para, mediante esto, facilitar la provisión de servicios de salud accesibles, equitativos, eficientes y con calidad técnica; mejorando e incrementando : la cobertura y el acceso universal; la atención integral, integrada, continua y complementaria; el cuidado en el nivel apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria y; la acción intersectorial, entre otros.

Considerando que, el Párrafo I del Artículo 37[20], de la Constitución Política del Estado Plurinacional, establece 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

La fragmentación del Sistema de Salud de Bolivia acarrea estos problemas: cuidado asistencial, incrementa el acceso y la eficiencia global del Sistema de Salud, duplicación de infraestructura y servicios, disminución los costos de producción, y no responde a las necesidades y expectativas de las personas, la familia y la comunidad.

Consiguiendo finalmente, Bolivia, en las últimas décadas, ha venido haciendo esfuerzos para superar el enorme problema que presenta la fragmentación de los servicios, tendiendo hacia la integración de los mismos, entre estos esfuerzos se destacan:

El ministerio de Salud encargado de dar normativas, proporciona herramientas útiles y necesarias de promoción y educación en salud, para modificar conductas y actitudes que perjudiquen la vida de las personas, para que de esta manera se recuperen, generen y promuevan saberes, conocimientos y prácticas de protección a la vida, de modo que la misma población sea participe de sus propios estilos de vida para vivir bien. [21]

En el marco del desarrollo integral para vivir bien, el Plan de Desarrollo Económico y Social (2016-2020) Formula las siguientes metas: Acceso universal al servicio de salud e integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado. [**22**]

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016-2020 se constituye en un instrumento de gestión, dirección y planificación sectorial, fue elaborado en el marco de la ley N°777, del Sistema de Planificación Integral del Estado Plurinacional de Bolivia – SPIE, en el marco de los pilares, metas resultados establecidos en el Plan de Desarrollo Económico Social 2016-2020 [**23**]. Que esta concordancia a la Agenda Patriotica2025.

La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural[14]. Es la nueva forma de sentir, pensar, comprender, y hacer salud, que completa y articula al personal de salud y médicos tradicionales con la persona, familia y comunidad, interactúa con todos los actores sociales e institucionales para la toma de decisiones, dirigidas a transformar las determinantes de salud[15][24].

La obligatoriedad de ser atendidos por el primer nivel, previa la tención por la especialidad; y la evaluación de la pertinencia de los formularios de referencia, han permitido contar con información útil para el especialista y reducir las referencias injustificadas.

[14] *Política actual de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.*

[15] *Problemas estructurales de la salud: disponibilidad de agua, pobreza, educación.*

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO DE SALUD

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados[16], y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. [25]

Para el investigador Echeverri (2006) la salud es: "*un derecho cardinal que abarca la esfera del ámbito individual, público y social, por lo tanto es transversal a todos los intereses y necesidades de los distintos habitantes agrupados que buscan la protección social del estado a través de la eficiente y equitativa prestación de servicios de salud, como tiene una alta vinculación con la dignidad humana pero fundamentalmente con la vida, los diversos actores reclaman su participación en la toma de decisiones sobre la utilización y destino de los recursos públicos.*"[26]

Por tanto, si comprendemos que la salud es un medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esta sería como la condición sine qua non, que favorece el desarrollo del potencial humano de cualquier persona. Las teorías antropológicas ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad. [27]

Bajo esta nueva conceptualización de la salud, las RISS impulsadas por la OPS "reflejan un interés renovado por la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los

[16] *(Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100)*

sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región". [28]

En Bolivia desde el 2006 con la elaboración del Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2006-2010 y bajo la consigna de "Movilizados por el derecho a la salud y la vida", las autoridades de salud tienen la finalidad de velar por el pleno ejercicio del derecho a la salud, como parte de las garantías constitucionales, planteando des mercantilizar la salud para lograr un verdadero cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, a través de la estrategia de las redes de salud. [29]

En esta misma filosofía, la sociedad ha ido asumiendo roles cada vez más protagónicos buscando un estado de bienestar integral, universal e incluyente que garantice el cumplimiento pleno de este derecho, para mejorar su vida y en síntesis para Vivir Bien.

3.1.2. DEFINICIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

Es el conjunto amplio y continuo de intervenciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y daños a la salud y cuidados paliativos, que las personas reciben a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud y ámbitos de desarrollo humano, de acuerdo a sus necesidades y a lo largo del curso y ciclos de vida (OPS/OMS. MAYO 2008).

3.1.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LAS REDES FUNCIONALES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, además desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un

sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad"***¡Error! Marcador no efinido.***.

La declaración de Alma-Ata[34] sostiene que la Atención Primaria de Salud, *"…debe mantenerse mediante un* ***sistema integrado, funcional*** *y de sistemas de referencia*…", *"…conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados*" [30].

La declaración de Montevideo [31] establece que *"…los modelos de atención de salud deben…" "...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención" [32]*

La Agenda de Salud para Las Américas [33]menciona que: *"fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos"*

3.1.2.1 LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y OTROS MANDATOS REGIONALES

Como bien plantea el documento de la Organización Panamericana de la Salud, existen múltiples instancias de compromisos/mandatos internacionales no-vinculantes que enfatizan la necesidad de avanzar hacia un cuidado integrado e integral de la salud.

Como bien expresa el documento OPS, el objetivo de organizar servicios de salud en niveles de atención integrados y descentralizados fue nuevamente ratificado por los Estados Miembros en el año 2005, como parte del proceso de renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas.

En junio de 2007, la Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, señala la necesidad de: fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y

local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos, y en Julio del mismo año, el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6, la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales.

3.1.2.2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN LA POLÍTICA DE SALUD DE PAISES SURAMERICANOS.

Dentro de la Conceptualización y definición de la atención primaria de salud en las políticas de salud actuales en los países suramericanos se detalla a continuación en el siguiente cuadro.

CUADRO 1. CONCEPCIÓN / DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS POLÍTICAS DE SALUD ACTUALES EN LOS PAÍSES SURAMERICANOS

PAISES	APS EN LA POLÍTICA ACTUAL
Argentina (2004) APS	"Estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación"
Bolivia (2008) No se emplea el término APS en la legislación.	El Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (Safci) con sus principios de participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad contempla los elementos de APS
APS en la política actual Brasil (2006, 2011)	"La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud en el ámbito individual y colectivo que abarca la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de

	daños y la manutención de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que tenga impacto en la situación de salud y en la autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades”
modelo de atención en APS.3 Chile (2005, 2013)	“asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud para otorgar una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”
Colombia (2011)	“La APS es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
Ecuador (2008, 2012)	“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”.
El Modelo de Atención Integral	Es definido como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse,

en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI)	organizan el sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, las comunidades y el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de la red de salud.
Paraguay (2008)	"una estrategia que concibe integralmente el proceso salud–enfermedad y de atención a las personas y comunidades, considerando las diferentes etapas de la vida. Provee servicios de salud y afronta las causas últimas (sociales, económicas, políticas y ambientales) de la ausencia de salud"

Fuente: *Atención primaria de salud en Suramérica.*

3.1.3. LOS PROCESOS HISTÓRICOS DE EVOLUCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

Desde su proclamación en 1978, la Atención Primaria en Salud ha sido un tema ampliamente debatido. Su descripción multifacética en la declaración de Alma-Ata [34] es un excelente ejemplo de un compromiso bien elaborado pero ambiguo.

Al mismo tiempo el eslogan "Salud para Todos en el año 2000" tuvo una amplia aceptación retórica y el llamado pertinente de la declaración hacia un cambio socio-económico fue ampliamente ignorado. [35]

En el encuentro Iberoamericano de 2007, el presidente español José Luis Rodríguez Zapatero le preguntó a su homólogo boliviano cómo le podía ayudar a mejorar la salud. La respuesta lacónica del primer mandatario Evo Morales "necesito ambulancias" [36] reflejaba la necesidad urgente de su país para mejorar el acceso a los servicios de salud, pero también pudo haber expresado su incertidumbre acerca de cómo seguir adelante. Detallados en la siguiente tabla.

TABLA 1. LOS PROCESOS POLÍTICOS NACIONALES

I. La revolución (1952)	**Instituye el voto universal, la nacionalización de la minería, la reforma agraria y la reforma educativa. Se inaugura un nuevo periodo en la historia boliviana. La reforma implicó el desplazamiento de la burguesía y con ella el inicio de la participación de los campesinos y proletariados. En 1956 se funda la Seguridad Social. Y la Constitución de 1967 determina que toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad; destacando el derecho a la salud individual y colectiva.**
II. El gobierno de la UDP (1983)	Se logró implementar la estrategia de responsables populares de salud que involucro a la comunidad organizada en actividades de prevención; las campañas de vacunación con una participación masiva de la ciudadanía; y el Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS), se hallaba organizado en un contexto regionalizado de servicios, cuyo actor principal es el área de salud, este plan contemplo niveles institucionales de activación, fortificados por las organizaciones populares; el fortalecimiento de los programas verticales; la implementación de los comités populares de salud y la participación social.
III. La descentralización administrativa (1994)	Se desarrolló con las Leyes de Descentralización Administrativa (Nº 1654), de la participación popular (Nº 1551) y de Municipalidades de los Gobiernos Municipales en cuanto a la salud y la participación de la población organizada en las decisiones; así como la

	generación de una instancia municipal tripartita compuesta por el sector salud, Gobierno Municipal y el Comité de Vigilancia como máxima instancia de gestión en salud.
IV. Procesos políticos de la década (2000)	Los movimiento sociales ocurridos a principios de esta década, así como: la guerra del agua (Cochabamba), octubre negro y motín policial (El Alto – La Paz), recondujeron las políticas del estado. Estos procesos políticos influyeron en las determinantes estructurales de la salud, generando espacios de gerencia pública para el desarrollo de las políticas en beneficio de las poblaciones más excluidas del país. La más importante la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia[¡Error! Marcador no definido.].
V. Proceso constituyente (2006)	Surge de las demandas sociales que buscan responder al agotamiento y fracaso del modelo neoliberal, a la insurgencia de nuevas propuestas y actores sociales y a la exclusión social, política y económica de las Naciones y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos mediante la refundación del Estado. En salud el proceso constituyente debatió temas relacionados al derecho a la salud, como: el acceso universal, la descentralización y autonomías, la intersectorialidad, la participación y movilización social, la interculturalidad y el financiamiento en salud.

3.1.4. FRAGMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LAS RISS

La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por ende del bajo desempeño general de los sistemas de salud. Puede generar por sí misma o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. [37]

La fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan[17] o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema[18].(Ver figura 1)

La fragmentación de los servicios de salud puede manifestarse de múltiples formas y puede reflejarse en los distintos niveles del sistema.

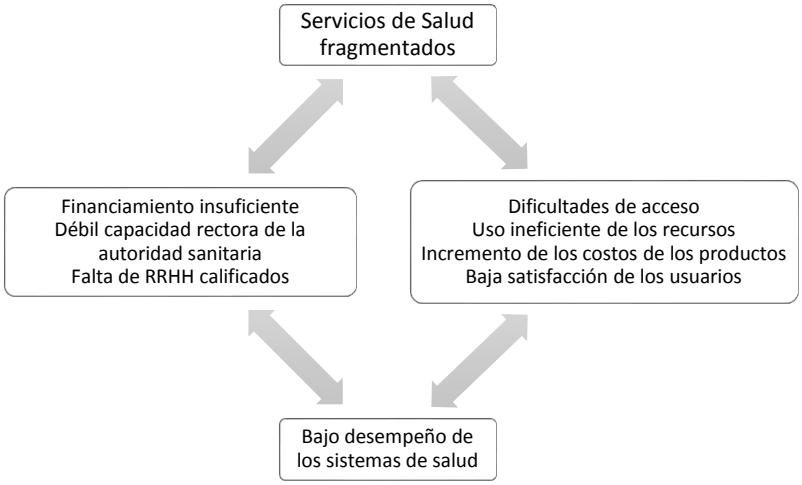
A nivel de la experiencia de las personas con el sistema, la fragmentación se manifiesta fundamentalmente como falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad en la atención, pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales, y la falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios.

La falta de acceso se manifiesta por la demanda reprimida a los servicios o por la postergación de la entrega de servicios. La falta de oportunidad se expresa comúnmente como listas de espera, derivaciones tardías o la entrega de servicios con enfoque programático reducido (p. Ej. programas verticales).

[17] *p. Ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales.*

[18] *p. Ej. la duplicación de exámenes de laboratorio que trae aparejado un incremento innecesario de los costos, los que a su vez disminuyen el nivel de financiamiento del sistema.*

FIGURA 1. RELACIÓN ENTRE FRAGMENTACIÓN Y DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: *Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington, 2008.*

"En términos de la falta de continuidad asistencial, ésta se manifiesta por ejemplo en la necesidad de tener que visitar múltiples sitios asistenciales y diversos prestadores para solucionar un único episodio de enfermedad. También se puede manifestar por la falta de una fuente regular de cuidado (por ejemplo la falta de un equipo de salud del 1er nivel de atención), o por el extravío de información clínica entre visitas médicas, o por la falta de cuidado a lo largo del tiempo en el manejo de condiciones crónicas. En una encuesta realizada a gestores/prestadores del primer nivel de atención, sólo el 45% de los entrevistados señaló que los pacientes son vistos por el mismo doctor/equipo de salud"[37].

Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico, duplicaciones de las pruebas diagnósticas y llenado de múltiples formas administrativas en cada lugar de atención. Desde el punto de vista de la falta de conformidad de los servicios, ésta se puede manifestar en el énfasis curativo en desmedro de las acciones de fomento y prevención, en

el énfasis individual en desmedro de las acciones colectivas y de salud pública, en el trato impositivo y poco amable del personal de salud, o en la indicación de intervenciones no basadas en criterios y conocimiento científico y que no se ajustan a las preferencias culturales y/o de género de las personas.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, pueden definirse como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. [38]

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

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

1. Modelo asistencial:

    - Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
    - Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

- Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

2. Gobernanza y estrategia:
    - Un sistema de gobernanza único para toda la red.
    - Participación social amplia.
    - Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
3. Organización y gestión:
    - Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
    - Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
    - Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
    - Gestión basada en resultados. Asignación e incentivos: financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

3.1.5. LA POLÍTICA NACIONAL SAFCI DENTRO DEL MODELO OPERACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

El modelo APS hace gran énfasis en la promoción de la salud dentro de la comunidad, lo que es visto como una tarea clave del personal de salud.

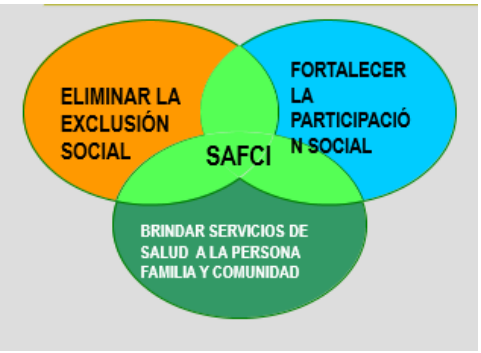
Al mismo tiempo, considera el acceso a la atención institucional en cualquier nivel como una necesidad no satisfecha que debe ser atendida a través de una amplia serie de mediadas; entre ellas, mayor integración de la medicina tradicional, la inclusión de trabajadores sociales en los equipos de salud, control de los servicios de salud por organizaciones comunitarias y mejor coordinación de los tres niveles del sistema de salud. En esta coyuntura la Constitución Política de Bolivia aprobada en 2008, en su (Artículo 18) señala el derecho a la salud que tienen todas las personas y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a los servicios de salud, sin exclusión ni discriminación alguna. También se determina constitucionalmente que el sistema de salud es único, universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Y se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad. A su vez el sistema de salud se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

De esta manera ha sido implementada la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que se constituye en la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia y en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud pues complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.[39] El objetivo de la política SAFCI es contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud, esto se pretende alcanzar: (Ver Ilustración 2)

- Reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud.
- Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad.
- Aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos.
- Mejorar las condiciones de vida de la población.

El objetivo de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud; brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona , familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los puebla indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población[19].

ILUSTRACIÓN 2: OBJETIVOS DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL.



[19] Decreto Supremo 29601 Art. 2

La promoción de la Salud es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización, para responderá la problemática de la salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general[20].

El Modelo de Atención de la SAFCI, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de manera eficaz, eficiente y oportuna, en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad.

3.1.5.1 LOS PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA SAFCI

La **participación social**, entendida como la capacidad de participación real y efectiva del pueblo organizado, mediante su representación legitima, para toma de decisiones en salud sobre la planificación, ejecución-administración, seguimiento-control social de las acciones en salud. Considerar las necesidades y los problemas a través de las representaciones.

Proceso en que las personas, familias y comunidades se involucran en la gestión de salud y toman decisiones en la planificación, ejecución, administración, seguimiento y control, junto al equipo de salud y fuera de los establecimientos.

La **interculturalidad**, es la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud.[39]

Es la relación de grupos culturalmente distintos, basada en el diálogo, aceptación, reconocimiento, valoración, articulación y complementariedad

[20] Decreto Supremo 29601 Art. 4

de los diferentes conocimientos y prácticas existentes en Bolivia que contribuyen a mejorar la salud.

La **Intersectorialdad**, es la intervención coordinada entre la comunidad organizada y sector salud con otros sectores estatales (agua, vivienda, educación, saneamiento básico y otras), en base a alianzas estratégicas, para actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad.[39]

Es el trabajo coordinado con diferentes sectores como educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia y otros, para dinamizar las acciones de salud y optimizar recursos para actuar sobre las determinantes de la salud.

La **integralidad:** Es el sentir, conocer y practicar la salud como "un todo", que contempla la persona y su relación de armonía con la familia, comunidad, madre tierra, cosmos y el mundo espiritual, para desarrollar procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y daños de manera pertinente oportuna ininterrumpida e idónea.[39]

Es la capacidad del servicio de salud de concebir el proceso, salud-enfermedad como una totalidad, que contempla a la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual, con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, de manera eficiente y eficaz, oportuna e idónea.

3.1.5.2. LA ESTRATEGIA DE LA POLÍTICA SAFCI

La promoción de la salud, que es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien. [40]

Los mecanismos de la promoción de la salud:

- La educación en salud.
- La movilización social.
- La reorientación de los servicios de salud.
- Y las alianzas estratégicas

3.1.5.2.1. MECANISMOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Son consideradas prestaciones de Promoción de la Salud y se enmarcan en los mecanismos establecidos en la Política SAFCI.

a) **EDUCACIÓN EN SALUD:** Los establecimientos de salud de primer nivel de atención podrán emplear la prestación para el desarrollo de sesiones educativas dirigidas a la comunidad, ferias orientadas a la población, impresión de material de información y comunicación, difusión de mensajes por medios de comunicación establecidos en el municipio y compra de material de escritorio y/o alimentos para la realización de sesiones educativas prácticas.

b) **REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**: Los establecimientos de salud de primer Nivel de Atención podrán emplear la prestación para adecuar culturalmente los espacios físicos destinados a la atención de pacientes (Ejemplo: elaboración de señaléticas), reuniones de sensibilización al personal de salud, traslado del personal de salud hacia la comunidad para realizar atención y aplicación de la carpeta familiar, compra de material para la implementación de la sala situacional de salud que analice información de las determinantes de salud.

c) **ALIANZAS ESTRATÉGICAS:** Los establecimientos de salud de primer nivel de atención podrán emplear la prestación para el desarrollo de reuniones con diferentes actores clave (sector agropecuario, educativo, policía, fuerzas armadas, organizaciones sociales, agencias de cooperación, ONGs iglesia entre otras) encargadas de abordar determinantes de salud en el municipio.

d) **PARTICIPACIÓN SOCIAL**: Los establecimientos de salud de primer nivel de atención podrán emplear la prestación para la implementación de los Espacios de Deliberación Intersectorial de la Gestión de la Salud y reuniones ordinarias y extraordinarias de la Estructura Social de Salud conjuntamente el personal de salud, pudiendo emplear los recursos económicos en el pago de pasajes, refrigerios, material de escritorio y fotocopias. [41]

El Gobierno Autónomo Municipal, a través del Área Técnica de Salud, en coordinación con los responsables de los establecimientos de salud de su jurisdicción y bajo la aprobación del Consejo Social Municipal de Salud, deberá establecer, actualizar y autorizar ANUALMENTE los mecanismos de promoción de la salud que serán desarrollados para que sean efectivos los pagos correspondientes.

El pago de esta prestación a los establecimientos de salud se realizará cumpliendo los siguientes parámetros:

- ✓ Definición del monto total a pagar por la prestación de acuerdo a planificación previa.
- ✓ El descargo correspondiente a la actividad se realizará de acuerdo a norma establecidas en el Sistema de Administración de Bienes y Servicios – SABS.
- ✓ Detalle de documentos que el Gobierno Autónomo Municipal además considere pertinente para el descargo de la prestación que será realizada. Ejemplo:
- ✓ Previa a la actividad: Solicitud de desembolso, Plan de la actividad, Lista de participantes y Presupuesto aprobado
- ✓ Posterior a la actividad: Informes técnico de la actividad (fotos y resultados), Facturas, recibos, u otros documentos de descargo, Planillas de participantes según lista o Acta de compromiso, Acuerdos, Fotografías del evento, Respaldado con firma de una Autoridad del lugar a realizar.

Se considera fraude voluntario cuando las declaraciones de las prestaciones de Promoción de la Salud no cuenten con los requisitos establecidos por el Ejecutivo municipal.

Estará sujeto a auditoría técnica y/o financiera cuando lo determine la instancia de fiscalización correspondiente. Los infractores serán sancionados de acuerdo a la normativa vigente

3.1.5.3. LOS COMPONENTES DE SAFCI

3.1.5.3.1. COMPONENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL:

Relación horizontal: acepta y toma en cuenta la decisión del usuario, se respeta su cosmovisión, y establece una comunicación fluida en su mismo idioma. Es la nueva forma de hacer Salud que trata no solo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad, su entorno y todo lo relacionado con la vida; prestando servicios dentro y fuera del establecimiento de salud, generando vínculos de confianza y garantizando la atención integral intercultural.

forma de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad pertinente y oportunamente con capacidad resolutiva de enfoque de red, horizontalmente con respeto y valoración de sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas en el marco de la complementariedad, reciprocidad con la medicina tradicional y se aplica mediante: La aplicación de la estrategia y componentes de la SAFCI, está liderada por la Dirección General de Promoción de Salud, sus unidades, programas y proyectos.[40]

A pesar de los avances se han mantenido problemas de desigualdad y exclusión social, tanto con la población que aún no cuenta con ningún tipo de beneficio en los servicios de salud por no contar con ningún tipo de seguro y son los más vulnerables.

A) **COMO SE TRABAJA CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.**

Tomando en cuenta que la interculturalidad es:

a) Un conjunto de actitudes interpersonales que permitan la aceptación, la comunicación fluida, el conocimiento de códigos, símbolos y manifestaciones culturales con el fin de aprender y valorar al otro/a.
b) La relación y convivencia con el otro/a distinto/a lo que lleva a su aceptación, la comunicación fluida, el conocimiento de códigos, símbolos y manifestaciones culturales con el fin de aprender y valorar al otro.
c) La relación y convivencia con el otro/a distinto lo que lleva su aceptación y valoración como tal, aunque no se lleguen a atender todos sus códigos y símbolos culturales de una u otros /as.
d) Aceptarse como diferente pero igual al interior de los proveedores y usuarios.
e) La interculturalidad no debe llevar a desarrollar relaciones entre diferentes prestadores de salud (médicos académicos. Médicos de pueblos indígenas originarios campesinos y Afroboliviano) y la población menos desigual … se trata de democratizar el poder en salud [42]

B) CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN

a) Está centrado en personas, familias, comunidades (urbanas y/o rurales) y medio ambiente.
b) Está dirigido a conocer y controlar los factores que determinan la salud, condicionan y desencadenan la enfermedad para realizar acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad de manera integral, de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea.

c) Está destinado a la identificación del riesgo personal, familiar, comunitario (urbano y/o rural) y ambiental, a través de la visita familiar y carpeta familiar.
d) Está destinada a organizar las redes de salud, para garantizar la prestación del servicio de manera ininterrumpida hasta la resolución de los problemas.
e) Está enmarcada en la investigación y participación comunitaria.
f) Obedece a diferentes enfoques y tipos de conocimiento de la salud académica y tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesino y Afroboliviano para establecer un Sistema Único de Salud, acorde a la C.P.E. (con autonomías departamental, regional, municipal e indígena originaria campesina), con atención gratuita que garantice el acceso universal.
g) Implementa y desarrolla el seguro universal de salud, quedando la reglamentación y el sistema único integrado de información a cargo del MINISTERIO DE SALUD. La responsabilidad de financiamiento y afiliación a cargo de los gobiernos autonómicos según la C.P.E.
h) Está organizada en base a las redes territoriales SAFCI, estableciendo responsabilidades territoriales y de gestión de los establecimientos, en sujeción a la C.P.E. (autonomías departamental, regional, municipal e indígena originaria campesina)
i) Establece mecanismos de referencia y retorno entre la atención de la medicina académica, medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesino, comunidades interculturales y Afroboliviano, en las Redes SAFCI.
j) Genera relaciones de confianza entre el equipo de salud y las personas, familias y comunidades (urbanas y/o rurales) a partir de los principios, mecanismos y características anteriormente mencionadas.
k) Promueve la complementariedad y reciprocidad, en una relación simétrica de poder, de sentires, saberes, conocimientos y prácticas

de las diferentes medicinas académica, tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesino y Afroboliviano, como elementos fundamentales de la atención integral, pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea.

l) Otorga a las bolivianas y bolivianos, de las comunidades (urbanas y/o rurales), el derecho a tener mínimamente un equipo de salud multidisciplinario, en complementariedad y reciprocidad con los médicos/as de las naciones y pueblos indígena, originario, campesino y Afroboliviano.

m) Las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino y Afroboliviano tienen el derecho a conformar, su propio equipo de salud de acuerdo a sus necesidades y características culturales

n) Desarrolla sus acciones en el establecimiento de salud, en el domicilio, en la comunidad y/o barrio (escuelas, centros de madres, clubes deportivos, trabajos colectivos, sedes sociales y otros) de acuerdo a la capacidad resolutiva del equipo de salud [43]

3.1.5.3.2. COMPONENTE DE GESTIÓN PARTICIPATIVA Y CONTROL SOCIAL:

Es la toma de decisiones entre la comunidad, sus representantes y el sector salud, donde de cada uno de ellos participa de igual a igual en la planificación, administración, seguimiento y control social de las actividades de salud.

Interacción de los actores sociales e institucionales para tomar decisiones sobre las acciones de salud de manera eficiente, armónica y equilibrada, dirigidas a transformar determinantes de la salud, reorientar los servicios de la salud, fortalecer la medicina tradicional y generar hábitos de protección de la salud, a través de la planificación, ejecución-administración y seguimiento-control social, se aplica mediante: El mecanismo de gestión pública para alcanzar el desarrollo humano sostenible en los municipios, en el que participan:

- Gobierno Autónomo Municipal
- La Comunidad
- El Sector Salud

Es la aplicación de los procedimientos y metodología de la planificación en el contexto municipal, a partir del cual, el gobierno local y la ciudadanía acuerdan el desarrollo municipal. Siendo así, los actores municipales los responsables del cumplimiento del proceso de planificación participativa, en el ámbito de sus competencias. [44]

A través de ella las autoridades municipales, el personal de salud de la red municipal y la comunidad organizada, toman decisiones en conjunto, basados en un análisis de la realidad de los servicios de salud, y determinan la mejor alternativa para cambiar la situación o mejorar la realidad actual.

3.1.5.3.2.1 La estructura estatal

Conformada por el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que con la capacidad de los subsistemas de salud garantiza la solución de los problemas de salud de la población y la gestión eficiente, efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional[13]

3.1.5.3.2.2. La estructura social

Compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud; involucrándose en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas.[13] Está organizada de la siguiente manera:

AUTORIDAD LOCAL DE SALUD.

Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; es responsable de la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del establecimiento de salud, además de realizar seguimiento y control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.

COMITÉ LOCAL DE SALUD.

Es la representación orgánica de las comunidades o barrios, pertenecientes territorialmente a la jurisdicción de un establecimiento de salud (puesto/ centro SAFCI, centro SAFCI con Camas, etc.), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y Control Social en Salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.

CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD.

Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DIMUSA, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DIMUSA); una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el POA, para las necesidades de salud de la población de su municipio.

CONSEJO SOCIAL DEPARTAMENTAL DE SALUD.

Es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio responsable de articular las necesidades y propuestas.

3.1.5.4. INSTRUMENTO DE LA SAFCI

3.1.5.4.1. LA CARPETA FAMILIAR

Es un instrumento para la aplicación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural que nos permite conocer las determinantes y condicionantes que establecen la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad.

La Carpeta Familiar proporciona información al personal de salud, a la comunidad, a las autoridades municipales y otros actores sociales para tomar decisiones que mejoren su situación de salud y faciliten el seguimiento en el ámbito individual, familiar y comunitario.

3.1.5.4.1 ¿QUIEN APLICA LA CARPETA FAMILIAR?

La Carpeta Familiar será implementada por el equipo de salud de todos los establecimientos de primer nivel, así como por los integrantes de equipos móviles de salud, en directa coordinación con los líderes y autoridades de la comunidad y principalmente con las propias familias.

3.1.5.4.2. ¿PARA QUE SIRVE LA CARPETA FAMILIAR?

La carpeta familiar sirve para:

a) Identificar las determinantes y condicionantes de la salud.
b) Clasificar a individuos, familias y comunidades de acuerdo a factores de riesgo.
c) Planificar actividades de atención, prevención, promoción y rehabilitación en el ámbito individual, familiar y comunitario.
d) Mejorar la calidad y oportunidad de la atención.

e) Contribuir al conocimiento del perfil epidemiológico biomédico y sociocultural de las comunidades.
f) Elaborar el plan estratégico de salud con la comunidad y en los diferentes niveles de gestión.

Podemos Concluir que La Carpeta Familiar sirve para planificar y hacer seguimiento de las actividades de atención, prevención, promoción y rehabilitación en el ámbito individual, familiar y comunitario. [45] (Ver Ilustración 3)

3.1.5.4.3. PASOS QUE DEBEMOS SEGUIR PARA APLICAR LA CARPETA FAMILIAR

a) Recibir capacitación en el manejo de la carpeta familiar.
b) Contar con el material necesario.
c) Coordinar con las autoridades de la comunidad y la autoridad local de salud la realización de un taller de Diagnóstico Rural Participativo para:

    - Obtener la primera aproximación al perfil epidemiológico biológico, social y cultural desde la percepción de la comunidad.

    - Identificar a los médicos tradicionales y parteras reconocidos por la comunidad.

    - Realizar la lista de familias y el croquis de la comunidad.

d) Verificar en campo y con participación de la autoridad local de salud y autoridades de la comunidad la lista de familias y croquis; elaborar un acta de conformidad.
e) Realizar una reunión con el personal del establecimiento de salud para elaborar un cronograma en el que se garantice la atención permanente en el establecimiento y el levantamiento de las carpetas familiares que incorpora de forma rotativa a todo el personal.

f) Realizar una reunión con las autoridades locales de salud y el comité local de salud del establecimiento para presentar y coordinar la propuesta de cronograma respetando el calendario agrícola, horarios laborales, costumbres y valores culturales de cada comunidad. La participación de la comunidad en la aplicación de la Carpeta Familiar es parte de la Gestión Compartida.

3.1.5.4.4. ¿COMO APLICAR LA CARPETA FAMILIAR?

Para aplicar la carpeta familiar es recomendable:

a) Contar con una identificación del establecimiento de salud.
b) Contar con el croquis de la comunidad y las viviendas numeradas.
c) Realizar el levantamiento de las carpetas familiares en el domicilio de cada familia de manera ordenada cubriendo el total de familias de la comunidad de acuerdo a croquis.
d) Informar a la familia el motivo de la visita y la utilidad de la carpeta familiar.
e) Elaborar una carpeta por cada familia y asignarle un código.
f) Sistematizar la información de la carpeta familiar, a través del enfoque de riesgo definido por la carpeta familiar y priorizar la periodicidad de visitas familiares.
g) Para resaltar el grado de riesgo de cada familia, se identificará cada Carpeta Familiar con un pedazo de lana en la esquina superior izquierda (rojo = alto riesgo; amarillo = mediano riesgo; verde = bajo riesgo).
h) Elaborar un cronograma de visitas familiares orientadas a la prevención y promoción de la salud. No olvidar que cada familia debe ser visitada por lo menos una vez al año.
i) Priorizar visitas familiares asistenciales en caso de seguimiento de enfermedades transmisibles y/o crónicas de riesgo, prenatales y PAI.
j) Consensuar con la comunidad y sus autoridades la revisión médica de cada miembro de la familia por lo menos una vez al año en el

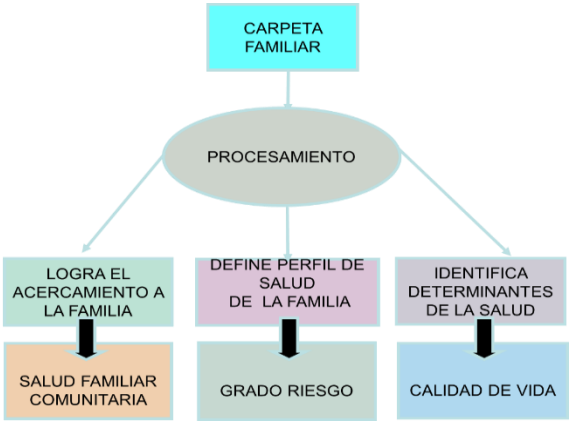
establecimiento de salud. No olvidar utilizar la Carpeta Familiar para archivar el expediente clínico de los miembros de la familia.

k) Socializar la información sobre la situación de salud con autoridades locales de salud, comité local de salud, autoridades comunales, autoridades municipales y de organizaciones sociales a través de la Sala Situacional para la definición del plan para mejorar la salud a corto, mediano y largo plazo de las comunidades asignadas al establecimiento de salud.

l) Los Talleres de Análisis de la Información en Salud con participación comunitaria deben medir mensualmente el cumplimiento del Plan, de las visitas familiares y la atención individual que deben reflejarse en el mejoramiento de los indicadores de salud tanto en el componente de gestión como en el de atención.

m) Finalmente, es necesario que se actualicen las carpetas familiares una vez al año. La Carpeta Familiar, Sala Situacional y los Talleres de Análisis de la Información de Salud en el marco de respeto a la cosmovisión, usos y costumbres saludables, permiten generar los espacios de interculturalidad tanto en la ciudad como en el campo

ILUSTRACIÓN 3 APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR



Fuente: Ministerio de Salud, Instructivo y llenado de la carpeta familiar, 2012

3.1.5.4.5. RESULTADOS ESPERADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR

Con la implementación de la Carpeta Familiar en las comunidades beneficiadas y su empleo adecuado, se obtendrán los siguientes resultados:

a) Ubicación rápida de viviendas donde viven familias con problemas de salud
b) Evaluación de riesgo de salud de cada familia, para identificar prioridades de intervención.
c) Identificación oportuna de familias carpetizadas, por medio del código asignado.
d) Caracterización de cada grupo familiar, en base a su composición y organización.
e) Determinación de la magnitud de nacimientos y defunciones.
f) Efectividad en el control de la salud de la mujer en edad fértil, del niño y niña menor de 5 años y de la población en general. Componente de atención de la Política SAFCI implementada, en el primer nivel de atención.

GRUPO DE RIESGO: una vez identificados y anotados los factores de riesgo, enfermedades o discapacidad que tenga el integrante de la familia, debe procederse a clasificarlo en un grupo según su estado de salud, de la siguiente manera:

- Grupo I Sano: sin factores de riesgo ni enfermedades aparentes del tipo de las referidas.
- Grupo II Con factores de riesgo.
- Grupo III: Enfermo (exceptuando las enfermedades agudas que no pasen a la cronicidad, ni dejen secuelas)
- Grupo IV: Con discapacidad: sea discapacidad congénita o adquirida, sea esta: física, intelectual, sensorial o múltiple.

Es la CARPETA FAMILIAR, por excelencia, de captación y seguimiento médico a la familia, que hace posible el desarrollo de procesos de gestión

participativa y atención integral intercultural a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación desde el enfoque SAFCI. Tributa, además el desarrollo de herramientas como la Sala Situacional y el Análisis de la Situación de la Salud (ASIS), que permiten sistematizar y estudiar periódicamente la información, para incidir en las determinantes sociales, cambiando positivamente las condiciones de vida con la participación de la comunidad en la toma de decisiones entorno a su propia organización y estructura social.

Todas estas acciones contribuyen al fortalecimiento de los programas del Ministerio de Salud y Redes de Salud existentes. Se detalla en la siguiente tabla.

TABLA 2. PROCESO DE CARPETIZACIÓN, 2016

PROCESO DE CARPETIZACIÓN		
DEPARTAMENTO	N°de familias carpetizadas completamente	N° de familias carpetizadas con seguimiento.
La Paz	137.205	296.929
Santa Cruz	215.635	306.950
Cochabamba	129.442	198.275
Chuquisaca	22. 529	53.450
Potosí	48.666	75.334
Oruro	56.943	65.473
Tarija	29.332	86.816
Beni	26.503	49.454
Pando	20.092	52.297
Nacional	686347	1.184,962

FUENTE: *Ministerio de Salud, resultados de implementación MI SALUD, 2016.*

3.1.5.4.2 CROQUIS DE LA COMUNIDAD

El croquis es un elemento básico para conocer las comunidades. Es fundamental partir de los datos geográficos y demográficos precisos que faciliten la implementación de la SAFCI. El croquis es un dibujo que plasma una imagen, se refiere a un diseño hecho sin detalles ni grandes precisiones, se trata de un dibujo o esquema.[21] El croquis de la comunidad es un dibujo que representa sus principales características, permite la orientación del personal de salud y la ubicación de las familias.

El croquis utiliza formas de representar viviendas, instituciones públicas y/o privadas, accidentes geográficos naturales, etc. A estas representaciones se denomina simbología.

Para realizar un croquis recurrimos en primera instancia a la elaboración conjunta con la comunidad, posteriormente para verificar realizamos un recorrido sistemático y ordenado junto a autoridades comunales. El croquis debe garantizar que la totalidad del área sea cubierta de tal forma que no se omita ninguna vivienda (habitadas, vacías o en construcción) o viviendas dispersas.

El croquis debe señalar el número de familias, la numeración de viviendas, las viviendas ocupadas, las viviendas deshabitadas, el nombre de la comunidad, el nombre municipio, la Red de Salud y el Establecimiento de salud al que corresponde.

3.1.5.4.3. SALA SITUACIONAL EN SALUD

La sala Situacional, es un espacio físico y/o virtual, de análisis de información que permite mostrar los datos más relevantes de la información en salud a los componentes de atención integral, interculturalidad y gestión

[21] En salud el croquis de la comunidad debe servir para orientarse en la comunidad, para la implementación de las carpetas, para cuantificar las viviendas, para establecer límites, para identificar calles y accesos, para identificar servicios y recursos.

participativa, identificando los principales problemas en salud, a nivel individual, familiar y comunitario o barrial, para el análisis de los factores que determinan la situación de salud, las soluciones más viables y factibles de acuerdo al contexto del entorno, el seguimiento, monitoreo, y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas con la comunidad organizada y de forma intersectorial.

Salas Situacionales implementadas a nivel: Local, Distrital, Municipal, Departamental, Nacional.

3.1.6. LA POLÍTICA DEPARTAMENTAL RESPECTO A LAS REDES FUNCIONALES DE SALUD

La estructura política en salud a nivel departamental está establecida por la Ley Integral de Salud N° 475[84] y la Ley Marco de Autonomías N° 031.15

Previo a la descripción de las mencionadas leyes, es preciso hacer una remembranza de cómo se creó el Servicio Departamental de Salud (SEDES), es así que debemos referirnos al Decreto Supremo N° 25233[88], de 27 de noviembre de 1998. El mencionado decreto se creó con el objeto de establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 y las disposiciones vigentes en la materia de salud.

En la citada norma, una de sus tres consideraciones indica: “que es necesario impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutiva en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.”

En el Capítulo II. Gestión Descentralizada de Salud. Artículo 5º, indica que entre los Principios de Gestión Descentralizada de Salud, se encuentra el inciso c) que se refiere a la “Organización Operativa por Redes de

Servicios. Los servicios de salud se prestan mediante redes, constituidas por establecimientos estructurados por niveles de atención y escalones de complejidad. La red se organiza en base a criterios de accesibilidad geográfica, población y capacidad resolutiva. Los establecimientos de la red de servicios se articulan e intercomunican entre si mediante subsistemas y, específicamente mediante el subsistema de referencia y contrareferencia. Para conformar una red debe contarse, por lo menos, con establecimientos de primer y segundo nivel de atención"

Capítulo IV Nivel Técnico Artículo 12º, menciona que entre las funciones comunes a ejecutar las tareas técnicas del SEDES, dentro su correspondiente Unidad, en conformidad con el Manual de Organización y Funciones, el inciso

c) Jefatura de Coordinación Distrital, refiere que "Es responsable de dirigir y asesorar el relevamiento de las **redes de servicios**; normar el proceso de coordinación operativa de los servicios de salud; coordinar con las direcciones distritales, directores de hospitales de función departamental y organizaciones del sector privado los procesos de ampliación de cobertura y mejora de calidad en los servicios; instrumentar el proceso de acreditación, certificación y evaluación de los establecimiento de salud".

Ley 475. Ley de Ampliación de Prestaciones. El objetivo de esta ley es "Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, además de establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud."

La Ley Nº 475 menciona a las Redes funcionales, en su Capítulo II Requisitos para el acceso, prestaciones, capacidad resolutiva de los establecimientos de salud, provisión de prestaciones y medios de promoción de la salud. Artículo 5°.- (Registro de beneficiarias y beneficiarios) Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación

con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley Nº 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud. Artículo 6°.- (Acceso a los servicios de salud integrales e interculturales) El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente."

En el año 2010, después de que el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, realizó el dialogo departamental "Pacto por La Paz", donde participaron sectores de desarrollo, organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas, y se definieron 14 estrategias orientadas a consolidar el desarrollo económico, social y político del Departamento, con la participación del gobierno central, departamental y municipal. Para el sector salud, el Pacto determinó el mandato de la "Construcción de una sociedad saludable y productiva", donde en su 3er lineamiento establece: "Mejoramiento y cobertura de las redes funcionales de servicios de salud (evitando la fragmentación y segmentación de los servicios) en el departamento"

En fecha 17 de junio de 2014, con la RESOLUCION ADMINISTRATIVA DEPARTAMENTAL Nº 586/2014, surge entre otros nueve Manuales de Funciones Individuales, el Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de Salud La Paz.

El MOF es un instrumento administrativo de carácter operativo, que establece la distribución formal de las diversas partes que integran la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa generalmente aceptados. Se constituye en el documento oficial de referencia, orientación

y consulta del personal, respecto de las funciones que deben desempeñar en cada una de las Unidades y Áreas organizacionales.

Dentro de la VISIÓN del Servicio Departamental de Salud de La Paz, señala que: “Al 2020, el Servicio Departamental de Salud afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de **Redes funcionales**, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI”.

Cabe destacar que Redes y Servicios de salud integrales, se encuentran dentro del Eje 1, Programa1.1 de los OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL SEDES LA PAZ AL 2020.

En el Nivel Ejecutivo técnico, de la estructura organizacional del Servicio Departamental de Salud La Paz, se cuenta con la Unidad de Redes de Servicios de Salud.

No obstante el Nivel Operativo técnico, cuenta con: Área Redes Urbanas y Área Redes Rurales, que dependen de la Unidad de Redes de Servicios de Salud.

Entre las funciones de la Dirección Técnica del Sedes, se encuentra:

- Analizar, aprobar y realizar seguimiento a los planes, programas y proyectos de salud para el desarrollo departamental, presentado por las Redes de Salud, Hospitales, responsables de programas, en el marco del plan estratégico de salud, controlando y evaluando su ejecución”.
- Requerir informes a dirección sobre la gestión técnica administrativa y a través de él a los responsables de programas, redes y hospitales.

- Proponer la atención de las demandas y prioridades de las redes, hospitales y unidades desconcentradas de salud.

A lo largo del MOF, se aprecia que las distintas Unidades de Sedes, tienen relaciones de coordinación intra institucional con la Unidad de Redes de Servicio de Salud, todo esto en aras de evaluar el grado de cumplimiento.

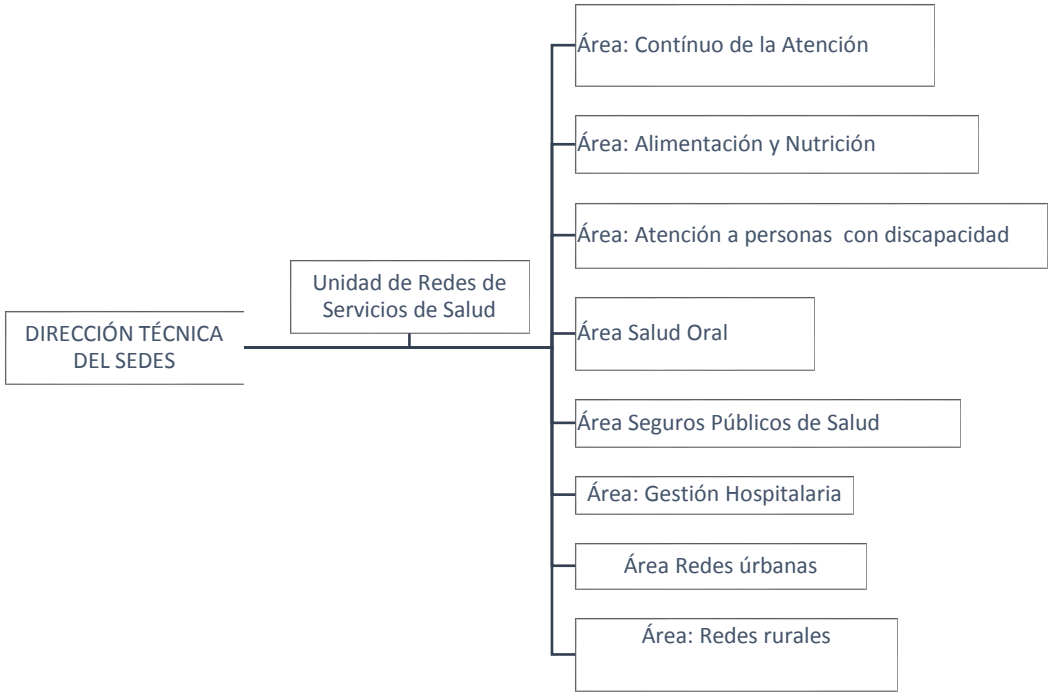
Brindar soporte técnico, o supervisar la aplicación de las normas, metodologías e instrumentos del Sistema de Información en Salud de las Redes Integrales Funciones de Servicios de Salud (RIFSS) y de los establecimientos de salud, etc.

Unidad de Redes de Servicio de Salud depende de la Dirección Técnica SEDES La Paz y de esta Unidad dependen entre otras las Áreas de Redes Urbanas y Rurales. Sus relaciones inter institucionales son con el Ministerio de Salud y autoridades municipales, Comités de Vigilancia, Universidades Públicas y Privadas, y Cooperación Externa.

3.6.1. OBJETIVO DE LA JEFATURA UNIDAD DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

- Desarrollar la capacidad técnica y de gestión en los niveles de conducción y operativo, para el cumplimiento de la política sectorial, normas y programas, que fortalezcan los Redes Integrales y Funcionales de Servicios de Salud, la oferta de servicios con capacidad resolutiva, equidad, eficiencia y calidad, en beneficio de la población.[37] El Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud, es el siguiente:

FIGURA 2. ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD DE REDES DE SERVICIO DE SALUD



Fuente: MOF SEDES 2015

3.1.7. LA POLÍTICA MUNICIPAL CON RESPECTO A REDES EN SALUD.

En este apartado se realizó la compilación de normas a nivel municipal referentes a Redes de Salud. Hacemos notar que los contenidos que a continuación se presentan, fueron obtenidos bajo fuentes primarias oficiales.

Con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, los Gobiernos Autónomos Municipales asumieron como responsabilidad la infraestructura, insumos y gastos operativos de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción. [46]

En la Ley 475 Capítulo III **FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD** Artículo 10, hace referencia a la "Cuenta Municipal de Salud", la cual está a cargo de los Gobiernos Autónomos Municipales. En su artículo N° 10, refiere que la Cuenta Municipal de Salud estará destinada a financiar las prestaciones que sean demandadas en establecimientos del primer segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal. Asimismo, aclara que no existen pagos intermunicipales. Los costos son asumidos por el municipio donde se da la prestación. Además, señala en este mismo artículo que en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en las Cuentas Municipales de Salud, serán reasignados a las mismas para la siguiente gestión o podrán ser utilizados para la contratación de recursos humanos, fortalecimiento de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, o en programas especiales de salud.

Dentro de la Ley 475 se menciona a la SAFCI de la siguiente manera:

LEY Nº 475 CAPÍTULO I ARTÍCULO 7. (ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD).	**Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la Política SAFCI.[84]**

En un artículo del Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N°475, menciona la coordinación y la capacidad resolutiva de los establecimientos.[47]

REGLAMENTO PARA LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA LEY N° 475 CAPÍTULO III Artículo 9. (COMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN REDES FUNCIONALES)	**Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales que establezcan la complementación de los servicios de salud que garanticen la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud de acuerdo a la Norma de Referencia y Contrarreferencia vigente emitida por el Ministerio de Salud.[47]**

Es menester referirnos a al **Plan de Desarrollo Municipal "La Paz 2040",** que en el campo de la salud busca fortalecer e impulsar un sistema de salud integral, moderna, incluyente, inclusiva, eficiente, intercultural, con calidad y calidez.[46] Es así que en este plan hacen mención entre sus acciones estratégicas el fortalecimiento de las Redes de Salud articulado con el **Plan La Paz 2040.**[46]desarrollada en la siguiente tabla.

TABLA 3 . ARTICULACIÓN DE LAS POLÍTICAS SUGERIDAS CON EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL "LA PAZ 2040"

ÁMBITO	POLÍTICA	ACCIONES ESTRATÉGICAS	ARTICULACIÓN CON EL PLAN LA PAZ 2040
EN SERVICIO	Eje 1. Transformación de la Red de Servicios de Salud	Mejora de la oferta y calidad de los Servicios	- Eje 4. La Paz Feliz, Intercultural e Incluyente · Sub Eje. Salud y sanidad · Sub Eje. La Paz Equitativa e incluyente
		Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de Servicios de las **redes de Salud**	
		Implementación de los mecanismos para garantizar la Calidad en Salud.	
		Fortalecer el sistema de referencia y retorno	
		Acreditación de establecimientos de Salud	
		Gestión Intersectorial e Interinstitucional	

Fuente: *La Salud en el Municipio de La Paz. 2013*[46]

3.1.7.1 LEY 475 DE PRESTACIONES DE SERVICOOS INTEGRALES DE SALUD.

La Ley PSISS, es una medida social que constituye una base amplia para la construcción del Sistema Único de Salud y que establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población boliviana que no cuenta con aseguramiento en alguna de las entidades del Seguro de Salud Obligatorio a Corto Plazo. [48]

La Ley 475[49] reconoce a la red funcional de servicios de salud como aquella conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores público, de la seguridad social a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contrarreferencia, complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud. [50]

Inicialmente, los beneficios se extienden a menores de cinco años, embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad; brindándoles servicios integrales de promoción de la salud, así como de prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, evitando el gasto de bolsillo de las personas y principalmente el riesgo de ocurrencia de gasto catastrófico en salud[22], que es una de las causas que empobrecen a las familias. También se hace énfasis en la atención en salud reproductiva en mujeres en edad fértil. Un aspecto importante que debemos destacar en el contenido del manual de prestaciones del PSISS, es la inclusión de las prestaciones de hemodiálisis para pacientes con insuficiencia renal crónica y servicios de rehabilitación física y de salud mental. [51]

La Ley Nº 475 menciona a las Redes funcionales, en su Capítulo II Requisitos para el acceso, prestaciones, capacidad resolutiva de los establecimientos de salud, provisión de prestaciones y medios de promoción de la salud. Artículo 5° (Registro de beneficiarias y beneficiarios) Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los

[22] *Gasto en salud, que esta destinando mas del 30 % de su capacidad de pago financiamiento de la salud de sus miembros. No alcanzando para las necesidades básicas.*

Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley Nº 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud. Artículo 6° (Acceso a los servicios de salud integrales e interculturales) El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.” [52]

3.1.8. LAS REDES FUNCIONALES INTEGRADAS DE SALUD (REFFIS)

Está conformada por establecimientos de salud de primer, segundo, tercer y cuarto nivel de los subsectores público, de la SSCP y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contrarreferencia, complementados con la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y la estructura social[23].

La Red Funcional de Servicios de Salud se define como el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de 1er, 2do y 3er nivel, organizados y articulados según criterios, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad, para garantizar la capacidad resolutiva máxima en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y daño.

La red Funcional de Servicios de Salud tiene la característica de no considerar como obstáculos a los límites administrativo-político [53]. Da respuesta a las necesidades de atención en salud, bajo criterios de accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad por parte del usuario.

[23] *DS 1984 Reglamento de la Ley 475.*

Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales, que establezcan la complementación de los servicios de salud, garantizando la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutiva de los Establecimientos de salud, y a lo estipulado en la Norma de Referencia y Contra referencia vigente emitida por el Ministerio de Salud.

La Coordinación Técnica de Red, es la instancia de supervisión periódica, encargada de verificar el cumplimiento adecuado de los procesos técnicos implícitos a la atención de las personas beneficiarias, entre ellas: la correlación clínica administrativa de los establecimientos de salud[12]; además, es la instancia de supervisión permanente encargada de verificar el cumplimiento de normas vigentes de calidad de atención en los establecimientos de salud correspondientes.

La Unidad de gestión de calidad del SEDES*: e*n coordinación con las Unidades de Planificación y Redes de Salud de los SEDES, son las Instancias encargadas del seguimiento de la calidad de atención de los establecimientos de salud que brindan las atenciones de la Ley N°475.

3.1.8.1. COMPONENTES DE LA RED

La Red de Salud debe estar estructurada por seis componentes; Recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros, medicamentos e insumos médicos, instrumentos normativos y la participación comunitaria.

• **RECURSOS HUMANOS.** El número de personal asignado a la Red, por nivel de atención diferenciado entre personal de prestación de servicios asistenciales y promociónales y apoyo administrativo

• **RECURSOS FÍSICOS**. Infraestructura, equipamiento, medios de transporte y comunicación. La Red se articula a través de los establecimientos de salud definidos por niveles de atención en el Modelo de Sanitario, con criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutiva.

• **RECURSOS FINANCIEROS**. Son los recursos económicos que llegan a cada uno de los establecimientos de salud, y que provienen de cuatro fuentes claramente definidas T.G.N. (Salarios); Municipio: T.G.N, reembolsos y pagos por los Seguros Públicos, Cooperación internacional.

• **MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS.** Los medicamentos, suministros e insumos médicos que la Red requiere para garantizar la atención oportuna de sus beneficiarios.

En gestiones pasadas, la compra de medicamentos se encontraba bajo responsabilidad directa de los directores de los Centros de Salud. Esta situación cambió con el Decreto Municipal N° 033, de abril de 2015, por el cual, la Alcaldía aplico un nuevo sistema rotativo de compras para la reposición inmediata de medicinas.

Bajo esa normativa, las solicitudes de medicamentos son realizadas por los directores de los Centros de Salud, quienes proceden de forma trimestral mediante el Sistema Ambulatorio Logístico Municipal de Insumos (SALMI); Función designada a la Dirección de Salud dependiente de la Secretaria de Desarrollo Humano del Municipio en el proceso de adquisición de medicamentos para el normal funcionamiento de los Centros de Salud de primer nivel y segundo nivel, en el municipio de El Alto. [**54**]

INSTRUMENTOS NORMATIVOS. Normas, Manuales, protocolos y procedimientos en el área asistencial y administrativo-gerencial, establecidos por el nivel nacional y departamental, para garantizar el desempeño profesional, la productividad y la capacidad de gestión de Red.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, dentro de la política enmarcada primero en la Ley de Participación Popular, actualmente por disposición del Sistema SAFCI, que señala un modelo de atención y un modelo de gestión (responsabilidad compartida); se debe profundizar la participación social a través de los mecanismos e instrumentos legales, la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas al accionar de

los establecimientos y de los programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, para el mejoramiento del es todo de salud de la población y promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.

3.1.8.2. PRINCIPIOS DE LA RED DE SALUD

Los principios que orientan la construcción y funcionamiento de la Red de servicios de salud son:

- **UNIVERSALIDAD,** establecida en la Ley 475 y sus Decretos reglamentarios, así como el acceso universal a los otros programas del MSD.
- **LA INTEGRACIÓN,** de la red de servicios, que incorpora el análisis de todos los actores institucionales e intersectoriales que trabajan en la prestación de actividades de salud en el Municipio, focalizando las instituciones públicas Seguridad Social, proveedores de salud privados lucrativos y no lucrativos, para estructurarlas y orientarlas en un modelo de atención propio de la Red y el manejo conceptual y operativo de los sistemas de referencia y retorno (resolutividad).
- **EL ACCESO EQUITATIVO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD,** orienta las prestaciones con enfoque, de género, multiétnico, pluricultural, para resolver las exclusiones en la utilización de los servicios, así mismo, para el acceso físico y financiero a los servicios de salud necesarios, se constituye en el marco de referencia de proveedores públicos y privados.
- **ENFOQUE DE SALUD INTEGRAL**, que orienta las acciones de salud pública local, incorpora la educación y promoción de la salud, control sanitario del ambiente, protección específica contra enfermedades prevenibles, detección precoz y prevención de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento oportuno, así como, la rehabilitación.
- **PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA**, que orienta la gestión compartida con participación popular en salud, para garantizar la presencia de todos los actores sociales en salud en las decisiones que le competen.

• **CONTINUIDAD Y PERMANENCIA**, expresa que la Red de salud garantiza la continuidad de la atención, a través de instrumentos de seguimiento único al paciente en todos sus ciclos de vida y al interior de la Red; asimismo, la Red al tener un centro de referencia de segundo nivel, a través de este garantiza la atención permanente durante las 24 horas del día, los 365 días del año (según funcionamiento y posibilidades de cada establecimiento.

3.1.8.3. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Comprende la promoción de la salud, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico de las enfermedades, la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales y la rehabilitación.

La atención integral, para cada momento del curso de la vida, incluye la detección de signos y síntomas, que permiten clasificar, diagnosticar y tratar oportunamente. El tratamiento debe ser realizado en el hogar, éste consiste en el tratamiento específico además brindar orientación sobre prácticas adecuadas y promoción de la salud: orientación y aplicación de Intervenciones; cuando volver de inmediato o cuando volver para control.

3.1.8.4. CONTINUO DE ATENCIÓN EN EL CURSO DE LA VIDA

En la actualidad, el enfoque del “continuo de atención” contribuye a brindar atención integral en salud a la población; según este principio, la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida. Reconociendo que el mejorar el estado de salud en un “momento” del continuo, repercute favorablemente en el siguiente momento. Además, promueve la integración de los diferentes ámbitos de atención: hogar, la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de atención. Estos servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades.

Los cuadros de procedimientos del continuo de la vida, se constituyen en la herramienta operativa que facilita la atención integral, sistematizada y de calidad para la atención del/la adolescente-mujer en edad fértil, mujer durante el embarazo, parto y puerperio- recién nacido/a- niño/a menor de cinco años, escolar y persona adulta mayor, en el marco de la política SAFCI. [55]

3.1.9. EL ACTUAL SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud, es "el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud" [56], su organización de acuerdo a la capacidad resolutiva de los establecimientos. (Ver tabla 4)

En la siguiente Tabla es posible observar los diferentes componentes del Sistema Público de Salud en Bolivia y sus principales funciones y atribuciones, comenzando desde el nivel central hasta los gobiernos municipales y locales que participan en el Sistema de Salud. [57]

TABLA 4. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD

INSTITUCIÓN	ROL
Ministerio de Salud	Rector del Sistema de Salud. Elabora la política nacional de salud y las normas nacionales que regulan el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud.
Servicio Departamental de Salud (SEDES)	Nivel máximo departamental de gestión técnica en salud. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, promueve la participación comunitaria y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir las políticas y normas de orden público.
Coordinación	Articula la política nacional de salud con la política

de Red en Salud	municipal de la Red mediante la asistencia técnica a la elaboración, sistematización y aplicación de la Estrategia de Salud-PDM y POAs
Consejo Municipal de Salud (COMUSA)	Es la máxima autoridad de salud en el ámbito municipal. Es la instancia de dirección que efectiviza el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de su competencia. Siendo su autoridad y competencia intransferibles. Está conformado por: el Alcalde Municipal, el Jefe médico del servicio de Salud y el Comité de Vigilancia.
Gobernación	Formula, aprueba y establece las condiciones para la implementación del Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
Gobierno Municipal	Formula y ejecuta participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
Gobierno Autónomo Indígena Originario o Campesinos	Formula y aprueba planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el riesgo, promoviendo la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la norma SAFCI.

Fuente: Marco de Asociación País (MAP). Op. Cit., Pág. 11.

A su vez, los establecimientos de salud conforman tres distintos tipos de Redes de Salud: [26]

1. La **Red de Salud Municipal**, conformada por los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Secretario de Salud (ex Director Municipal de Salud).

   A partir de 2013 el Gobierno Municipal es corresponsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del primer y del segundo nivel de atención.

2. La **Red de Salud Departamental,** conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento.

   La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el SEDES, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.

3. La **Red Nacional** de establecimientos de salud está conformada en total por los 3553 establecimientos de salud de Bolivia, que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONG. De éstos el 92% corresponde al primer nivel de atención (“puestos de salud” y “centros de salud”), el 6,5% al segundo nivel (”hospitales básicos”) y el 1,5% al tercer nivel (“hospitales generales” e “institutos especializados”).[57]

   En su estructura, el Sistema Nacional de Salud comprende los subsectores público, privado, de la seguridad social de corto plazo, las instituciones de convenio con y sin fines de lucro y el sector de la medicina tradicional.

   Por su parte, el subsector de la seguridad social a corto plazo, está constituido por las diferentes Cajas de Salud que prestan servicios a sus beneficiarios y dependen de la Unidad de Servicios del Ministerio de Salud. Para este efecto el empleador debe cotizar el 10% de los ingresos de la planilla total.

   El asegurado y sus beneficiarios (esposa o conviviente, hijos, padre, madre y hermanos) acceden a la atención en las Cajas de Salud y cuentan con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional, con prestaciones en dinero y en especie.

Los subsectores público y de la seguridad social de corto plazo atienden además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: el Seguro Integral de Salud, dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años y a las personas mayores de 60 años; y las prestaciones de programas como Tuberculosis, Chagas, Malaria y otros.

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones Privadas están constituidos por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia Católica y a productores de salud particulares.

El subsector de las ONG's está constituido por establecimientos de salud que ofrecen diferentes servicios con el financiamiento proveniente de recursos externos.

Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos provenientes de la coparticipación tributaria, IDH[24] municipal y recursos externos.

3.1.9.1. ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Es la unidad estructural operativa responsable de realizar los procesos de gestión adecuados para el cuidado y atención en salud de las personas, familias y comunidades, de manera integral, intercultural[25] y con equidad de género y generacional, a través de actividades integrales de atención en salud intercultural de promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, contando para ello con documentación y normativa necesarias para su organización y funcionamiento, personal de salud, infraestructura física, mobiliario, equipamiento, instrumental, insumos y medicamentos, de acuerdo a la caracterización correspondiente a su nivel de atención y capacidad instalada. Informa de todas sus

[24] Impuesto Directo a los Hidrocarburos

[25] Entendida principalmente como la capacidad de armonizar los conocimientos y las prácticas provenientes de la cultura tradicional indígena con los de la cultura occidental.

actividades al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), según normativa específica.

Los establecimientos de salud de los Subsectores Público, de la Seguridad Social a corto plazo y algunos del Subsector Público con y sin fines de lucro, desarrollan también acciones y actividades de investigación y docencia para la formación de profesionales y técnicos de salud tanto a nivel del pregrado como del postgrado. Asimismo, se articulan y complementan con la medicina tradicional, funcionan en Red con establecimientos de su mismo nivel y de mayor capacidad resolutiva como el segundo y el tercer nivel. [58]

3.1.9.2. NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable, se reconocen tres niveles de atención, según su capacidad resolutiva, descritos en la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud. Los niveles de Atención son un conjunto de establecimientos de Salud que de acuerdo a su capacidad resolutiva, se clasifican en Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel.

3.1.9.3. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, como parte principal de la red funcional de salud, tiene la tarea de desarrollar procesos de educación y promoción de la salud. Orientación, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales (en la familia, en la comunidad, y en el establecimiento) de tipo ambulatorio, de internación de tránsito, con servicios básicos complementarios de diagnóstico,

articulados con la medicina tradicional[26], mediante el componente de referencia y contrarreferencia. Asimismo, Tienen carácter resolutivo o de estabilización para referencia con el segundo nivel de atención, y las atenciones que realicen, pueden contar con servicios básicos complementarios de diagnóstico y tratamiento. Para contribuir a mantener y mejorar la salud de la población, enmarcándose en el cuidado de su salud física, mental, social, espiritual, cultural y ambiental. [59] (Ver Anexo 1)

En los Subsectores Público y de la Seguridad Social a corto plazo, los establecimientos de salud del primer nivel de atención se constituyen en la puerta de entrada al Sistema Único de Salud. [60]

Se han dividido en los 4 grupos siguientes de acuerdo a su capacidad resolutiva instalada y se toma a los Equipos Móviles de Salud como un quinto grupo, detallado en la siguiente tabla.

TABLA 5. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2014

GRUPOS	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	SUBSECTOR
Grupo 1	Puestos de Salud Sanidades Operativas de las Fuerzas Armadas Puestos de Salud en recintos penitenciarios Otros establecimientos que cuentan solamente con Técnicos Medios de Enfermería	Público FFAA
Grupo 2	Centros de Salud Ambulatorios Sanidades Operativas de las Fuerzas Armadas Recintos Penitenciarios Consultorios Privados Consultorios de: Campamentos Establecimientos Educativos	Público FFAA Privado con y sin fines de lucro
Grupo 3	Centros de Salud con Internación	Público

[26] *Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud.*

	Centros de Salud Integral	
Grupo 4	Policlínicos de la Seguridad Social Policonsultorios Privados	Seguridad Social Privado con y sin fines de lucro
Grupo 5	Equipos Móviles de Salud	Público

FUENTE: *Ministerio de Salud, Manual y reglamento de acreditación de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención. Documento Técnico Normativo; La Paz- Bolivia; 2014.*

En la presente Investigación se analizó a los Establecimientos de Salud Ambulatorio e Integral correspondiente al Subsector público. Asimismo, al policlínico de la SSCP, ONGs.

3.1.9.3.1. PUESTO DE SALUD

Es el Establecimiento de Salud atendido por personal auxiliar o técnico en enfermería, desarrolla actividades con énfasis en los espacios preventivos, promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales, también desarrolla actividades de atención de parto eutócico inminente con adecuación cultura, atención integral de salud de baja complejidad, constituyéndose en el referente de su ámbito de responsabilidad. Con una población aproximada de 500 a 1.000.

Su infraestructura y equipamiento es básico de acuerdo a su capacidad resolutiva y depende funcionalmente del Centro de Salud de influencia, con el cual coordina sus actividades.

Por sus características se circunscriben a regiones poco accesibles y con una población determinada.

3.1.9.3.2. CENTRO DE SALUD AMBULATORIO

Son establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, que con frecuencia están ubicados en el área urbana y atienden una población aproximada de 10.000 a 20.000 habitantes **[61]**.

CUENTAN CON UNA DIRECCIÓN Y SERVICIOS: Atención Integral, Técnico-Administrativos y Generales. Los Servicios de Atención Integral son ambulatorios y tienen un Área Médica, un Área Odontológica, un Área de Enfermería y un Área de Farmacia. Los Servicios Técnico-Administrativos

tienen un Área de Admisión y Estadísticas y un Área de Servicio Social. Por último, los Servicios Generales tienen un Área de Servicios Polivalentes. [62]

LOS EQUIPOS DE SALUD: Están constituidos por el Director; Médicos General; Odontólogo; Licenciada en Enfermería; Técnico Medio en Enfermería; Farmacéutico; Profesional del Área Social [Licenciado en Trabajo Social, Comunicación Social, Psicología, Antropología u otra del Área Social]; Técnico Estadístico o estudios de 3 años en Estadística, Administración, Auditoría, Contaduría o ramas afines y Personal Polivalente. (Ver Anexo 1)

Los Centros de Salud Ambulatorios forman parte de una Red Funcional de Servicios de Salud. Articulando y complementando con establecimientos de mayor capacidad resolutiva de su red funcional, aplicando la norma de referencia y contrarreferencia.

3.1.9.3.3. CENTRO DE SALUD INTEGRAL

Es el establecimiento de mayor capacidad resolutiva de primer nivel, se ubica en la cabecera de los municipios o las redes, es eje principal de la red, atiende a una población aproximada de 10.000 a 30.000 habitantes en áreas rurales y de 20.000 a 50.000 habitantes en áreas urbanas. Presenta un equipo de salud que presta atención integral, ambulatoria, de emergencia y de internación a personas, familias y comunidades con enfoque intercultural. Con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud. Sus funciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de las personas, familias y comunidades. Se encuentra articulado y complementado con establecimientos de mayor capacidad resolutiva de su red funcional aplicando la norma de referencia y retorno.

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL: tienen Servicios Ambulatorios, Servicios de Internación y Servicios Complementarios de Diagnóstico y Tratamiento. Los Servicios Ambulatorios están conformados por un Área Médica, un Área Odontológica y un Área de Medicina

Tradicional. Los Servicios Complementarios de Diagnóstico y Tratamiento tienen un Área de Laboratorio, un Área de Imagenología, un Área de Enfermería y un Área de Farmacia. Los Servicios Técnico-Administrativos tienen un Área de Admisión y Estadísticas, un Área de Caja, y un Área de Servicio Social y Movilización. Por último, los Servicios Generales tienen un Área de Cocina/Lavandería, un Conductor y Personal Polivalente. [63]

EL EQUIPO DE SALUD: Está constituido por el/la Director; Médico General; Técnico en Vectores; Odontólogo; Licenciada en Enfermería; Técnico Medio en Enfermería; Laboratorista; Farmacéutico; Profesional del Área Social [Licenciado en Trabajo Social, Comunicación Social, Psicología u otra del Área Social]; Médico Eco grafista; Técnico en Radiología; Licenciado/a en Ciencias Económicas : Administración de Empresas, Contaduría, Auditoría, Ingeniería Comercial u otra, o Título a nivel a nivel Técnico en Administración; Técnico Estadístico o con estudios de tres años en Estadística, Administración, Auditoría, Contaduría o ramas afines; Responsable de Caja (Técnico Contable o estudios de dos años en Administración, Auditoría, Contaduría o ramas afines; Responsable de Cocina, Responsable de Lavandería, Conductor con Licencia Profesional Categoría “B” o “C” y Personal Polivalente.(Ver Anexo 1)

Los Centros de Salud Integrales forman parte de una Red Funcional de Servicios de Salud y proporcionan atención intercultural integral de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, articulada y complementada con la medicina tradicional; en forma ambulatoria y de internación de tránsito, a las personas, familias y comunidades, implementando y aplicando la gestión participativa y control social en salud en el marco de la SAFCI.

3.1.9.3.4. EQUIPOS MÓVILES DE SALUD

Son equipos multidisciplinarios que desarrollan actividades itinerantes de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de las

enfermedades, movilización social, principalmente en comunidades de difícil accesibilidad geográfica a servicios de salud.

FUNCIONES DE LOS EQUIPOS MÓVILES

EN SALUD FAMILIAR:

• Registro de beneficiarios para la afiliación a los Seguros Públicos

• Aplicación y actualización permanente de la Carpeta Familiar, en coordinación con las autoridades locales y el responsable comunitario de salud

• Procesamiento de la información de las carpetas familiares, analizando con la comunidad para la toma de decisiones

• Vigilancia epidemiológica de riesgos sociales y de enfermedad (ejemplo: nutrición, violencia)

• Ejecución de procesos de promoción de la salud conforme a los protocolos de promoción y los conocimientos comunitarios

• Motivación a la familia para su participación y movilización en acciones colectivas en salud

• Prestación de atención integral, intercultural de acuerdo a normas, protocolos de atención, adecuados culturalmente

• Identificación de los casos que requieran control para coordinar con el personal de establecimientos fijos para su seguimiento hasta su resolución

• Referencia de usuarios y su seguimiento en domicilios y comunidades

EN SALUD COMUNITARIA

• Apoyo al desarrollo de la participación social

• Ejecución de procesos de promoción de la salud conforme a los protocolos de promoción y los conocimientos comunitarios

• Participación en las actividades de las organizaciones e instituciones de la comunidad, logrando alianzas estratégicas en el marco de la intersectorialidad

• Suscripción de acuerdos y consensos para la delimitación geográfica del ámbito territorial de su Funcionamiento

• Elaboración del Plan Anual de Actividades del equipo en coordinación con el establecimiento de salud, el Responsable Municipal, y las Autoridades Municipales y Locales comunitarias

• Apoyo al desarrollo de los CAI comunitarios para el seguimiento a las actividades programadas

• Fomento y apoyo para la realización de la mesa municipal de salud

• Contribuir al diagnóstico comunitario aplicando la Guía de Gestión Local en salud (autodiagnóstico comunitario), la información sistematizada de la Carpeta Familiar, el Módulo de Información Básica e Información del SNIS en coordinación con el equipo de salud del establecimiento

• Contribuyen en la planificación local, promoviendo y apoyando la planificación municipal

• Realización de procesos de investigación y acción participativa social en salud

• Vigilancia epidemiológica comunitaria para reconocer y notificar los casos y tomar decisiones compartidas

• Articulación de acciones con los Responsables Comunitarios en Salud, médicos tradicionales y otros

EN SALUD INTERCULTURAL

• Impulso y apoyo al censo de terapeutas tradicionales alternativos, en coordinación con las Autoridades Locales y Comités Locales de Salud

• Realización de procesos de investigación y acción en salud intercultural

3.1.9.3.5. POLICLÍNICO

Es el establecimiento de primer nivel dependiente de las cajas de salud de los seguros a corto plazo, cubre un área de 20.000 a 30.000 habitantes; su equipo de salud proporciona atención integral ambulatoria en medicina general y de especialidades a los afiliados de acuerdo con la norma ambulatoria. Desarrolla los principios de integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad[27] en la atención enfocada a las personas, familias y comunidades, se articula y complementa mediante la referencia y retorno con Establecimientos de Salud de mayor complejidad resolutivo.

En el Código de Seguridad Social Boliviano, se consignan ocho de las nueve contingencias recomendadas por el convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo; relativo a la norma mínima de la seguridad Social, Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez Muerte, Asignaciones Familiares y vivienda de interés Social. Las personas protegidas por el Seguro Social son: el asegurado y los siguientes familiares: esposa o conviviente, el esposo inválido, los hijos hasta los 25 años, el padre inválido y la madre, siempre que no disponga de rentas

[27] Interrelación, interacción, reciprocidad, la aceptación y la cohesión, el encuentro y el diálogo entre las culturas en igualdad de condiciones.

personales para su subsistencia, los hermanos huérfanos o cuyos padres no perciben rentas y vivan a expensas del asegurado hasta la edad señalada para los hijos. [64]

3.1.9.4. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Incluye las modalidades de atención que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, con apoyo de anestesiología y opcionalmente traumatología) y sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. Este nivel está conformado por el hospital de segundo nivel.

3.1.9.5. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Incorpora la modalidad de atención que corresponde a la consulta ambulatoria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y sub-especialidades. Este nivel está conformado por el Hospital General e Institutos y Hospitales especializados. Los Institutos Nacionales de Investigación tienen la responsabilidad de contribuir al mejoramiento de la salud en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

3.1.10 PROYECTO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI) MI SALUD

Es un proyecto de fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, que implementa la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, a través de acciones de promoción de la salud y de atención integral intercultural con participación comunitaria por el Gobierno del Estado Plurinacional. Carissa Etienne/directora OPS…. “La Política SAFCI es reconocida en la región como un ejemplo de los principios de la APS, interculturalidad y del valor de la medicina tradicional ancestral.” [65].

3.1.10.1 ANTECEDENTES

Con los Gobiernos pasados, existía una minoría opulenta que negaba los derechos básicos a los Aymaras, quechuas, Guaranis y otras naciones y pueblos indígenas originarios campesinos, que forman la mayor parte de la población debido a que existían [66]

- Brechas económicas.
- Brechas en Recursos Humanos.
- Brechas en infraestructura y equipamiento.

a) 2006 Bolivia y Cuba firman de acuerdo de cooperación para la formación de 5.000 médicos en la Escuela Latinoamericana de Medicina. (ELAM) en Cuba.
b) 2007 creación de la Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RM-SAFCI).
c) 2013 se concreta la conformación del EQUIPO DE SALUD, con actitud de servicio y conciencia social, integrado por los médicos Especialistas SAFCI, tomados por el Ministerio de Salud, y los Médicos Generales formados en la Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba [67].

3.1.10.2. ¿QUE ES MI SALUD?

Es un proyecto que operativiza la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, tiene como base fundamental en la atención primaria en salud (APS) y está orientado a la persona, familia, comunidad con un enfoque integral e intercultural, para contribuir a la promoción de la salud y protección de la salud de la población, así como la atención dentro como fuera del establecimiento con visitas familiares casa por casa, con la participación comunitaria y control social.

MI SALUD brinda servicios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación, en el primer nivel de atención. Articula de manera complementaria la medicina ancestral con la medicina

occidental[28]. En este sentido MI SALUD propicia cambios sociales que permitan la transformación de las causas estructurales de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social.

ILUSTRACIÓN 4 ORGANIGRAMA MI SALUD.

Fuente: *Elaborado a base de datos encontrados en la coordinación municipal de Mi Salud.*

3.1.10.3. CREACIÓN DE MI SALUD

Con el fin de atender las necesidades de la población boliviana, en materia de salud, el presidente Evo Morales Ayma, desde su primer mandato, Impulso la formación de médicos de "**ciencia y conciencia**". Y es con estos nuevos médicos que se crea el proyecto MI SALUD, para liderizar los procesos de implementación de la atención Primaria en Salud, bajo la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

El 1 de junio del 2013, En la ciudad de el Alto, con 155 médicos generales y 11 Especialistas en Salud Familiar Comunitaria Intercultural, se inagura el Proyecto MI SALUD. Desde esa fecha, el mismo, se ha ido extendiendo a todo el país.

[28] En el marco del reconocimiento, aceptación y valoración de sentires, conocimientos y prácticas, con acciones que faciliten el acceso a la salud de toda la población

En la actualidad, MI SALUD tiene presencia en 307 Municipios, de todo el país y cuenta con un total de 2710 médicos, que fortalecen los servicios de salud en los lugares más alejados, atendiendo a las poblaciones desprotegidas, aquellas a las que el sistema tradicional no llegaba, por razones económicas, geográficas o culturales. De esta manera, el proyecto contribuye a garantizar el ACCESO A LA SALUD, e incide positivamente en los indicadores de salud, contribuyendo a la reducción de flagelos tales como: la mortalidad materno infantil, la desnutrición, entre otros.

3.1.10.4. CONVENIOS INTERGUBERNATIVOS CON LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES PARA IMPLEMENTAR MI SALUD

A partir del 2014 se firman convenios intergubernamentales entre el Ministerio de Salud y los Gobiernos Municipales para poder viabilizar la implementación de MI SALUD, y que de esta manera la población tenga un acceso gratuito a la salud. Además, avalan la creación de seguros de salud gratuito para la población desprotegida, a fin que los Municipios tengan respaldo legal y financiero para contratar Recursos Humanos, adquirir equipamientos, instrumental médico, insumos y medicamentos, para mejorar su gestión en salud. Como se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 6 . ATRIBUCIÓN POR CONVENIO INTERGUBERNAMENTALES. MI - SALUD

CONTRAPARTES	
MINISTERIO DE SALUD	**GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES**
▪ Médicos Especialistas en SAFCI. ▪ Médicos Generales Integrales. ▪ Médicos Generales con formación en APS.	▪ Insumos ▪ Medicamentos ▪ Infraestructura ▪ Equipamiento ▪ Medio de transporte ▪ Recursos Humanos (personal de enfermería y otro).

FUENTE: Ministerio de Salud , resultados de implementación MI SALUD , 2016.

TABLA 7. CONVENIOS INTERGUBERNATIVO MI SALUD ,2016.

CONVENIOS INTERGUBERNATIVOS		
N°	**DEPARTAMENTO**	**N° DE CONVENIOS**
1	ORURO	11
2	TARIJA	9
3	COCHABAMBA	18
4	**LA PAZ**	**65**
5	PANDO	7
6	CHUQUISACA	24
7	SANTA CRUZ	40
8	POTOSI	8
9	BENI	12
	NACIONAL	**194**

FUENTE: *Ministerio de Salud, resultados de implementación MI SALUD , 2016.*

3.1.10.5. CONSULTORIO MI SALUD

El equipo MI SALUD está conformado por:

a) El médico Especialista en SAFCI.
b) El Médico General Integral (MGI)
c) Un médico general con formación en atención primaria en salud (financiado por el Estado Plurinacional).
d) Un profesional de enfermería (financiado por el Municipio).

El médico Especialista en SAFCI y /o médico General Integral, son los que liderizan la implementación de la Política SAFCI. A nivel Distrital, Municipal, Regional y departamental; y los médicos generales son los que operativizan, la implementación de la Política SAFCI a nivel de los establecimientos. Quienes por lo general dedican entre 60 -70 %, de sus jornadas, a la realización de las visitas familiares y gestión social en la comunidad médica en el establecimiento de salud. En algunos centros, el horario de atención se ha ampliado hasta 24 hrs.

MODELO DE TRABAJO DEL MÉDICO MI SALUD ÁREA URBANA: En el área Urbana se asigna un médico por cada 2000 a 3000 habitantes y se

habilita un consultorio vecinal en consenso con la junta de vecinos y red de servicios de salud; el cual debe estar localizado en una zona central o próxima a la población beneficiada, con conexión a las vías o carreteras y acceso al transporte público.

MODELO DE TRABAJO DEL MÉDICO MI SALUD ÁREA RURAL: El médico MI SALUD se integra al puesto de salud para mejorar la capacidad resolutiva y mejora el acceso a la salud e impulsar la implementación de la Política SAFCI.

Tabla 8. DISRIBUCÓN DE RECURSOS HUMANOS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CON PERSONAL DE MI SALUD 2016.

RECURSOS HUMANOS					ESTABLECIMIENTOS DE SALUD					
	Médicos Generales	Médicos (MGI)	Médicos SAFCI	TOTAL	Consultorio Vecinal	Puesto de salud	Centro de salud	Centro de Salud Integral	Hospital	TOTAL
NACIONAL	2.375	78	257	**2.710**	398	586	1054	60	42	**2.140**
LA PAZ	459	27	43	**529**	132	97	284	14	2	**529**
EL ALTO	144	0	10	**154**	127	0	27	0	0	**154**
RED COREA	45	0	3	**48**	45	0	0	0	0	**45**

FUENTE: *Ministerio de Salud, resultados de implementación MI SALUD, 2016.*

MI SALUD, realizo más de 3.4 millones de atenciones gratuitas, aplicando procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación. 792.853 atenciones médicas a los adultos mayores durante la gestión 2016. 34.521 embarazos captados en las visitas familiares y 4080 partos. luchando contra el cáncer del cuello uterino 99.615 mujeres se hicieron el Papanicolau desde el inicio del proyecto. 578.226 niños menores de cinco años atendidos en forma integral.

5.9.2.4 EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Los nuevos conceptos de organización del trabajo descrito por la mayoría de los autores están basados en la actividad de equipo [68]. El equipo se define como: "*Número pequeño de personas con habilidades complementarias*

que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables".

El Equipo Multidisciplinar [69] se fundamenta en las habilidades adoptadas por los diversos profesionales que aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales. Por otra parte, el equipo puede cambiar su composición a lo largo del tiempo, sus resultados serán mejores cuanto mayor sea la proporción de miembros estables en el grupo.

Composición de los equipos en APS.

La composición de un equipo de atención primaria debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamientos se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y a la comunidad [70].

3.1.11. COMITÉ DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CAI).

Es un espacio de discusión, análisis e intercambio de opiniones sobre problemas relacionados con la situación de salud, sus determinantes y factores de riesgo de una población determinada.

Forma parte de un proceso dirigido a realizar una reunión de trabajo, con el fin de analizar indicadores epidemiológicos, de producción de servicios, de gestión y financieros, determinantes de problemas de salud y otros indicadores priorizados como el análisis de inequidades para tomar decisiones, realizar seguimiento, evaluación, control periódico de los servicios de salud y la comunidad.

EL OBJETIVO GENERAL es analizar la situación de salud para la toma de decisiones adecuadas y oportunas que permitan mejorar las condiciones de salud de las poblaciones.

LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Presentar y analizar indicadores epidemiológicos, de producción de servicios, estructura, determinantes (Carpeta Familiar), de gestión y financieros, relacionados con la situación actual de salud de acuerdo al contexto.
- Identificar las necesidades y problemas de salud.
- Proponer líneas estratégicas de acción a corto plazo y planes estratégicos a mediano plazo, haciendo de la toma de decisiones un proceso participativo.
- Establecer niveles de responsabilidad y plazos para su posterior seguimiento, monitoreo y evaluación. [71]

El SNIS-VE actualizo y amplio la guía de aplicación del comité de análisis de la información, con la finalidad de pasar del enfoque descriptivo a la profundización del análisis de la situación de salud, los riesgos, enfermedad y determinantes en el nivel local, municipal, provincial, departamental y nacional, con actores sociales e intersectoriales representativos. Desde el nuevo modelo sanitario SAFCI, debe incorporarse al Comité de Análisis de Información en Salud en todos los niveles del sistema de salud.

El análisis se delimita y prioriza desde cuatro perspectivas: intersectorialidad, interculturalidad integralidad y participación social.

3.1.11.1. FASES DEL COMITÉ DE ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Las fases del CAI son: Preparación, Desarrollo y Seguimiento. En los Establecimientos de Salud se realiza mensualmente con las siguientes características.

RESPONSABILIDAES

- Presentar indicadores priorizados
- Analizar posibles causas y factores de determinantes

- Identificar alternativas de solución
- Proponer acciones especificas
- Elaborar acta de la reunión
- Seguimiento a acciones planificadas.

PARTICIPANTES

Personal de salud: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, y otro recurso humano en salud (especialistas SAFCI, médicos tradicionales, parteras, naturistas, personal programa “Mi Salud”). Autoridades locales de salud (ALS). Agentes comunitarios de salud (ACS). Otras autoridades, Líderes comunitarios o vecinales.

EQUIPO DE CONDUCCIÓN

Personal de salud, Subcomités de análisis de información hospitalaria y Actores sociales.

3.1.12 MEDICINA TRADICONAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Medicina Tradicional: la medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas mentales.

Las terapias de la Medicina Tradicional – MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas en base a hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. Recurre a la medicina Tradicional: cada número corresponde a un integrante de la familia, respetando el orden en el que aparecen en el acápite V de esa carpeta familiar.

Se refiere a la asistencia a servicios o prestadores de medicina tradicional y no a la ingestión de un remedio casero conocido a través de la familia. El registro en la carpeta familiar.

Se marcará en la casilla “Siempre” cuando en todos los casos esa sea su primera opción cuando esté enfermo. En el caso de los niños responderá la madre o el padre y para los adultos mayores que ya no tengan autonomía, el miembro de la familia encargado de la decisión.

Se marcará “A veces”, cuando la decisión varíe según el problema de salud, la accesibilidad u otros criterios.

Así mismo, En el artículo 81 de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, en referencia a la articulación entre salud, descolonización e interculturalidad, señala claramente como función del Ministerio de Salud.

a) Establecer la norma básica sobre propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originario campesino sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina Tradicional para el registro y protección, con validez internacional.
b) Garantizar la recuperación de la medicina Tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.

La medicina tradicional se incorpora como política gubernamental y los Gobiernos Indígena Originario Campesinos tienen competencias definidas para la medicina tradicional.

a) Resguardar y registrar la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de la comunidad sobre los conocimientos y productos de la medicina tradicional, en sujeción a la legislación básica del nivel central del Estado.
b) Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional y la gestión de los recursos biológicos con estos fines.
c) Proporcionar información sobre la medicina tradicional desarrollada en su jurisdicción, al Sistema Único de Información en Salud y recibir la

información que requieran en aplicación del principio de lealtad institucional.

d) Promover la elaboración de farmacopea Boliviana de productos naturales y tradicionales.
e) Fomentar la recuperación y el uso de conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, promoviendo el ejercicio de esta actividad. [72]

Médicas y Médicos tradicionales ancestrales. [73]

Son las personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades, la medicina tradicional ancestral boliviana, recurriendo a procedimientos terapéuticos tradicionales, acudiendo a las plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas, la familia y la comunidad para el Vivir Bien

Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos

Son las mujeres y los hombres que practican los fundamentos espirituales, históricos y culturales de los pueblos indígena originarios, en complementariedad con la naturaleza y el cosmos, gozan de reconocimiento como autoridades espirituales en su comunidad y se constituyen en los guardianes para la conservación, reconstitución y restitución de todos los sitios sagrados de la espiritualidad ancestral milenaria.

Partera o partero tradicional

Son las mujeres y los hombres que cuidan y asisten a las mujeres antes, durante y después del parto, y cuidan del recién nacido.

Naturistas

Son las mujeres y los hombres con amplios conocimientos de las plantas medicinales naturales nacionales y otros recursos de la

naturaleza de diversas zonas geográficas de Bolivia, que aplican en la prevención y tratamiento de las dolencias y enfermedades

Interculturalidad, medicina tradicional, atención en los servicios de salud

Se entiende por interculturalidad a las relaciones equitativas, respetuosas y sinérgicas que desarrollan las personas o grupos de personas —con características culturales, religiosas, lingüísticas, de género y generacionales y de diversas posiciones— a fi n de construir una sociedad justa, armónica e incluyente. Es decir que la interculturalidad puede ser considerada una estrategia importante para alcanzar espacios de convivencia donde se respetan y valoran las diferencias culturales y de todo tipo, los mejores conocimientos, percepciones y actitudes con el propósito de alcanzar una vida armónica entre las personas, grupos de personas y de éstas con la naturaleza, donde el respeto a los derechos humanos de todo orden es deseable, posible y alcanzable.

3.1.13. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La decisión de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutiva puede salvar vidas, por ello para el funcionamiento efectivo del componente de “Referencia y Contrarreferencia” se debe fortalecer la interrelación establecimiento de salud-estructura social, de modo tal que la comunidad en su totalidad conozca las características y los objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada. Este componente, se visualiza en toda su magnitud cuando se tiene que derivar un paciente.

En las Normas Nacionales de Atención Clínica, se describen los criterios de referencia y contrarreferencia con la finalidad de facilitar la respuesta efectiva en la atención sanitaria. Los criterios descritos en las Normas no son necesariamente estrictos y cerrados, dejando a la ciencia y arte del profesional en salud para la decisión de la referencia. El cumplimiento de la contrarreferencia es importante para el seguimiento adecuado de la evolución de la enfermedad y su eficaz resolución, por una parte, pero por

otra sirve como una herramienta que ayuda al usuario o usuaria a visibilizar en primera instancia, y luego a fortalecer su relación con el establecimiento de salud de primer nivel al que pertenece.

Para una mejor comprensión de este componente se exponen algunas defi niciones:

3.1.13.1. NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Es el instrumento normativo que regula el componente de referencia y contrarreferencia, estableciendo reglas y subcomponentes que deben cumplirse por las diferentes instancias institucionales e intersectoriales.

Componente de referencia y contrarreferencia: es el conjunto de mecanismos con que se articulan y complementan las actividades de los establecimientos de salud de la Red Municipal SAFCI, la Red de Servicios, instancias comunitarias e intersectoriales, a fin de garantizar la resolución del problema de salud de la persona y su familia.

3.1.13.2. CRITERIO DE REFERENCIA Y CRITERIO DE CONTRARREFERENCIA:

Son los argumentos o parámetros, incluidos en las Normas Nacionales de Atención Clínica, que orientan tanto para la referencia como para la contrarreferencia de un paciente.

REFERENCIA

Es la remisión del paciente por un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva o instancia comunitaria de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios (establecimiento de salud, medicina tradicional, defensorías, etc.) a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. La instancia que refiere tiene la responsabilidad de realizar el seguimiento respectivo, asegurando su contrarreferencia, debiendo registrarse todas las acciones en los documentos correspondientes.

CAPACIDAD RESOLUTIVA

Es el conjunto de acciones y servicios que realiza el establecimiento de salud, con el propósito de solucionar la causa por la que asiste o es referido el paciente.

CONTRARREFERENCIA

Es la acción consistente en un informe escrito de la valoración y el tratamiento realizado (resultados de exámenes complementarios, indicaciones, recomendaciones) desarrolladas por el establecimiento de salud que recibió al paciente referido, al momento que realiza el alta, procediendo a la devolución del paciente al establecimiento de primer nivel, que le corresponde de acuerdo al lugar donde reside, con el objeto de que continúe con el seguimiento o finalización del tratamiento instituido, para su registro en el expediente clínico y carpeta familiar correspondientes.

En la Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia en el Capítulo II[74], se describe las 30 reglas del componente "Referencia y Contrarreferencia" que a continuación se desarrollara:

- ✓ **Regla 1**. La presente Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos de los diferentes subsistemas de salud que forman parte de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios.
- ✓ **Regla 6**. Los directores y/o responsables de los establecimientos de salud conjuntamente a los comités de referencia y contrarreferencia de los hospitales y de la Red de Servicios, son los que tienen la responsabilidad del seguimiento y evaluación del cumplimiento de la Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

- ✓ **Regla 7.** Los procedimientos de referencia deben efectuarse de manera inmediata y oportuna cuando no haya capacidad resolutiva suficiente en un establecimiento de salud.
- ✓ **Regla 8.** Todo paciente referido debe ser aceptado en el establecimiento receptor, independientemente de errores en el procedimiento de referencia.
- ✓ **Regla 9**. A todo proceso de referencia debe corresponder otro de contrarreferencia.
- ✓ **Regla 11.** Los coordinadores de las redes de servicios y los responsables municipales SAFCI deben estimular la referencia y contrarreferencia comunitarios (con médicos tradicionales, parteras, responsables comunitarios de salud y otros), proporcionando toda información disponible sobre las características de atención de la Red de Servicios y de la Red Municipal SAFCI.
- ✓ **Regla 13.** En el proceso de traslado, durante la referencia de personas atendidas en situación de emergencia, se debe aplicar las disposiciones de la norma técnica respectiva, priorizando acciones de estabilización del paciente previas al traslado.
- ✓ **Regla 15.** Es responsabilidad del establecimiento de salud de origen realizar el trámite de referencia ante el establecimiento de mayor capacidad resolutiva.
- ✓ **Regla 21**. Si la enfermedad o problema de salud que presenta el paciente necesita mayor capacidad resolutiva, debe ser referido a un establecimiento de salud que, según el caso, pertenezca: Al primer nivel y que cuente con recursos de mayor capacidad resolutiva en cuanto a servicios complementarios de diagnóstico o recursos humanos de mayor experiencia y formación profesional. O al segundo o tercer nivel.
- ✓ **Regla 22**. Para la contrarreferencia del paciente a su establecimiento de origen, una vez concluido los procedimientos

en el establecimiento de referencia, éste debe cumplir con el procedimiento de contrarreferencia, para lo que debe llenar los instrumentos con letra legible y datos completos. Para ello la orientación y las recomendaciones deben ser claramente explicadas al paciente y su familia, además de documentarlas en los formularios mencionados, enviando los originales al establecimiento de salud de origen, dejando copias en el expediente clínico del paciente.

- ✓ **Regla 29.** Los formularios de la presente Norma son de uso obligatorio para todos los componentes de la atención integral en salud realizada por los establecimientos de los tres niveles que pertenecen al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (subsistemas: público, cajas de salud de los seguros a corto plazo, privado con y sin fines de lucro). No deben existir instrumentos elaborados por programas, proyectos, etc

3.1.14. AUDITORIA

La Auditoria Interna, es concebida como el mejor instrumento de autoevaluación, está relacionada con la Norma de Evaluación y Acreditación de establecimientos de Salud, pudiendo adelantarse a los resultados buenos o malos de una evaluación externa, porque permite a los propios funcionarios de un determinado establecimiento, hacer una valoración directa, muy precisa y permanente de su propia institución , ya sea para potencializar fortalezas o corregir errores y defectos con la oportunidad debida.[75]

"*Es un procedimiento de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento*" COMISIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD Y AUDITORIA – MS. (Dra. Leonor Silva Bueno Bravo) sociedad boliviana de auditoria medica filial La Paz. SOBAM.LP

3.1.14.1. OBJETIVO

a) Analizar el trabajo médico en sus diferentes áreas, con el propósito de conseguir el más alto nivel de eficiencia en la atención prestada.
b) Analizar el trabajo del equipo de salud.
c) Analizar las condiciones en las que se presta la atención clínica.
d) Dar cumplimiento a las disposiciones legales.

La AUDITORIA MÉDICA, instrumento de la calidad: preventiva, correctiva y educativa.

CAMPOS DE ACCIÓN

1- Aspectos Educativos: Educación y perfeccionamiento continuos.
2- Aspectos Técnicos-Evaluativos: control de calidad.
3- Aspectos de Investigación: Detección de deficiencias, incumplimiento de normas.
4- Aspectos Normativos: Elaboración y recaudación de guías clínicas, normas, etc.
5- Aspectos Medico Legales:

a. Prevención de mala práctica.
b. Recomendaciones para el manejo de conflictos.
c. Tratamiento de conflictos y eventos potencialmente indemnizables.
d. Actuación en colaboración con Asesoría Legal de la institución.
e. Aspectos Éticos: cautelar el fiel cumplimiento de las normas éticas y morales.
f. Aspectos financieros y de Mercado: analizar la calidad, la relación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de calidad.
g.

LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL LEY 3131- DS. 28562 (Artículo 16)

La Auditoria Médica interna constituye un procedimiento de aplicación regular, técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento y mejoramiento

de la calidad en salud, que comprende la evaluación de la ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS conducida por los comités de Auditoria Médica, bajo supervisión del departamento o responsable de Gestión de Calidad y Auditoria Médica Institucional.

3.1.14.2. TIPOS DE AUDITORIA

Se detalla a continuación en la siguiente tabla.

TABLA 9 TIPOS DE AUDITORIA

DEACUERDO A LA INSTANCIA QUE LA REALIZA	
AUDITORIA INTERNA	**AUDITORIA EXTERNA**
Se ejecuta en la propia institución	Se ejecuta por una institución externa o auditor independiente
Se lleva a cabo de acuerdo a normas establecidas.	Se lleva acabo de acuerdo a normas establecidas
Se ejecuta con los recursos de la propia institución.	Los Recursos Humanos son los de la organización o institución externa que audita
Abarca la estructura, procesos y resultados propios de la institución	Abarca la estructura, procesos y resultados propios e la institución.
Institucionalmente dependiente	Institucionalmente no dependiente.

***Fuente**: Serie Documento Técnico Normativo, 2008*

La Auditoria médica periódica o de calidad: Es rutinaria y se realiza al interior del servicio, como control de calidad, es simplemente propositiva No punitiva.

Imprescindible: Diagnostico situacional de la institución.

FASES:

A) Verificar si los registros son adecuados (expedientes Clínicos)
B) Recomendar mejoras
C) Implementar un Plan de acción inmediata
D) Socializar los resultados.
E) Realizar seguimiento al Plan de acción Inmediata.

Se AUDITA

a) Los PROCESOS.
b) DESEMPEÑO PROFESIONAL: Expediente clínico
c) RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE: Satisfacción del usuario

- Consentimiento Informado
- Información al paciente al egreso.
- Actas de alta solicitada.
- Actas de rechazo a la internación
- Ficha social.

Documentos base: Reglamento Interno, Manual de organización y funciones, Manual de descripción de cargos. Manual de procesos y procedimientos, Protocolos oficiales de atención, Sistema de vigilancia, control de las infecciones nosocomiales, referencia y retorno [76].

3.2. MARCO LEGAL BOLIVIANO EN SALUD

El marco legal de las Redes de Salud Municipal, SAFCI y la de Servicios, se sustenta desde la implementación de la Atención Primaria de Salud Renovada. En 1984 y con la instauración de los seguros públicos de salud, se evidenció la importancia de la interrelación de los establecimientos de salud.

Por ejemplo; el Seguro de Maternidad y Niñez, se hizo más patente cuando el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, instruyó que la atención del menor de cinco años, debía realizarse en todos los establecimientos de salud del subsistema público y del subsistema de las cajas de salud de los seguros a corto plazo.

Para lograr el cumplimiento del funcionamiento de redes, se promulgaron una serie de instructivos que procuran garantizar el trabajo en redes, algunas de las cuales detallamos a continuación:

TABLA 10. REDES DE SALUD MUNICIPAL

NORMA	AÑO	PROPÓSITO
Constitución Política del Estado[¡Error! arcador no definido.]	2009	Establece las Bases fundamentales del Estado, derechos, deberes y garantías. La Estructura y organización funcional del Estado. En el ámbito de la salud define que: *"Toda persona tiene los derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad; así como a la seguridad social"*
Código de Seguridad	1956	Basado en los principios de solidaridad, universalidad, economía, unidad legislativa y de gestión. Está vinculada con el trabajador bajo el concepto de "Tesis laboral", es decir, *"…la protección de los trabajadores*

Social		*dependientes, sujetos a horario y sobre todo a salario"*.
Decreto Ley Nº 15629 **Código de salud**[77]	1978	Código de Salud: asigna la responsabilidad de la *"definición de la política nacional de salud, la norma, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción*". Además, establece la *"…regulación jurídica de las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población…",* como parte de sus funciones.
Ley N° 1551 de Participación Popular	1994	Municipaliza el país, redistribuye los recursos económicos de forma proporcional al número de habitantes. Da legitimidad a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), cuya representación se expresa a través de los Comités de Vigilancia, cuyas funciones son fiscalización, planificación participativa y la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades propias de cada región. Se transfiere a título gratuito a favor de los gobiernos municipales, el derecho de propiedad de la infraestructura de los servicios públicos de salud y su mantenimiento.
D.S. 29894 **Estructura organizativa del Poder Ejecutivo**	2009	Establece la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, así como las atribuciones de la Presidenta o Presidente, Vicepresidenta o Vicepresidente y de las Ministras y Ministros. Define la estructura y atribuciones

del Estado Plurinacional **Evo Morales**[78]		específicas de los ministerios, entre ellos del Ministerio de Salud.
LEY N° 031 Ley Marco De Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez [15]	2010	Define a los Gobiernos Autónomos y sus fines: 1. Promover y garantizar el desarrollo integral, justo, equitativo y participativo del pueblo boliviano, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo nacional. 2. Favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando su diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización. Además, define las funciones en salud de los diferentes niveles del Estado. Entre las competencias a nivel departamental está 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 SAFCI.
Ley N° 777 Ley Del Sistema De Planificación Integral Del Estado – SPIE[79]	2016	Establece el proceso de planificación del desarrollo integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Su ámbito de planificación comprende a las entidades territoriales autónomas, entre ellas a los gobiernos municipales.

DECRETO SUPREMO N.º 24447 - Reglamento de las Leyes N.º 1551 de Participación Popular y N.º 1654 de Descentralización Administrativa[80]	1996	Determina los criterios para la creación de Distritos Municipales y la asignación de recursos.
Ley N. ª 2235 Ley del Diálogo 2000[81]	2001	Define la distribución de Recursos del Diálogo 2000 para el ámbito de la salud pública.
LEY N.ª 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)[82]	1990	Tiene como objetivo regular los Sistemas de Administración y Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública con el objeto de programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del sector público.
Decreto Supremo N.º 018 1- Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS,	2009	Establece los principios, normas y condiciones que regulan los procesos de administración de bienes y servicios y las obligaciones y derechos que derivan de éstos, en el marco de la Constitución Política del Estado**¡Error! Marcador no definido.** y la Ley Nº 1178; y stablece los elementos esenciales de organización, funcionamiento y de control interno, relativos a la

Sistema de la Ley (SAFCO)[83]		administración de bienes y servicios.
Decreto Supremo 29601 - Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI[12]	2008	Tiene el objetivo de contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria, traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud.
R.M. 737 Reglamento de la SAFCI	2008	Establece el proceso de planificación en salud, por el cual los actores sociales, de salud y otros sectores, definen acciones concertadas, partiendo de un diagnóstico de sus necesidades de acuerdo con las determinantes socioculturales y económicas de la población. Pone énfasis en la programación de corto plazo y visión de mediano y largo plazo, en función del Sistema de Planificación en sus respectivos niveles de gestión, teniendo como resultado la incorporación del componente de salud en el plan de desarrollo municipal, departamental y nacional.
LEY 475 - Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia[84]	2013	Establece y regula la atención integral, la protección financiera en salud de la población de los grupos etarios que no se encuentren cubiertos por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. Determina el acceso a los servicios de salud integral e intercultural. Se define la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud.

LEY N° 1737 - Ley De Medicamento[85]	1996	Regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos, y productos medicinales naturales y tradicionales.
Ley 459 - Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana[86]	2013	Regula el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud. También regula la estructura, organización y funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación; y los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos. Además, promueve y fortalece el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.
Ley 223 - Ley General para Personas con Discapacidad[87]	2012	El objeto de la presente Ley es garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.

Ley 004 - Ley De Lucha Contra La Corrupción, Enriquecimiento Ilícito E Investigación De Fortunas "Marcelo Quiroga Santa Cruz"	2010	Establece mecanismos, y procedimientos en el marco de la Constitución Política del Estado[¡Error! Marcador no efinido.], leyes, tratados y convenciones internacionales, destinados a prevenir, investigar, procesar y sancionar actos de corrupción cometidos por servidoras y servidores públicos y ex servidoras y ex servidores públicos, en el ejercicio de sus funciones, y personas naturales o jurídicas y representantes legales de personas jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras que comprometan o afecten recursos del Estado, así como recuperar el patrimonio afectado del Estado a través de los órganos jurisdiccionales competentes.
Decreto Supremo N° 25233[88]	1998	Establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud. Define la necesidad de impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutiva en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.
Resolución Administrativa Departamental Nº 586/2014 - Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de	2014	Establece la estructura de la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa. Como Visión establece que el SEDES afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de Redes funcionales, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos

Salud La Paz.[89]		en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política SAFCI.

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La puesta en práctica de las redes integradas de servicios de salud en las américas, tienen como fundamento en el “nuevo paradigma” de renovación de los sistemas de salud. [90]

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), invoca como tareas prioritarias el realizar el comprobar el grado de integración de los diferentes sistemas de salud de la región, con la finalidad de definir las estrategias pertinentes que solucionen los problemas en las redes de servicios a la salud. [91]

Es muy compleja la labor de coordinar e integrar todas las estrategias para el cambio, en virtud de la mejor evidencia que esté disponible en el campo de la Redes de Salud, los cuales requieren una mayor investigación, mejorar los mecanismos de análisis y los mismos alcances de las indicadas investigaciones.[92]

En atención al requerimiento de mejorar sus propios sistemas de salud, son varios países de América del Sur que ejecutaron sendas reformas a sus sistemas y de los cuales hoy podemos tener un acercamiento a esas evidencias teóricas y prácticas, con la finalidad de una mejora continua de nuestras capacidades.

Muchos de los planteamientos buscan efectuar una distribución de recursos más eficiente, para lo cual se introdujeron conceptos y metodologías orientadas al mercado y el fortalecimiento de las capacidades técnicas del sector, con la finalidad de enfrentar la reasignación de competencias y responsabilidades en base a las nuevas formas de organización que cada país presente asumir.[93]

Las reformas del sector salud que implica necesariamente una re ingeniería de la estructura del sector, tanto en países del primer mundo industrializado[94] así como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo,[95,96] la Organización Panamericana de la salud promocionó como una forma validada de integración las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)(REFFIS en Bolivia).[97]

Entre las variadas experiencias recogidas se pueden incluir inclusive la de EE.UU que muestra un sistema muy fragmentado y otros en los que predominan la competencia gestionada de proveedores y aseguradoras que requieren nuevos afiliados; y también se ha podido aplicar en países con sistemas integrados nacionales.[98]

Como corolario podríamos indicar que en este proceso de reingeniería de los sistemas, se ha constituido una unidad dialéctica virtuosa entre fragmentación/integración como respuesta a los grandes problemas que enfrentan el sector de vario alternativas y creativas soluciones. [99]

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” Carta de Ottawa, 1986.

“La promoción de la salud es concebida cada vez en mayor grado, con la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” OPS/OMS,1990.

5.ASPECTOS GENERALES MUNICIPIO DE LA PAZ

5.1 BASES LEGALES DE CREACIÓN

Mediante Decreto Ley No. 19062 promulgada en fecha 15 de julio de 1982, se homologa la Ordenanza Municipal 45/82 de 12 de julio de 1982, del municipio de La Paz, mediante la cual se crea la Alcaldía Distrital de El Alto como Modelo Institucional Piloto, con autonomía de gestión y competencia para resolver los problemas urbanos de su jurisdicción, debido a que el crecimiento urbano sobrepaso la capacidad administrativa del municipio paceño. El 6 de marzo de 1985, se promulga la Ley No. 728 mediante el cual se crea la Cuarta Sección de la Provincia Murillo con su capital El Alto de La Paz. Tres años más tarde, el 26 de septiembre de 1988 se eleva a rango de ciudad mediante Ley Nº 1014.

5.2 UBICACIÓN

El Municipio de El Alto, se encuentra ubicado en el Departamento de La Paz, cuarta sección de la Provincia Murillo, en un entorno geográfico situado sobre una meseta caracterizada por una superficie plana y ondulada, al pie de la Cordillera de La Paz y Cordillera Oriental1, a 16º31' latitud sur y 68º13' longitud oeste, a una altura variable entre los 6.000 m.s.n.m. (Nevado del Huayna Potosí) y 3.700 m.s.n.m. (Valle de Kaque Marka).[100]

La Ley Nº 728 de 6 de marzo de 1985 en cuanto a sus límites, en el art. 2, manifiesta “Son sus límites: Al Norte, con el Cantón Zongo, de la Tercera Sección de la Provincia Murillo; al Sur, con el Cantón Viacha de la Provincia Ingavi; al Este, con la Ceja de El Alto de la ciudad de La Paz; y al Oeste, con el Cantón Laja de la Segunda Sección de la provincia Los Andes”. Estos límites son ratificados mediante L**ey 2337 del 12 de marzo de 2002.[29]**

5.3. SUPERFICIE

El municipio de El Alto cuenta con una extensión Territorial de 428,03 Km2, esta superficie se halla resguardada por la Ley 2337 de fecha 12 de marzo de 2002. Esta misma Ley en el Art. 3º delega la demarcación correspondiente al Instituto Geográfico Militar (IGM), en conformidad al Art. 29º parágrafo 1 de la Ley 21503. El proceso de demarcación realizada por el IGM estuvo encuadrado en la Ley 2337, la Ley 2150 y su Decreto Reglamentario DS 26520 de 21 de febrero de 2002, este Decreto Reglamentario señala en su Art. 5º “en todo proceso de delimitación de Departamentos, Provincias, Secciones de Provincia o Cantones, no debe afectarse la continuidad territorial.

[29] Manifestando en su art. 1 “Apruébese la Delimitación de la Cuarta Sección de la Provincia Murillo de conformidad al Artículo 2°, de la Ley de "Creación de la Cuarta Sección Municipal de la Provincia Murillo, con su capital El Alto", de fecha 6 de marzo de 1985...

5.3. DIVISIÓN POLÍTICA

En 1996 se registra la primera propuesta de Distritación Municipal, conformado por 7 distritos: de los cuales 6 distritos son urbanos (1, 2, 3, 4, 5 y 6) y uno rural (7). En esta primera delimitación y conformación de Distritos, la superficie del Aeropuerto Internacional de El Alto no era parte de ningún distrito.

Años después, en el 2002, el Distrito 6 se unifica con el espacio del aeropuerto internacional; los Distritos 3 y 4 se extienden hasta los límites del Municipio al oeste y sobre el espacio del anterior Distrito 7. Asimismo, se crean dos nuevos Distritos: el 8 (urbano) al sur del Municipio colindando con los distritos 2 y 3, y al norte con el distrito 9 (rural), que resulta de la división del Distrito 7 en dos fracciones.

En el año 2005 se crea el Distrito 10, con el propósito de anexar las comunidades de Villa Exaltación de Amachuma, Parcopata y Chañucahua. Posteriormente, en el año 2007, se crea el Distrito 11 (Rural), de la división del Distrito 7. Consecutivamente el 2008 se crea el Distrito 12 (Urbano), resultado de la división del Distrito 3. En el mismo año, se crea el Distrito 13 (Rural), que resulta de la división del Distrito 9 en dos fracciones.

Subsiguientemente, en el año 2010 se crea el Distrito 14 (Urbano), como producto de la división del Distrito 7 en dos partes. El año 2012, el Distrito 7 se modifica ya que los límites de determinadas urbanizaciones se encontraban divididos entre este Distrito y el Distrito 9; en consecuencia, el Distrito 7 se amplía a costa del Distrito 9.

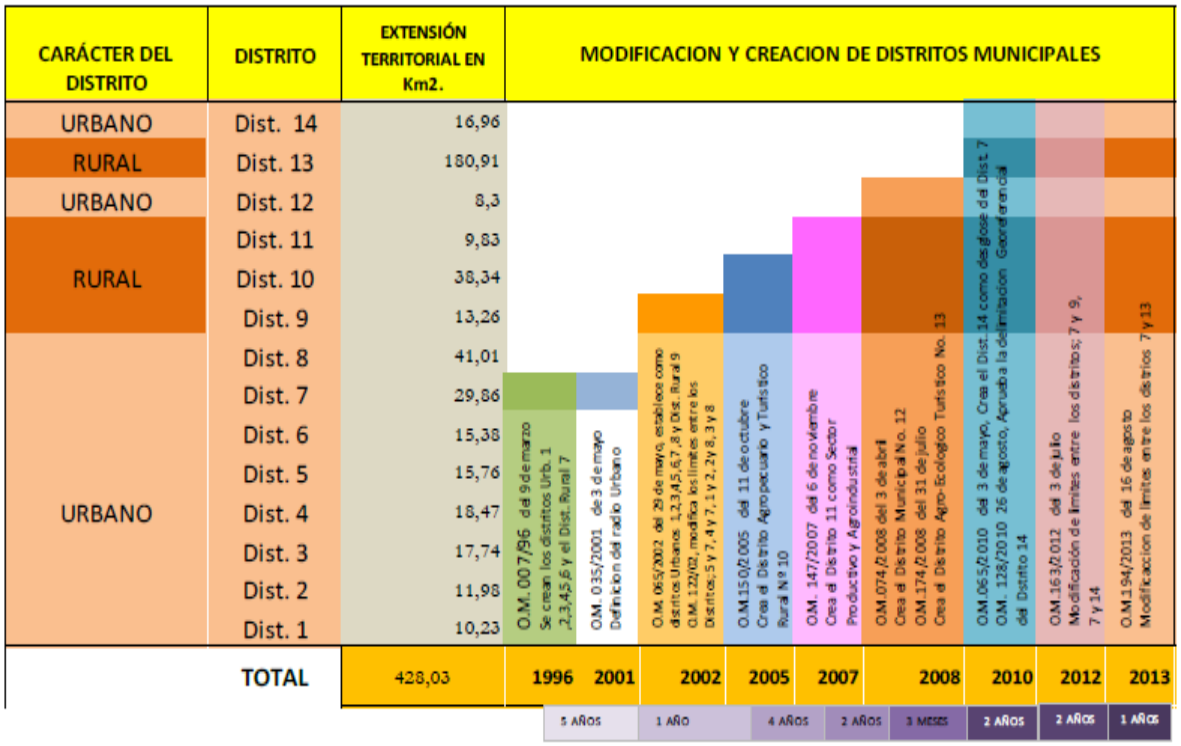
Finalmente, durante el año 2013 se efectúa nuevamente la modificación al Distrito 7, la cual disminuye su superficie. En este sentido, a efecto de esta disminución, la extensión territorial del Distrito 13 tiene un incremento de superficie.

En la actualidad el municipio de El Alto cuenta con 14 distritos, de los cuales, diez son reconocidos como urbanos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12 y 14) y cuatro como rurales (9, 10, 11 y 13).

La Distritación[30] pretende accionar la participación conjunta y coordinada del Gobierno Autónomo Municipal, las organizaciones comunitarias, los sectores de salud, educación y todos los estantes y habitantes del Municipio.

En este contexto, la siguiente Tabla muestra la distribución de Equipamientos municipales en las temáticas de: Salud, Educación, Recreativas, Culturales, Administración y Gestión emplazadas en los 14 Distritos.

FIGURA 3. DISTRITACIÓN MUNICIPAL Y EXTENSIÓN TERRITORIAL



Fuente: *1Plan Territorial de Desarrollo Integral 2016-2020*

[30] Ubicación geográfica de las infraestructuras y espacios públicos, tienen gran importancia en la planificación y su efecto en el desarrollo social que refleja la calidad de vida de la población.

5.4. CARACTERÍSTICAS FÍSICO NATURALES

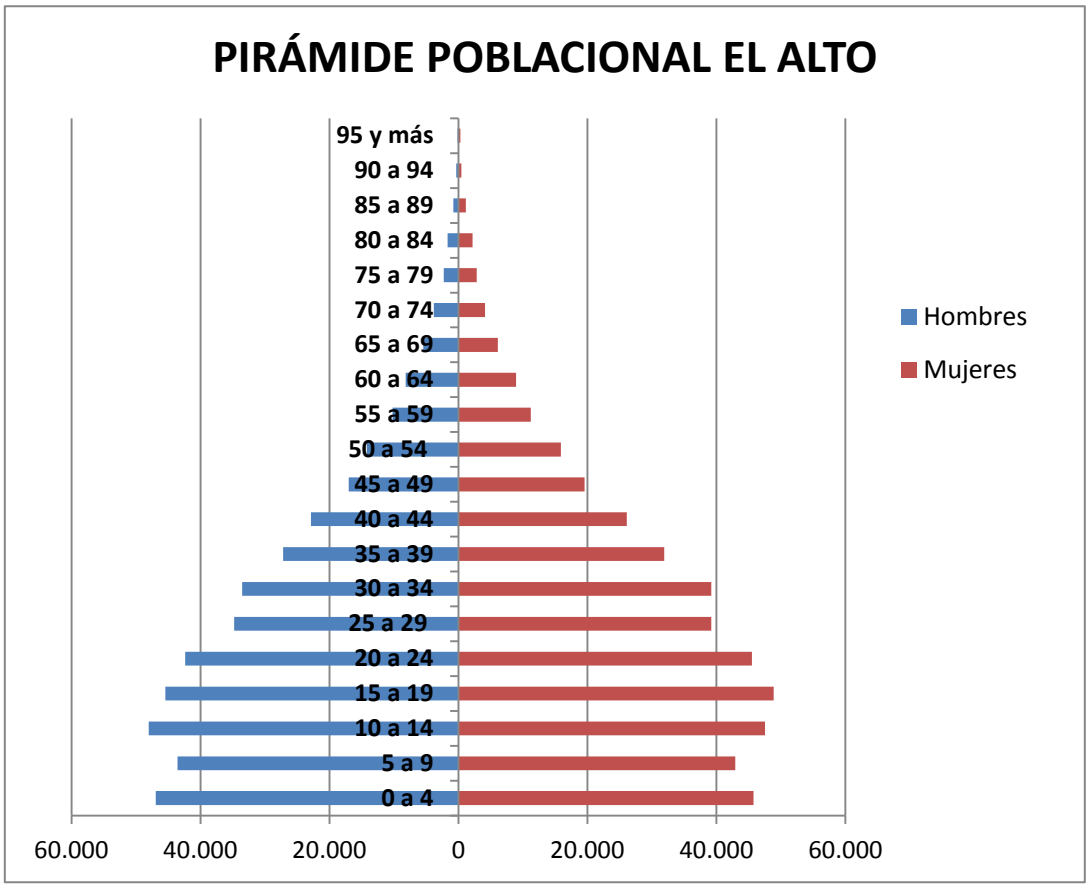
El Municipio de El Alto, se sitúa entre las altitudes de 3.670 a 6.060 m; en una territorialidad cuyo campo de visión alcanza los 360°.[31] La variabilidad de su altitud, se encuentra en función a su leve pendiente que desde las serranías cordilleranas a 6.060 m.s.n.m. desciende hacia una altitud media de 4.050 m.s.n.m., en la que se encuentra la ciudad de El Alto extendiéndose por la llanura de Viacha (Tilata) a 3.850 m.s.n.m. y terminando en el distrito 10 (Valle de Kaque Marka) a 3.670 m.s.n.m.; en el perfil longitudinal 1, describe la relación de altitudes Norte a Sur, desde el Nevado Huayna Potosí, pasando por la represa del Lago Milluni, Final Los Andes Av. Bolivia hasta la Comunidad de Parcopata. El perfil longitudinal 2 (oeste a este) comienza en la Comunidad Parcopata, pasa por la Urbanización Prados de Ventilla, Comunidad Amachuma hasta el Valle de Kaque Marca. [**101**]

5.5. POBLACIÓN

De acuerdo a los resultados del Censo 2012 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) la ciudad de El Alto tiene una población de 848.452 habitantes. Representado la población masculina por el 51.8% y la población femenina por el 48.2%[*102*].

[31] Cuya característica son sus superficies planas poco accidentadas, que corresponden a las llanuras de sedimentación de la Cordillera Oriental de Los Andes.

FIGURA 4 PIRÁMIDE POBLACIONAL MUNICIPIO EL ALTO. 2016



Fuente: 2 *Elaboración Propia en base a datos INE proyección 2016.*

La pirámide poblacional del municipio de El Alto con proyección para el 2016 de datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2012, muestra cambios importantes con respecto a la década pasada, la distribución de la pirámide del censo 2001 determinaba que la población alteña era más joven, para el 2012 la población entra en un proceso de conversión a una población más adulta.

5.5.1 POBLACIÓN POR DISTRITO

De los 14 distritos municipales que tiene El Alto, en cada uno de ellos reside una diferente cantidad de habitantes. La siguiente tabla detalla la distribución de habitantes por distrito:

TABLA 11. MUNICIPIO DE EL ALTO: POBLACIÓN POR DISTRITOS

N°	DISTRITO	Nro. DE HABITANTES
1	Distrito 1	87.997
2	Distrito 2	73.939
3	Distrito 3	144.828
4	Distrito 4	107.147
5	Distrito 5	104.226
6	Distrito 6	90.538
7	Distrito 7	44.535
8	Distrito 8	121.843
9	Distrito 9	1.720
10	Distrito 10	785
11	Distrito 11	1.081
12	Distrito 12	19.816
13	Distrito 13	2.085
14	Distrito 14	47.912
	TOTAL	848.452

***Fuente**: INE Censo 2012, Instituto Nacional de Estadística, BOLIVIA*

Se puede apreciar en el cuadro anterior que los distritos con densidad alta son los distritos 3, 4, 5, y 8, mientras que los distritos con densidad media corresponden a los distritos 1, 2 y 6, asimismo los distritos con densidad baja son los distritos 7, 12 y 14.9,10,11 y 13

5.5.2. CRECIMIENTO INTERCENSAL

El crecimiento demográfico de la población Alteña, es uno de los factores significativos en la expansión urbana en estos últimos años. En este sentido, el comportamiento y tendencia de expansión en las últimas décadas, adquiere vital importancia para su análisis.

El municipio de El Alto se caracterizó por tener un crecimiento acelerado debido a que acogió en su jurisdicción personas que provenían de distintos municipios del departamento de La Paz, como también de otros departamentos. La manifestación y posicionamiento de la urbe alteña en materia de crecimiento demográfico coadyuvo definitivamente a la expansión de la mancha urbana, registrando un índice de crecimiento de 5.1% INE (2005), como el más alto de Bolivia, llegando incluso a una cifra record del 9.23% anual entre 1976 y 1992; convirtiéndose en una ciudad de evolución urbana permanente.

De acuerdo a los últimos datos del INE (2012), se registra un índice de 2.4%, para una población actual de (848.452) habitantes.

En ese entendido, para el Censo del 2012, ya queda bien definida el área metropolitana de La Paz-El Alto, donde los centros urbanos aledaños (Viacha, Pucarani, Laja, Achocalla, Mecapaca y Palca), van sumándose en la medida en que crece el núcleo principal, sobre todo por efecto de las migraciones.

En este contexto, la evolución histórica del crecimiento de la mancha urbana en un periodo de cien años, comprendidos entre 1912 hasta el año 2012 ha sido intensa. [**103**]

FIGURA 5. CRECIMIENTO DE LA MANCHA URBANA DEL MUNICIPIO DE EL ALTO.

Fuente: *Plan Territorial de Desarrollo Integral 2016-2020. GAMEA*

5.5.3. POBLACIÓN DEL MUNICIPIO POR SEXO SEGÚN GRUPOS DE EDAD

El 43% de la población es menor de 20 años, lo que representa que casi la mitad de la población es joven, mientras que la población de 20 a 59 años corresponde al 50% de la población que se encuentre en edad productiva. .La proporción de niños entre 0 y 4 años en el Municipio de La Paz, alcanza 10%.

El 6% de la población tiene más de 60 años, comparativamente con el Municipio de El La Paz en el cual el 10% de la población es mayos de 60 años, lo que nos habla de un aumento en la expectativa de vida del Municipio de La Paz, mayor que en el municipio de El Alto.

5.6. FACTORES DE CRECIMIENTO POBLACIONAL

5.6.1. FECUNDIDAD

En el Municipio de El Alto, la tasa de Fecundidad General[32] (por mil mujeres en edad fértil) es de 76,6 menor a la media nacional de 97,7; el número de mujeres en edad fértil es de 250.303(29.5%) de la población total. [104]

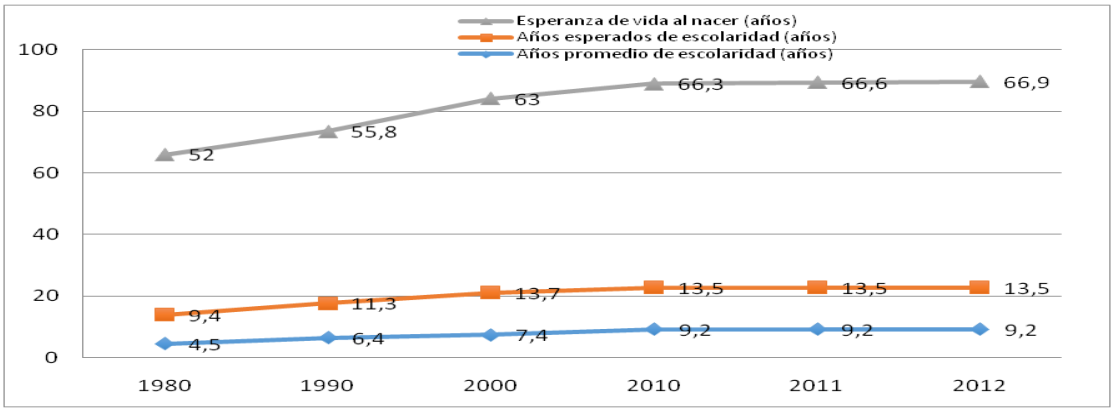
5.6.2. MIGRACIÓN

Respecto a la migración, se tiene que el principal destino de los alteños en los últimos 5 años es Viacha y que un número significativo migra al exterior del país (43.578). [105]

5.6.1 ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) MUNICIPAL.

El índice de Desarrollo Humano (IDH) se define como un indicador multidimensional de capacidades esenciales para el bienestar de las personas que comprende tres componentes o dimensiones: la longevidad (esperanza de vida al nacer), nivel educacional (combinación de la tasa de alfabetización, tasa de matriculación y años promedio de escolaridad) y el nivel de ingresos (índice de consumo per cápita).

GRAFICO 1. TENDENCIA DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO. BOLIVIA. 2013



Fuente: *Dirección Municipal de Salud 2014*

[32] La Tasa de Fecundidad General (TFG), la cual muestra el número de nacimientos que anualmente ocurren, en promedio, por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años.

5.6.2. POBREZA

Los datos del Censo 2012, muestran que el 35,40 % de la población del municipio es pobre, cifra que equivale a 300.390 habitantes quienes carecen de servicios básicos, residen en viviendas que no reúnen las condiciones apropiadas, tienen bajos niveles de educación y/o tienen inadecuada atención de salud.

Cuando hablamos de la población del municipio, indicamos que el 31,47% se halla en situación de Pobreza Moderada, 3,88% en condiciones de Indigencia, 36,50% se encuentra en el Umbral de Pobreza, 26,34% registra Necesidades Básicas Satisfechas y 0,05% de la población está en condiciones de Marginalidad. Entre 2001, y 2012 ha bajado en 30,9 % de puntos porcentuales de la población en situación de pobreza.

TABLA 12. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS. SITUACIÓN DE POBREZA. MUNICIPIO DE EL ALTO. 2012

			2001	2012
Población total			649.958	848.452
Población en viviendas particulares (estudiada) (a)			634.535	833.649
Porcentaje de Población en situación de NBI (%)			66,9	36,0
Población por situación de pobreza	No Pobre	Necesidades Básicas Satisfechas	47.350	223.539
		Umbral	162.684	309.720
	Pobre	Moderada	312.804	267.043
		Indigente	108.434	32.914
		Marginal	3.263	433

Fuente: *Datos Censo 2012. INE*

5.6.3. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Acerca de la forma en que la población de El Alto atiende su salud, la información del INE 2012, nos proporciona los siguientes datos:

TABLA 13. LUGAR DONDE ACUDE LA POBLACIÓN CUANDO TIENE PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN RESULTADOS CENSO 2012. MUNICIPIO EL ALTO.

SALUD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Caja de Salud (CNS, COSSMIL, u otras)	189.396	91.609	97.787
Seguro de salud privado	91.391	44.847	46.544
Establecimientos de salud público	442.442	206.319	236.123
Establecimientos de salud privado	149-665	72.720	76.945
Médico tradicional	149-502	72.297	77.205
Soluciones caseras	440.915	208.092	232.823
La farmacia o se auto médica	530.156	256.231	273.925
TOTAL	1.993.467	952.115	1.041.352

Fuente: *Resultados Censo 2012*

Un 26,59% de la población de El Alto cuando tiene problemas de salud como primera alternativa acude a la farmacia o se auto médica, un 22,12% se cura con recetas caseras, 22.19% acude a establecimientos de salud públicos, 9.5% acude a la caja de Salud, un 7.5% visita a médicos tradicionales y otro 7,51% asiste a establecimientos de salud privado, seguros de salud privado 4,58%. Se establece que el 57% de la población recurre a soluciones fuera del Sistema Biomédico. [106]

Adicionalmente, se puede mencionar que la tasa de mortalidad infantil del departamento de La Paz alcanza a 38,73 por mil nacidos vivos, la esperanza de vida en el departamento es de 67,2 años, siendo superior en el caso de las mujeres.

TABLA 14. DEPARTAMENTO DE LA PAZ: INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, 2012.

DETALLE	INDICADOR
Tasa de Mortalidad Infantil (2013)	38,73 x mil nacidos vivos
Esperanza de vida al nacer	67,2
Hombres	64,9
Mujeres	69,6

***Fuente**: Instituto Nacional de Estadísticas.*

5.6.4. INDICADORES DE SALUD

En la tabla siguiente se muestran los indicadores de salud para el municipio. La esperanza de vida es de 67,9 años y se encuentra por encima de la media nacional. Y algunos de los indicadores principales. (Para mayor detalle ver Anexo Tabla Nº 2)

TABLA 15. INDICADORES PRINCIPALES SALUD. MUNICIPIO DE EL ALTO. 2016

INDICADOR	VALOR
Esperanza de vida al nacer	67,95 años
Tasa Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	54 x 1000 nacidos vivos
Cobertura Parto Institucional	96%
Cobertura del Cuarto Control Prenatal	90%
Cobertura Atención de Neumonías (menores 5 años)	x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura Diarreas (menores 5 años)	x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura de DPT/3ra. dosis pentavalente (menores de 1 año)	100%

***Fuente:** Elaboración en base a Datos del SNIS e INE.*

5.6.5. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO

El Municipio de El Alto, cuenta con 89 establecimientos de salud públicos de primer nivel y 6 de segundo nivel, con un total de 1333 recursos humanos en salud, de estos 666 recursos humanos están en un primer nivel de atención y 647 en un segundo nivel de atención, estos recursos están dentro de una red de servicios de salud estructurada, a partir del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) se estructura el lineamiento regional, el cual ejecuta por medio de las cinco coordinaciones de red (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios), hacia los 53 servicios de salud, descritos en la siguiente tabla: [107].

TABLA 16. ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, MUNICIPIO DE EL ALTO, 2015.

MUNICIPIO DE EL ALTO				
RED DE SALUD	**PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**	**SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**	**TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**	**TOTAL**
RED BOLIVIANO HOLANDES	16	2	0	18
RED COREA	25	1	0	26
RED DE SALUD SENKATA	7	1	0	8
RED LOS ANDES	24	2	0	26
RED LOTES Y SERVICIOS	17	0	0	17
TOTAL	89	6	0	95

Fuente: *Elaboración a base de datos del SNIS-VE 2015.*

5.9. CONTEXTO RED DE SERVICIOS DE SALUD COREA

La Red Corea abarca los distritos 2,3 y 12, siendo esta la Red más grande de las 5 redes de salud de El Alto, su coordinación funciona en ambientes del Centro de Salud Santiago II correspondiente a dicha Red. La Red Corea cuenta con una población de 259.797 hab., 29 establecimientos de primer nivel, 1 de segundo nivel y 1 de tercer nivel. Es una entidad pública que forma parte del SEDES La Paz, encargada de cumplir complejas funciones sociales, administrativas y políticas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

5.9.1 RESEÑA HISTÓRICA

El área se sitúa al sur oeste de la metrópoli, desde el aeropuerto hacia el sur, a lo largo de carretera de Viacha. El asentamiento en esta área es también lineal pero muy heterogéneo, quizás por ser más recientes las urbanizaciones. El porcentaje de industria es más elevado que en otras zonas, las áreas dedicadas al comercio y servicios son reducidas.

A diferencia de las Redes de Salud conformadas por zonas de antigua consolidación (Casco Viejo, Ceja, Villa Dolores, Ciudad Satélite, etc.) , las zonas de la Red Corea están en un proceso de transición urbana, tienen la demanda más evidente de servicios e infraestructuras porque es dónde se concentra la población trabajadora y los jóvenes. En particular, estos últimos necesitan de una atención particular a nivel de la educación y de la salud preventiva.

5.9.2. ASPECTOS GENERALES

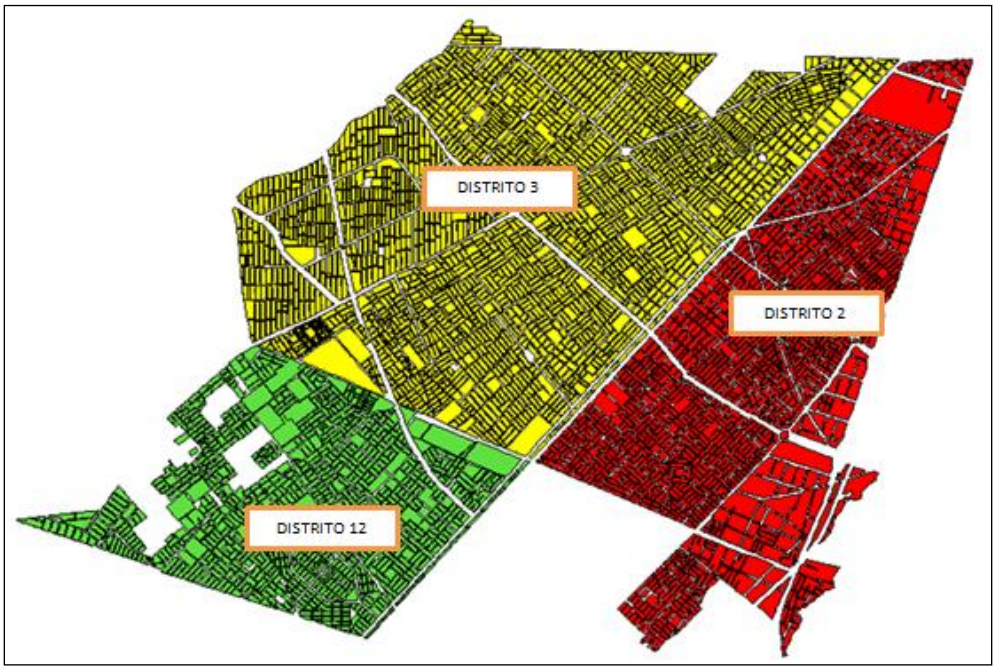
La red de Salud Corea es una entidad del Estado Plurinacional de Bolivia que brinda prestaciones de salud a la población del Distrito 2, 3 y 12 de la Ciudad del Alto con personal capacitado; dependiente del SEDES La Paz, SERES El Alto, facilitando los procesos de Gestión Pública, Sanitaria, Epidemiologia, Social y desarrollando estrategias para la implementación de las políticas de salud nacionales y locales con acciones de promoción,

prevención con enfoque intercultural y responsabilidad compartida en el marco de la "Salud Para La Paz Con Todos".

5.9.3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Geográficamente la Red Corea ocupa 29,64 km^2 del territorio urbano alteño. La Red Corea está conformada por tres Distritos Municipales: Distrito Municipal Nº 2, Distrito Municipal Nº 3, y Distrito Municipal Nº 12. (Ver Anexo 3)

FIGURA 6. DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA. RED COREA. 2016



Fuente: *Coordinación de Red Corea*

5.9.4. POBLACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD COREA

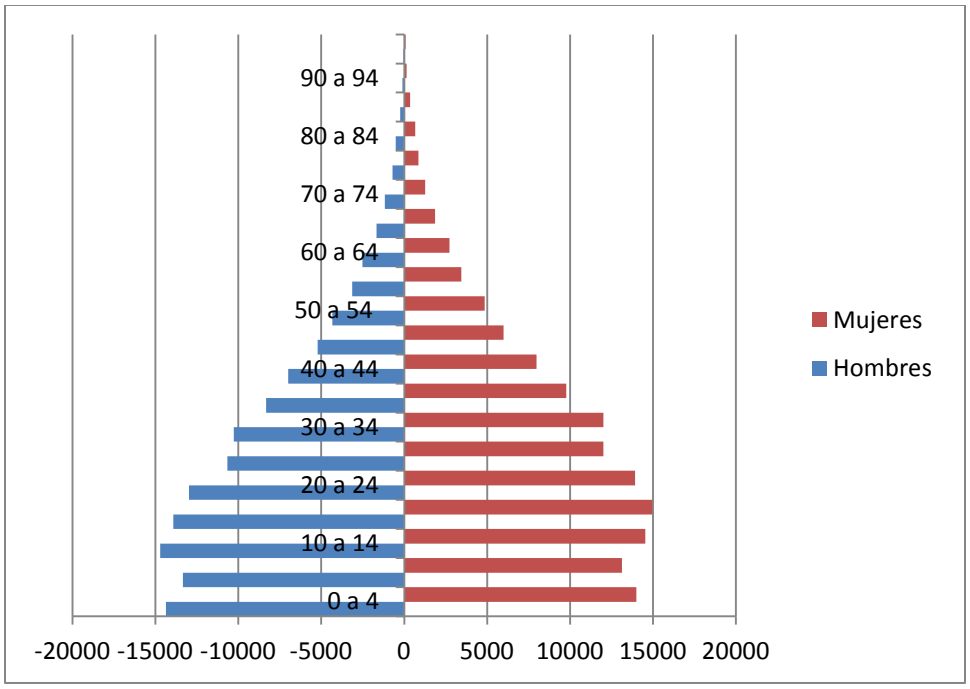
La Red de Salud Corea es la de mayor concentración poblacional del Municipio de El Alto, pues de acuerdo a las proyecciones oficiales con las que se trabaja en la Red, se tiene un número de 259.797 habitantes.

TABLA 17. POBLACIÓN DE LA RED COREA, SEGÚN DISTRITO MUNICIPAL. 2016.

Redes urbanas de salud	Total Habitantes
Total Red	**259.797**
Distrito – 2	117.552
Distrito - 3	121.526
Distrito – 12	20.719

Fuente: Coordinación de Red Corea

FIGURA 7. PIRÁMIDE POBLACIONAL RED COREA, 2016.



Fuente: *Elaboración en base a Datos del INE- SEDES 2016*

5.9.5. POBLACIÓN DE LA RED COREA CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO

Dentro de la estructura de la Red, se cuenta con un solo establecimiento de la Seguridad Social, correspondiente a la Caja Nacional de Salud con el Policlínico Villa Adela. Según la información proporcionada por la Red Corea en base a población del SNIS, para la gestión 2016 el Policlínico Villa Adela, maneja una población de 17.510 asegurados.

5.9.6. SITUACIÓN DE SALUD EN LA RED COREA

La cobertura de salud del Primer Nivel a nivel de la Red, muestra un importante avance en cuanto al logro de la universalidad; para el 2016 la tasa de cobertura fue de 90,1%, cifra que es igual al promedio departamental y nacional de 90%.

Cabe señalar que cada habitante de la red Corea recibió 1.6 consultas médicas en la gestión 2016 mayor a la gestión 2012 que fue de 0,9 consultas por habitante.

FIGURA 8. COBERTURAS DE SALUD. RED COREA, 2016.

INDICADOR	VALOR
Cobertura Parto Institucional	84%
Cobertura del Cuarto Control Prenatal	93%
Cobertura Atención de Neumonías (menores 5 años)	27 x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura Diarreas (menores 5 años)	54 x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura de DPT/3ra. dosis pentavalente (menores de 1 año)	105%

Fuente: *Datos Rendición de cuentas de Red Corea.*

En la Red se atendieron institucionalmente 5.224 partos el 2016, lo que significa que el porcentaje de atención de partos atendidos por personal de salud capacitado fue de 84%. Es importante recocer los siguientes indicadores de la gestión[33], tal como la prevención del Cáncer Cérvico Uterino que llego en el 2016 a 12180[34] casos que equivale al 20 %.

5.9.7. DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

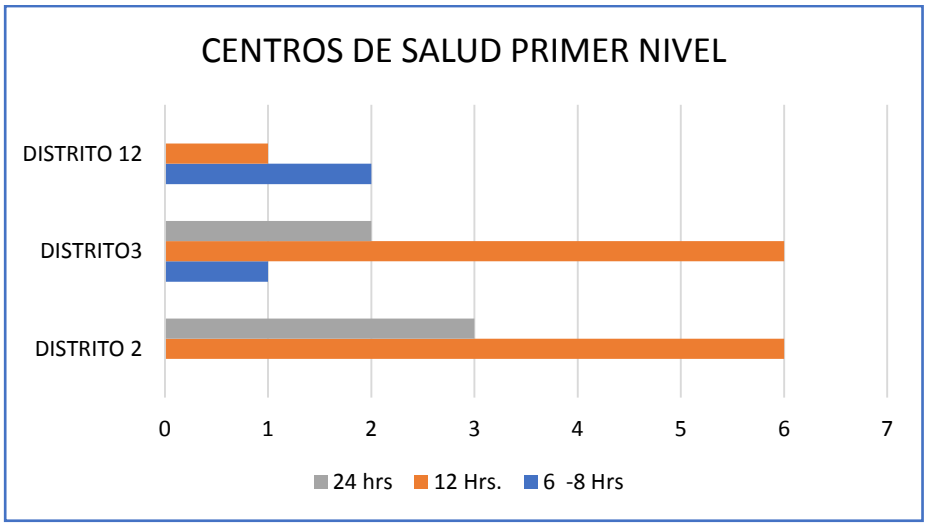
Para el 2016, la Red Corea cuenta con 28 establecimientos de salud, Siendo el 96 .4 % correspondiente a 27 Centros de salud de Primer Nivel y 3.5% correspondiente a un Hospital de Segundo Nivel. (Ver Anexo 2)

[33] *Los datos corresponden a la presentación de la Rendición de Cuentas realizada en la presente gestión por el equipo de coordinación de la Red Corea.*

[34] *Presentación en el CIA, muestra un total de 20559 casos y un porcentaje de cobertura del 36%.*

La tasa de disponibilidad de establecimiento de salud de primer nivel, en la red Corea es de 1.07 por 10000 habs. Dato similar a nivel Municipal 1.1 y menor que la disponibilidad a nivel departamental que es de 2.7 por 10000 habs. El número estimado de familias es de 84.3, considerando que el promedio de familia para el departamento de La Paz según el INE es de 3.08 familias

ILUSTRACIÓN 5 DISPONIBILIDAD DE CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL, EN LA RED COREA, 2016.



Fuente: Elaboración con base a datos de la coordinación de Red e INE

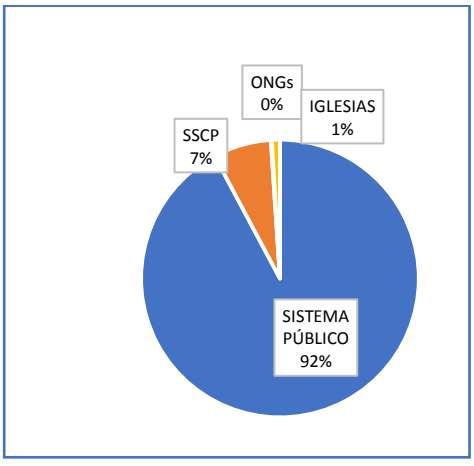
EL DISTRITO 2: Cuenta con una población 73.939 Habitantes y dispone de tres Centros de Salud Integrales (C.S. Eduardo Avaroa, C.S. Nuevos Horizontes y C.S. Copacabana), además dispone de 6 Centro de Salud Ambulatorios (C.S. Prefectural, C.S. Santiago II, C.S. Asunción San Pedro, C.S. 6 de junio, C.S. Urbanización Kenko y C.S. San Juan Kenko todos de 12 hrs. de atención). El Hospital Modelo Corea de segundo nivel, se encuentra en este distrito. Estableciéndose en la única referencia a nivel de la Red de Salud Corea. En este distrito de encuentra el Hospital Sagrado Corazón de Jesús que es de entidad Privada y que no tiene convenios con la Red Corea.

EL DISTRITO 3: Cuenta con una población 144.828 y dispone de dos Centros de Salud Integrales (C.S. Villa Adela y C.S. 1ro de Mayo). Y seis Centros Ambulatorios del sub sector público, (C.S Luis Espinal, C.S. Calama, C.S. Santiago de Charapaqui II, C.S. 3 de Mayo, C.S. Cosmos 79 todos de 12 hrs.) y el C.S. Romero Pampa de 6hrs. De nueva creación 2016.

El Distrito 3 contempla a la Seguridad de Seguro obligatorio de Corto Plazo. Con el único "Policlínico de Villa Adela" siendo este primer nivel de la SSCP. Además, se encuentran los dos Centros Ambulatorios correspondientes a la Iglesia Católica. C.S. San Sebastián, ubicado en la zona de Villa Adela, y Clínica Jesús Obrero ubicado en la zona Primero de mayo. Asimismo, se encuentran dos Organismos No Gubernamentales (C.S. Pro Mujer Collpani y C.S. Pro Mujer Villa Adela).

EL DISTRITO 12: Cuenta con una población 19,816 habitantes y dispone tres Centros de Salud Ambulatorios públicos de primer nivel de atención (C.S. San Martin de 12 hrs, C.S Chijini Bajo y C.S. Alto Chijini ambos de 6 hrs. Los dos últimos son de Nueva creación Octubre 2016 (Anexo Nro. 2)

ILUSTRACIÓN 6 SUBSISTEMAS DE SALUD EN LA RED COREA,2016



Fuente: *Elaboración con base a datos de la coordinación de Red e INE.*

Los cinco Centros Integrales de la Red Corea: Disponen de personal Médico, Licenciadas en enfermería y Auxiliares de Enfermería, además de apoyo diagnóstico de laboratorio básico y poseen un número de camas de internación. El Centro de Salud Integral Villa Avaroa dispone un especialista gineco- obstetra. El Centro de salud Copacabana dispone de médicos especialistas cubanos. Los Centros de Salud Ambulatorio de 6 hrs. disponen de un médico y el apoyo de una auxiliar de enfermería. No cuentan con camas ni recursos de apoyo diagnóstico, refiriendo los exámenes a los Centro de Salud Integral. (Ver Anexo 8)

TABLA 18. DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN, MUNICIPIO DE EL ALTO RED COREA 2016.

REDES MUNICIPIO EL ALTO	POBLACIÓN	NIVELES DE ATENCIÓN			Nº DE FAMILIAS
		PRIMER	SEGUNDO	TERCER	
RED COREA	259797	27	1	1	84.3

***Fuente**: Elaboración con base a datos de la coordinación de Red e INE.*

Se implementa estrategias especialmente en el primer nivel que conlleven a mejorar las coberturas del parto institucional. Siendo este aquel parto atendido en el establecimiento de salud, o fuera del establecimiento de salud por personal de salud capacitado. La cobertura de parto institucional para el año 2016 en la red Corea fue de 84% por encima de la meta trazada de 80 % a nivel Nacional.

La Red Corea cuenta con un total de 215 Urbanizaciones distribuidos de la siguiente manera: Distrito 2 (66 Urbanizaciones), Distrito 3 (111 Urbanizaciones) y en el Distrito 12 (38 Urbanizaciones). Con una superficie de territorio de 35 Km2.

Para el 2016 la cobertura de atención de partos institucionales fue de 84.1 % mayor a la cobertura departamental 80 %. Con un total de 4 591 partos, atendidos dentro y fuera del servicio por personal capacitado.

INDICADORES DE SALUD, Departamento, Municipio, Red, 2016
1996 – 2014

INDICADOR	DEPARTAMENTAL	MUNICIPAL EL ALTO	RED COREA
COBERTURA Y CALIDAD EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS			
Cobertura de partos institucionales (%)	**80.6**	**90.8**	**84.1**
Cobertura de atención prenatal adecuada (%)	**73**	**92.8**	**89.2**
Cobertura de 3ra dosis de DPT/Pentavalente en menores de 1 año	**86.8**	**100.8**	**105.7**
Cobertura de atención de EDAS en menores de 5 años (%)	**52.2**	**51.4**	**54.4**
Cobertura de atención de neumonías en menores de 1 año (%)	**14**	**24**	**27**
Índice Parasitario Anual (IPA) (por 1000 hab.)	**0.2**	**0**	**0.0**
Mujeres en edad fértil con orientación en planificación familiar (%)	**15.1**	**17.3**	**8.3**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNIS-VE, 2016

FIGURA 9. ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN. RED COREA,2016.

CATEGORIA	INTITUCIÓN	1ER NIVEL	2DO NIVEL	3er NIVEL	LABORATORIOS
A	MIN. SALUD	20	1	-	5
B	SEG. SOCIAL	1	-	-	-
C	ONGs	2	-	-	-
D	IGLESIAS	2	-	1	2
E	PRIVADO	2	-	-	-
TOTAL		27	1	1	7

Fuente: *Rendición de Cuentas Red Corea*

5.9.8. PROYECTO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI) MI SALUD

Es un proyecto de fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, que implementa la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, através de acciones de promoción de la salud y de atención integral intercultural con participación comunitaria por el Gobierno del Estado Plurinacional. [108]. En el área Urbana se asigna un médico por cada 2000 a 3000 habitantes y se habilita un consultorio vecinal en consenso con la junta de vecinos y red de servicios de salud; el cual debe estar localizado en una zona central o próxima a la población beneficiada, con conexión a las vías o carreteras y acceso al transporte público.

La Red Corea cuenta con 45 Consultorios Vecinales Mi Salud, distribuidos en diferentes áreas de influencia de los establecimientos de salud.

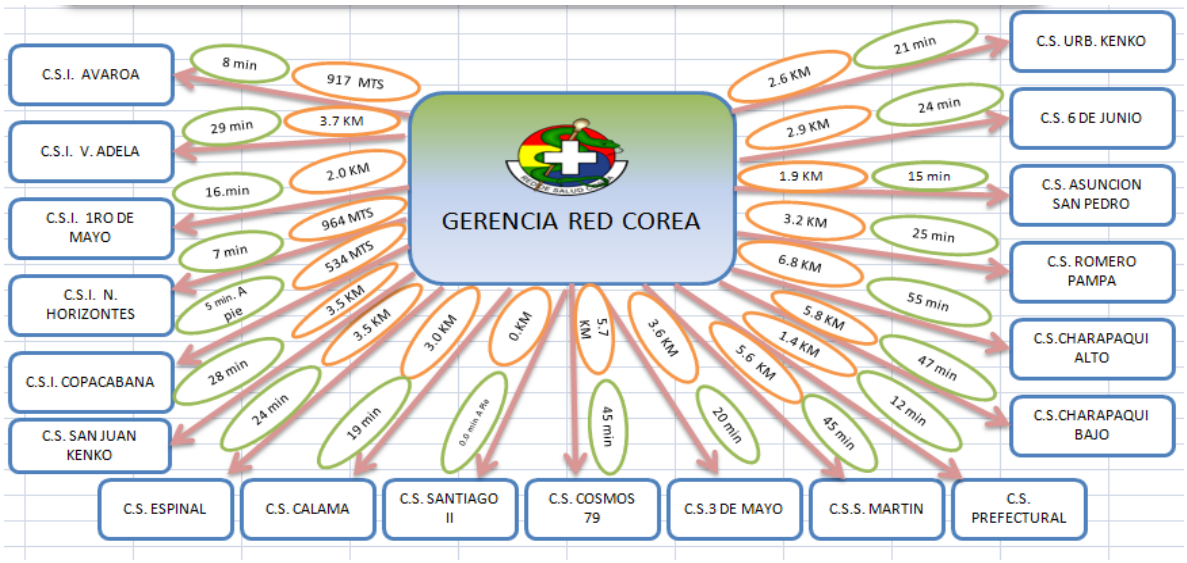
5.9.9. INFRAESTRUCTURA SANITARIA

Con relación a la disponibilidad de establecimientos de salud de primer nivel, para el 2016, la Red Corea cuenta con 28 establecimientos de salud,

Siendo el 96 .4 % correspondiente a 27 Centros de salud de Primer Nivel y 3.5% correspondiente a un Hospital de Segundo Nivel. (Anexo 2)

La tasa de disponibilidad de establecimiento de salud de primer nivel, en la red Corea es de 1.07 por 10000 habs. Dato similar a nivel Municipal 1.1 y menor que la disponibilidad a nivel departamental que es de 2.7 por 10000 habs.

GRAFICO 2. ISOCRONA RED COREA . 2016



***Fuente**: Red de Salud Corea*

5.9.10. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN LA RED COREA

Utilizaremos el vocablo de “recursos humanos para la salud” a fin de representar exclusivamente a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, quienes tiene una relación más directa con los pacientes o la población a ser atendida y a su vez son los que cumplen con los objetivos de la atención primaria de salud y los respectivos programas de salud. Se detalla en la siguiente Tabla.

TABLA 19. RECURSOS HUMANOS SEDES. RED COREA,2016.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	RECURSO HUMANO EN SALUD			
	MEDICO	ODONTOLOGO	LIC.ENFERMERIA	AUX.ENFERMERIA
C.S.A. 3 DE MAYO	2 Y 1 M/T	1		3
C.S.A. 6 DE JUNIO	1	1		1
C.S.A. ASUNCION SAN PEDRO	1	1 M/T		1
C.S.A. CALAMA	2	2		2
C.S.A. COPACABANA	2	1		1
C.S.A. COSMOS 79	1 Y 1M/T	1 Y 1M/T		3
C.S.A. LUIS ESPINAL (EL ALTO)	2	1		2
C.S.A. PREFECTURAL	2	1 Y 1M/T		2
C.S.A. ROMERO PAMPA	1	1 M/T		2
C.S.A. SAN JUAN KENKO	2	1		2
C.S.A. SAN MARTIN	2	1	1	4
C.S.A. SANTIAGO II	2	1		3
C.S.A. URBANIZACION KENKO	1	1		1
C.S.I. 1ro. DE MAYO	8	1	2	8
C.S.I. NUEVOS HORIZONTES	7	1	2	7
C.S.I. VILLA ADELA	7	1	2	8
C.S.I. VILLA AVAROA	8	1 Y 1M/T	2	7
Total	51	17Y 1MT	9	59

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Muchos de los países de la Región están reformando sus modelos de atención de salud, entre ellos se encuentra Bolivia. Esta tendencia procura cambiar el modelo tradicional de prestación de servicios de salud, caracterizado por ser biomédico, curativo y centrado en la atención hospitalaria, por una atención centrada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad [109].

La estrategia del cambio de modelo implica invariablemente el fortalecimiento y mejora de la atención primaria. En este sentido, el renovado rol de la atención primaria de salud como “puerta de entrada” al sistema de salud y su énfasis en la salud de la familia y la comunidad. Y la descentralización ha sido continuamente recomendada para mejorar la gobernabilidad del sistema de salud a través de un sistema de corresponsabilidad entre instituciones centrales, departamentales, regionales, municipales e indigeno originario campesino y ha sido una característica clave de la reforma del sector salud [110].

El Atributo 3 correspondiente al PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, en el ámbito del Modelo Asistencial de la red de funcional de servicios de salud, incluyen servicios de salud pública, seguridad social de corto plazo, ONG y servicios privados tanto en la otorgación de prestaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional de la red de servicios de salud [111].

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, adoptando responsabilidad sanitaria, en forma multidisciplinaria e integral, actuando como puerta de entrada a la Red Funcional Integral de Servicios de Salud Corea, Municipio de El Alto?

8.- OBJETIVOS

8.1.- OBJETIVO GENERAL

1. Establecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, adoptando responsabilidad sanitaria, en forma multidisciplinaria e integral, actuando como puerta de entrada a una Red Funcional Integral de Servicios de Salud Corea, Municipio de El Alto-Bolivia 2017.

8.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las acciones que promuevan al primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema de Salud.
2. Evaluar la responsabilidad sanitaria del primer nivel de atención.
3. Determinar si el establecimiento de salud desarrolla atención integral continua con los otros niveles de atención de la Red de Salud Corea.
4. Determinar la capacidad resolutiva en el primer nivel de la Red Corea.
5. Identificar la existencia de equipos multidisciplinarios en los establecimientos de primer nivel de atención de la Red de Salud Corea.
6. Proponer un instrumento de levantamiento de datos, adecuado al contexto actual de la Red de Salud Corea.

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

9.1 METODOLOGIA

Diseño de Investigación, Descriptivo Observacional orientado a una investigación acción participativa. El diseño incluyo dos fases: cuantitativo y cualitativo[35].

9.1.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Identificar la existencia de equipos multidisciplinarios con capacidad resolutiva en los establecimientos de primer nivel de atención de la Red Corea.

- Encuesta estructurada
- Grupos Focales
- Trabajo de campo para:

  Entrevistas en profundidad y

  Verificación de fuentes de información

El instrumento aplicado fue propuesto por la Organización Panamericana de la Saluda -OPS/Bolivia- utilizado en experiencias previas en el contexto nacional.

La encuesta fue administrada a informantes clave del Servicio Departamental de Salud La Paz y ejecutivos de la Red de Salud Corea.

9.1.2 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

La funcionalidad e integración de la red de salud se midió a partir de una serie de preguntas de verificación, basada en un modelo ideal de una Red Funcional de Servicios de Salud, construido sobre evidencias y buenas prácticas recolectadas por la OPS/OMS.

La estructura de la encuesta está organizada por los siguientes niveles: a) ámbitos, b) atributos, y c) Indicadores.

[35] *Lo cuantitativo basado en la recolección de datos a partir de una encuesta y lo cualitativo a partir de la aplicación de dos técnicas investigativas, grupos focales y entrevistas en profundidad.*

Los atributos son una característica de una propiedad amplia hacia la funcionalidad e integralidad de una Red de Servicios de Salud, mientras que los indicadores son temas específicos que se agrupan debajo de cada atributo.

El atributo y sus indicadores analizan a través de preguntas y sub-preguntas, sobre criterios que debe cumplir cada atributo en una Red funcional integrada de servicios de salud.

9.1.3 COMPOSICIÓN DEL INSTRUMENTO:

a) "Criterios del atributo", incluye los indicadores y las preguntas de verificación de cada indicador. Con dos columnas de Sí y No.

b) "Fuente de verificación". Donde se anota la evidencia que ha permitido dar una respuesta afirmativa a la columna anterior. Para establecer la veracidad se realizó en sitio durante el trabajo de campo.

c) "Observaciones". Este espacio se utilizó para justificar la respuesta, y escribir el nivel de avance del indicador. Esta información fue útil e relevante para la elaboración de una propuesta de mejora, además en el futuro para realizar un estudio comparativo de los avances en una segunda aplicación del instrumento.

9.1.4 PROCESO DE LEVANTAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS.

El instrumento prevé respuestas dicotómicas que son mutuamente excluyentes: Si para sí cumple la actividad o parámetro y No si no cumple. Por ser una variable excluyente no se consideró un valor intermedio.

Para la cuantificación de las respuestas se usó un sistema binario de 1 para el Sí y para el No, que brindan resultados finales de cumplimiento entre 0 y 100.

Para obtener una calificación del indicador, se calculó el promedio de los valores obtenidos en las preguntas de cada indicador, la calificación del atributo general, se calcula el promedio de los valores obtenidos en las preguntas de todos los

indicadores que forman dicho atributo, concluida la aplicación del instrumento para el atributo, los archivos se consolidaron los resultados, calculados y presentaciones graficas de barras del comportamiento de la funcionalidad de la Red de Servicios de Salud.

Los resultados fueron interpretados empleando un diagrama de alertas que asigna el COLOR VERDE a toda condición ÓPTIMA, el COLOR AMARILLO a la condición de ALERTA y el COLOR ROJO si se trata de una condición NO DESEADA o DE EMERGENCIA

TABLA 5. DIAGRAMA DE ALERTAS PARA INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS REFISS

Símbolo	**Condición**	**Interpretación**	**Acciones**
	OPTIMO	Condición deseable	De sostenibilidad
	ALERTA	Condición Intermedia	Mejora del Plan
	EMERGENCIA	Condición NO deseada	Intervención Inmediata

Elaboración: Herramienta REFISS

De los 14 atributos para fines de la presente tesis fue analizada dentro de el Ambito del modelo Asistencial el ATRIBUTO 3 PRIMER NIVEL COMO PUERTA DE ENTRADA, con capacidad resolutiva de atención, adoptando responsabilidad sanitaria, en forma multidisciplinaria e integral, en la Red Funcional de Servicios de Salud Corea del Municipio de El Alto,2017.

9.2 PROCESO INVESTIGATIVO

Por ser una investigación enmarcada en la investigación acción participativa, ha sido necesaria considerar en fases y momentos investigativos, que se resume a:

9.2.1 FASE DE NEGOCIACIÓN

Cuyo objetivo es lograr el consenso con autoridades del SEDES La Paz y los ejecutivos de la Coordinaciones de Red Corea.

9.2.2 FASE CAPACITACIÓN:

Que busco generar habilidades para el manejo del instrumento, dominio de los atributos y metodología de análisis

9.2.3 FASE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Logro contar con un instrumento consistente y se realizó en tres momentos, con expertos del SEDES y cursantes de la Maestría, revisión y análisis por expertos del SEDES La Paz y una validación en el trabajo de campo.

Se logró al final un instrumento válido y confiable, cuyo valor agregado es un instrumento con mejor posibilidad de aplicación en el contexto nacional.

9.2.4 FASE DE RECOLECCIÓN DE DATOS

en dos momentos, en una reunión con grupos focales donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos y en el proceso de verificación de los datos en los establecimientos y unidades de gestión de las Red de Salud Corea.

9.2.5 FASE DE ANÁLISIS

En dos momentos, a nivel de laboratorio con base a las recomendaciones de expertos de la OPS/Bolivia y en reuniones con personeros de la Red de Salud y del SEDES La Paz. En esta fase se verifico las fuentes y se consolido los datos obtenidos en el trabajo grupal.

9.2.6 FASE DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Realizado en un taller conjunto con participación de expertos de la Red de Salud, personeros del SEDES La Paz y cursantes de la maestría.

Para este fin se utilizo matrices de planificación normadas por el ministerio de Salud

TABLA 20. MATRIZ DE PROBLEMAS CAUSAS Y SOLUCIONES

Gobierno Autónomo Municipal de:			Responsable de la Información:				
Fecha de Elaboración de la Información:							
Zona/Comunidad:							
Nº	Problema de Salud	Determinantes	Soluciones				
			¿Qué haremos? (soluciones específicas)	¿Cómo lo haremos? (propuestas de acción)	¿Con qué recursos lo haremos?	¿Cuándo lo haremos? (tiempo)	¿Quiénes son responsables?
1							
2							

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Procedimientos de Elaboración del Plan Municipal de Salud[112].

9.2.7. MEDICIONES

Las mediciones fueron realizadas en dos etapas, la primera en una reunión efectuada con grupos focales del SEDES con personeros de la Red Corea del Municipio de El Alto, donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos los cuales fueron plasmados en el llenado de la Herramienta REFISS; y la segunda etapa correspondiente al proceso de verificación de los datos efectuado con el apoyo de la Coordinación de la Red Corea con sede en instalaciones del centro de salud Santiago II en el Distrito 2 del Municipio de El Alto

9.7.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Corresponde a la Red Corea del Municipio de El Alto, cuya información se encuentra consolidada y disponible en la Coordinación de la Red con sede en instalaciones del centro de salud Santiago II en el Distrito 2.

9.7.2. MARCO MUESTRAL

Los aspectos a investigar corresponden al ATRIBUTO 3 de la Herramienta REFISS, el cual está compuesto por 5 criterios y sus 24 variables. Dados los criterios y las variables del atributo 3 de la herramienta REFISS, enunciadas en el Anexo 1, el criterio de investigación se planteó de forma dirigida a la investigación de los principales factores que inciden en la suficiencia de coordinación de acciones intersectoriales en salud en la Red Corea del Municipio de El Alto.

Asimismo, se pretendió determinar la capacidad institucional para promover el abordaje de las determinantes sociales y la resolución de las necesidades de la población protegida.

Finalmente se procedió a validar la herramienta REFISS para medición del atributo 3 en la Red Corea.

9.7.3. PLAN DE ANÁLISIS

El plan de análisis relacionado con la Evaluación de capacidad resolutiva del primer nivel de atención, adoptando responsabilidad sanitaria, en forma multidisciplinaria e integral, actuando como puerta de entrada a una Red Funcional Integral de Servicios de Salud.

Para el análisis de la verificación de datos, se tomará a consideración los indicadores que muestran la siguiente tabla. [113][114]

				INDICADOR
DEFINICION	**ESTANDAR**	**TIPO**	**NOMBRE**	**DESCRIPCIÓN**
Acceso al primer nivel de atención	80 – 100%	ACCESO	Promedio de consultas por habitante	Nro de consultas nuevas y repetidas 2016 _____ x 100 Población 2016
	80 – 100%	ACCESO	Promedio de consultas nuevas por habitante	Nro. de consultas nuevas menores de 5 años 2016 _____ x 100 Población menor a cinco años 2016
Mide el porcentaje de acceso de los niños menores de 1 años a los servicios de salud para realizar la consulta de crecimiento.	80 – 100%	Accesibilidad, proceso y resultado	Cobertura del Primer Control de Crecimiento Infantil en < de 1 años.	N° de Niños < 1 Años que realizan 1er. Control Crecimiento Infantil _____ x 100 Población de niños menores de 1 año
Mide el porcentaje de acceso de los niños menores de 5 años a los servicios de salud para realizar la consulta de crecimiento.	80 A 100 %	Accesibilidad, proceso y resultado	Cobertura del Primer Control de Crecimiento Infantil en < de 5 años.	N° de Niños < 5 Años que realizan 1er. Control Crecimiento Infantil _____ x 100 Población de niños menores de 5 año
Este indicador nos sirve para ver el número de niños menores de 1 año que han sido captados por el		Accesibilidad, proceso	% de Vacunación a niños < de 1 año con 1ra. Dosis pentavalente.	N° de niños < de 1 año vacunados con 1ra. dosis pentavalente _____ x 100 Población de niños menores

servicio para la vacunación.				de 1 años
Mide el grado de protección ante la probabilidad de enfermar con tuberculosis y sus formas graves.	Minino 90%	ACCESO Y RESULTADO	Cobertura de Vacunación a niños < de 1 año con dosis BCG.	N° de niños < de 1 año vacunados con dosis única de BCG _____ x 100 Población niños menores de 1 año
Mide el porcentaje de niños menores de 1 año que acceden a la 3ra. Dosis de anti poliomielítica se supone la formación de anticuerpos protectores de la enfermedad.	Minino 90%	Acceso y resultado	Cobertura de 3ra. Dosis de Vacunación a niños < de 1 año con dosis Anti poliomielítica.	N° de niños < de 1 año vacunados con 3ra. dosis Anti poliomielítica _____ x 100 Población niños menores de 1 año
Estimación de familias 2016 **(Promedio de familia INE 3.08)**			Número de familias 2016	Población 2016 _____ x 100 Promedio de familia INE
Población de la red, registrada en las carpetas **CARPETIZACIÓN**	80 %		% de implementación de la carpeta familiar.	No de carpetas familiares llenadas _____ x 100 No de familias asignadas 2016
Red de servicios de salud brinda atención integral al continuo de la vida	30 – 60 minutos		% de establecimientos de 1er nivel con atención integral	No de establecimientos de 1 er nivel con atención integral al continuo de la vida _____x 100 Total, establecimientos de primer nivel de la red
Uso correcto de las normas protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva	El establecimiento de salud garantiza la atención institucional del parto	Resultado	Cobertura de parto institucional	Nro. de partos atendidos por el personal de salud capacitado _____ x 100 Nro. de partos esperados

Uso correcto de las normas protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva	El establecimiento de salud realiza la referencia y contrarreferencia según normas y protocolos	Proceso	% de referencias y contrarreferencias realizadas según normas y protocolos	No de referencias y contrarreferencias realizadas según normas y protocolos _____ x 100 Total, referencias y contrarreferencias realizadas.
Este indicador nos sirve para ver la capacidad del establecimiento para administrar dosis completas a un niño.	< a 10 %	Seguimiento o retorno	% de abandono de la 1ra. A la 3ra dosis de Vacunación a niños < de 1 año con pentavalente.	N° de niños < de 1 año vacunados con 1ra. dosis - 3ra pentavalente _____ x 100 N° total de 1ra. Dosis pentavalente
Este indicador mide la capacidad del establecimiento de salud para administrar todas las vacunas de acuerdo a la edad y al esquema nacional.	< a 5 %	Integralidad	% Integralidad 3ra de OPV.	N° de niños 3ra. OPV – 3ra. De pentavalente _____ x 100 N° 3ra. De OPV
Mide el grado de presión que el servicio de emergencia ejerce en la atención ambulatoria. Este permite planificar la asignación de recursos en este servicio.	100%	Utilización	Consultas de emergencias en relación a consulta ambulatoria	Nro. De consultas de emergencia en el periodo _____ Total de atenciones ambulatorias.
Sistema de Monitoreo.	Nro. De CAIs		CAI Mensual	12 CAI Anuales

10.- RESULTADOS

RESULTADO GENERAL:

El promedio general de las variables cumplidas en el atributo 3 Primer nivel, Puerta de entrada es de 52.2 % lo ubica en la franja amarilla. Cabe destacar que se encuentra en condición de alerta y las acciones que se deben tomar es un plan de mejorar.

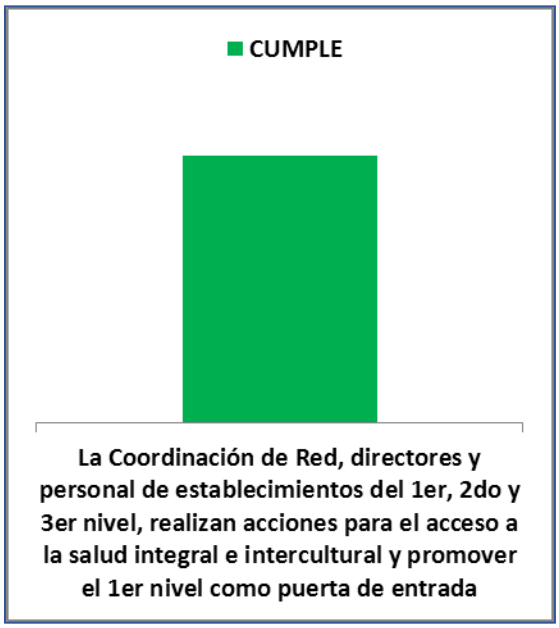
PROMEDIO GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS	52.2	

La Obtención de los resultados se realizó mediante el paquete Excel, se describe en primera instancia los resultados cuantitativos obtenidos de la herramienta REFISS. Asimismo, los resultados cualitativos, información proveniente de las entrevistas en profundidad y grupos focales que permiten establecer lo siguiente:

10.1 CRITERIO 7: PUERTA DE ENTRADA

Este criterio comprende 1 pregunta y 3 subpreguntas, de las cuales todas con parámetro de cumplimiento, como se observa en la siguiente figura.

FIGURA 10. CUMPLIMIENTO DE ACCIONES PARA ESTABLECER EL ACCESO A LA SALUD INTEGRAL E INTERCULTURAL Y PROMOVER AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA A LA RED COREA, EL ALTO-BOLIVIA 2017.



El primer nivel cumple su función como puerta de entrada al sistema de salud, para el 2016 la tasa de cobertura fue de 90,1%, cifra que es igual al promedio departamental y nacional de 90%. Cabe señalar que cada habitante de la red Corea recibió 1.6 consultas médicas en la gestión 2016 mayor a la gestión 2012 que fue de 0,9 consultas por habitante.

La coordinación de la Red Corea y los directores de salud de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, realizaron acciones de Promoción para establecer el acceso a la salud integral e intercultural al primer nivel como puerta

de entrada al sistema de Salud en coordinación con el personal de salud de los establecimientos.

7.1.1 ACCIONES DE LA COORDINACIÓN DE RED

Con respecto a las acciones que realiza la coordinación de Red, Ejecutaron la Difusión y capacitación al personal de salud de los establecimientos de su jurisdicción (se capacito a los 20 establecimientos) sobre la Política SAFCI y la Ley 475. Los cuales establecen, al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema y norman el acceso al segundo y tercer nivel, mediante el componente de Referencia. No obstante, el acceso será directo en caso de emergencias. Las capacitaciones se realizaron en el primer semestre de la gestión 2016.

7.1.2 ACCIONES DE LOS DIRECTORES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN COORDINACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD.

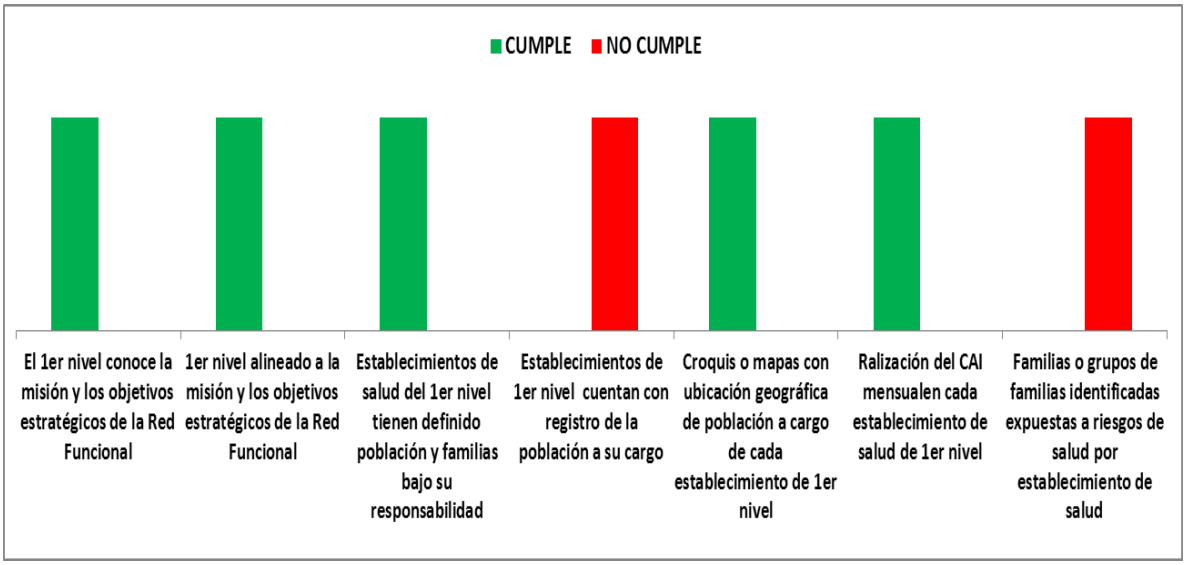
El personal de salud en coordinación con Unidades Educativas: Realizaron Campañas y ferias de salud según cronograma. Verificadas en el cuaderno de actividades fuera de la institución.

Asimismo, los establecimientos de salud en la Red Corea cuentan con señaléticas, letreros de identificación de servicios y horarios de atención. Disponen de un croquis o mapeo del establecimiento donde muestra la ubicación de los servicios. Además, cuentan con la información escrita de los aranceles de las prestaciones de los seguros públicos (Prestaciones Integral de Servicios de Salud y Bono Juana Azurduy) en el área de recaudaciones. Existen carteles educativos en la sala de espera: esquema de vacunas, salud sexual y reproductiva, programa tuberculosis, salud oral, Bono Juana Azurduy y Prestaciones Salud Integral de Servicios de Salud. Se verifico mediante la visita a los establecimientos de los diferentes sub sectores (Público, SSCP- policlínico de Villa Adela, e Iglesias- C.S. San Sebastián y Clínica Jesús Obrero).

10.2 CRITERIO 8: RESPONSABILIDAD SANITARIA.

Este criterio comprende 7 variables. Cinco cumplidas y dos con parámetros de incumplimiento.

FIGURA 11. CUMPLIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA RED COREA, EL ALTO -BOLIVIA 2017.



La Responsabilidad Sanitaria de los establecimientos de salud de primer nivel de la Red Corea está determinada por su misión y objetivos estratégicos, los cuales se encuentran alineados a los de una red Funcional. Asimismo, tienen definido la población bajo su responsabilidad (Sub sistema Público y SSCP) Según la distribución poblacional por centros de salud impartidas por SEDES anualmente en base a datos de los censos y proyecciones intercensales. Los establecimientos de salud cuentan con los mapas de ubicación geográfica de la población a cargo. Por otro lado, realizan en un 80 % los Comités de Análisis de la información con la participación de la comunidad.

Las variables con parámetro de incumplimiento son; El primer nivel, No cuenta con Registro total de la población a su cargo. Por el mismo no están

identificadas las familias expuestas a riesgos de salud por condiciones ambientales o sociales por establecimientos.

8.1 ¿CONOCE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, LA MISIÓN Y LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA RED FUNCIONAL?

Este parámetro pudo ser verificado en el Plan Estratégico Institucional, 2016- 2020 de cada establecimiento de salud documentos encontrados en la coordinación de Red. Asimismo, se observó que los centros de salud cuentan con su misión y visión en lugares visibles y accesibles a los usuarios en la sala de espera.

8.2 ¿EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ESTÁ ALINEADO A LA MISIÓN Y LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA RED FUNCIONAL?

Si bien están alineados la misión y objetivos estratégicos de la Red Funcional, enmarcados en la Política SAFCI incluyendo la promoción, prevención y atención integral. Sin embargo, en la entrevista que se realizó a los a los directores de los establecimientos. El 60% de los directores, no conoce su misión y objetivos estratégicos y el 40 % conoce y menciona la idea principal

8.3 ¿LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL TIENE DEFINIDO LA POBLACIÓN BAJO SU RESPONSABILIDAD?

La asignación de la población esta proporcionada como: Población total y población desagregada por grupos etéreos, impartidas por SEDES anualmente en base a datos de los censos y proyecciones intercensales. El policlínico de villa Adela (SSCP) cuenta con población asignada de asegurados. En el caso de los otros subsectores (ONGs, iglesia y privados), no se tiene datos de población ya que estos desarrollan actividades y brindan servicios a la misma población atendida por el Sub sector Público.

8.4 ¿CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL CUENTA CON EL REGISTRO DE LA POBLACIÓN A SU CARGO?

La red Corea Cuenta con un Plan de carpetización hasta el 2020. Por otro lado, hasta la fecha se logró un gran avance del 43% de carpetización con registro de familias.

8.5 ¿HAY CROQUIS O MAPAS CON LA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN A CARGO DE CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL?

El 80 % de los centros de salud cuentan con los mapas de ubicación geográficas en cada ambiente de programas PAI, TB, Zoonosis Etc. En los mapas se aprecian las zonas vecinales de referencia de cada establecimiento y su límite asignado. El personal refiere que cada responsable de programa actualiza su mapa de Ubicación.

8.6 ¿LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL REALIZAN EL CAI DE MANERA PARTICIPATIVA MENSUALMENTE, ESPECIALMENTE CON LA COMUNIDAD PARA COORDINAR ACCIONES SANITARIAS?

Los establecimientos de salud de primer nivel del subsector Público realizan los CAIs de manera participativa, con la comunidad se evidencio tras la revisión de las firmas en las actas del CAI. Sin embargo, esta situación difiere respecto a los sub sectores de SSCP e Iglesias, que realizaron los CAI sin participación de la comunidad.

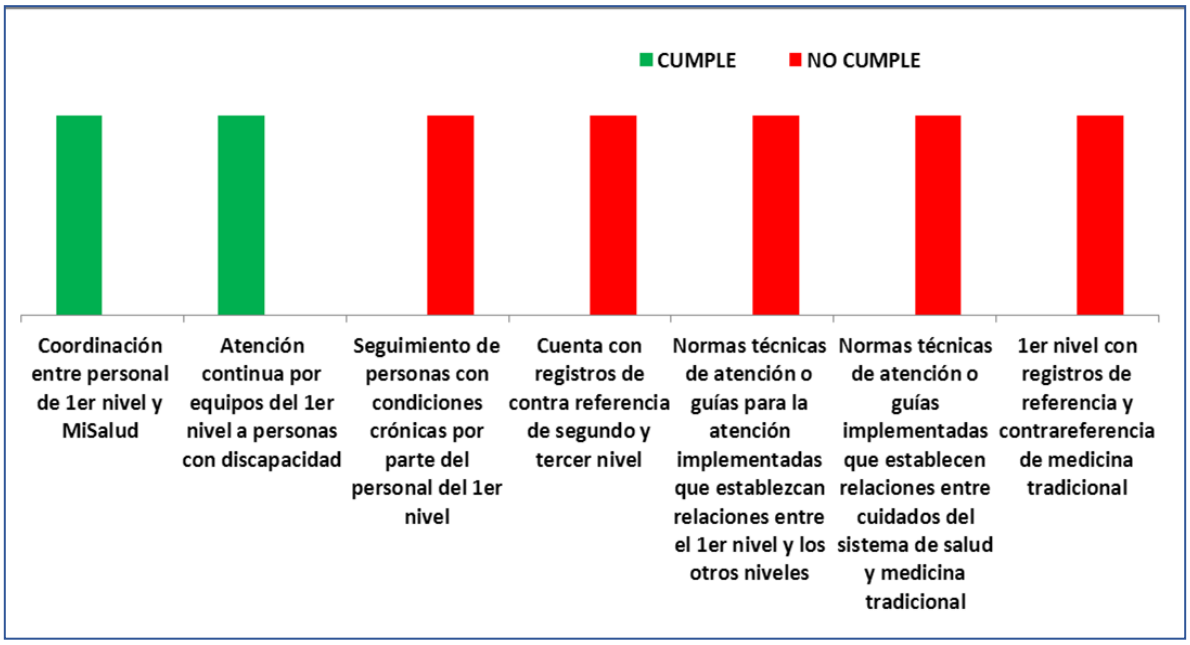
8.7 ¿ESTÁN IDENTIFICADAS LAS FAMILIAS O GRUPOS DE FAMILIAS EXPUESTAS A RIESGOS DE SALUD POR CONDICIONES AMBIENTALES O SOCIALES DE CUALQUIER TIPO POR ESTABLECIMIENTO?

Cabe recalcar Solo el 50 % de los establecimientos de salud de primer nivel dispone de la sala situacional. Pero desactualizados, No se identifican familias expuestas a riesgos.

10.3 CRITERIO 9: INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO.

Este criterio comprende 7 variables, dos cumplidas y cinco con parámetros de incumplimiento.

FIGURA 12. CUMPLIMIENTO DE LA INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA RED COREA, EL ALTO-BOLIVIA2017



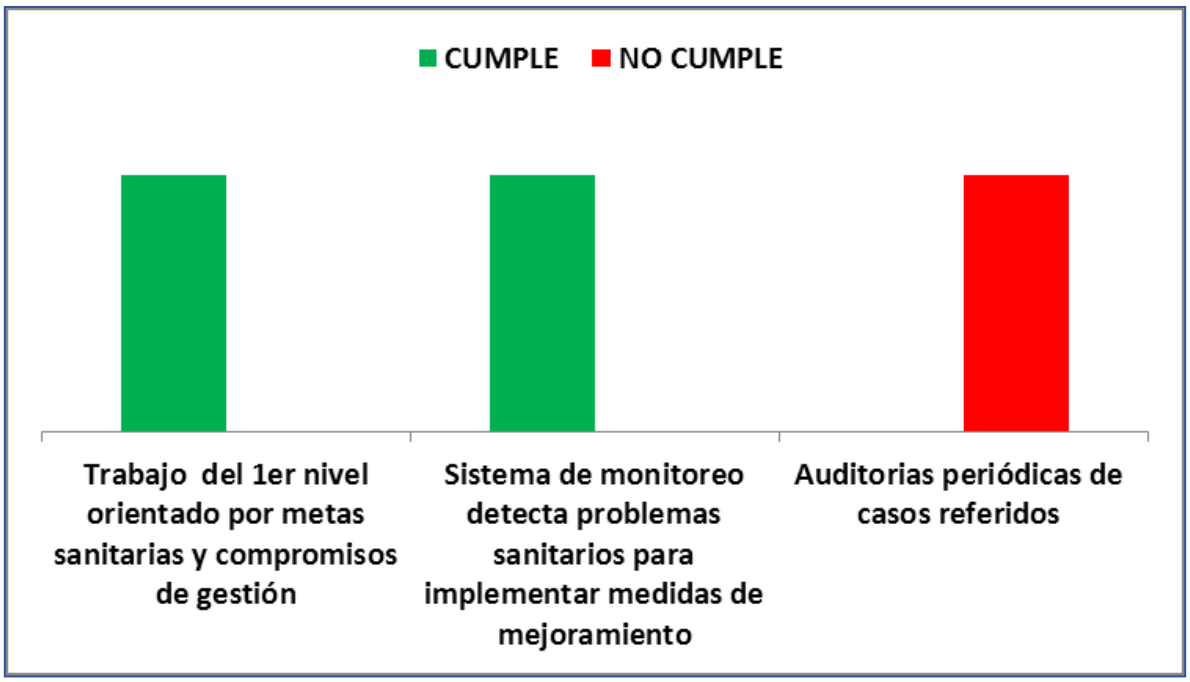
La Integralidad y continuidad del cuidado tiene dificultades de estar establecido. Si cumple con la coordinación en atención y coberturas entre el Equipo Mi Salud y los establecimientos de Salud, Sin embargo, no es compartida la información de identificación de grupos vulnerables ni determinantes sociales y ambientales. Se verifico la información correspondiente en los paneles de información acerca la prestación y sus derechos de las personas con discapacidad, además se verifico que se cuenta con el registro de las historias clínicas selectas en el área de recaudaciones identificadas por apellido paterno y fecha de nacimiento. No dispone de registros de proveedores de medicina tradicional, el registro es llevado a cabo desde el ministerio de medicina tradicional del Ministerio de Salud en marcado en el Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, cabe señalar que tampoco existe un registro de identificación de médicos tradicionales por los equipos de Mi Salud desde su integración a la red el 2013. Se evidencia

el material fisco del manual de referencia y contrarreferencia, Existiendo los registros de referencia en los establecimientos de Salud. Sin embargo, existe una débil articulación con el componente de contrarreferencia en la Red Corea.

10.4 CRITERIO 10: MONITOREO Y SEGUIMIENTO.

Este criterio comprende tres variables, dos cumplidas y una con parámetro de incumplimiento.

FIGURA 13 CUMPLIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA RED COREA, EL ALTO – BOLIVIA 2017.



La capacidad resolutiva del primer nivel está determinada por metas sanitarias y compromiso de gestión, teniendo como cobertura de atención de parto institucional de 84.1 %. Acorde a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Sectorial Integral. Asimismo, la cobertura de atención prenatal adecuada cumplió con 89.2%. Cobertura de 3ra dosis de Pentavalente en menores de 1 año, con un 105.7 %. Cobertura de atención de EDAS en menores de 5 años de 54.4%.

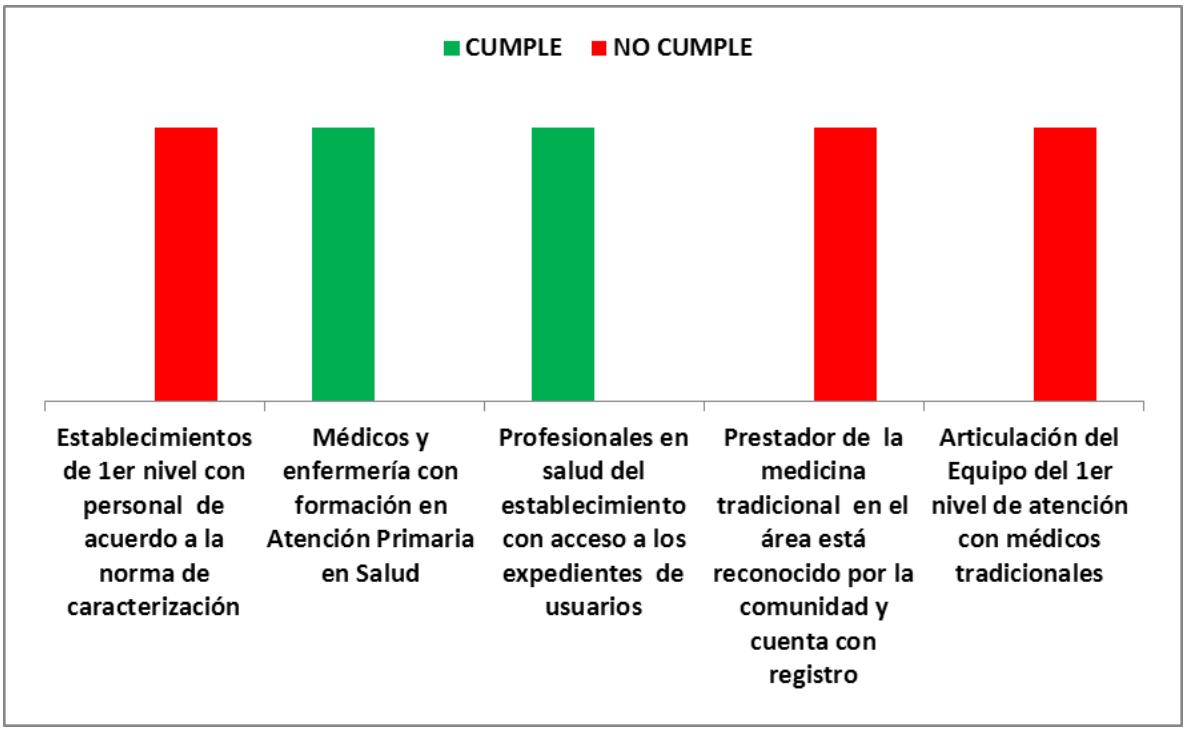
Que son monitoreadas mensualmente, en el Comité de Análisis de la Información. que lo realizan en forma participativa multidisciplinaria. Se verifico que solo el 50 % de los centros de salud realizan auditorias periódicas, Debilitando el Sistema de Monitoreo en los establecimientos de Salud.

El 16 de abril del 2016, se conforma el comité de gestión de calidad y auditoria médica en la red de salud Corea, se evidencio que la coordinación de red cuenta con el consolidado de las auditorias Médicas. La red dispone de un Médico Auditor en el centro de salud 1ro de mayo.

10.5 CRITERIO 11: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

Este criterio comprende cinco variables, tres cumplidas por el primer nivel y dos con parámetro de incumplimiento.

FIGURA 14. CUMPLIMIENTO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA RED COREA, EL ALTO – BOLIVIA 2017.



El equipo Multidisciplinar en la red Corea, No están establecidos según las normas de caracterización del primer nivel de atención. Se cuenta con el siguiente personal en los centros Ambulatorios: Médico, Odontólogo, Lic. Enfermería, Aux. de Enfermería, Personal administrativo y trabajador polivalente. Asimismo, los centros Integrales Médicos Generales y/o especialistas (el centro de salud integral Villa Avaroa cuenta con un especialista en ginecología), Lic. Enfermería, Odontólogo, Aux. de Enfermería, Técnico en rayos x Bioquímico y Farmacéutico, personal administrativo, personal polivalente, los siete centros Integrales realizan el seguimiento y monitoreo a los centros de salud ambulatorio.

No se cuenta con trabajadora social en cada establecimiento, según la norma de caracterización de primer nivel de atención. La red Corea, cuenta con 2 Trabajadoras Sociales.

Dentro el Proyecto Mi Salud establece su equipo de la siguiente manera, Se cuenta con 45 equipos de Salud. Cada uno conformado por un médico general (ELAM) dispuesto por el Ministerio de Salud y una enfermera dispuesta por el GAMEA. 12 equipos en el distrito dos, 27 equipos en el distrito tres y 6 equipos en el distrito doce que contempla la Red Corea. Cada distrito a cargo de un responsable distrital que es un especialista SAFCI. Sujetos a un responsable Municipal.

Los establecimientos de salud cuentan con registros en cuadernos de las historias clínicas, Bajo custodia del área de recaudaciones.

Por otro lado, no fueron reconocidos Medicos Tradicionales por la población en la Red Corea, lo cual Debilita la Articulación de la Medicina Tradicional al Sistema de Salud.

10.6. PROPUESTA DE INTRUMENTO

Atributo 3. Primer nivel, puerta de entrada.

Descripción del Atributo. Primer nivel de atención resolutivo, multidisciplinario, con cobertura universal, puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
7. Puerta de entrada				
7.1 Se promueve el primer nivel de atencion como puerta de entrada, por parte de:				
7.1.1 ¿Coordinación de la Red?				
7.1.2 ¿Directores y personal de los establecimientos del primer nivel?				
7.1.3 ¿Directores y personal de los establecimientos del segundo nivel y tercer nivel?				
7.1.4. Responsables de Salud Municipal				
8. Responsabilidad sanitaria del primer nivel				
8.2. ¿El primer nivel de atención esta alineado a la misión y los objetivos estratégicos de la Red Funcional?				
8.4. ¿Cada establecimiento de salud de primer nivel cuenta con el registro de la población a su cargo?				
8.5. ¿Hay croquis o mapas con la ubicación geográfica de la población a cargo de cada establecimiento de salud de primer nivel?				
8.6 ¿El CAI se desarrolla en forma mensual, con participación comunitaria?				
8.7. ¿Están identificadas las familias o grupos de familias expuestas a riesgos de salud por condiciones ambientales o sociales de cualquier tipo por establecimiento de salud?				
9. Integralidad y continuidad del cuidado				
9.1 ¿Existe una coordinación entre el personal de salud en el primer nivel y Mi Salud para garantizar la integralidad y seguimiento de su población en su ámbito de influencia territorial?				
9.2 ¿Los Servicios de Salud del primer nivel estan capacitados para la atención de personas con discapacidad?				
9.3. ¿El personal de salud de primer nivel realiza el seguimiento de las personas con condiciones crónicas a lo largo del tiempo?				

9.4 ¿Existe una coordinación de referencia y contra referencia del primer nivel con los segundos y terceros niveles?				
9.6 ¿Cuenta con normas técnicas vigentes que vinculen al sistema de salud y a la medicina tradicional?				
9.7. ¿ El primer nivel cuenta con registros de referencia y contrareferencia con medicina tradicional?				
10. Sistema de Monitoreo				
10.1. ¿El trabajo del primer nivel de atención está orientado por metas y compromisos de gestión?				
10.2 El sistema de monitoreo de problemas de salud				
10.3 Se establecen auditorias periodicas en relación a pertinencia y oportunidad de la referencia.				
11. Equipo multidisciplinar				
11.1. ¿Los establecimientos de salud de primer nivel cuentan con personal de acuerdo a la norma de caracterización?				
11.2. ¿Los médicos y personal de enfermería tienen formación en Atención Primaria en Salud?				
11.4. ¿El prestador de la medicina tradicional en el área de influencia del establecimiento de salud, está reconocido por la comunidad y cuenta con el respectivo registro?				
11.5. ¿El equipo del primer nivel de atención se articula con los médicos tradicionales ?				

11.- DISCUSIÓN

Una de las dificultades en el análisis es el tipo de preguntas formuladas en el instrumento por ser en algunos casos muy generales y en otros ambiguas.

Para el primer criterio, PUERTA DE ENTRADA. El instrumento contaba con subpreguntas que eran excluyentes. Se tuvo limitaciones en observar una gráfica representativa de los actores.

1. La constitución Política del estado Plurinacional de Bolivia establece que se debe implementar el **Sistema Único de Salud** para lograr el acceso universal de salud, el mismo que se constituye como resultado dentro del Plan de Desarrollo Económico Social 2016-2020. Para avanzar hacia la salud universal se ha desarrollado la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, establecida en la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización y en el Decreto Supremo N° 29601.

   Si bien el personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, son parte principal de la red funcional de salud, que tienen como tarea desarrollar procesos de educación y promoción de la salud: Orientación, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales (en la familia, en la comunidad, y en el establecimiento) según la caracterización del Establecimiento: de tipo ambulatorio, de internación de tránsito, con servicios básicos complementarios de diagnóstico. Sin embargo, Aun no se contempla un acceso universal, puesto que la población masculina de 25 a 60 años no se encuentra cubierta por los seguros públicos, continuamos con seguros Públicos Focalizados y con limitadas prestaciones para los beneficiarios. Por otra parte, la Coordinación de Red cumple con la organización de Ferias multiprogramáticas.

   Cabe destacar que la herramienta no contempla al Gobierno Autónomo Municipal como actor para promover el acceso a la salud. Siendo su atribución: la actualización, publicación y difusión periódica del nombre y ubicación de cada establecimiento de salud del primer nivel de atención

públicos, de la seguridad social a corto plazo, de privados bajo convenio y de la medicina tradicional, ubicados en el municipio para facilitar el acceso de la población beneficiaria. En marcado en el reglamento de la ley 475.

La red Corea, esta fortalecida en relación a cobertura de atención. Así lo demuestran los siguientes datos. Las consultas nuevas y repetidas para el 2016 fue de 432000 consultas. Cabe señalar que cada habitante de la red Corea recibió 1.6 consultas médicas en la gestión 2016 mayor a la gestión 2012 que fue de 0,9 consultas por habitante. Destacando que la red Corea cuenta con 45 Equipos Mi Salud tras la firma del convenio intergubernamental con el Municipio de El Alto el año 2013.

Los accesos geográficos son terrestres para sus 28 establecimientos de salud. Son de fácil acceso geográfico para la población no más de dos horas según la norma de caracterización de establecimientos de salud de Primer Nivel. Sin embargo, La distribución espacial dentro del territorio definido en la isócrona de red. Se evidencia una dificultad en la accesibilidad, para el centro de salud Cosmos 79 Ubicado en la periferia, Limite intermunicipal con el Municipio de Laja. Siendo de difícil acceso para la población, optando el servicio de prestación en el centro de salud de Villa Adela.

2. La responsabilidad sanitaria del primer nivel, está enmarcado en su misión y objetivos estratégicos de la Red. Con responsabilidad de su población asignada por territorio, cuyo objetivo es mantenerla sana. Sin embargo, por la dinámica poblacional característica de la ciudad de El Alto podemos destacar que el número estimado de familias es de 84.3, considerando que el promedio de familia para el departamento de La Paz según el INE es de 3.08 familias.

   La proyección del servicio de salud a la familia se realiza mediante la visita domiciliaria y la carpeta familiar, que permite contar con información biológica, socioeconómica de las familias, identificando los riesgos de enfermar y morir para intervenir localmente en las determinantes sociales

del proceso salud y enfermedad, dato que debería estar sistematizada en el software de la Carpeta Familiar.

Por otro lado, En la verificación de la sistematización de las carpetas familiares consolidadas en la coordinación de Red se evidencio que solo el proyecto Mi Salud realiza la sistematización mediante el software de la carpeta familiar. Por lo que dificulta el seguimiento a riesgos biológicos y sociales por el servicio de salud, autoridades sociales y el Gobierno Autónomo Municipal.

Asimismo, esto nos indicó La Jefa de Enfermería de un centro de Salud del sub sistema público, refiere "tenemos *sobrecarga de trabajo, además debemos llenar extensos formularios, siendo un centro de salud integral no contamos con personal que cubra vacaciones y bajas médicas, la estrategia que usamos para la implementación de la carpeta familiar es, capacitar al personal de recaudación para el llenado inicial y luego en coordinación del personal de salud se realice el seguimiento*". Asimismo, el director del establecimiento San Martin refiere "*todo el personal de salud debe estar capacitado para la detección de riesgos, es decir que, si un paciente llega a la consulta odontológica con tos, el odontólogo debe ser capaz de inferir acerca esta enfermedad, si fuera el caso remitir para que se descarte la sospecha de sintomático respiratorio*".

Por otro lado, Se entrevisto al Responsable Municipal del Proyecto Mi Salud, el cual nos informó que " *los equipos, mi salud sistematizan las carpetas semanalmente y de esta manera tienen la información actualizada* " y además se Observó la Sala Situacional Municipal, en el cual se encontraba identificada los grupos de riesgo ubicación de las centros de salud, consultorios vecinales, áreas de influencia, además de un mural con reconocimiento de más de cuarenta plantas medicinales , con su identificación correspondiente. No teniendo información consolidada de todos los establecimientos no se puedo identificar aun los grupos vulnerables y determinantes de la salud por completo. Llegando a un 43 % de la implementación de la carpeta familiar en la Red.

Cabe destacar que con la incorporación de los Equipos Mi Salud en la Red Corea se incrementó las coberturas de atención fuera del establecimiento y se fortaleció la carpetización en la Red. Asimismo, con esta estrategia operativa impartida por el Ministerio de Salud. Fortalece los vínculos más profundos con los individuos., la familia y comunidades de la red Corea. Sin embargo, no existe una coordinación entre ambas partes y aparenta ser un subsector de salud más en la Red Corea que no se integra.

3. Por integralidad debe entenderse tomar en cuenta los aspectos sociales más allá de los biológicos, donde de los individuos como de su entorno familiar y comunitario. Ello lleva aparejada la inclusión en la atención de enfermedades no reconocidas por la medicina Académica, y trabajar en las determinantes y condicionantes culturales de la salud familiar y comunitaria como lo establece la Política SAFCI. En este sentido, se debería realizar un proceso de referencia y contrarreferencia a la medicina tradicional cuando se detectan enfermedades o problemas de su competencia. Sin embargo, no se cuenta en el sistema una norma clara y especifica de atención por parte de la medicina tradicional. Así mismo El responsable de medicina tradicional del Municipio de El Alto refiere "*No hemos podido realizar la articulación de la medicina tradicional en la red corea porque no se puede coordinar con las autoridades, contamos con cuatro médicos tradicionales a nivel del municipio articulados dos en la red de salud Lotes y servicios y dos en la red de salud Senkata*" Por la coexistencia de muchas entidades no integradas al interior del Sistema de Salud. La fragmentación de nuestro Sistema de Salud se manifiesta: Con Redes funcionales sin normas de acreditación, poca coordinación entre los diferentes Subsectores de la red, débil complementariedad de servicios y continuidad de cuidados.

   Por otra parte, la Red Corea cuenta con dos Centros de Educación Especial Mururata y Bartolina Sisa Ubicados en el Distrito 2. Personas con discapacidad son referidas a Unidades de calificación de Discapacidad. 76 personas con discapacidad que han requerido servicios es todavía bajo; ello

puede ser por el corto tiempo de su inclusión o por tener realmente dificultades de acceso cultural o geográfico.

Las calidades de los servicios siguen deficientes a pesar de grandes inversiones realizadas en los últimos cinco años. El personal de salud refiere que: "Los *procesos administrativos generan demoras innecesarias en la atención, de los 14 formularios del Continuo de la Vida, solo se está implementando 7 dentro del Aiepi-Nut y el Aiepi Neonatal, solo el Centro de Salud Copacabana hace el requerimiento del formulario del Adolescente en el área de Psicología. Se trato de implementar en su totalidad. Sin embargo, por la demora del llenado de los formularios, fueron observados por la disminución en la producción de servicios*"

4. El sistema de monitoreo En la Red Corea, esta determinada por la aplicación de cuadros de monitoreo por programas y la realización de los casi .La finalidad del Comité de análisis de la información es dar coherencia a la planificación de la salud, sin embargo su desarrollo en el sistema no ha sido uniforme debido a varios factores, el uso excesivo de terminología técnica en su presentación, creciente incredulidad a las resoluciones, comportamientos de auto justificación, que desvirtúan el análisis real y objetivo de la información, insuficiente análisis de riesgo en grupos vulnerables, inducción a la discusión de los compromisos de gestión que minimizan el análisis real de la situación sanitaria. En el enfoque de las Redes Funcionales Integrales de Salud. No se limita a la resolución de los problemas sanitarios en el centro de Salud. Al contrario, se debe operativizar las atenciones fuera del centro de Salud. Se evidencia que las coberturas de la red corea van más allá de sus metas sanitarias y compromisos de gestión. Ello por la dinámica poblacional característica del área. Siendo esta la red de mayor cobertura del Municipio de El Alto. Además, la calidad de atención se mide por el cumplimiento de las normas y vigilancia de la salud que el personal de salud lo realiza semanalmente. Y se acompaña con el monitoreo en los Comités de Análisis de la

información. A pesar de realizar CAI de manera participativa con los actores sociales. No existe un compromiso competo por parte de estos actores.

5. El personal Multidisciplinario de la Red Corea, operativiza a través de toda la red. Sitios tales como Escuelas, en la comunidad, en las reuniones vecinales. Realizando charlas educativas y ferias programáticas en salud. El personal de salud en los establecimientos, está establecido según las normas de caracterización del primer nivel de atención. Se cuenta con el siguiente personal en los centros Ambulatorios: Médico, Odontólogo, Lic. Enfermería, Aux. de Enfermería, Personal administrativo y trabajador polivalente. Asimismo, los centros Integrales Médicos Generales y/o especialistas (el centro de salud integral Villa Avaroa cuenta con un especialista en ginecología), Lic. Enfermería, Odontólogo, Aux. de Enfermería, Técnico en rayos x Bioquímico y Farmacéutico, personal administrativo, personal polivalente, los siete centros Integrales realizan el seguimiento y monitoreo a los centros de salud ambulatorio.

   Mo se cuenta con trabajadora social en cada establecimiento, según la norma de caracterización de primer nivel de atención. La red cuenta con 2 Trabajadoras Sociales.

   Dentro el Proyecto Mi Salud trabajan de la siguiente manera, Se cuenta con 45 equipos de Salud. Cada uno conformado por un médico general (ELAM) dispuesto por el Ministerio de Salud y una enfermera dispuesta por el GAMEA. 12 equipos en el distrito dos, 27 equipos en el distrito tres y 6 equipos en el distrito doce que contempla la Red Corea. Cada distrito a cargo de un responsable distrital que es un especialista SAFCI. Sujetos a un responsable Municipal. Se evidencio que no existe articulación con la medicina tradicional ni registros de referencia y contrarreferencia.

   A pesar de la estrategia de apoyo de cubrir los turnos en los centros integrales de la red Corea por parte del proyecto Mi salud. Y pese a los

requerimientos del crecimiento vegetativo del personal de salud la Red Corea esta Aun sin respuesta de la instancia correspondiente.

En relación a la formación de recursos humanos para la APS. Que toma como punto el instrumento de recolección de datos, para esta investigación; lo concluido está basado en la ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana de diciembre del 2013 y el Decreto Supremo N° 2436, que otorgan los lineamientos de la Medicina Tradicional para su revalorización e incorporación en el Sistema Único de Salud. Se han inscrito en el Registro Único de Médicos Tradicionales a 1666 a Nivel Nacional

El Programa Nacional de Salud Intercultural, creado en Junio de 2014, dependiente de la Dirección General de Medicina Tradicional e Intercultural, por las características de intervención de tipo cualitativo hacia el posicionamiento y articulación al Sistema de Salud mediante el reconocimiento de los médicos tradicionales. En este contexto, para la articulación se tiene: 9 responsables del programa en los SEDES, mas 1 en la regional de la ciudad del alto.

La política nacional de salud en cuanto a recursos humanos ha tenido los siguientes avances:

FORMACIÓN POSTGRADO: Durante la gestión 2015 se creo el área de Gestión de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud con la finalidad de realizar la Planificación Estratégica en Recursos Humanos: entre las primeras gestiones que se realizaron una convocatoria pública, dirigida a profesionales médicos bolivianos, para optar a 50 becas de formación de postgrado a ser realizada en la república de Cuba. Especialidades como: Anatomía Patológica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Pediátrica, Endocrinología, Hematología, Imagenología, Inmunología, Neurología, Oncología, Urología. Programa denominado “Becas de Especialidades, para mi Hospital de Tercer Nivel” con duración hasta el año 2021.

Mediante el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI). Se ha establecido la incorporación del Años de Servicio Social Obligatorio- ASSO, que consiste en cumplir un año de

servicios en área rural por parte del médico que hizo su especialidad, con el objetivo de brindar acceso a la atención especializada a poblaciones que no contaban en su territorio con este servicio.

Por otro lado, al no contar con un sistema nacional de registro de Recursos Humanos implementado y funcionando, es difícil conocer la densidad de los Recursos Humanos de los demás Subsectores de salud.

12.- CONCLUSION

La valoración aplicada en la Red de Salud Corea, a través de la herramienta REFISS, referente a primer nivel, puerta de entrada y de la discusión de los resultados expuestos anteriormente, Puntualizo las siguientes conclusiones:

1. En conclusión, El primer nuvel dumple la fincion de puerta de entrada mediante, acciones de Promoción de la salud: Orientación, prevención, en la familia, en la comunidad y en el establecimiento, para establecer el acceso a la salud integral e intercultural y promueven al primer nivel como puerta de entrada al sistema de Salud en coordinación con el personal de salud sus establecimientos. Por otra parte, el instrumento REFISS dentro de este criterio no toma en cuenta, como actor al gobierno autónomo Municipal siendo atribución de esta entidad.

2. Esta establecida la responsabilidad Sanitaria del equipo del Primer nivel, esta se encuentra enmarcada en los pilares de la Política SAFCI. El trabajo saturado y el llenado de formularios extensos, limitan al personal de salud implementar la carpetización, llegando actualmente a un 43 % de implementación. Asimismo, la actualización de la sala situacional. Si bien existe información oportuna en el proyecto Mi Salud este no es socializado con los establecimientos de salud del área de influencia.

3. No se encuentra determinada La integralidad y cuidado en la Red Corea, Es decir, no logra integrarse completamente para resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital. Por la débil implementación de las normas de referencia y contrarreferencia, y la falta de personal de salud. Asimismo, por la

presencia de seguros públicos focalizados y limitación en las prestaciones.

4. Esta establecido la capacidad resolutiva en la Red Corea, através de metas y compromisos de gestión. Asimismo, por la realización de los CAIs de manera participativa. La aplicación de cuadros de monitoreos por programas en los establecimientos de salud. No obstante, cuentan con una débil implementación de auditorías periódicas.

5. No se encuentra identificado el equipo multidisciplinario en la Red Corea, se encuentra acorde a las normas de caracterización de los establecimientos de primer nivel de atención. Por otro lado, al no contar con un sistema nacional de registro de Recursos Humanos implementado y funcionando, es difícil conocer la densidad de los Recursos Humanos de los demás Subsectores de salud. Además, cuando se elabore un Protocolo de atención acorde a la Medicina tradicional, y que se cambie la visión Mercantilista de estos actores. Se podrá conformar el equipo multidisciplinario como propone la política SAFCI, enmarcado en los principios de la APS renovada.

.

13.- RECOMENDACIONES

La investigación considera fundamental trabajar en diferentes ámbitos con acciones concretas, pero estas no tendrán efecto si no son concebidas y trabajadas.

1. Se recomienda continuar con la capacitaciones al personal de salud. Asimismo, modificar la herramienta e incluir al responsable del Gobierno Autónomo Municipales, como actor para promover al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de Salud, siendo esta una de sus atribuciones. De modo se pueda apreciar una gráfica representativa.

2. Para que la red Corea fortalezca la responsabilidad Sanitaria de los establecimientos de salud de primer nivel. Estos deben fortalecer la carpetización y sistematizarlo en el software de la Carpeta Familiar.

3. Para Fortalecer la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, se recomienda se puedan gestionar equipos Mi Salud para la coordinación de esta atención. Además, fortalecer los comités de referencia y contrarreferencia establecidos en la red Corea.

4. Se recomienda optimizar la capacidad resolutiva, con el fortalecimiento de los comités de auditoría medica en los establecimientos de primer nivel, con una frecuencia minina de dos veces por mes. Y así mejorar los mecanismos de monitoreo y toma de decisiones oportunas.

5. Se recomienda para la identificación de los equipos multidisciplinarios en la red Corea ; Realizar un estudio del perfil epidemiológico para establecer la ruta de articulación de la

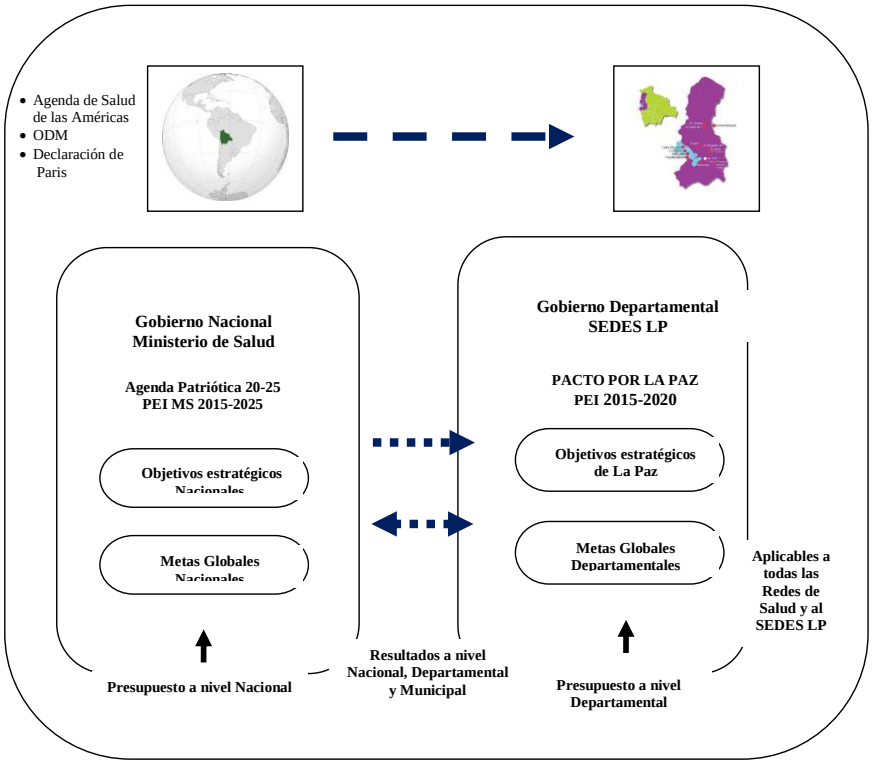
medicina tradicional , comprometiendo al personal de Salud, equipos mi salud, autoridades Locales de salud, para la identificación de Médicos tradicionales dentro del área de influencia, y sea la población quien establezca la articulación con Medicina tradicional dentro del área de influencia.

6. Se propone un nuevo instrumento en relación al levantamiento de datos.

14.- PLAN DE INTERVENCIÓN

14.1. MARCO REFERENCIAL

FIGURA 11 Flujo de ejecución de planes en el marco de la Política Pública



Fuente: SEDES- La Paz. 2015

El Plan ha considerado los objetivos estratégicos y la dinámica del SEDES y SERES las que son responsables de la rectoría de cada una de las redes motivo de la presente intervención.

Las líneas orientadoras están en el marco de la planificación global del país, considerando compromisos globales, nacionales y departamentales, propuestos por el SEDES La Paz.

14.2. LÍNEAS ORIENTADORAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN

Agenda de salud de las Américas al 2017	**Objetivos del Milenio**	**Declaración de Paris**
Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional Reducir determinantes de la salud Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos Reducir los riesgos y la carga de enfermedad Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología Fortalecer la seguridad sanitaria.	**1:** Erradicar la pobreza extrema y el hambre. **4:** Reducir la mortalidad infantil. **5:** Mejorar la salud materna. **6:** Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. **7:** Garantizar la sostenibilidad ambiental. **8:** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.	Los Socios tienen estrategias de desarrollo operativas. Sistemas nacionales fiables. Los flujos de ayuda se alinean con las prioridades nacionales. Reforzar capacidades con apoyo coordinado. Utilización de los sistemas nacionales Reforzar la capacidad evitando estructuras de implementación paralelas.
Agenta Patriótica 20-25 **Patria Segura – Patria para Todos**		
Erradicar la extrema pobreza	Socializar y universalizar los servicios básicos con soberanía para Vivir Bien	Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integro
Garantizar la inclusión y el acceso a la salud gratuita de todas las personas		
Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI Universalización y equidad del	Promoción de la Salud y Movilización Social Gestión participativa y movilización por el derecho a la salud	

acceso al Sistema de Salud	Gobernanza en Salud Lucha contra enfermedades endémicas Infraestructura y equipamiento	
Política de Salud Nacional		
Acceso Universal al Sistema Único de Salud	**Promoción de la Salud y Movilización Social**	**Descolonización y Rectoría en Salud**
Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad. Saberes ancestrales, Medicina Tradicional Interculturalidad e Interculturalidad. Gratuidad de acceso a Servicios de Salud integrales	Intersectorialidad para Vivir Bien. Equidad y Protección para grupos vulnerables. Educación en Salud para la Vida	Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector Conducción nacional y autonomías territoriales Soberanía e Inteligencia sanitaria
PACTO POR LA PAZ		
"Construir una sociedad saludable, productiva, fortaleciendo la actividad física y la práctica del deporte e implementando una educación integral creativa, proactiva y con sólidos valores ético morales, en un ambiente sano y en armonía con la Madre Tierra, para una convivencia pacífica y segura de los habitantes del departamento".		

14.3. PROCESO METODOLÓGICO DE FORMULACIÓN DEL PLAN

Con base a los resultados de la aplicación del instrumento de diagnóstico del REFISS en la Red Corea del Municipio de El Alto, realizamos el trabajo de campo que logro:

a) Consolidar los resultados de la aplicación del instrumento;
b) Identificar fuentes de verificación e
c) Identificar y consolidar las líneas fuerza y dificultades de gestión en la Red de Salud Corea en los 14 atributos.

Se logró una matriz de problema, causa y solución con pasos que recomienda la metodología de Planificación Local Participativa en Salud, documento oficial del Ministerio de Salud y aplicado por el SEDES La Paz.

Se realizó un taller interno con los profesionales responsables de cada atributo, para socializar y mejorar la identificación de problemas.

El documento elaborado fue validado, en un taller con participación plena de los actores responsables de la gestión de la Red de Salud Corea y del SEDES La Paz, actividad que fue programada para el jueves 16 de mayo del 2017.

FIGURA 12 Diseño del proceso aplicado en Elaboración del Plan de Acción

El proceso de elaboración de las acciones estratégicas ha considerado recomendaciones que surgen de la identificación de necesidades para cada uno de los atributos de la Red Integral de Salud Corea; considerando que las acciones deben en lo posible ser factibles y sostenibles en el tiempo y responder a las condiciones de desarrollo de la red y su potencial de crecimiento. Para ello se consideró:

- ✓ La posibilidad de realizar alianzas con instituciones presentes en cada red
- ✓ Capacidad de gestión de parte de la Coordinación de red
- ✓ Posibilidad de priorizar problemas de salud de la población y de gestión local con base al presupuesto real y potencial
- ✓ Posibilidad de ser creativos para identificar los problemas y resolverlos
- ✓ Posibilidad de articular con las organizaciones locales.
- ✓ Posibilidad de articular con otros actores en la red que operan en la solución de problemas de salud.

MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS		
Gobierno Autónomo Municipal de: El Alto		
Fecha de Elaboración de la Información: 12 de mayo de 2017		
Zona/Comunidad: Red Corea		
Nº	**Acciones estratégicas consolidadas**	**Atributo**
1	Formulación del Análisis Situacional en Salud	1,3, 9, 13
2	Inclusión de grupos vulnerables en las acciones de la red de salud	2, 3,5,1
3	Articulación con Medicina Tradicional	3,7,6,5,1,10
4	Incrementar asinación de médicos de primer y segundo nivel considerando el perfil epidemiológico y estadístico	4,2,11
5	Mejora del Sistema de referencia y Retorno	5,4,2,10,11
6	Implementar la Investigación científica médica	7
7	Mejora del Sistema de Comunicación de la Red	5,12,3
8	Alcanzar un 80% de Carpetización en la Red	1,3,12,
9	Mayor disponibilidad de servicios complementarios en la red	10,2,12
10	Implemnetación del SOAPs en todos los centros de salud en la Red	12,1,
11	Empoderamiento de actores sociales y planificación participativa. Alianzas estratégicas	7,8,14,13
12	Fortalecer la coordinación intersectoral en salud (Sedes, Municipio, MISalud)	Todos
13	Mejorar laprogramación, asignación y ejecución presupuestaria en base a planificación participativa.	todos

¿Quiénes son?	¿Cómo Son? (Características)	¿Qué piensan del Sector y sus entidades? (Percepciones)	¿Qué esperan del Sector y sus entidades? (Expectativas)
Personal profesional y Técnico Administrativo de establecimientos de salud	Personal capacitado y comprometido con su trabajo. Tienen establecidas metas y funciones específicas. Deseos de capacitarse y recibir reconocimientos.	Que no cumplen con sus expectativas, sobre todo para el desarrollo de sus actividades. Perciben que no existe coordinación y compromiso de parte del Gobierno Municipal y del Sedes, Piensan que se les exige cumplimiento de metas pero no se les apoya en forma adecuada.	Mayor financiamiento para equipamiento, mantenimiento de la infraestructura. Medicamentos e insumos (Municipio). Mayor dotación de recursos en forma oportuna (Gobernación). El equipo de Coordinación espera más apoyo y capacitación, además de cumplimiento de sus requerimientos. Reconocimientos e incentivos por su trabajo y estabilidad laboral.

Personal de establecimientos de salud	Cumplen sus funciones específicas, son capacitados y comprometidos con su trabajo. Cierta indiferencia ante problemas fuera de su trabajo. Relacionamiento pasivo con actores sociales.	Que no cumplen con sus expectativas, sobre todo para el desarrollo de sus actividades, sobre todo dotación de medicamentos e insumos de la Ley 475 y suplementos nutricionales como Carmelo.	El cumplimiento de funciones como autoridades en salud expresada en dotación oportuna de requerimientos, reconocimiento a su labor con incentivos. Estabilidad laboral y carrera funcionaria.
Egresados de Ciencias de la Salud(Internos)	Comprometidos, con deseos de aprender y colaborar. Apoyan con su trabajo sobre todo en campañas y actividades con la comunidad. .	Es un lugar donde pueden desarrollar su práctica e incrementar conocimientos.	Que les brinden todas las comodidades para su desenvolvimiento y favorezcan su aprendizaje.
¿Quiénes son?	**¿Cómo Son?** **(Características)**	**¿Qué piensan del Sector y sus entidades? (Percepciones)**	**¿Qué esperan del Sector y sus entidades? (Expectativas)**
Establecimientos de salud privados	Son autónomos, algunos tienen relaciones con la red por su aporte de información generada (solo 9 establecimientos en la red). No realizan referencia y contrareferencia con el sistema público. No participan de actividades dela Red.	Lo perciben como una entidad de regulación, de su accionar.	Que les otorguen la Resolución de funcionamiento, para poder realizar sus actividades.
Establecimientos de salud ONGs. Iglesias.	Poco aporte en producción de coberturas. Menos al 0,5% de aporte de coberturas en atención a la población. Poca participación en actividades. No apoyan en campañas ni en actividades con la comunidad.	Lo perciben como un sistema regulatorio con el que deben cumplir. Tienen objetivos diferentes a los que ellos tienen.	La facilitación de su accionar, o el ser reconocidos como instituciones que trabajan en la Red.

¿Quiénes son?	¿Cómo Son? (Características)	¿Qué piensan del Sector y sus entidades? (Percepciones)	¿Qué esperan del Sector y sus entidades? (Expectativas)
Ministerio de Salud	No hay mucha relación por ser un ente regulador, solo para coordinar campañas.**Mi Salud:** los equipos son un apoyo a los centros pero son autónomos, tienen su estructura diferente hasta de la información generada. Trabajan con un población fija que a veces limita su acciona. De inicio con limitaciones en el relacionamiento, que mejoró con el tiempo. Luego se convierte en fortaleza, atienden partos en domicilio, SR,	Relación dificultosa, susceptibilidad política que limita el inter relacionamiento. Problemas de rectoría. . La dificultad es la rectoría	Mayor coordinación y reconocimiento de su accionar y aporte a la salud de la población.
Organizaciones de medicina tradicional	Se ha trabajado muy poco con ellos, no hay relacionamiento directo, muchos no están regulados. No identifican necesidad de relacionarse. Visión comercial en muchos de ellos.	Que no tienen reconocimiento de su aporte, que son competencia muchas veces.	Réditos financieros en el relacionamiento, asignación de ítems para su trabajo.
Gobierno Municipal	Dentro de las leyes deberían cumplir con sus obligaciones establecidas por Ley, pero el cumplimiento no llega al 100% y no es oportuno, no responde a necesidades. Estructura propia y paralela con poca interrelación con la red. El personal no toma decisiones, no asumen responsabilidades y no solucionan problemas.	Como una estructura paralela, muchas veces indiferente con su accionar.	Mayor coordinación y apoyo. Reconocimiento de su accionar.
¿Quiénes son?	¿Cómo Son? (Características)	¿Qué piensan del Sector y sus entidades? (Percepciones)	¿Qué esperan del Sector y sus entidades? (Expectativas)

Organizaciones sociales	Una característica Participativa, hacen conocer sus necesidades, pero más al sector salud, no así al nivel municipal. Existen dificultades políticas para conformar una estructura social única.	Perciben al sector como solución de sus problemas y necesidades, Como los que pueden responder a sus pedidos de RRHH, que aseguren atención contínua (centros que funcionen 12 horas o 24 horas).	Que den soluciones a sus pedidos, que participen activamente con ellos, que aseguren oportunidad en la dotación de medicamentos e insumos.
Consejo Social Departamental de Salud	No existe. Se han tenido dificultades para su estructura por tener dos estructuras paralelas con diferente afinidad política	No existe	No existe
Universidades	No existe relacionamiento directo con ellos. Convenios con universidades debe ser firmados por Sedes.	No existe	No existe

14.4.- PLAN DE INTERVENCIÓN

Se elaboró la matriz de causas y soluciones de problemas, según metodología recomendada “Planificación Local Participativa”, documento oficial del Ministerio de Salud y aplicado por el SEDES La Paz. Este procedimiento se realizó en un taller interno con los profesionales responsables de cada atributo, con participación plena de los actores responsables de la gestión de la red de salud Corea y del SEDES.

PLAN DE ACCION POR NIVEL DE RED INTEGRADO DE SALUD - RED COREA Municipio de El Alto						
Responsable de la Información: Dra. CAROLINA RUTH CALA CHAPI **Fecha de Elaboración de la Información: 10 de mayo**						
Problema de Salud	**Determinantes (Causas)**	**SOLUCIONES**				
		¿Qué haremos? (soluciones específicas)	**¿Cómo lo haremos? (propuestas de acción)**	**¿Con qué recursos lo haremos?**	**¿Cuándo lo haremos?**	**¿Quiénes son responsables?**
Débil Integralidad y continuidad del cuidado en la atención	I insuficiente implementación de las normas de referencia y contrarreferencia / reducidos registros de contrarreferencia del segundo y tercer nivel.	Fortalecer el comité de Referencia y Contrarreferencia conformada en la red.	- Comprometiendo y capacitando al personal de salud a realizar los registros correspondientes - INCLUSION DE ISOCRONAS CLARAS, DEFINIDAS Y VISIBLES de los centros de referencia del establecimiento de salud, con la inclusión de la señalética de la BOLETA. - Comprometiendo al personal de salud para	insertado en el POA	tercer trimestre de la gestión 2017	coordinación de red / comité de referencia y contrarreferencia.

			realizar la carpetización.			
Insuficiente articulación de la medicina tradicional en la Red	Insuficiente ejecución de Normas técnicas de atención en medicina tradicional, Escaso médicos tradicionales acreditados a nivel Municipal, Mercantilismo de la medicina Tradicional.	Capacitación y actualización en Normas que sean emitidas por el Nivel Central en Medicina Tradicional. Recabar información generada en Carpetas Familiares sobre acceso de población a Medicina Tradicional. Identificación y negociación con Medico Tradicionales interesados en trabajo conjunto	Coordinación con equipos Mi Salud para obtención de Información. Identificación conjunta de Médicos Tradicionales y viabilidad intersectorial. Una vez determinadas las Normativas en el área el equipo socializará las mismas.	Recursos Humanos. Responsables de Establecimientos de Salud. Recursos Financieros Municipio. Ley 475	Gestión 2018-2019	SEDES. Municipio. Equipo de coordinación de Red

ANEXOS

15.- ANEXOS

ANEXO 1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL PRIMER NIVEL DEL SUB SECTOR PÚBLICO.

	PRIMER NIVEL	
TIPOS	**CENTRO DE SALUD AMBULATORIO**	**CENTRO DE SALUD INTEGRAL**
POBLACIÓN	Población de aproximadamente 10.000 a 20.000 habitantes	Población de 20.000 a 50.000 habitantes
ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	No mayor a 2 horas en movilidad del establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva y al de mayor capacidad referencia resolutiva para su referencia	No mayor a 2 horas en movilidad al establecimiento de salud de referencia
INFRAESTRUCTURA	De acuerdo a diagrama y esquema funcional	De acuerdo a diagrama y esquema funcional
EQUIPAMIENTO	De acuerdo a ambientes y funciones definidas	De acuerdo a ambientes y funciones definidas
SERVICIOS BÁSICOS	Sistema de Agua Potable o Sistema de Agua segura, Energía Eléctrica o alternativa, Saneamiento Básico	Sistema de Agua Potable o Sistema de Agua segura, Energía Eléctrica o alternativa, Saneamiento Básico
CARTERA DE SERVICIOS	Promoción, Prevención, Atención de Patología Prevalente Normalizada, Patología de acuerdo a perfil Epidemiológico, Atención de Emergencias	Promoción, Prevención, Atención médica ambulatoria e internación, Atención en medicina general, Atención en Patología Prevalente, Atención de Parto Eutócico con adecuación cultural y del recién nacido, Atención de urgencias y emergencias médicas, Atención odontológica, Atención de enfermería, Atención radiología e imagenología, Laboratorio completo
PRESTACIONES	Del Sistema Único de Salud	Del Sistema Único de Salud
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO	No realiza	Laboratorio Completo, Imagenología

CARACTERÍSTICAS INTERNACIÓN		Sin internación	Internación para la atención del parto culturalmente adecuado y el posparto y atención del Recién Nacido. Resolución de emergencias obstétricas y neonatales básicas. Resolución de Patologías No Quirúrgicas. De acuerdo a criterio médico y en cumplimiento de la norma, solo internación no quirúrgica
TIEMPO DE INTERNACIÓN		Sin internación	Hasta 72 horas (en la atención del parto y posparto). Internación de acuerdo a normas clínicas vigente
CAMAS DE INTERNACIÓN EMBARAZO Y PARTO		NO	De acuerdo a población y demanda
CAMAS DE INTERNACIÓN DE TRÁNSITO		NO	De acuerdo a población y demanda
BIOSEGURIDAD		Se deben regir a todas las normas vigentes de bioseguridad en el establecimiento de salud	Se deben regir a todas las normas vigentes de bioseguridad en el establecimiento de salud
EQUIPO D	**PROFESIONALES**	Médico(s), Odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social	Médicos Generales y/o especialistas, Lic. Enfermería, Odontólogo, Bioquímico y Farmacéutico, Trabajadora Social
	MÉDICO TRADICIONAL, PARTERA/O	No tiene	Estará sujeta a estudio, demanda de la población, usos y costumbres
	TÉCNICOS	Auxiliar de Enfermería. Técnico en farmacia	Auxiliar de Enfermería. Técnico en Rayos X e imagenología
	OTROS TÉCNICOS DE ACUERDO A PERFIL EPIDEMIÓLOGICO	NO	NO
	ADMINISTRATIVOS	Auxiliar Administrativo y trabajador polivalente - portero	Estadística/admisión, Personal polivalente, Cocinera- Lavandera y chofer

E S A L U D	**GESTIÓN DOCENTE ASISTENCIAL**	En relación a la gestión docente asistencial en: pregrado: promoción, prevención y atención supervisada por personal de salud y proyección a la comunidad, en las carreras de Medicina, Enfermería	En relación a la gestión docente asistencial, se realiza en pregrado: el Servicio Social de Seguro Rural Obligatorio en la carrera de Medicina, Enfermería, Odontología y en Auxiliar de Enfermería y laboratorio
	SEGUIMIENTO Y MONITOREO A OTROS E. S.	Con otros centros de salud del área de influencia y otros con mayor capacidad resolutiva	A los centros de salud del área de influencia de menor y de mayor capacidad resolutiva

Fuente: Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, 2013.

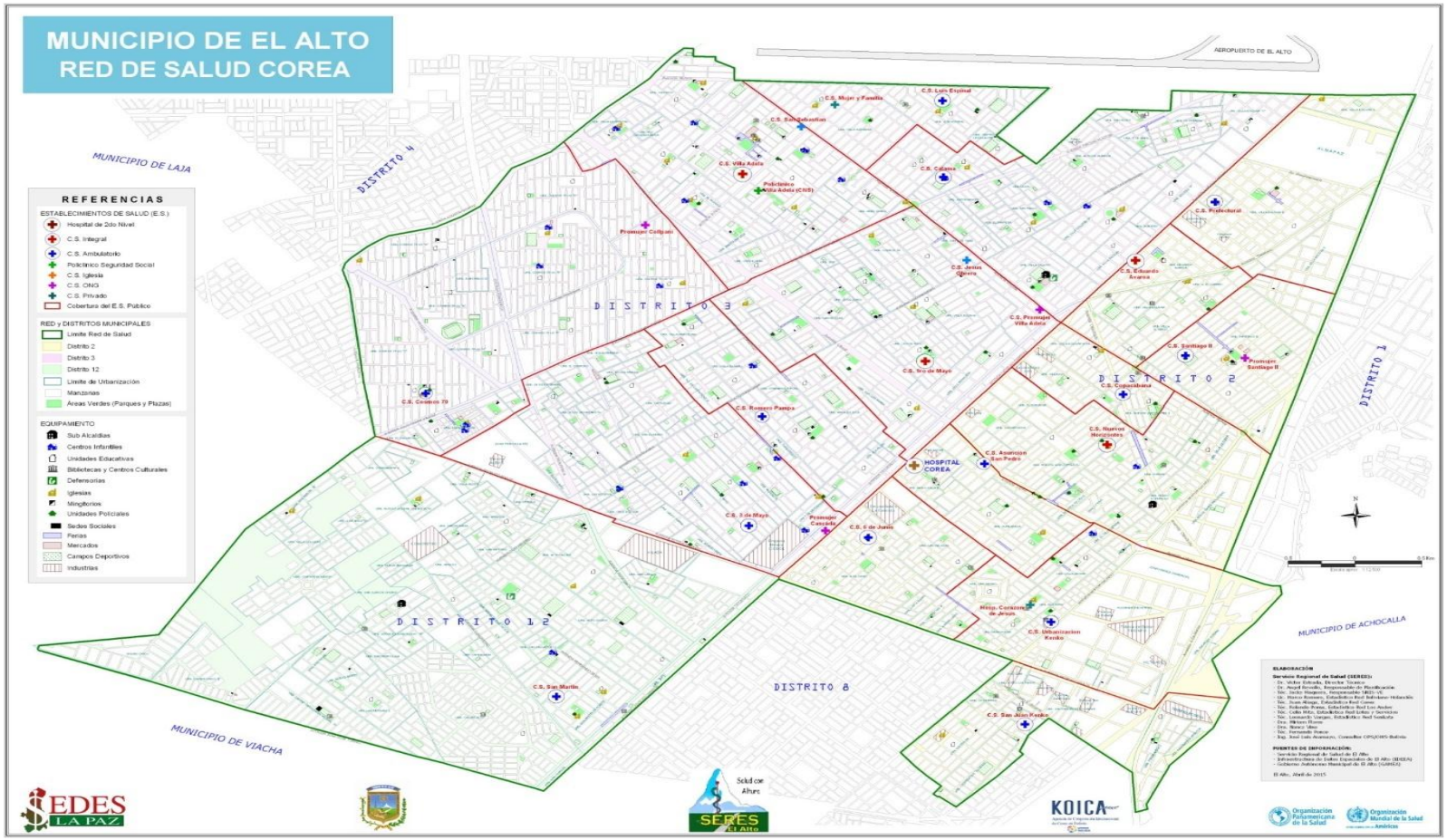
ANEXO 2 DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL, RED COREA 2016.

SECTOR PÚBLICO							OTROS SECTORES					
RED DE SALUD	POBLACIÓN	C.S. AMBULATORIO	C.S. INTEGRAL	II Nivel	III Nivel	TOTAL	SSCP	ONG	IGLESIAS	PRIVADOS	TOTAL	TOTAL
		6Hrs. 12 Hrs.										
DISTRITO 2	73,939	6	3	1	0	10	0	0	0	1	1	11
DISTRITO 3	144,828	1 6	2	0	0	9	1	2	2	0	5	14
DISTRITO 12	19,816	2 1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
TOTAL	238,583	3 13	5	1	0	22	1	2	2	1	6	28

.

Fuente: *Elaboración en base a datos de Gerencia de Red y el SNIS-VE.*

ANEXO 3. DELIMITACIÓN TERRITORIAL DE LA RED COREA, DISTRITOS 2,3 12 DEL MUNICIPIO DE EL ALTO, 2014



***Fuente**: Atlas del Municipio de El Alto , 2014*

ANEXO 4. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, MUNICIPIO DE EL ALTO2014.

CODIGO	Diagnostico	GRUPOS DE EDAD									Total General	%
		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60 y +		
J06	Infecciones agudas de las vias respiratorias superiores	3.006	10.394	8.641	3.653	1.821	3.714	1.363	360	948	33.900	9,7%
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5.426	10.906	1.289	560	309	903	626	141	482	20.642	5,9%
J00	Rinofaringitis Aguda (resfrio común)	5.859	7.273	1.323	876	575	2.017	235	208	442	18.808	5,4%
J18	Neumonía organismo no especificado.	6.210	7.477	400	156	88	365	168	38	144	15.046	4,3%
J02	Faringitis Aguda	1.883	4.170	1.280	505	308	1.260	258	135	274	10.073	2,9%
J22	infecciones Agudas no especificada de las vias respiratorias inferiores	3.728	4.797	538	227	77	154	6	7	23	9.557	2,7%
N39	Otros transtornos del sistema urinario	178	955	725	347	769	3.402	637	275	597	7.885	2,3%
M54	Dorsalgia	142	196	115	112	366	2.429	918	594	2.574	7.446	2,1%
T14	Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo	185	937	920	956	668	1.560	462	328	669	6.685	1,9%
J03	Amigdalitis Aguda	765	3.851	842	241	126	389	112	48	122	6.496	1,9%
H10	Conjuntivitis	2.105	1.925	621	332	175	441	244	83	495	6.421	1,8%
E44	Desnutrición proteicocalórica de grado moderado y leve.	950	3.257	88	75	250	726	61	8	116	5.531	1,6%
J20	Bronquitis Aguda	637	1.290	440	137	115	697	256	165	772	4.509	1,3%
J01	Sinusitis Aguda	1.231	1.998	139	69	93	298	91	50	66	4.035	1,2%
H00	Orzuelo y calaciio	883	1.398	237	133	82	459	250	58	320	3.820	1,1%
N30	Cistitis	192	455	253	143	327	1.773	309	85	241	3.778	1,1%
B37	Candidiasis	299	346	110	40	226	2.120	376	105	51	3.673	1,1%
N76	Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva	102	429	155	64	161	2.077	364	104	95	3.551	1,0%
K59	Otras transtornos funcionales del intestino	1569	629	127	91	57	297	88	33	139	3030	0,9%
E66	Obesidad	37	53	34	51	112	1749	580	259	136	3011	0,9%
	SUB TOTAL	35.387	62.683	18.243	8.717	6.593	25.081	6.824	2.825	8.570	174.886	50,0%
	OTRAS CAUSAS	79.463	114.114	35.172	20.822	21.637	87.491	20.704	10.037	27.876	417.316	49,1%
	TOTAL	114.850	176.797	53.415	29.539	28.230	112.572	27.528	12.862	36.446	592.239	100,0%
Fuente de Inf. Registro de pacientes.									Estad. Epidemiología/NRC			

FUENTE: SERES EL ALTO, 2014

ANEXOS 5. POBLACIÓN EMPADRONADA POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, MUNICIPIO DE EL ALTO

POBLACIÓN EMPADRONADA POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD			
Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	848.452	408.984	439.468
0-3	72.914	36.875	36.039
4-5	36.697	18.584	18.113
6-19	259.377	128.516	130.861
20-39	293.696	137.887	155.809
40-59	137.028	64.319	72.709
60-más	48.740	22.803	25.937

***Fuente**: Censo de Población y Vivienda 2012*

ANEXO 6. LUGAR DONDE ACUDE LA POBLACIÓN CUANDO TIENE PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN RESULTADOS CENSO, 2012.

SALUD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Caja de Salud (CNS, COSSMIL, u otras)	189.396	91.609	97.787
Seguro de salud privado	91.391	44.847	46.544
Establecimientos de salud público	442.442	206.319	236.123
Establecimientos de salud privado	149-665	72.720	76.945
Médico tradicional	149-502	72.297	77.205
Soluciones caseras	440.915	208.092	232.823
La farmacia o se automedica	530.156	256.231	273.925
TOTAL	1.993.467	952.115	1.041.352

Fuente *INE. Censo Población y Vivienda 2012.*

ANEXO 7. ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED COREA, 2016.

N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NIVEL DE ATENCIÓN	SUBSECTOR	HORAS DE ATENCIÓN	DIRECCIÓN
1	**C.S. I. 3 DE MAYO**	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona 3 De Mayo Entre Calle Juana Gorriti Y Av. Oropeza Parada X # 642 (2 Verde)
2	**C.S. CALAMA**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Calama Entre Av. Raul Otero Y Av. Cristobal Vaca Castro Lado Cancha Calama
3	**C.S. COSMOS 79**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Cosmos 79 Av. Caquincora Lado Iglesia A Tres Cuadras De La Parada Bus 115
4	**C.S. LUIS ESPINAL**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Luis Espinal Entre Av. Chapare Y C/ Punata Lado Iglesia Nuestra Sra. De La Paz
5	**C.S.I. NUEVOS HORIZONTES**	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Nuevos Horizontes Plaza Arabe Lado Parroquia Av. Guadalquivir
6	**C.S. PREFECTURAL**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Villa Bolivar De D Plaza Prefectural Carretera A Viacha
7	**C.S.SAN JUAN KENKO**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona San Juan Kenko Entre Av. Tte.Cnl. Peñaranda Y Vicente Sauni Y C/Ramon Gonzales Lado Cuartel De Ingenieria
8	**C.S. SAN MARTIN**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona San Martin Entre Carretera A Viacha Av. Luis Calvo # 1305
9	**C.S. SANTIAGO II**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Santiago Segundo Entre C/ 13 Y14 Lado Cancha Chacarrilla
10	**C.S. I. VILLA AVAROA**	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Villa Avaroa Av Ladislao Cabrera # 131 Carretera A Viacha Entre C/ 142-143

11	**C.S.I. 1 DE MAYO**	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Promero De Mayo Plaza 1Ro. De Mayo Parada Minibus 219
12	**C.S.I. VILLA ADELA**	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Villa Adela Plan 110 Av. Junin Y Callejon 6 A Una Cuadra De La Plaza Del Policia
13	**C.S. URBANIZACION KENKO**	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Kenko Av. B Entre Calle 14 Y 15
14	**C.S. ROMERO PAMPA**	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Romero Pampa, a 2 cuadras de la Av. Cochabamba.
15	**C.S. 6 DE JUNIO**	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona 6 de junio, a 3 de carretera Viacha
16	**C.S ASUNCION SAN PEDRO**	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Asuncion San Pedro Av/ Litoral C/ Ramon Mariaca
17	**C.S.I. COPACABANA**	1 NIVEL	PUBLICO	12	AV/ Oliducto c/Coroico
18	**C.S. SAN JOSE DE CHARAPAQUI II**	1 NIVEL	PUBLICO	8	Zona San Jose de Charapaqui II, Avenida San Simon # 400
19	**C.S. ALTO CHIJINI**	1 NIVEL	PUBLICO	8	AV/ Santa Cruz C /6 # s/n
20	**C.S. CHIJINI CHICO**	1 NIVEL		8	C/ Copacabana # s/n
21	**HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO COREA**	2 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Janco Kalani Carretera A Viacha Una Cuadra Antes De La Cascada
22	**POLICLINICO VILLA ADELA**	1 NIVEL	SEGURIDAD SOCIAL	12	Zona Villa Adela Plan Av. Junin Y Callejon 6 A Una Cuadra De La Plaza Del Policia

23	**C.S. PRO MUJER COLLPANI**	1 NIVEL	ONG	8	Zona Collpani Av. Stgo. Machaca A 2 Cuadras De La Av. Litoral Y Parada Mini-Bus W
24	**C.S. SANTIAGO II**	1 NIVEL	ONG	8	Zona Santiago Segundo Plaza El Minero C / 9
25	**C.S. PRO MUJER VILLA ADELA**	1 NIVEL	ONG	8	Zona Primero De Mayo Sobre Av. Bolivia A Una Cuadra Antes Cruce Entrada A 1
26	**C.S. SAN SEBASTIAN**	1 NIVEL	IGLESIA	12	Zona Villa Adela Plaza Bolivar Dentro La Iglesia Cuerpo De Cristo
27	**CLINICA JESUS OBRERO**	1 NIVEL	IGLESIA	24	Zona San Luis Tasa Calle 3 Entre Av. Cochabanba Y Av. Bolivia (Frente Al Surtidor Loza).
28	**HOSPITAL CORAZON DE JESUS**	3 NIVEL	IGLESIA	24	Zona Gran Poder Lado Iglesia
39	**CENTRO MEDICO MUJER FAMILIA**	1 NIVEL	PRIVADO	12	Zona Pacajes Caluyo Av Real Los Andes No 1065

FUENTE: Elaboración en base a datos del SNIS/ SEDES La Paz,2016.

ANEXO 8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2017																															
	FEBRERO				MARZO					ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			AGOSTO				SEP.	
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO REFISS			18																											
ELABORACIÓN DEL PERFIL.																														
1ER TALLER METODOLÓGICO DE USO DE HERRAMIENTA REFISS							18																							
2DO TALLER RECOLECCIÓN DE DATOS								24																						
RESULTADOS PRELIMINARES																														
ENTREGA DE CONTEXTO									1																					
REUNIÓN CON MAESTRANTES																														
ELABORACIÓN MARCO TEÓRICO.																														
REUNIÓN CON PERSONAL DE LA RED COREA - PRESENTACIÓN											11																			
REVISIÓN DEL INSTRUMENTO INSTALACIONES OPS												17																		
REUNIÓN CON PERSONAL DE LA RED COREA - TRABAJO DE CAMPO												20																		

ENTREGA DEL PRIMER BORRADOR																16															
ANÁLISIS DE FUENTES DE VERIFICACIÓN													26																		
RESULTADOS VERIFICADOS.																															
REDACCIÓN DOCUMENTO FINAL.																															
PLAN DE INTERVENCIÓN																	24														
PRE DEFENSA DEL DOCUMENTO.																															
DEFENSA FINAL DEL DOCUMENTO.																															23

ANEXOS 9. ANALISIS FODA.

FORTALEZAS

1. Equipo de gestión de la red multidisciplinario y comprometido.
2. Red organizada con primer y segundo nivel, bajo la gestión de un equipo de coordinación.
3. Coordinación del equipo de gerencia con los establecimientos de Salud..
4. Áreas de influencia bien delimitidas.
5. Personal capacitado en programas y políticas de salud.
6. Cumplimiento de las políticas de salud Prestacion de Servicios de Salud Integral, Bono Juana Azurduy y Seguro Escolar de Salud Obligatorio.
7. Se cuenta con base para la estructura social, Autoridad Local de Salud.
8. Personal de Salud: Medico, Odontólogo, personal de Enfermería comprometido con los con los objetivos institucionales de SEDES.
9. Contar con comités funcionales bajo cronograma.
10. Centros de Salud con atención diferenciada al/el adolescente en la Red Corea: San Juan Kenko, 1ro de Mayo y Copacabana.
11. Estrategia de carpelización en proceso de implementación y avance.
12. La red cuenta con un laboratorio de citología PAP acreditado
13. Cuenta con una Unidad de calificación para Discapacidad.

DEBILIDADES

1. Estructura social politizada.
2. Deficit capacidad instalada de infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud..
3. Reducido Personal capacitado en la Ley SAFCO y responsabilidad por la función pública.
4. RR.HH. insuficientes en la red Corea (Falta de un Administrador, secretaria).
5. Alta rotación de RR.HH. a otras Redes por niveles superiores.
6. Insuficiente red de laboratorios y personal que realice ecografía, exámenes complementarios en las 4 maternidades y centros reforzados de la Red.
7. Baja ejecución presupuestaria en mantenimiento.
8. Bajo presupuesto de la gobernación para la coordinación de Red.
9. No se cuenta con medios de comunicación (internet, teléfono y fax) y fotocopiadora.
10. Espacios de trabajo muy reducidos (Falta ambientes de trabajo).
11. Bajo presupuesto operativo de Red para su funcionamiento.
12. Falta personal para cubrir vacaciones y bajas de los Establecimientos de Salud.
13. Duplicidad en el seguimiento del manejo de los recursos financieros de los Establecimientos de Salud, entre la Red y Municipio.
14. Débil implementación del Sistema de Referencia y contrarreferencia.
15. Ausencia del Análisis de la Situación de la Salud a nivel de red.
16. Poca implementación del SOAPS.
17. PEI mal formulado, no alineado con la Ley 777.

FODA

RED COREA

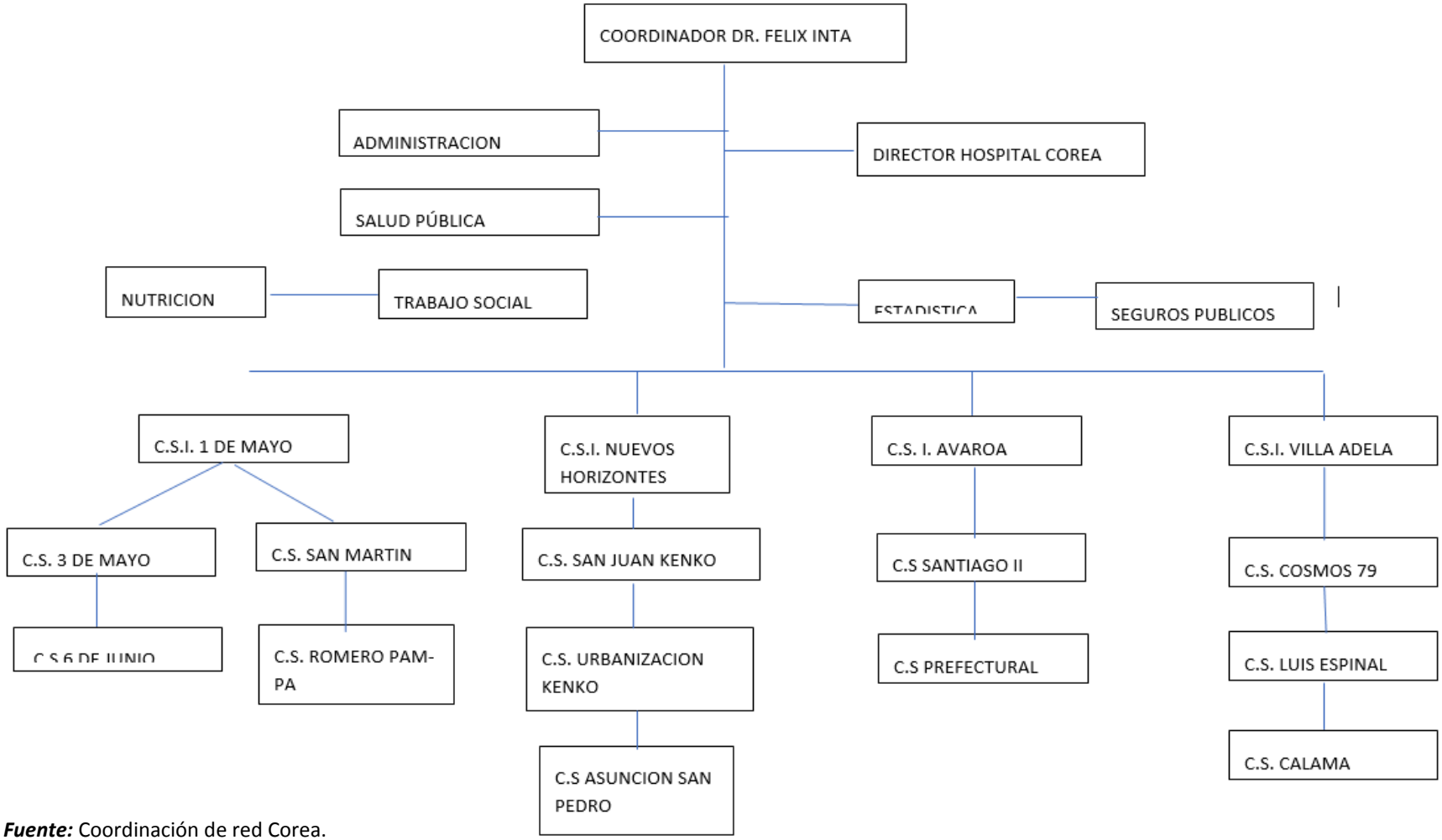
OPORTUNIDADES

1. Posibilidad de convenio Sagrado Corazón de Jesús Hospital de tercer nivel privado, para delegación de las Prestaciones de Servicio de Salud Integral.
2. Coordinación y alianzas estratégicas con instituciones y ONGs que trabajan en la Red.
3. Posibilidad de articulación con Policlínico de Villa Adela CNS para Ley 475
4. Estructurada Social en salud empoderada
5. Posibilidad de coordinación con instituciones formadores de personal de salud (Licenciadas y Auxiliares de Enfermería) rotación de salud pública y materno.
6. Pasantes estudiantes de las carreras de Trabajo Social, Nutrición (UMSA), Odontología (UPEA) Licenciadas en Enfermería(UPEA).

AMENAZAS

1. Débil coordinación sobre Recursos Humanos, entre Ministerio, gobernación y municipio
2. Personal sin capacidad Técnica a nivel Municipal.
3. Comercialización de la medicina tradicional.
4. Centralización de las desiciones en salud a nivel Municipal
5. Ausencia del Plan Municipal de Salud.
6. Organizaciones sociales politizadas.
7. Ausencia de la Instancia Máxima de Gestión Local Participativa en Salud
8. Débil coordinación para elaboración de POA Municipal y de establecimientos de salud
9. Deficiente coordinación en el Sistema Administrativo Contable.
10. Débil coordinación y mala distribución con entidades formadoras de recursos Humanos
11. Falta de planificación de actividades con la comunidad entre municipio y red de salud Corea
12. Cierre de ONGs por falta de financiamiento.
13. Dotación de RR.HH. insuficientes por el municipio e inestabilidad laboral del personal dependiente del Municipio.

ANEXO 10. ORGANIGRAMA DE LA RED COREA, 2016.



Fuente: Coordinación de red Corea.

ANEXO 11. INSTRUMENTO DE LEVANTAMIENTO DE DATOS, HERRAMIENTA REFISS ATRIBUTO 3 , RED COREA 2017.

AMBITO : MODELO ASISTENCIAL				
Atributo 3. Primer nivel, puerta de entrada **Descripción del Atributo. Primer nivel de atención resolutivo, multidisciplinario, con cobertura universal, puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA**				
Criterios del atributo	SI	NO	**Fuente de verificación**	**Observaciones**
7. Puerta de entrada				
7.1. ¿Se realizan acciones para establecer el acceso a la salud integral e intercultural y promover el primer nivel de atención como puerta de entrada para la atención por parte de:				
7.1.1. La Coordinación de la Red?				
7.1.2. Directores y personal de los establecimientos del primer nivel?				
7.1.3. Directores y personal de los establecimientos del segundo nivel y tercer nivel?				
8. Responsabilidad sanitaria del primer nivel				
8.1. ¿Conoce el primer nivel de atención, la misión y los objetivos estratégicos de la Red Funcional?				
8.2. ¿El primer nivel de atención está alineado a la misión y los objetivos estratégicos de la Red Funcional?				
8.3. ¿Los establecimientos de salud del primer nivel tiene definido la población y familias bajo su responsabilidad?				-
8.4. ¿Cada establecimiento de salud de primer nivel cuenta con el registro de la población a su cargo?				
8.5. ¿Hay croquis o mapas con la ubicación geográfica de la población a cargo de cada establecimiento de salud de primer nivel?				
8.6. ¿Los Establecimientos de salud de primer nivel realizan el CAI de manera participativa mensualmente, especialmente con la comunidad para coordinar acciones sanitarias?				

8.7. ¿Están identificadas las familias o grupos de familias expuestas a riesgos de salud por condiciones ambientales o sociales de cualquier tipo por establecimiento de salud?				
9. Integralidad y continuidad del cuidado				
9.1. ¿El personal de los establecimientos de salud de primer nivel y los equipos MiSalud coordinan para garantizar la integralidad y continuidad del cuidado de la salud en la población en su ámbito de influencia territorial?				
9.2. ¿Las personas con discapacidad reciben atención continua por los equipos del primer nivel de atención?				
9.3. ¿El personal de salud de primer nivel realiza el seguimiento de las personas con condiciones crónicas a lo largo del tiempo?				
9.4. ¿El primer nivel conoce y da seguimiento a la atención realizada en el segundo y tercer nivel de las personas bajo su responsabilidad (cuenta con registros de contra referencia de segundo y tercer nivel)?				
9.5. ¿Están implementadas normas técnicas de atención o guías (manual y/o protocolos) que establezcan las relaciones entre el primer nivel de atención y los otros niveles para la atención?				
9.6. ¿Están implementadas normas técnicas de atención o guías que establezcan las relaciones entre los cuidados del sistema de salud y de la medicina tradicional?				
9.7. ¿ El primer nivel cuenta con registros de referencia y contrarreferencia con medicina tradicional?				
10. Capacidad Resolutiva				
10.1. ¿El trabajo del primer nivel de atención está orientado por metas sanitarias y compromisos de gestión?				
10.2. ¿Hay un sistema de monitoreo que permite la detección de problemas sanitarios para implementar medidas de mejoramiento?				
10.3. ¿Se realizan auditorias periódicas de los casos referidos considerando la pertinencia y la oportunidad de la referencia?				
11. Equipo multidisciplinar				

11.1. ¿Los establecimientos de salud de primer nivel cuentan con personal de acuerdo a la norma de caracterización?				
11.2. ¿Los médicos y personal de enfermería tienen formación en Atención Primaria en Salud?				
11.3. Los profesionales en salud del establecimiento tienen acceso a los expedientes de los usuarios?				
11.4. ¿El prestador de la medicina tradicional en el área de influencia del establecimiento de salud, está reconocido por la comunidad y cuenta con el respectivo registro?				
11.5. ¿El equipo del primer nivel de atención se articula con los médicos tradicionales?				

FUENTE: *Herramienta Redes Funcionales Integrales de Servicios de Salud.*

ANEXO 12. HERRAMIENTA REFORMULADA.

Atributo 1: Área de influencia de la Red

Descripción del atributo. La población y territorio a cargo de la Red están definidos, con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, los que determinan la oferta de servicios. ***MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA***

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
1. Población:				
1.1 ¿Está delimitada la población para la Red?				
1.2 ¿Se actualiza anualmente datos de población?				
1.4. ¿Los establecimientos de primer nivel tienen registros actualizados de la población a cargo?				
1.5 ¿La población a cargo del primer nivel esta asignada a equipos de salud?				
1.7 ¿La Red tiene identificada su población vulnerable ?				
1.8 ¿Existe registro de enfermedades transmisbles y NO transmisibles diagnosticadas, asi como discapacidad ?				
2. Territorio:				
2.1 ¿La red de servicios de salud tiene claramente identificada el área geografia bajo su responsabilidad?				
2.3 ¿Existen instituciones de salud de otros sectores: público, privado o de convenio?				
2.4 ¿ Se toma en cuenta el plan de desarrollo departamental el la planificación participativa local que realiza la red?				
2.5 ¿Se toma en cuenta al menos una de estas características: culturales, sociales, económicas y políticas del territorio en la planificación de mediano plazo de la Red?				
2.6 ¿ La Red identifica los riesgos y amenazas como: desastres naturales, desastres generados por la industria, conflictos étnicos, sociales, regionales, territoriales, hechos de transito, violencia y otros?				
2.7 ¿ La Red cuenta con un mapa actualizado?				

2.8 ¿ La organización de la red en su oferta de servicios, toma en cuenta las necesidades demográficas y epidemiológicas y la demanda de la población?				
2.9 ¿ La Red coordina con los gobiernos locales autónomos municipales?				
2.10. ¿El equipo de coordinación de la Red realiza y mantiene actualizados los planes de los establecimientos de salud en todos los niveles de la Red para emergencias y desastres?				
3. Análisis de la situación de Salud (ASIS):				
3.1 ¿Realiza análisis de la situación en salud (ASIS)?				
3.2. ¿Su ASIS identifica las enfermedades, daños y factores de riesgo prevalentes?				
3.3. ¿Su ASIS identifica la respuesta del sector salud a los problemas?				
3.4. ¿Su ASIS interpreta y analiza los resultados en relación con los determinantes de la salud del territorio/población?				
3.5 ¿El equipo de Red, realiza el ASIS de acuerdo a norma?				
3.6 ¿Utiliza otras herramientas diagnósticas para desarrollar acciones en la red ncluyendo un plan de ajuste de la oferta de servicios en base a las necesidades identificadas de la poblacion?				
3.7 ¿ El Comité de Análisis de información (CAI) de Red, se reúne cada cuatro meses para el análisis?				
3.10. ¿Se realiza seguimiento a los compromisos y tareas definidas por el CAI de Red?				

Atributo 2. Oferta integral de servicios.

Descripción del atributo. Comprende una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud en el ámbito de la Red, los cuales incluyen servicios de salud pública, SSCP, ONG y privados tanto en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional de la Red. ***MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA***

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
4. Organización y funcionamiento:				
4.2. ¿Están clasificados los establecimientos de la Red según su nivel de atención y caracterización?				
4.3. ¿Están registrados o certificados los servicios de medicina tradicional en la Red? (Parteras, naturistas, médicos tradicionales y guías espirituales)				
4.5. ¿La disposicion espacial de los establecimientos asegura la accesibilidad geográfica de la población de la red?				
4.6. ¿Los centros de salud de primer nivel son de fácil acceso para toda la población?				
4.7. ¿Los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen están organizados de acuerdo con criterios de acceso y complejidad de la atención?				
4.8. ¿Los servicios de anatomía patológica son accesibles para todos los niveles de atención?				
4.9. ¿Se utilizan mecanismos para la integración de servicios entre unidades del mismo nivel de atención? (lab, PAP, vacunas, etc.)				
4.10. ¿Se utilizan mecanismos para la integración de servicios entre centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel?				
4.11. ¿Se utilizan mecanismos para integración entre unidades del sistema de salud y servicios de medicina tradicional?				
4.12. ¿La red cuenta con registros actualizados de referencias y contrareferencias realizadas en su ámbito de influencia? (AJO)				

4.14. ¿La red cuenta con un plan de mejora continua de la calidad?				
4.15. ¿La Red cuenta con instrumentos de acreditación de establecimientos y servicios?				
5. Acciones sobre grupos de población:				
5.1 ¿La Red realiza control de riesgo para la salud pública?				
5.4. ¿Se implementa el programa ampliado de inmunizaciones en la Red en todas las unidades de la Red de acuerdo a la norma del PAI?				
5.5 ¿Existe disponibilidad de métodos anticonceptivos?				
5.9. ¿Se realizan actividades de educación para la vida en centros educativos?				
5.10. ¿Se realiza acciones de educacion para la vida para promover comportamientos saludables?				
5.11. ¿Se desarrollan programas de prevención de enfermedades transmisibles prevalentes? (IRA, EDA, ETS, VIH, vectoriales, otras)				
6. Atención a las personas:				
6.1. ¿Esta definida la cartera de servicios de los establecimientos de salud que conforman la red (por niveles)?				
6.2. ¿Se desarrollan acciones de detección y atención a víctimas de violencias?				
6.3. ¿La Red tiene capacidad resolutiva para cirugías ambulatorias ?				
6.5. ¿Existen servicios de rehabilitación en la Red?				
6.6. ¿Existen servicios de cuidados paliativos?				
6.7. ¿Están implementados programas y prácticas para el cuidado de:				
6.7.2. Personas con discapacidad?				
6.7.3. Adultos mayores?				
6.7.4. Salud mental?				
6.7.5. Salud intercultural?				
6.9. ¿Está implementada la telemedicina?				
6.10 ¿El equipo de salud, identifica en su ambito de influencia, prácticas de medicina tradicional?				

6.11 ¿Los equipos de salud realizan visitas domiciliarias?				

Atributo 3. Primer nivel, puerta de entrada.

Descripción del Atributo. Primer nivel de atención resolutivo, multidisciplinario, con cobertura universal, puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
7. Puerta de entrada				
7.1 Se promueve el primer nivel de atencion como puerta de entrada, por parte de:				
7.1.1 ¿Coordinación de la Red?				
7.1.2 ¿Directores y personal de los establecimientos del primer nivel?				
7.1.3 ¿Directores y personal de los establecimientos del segundo nivel y tercer nivel?				
7.1.4. Responsables de Salud Municipal				
8. Responsabilidad sanitaria del primer nivel				
8.2. ¿El primer nivel de atención esta alineado a la misión y los objetivos estratégicos de la Red Funcional?				
8.4. ¿Cada establecimiento de salud de primer nivel cuenta con el registro de la población a su cargo?				
8.5. ¿Hay croquis o mapas con la ubicación geográfica de la población a cargo de cada establecimiento de salud de primer nivel?				
8.6 ¿El CAI se desarrolla en forma mensual, con participación comunitaria?				
8.7. ¿Están identificadas las familias o grupos de familias expuestas a riesgos de salud por condiciones ambientales o sociales de cualquier tipo por establecimiento de salud?				

9. Integralidad y continuidad del cuidado				
9.1 ¿Existe una coordinación entre el personal de salud en el primer nivel y Mi Salud para garantizar la integralidad y seguimiento de su población en su ámbito de influencia territorial?				
9.2 ¿Los Servicios de Salud del primer nivel estan capacitados para la atención de personas con discapacidad?				
9.3. ¿El personal de salud de primer nivel realiza el seguimiento de las personas con condiciones crónicas a lo largo del tiempo?				
9.4 ¿Existe una coordinación de referencia y contra referencia del primer nivel con los segundos y terceros niveles?				
9.6 ¿Cuenta con normas técnicas vigentes que vinculen al sistema de salud y a la medicina tradicional?				
9.7. ¿ El primer nivel cuenta con registros de referencia y contrareferencia con medicina tradicional?				
10. Sistema de Monitoreo				
10.1. ¿El trabajo del primer nivel de atención está orientado por metas y compromisos de gestión?				
10.2 El sistema de monitoreo de problemas de salud				
10.3 Se establecen auditorias periodicas en relación a pertinencia y oportunidad de la referencia.				
11. Equipo multidisciplinar				
11.1. ¿Los establecimientos de salud de primer nivel cuentan con personal de acuerdo a la norma de caracterización?				
11.2. ¿Los médicos y personal de enfermería tienen formación en Atención Primaria en Salud?				
11.4. ¿El prestador de la medicina tradicional en el área de influencia del establecimiento de salud, está reconocido por la comunidad y cuenta con el respectivo registro?				
11.5. ¿El equipo del primer nivel de atención se articula con los médicos tradicionales ?				

Atributo 4. Prestación de servicios especializados intra- y extra-hospitalarios.

Descripción del atributo. Prestación de servicios especializados en un local apropiado, preferencialmente en ambientes extra-hospitalarios y con criterios de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia y práctica clínica. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
12. Acceso a servicios especializados				
12.4. ¿Están establecidos los procedimientos para el acceso a consultas programadas de servicios especializados de la red?				
12.5. ¿Los especialistas realizan la contra referencia al primer nivel de atención?				
12.6. ¿Los servicios de urgencia de los hospitales orientan a los pacientes a retornar al primer nivel para continuar tratamiento, atención y seguimiento?				
12.7. ¿Existe un servicios de ambulancias establecida y funcional para transporte de pacientes?				
12.8. ¿Existe un mecanismo de intercambio de información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención?				
13. Servicios ambulatorios especializados extra-hospitalarios				
13.1. ¿Se tienen definidos puntos de atención para la atención especializada fuera de los hospitales?				

13.2. ¿Se cuenta con un plan de organización de la atención ambulatoria especializada referida a cirugías menores, fisioterapia, centros de salud mental y rehabilitación basada en la comunidad (RBC).				
13.3. ¿La Red cuenta con servicios ambulatorios extra hospitalarios, propios o por convenio de:				
13.3.1. Cirugía ambulatoria?				
13.3.2. Imagenología?				
13.3.3. Radioterapia?				
13.3.4. Rehabilitación?				
13.3.5. Psiquiatría?				
13.3.6. Hemodialisis				
13.4. ¿Cuenta la Red con servicios transfusionales?				
14. Práctica clínica basada en evidencias				
14.1. ¿Los médicos generales como especializados tienen conocimiento de la Norma Nacional de Atención Clínica de acuerdo a su nivel resolutivo?				
14.2. ¿Los médicos conocen las guías y protocolos clínicos compartidos con los médicos tradicionales, y vice versa?				
14.3. ¿Las guías y protocolos son utilizados en la práctica clínica de manera cotidiana?				
14.4. ¿Se fomenta el debate técnico entre especialistas y médicos generales en base a estudios de casos y práctica clínica?				
14.5. ¿Se realizan actividades de educación permanente que involucran a médicos generales, especialistas , médicos tradicionales y otros profesionales de salud?				
14.6. ¿Se realizan actividades de investigación que involucran a médicos generales, especialistas , médicos tradicionales y otros profesionales de salud?				

Atributo 5: Coordinación y continuidad de la atención

Descripción del atributo. La Red cuenta con mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo en los servicios de salud, mediante la adecuada gestión y manejo del cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
15. Gestión y coordinación del cuidado				
15.1. ¿ La referencia entre el primer nivel de atencion y los servicios especializados del segundo y tercer nivel estan regulados por normas, protocolos de atencion y gestion que faciliten el flujo de los pacientes en los diferentes niveles de atencion en la Red?				
15.2. ¿Existe un sistema de regulación asistencial que permite al primer nivel de atención reservar directamente servicios de atención especializada, análisis clínicos, diagnóstico por imágenes, atención hospitalaria electiva y los demás servicios ofrecidos por la Red?				
15.4. ¿Está establecido un sistema de referencia y contra referencia entre los niveles de atención?				

15.6. ¿Los protocolos incluyen la referencia y contra referencia de pacientes entre los establecimientos del sistema de salud del primer nivel y los médicos t radicionales?				
15.7. ¿Existe un comite de Referencia y Contrarreferencia especificamentente establecido en la Red?				
15.8. ¿Existen mecanismos administrativos para garantizar seguimiento y orientación adecuados a los usuarios para las referencias entre los diferentes niveles y servicios?				
15.9. ¿Existen instrumentos y mecanismos para compartir la información de los usuarios (internos y externos) entre niveles de atención?				
15.10. ¿Están disponibles instrumentos para la comunicación informal (correo electrónico, Internet, teléfono, WhatsApp, instagram, etc.) entre los diferentes puntos de la Red Funcional?				
15.11. ¿Están implementados mecanismos para el monitoreo y seguimiento de las acciones de coordinación?				
16. Desarrollo del cuidado a la salud:				
16.1. ¿Están implementados planes para el cuidado de la salud centrado en las personas para los diferentes grupos reconocidos según el enfoque del Continuo de la Atención y en el Curso de la Vida?				
16.2. ¿Los planes de cuidado son compartidos y conocidos por el equipo de salud en los diferentes niveles de atención?				
16.4. ¿Los planes de cuidado incluyen las acciones que deben tomar los pacientes, familiares y la comunidad (responsabilidades compartidas)?				
16.5. ¿Los planes de cuidado definen claramente la división de tareas entre el personal de salud en los diferentes niveles de atención y de otras instancias?				
16.6. ¿Se implementa metodologías y tecnologías actualizadas en el marco de los planes de cuidado centrados en la persona?				

Atributo 6 : Atención centrada en las personas.

<u>Descripción del atributo.</u> La Red organiza y garantiza la oferta la atención en los diferentes establecimientos, centrada en los cuidados hacia la persona, la familia y la comunidad, garantizando la integralidad, oportunidad y calidad, tomando en cuenta las particularidades culturales y de género y la diversidad de la población. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
17. Centralidad en persona, familia y comunidad				
17.1. ¿Constituye la familia una unidad de trabajo para los equipos de salud?				
17.2. ¿La familia es considerada en la Red como la base para el fomento de la salud y su recuperación?				
17.4. ¿Se promueve y facilita el autocuidado de los usuarios en el contexto familiar?				
17.5. ¿Estan los ambientes adecuados para una atención intercultural, de género y brindan confort al usuario(a)?				
17.6. ¿Se facilita la participación de los familiares en la atención a las personas?				
17.7. ¿Se promueve la participación de agentes comunitarios o voluntarios?				
17.8. ¿Se promueve la participación de médicos tradicionales en la atención a las personas?				
18. Gestión y coordinación del cuidado				
18.1. ¿Se promueve y facilita una relación colaborativa entre los profesionales de salud y los usuarios?				
18.2 ¿Se puede acceder a la medicina tradicional en establecimientos de la Red?				
18.3. ¿Existe una carta de derechos de los usuarios o documento equivalente de fácil acceso en los puntos de atención de la Red?				
18.4. ¿Los usuarios disponen de mecanismos efectivos para hacer exigibles sus derechos de atención?				
18.5. ¿Los responsables de la gestión y jefes de servicios, valoran y premian las actitudes de respeto, empatía y confianza, del usuario interno en los servicios?				
18.7. ¿Se protege la privacidad de los usuarios en los cuidados personales?				

18.8. ¿En el proceso de cuidado se informa y educa a los usuarios sobre su estado clínico y cómo hacer para mejorar su autonomía?				
18.9. ¿Para las atenciones de salud se solicita el consentimiento informado del usuario y sus familiares?				

Atributo 7: Rectoría y Gobernanza de la Red

Descripción del atributo. La Red asume su rol rector en el ámbito de su jurisdicción y en la totalidad de establecimientos (públicos, SSCP, privados y de convenio) y lidera un modelo de gestión participativa único para toda la Red (Gobernanza).MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
19. Estructura y organización				
19.1. ¿La conducción de la Red incluye: una instancia integrada por representantes de salud del gobierno municipal, coordinador de Red y responsable municipal de salud y representante de la estructura social?				

19.2. ¿La conducción de la Red incluye a un representante de todos los establecimientos de la red de salud?				
19.3. ¿Esta instancia se reúne periódicamente con participación de los directores de hospitales de segundo, tercer nivel , SSCP y ONG de convenio para coordinar y tomar decisiones?				
19.4. ¿En la instancia máxima de gestión local de salud de la Red, participan (no conforman) otras organizaciones relacionadas con la salud? *(Trabajadores de salud, Defensoría del Pueblo, SEDUCA, SLIM, Intendencia Municipal, Defensoría de Consumidor, organizaciones comunitarias, sociedad civil, sociedades de profesionales, fundaciones, ONGs y otros)*				
19.5. ¿La constitución de la Red Funcional está formalizada mediante una Resolución técnico administrativa de la instancia de gobierno respectivo?				
19.6. ¿El rol de la Red incluye la responsabilidad de establecer acuerdos de gestión entre los gestores de la red y los prestadores de servicios en caso que se requiera?				
19.7. ¿El equipo de gestión de la Red cumple con el perfil profesional y capacidades establecidas en la Norma?				
19.8. ¿El principio de conducción de la Red, está claramente establecido y consensuado entre los actores estratégicos?				
19.9. ¿Los instrumentos normativos que regulan la Red están establecidas de forma consensuada y son del conocimiento de todas las instituciones que participan en la Red?				
20. Planificación, gestión y evaluación				
20.1. ¿La Red ha definido un Plan Operativo con objetivos, metas y presupuesto que está sustentado en las líneas de acción del Plan Estratégico de la Red?				
20.2. ¿El plan operativo considera el tema de género con actividades específicos?				
20.3. ¿El proceso de planificación incluye la articulación y búsqueda de consenso entre los actores de la Red?				

20.4. ¿El plan operativo incluye la articulación con la medicina tradicional?				
20.5. ¿Se facilita la capacitación en gestión de servicios de salud, para los equipos de conducción y gestión de la Red?				
20.6. ¿La Red promueve la investigación para fomentar la generación de evidencia en el campo de la gerencia?				
20.7. ¿La Red promueve el uso de evidencia en la toma de decisiones?				
20.8¿Existe algún mecanismo para conocer la satisfacción por parte del usuario con los servicios de salud?				
20.9 ¿La red utiliza la informacion generada en las carpetas familiares en la toma de decisiones?				

Atributo 8: Participación social amplia

Descripción del atributo. La Red, promueve la participación amplia de representantes de la comunidad organizada, usuarios, organizaciones involucradas en acciones de salud orientadas a promover mejores niveles de salud y calidad de vida, transparentando la gestión. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
21. Participación				
21.1. ¿La estructura social de salud en la red, cuenta con alguna de estas organizaciones:				

21.1.1 Autoridad Local de Salud (ALS)				
21.1.2. Comité Local de Salud a nivel de establecimientos de salud (CLS)				
21.1.3. Consejo Social Municipal de Salud (COSOMUSA) o Indígena Originario Campesino (IOC)				
21.1.4. Instancia Máxima de Gestión Local Participativa en Salud				
21.2 ¿La Mesa de Salud, incluye actores sociales, sectores o instancias gubernamentales y no gubernamentales, diferentes prestadores de servicios de salud, representantes de los usuarios, trabajadores?				
21.3. ¿El concejo social municipal de salud participa en la elaboración, monitoreo y evaluación de los planes estratégicos y/u operativos de la Red?				
21.4. ¿Existen espacios para la participación de otras organizaciones de la Sociedad Civil en temas de salud?				
22. Transparencia y rendición de cuentas				
22.1. ¿La Red cuenta con espacios e instrumentos que garantizan la rendición de cuentas con participación de la población del territorio en la gestión?				
22.2. ¿La Red rinde cuentas periódicamente sobre el cumplimiento de sus objetivos y metas sanitarias?				
22.3. ¿La Red rinde cuentas de su ejecución financiera?				
22.4. ¿La Red mantiene canales de comunicación permanentes con su población?				
22.5. ¿La red proporciona informacion a los actores sociales e instituciones?				
22.6. ¿Dentro de la informacion proporcionada se contempla los datos de la carpeta familiar?				

Atributo 9: Acción intersectorial

Descripción del atributo. La red promueve y coordina las acciones de intersectorialidad, con enfoque de los determinantes y de la equidad en salud.MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
23. Intersectorialidad				
23.1. ¿La Red coordina y participa como protagonista en acciones estratégicas con instituciones de otros sectores de interés para la salud?				
23.2. ¿La Red promueve las acciones intersectoriales?				
23.3. ¿Existen en el ámbito de la Red, programas que desarrollan políticas públicas sociales para mejorar la condición de salud, tal como:				
23.3.1 Programa desnutrición cero				
23.3.2. Programas de Enfermedades Crónicas No Transmisibles				
23.4. ¿Se desarrollan actividades y programas de salud escolar en el ámbito de los establecimientos de la Red?				
23.5. ¿Se desarrollan actividades de salud laboral/ocupacional en centros de trabajo y/o establecimientos de salud?				
23.6. ¿Se desarrollan actividades de información en salud para mejorar la calidad de vida de la población. Ejemplo: mercados y lugares expendio de alimentos?				
23.7. ¿Se realiza coordinación con otros sectores públicos y privados para promover condiciones de vida saludables en el ámbito de la Red ?				
24. Determinantes sociales				
24.1 ¿Se analiza los datos de las variables: educación, vivienda, trabajo, ingreso y salud ambiental, género e interculturalidad en diferentes espacios de deliberación de la Red?				
24.2.¿La Red trabaja y coordina regularmente con los gobiernos municipales, departamentales para promover la formulación y aprobación de leyes (municipales, departamentales), proyectos basados en políticas públicas a favor de la salud?				
24.3.¿La Red promueve acciones, proyectos e iniciativas tendientes a disminuir las determinantes sociales de la salud, con instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil?				

24.4. ¿Se promueve comportamientos y conductas de vida saludable para mejorar la calidad de vida de la población?				
24.5. ¿La Red implementa acciones regulares sobre factores de riesgo como:				
24.5.1 Tabaquismo, consumo de alcohol o substancias psicoactivas?				
24.5.2. Sedentarismo, sobrepeso y obesidad?				
24.6. ¿La Red implementa acciones preventivas contra la violencia?				
24.7. ¿El equipo de coordinación de la Red realiza y/o promueve la vigilancia de la salud ambiental (vigilancia de los servicios públicos de agua potable, saneamiento, manejo de excretas y basuras)?				

Atributo 10: Gestión integrada de sistemas

Descripción del atributo. La Red gestiona y monitorea la integración de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico en todos los establecimientos bajo su jurisdicción.
MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
25. Organización y gestión				
25.1. ¿La Red cuenta con una unidad o instancia responsable para la gestión de sistemas de apoyo administrativo, como: RRHH, logística y finanzas?				
25.2. ¿El sistema para la administración logística de medicamentos e insumos (SALMI) se aplica tanto para los programas de salud como para todas las otras prestaciones?				
25.3. ¿La Red cuenta con mapas o esquemas georeferenciados que identifiquen la capacidad de resolucion de los establecimientos de salud?				
25.4. ¿La Red cuenta con acceso a sistemas de comunicación de telefonía, internet, radiocomunicación, que facilitan la integración de los establecimientos de salud?				

25.5. ¿La Red facilita la coordinación y articulación de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico?				
25.6. ¿Existe un plan de comunicación interna, que permita el intercambio de experiencias entre los profesionales de salud?				
25.7 ¿Existe un sistema de información que permita que el personal de salud y los usuarios reciban mensajes de alertas y recordatorios para la realización de acciones de control clínico u otros procedimientos que garantizan la continuidad del cuidado?				
26. Asistencia farmacéutica				
26.1. ¿La Red utiliza el SALMI (Sistema de Administración Logística de medicamentos e insumos) en todos sus establecimientos?				
26.2. ¿La adquisición de medicamentos e insumos farmacéuticos de la Red está enmarcada dentro del sistema de administración de bienes y servicios (SABS) y la recomendación de Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías (AGEMED)?				
26.3 ¿La Farmacia Institucional Municipal (FIM), cuenta con medicamentos para prestaciones de seguros, programas y venta?				
26.4. ¿El proceso de almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos de la Red, se realiza conforme a normativa?				
26.5. ¿La Red facilita en los establecimentos de su jurisdicción:				
26.5.1. Los procesos de programación, distribución y uso racional de medicamentos e insumos?				
26.5.2. Prescripción adecuada de medicamentos de acuerdo a protocolos de atención y prestaciones?				
26.5.3. Acciones de fármaco-vigilancia?				

26.5.4. La elaboración de reportes de Reacciones Adversas, Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA) y hemovigilancia?				
26.6. ¿La Red utiliza productos contemplados en la Lista Plurinacional de Productos Naturales Tradicionales Bolivianos Artesanales (LIPAT)?				
27. Diagnóstico por imágenes				
27.1. ¿La Red tiene servicios propios, contratados y/o de convenio para diagnóstico por imagen?				
27.2. ¿Los servicios de diagnóstico por imagenes propios son autosostenibles?				
27.3. ¿Los servicios de diagnóstico por imagen cumplen las normativas del Instituto Boliviano de Ciencias y Tecnología Nuclear (IBTEN)?				
27.4. ¿Los resultados de diagnóstico por imagen se entregan oportunamente al paciente?				
27.5. ¿Los resultados de los exámenes se transmiten por vía electrónica o fax de los servicios de imagen a los usuarios?				
28. Laboratorios de diagnóstico				
28.1. ¿La Red cuenta con servicios propios, contratados y/o de convenios para realizar exámenes de laboratorio clínico y citológicos?				
28.2. ¿Los servicios propios de laboratorio clínico y citología están organizados son autosostenibles?				
28.3. ¿Los servicios de laboratorio clínico y citología implementan sistemas o mecanismos de garantía de calidad y seguridad de los usuarios externos e internos?				
28.4. ¿En el envío de muestras la red tiene un plan que involucren recursos de otros sectores o instituciones del territorio en arreglos colaborativos?				

28.5. ¿Los resultados se entregan oportunamente al paciente?				
28.6. ¿Es posible solicitar y recibir resultados de exámenes y procedimientos diagnósticos por medios electrónicos?				
29. Transporte sanitario				
29.1. ¿La Red dispone de un sistema integrado para el transporte sanitario, que incluye chofer y combustible para:				
29.1.1. referencias?				
29.1.2. muestras de exámenes clínicos?				
29.1.3. residuos de los servicios de salud?				
29.2. ¿Cuenta la Red con un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Médicas (CRUEM)?				

Atributo 11: Recursos humanos

Descripción del Atributo. La Red gestiona, supervisa y promueve el desarrollo de recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorizados por la red. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
30. Desarrollo de los recursos humanos				
30.1. ¿Cuenta la Red con un plan de gestión de los recursos humanos a corto y mediano plazo?				
30.2 ¿La red ha establecido sus brechas en RRHH?				
30.3. ¿El número de profesionales en el equipo de salud en el primer nivel esta de acuerdo a la norma caracterización?				
30.4. ¿Cuenta la Red con información actualizada de RRHH en salud del total de las instituciones prestadoras de servicios en salud en la Red?				
30.5. ¿El Plan de desarrollo de RRHH incluye la dotación de personal, un manual de descripción de cargos además de procedimientos de selección?				
30.6. ¿El Plan incluye un sistema de educación permanente para el personal de salud de la Red?				

30.7. ¿Tiene la Red acuerdos o convenios con universidades e institutos para desarrollar programas de educación continua sobre temas prioritarios?				
31. Gestión de los recursos humanos				
31.1. ¿Se aplican mecanismos, estrategias e incentivos para fortalecer el trabajo en equipo en función de los objetivos de la Red?				
31.2.¿ Existen mecanismos en la red que faciliten la designación, asignación de personal en salud para optimizar su rendimiento?				
31.3 ¿La red coordina con SEDES para su evaluación de desempeño de RRHH?				
31.4. ¿Participa la población en valorizar el desempeño de los trabajadores en salud de la Red?				

Atributo 12: Sistema de información integrado

Descripción del Atributo. La Red cuenta y gestiona un sistema de información integrado que vincula a toda la población atendida por la red con posibilidad de desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
32. Infraestructura tecnológica				
32.1. ¿La Infraestructura tecnologica permite acceder a los software vigentes del Ministerio de Salud?				
32.2. ¿El Sistema de información incluye inventario de infraestructura, equipamiento y tecnología existente en la Red?				
32.3 ¿El sistema de información geográfica, permite procesar, visualizar y analizar indicadores epidemiológicos, ambientales, demográficos, sociales y económicos para el análisis y la gestión de información en el ámbito local?				
33. Integralidad del sistema de información				
33.1. ¿El registro dispone de una base de datos única, que incorpora toda la población usuaria y la estratifica por sub-poblaciones según riesgo?				

33.2. ¿Se cuenta con historia clínica compartida entre los tres niveles de atención (en versión física y/o electrónica)?				
33.3. ¿El expediente clínico integra la información del primer nivel, de la atención ambulatoria y hospitalaria, de los exámenes clínicos y de la asistencia farmacéutica?				
33.4. ¿El sistema de información permite tomar decisiones oportunamente?				
33.5. ¿El sistema de información, incluye indicadores de salud ambiental (vigilancia de contaminantes químicos o ambientales)?				
33.6. ¿El sistema de información permite obtener indicadores para la evaluación del desempeño de los profesionales que trabajan en la Red?				
34. Accesibilidad y pertinencia				
34.1. ¿El sistema de información está concebido para satisfacer necesidades de información gerencial, clínico y epidemiológico?				
34.2. ¿El sistema de información permite el análisis de la demanda en la atención médica de la población en los servicios de salud?				
34.3. ¿El equipo de la Red analiza periódicamente los reportes SALMI, SIAL, SICOFS, Carpeta Familiar?				
34.4. ¿El sistema de información permite obtener indicadores de integralidad de la atención? (Ej. PAI, SSR)				
34.5 ¿Los profesionales de salud tienen acceso a las herramientas de apoyo clínico (normas, directrices, guias, protocolos, manuales y otros)?				
34.6. ¿La Red dispone de un sistema de acceso en línea a materiales educativos accesibles para todos los profesionales de salud?				
34.7 ¿La comunidad recibe información (virtual y presencial) sobre los servicios de salud?				
34.8. ¿Se comparte la información producida por las carpetas familiares con la comunidad?				

Atributo 13: Gestión basada en resultados

Descripción del atributo. La Red gestiona los establecimientos bajo su dependencia en función de los resultados y logros alcanzados y del análisis permanente de su realidad. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	SI	NO	Fuente de verificación	Observaciones
35. Planificación basada en resultados				
35.1. ¿El plan a mediano plazo de la Red se elabora en función del análisis de la situación en salud?				
35.2. ¿El plan a mediano plazo de la Red se elabora en función del análisis de los resultados alcanzados?				
35.3. ¿El plan estratégico de la Red define acciones estratégicas para el alcance de las metas?				
35.4. ¿El plan operativo establece indicadores para monitorear los avances y evaluar el logro de los resultados esperados?				
36. Implantación de diseño organizacional				
36.1. ¿La red cuenta con un manual de organización y funciones?				
36.2. ¿La red cuenta con: protocolos de atención, manual de procesos y procedimientos ?				
37. Monitoreo, seguimiento y evaluación				
37.1. ¿Se mide indicadores de producto, efecto e impacto, para verificar los avances y los resultados obtenidos?				
37.2 ¿Se realiza ajustes al plan operativo con base a los resultados de los indicadores evaluados?				
37.3 ¿La Red realiza seguimiento a los planes de mejora contínua?				
37.4. ¿Se realiza seguimiento de las actividades planificadas para lograr los objetivos?				

Atributo 14: Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Descripción del atributo. La Red, gestiona, promueve y participa de mecanismos de financiamiento adecuado y de incentivos financieros alineados con la productividad y el logro de metas. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA				
Criterios del atributo	**SI**	**NO**	**Fuente de verificación**	**Observaciones**
38. Modelo de financiamiento				
38.1. ¿Los recursos financieros asignados por los diferentes niveles cubren las necesidades identificadas en los planes operativos de la Red?				
38.1.1. ¿Para el Primer y Segundo Nivel de atención? (Municipio)				
38.1.2. ¿Para el Tercer Nivel de atención? (Gobernación)				
38.2. ¿La ejecución presupuestaria de los diferentes niveles gubernamentales responde a la planificación?				
38.3. ¿Los gobiernos departamentales (en el marco de sus competencias) destinan recursos necesarios para el funcionamiento de los equipos de gestión de la Red?				
38.4 ¿Los establecimientos participan en la planificación y elaboración del presupuesto operativo anual (POA)?				
38.5. ¿El nivel departamental y municipal, cuentan con herramientas de planificación de acuerdo a normativa vigente (Plan Territorial de Desarrollo Integral y un Plan Municipal de Salud) ?				
38.6. ¿La reposición y adquisición de equipamiento en establecimientos de salud responde a normas nacionales vigentes?				
38.7. ¿Los gobiernos departamental y municipal asignan y ejecutan presupuesto para el mantenimiento de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud?				
38.8. ¿Existen mecanismos de financiamiento articulados con la Red para garantizar el acceso de toda la población al sistema de salud (seguros públicos a corto plazo)?				
35.3. ¿El financiamiento de los proyectos responden a las prioridades del Plan Estratégico de la Red?				
39. Asignación de recursos e incentivos				
39.1. ¿El sistema de incentivos responde al logro de metas definidas en los Planes Operativos Técnicos (POT) ó Plan Operativo Anual Individual (POAI)?				

39.2. ¿Los municipios y gobernación destinan recursos e incentivos financieros que promueven la atención de la población ?				
39.3. ¿La Red, incluidos los municipios y gobernación, trabaja con las instancias correspondientes para asignar incentivos y recursos financieros, humanos y otros de forma equilibrada entre el primer nivel de atención y la atención especializada?				
39.4. ¿Se asignan incentivos financieros específicos para estimular servicios de promoción y prevención?				
40. Eficiencia				
40.1. ¿ La gestión de recursos económico-financieros de la Red, en sus diferentes niveles, favorecen la integración de los servicios?				
40.2. ¿Los municipios destinan presupuesto para la compra de medicamentos?				

16.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] World Health Organization (1978). Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO.

[2] Ministerio de salud y deportes. Plan Sectorial de desarrollo 2010-2020, movilizados por el derecho a la salud y la vida. Unidad de Planificación Estratégica, Bolivia;2010.

[3] Artaza Barrios, O.; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; R.; Suárez Jiménez, J. M. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafio de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011 Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33808/9789568246082-spa.pdf

[4] CEPAL. Perfil Epidemiológico de América Latina y el Caribe. 2011

[5] OPS-Redes integradas, servicios de salud-Serie Atención Primaria de Salud Renovada, No. 4. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas 2010.

[6] OPS/OMS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Marco Teórico de la Herramienta REFISS.

[7] Decreto Supremo Nº 29601.Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Decreto Supremo del 11 de junio de 2008

[8] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Nº 459.Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Art° 12 Ley de 19 De diciembre de 2013.

[9] OPS Bolivia, ¿Cómo usar la herramienta REFISS? Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1712:herramientarefiss&Itemid=490 Consultado en fecha: 15/5/2017.

[10] Jorge A. García-Ramírez y Consuelo Vélez-Álvarez. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas, Rev. salud pública. 15 (5): 731-742, Colombia, 2013.

[11] Organización Mundial de la Salud, Office de las Naciones Unidas, Alto Comisionado para los Derechos Humanos, El derecho a la Salud, Folleto Informativo Nº 31.

[12] Decreto Supremo Nº 29601.Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Decreto Supremo del 11 de junio de 2008.

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

[14] Ledo, Carmen y Soria, Ángel (2011). El Sistema de Salud de Bolivia. Salud Pública México. 2011; 53supl 2:S109-S119. Disponible en formato PDF en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/7Bolivia.pdf, consultado en fecha: 15/5/2017.

[15] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Nº 031. Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”. Ley de 19 de Julio de 2010.

[16] Wolrd Health Organization (2007). Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: who’s framework for action. Geneva: World Health Organization.

[17] World Health Organization (1978). Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO.

[18] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2007 La renovación de la atención primaria de salud en las américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS. En: Serie "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas", Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC, 28 de Octubre de 2008.

[19] Documento de posición "Redes Integrales de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas". OPS/OMS, Washington, D.C.,2010.

[20] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. [Internet] Último acceso: 26-03-2017.Derechos Reservados © 2015. Disponible en: http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/descargar/28085.

[21] Ministerio de Salud, Dirección General de la Promoción. Guía Local de Educación para la vida en la promoción de la salud. Publicación 423.Bolivia: Multigráfica digital;2016.19p.

[22] Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del desarrollo integral para vivir bien, Estado Plurinacional de Bolivia. 2016-2020.

[23] Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación. Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 2020; César, Ayala; Carla Márquez Cabezas; Guido Monasterios Vergara; Efraín Alarcón. La Paz-Bolivia: No. 16 Escarlata Industrias Gráficas, 2017.9p.

[24] Ministerio de salud y deportes. Plan Sectorial de desarrollo 2010-2020, movilizados por el derecho a la salud y la vida. Unidad de Planificación Estratégica, Bolivia;2010.

[25] Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible en: http://www.who.int/suggestions/faq/es/ consultado en fecha: 20/5/2017.

[26] Echeverri E. (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. Revista Facultad Nacional – Salud Pública, Bogotá. 2006 mar; 24 (número especial): 80-95.

[27] Gracia, Daniel. Fundamentos de bioética, Editorial Eudema, Madrid, 1989, p. 36.

[28] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integrales de Servicios de Salud. Concepto, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Pub. OPS-OMS, Washington, 2010.

[29] Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Salud (2006). Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) proyectado para el quinquenio 2006-2010, Pub. Ministerio de Salud, La Paz.

[30] Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978. Geneva: WHO.

[31] Declaración de Montevideo para el periodo 2008-2017, (párrafo 49)

[32] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS, 2007

[33] Ministros de Salud de las Américas. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio 2007.

[34] Artículo VII de la Declaración de Alma-Ata respecto a la Atención Primaria de Salud (APS), 6 – 12 de septiembre de 1978.

[35] World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978.

[36] Ibaibarriaga M. Promesa de 700 ambulancias para Evo Morales. El Mundo 23-1-2007; XVIII (6246).

[37] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington, 2008.

[38] Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB y Morgan KL Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2):20–6.

[39] Ministerio de salud y deportes Bolivia. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico 2013.

[40] Ministerio de Salud .Política Sanitaria Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. 2013

[41] Bolivia Ministerio de Salud. Dirección General de Seguros de Salud. Unidad de Seguros Públicos. Op. Cit,.38p.

[42] Ministerio de Salud y Deportes Dirección General de promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social; Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico -estratégico, versión Didáctica. La Paz; Priza, 2007. 59-65p.

[43] Ministerio de Salud y Deportes Dirección General de promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social; Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico -estratégico, versión Didáctica. La Paz; Priza, 2007. 59-65p.

[44] Ministerio de Salud Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud. 2015.

[45] Ministerio de Salud y Deportes. Dirección Nacional de Planificación. Unidad del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Instructivo de Llenado y Manejo de la Carpeta Familiar y del Instrumento de Sistematización Anual; La Paz- Bolivia : PRINT Artes Gráficas, 2012;25p.

[46] Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. La salud en el Municipio de La Paz. 2013

[47] Estado Plurinacional de Bolivia. Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N° 475. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral

[48] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Nº475. Ley De Prestaciones De Servicios De Salud Integral Del Estado Plurinacional De Bolivia. Ley de30 de diciembre de 2013

[49] Reglamento a la Ley N° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, DS Nº 1984, 30 de abril de 2014.

[50] Ley Nº 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia de 30 de diciembre de 2013.

[51] Ministerio de Salud. Dirección General de Seguros de Salud. Unidad de Seguros Públicos. Manual de Aplicación de las Prestaciones avanzando al Sistema Único de Salud. /Ministerio de Salud. David Dante Ergueta Jiménez. Coaut. La Paz- Bolivia: Tupac Katari, 2015 28p.

[52] Reglamento a la Ley N° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, DS Nº 1984, 30 de abril de 2014.

[53] Ministerio de Salud y Deportes. Estructuración de Redes Funcionales de Servicios de Salud 2012.

[54] Defensor del pueblo. Resultados de la intervención defensorial sobre la dotación de medicamentos en el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto [Internet].Bolivia:2016,[citado 8 de abril 2017]. Gestión 2016.Disponible en: https://es.scribd.com/document/324534890/Informe-del-Defensor-del-Pueblo-sobre-Centros-de-Salud-en-El-Alto

[55] Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad de Atención integrada al continuo del curso de vida: adolescente-mujer en edad fértil- mujer durante el embarazo, parto y puerperio-recién nacido/a-niño/a menor de 5 años-niño/a de 5 años a menor de 12 años de edad-personas adultas mayores: cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención, La Paz: OPS/OMS - MSD, 2013 (Publicación Técnica N.º 240) 13 p.

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

[57] Marco de Asociación País (MAP). Estrategia de implementación del marco de Asociación País en el Sector Salud – Bolivia, Pub. MAP, La Paz, 2013.

[58] Ministerio de Salud, Manual y reglamento de acreditación de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención. Documento Técnico Normativo; La Paz- Bolivia; 2014 p 35.

[59] Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad de Atención integrada al continuo del curso de vida: adolescente-mujer en edad fértil- mujer durante el embarazo, parto y puerperio-recién nacido/a-niño/a menor de 5 años-niño/a de 5 años a menor de 12 años de edad-personas adultas mayores: cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención, La Paz: OPS/OMS - MSD, 2013 (Publicación Técnica N.º 240) 44p.

[60] Ministerio de Salud, Manual de caracterización del primer nivel de atención. Óp. cite 45p.

[61] Ministerio de Salud, Manual de evaluación y Acreditación para establecimientos de primer nivel; La Paz – Bolivia;2013. 3-4p.

[62] Ministerio de Salud, Manual de Evaluación y acreditación de establecimientos de salud primer nivel de atención: Centro de Salud Ambulatorio; 2da Edición Documentos Técnico Normativos La Paz-Bolivia, 2013.p10.

[63] Ministerio de Salud, Manual y reglamento de acreditación de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención. Op cite p 20.

[64] Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación. Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 2020; César, Ayala; Carla Márquez Cabezas; Guido Monasterios Vergara; Efraín Alarcón. La Paz-Bolivia: No. 16 Escarlata Industrias Gráficas, 2017.25 p

[65] Decreto Supremo Nº 29601, 11 de junio de 2008 Nuevo Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

[66] La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Julio 2007.

[67] MINISTERIO DE SALUD; Resultados de la implementación de la política SAFCI y MI SALUD: Revista 2016; La Paz- Bolivia.

[68] Rosales, C., Rocha, Cristianne. Trabajo en equipo en los sistemas y servicios de salud: una estrategia para la promoción de salud, 2006.

[69] Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS, Washington, D.C.: OPS,2008.55p.

[70] Peduzzi, M. Equipo Multiprofesional de salud: concepto y topología. Departamento de orientación profesional, Univ. De Sao Pau, Brasil Rev. Salud Pública 2001:9-12p.

[71] Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación. Coordinación Nacional del Sistema de Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica SNIS-VE, Guía De Aplicación Del Comité De Análisis De Información (CAI); La Paz- Bolivia ALFROPI Print Group, 2014. 25p.

[72] Pautas Generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional (General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine) OMS.

[73] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley Nº 459.Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Ley de 19 De Diciembre de 2013.

[74] Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, dirección General de Servicios de Salud, Unidad de Redes de Salud y Calidad. Normas Nacionales de Atención Clínica La Paz- Bolivia;2012.45-50p.

[75] Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Manual de Auditoria en Salud y Normas Técnicas, la paz- Bolivia 2008; N° 63: serie de Documentos Técnicos-normativos. 34p.

[76] Ministerio de Salud y Deportes, Manual de Auditoria y Norma Técnica; serie Documento Normativo; La Paz – Bolivia,2008.

[77] Código de salud de la República de Bolivia, 18 de julio de 1978, capítulos 1 al 4. Gestión Hugo Banzer Suarez.

[78] Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. 144 artículos. Gestión Evo Morales 07-02-09

[79] Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 777. Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE. Ley 21 de enero de 2016.

[80] Decreto Supremo N° 24447 de 20 de diciembre de 1996 - Reglamentación Complementaria de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa

[81] Gaceta Oficial del Estado de Bolivia Ley Nº 2235. Ley del Diálogo 2000. Ley de 31 de julio de 2001

[82] Ley Nº 1178 - Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO). Ley de 20 de julio de 1990

[83] Decreto Supremo N° 0181. Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO).Decreto Supremo de 28 de junio de 2009

[84] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley Nº475. Ley De Prestaciones De Servicios De Salud Integral Del Estado Plurinacional De Bolivia. Ley de30 de diciembre de 2013

[85] Ley Nº 1737. Política Nacional del Medicamento. Ley de 17 de Diciembre de 1996

[86] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley Nº 459.Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Ley de 19 De Diciembre de 2013.

[87] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Nº 223. Ley General para Personas con Discapacidad. Ley de 2 de marzo de 2012.

[88] Decreto Supremo Nº 25233 de 27 de Noviembre de 1998. Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

[89] Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Manual de Organización y Funciones del Servicio Departamental de Salud 2015.

[90] Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005; 71: 83-96

[91] Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: propuesta del plan estratégico 2008 - 2012. Serie de documentos de planificación de la OPS. [monografía en Internet]. Washington, D.C: OPS; 2007 [citado 23 mayo 2013]. Disponible en: http://new.paho.org/ hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf

[92] López Puig P, García Milian AJ, Alonso Carbonell L, Segredo Pérez AM, Fernández Díaz IE, Torres Esperón M, Caracterización de las publicaciones científicas relacionadas con la integración de redes y servicios de salud. Rev. Cub. Salud Pública. 2013

[93] WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.

[94] Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. Integrated care in Europe.Maarssen: Elsevier; 2003. p. 169 -190.

[95] Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.

[96] República de Chile. Autoridad Sanitaria. Pub.L. No.19.937. 24-2-2004.

[97] Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 633 - 43.

[98] Rico A, Moreno FJ. Arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.

[99] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud, conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Área de sistemas y servicios de salud (HSS). Documento de trabajo. Washington, D.C: OMS/OPS; 2008. p. 24.

[100] Gobierno Autónomo Municipal de El Alto. Plan Territorial de Desarrollo Integral. 2016-2020

[101] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza. Diagnóstico Municipal de Género Municipio de El Alto.1ra ed. El Alto Bolivia; c2017.13- 18p.

[102] Instituto Nacional de Estadísticas. *Datos Censo 2012. Disponible en: http://www.ine.gob.bo/*

[103] Unidad de Turismo, Dirección de Inversión y Promoción al Emprendimiento Empresarial y Microempresarial SMDEP-GAMEA.

[104] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza. Diagnóstico Municipal de Género Municipio de El Alto.1ra ed. El Alto Bolivia; c2017.22-25p.

[105] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Op. Cit.,p 25- 26.

[106] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Op. Cit.,p 22-23.

[107] Ministerio de Salud, SNIS-VE [Internet]. Bolivia: Ministerios de Salud [citado el 25 de marzo. de 2017]. Disponible en: http://www.sedeslapaz.gob.bo/websedes/index.php?option=com_content&view=article&id=381&Itemid=175

[108] Decreto Supremo Nº 29601, 11 de junio de 2008 Nuevo Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

[109] Miguel A. Suárez-Bustamante, Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb. Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. 2010, 4 (1): 61-69.

[110] United Nations Development Programme. Decentralized Governance Programme: Strengthening Capacity for People-Centered Development. 1997:1-46. Washington, DC, Management Development and Governance Division, United Nations Development Programme.

[111]. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4. Washington DC. 2010.

[112] Ministerio de Salud de Bolivia, Guía de Procedimientos de Elaboración del Plan Municipal de Salud, 2015.

[113] Guía para la interpretación de indicadores de salud, Ministerio de previsión Social y salud Pública de Bolivia Oficina Sectorial de Planificación y proyectos. Graficas REIMPEX; José María Serrano, La Paz-Bolivia 1990.

[114] Ministerio de salud, Guía de aplicación de comités de análisis de la información: La Paz Bolivia 2014.