UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

Análisis de Oferta Integral de Servicios en la Red Funcional Integrada de Servicios de Salud Corea Municipio de El Alto Bolivia - 2017

POSTULANTE: Lic. Lidia Martha Sanizo Zeballos
TUTOR: Dr. M.Sc. 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 Tinta Espejo	Coordinar Técnico Red Corea
Lic. Eva Canaviri Mita	Responsable de Salud Pública
Lic. Dunia Chavarría	Trabajadora Social Distrito 2
Tec. Juan Aliaga Villca	Administrador
Sr. Marcos Mamani	Apoyo Técnico
Lic. Sofía Poma Calle	Responsable Nutrición
Sr. Marcos López	Responsable Estadística
Lic. Ruth Silva	Trabajadora Social Distrito 3 y 12
Dr. Daniel Cocarico	Administrador GAMEA
Dr. Misael Bautista	Responsable Municipal Programa SAFCI Mi Salud.
Sr. Reynaldo Alavi	Director de Salud GAM

DEDICATORIA

A mi hijo que está en la gloria de Dios; pero que siempre está en mi corazón y es el ángel de mi guardia.

A mi hija, por todo el amor y comprensión que cada día me ofrece sin pedirme nada a cambio.

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 apoyo en 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. Felix Tinta E., Coordinador de la Red Corea y todo el equipo técnico, por la generosa colaboración de darme la oportunidad de realizar el trabajo de investigación.

Al personal del SEDES La Paz por su respaldo y colaboración en la ejecución del proyecto.

Muchas gracias.

Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas

APS	Atención Primaria de la Salud
COMUSA	Consejos Municipales de Salud
COLOSAS	Consejos locales 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
PDS	Plan de Desarrollo Sectorial
PDM	Planes de Desarrollo Municipal
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
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SALMI	Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SIAL	Sistema de Información y Administración Logística
SICE	Sistema de Información Clínico-Estadístico
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
SSR	Salud Sexual y Reproductiva

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN 16

2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN 18

2.1. Antecedentes 18

2.2. Justificación 24

3. MARCO TEÓRICO 25

3.1. Evolución del concepto de salud 25

3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud 27

3.3. El actual sistema boliviano de salud 27

3.4. Los procesos históricos de evolución de la Red de Servicios de Salud 31

3.5. Marco Legal Boliviano en Salud 33

3.6. Las Redes de Salud 37

3.6.1. Funciones de la Red 38

3.6.2. Componentes de la Red de Salud 39

3.6.3. Principios de la Red de Salud 40

3.6.4. Puerta de Entrada al Sistema de Salud 42

3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS 43

3.8. La Política Nacional SAFCI dentro del modelo operacional de la Atención Primaria en Salud (APS) 47

3.9. La Política Departamental respecto a las Redes Funcionales de Salud 51

3.10. La Política Municipal con respecto a Redes en Salud 55

3.11. La Atención Primaria de Salud y las Redes Funcionales Integradas De Servicios De Salud 58

3.12. Las Redes Funcionales Integradas de Salud (REFFIS) 60

3.13 Aspectos Generales Municipio de El Alto 68

3.14 Red de Servicios de Salud Corea 81

3.15 Oferta Integral de Servicios en Bolivia 92

3.16 Indicadores de Salud para la Oferta Integral de Servicios en Bolivia 108

3.17 Oferta de Servicios Integrales en Red Corea Municipio de El Alto 132

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 143
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 144
6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA…….....145
7. OBJETIVOS……. 146
7.1. Objetivo General..... 146
7.2. Objetivos Específicos..... 146
8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 147
8.1. Técnica de Recolección de Datos 147
8.2. Estructura del Instrumento 147
8.3. Composición del Instrumento..... 148
8.4. Proceso de levamiento de Datos y Análisis……..148
8.5. Proceso Investigativo 150
9. RESULTADOS 152
10. DISCUSIÓN 160
11. CONCLUSIONES 164
12. RECOMENDACIONES 166
13. PLAN DE INTERVENCION……..……168
14. REFERENCIAS BILBIOGRAFICA……..……..……..……..……173

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura del Sistema de Salud 28
Tabla 2. Los Procesos Políticos Nacionales 32
Tabla 3. Redes De Salud Municipal 34
Tabla 4. Articulación de las políticas sugeridas con el Plan de Desarrollo Municipal "La Paz 2040"……58
Tabla 5. Municipio de El Alto :Población por distrito……73
Tabla 6. Necesidades Básicas Insatisfechas Municipio de El Alto 2012……77
Tabla 7. Lugar donde Acude la Población con problema censo 2012…..…77
Tabla 8. Indicadores Sociodemográficos 2012……...79
Tabla 9. Indicadores Principales de Salud Municipio de El Alto……...79
Tabla 10. Estructura de Establecimientos de Salud……80
Tabla 11 Población de la Red Corea-2016……...83
Tabla 12 Cobertura de Salud Red Corea……84
Tabla 13 Número de Establecimientos del Primer Nivel Red Corea 2016....89
Tabla 14. Recursos Humanos SEDES Red Corea 2016……90
Tabla 15. Médicos Mi Salud a Nivel Nacional 2015……93
Tabla 16. Atención Realizadas por Mi Salud gestión 2015……..94
Tabla 17. Evaluación Comparativa entre Gestión del PAI……...98
Tabla 18. Programa Nacional de Control de Dengue…….. 100
Tabla 19. Intervenciones Realizadas Programa Nacional De desastre…..101
Tabla 20. Intervenciones Realizadas Programa ITS-VIH SIDA……104
Tabla 21. Atención de Asesoramiento Genético……..105
Tabla 22. Estudios Cromosómicas……..105
Tabla 23. Equipos Entregados al Municipio e Interconsultas realizadas..107
Tabla 24. Programa Mi Salud……..111
Tabla 25 Programa MI Salud Logros Alcanzados 2013-2016……112
Tabla 26. Residencia Médica SAFCI 2007-2016……113
Tabla 27. Programa Multisectorial Desnutrición……114

Tabla 28. Telesalud 2006-2016…….115

Tabla 29. Unidades de Discapacidad 2006-2016…….116

Tabla 30. Seguros de Salud 2014-2016……..…….117

Tabla 31. Programa Ampliado de Inmunización(PAI)……..117

Tabla 32. Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2006-2016……118

Tabla 33. Programa Nacional Control de la Malaria 2006-2016……118

Tabla 34. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA 2006-2016……..…..119

Tabla 35. Programa Nacional de Zoonosis 2006-2016……120

Tabla 36. Programa Nacional de Vigilancia y control de Desastre…….121

Tabla 37 Programa Nacional d Chagas 2006-2016…….…….122

Tabla 38 Programa Nacional Control y prevención de Dengue……..123

Tabla 39. Equipo de Gestión 2017……134

Tabla 40. Número de Establecimientos de Salud ……135

Tabla 41. Diagrama de Alertas para Interpretación de resultados REFISS ……149

Tabla 42. Matriz de Problema Causas y Soluciones……152

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organización del Sector Salud..... 22

Figura 2. Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud . 30

Figura 3. Relación entre fragmentación y desempeño de los servicios de Salud ……54

Figura 4. Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud ... 55

Figura 5. Distritación Municipal y Extensión Territorial..... 71

Figura 6. Pirámide Poblacional Municipio El Alto……..……..72

Figura 7. Crecimiento de la Mancha Urbana Municipio El Alto…..……..75

Figura 8. División Política Administrativa red Corea 2016……..……..82

Figura 9. Pirámide Poblacional Red Corea 2016……..……83

Figura 10. Estructura de Establecimientos por Nivel de Atención…..….86

Figura 11. Número y Porcentaje de todos los niveles……..….124

Figura 12. Promedio de Consultas Externas Gestión 2005-2016……...125

Figura 13. Porcentaje de Consultas Externas Nuevas…….....126

Figura 14. Porcentaje de Consultas Externas Nuevas según Sexo…...127

Figura 15. Promedio de Consultas Externas Nuevas por Habitantes.. 128

Figura 16. Cobertura de Vacunación contra BCG Dosis Única……..128

Figura 17. Cobertura de Vacunación con Pentavalente 3ra Dosis en menores de un año Gestión 2005-2015…….129

Figura 18. Cobertura de Vacunación Antipoliomelítica 3ra Dosis en menores de 1 año Gestión 2005-2015……130

Figura 19. Cobertura de vacunación con SRP en niños (as) de 12 -23 meses Gestión 2005-2015.....130

Figura 20. Cobertura de vacunación Antiamarílica en niños (as) de 12 - 23 meses Gestión 2005-2015……131

Figura 21. Tasa de Episodios de Enfermedades Diarreicas……132

Figura 22. Isócrona de Referencia Gestión 2016……...133

Figura 23. Número de Establecimientos de Salud y Nivel de Atención de

la Red Corea Gestión 2016……135

Figura 24. Porcentaje CPN del 4to CPN y Partos Red Corea……..136

Figura 25. Atención de Partos Institucionales en el Primer y Segundo Nivel Gestión 2016……...…137

Figura 26. Muestras de PAP y Resultados Enero a Diciembre Gestión 2016……..137

Figura 27. Porcentaje de Vacunación en Niños (a)< de 1 año ……..138

Figura 28. Porcentaje de vacunación en niños (a) 1 año ……139

Figura 29 Número de Personas Agredidas por Animal……139

Figura 30. Violencia Familiar ……..…140

Figura 31. Consulta Odontológica……141

Figura 32. Porcentaje de Desnutrición Aguda Moderada y Grave…..141

Figura 33. Cobertura de TB(+) Nuevos……142

Figura 34. Proceso Investigativo participativo……150

Figura 35. Cumplimiento de Indicadores de Resultados Red Corea Municipio de El Alto Organización y Funcionamiento…….153

Figura 36. Cumplimiento de Indicadores Sobre Grupos de población……155

Figura 37 Cumplimiento de los Indicadores Atención a la Persona…..158

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Organigrama SEDES-La Paz……..180

Anexo 2 Mapa Municipio El Alto…….181

Anexo 3 Tabla de Población Municipio de El Alto.. ……..182

Anexo 4 Tabla Indicadores Demográficos El Alto……183

Anexo 5 Red de Salud Corea……184

Anexo 6 Establecimientos de Salud Red Corea……185

Anexo 7 Herramienta REFISS……188

Anexo 8 Fotografías ……..…215

Anexo 9 Fase de capacitación……...219

Anexo 10 Fase de validación…….220

Anexo 11 Fase de recolección de datos……..222

RESUMEN EJECUTIVO

En el contexto socioeconómico de los países de Latino América y el Caribe (LAC) se caracteriza por la inequidad y la exclusión social. Donde persisten grandes grupos poblacionales en la pobreza y un marcado incremento en la población urbana, con crecientes indicadores de desocupados y aumento del empleo informal. Aún subsisten carencias en el aprovisionamiento de agua potable y en los sistemas de saneamiento, persistiendo también vulnerabilidad en los sectores medios.

En la práctica los modelos de atención no están centrados en los usuarios de los sistemas y en sus demandas, sino que se enfocan en la recuperación de la enfermedad, desde una mirada excesivamente medicalizada y bajo las presiones de la industria de la salud por generar mayor consumo de tecnología. En los sistemas de salud el poder reside al interior de los hospitales y los procesos de atención médica están fragmentados al interior de los propios establecimientos y no integrados con otros niveles de atención, generando perdida de continuidad y de calidad.

Los establecimientos de salud, entre otros aspectos están mal organizados, insuficientemente financiados, y no estructurados desde un primer nivel de atención de amplia cobertura y alta capacidad de resolución.

La organización Panamericana de la Salud (OPS), en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios frecuentemente fragmentados y segmentados, ha venido expresando la necesidad de implementar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir al desarrollo de sistemas de salud Basados en APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficiente, de mejor calidad técnica que satisfagan mejor las expectativas de los usuarios.

Un sistema de Salud Basada en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueve la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del

tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

En Bolivia el ministerio de Salud y Deportes implementa la norma Nacional de la red Municipal SAFCI y de la red de servicios; que está a cargo de los Servicios Departamentales de Salud y Gobiernos Municipales. Con la finalidad de fortalecer el sistema de salud con la aplicación de los componentes de Atención Integral Intercultural, Gestión Participativa y Control Social.

La red de servicios está conformado por establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel, interrelación nados mediante el componente de referencia y retorno, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependiendo de los subsistemas: públicos, SSCP, ONG, Iglesias y privados complementados con el sistema de salud entre la medicina tradicional y la académica, con el fin de contribuir la atención integral intercultural que permita la mejora del estado y situación de salud de la población.

El Alto es una ciudad, ubicado en la Provincia Murillo del departamento de la Paz, situada al Oeste de Bolivia en la meseta altiplánica. Se encuentra a una altitud promedio de 4150 msnm; según el censo 2012, tiene una población de 848.840 habitantes y cuenta con cinco Redes: la Red Corea, Red Boliviano Holandés, Red Senkata, Red los Andes, Red Lotes y Servicios.

La Red Corea esta segmentada en cuatro subsectores que brindan protección a distinta población: público, seguridad social, ONG, iglesia y privados. Conformada por 29 establecimientos de salud entre primer nivel y segundo nivel de atención con una población de 259.797 habitantes.

El objetivo del estudio es determinar las principales deficiencia en relación a la oferta integral de 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, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas.

Para posteriormente presentar un Plan de Acción por nivel de red integrado de salud, en coordinación con autoridades correspondientes de la Red Corea, con el fin de mejorar la calidad de los servicios con énfasis en actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos como parte de una estrategia de atención Primaria en salud. Y así lograr la producción de salud social de la salud de manera eficiente según los principios de igualdad, solidaridad, universalidad equidad.

El diseño de Investigación, es de tipo Descriptivo Observacional orientado a una investigación acción participativa. El diseño incluye dos fases: cuantitativo y cualitativo.

Los instrumentos de recolección fueron con una encuesta estructurada a grupos focales y verificación de fuentes de información, instrumento propuesto por organización panamericana de la Salud OPS/Bolivia

1. INTRODUCCIÓN

El entorno socio económico del continente sudamericano, entre los que se encuentra nuestro país, es destacable por la inequidad y la exclusión social, persistiendo esta vulnerabilidad a nivel de los estratos bajos y medios.

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.

Por su parte, el incremento en los niveles de insatisfacción con los servicios de salud y las demandas de mejora en la calidad de la atención, así como las peticiones de actualización de los equipos tecnológicos y la utilización de nuevas metodologías más efectivas, también son aspectos que deben ser resueltos por los sistemas de salud.

En tal sentido la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 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.

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.

Al respecto, con base en la creación de un documento teórico sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la OPS/OMS[1] diseñó una herramienta

[1] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

genérica que permite analizar la funcionalidad y el grado de integración de las redes e incorpora todos los componentes, características y principios que postula la APS renovada. Ésta herramienta llamada Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS), para su aplicación en Bolivia, fue adecuada y contextualizada a la realidad del país.

El objetivo fundamental de las REFISS[2] 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.[1]

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.

Los resultados obtenidos reflejan todos 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.[2]

La legislación vigente establece que el gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud, es el garante de la salud y su mandato fundamental es contribuir de forma efectiva a la protección social y garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Según el artículo 18º de nuestra Carta Magna[3] aprobada en el año 2009, todos los bolivianos tienen derecho a la salud y al mismo tiempo esta suprema norma determina que la salud es un fin y una función esencial del Estado.

La intención de la nueva política de gobierno es ejecutar medidas y tareas públicas de salud a fin de garantizar un derecho consagrado en nuestra suprema

[2] Redes Funcionales de Servicios de Salud

ley y responder en el espíritu del nuevo paradigma del proceso de cambio asumido, a las necesidades y genuinas pretensiones en salud del pueblo boliviano.

Por tanto, el objetivo del estudio es evaluar la 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, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas.

Para posteriormente presentar un Plan de Acción por nivel de red integrado de salud, en coordinación con autoridades correspondientes de la Red Corea, con el fin de mejorar la calidad de los servicios con énfasis en actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos como parte de una estrategia de atención Primaria en salud. Y así lograr la producción de salud social de la salud de manera eficiente según los principios de igualdad, solidaridad, universalidad equidad.

2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Antecedentes

La salud, entendida como 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.[4]

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[3], 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

[3] 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.

adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género.[5]

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 los 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[6] que establece que el modelo de atención y de 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[4] 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 nuestro país.

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.

[4] Salud Familiar Comunitaria Intercultural

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, estructuraban, ni reglamentaban su funcionamiento.

Con la finalidad de llenar ese vacío jurídico y ejercer la función de rectoría, el Ministerio de Salud elaboró también una norma que permite consolidar su política SAFCI para que 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; coordinen todas 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 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[7] de cumplimiento obligatorio y puesta en práctica también por los Servicios de Salud de los gobiernos subnacionales sean municipales o de la gobernación respectiva.

Este gran esfuerzo realizado por 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.[8]

Continuando el proceso de descentralización iniciado en la década del 90, con la promulgación de la Ley de Marco de Autonomías “Andrés Ibáñez”[9] 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 las 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.

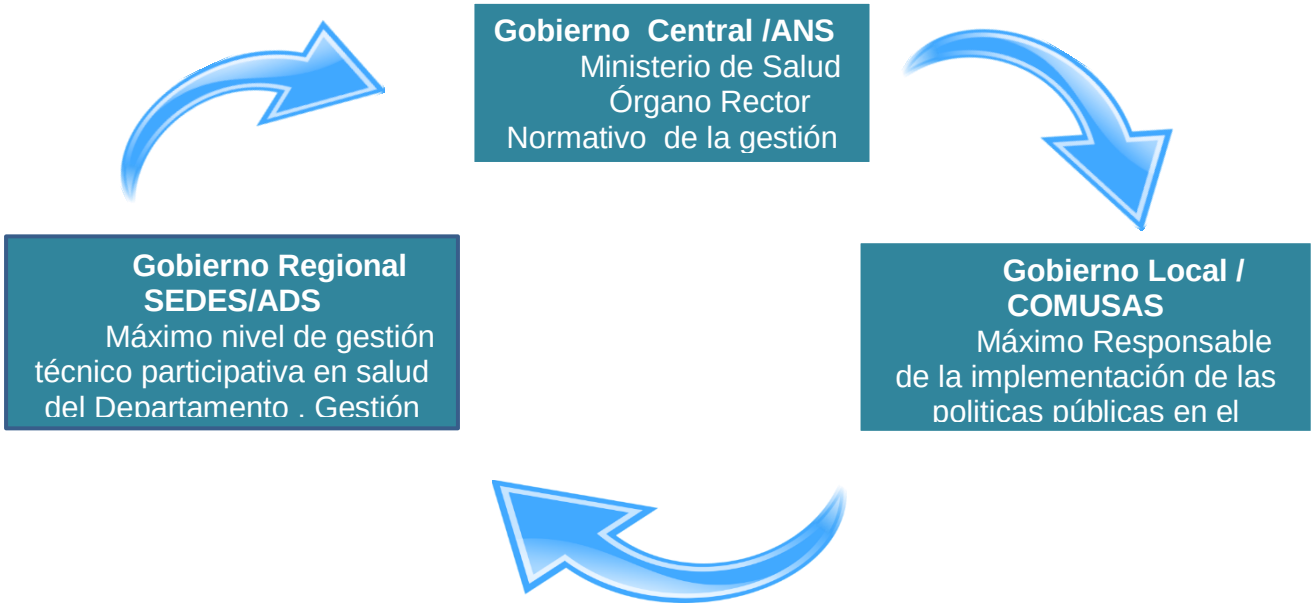
Del mismo modo los municipios son los responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria, mismas que son supervisadas por los Consejos Locales de Salud (COLOSAS), Consejos Municipales de Salud (COMUSAS) o la Autoridades Locales de Salud (ALS), en el que participan de representantes de los diversos actores en salud, como ser el SEDES[5], alcaldes municipales y miembros del control social y la sociedad civil organizada.

Este importante cambio en el enfoque del modelo del sistema de salud, tiene como eje central la búsqueda de la integración de la comunidad en la prestación de servicios de salud con la medicina tradicional y las prácticas propias de las comunidades originarias, las cuales representan el 62% de la población boliviana, y se constituye en eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional, impulsando la interculturalidad, la participación comunitaria, la integralidad y la intersectorialidad.

Los actores importantes del sub sector de la salud pública en el que se mencionan algunas de sus atribuciones (Ver Figura 1):

[5] Servicio Departamental de Salud

Figura 1. Organización del Sector Salud



ANS Asamblea Nacional de Salud
ADS Asamblea Departamental de Salud
COMUSAS Consejos Municipales de Salud

Re elaboración: 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[6] 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 de Salud, la primera es la Red Municipal SAFCI, conformada por los centros de primer y segundo nivel de

[6] Organismos No Gubernamentales

prestación de servicios de salud, el cual es dirigido por el Coordinador de Red que es nombrado por el respectivo SEDES[7].

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

[7] Servicio Departamental de Salud

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.

2.2. Justificación

El Estado Plurinacional ha heredado una inmensa deuda social, en la que forma un componente importante la brecha en salud con el pueblo boliviano, deuda especialmente agravada, según indican las autoridades gubernamentales por las políticas neoliberales y por la pérdida de soberanía por la globalización que ha exacerbado la mercantilización de los servicios de salud, que en los hechos muchos sectores incluso los públicos “privatizaron la salud”.

En ese estado de situación, existen diversos estudios que muestran que el sistema de salud, no ha sido capaz de responder eficiente y oportunamente a las demandas y a las necesidades de los bolivianos.

Ese incumplimiento de garantizar el derecho a la salud se ha manifestado en los alarmantes índices de exclusión y autoexclusión del sistema. Es más, desde la óptica gerencial se puede afirmar que la ineficiencia de las distintas instancias de las redes de salud, atenta contra la vida de los seres humanos.

Por lo tanto la presente tesis permitirá conocer las actuales características del funcionamiento de las redes de servicios de salud de la Red Corea Municipio 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 acciones correctivas.

Nuestro país no posee ilimitadas cantidades de recursos económicos, por cuanto resulta importante evaluar su uso eficiente mediante los sistemas de planificación, de organización, de gestión y los datos obtenidos permitirán establecer estrategias para mejorar el acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud.

Consecuentemente, mediante la aplicación de una herramienta validada para medición del atributo 2 del REFISS, la presente tesis contribuye a analizar aspectos inherentes a:

- Los componentes de la estructura y organización de la Red Corea Municipio El Alto.
- La participación de todos los actores sociales e institucionales en el abordaje y resolución de la problemática de salud a nivel municipal.
- El nivel de conocimiento e integración y el alineamiento de los servicios de salud y la coordinación entre los actores, para cumplir con los objetivos propuestos por la red.
- El tipo de planificación empleada en la gestión de la Red Corea, desde la elaboración del POA y la participación de los actores en salud, la evaluación y el cumplimiento de objetivos y la existencia de indicadores claros y específicos que permitan valorar claramente la gestión.
- La evaluación del diseño y ejecución de las políticas públicas en el Estado Plurinacional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Evolución del concepto 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 (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.[10]

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*"[11] .

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.[12]

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 sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región".[13]

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 desmercantilizar 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.[14]

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.

3.2. 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).

3.3. 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"[15], su organización de acuerdo a la capacidad resolutiva se refleja tres niveles de atención:

1. El **primer nivel de atención**, encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, está conformado por los puestos de salud, centros ambulatorios de salud, policlínicos y policonsultorios, la medicina tradicional y las brigadas móviles de salud.

De acuerdo al *"Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer nivel de atención",* este nivel es la PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD.

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

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

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.[16]

Tabla 1. 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 de Red en Salud	Articula la política nacional de salud con la política 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:

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.

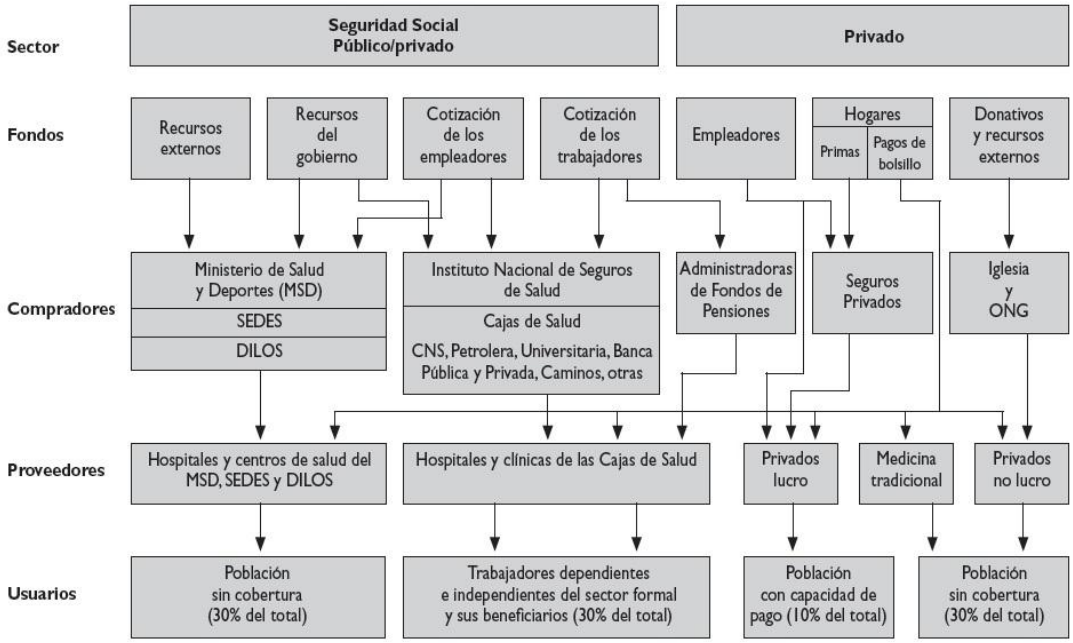
2. La **Red de Salud Departamental,** conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento.

   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”).

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, según es posible ver en la siguiente figura.

Figura 2 Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud



FUENTE: Sistema de Salud de Bolivia, Carmen Ledo, 2011[8]

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[8] municipal y recursos externos

3.3.1. Red de Servicios de concepción funcional

La finalidad de la Red de Servicios es asegurar la capacidad resolutiva del sistema, y se encuentra conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; dependientes de los subsistemas: público, seguro de salud a corto plazo y privado, con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la Medicina Tradicional y la Estructura Social en Salud.

3.4. Los procesos históricos de evolución de la Red de Servicios de Salud

Desde su proclamación en 1978, la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido un tema ampliamente debatido. Su descripción multifacética en la declaración de Alma-Ata[17] es un excelente ejemplo de un compromiso bien elaborado pero ambiguo: tan difícil de repudiar como de acordar para su implementación.

Al mismo tiempo que el atractivo 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.[18]

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

[8] Impuesto Directo a los Hidrocarburos

"necesito ambulancias"[19] 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.

En 2006, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia presentó un plan para rediseñar la política sanitaria.[20] Una revisión de tal documento deja ver una fuerte voluntad política y nuevas ideas interesantes: los autores hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos. Sin embargo, también se observan contradicciones evidentes, por ejemplo, mientras el acceso adecuado es eliminado como un determinante clave de la salud, aún es visto como objetivo a seguir.

Tabla 2. 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.
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.

3.5. 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 3 Redes De Salud Municipal

Norma	Año	Propósito
Constitución Política del Estado[3]	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 Social	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 dependientes, sujetos a horario y sobre todo a salario"*.
Decreto Ley Nº 15629 Código de salud[21]	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 del Estado Plurinacional Evo Morales[22]	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 específicas de los ministerios, entre ellos del Ministerio de Salud.

LEY N° 031 Ley Marco De Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez [9]	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[23]	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[24]	1996	Determina los criterios para la creación de Distritos Municipales y la asignación de recursos.
Ley N. ª 2235 Ley del Diálogo 2000[25]	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)[26]	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, Sistema de la Ley (SAFCO)**[27]	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 y la Ley Nº 1178; y establece los elementos esenciales de organización, funcionamiento y de control interno, relativos a la administración de bienes y servicios.

Decreto Supremo 29601 - Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI[6]	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[28]	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[29]	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[30]	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[31]	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, 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[32]	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 Salud La Paz.[33]	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 en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política SAFCI.

3.6. Las Redes de Salud

Las Redes de Servicios de Salud que se define como un conjunto integrado, interconectado e interdependiente de servicios de salud, con una capacidad de resolución, organizada en forma escalonada por niveles de complejidad, con oferta diferenciada y evitando duplicidades existentes en un espacio geográfico especifico. Son responsables de producir un mejor estado de salud para su población.[34]

Para el logro de este objetivo se debe integrar la gestión, aumentar la calidad y eficiencia de los servicios preventivos, promocionales y de atención en salud, mediante la separación de roles y funciones en el marco de la concepción de espacios públicos no estatales, considerando como ámbito geográfico poblacional el municipio.

Su carácter público privilegia el derecho al acceso a los servicios de salud, bajo principios de universalidad, equidad y solidaridad que pretende mejorar la calidad de vida de la población, garantizados por la Constitución Política del Estado.

También se entiende como público, la propiedad de los establecimientos de salud, incluidos en la Red, los bienes y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios de salud, de acuerdo con las leyes. La presencia de las organizaciones de la comunidad en todas las instancias, da su carácter comunitario a la Red.

3.6.1. Funciones de la Red

La Red debe contar con los elementos esenciales para su implementación y puesta en operación, conformando un conjunto de establecimientos y servicios de salud de variados niveles de complejidad, articulados funcionalmente con un esquema apropiado de relación administrativa, con el fin de asegurar la atención de salud y enfermedad, del individuo, la familia y la comunidad, con oportunidad, calidad y calidez, en proporción a la complejidad de la demanda de un ámbito geográfico-poblacional determinado, con la capacidad de expresar una organización apropiada de los servicios públicos, iglesias, ONGs., privados, medicina tradicional y la comunidad organizada, para dar una respuesta a la particular dinámica y expresión de los problemas de la salud de su población.[35]

Las Redes tienen su propia particularidad, es decir, no todas son iguales; las diferencias están marcadas por la demanda y la oferta de cada una de ellas. Las

Redes que se instalan en las áreas rurales y poco desarrolladas, serán distintas de las urbanas y/o urbano-marginales, según tamaño y dinámica poblacional.

La dinámica social será la que determine las expresiones del proceso salud-enfermedad en la población de un determinado territorio y será esta comprensión la que marque la estructuración eficiente, eficaz, articulada a la capacidad instalada y funcionalmente existente, para brindar atención oportuna y de calidad a los problemas en salud de la población, entonces el concepto de referencia y retorno, se redefinirá a partir de la pregunta: “qué y cuándo referir”, lo cual depende de la oportuna atención, complejidad del daño y capacidad resolutiva de cada nivel de atención.

Cada Red enfrentará un conjunto de problemas particulares, por lo que; se tendrá que desarrollar, potencialidades, capacidades y competencias que serán los medios para asegurar la capacidad resolutiva de la Red en la articulación de sus componentes y funciones.

3.6.2. Componentes de la Red de Salud

La Red 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 promocionales, preventivos 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: Tesoro General de la Nación (TGN/Salarios), Municipio T.G.N, reembolsos y pagos por los Seguros Públicos, Cooperación internacional y generación propia por la venta de servicios.

- **Medicamentos e insumos médicos.** Los medicamentos, suministros e insumos médicos que la Red requiere para garantizar la atención oportuna de sus beneficiarios.

- **Instrumentos normativos.** Normas, Manuales, protocolos y procedimientos en el área asistencial y administrativo-gerencial; establecidos por los niveles 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 y actualmente por disposición de la Política SAFCI, que señala un modelo de atención y un modelo de gestión, se prioriza 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 de la población y promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.

3.6.3. 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 MS. Desde el 11 de junio del 2008, el Decreto Supremo Nº 29601.

- **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.

- **El acceso equitativo de la población a los servicios de salud.**
  La desigualdad en salud es un término empleado comúnmente en algunos países para indicar diferencias sistemáticas, evitables e importantes. Sin embargo, existe cierto tipo de ambigüedad acerca del término, ya que mientras que unos lo emplean para transmitir un sentido de injustica, otros lo emplean para dar a entender ¨desigual¨ en un sentido puramente matemático. A esto se añade el problema de la traducción a algunos idiomas, donde sólo existe un término disponible para traducir tanto "inequality" como "inequity". Para evitar confusión, la OMS ha elegido los términos "equity" (equidad) e "inequity" (inequidad) para la Estrategia Europea de Salud para Todos.

- **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 de la comunidad 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 todo el curso 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.

3.6.1. Conformación de Redes De Salud

Los requisitos fundamentales para la conformación de redes de salud son organizar un modelo integrado de asistencia y desarrollar un modelo de gestión, para el logro de un funcionamiento eficaz y eficiente de todo el Sistema Nacional de Salud y con capacidad de resolución.

3.6.4. Puerta de Entrada al Sistema de Salud

Son variadas las experiencias consistentes en establecer, como puerta de entrada al sistema de servicios de salud, que implica que los médicos generales a los que se responsabilizan por la autorización y coordinación de toda la atención necesaria ("gatekeepers").[36]

Por el contrario, los sistemas con un primer nivel como puerta de entrada (médicos de atención primaria) generalmente requieren delimitación de la población a cargo y restringen la elección del proveedor, pero tienen un enorme potencial para garantizar la continuidad de la atención y la coordinación de los servicios.

En estos sistemas crece la posibilidad de evitar la duplicación, hacer un uso más eficiente de los recursos; además de existir una más clara división entre

proveedores de atención primaria ("médico general", "médico de familia") y especialistas.

Se refieren:

a) Ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema;

b) Clarificar la demanda;

c) Brindar información sobre la situación de salud del individuo que consulta;

d) Realizar procedimientos diagnósticos de baja complejidad;

e) Realizar tratamientos;

f) Coordinar con otras disciplinas;

g) Realizar tareas de prevención; y

h) Registrar la información en historias clínicas unificadas de manera de garantizar la coordinación y la continuidad de la atención prestada[37].

3.7. 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[38], ver Figura 3.

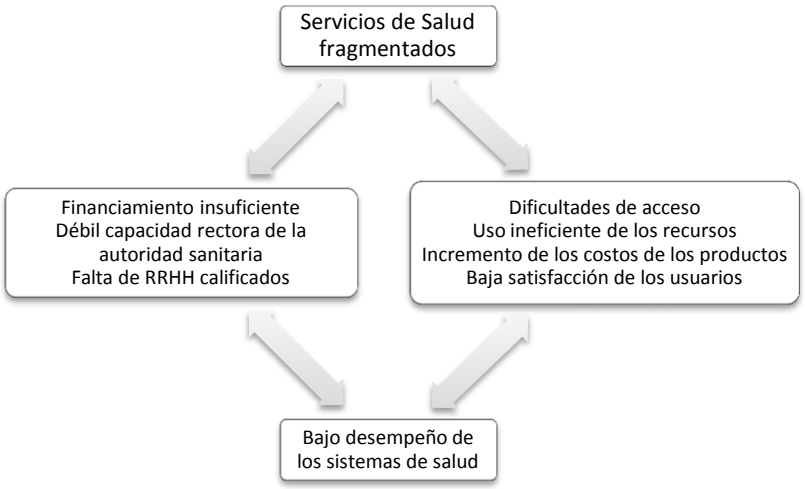
La fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan (p. Ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales), o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema (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).

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).

Figura 3. 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".

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.

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

Al respecto la OPS/OMS considera que las RISS son estrategias operativas importantes del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, que favorecen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales tales como, la cobertura y el acceso universal; el primer contacto con los servicios de salud; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar, la participación comunitaria y la acción intersectorial, entre otros.

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.[39]

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.

3.8. 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.[40]

El objetivo de la política SAFCI es contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud, esto se pretende alcanzar:

- 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.

3.8.1. 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.

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.

La **intersectorialidad**, 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.

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.

3.8.2. 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.[41]

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

3.8.3. Los componentes de SAFCI

- **La gestión participativa y control social**[41], que es la 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:

- **La atención integral intercultural en salud**, que es la 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.

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.

3.9. 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 y la Ley Marco de Autonomías N° 031.9

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**,** 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 RESOLUCIÓN 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 ESTRATÉGICOS 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.

En el ANEXO 1, se puede observar el Organigrama del Servicio Departamental de Salud de La Paz y las Redes Funcionales:

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.

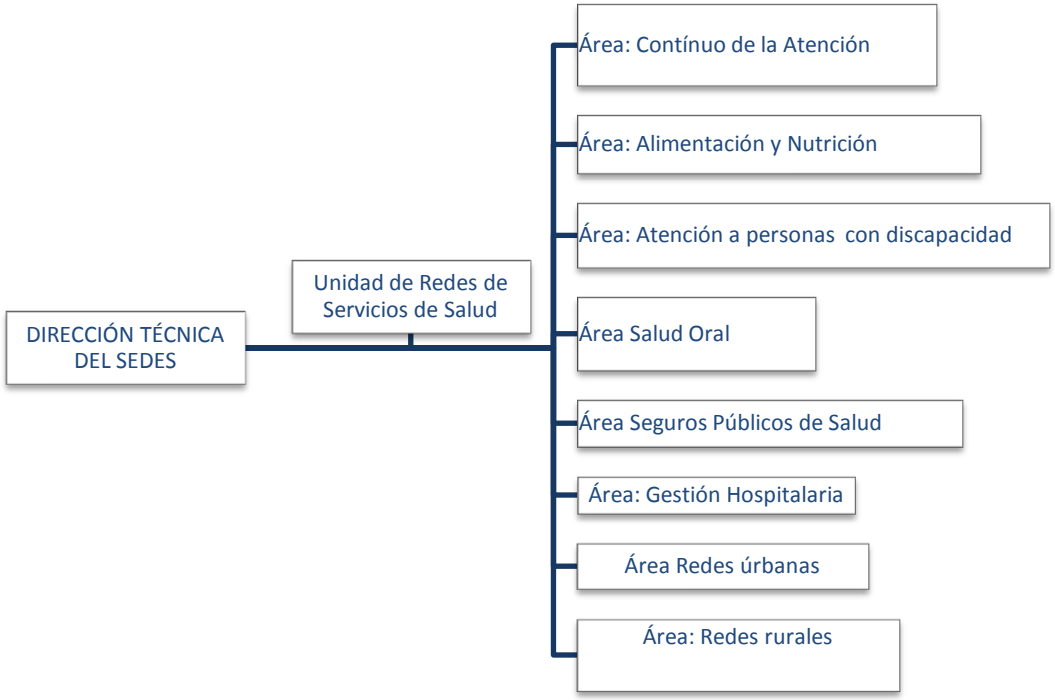
A lo largo del MOF, se aprecia que las distintas Unidades de Sedes, tienen relaciones de coordinación intra institucional con la Unidad de Redes de Servicio de Salud, todo esto en aras de evaluar el grado de cumplimiento, brindar soporte técnico, o supervisar la aplicación de las normas, metodologías 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.[37]

3.9.1. 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. El Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud, es el siguiente:

Figura 4 Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud



Fuente: MOF SEDES 2015

3.10. 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. Al mismo tiempo, las municipalidades son las responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria[42].

Ley N° 031 **Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez"** **TÍTULO V** **CAPÍTULO III** **Alcances y competencias** **Artículo 81**	7, Elaborar la legislación para la organización de las **redes de servicios**, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.
Ley N° 031 **Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez" TÍTULO V** **CAPÍTULO III** **Artículo 81**	Planificar la estructuración de **redes de salud funcionales** y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

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.

En un artículo del Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N°475, menciona la coordinación y la capacidad resolutiva de los establecimientos.[43]

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.

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. 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.**

Tabla 4 . 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

3.11. 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*".*

La declaración de Alma-Ata 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*"[44].

La declaración de Montevideo[45] 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"*[46]

La Agenda de Salud para Las Américas[47]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"*

3.11.1. 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.

Hacia finales de la década de los 80 la iniciativa de OPS/OMS sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS), también hablaba sobre la necesidad de organizar los servicios de salud en niveles de atención, desarrollar sistemas de referencia y contra-referencia, y hacer una planificación regional de los servicios de 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.

3.12. Las Redes Funcionales Integradas de Salud (REFFIS)

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 ; 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.

Planificación Municipal Participativa en Salud

Es 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.[48]

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.

Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud está conformado por:

a) 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

b) 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. Está organizada de la siguiente manera:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

c) La estructura intersectorial

Entendida como el espacio de deliberación con los representantes de los sectores alineados con la política sanitaria; para la solución de los problemas relacionados con las determinantes de la salud, controlando la ejecución de las acciones y sus resultados.

Los espacios de deliberación son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, de la estructura social, estatal y los otros sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros) conformada por: Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres y cabildos. Los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales, son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres) donde se concretiza la gestión local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local existen dos tipos de espacios de deliberación que son: – La Reunión General de Planificación (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades o barrios, tengan o no establecimientos de salud; para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables.

El Comité de Análisis de Información en Salud, CAI, Comunal O Barrial

Espacio de deliberación para seguimiento y control, se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a las personas, familias y comunidades.

Atención Integral y Continua

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación; ello requiere de la coordinación de todas las instituciones del Sistema de Salud y los niveles de atención de los Servicios de Salud.

Capacidad Resolutiva

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

Sistema Nacional de Referencia y Contra Referencia

La finalidad de la Red de Servicios es asegurar la capacidad resolutiva del sistema, y se encuentra conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; dependientes de los subsistemas: público, seguro de salud a corto plazo y privado, con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la Medicina Tradicional y la Estructura Social en Salud.

Referencia y Contra Referencia

El instrumento normativo que regula el componente de referencia y contra referencia, es la Norma Nacional de Referencia y Contra Referencia, que establece reglas y subcomponentes que deben cumplirse por las diferentes instancias institucionales e intersectoriales[49].

El componente de referencia y contra referencia: 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 un de garantizar la resolución del problema de salud de la persona y su familia.

Definiéndose el criterio de referencia y contra referencia como los argumentos o parámetros, incluidos en las Normas Nacionales de Atención Clínica, que orientan tanto para la referencia como para la contra referencia de un paciente.

Por cuanto la 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 contra referencia, debiendo registrarse todas las acciones en los documentos correspondientes.

Y la contra referencia es la acción consistente en un informe escrito de la valoración y el tratamiento realizado (diagnóstico, acciones de diagnóstico y tratamiento realizados, resultados de exámenes complementarios, indicaciones, recomendaciones), desarrollados 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 Contra referencia en el Capítulo II, se describe las 30 reglas del componente “Referencia y Contra referencia”.

Medicina Tradicional

Es extensa diversidad de doctrinas sobre la Medicina Tradicional, mas debemos hacer hincapié al concepto que operan los integrantes de la Sociedad Boliviana de la Medicina Tradicional SOBOMETRA señalaron, *”actualmente la medicina tradicional es la práctica médica “mestiza” del área andina, con fuerte influencia religiosa, basada en la cosmovisión que la caracteriza como tal. Los terapeutas de esta práctica médica nativa son principalmente los Kallawayas, Jampiris, Yatiris, Parteros, e Ipayes. Las denominaciones para nombrar a los terapeutas indígenas son conocidas y empleadas de acuerdo a cada área geográfica específica”*[50].

a) Médicas y Médicos tradicionales ancestrales

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!

b) 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 indígenas 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.

c) Partera o partero tradicional

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

d) 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.

e) 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 fin 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.

Siendo los servicios de salud y la atención que se brinda en estos un espacio peculiar de relacionamiento entre el personal de salud y los usuarios, es importante que se desarrollen experiencias de interculturalidad favorables para todos, pero muy especialmente para los usuarios, donde se respeten sus saberes, creencias y prácticas en salud y medicina tradicional; de esta manera el nuevo Estado Plurinacional estará en mejores condiciones para lograr incrementar la calidez y las coberturas de la atención en salud y por tanto disminuir la morbimortalidad general, pero muy especialmente de las poblaciones vulnerables que coincidentemente son parte de las 36 nacionalidades y grupos étnicos existentes en Bolivia.

f) Salud y Enfermedad en un Contexto de Interculturalidad

Significa que, en estos casos de quejas y reclamos, se están incumpliendo los principios bioéticos fundamentales de autonomía y de justicia, que son el sustento

del consentimiento informado, y que están, en este tipo de situaciones, por encima del principio de beneficencia.

Estos reclamos y quejas no son falencias de atención atribuibles exclusivamente al personal de salud, sino también son responsabilidades de la institución prestadora de servicios y finalmente del Estado, que se deben superar integralmente y lo más rápidamente posible. La implementación de las Normas Nacionales de Atención Clínica, en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, va dirigida también en este sentido, al igual que las siguientes medidas y cambios de actitudes:

- Se debe fomentar la implementación de un número suficiente de servicios de salud con prácticas interculturales, incluyendo traductores, promotores de salud y médicos tradicionales, de manera que los usuarios tengan la opción de ser atendidos también, si así lo solicitan, por la medicina tradicional.
- Se debe fomentar actividades y programas de fortalecimiento y difusión de la medicina tradicional en las familias, evitando su elitización y comercialización.
- Se debe impulsar la incorporación del parto intercultural en todos los servicios materno-infantiles a nivel urbano, y a nivel rural la capacitación de la totalidad de las parteras empíricas.

El personal de salud debe estar sensibilizado y capacitado en prácticas interculturales, como el respeto a los conocimientos, percepciones y actitudes de la salud-enfermedad, incluyendo el conocimiento de un idioma nativo.

3.13 Aspectos Generales Municipio El Alto

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.

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)[51].

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**[9]. **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.

[9] 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...

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.

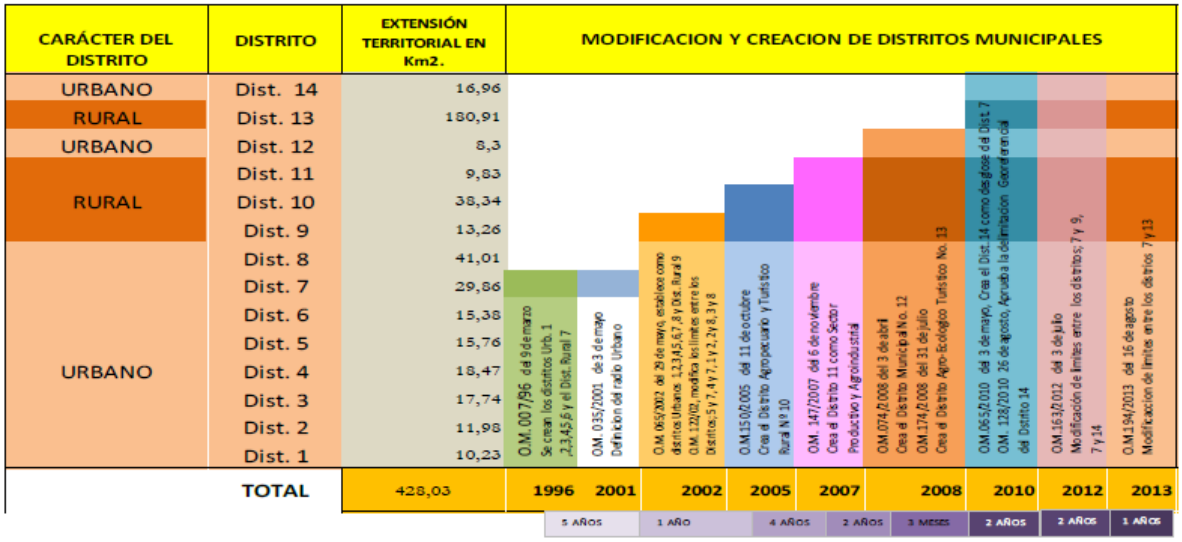
Finalmente, durante el año 2013 se efectúa nuevamente la modificación al Distrito 7, la cual disminuye su superficie. En este sentido, a efecto de esta disminución, la extensión territorial del Distrito 13 tiene un incremento de superficie.

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[10] 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 5 Distritación Municipal y Extensión Territorial



Fuente: 1Plan Territorial de Desarrollo Integral 2016-2020

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°.[11] 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

[10] 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.

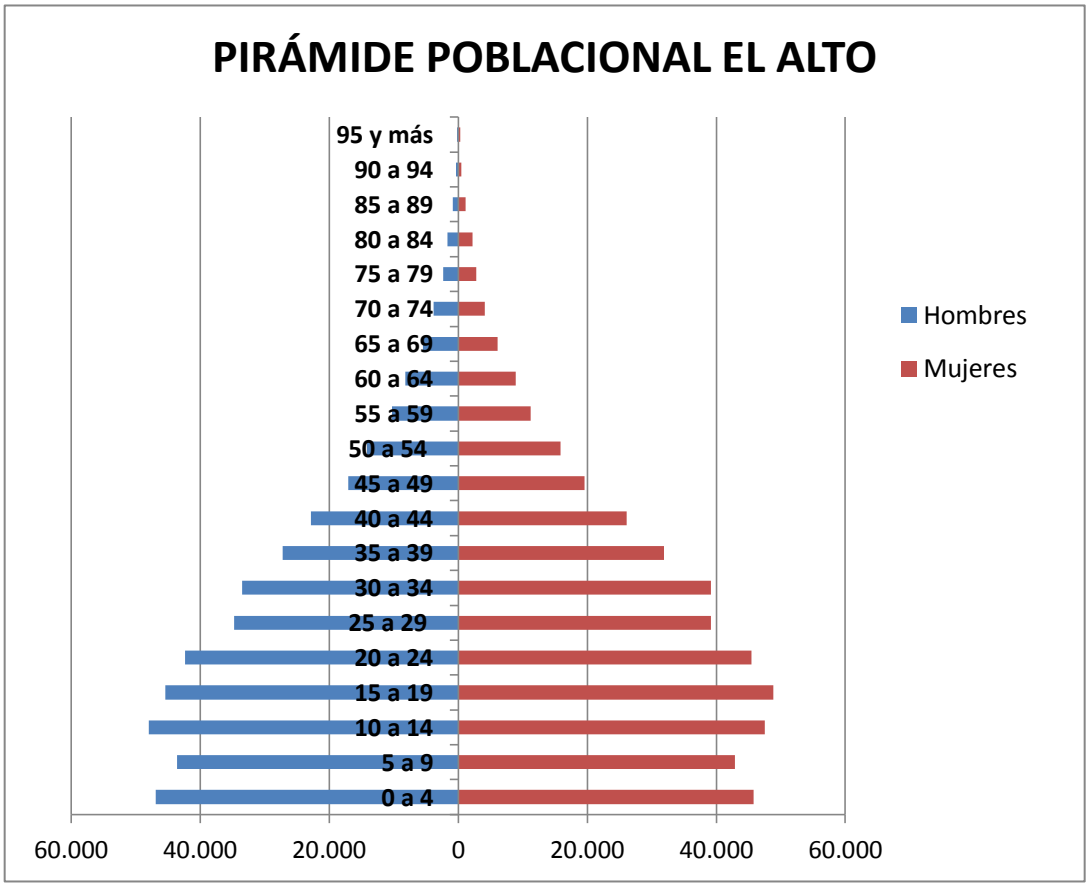
[11] Cuya característica son sus superficies planas poco accidentadas, que corresponden a las llanuras de sedimentación de la Cordillera Oriental de Los Andes.

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. [52]

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%[53].

FIGURA 6 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.

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 5 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: 3 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

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. [54]

FIGURA 7 Crecimiento de la Mancha Urbana del Municipio de El Alto.

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

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.

Factores de Crecimiento Poblacional

Fecundidad

En el Municipio de El Alto, la tasa de Fecundidad General[12] (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. [55]

[12] 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.

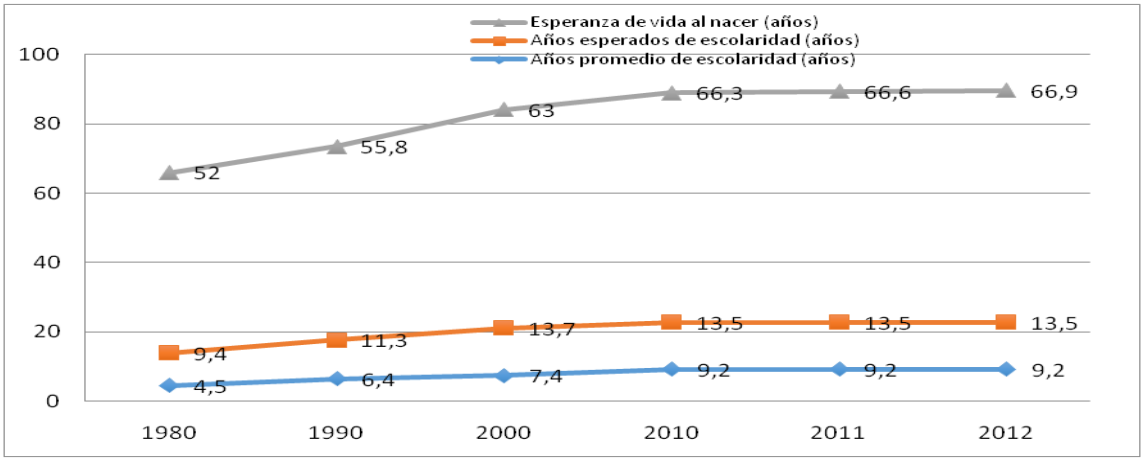
Migración

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). [56]

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: 4 Dirección Municipal de Salud 2014

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 6 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

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 7 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.[57]

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 8 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

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 9 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%
Cobertura 3ra. Dosis de hierro (menores 2 años)	

Fuente: Datos SNIS e INE

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: [58].

TABLA 10 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.

3.14 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.

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.

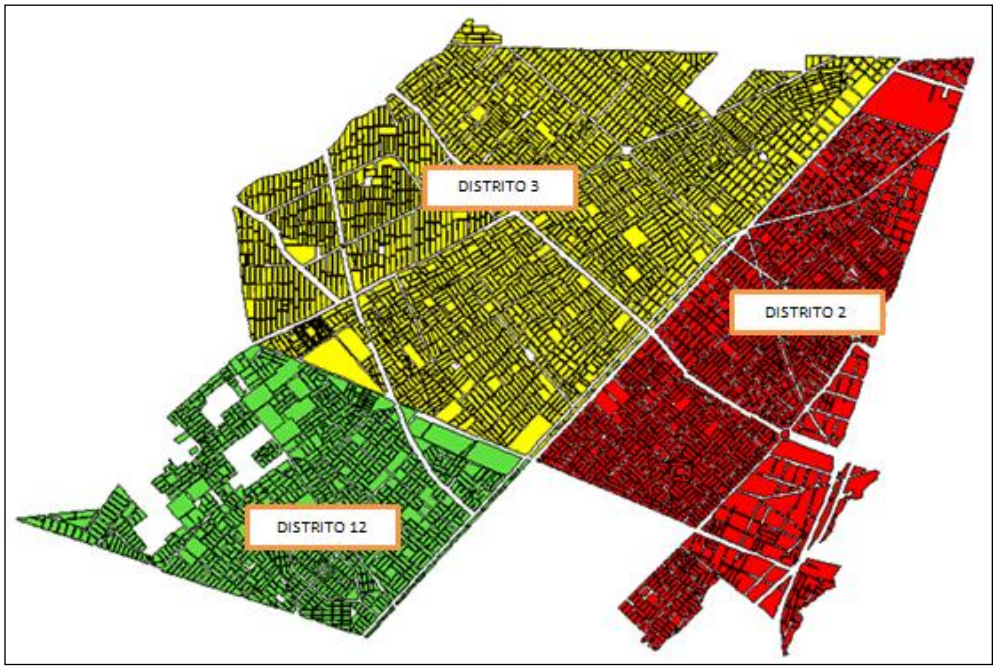
Aspectos Generales

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”.

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.

FIGURA 8 División Político Administrativa. Red Corea. 2016



Fuente: 5 Coordinación de Red Corea

Población de la Red de Servicios de Salud Corea

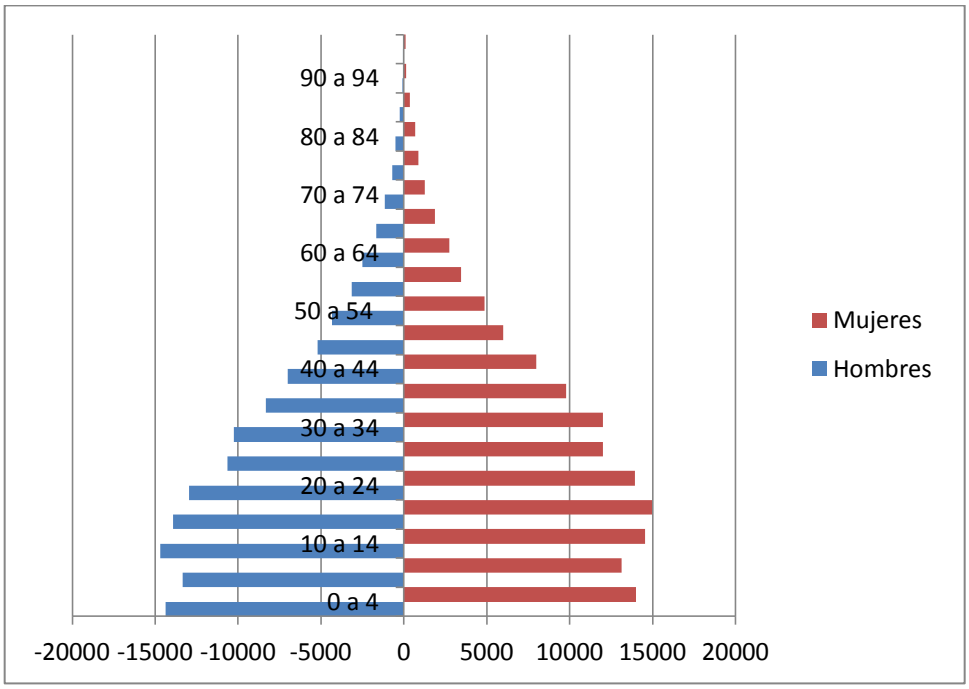
La Red de Salud Corea es la de mayor concentración poblacional del Municipio de El Alto, pues de acuerdo a las proyecciones oficiales con las que se trabaja en la Red, se tiene un número de 259.797 habitantes.

TABLA 11 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: 6 Coordinación de Red Corea

FIGURA 9 Pirámide Poblacional Red Corea. 2016



Fuente: 7 Datos INE- SEDES 2016

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.

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.

TABLA 12 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%
Cobertura 3ra. Dosis de hierro (menores 2 años)	

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[13], tal como la prevención del Cáncer Cérvico Uterino que llego en el 2016 a 12180[14] casos que equivale al 20 %.

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. (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.

El Distrito 2: Cuenta con una población 117.552 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 121.526 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

[13] 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.

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

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 20.719 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)

FIGURA 10 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

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. [59]. 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.

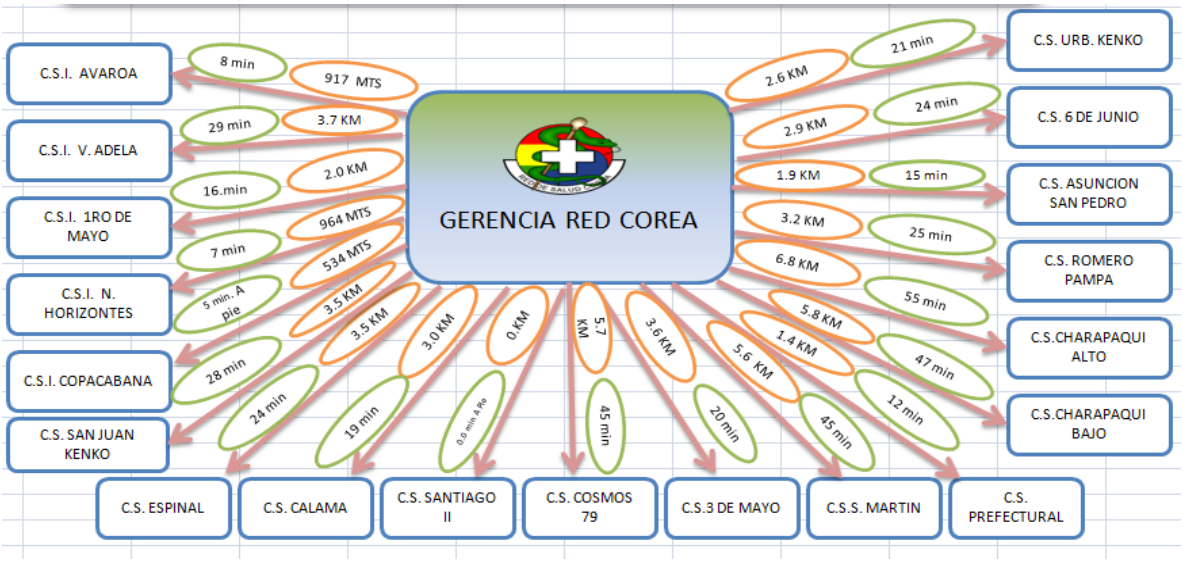
La Red Corea cuenta con 45 Consultorios Vecinales Mi Salud, distribuidos en diferentes áreas de influencia de los establecimientos de salud.

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

Distribución de los Establecimientos de Salud según el Nivel de Atención

Primer Nivel de Atención:

- ✓ **Publico:** C.S.M.I. Villa Adela, C.S. Calama, C.S. Cosmos 79, C.S. Luis Espinal, C.S.M.I. Villa Avaroa, C.S. Prefectural, C.S. Santiago II, C.S. Nuevos Horizontes, C.S. Asuncion San Pedro, C.S. Urbanizacion Kenko, C.S. San Juan Kenko, C.S. Copacabana, C.S. 6 De Junio, C.S.M.I. 1ro. De Mayo , C.S.Charapaqui , C.S. 3 De Mayo, C.S. Romero Pampa, C.S. San Martin, C.S. Chijini Alto, C.S. Chijini BajoONGs: Promujer Villa Adela , Santiago II y Collpani.
- ✓ **Seguridad Social:** Policlínico Villa Adela.
- ✓ **Iglesia**: San Sebastián.
- ✓ **Privado:** Centro Médico Mujer y Familia, Clínica Jesús Obrero

Segundo Nivel de Atención

- ✓ **Publico** : Hospital Modelo Boliviano Corea

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

- ✓ **Privado:** Hosp. Corazon De Jesus.

TABLA 13 Número De Establecimientos De Salud Del Primer Nivel De Acuerdo a Los Distritos y Horas De Atención De La Red Corea Municipio de El Alto Gestión 2016

	DISTRITO 2					DISTRITO 3				DISTRITO 12				
6 HORAS			C.S. A. 6 DE JUNIO	C.S.A. ASUNCION SAN PEDRO					.S.A. ROMERO PAMPA					
12 HORAS	C.S.A. SANTIAGO II	C.S.A PREFECTURAL	C.S.A. SAN JUAN KENKO		C.S.A. URB. KENKO	C.S.A. CALAMA	C.S.A. LUIS ESPINAL	C.S.A. COSMOS 79	C.S.A. 3 DE MAYO	C.S.A. SAN MARTIN	SSCP 1	ONG 4	PRIV. 1	IGLESIA 2
24 HORAS	C.S.I. VILLA AVAROA		C.S.I. NUEVOS HORIZONTES		C.S.I. COPACABANA	C.S.I. VILLA ADELA		C.S.I. 1 DE MAYO						

Fuente: Informe De Gestión 2016 Red Corea Municipio El Alto

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.

TABLA 14 Recursos Humanos Sedes. Red Corea. 2016

RECURSO HUMANO EN SALUD				
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	MEDICO	ODONTÓLOGO	LIC. ENFERMERÍA	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	2	1		2

KENKO				
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

Según datos del SNIS, SERES –SEDES La Paz 2011-2014, este departamento tiene un promedio de 12,6 RHS por 10.000 habitantes y el municipio de El Alto tiene una densidad de 1.7 médicos generales por 10.000 habitantes y 0.1 por médicos especialistas por 10.000 habitantes, Licenciadas en enfermería es 0.3 por 10.000 habitantes, Técnicos de enfermería es de 2.2 por 10.000 habitantes, Odontólogos 0.7 por 10.000 habitantes y personal de salud 5.1 por 10.000 habitantes[60].

La Red Corea tiene 4.4 médicos por /10.000 hab.,2.8 médicos Especialistas por /10.000 hab., 2.6 Licenciadas en enfermería por /10.000 hab.,7.4 Auxiliares en enfermería por /10.000 hab. Y 1.2 Odontólogos por /10.000 hab. Verificados según planilla y registros de los centros de salud de la gestión 2017.

3.15 Oferta Integral de Servicios en Bolivia.-

Atención Integral de Salud.-

La 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 (señales), que permiten clasificar, diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente como corresponda a ésa clasificación. El tratamiento, de acuerdo a la severidad de la clasificación, puede ser referencia o tratamiento hospitalario o en el hogar. Si el tratamiento debe ser realizado en el hogar, éste consiste en el tratamiento específico (con medicamentos) en caso de que sea necesario; orientación sobre prácticas adecuadas y promoción de la salud: orientación y aplicación de intervenciones; cuando volver de inmediato o cuando volver para control.

Creación del programa Mi Salud.-

Implementación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural mediante el programa Mi Salud que son médicos generales que han sido distribuidos a lugares con difícil acceso a servicios de salud, habiendo alcanzado resultados positivos para la población debido a que se realizaron las visitas domiciliarias, las salas de análisis de situación de salud y la gestión intersectorial y participativa en salud.

Este proceso se fortalece con la firma de convenios intergubernativos con Gobiernos Municipales, quienes dan la contraparte en contratación de recursos

humanos técnicos, equipamiento, medicamentos e insumos y otros medios logísticos. Actualmente el Programa Mi Salud se encuentra con presencia en más de 250 municipios y con más de 2.000 médicos, entre especialistas SAFCI y médicos generales.

Tabla15: Médicos Mi Salud a Nivel Nacional 2015

RRHH ASIGNADOS POR DEPARTAMENTO	
LA PAZ	346
ORURO	98
POTOSÍ	138
COCHABAMBA	404
CHUQUISACA	124
TARIJA	155
SANTA CRUZ	564
BENI	107
PANDO	65
TOTAL	**2001**

FUENTE: Unidad de RRHH –Ministerio de Salud

Tabla 16: Atenciones Realizadas por Mi Salud hasta la gestión 2015

ACTIVIDADES	CANTIDAD
INDICADOR DE ATENCIONES	
Atención en Consultorio	2.831.507
Atención en Domicilio	3.121.688
TOTAL DE ATENCIONES	5.953.195
VISITAS FAMILIARES	
Cantidad de Familias carpetizadas	429.126
Número de Familias carpetizadas con seguimiento	565.931
TOTAL DE VISITAS FAMILIARES	995.057
EDUCACIÓN EN SALUD	
Educación en Salud Indicidual	2.219.270
Charlas Educativas en Comunidades	470.788

FUENTE: Mi Salud- Ministerio de Salud

Medicamentos e Insumos.-

Se cuenta con una Política Nacional de Medicamentos y un plan de aplicación de la política Farmacéutica Nacional (PFN), actualizada el año 2011. Algunos aspectos de esta (Selección de medicamentos esenciales, financiación, fijación de precios, distribución y uso racional de medicamentos; reglamentación farmacéutica, fármaco vigilancia: desarrollo de recursos humanos, investigación, seguimiento y evaluación; medicina tradicional) no están vigilados o evaluados de manera regular; sin embargo, se avanzó en:

- La implementación del sistema de administración logística de medicamentos e insumos SALMI-SIAL para el manejo eficiente de los medicamentos en las farmacias de las redes de Salud y farmacias Institucionales Municipales.
- La promulgación Decreto Supremo N° 1008 que establece la economía de escala para la adquisición de medicamentos e insumos de salud.
- La Lista Nacional de Medicamentos (LINAME) actualizada cada dos años conforme a lo establecido en la ley del medicamento.

- La Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud (UNIMED) del Ministerio de Salud, representa la autoridad Reguladora de Medicamentos, que regula el funcionamiento del Sistema nacional de Farmaco vigilancia (SNFCVG).
- Hay 26 fabricantes autorizados de productos farmacéuticos en Bolivia que cuentan con certificación de Buenas prácticas de Manufactura (BPM); los demás laboratorios nacionales están en proceso de certificación. En el país, no hay compañías farmacéuticas multinacionales que fabriquen medicamentos localmente.
- UNIMED, ha incorporado nuevas tecnologías en salud para el fortalecimiento de la fármaco vigilancia.[61]

- Mediante el Decreto Supremo N°2905 de 21 de septiembre del 2016 se determina la creación de la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías de Salud "AGEMED" para la regulación de medicamentos.

Medicina Tradicional y Salud Intercultural.

La Cosmovisión Andino Amazónica considera que la vida abarca a todo lo que existe, incluyendo obviamente al Cosmos y a nuestra Madre Tierra. (Aspectos que, por otra parte, tienen un fuerte respaldo en las ciencias modernas principalmente la Física Cuántica y de la Relatividad; las Matemáticas, Biología, Ecología, Teoría de Sistemas, Psicología Transpersonal y otras)

La Interculturalidad en salud.-

Salud, desde la cosmovisión de las culturas y naciones y pueblos indígenas originarios campesinos y afro bolivianos, es sentirse y encontrarse bien y compartir en equilibrio con uno mismo, la familia la comunidad y su entorno social cultural con la naturaleza y la espiritualidad.

"La interculturalidad, que se entiende como la interrelación, la interacción, la reciprocidad, la aceptación, la cohesión, la convivencia, el aprendizaje, la

enseñanza, la participación, el encuentro y el diálogo entre las culturas en igualdad de condiciones", en nuestro Estado Plurinacional, es el principio, es la sangre que debe llenar nuestras venas, es el pensamiento que debe guiar nuestros actos.

Debemos aprender a ver lo que nos enseñaron a no ver; debemos reconocer la diferencia cultural como la oportunidad de aprender y la posibilidad de integrarnos, debemos empezar a educarnos en la interculturalidad, en nuestros hogares, en las universidades y en nuestros puestos de trabajo. Podemos rescatar saberes unos de los otros para el beneficio de todos.

"La aplicación del principio de Interculturalidad en la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural está orientada, entre otros, a eliminar la barrera cultural en el acceso a la atención de salud y a promover la participación social efectiva en la toma de decisiones".

La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

La Medicina Tradicional no es única, son concepciones propias de cada nación del Estado Plurinacional de Bolivia. La Medicina Tradicional es la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias de diferentes culturas, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales.

"Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes 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".

Los principios de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana recuperados por la Ley N° 459 son:

- Ama Qhilla, Ama Llulla y Ama Suwa (no seas flojo, no seas mentiroso, ni seas ladrón), jan Jairamti, jan qarimti, jan lunthatamti.
- Ayni, por el que las médicas y los médicos tradicionales ancestrales bolivianos, deben practicar la reciprocidad para ayudarnos unos con otros.
- Taypi, es el encuentro de conocimientos y saberes de las médicas y los médicos tradicionales, a través de la práctica de la reciprocidad, de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.
- Suma Qamaña, Ñandereko, Teko Kavi, Ivi Maraei, Qhapaj Ñan, como principios ético-morales del "Vivir Bien" en la sociedad plural, asumidos en el ejercicio y la práctica de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- Equilibrio, como ente rector de la vida y salud vital, es una relación estrecha de la persona con la sociedad, con el medio ambiente, la naturaleza y el cosmos.
- Complementariedad, es el apoyo mutuo para conseguir un objetivo común con la práctica de la intra e interculturalidad.
- Honestidad, es una expresión ética de la calidad humana, es decir la verdad todo el tiempo, es el simple respeto a la verdad, implica la relación entre las personas y los demás y de la persona consigo misma.
- El trabajo comunitario, es el que se realiza en forma complementaria entre las entidades del Estado, médicas y médicos tradicionales, y entidades autónomas territoriales y organismos de cooperación, para el desarrollo y fortalecimiento de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- Interés social, como el ejercicio y práctica de la Medicina Tradicional Ancestral

  Boliviana en beneficio social, colectivo, comunitario, sin interés lucrativo ni de mercantilización.

PROGRAMAS Y PROYECTOS.

Programa Ampliado de inmunización (PAI).-

El objetivo del programa es proteger contra enfermedades inmunoprevenibles a la población en general, priorizando puntualmente a la población más vulnerable como son los niños(as) menores de cinco años y población en riesgo (personal de salud, mujeres embarazadas, enfermos crónicos, etc.) Asimismo en PAI en los últimos años ha incorporado al esquema nacional de vacunación nuevas vacunas en respuesta al perfil epidemiológico que el país presenta.

El último caso de poliomielitis en Bolivia se reportó en 1986, el de sarampión en el 2000 y el de Rubéola el 2006. El resto de las enfermedades prevenibles por vacuna (EPV) se encuentran en nivel de control. El último caso de Rubéola en el país se presentó el 2006, luego de que en 1998 su vigilancia fuera integrada con la vigilancia del sarampión y el año 2000 se introdujera la vacuna SRP (sarampión, rubéola y papera) al programa normal de inmunización.

Tabla 17: Evaluación Comparativa entre Gestiones del PAI

PERIODO DE GESTIÓN	1997 - 2005	2006 – 2015
Tipos de Vacunas	5 Tipos	11 Tipos
Enfermedades Preventivas	10	19
Dosis Aplicadas	22.826.264	60.808.600
Fuente de financiamiento para la compra de vacunas	Recursos de la cooperación y sin recursos del Estado	80% con recursos del Estado Plurinacional

FUENTE: Programa Ampliado de Imnunizaciones – Ministerio de Salud 2015

Se introdujeron al esquema nacional de vacunación, las vacunas contra la fiebre amarilla para los niños de 12 a 23 meses y antirotavírica contra diarreas graves.

Se introdujo el esquema nacional de vacunación, la vacuna influenza trivalente (H1NI, H3N2, y Tipo B) y vacuna antineumocócica contra neumonías y meningitis.

Campaña de seguimiento de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. Se ha declarado “América Libre de Rubéola “2015

Se incorporara la vacuna papiloma humana (VPH) para las niñas 10 a 12 años de edad a partir de abril del 2017 de prevención contra el cáncer de cuello uterino.

Programa Nacional de Control de Chagas.

El programa tiene por objeto contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad de Chagas, mediante la interrupción de la cadena de transmisión epidemiológica del Trypanosoma cruzi (vectorial, congénito, transfusional, trasplante de órganos, oral y accidental en laboratorio), desarrollando acciones integrales (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y multisectoriales (vivienda, educación, servicios básicos) para el control y vigilancia entomológico y epidemiológico con participación social.

Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya y Zika.

El 2009 se controló la mayor epidemia de Dengue ocurrida en el país, con más de 60.000 casos reportados y 23 fallecidos, con una tasa de letalidad menor del 0,03%; para lo cual se implementaron 13 laboratorios de diagnóstico en el país mediante la técnica de (Mac-Elisa) en los municipios de Trinidad, Riberalta, Yacuiba, Caranavi, Villa Tunari, Cobija, Tarija, Sucre, Cochabamba, entre otros; y se incorporó en la malla curricular de educación escolar el tema de prevención del D-CHIK “Mi casa está libre de criaderos de mosquitos”.

Tabla 18: Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya, Zika

LOGRO	CANTIDAD
Nro de casos de Dengue atendidos	33.979
Nro de personas protegidas en municipios endémicos	36.913
ACTIVIDADES	**CANTIDAD**
Epidemia de Dengue: notificación de casos	60.426
Adquisición de minidosis de biolarvicida	1.268.946
Adquisición de litros de biolarvicida	1.000

FUENTE: Programa Nacional de Control de Dengue, Chikungunya, Zika – Ministerio de Salud *2015*

Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC)

El objetivo del PMDC es contribuir a erradicar la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años priorizando a los menores de 2 años.

El PMDC tiene en marcha diversas estrategias, como el incentivo a la Lactancia Materna (Inmediata, Exclusiva y Prolongada), Alimentación Complementaria, Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A), consumo de alimento complementario Nutri bebé, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la infancia y Nutrición (AIEPI-NUT), creación de Unidades de Nutrición Integral (UNIs), implementación del Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario (SVIN), Incentivo Municipal (Dotación de Bs.350.000 a 155 municipios priorizados por el PMDC), acciones que repercuten en al ámbito multisectorial, debido a que los factores que predisponen a cursar con Desnutrición Crónica están en relación a determinantes sociales y de salud.

El 2008 se inició con la dotación del alimento complementario Nutri bebé para niñas y niños menores de 2 años, alcanzando al 2015 una cobertura de entrega de 92% de municipios. Se cuentan con 3 reglamentos actualizados de fortificación de alimentos de consumo: sal fortificada con yodo, harina de trigo fortificado con hierro y mezcla de vitaminas del complejo B y aceite vegetal

fortificado con vitamina A. El 2013 se elaboraron las guías alimentarias en el ciclo de la vida.

Para el 2015 se disponen de 159 Unidades de Nutrición Integral (UNI) ubicadas en 144 municipios del país (brazo operativo a nivel municipal). Ese año se elaboró y presentó el anteproyecto de la Ley de Promoción de Alimentación Saludable con el objeto de luchar contra la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad.

Programa Nacional de Atención de Desastres.

El Programa Nacional de Atención de Desastres es el encargado de regular, adecuar, articular e implementar políticas, planes en coordinación con otros ministerios, sectores y organismos que coadyuvan en el proceso de atención en los desastres.

Tabla 19: Intervenciones Realizadas por el Programa Nacional de Desastres

DEPARTA-MENTO	ACTIVIDAD	ACUMU-LADO	RESULTADO ALCANZADO	PRESUPUESTO EJECUTADO	
				Parcial	Total
LA PAZ	Ejecutar actividades conjuntas con la unidad de epidemiologia frente a epidemias Nacionales (Atención Médica Integral)	1.174	Se logra la Implementa-cion de la prevención, control y atención a desastres	468.726	12.602.767
	Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida.	6	Numero de Capacitaciones para la Gestión de riesgos.	100.000	
	Conformación de los Equipos y estructura en Gestión de Riesgos del Ministerio de Salud	9	Número de equipos de Respuesta Rápida conformados.	900.000	
BENI	Atención Médica Integral en albergues	46.684	Número de Personas atendidas	5.024.280	
	Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida.	1	Numero de Capacitaciones para la Gestión de riesgos.	31.000	

PANDO	Atención Médica Integral en albergues	5.412	Número de Personas atendidas	992.481	
	Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida.	1	Número de Capacitaciones para la Gestión de riesgos.	31.000	
SANTA CRUZ	Atención Médica Integral en albergues	19.083	Número de Personas atendidas	---	
	Cursos de capacitación a los equipos de respuesta Rápida	1	Número de Capacitaciones para la Gestión de riesgos.	31.000	
COCHA-BAMBA	Atención Médica Integral en albergues	2.075	Número de Familias Atendidas.	5.024.280	

FUENTE: Programa Nacional de Atención de Desastres – Ministerio de Salud *2015*

Los avances más importantes son:

- Conformación y estructuración de los equipos de respuesta rápida en los 9 departamentos con 180 integrantes, mejora de la capacidad resolutiva del Equipo de Respuesta Rápida (ERR) para la intervención en lugares con declaración de emergencias y desastres.
- Movilización en todo el territorio de equipos de salud para actividades de atención de emergencias y acompañamiento.
- Planes de emergencias y contingencias en los 9 departamentos para su ejecución, evaluación y readecuación, se realizó el mapeo de regiones con mayor vulnerabilidad para su priorización en medidas preventivas y promoción de la participación de las personas, familias y comunidades para sus contingencias.

Los entes gestores también realizan apoyo en campañas de atención a personas que tienen problemas de salud por desastres o contingencias ambientales.

Programa Nacional de Control de las ITS/VIH/SIDA.

En este quinquenio se ha avanzado en:

- ❖ Simplificación de la dosis antirretroviral en el tratamiento a las PVVS, con los inicios de Tratamiento con la dosis única.
- ❖ Desconcentración de los servicios de los CDVIR: en prevención, diagnóstico de ITS/VIH/SIDA y atención a pacientes, hacia la red de servicios de salud.
- ❖ Incremento de la cobertura de pruebas de VIH y Sífilis en embarazadas hasta un 79%, para la prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita.
- ❖ Incremento del número de personas con conocimientos y utilizando el condón de forma correcta y consistente.
- ❖ Fortalecimiento de la logística de medicamentos para la gestión del suministro de medicamentos e insumos en el marco del SNUS.
- ❖ Sostenibilidad de la Gestión: Para que los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales realicen sus actividades en la respuesta Nacional a las ITS, las Hepatitis Virales y el VIH/SIDA, enmarcadas en el PEM 2013 – 2018.
- ❖ Gestión de Incremento del presupuesto del TGN (niveles nacional, departamental y municipal) para desarrollar las estrategias de prevención de las ITS, Hepatitis Virales y el VIH/SIDA, la atención y tratamiento integral de PVVS.
- ❖ Mejora de la información mediante la implementación del Sistema Informático Nacional de Monitoreo y Evaluación y la estandarización del reporte de la información.
- ❖ El Programa ejercerá el Control de las Hepatitis Virales.
- ❖ Incremento de la cobertura de promoción y atención hacia la población indígena: Se iniciaron algunos estudios para determinar la prevalencia de ITS y VIH en diferentes poblaciones indígenas originarias del país.
- ❖ Simplificación del algoritmo de diagnóstico de VIH: Se eliminó la prueba de Western Blott y el diagnóstico ahora se realiza solo con Pruebas Rápidas y un ELISA. Lo que ampliará la cobertura y el tratamiento oportunos.

Tabla20: Intervenciones realizadas por el Programa de ITS – VIH SIDA

Actividad	Beneficiarios	Monto ejecutado (bs)
Actividades de Prevención de las ITS/VIH/SIDA (IEC, distribución de condones de manera informada, y Tamizaje con pruebas rápidas de VIH a alrededor de personas durante el quinquenio)	8.255.259	Bs. 9.218.849
Consultas/Atenciones/Laboratorio/Trata-miento Antirretroviral a pacientes con ITS/VIH/SIDA y a la población general en los CDVIR/CRVIR (Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia).	786.987	Bs. 79.56.6047
TOTAL	**9.042.246**	**Bs. 88.784.896**

FUENTE: Programa Nacional de Control de las ITS/VIH/SIDA – Ministerio de Salud *2015*

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

En las gestiones 2010 al 2015 el Programa de Tuberculosis ha continuado realizando un trabajo específico en el manejo de la tuberculosis en:

- Tuberculosis multidrogo resistente (TB MDR), se realizó vigilancia de la tuberculosis drogo resistente en grupos de riesgo de resistencia (retratados, contactos de pacientes TB-DR y otros).
- Reacciones adversas a fármacos antituberculosos, se inicia la fármaco vigilancia en casos de tuberculosis y el reporte y notificación de estos casos con la utilización de la tarjeta amarilla de fármaco vigilancia.
- Con infección TB-VIH, se inicia las actividades colaborativas de TB-VIH a través de la oferta de la prueba rápida de VIH a pacientes con Tuberculosis.
- Referencia de casos de Tuberculosis con prueba rápida reactiva para confirmación de VIH, la notificación de casos que presentan confección TB-VIH y la realización de la quimioprofilaxis a PVVS.

Programas de Prevención y Rehabilitación de la Discapacidad.

Asesoramiento Genético: El año 2010, con apoyo de genetistas de las brigadas cubanas de la Misión Moto Méndez, se inició el proceso asesoramiento genético a familias con algún cuadro congénito, a fin de prevenir nuevas discapacidades; desde el 2013, con apoyo de profesionales nacionales; un asesoramiento genético seguido de estudios cromosómicos y nuevamente asesoramiento basado en los resultados de los estudios.

Tabla 21: Atenciones de Asesoramiento Genético

Gestión	Misión Moto Méndez y Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	TOTAL
2010	4.220		4.220
2011	4.192		4.192
2012	4.185		4.185
2013		4.794	4.794
2014		11.037	11.037
2015		9.884	9.884
TOTAL	**12.597**	**25.715**	**38.312**

FUENTE: Unidad de Discapacidad – Ministerio de Salud

Se realiza actualmente un estudio piloto de pesquisa diagnostico intervención temprana del déficit auditivo en menores de 5 años.

Tabla 22: Estudios Cromosómicos

Gestión	Misión Moto Méndez y Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	TOTAL
2010	104		104
2011	102		102
2012	103		103
2013		82	82
2014		11	11
2015		99	99
TOTAL	**309**	**192**	**501**

FUENTE: Unidad de Discapacidad – Ministerio de Salud

Desde la gestión 2012 se implementan Centros de Rehabilitación con los servicios de: Mecanoterapia, Electroterapia, Termoterapia, Hidroterapia, Foniatría, Estimulación temprana, en los cuales la rehabilitación es un proceso global y continuo, de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como también su ajuste

psicológico, social, vocacional, que les permita llevar de forma libre e independiente su propia vida.

Envejecimiento Saludable.

Es el Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo.

Según el Censo 2012, hay 893.606 personas mayores de 60 años. En proporción la población menor a 5 años representa el 10% y la mayor a 60 años es el 9%.

El modelo del Envejecimiento Saludable concibe la resiliencia como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad (ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación). Esta capacidad comprende los componentes intrínsecos de cada persona (por ejemplo, los rasgos psicológicos que ayudan a afrontar los problemas individuales y resolverlos de manera positiva o las reservas fisiológicas que permiten a una persona mayor recuperarse rápidamente después de una caída) y los componentes del entorno que pueden mitigar las carencias (por ejemplo, redes sociales fuertes a las que recurrir en momentos de necesidad o buen acceso a asistencia sanitaria y social).

Para definir políticas que fomenten el Envejecimiento Saludable, es preciso esforzarse por comprender mejor las necesidades diversas de las poblaciones de edad avanzada. Por lo mismo las esferas de acción prioritarias en materia de Envejecimiento Saludable son:

- ❖ Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente.
- ❖ Crear sistemas de cuidados a largo plazo.
- ❖ Crear entornos amigables con las personas mayores o mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión a los adultos mayores.

Proyecto de TELE SALUD.

En virtud a la puesta en marcha del Satélite “Túpac Katari”, el Estado ha priorizado la implementación del proyecto “Tele salud para Bolivia”, el mismo que fue aprobado por la Ley Nº396 del 22 de agosto de 2013.

Mediante el Proyecto Tele salud, se aplican tecnologías avanzadas de telecomunicaciones que facilitan el intercambio de información médica y la provisión de servicios de salud a distancia: Tele consulta; Tele diagnóstico y educación continua en gerencia, vigilancia epidemiológica e investigación, permitiendo que las familias, comunidades y recursos humanos de salud accedan a servicios y productos con los que no se contaba.

Tabla23: Equipos entregados a los Municipios e Interconsultas realizadas hasta la gestión 2015

DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS	.S.	UNIDADES TELE ENTREGADAS	INTERCONSULTAS REMOTAS REALIZADAS
Chuquisaca	29	9	29	11.657 Interconsultas a nivel Nacional
La Paz	87	7	87	
Santa Cruz	56	7	57	
Oruro	35	5	35	
Potosí	40	0	40	
Cochabamba	47	7	47	
Tarija	11	1	11	
Pando	15	5	15	
Beni	19	9	19	
TOTAL	**339**	**40**	**340**	

FUENTE: Proyecto Telesalud – Ministerio de Salud

Tele salud permite la interconsulta con especialistas y/o personal multidisciplinario logrando dar acceso a la población que por falta de recursos no puede llegar a niveles de mayor complejidad y cuando se detecta un problema más complejo se realiza la referencia a un establecimiento de salud

de mayor complejidad; además se puede utilizar los equipos y conexión de internet para la teleeducación que permite la capacitación continua al personal de salud.

3.16 Indicadores de Salud para la Oferta Integral de Servicios en Bolivia

Indicadores Trazadores de la Situación de Salud de Bolivia

El desarrollo del sector salud en Bolivia se despliega en medio de un panorama de desigualdad social que determina y limita sus resultados. Se espera que el progreso en materia sanitaria esté estrechamente vinculado a los esfuerzos premeditados que se impulsen desde el sector salud y como respuesta al mayor desarrollo socioeconómico que se vaya verificando en el país.

El perfil epidemiológico presenta un patrón de transición, teniendo aún altas incidencias de enfermedades transmisibles, combinándose con un incremento paulatino en la prevalencia de enfermedades crónicas. A pesar de que las zonas rurales cuentan con servicios de salud públicos, estos no responden adecuadamente a las necesidades de los más pobres y excluidos. La población rural no tiene acceso a servicios adecuados, debido a factores tanto exógenos, como endógenos al sistema de salud.

Factores exógenos como el analfabetismo entre las mujeres rurales (factor muy importante), la pobreza, las barreras geográficas, las desigualdades de género, la discriminación histórica de los indígenas, y viviendas y servicios básicos inadecuados representan un 60 por ciento de la exclusión.[15] El 40 por ciento restante lo constituye factores endógenos que incluyen insuficiencias sistémicas, como la incapacidad de resolver los problemas de salud, una cobertura limitada, los cambios frecuentes o incapacidad y poca receptividad de

[15] OPS. Exclusión en salud, Estudio de caso, Bolivia, Salvador, Nicaragua, México y Honduras. 2009.

los proveedores de servicios de salud, así como las percepciones culturalmente diferentes en cuanto a la calidad en la atención.[16]

Los problemas materno-infantiles siguen siendo un importante desafío para la salud en Bolivia. En 2008, la mortalidad infantil y de menores de 5 años de edad seguía siendo alta en zonas urbanas y mayor aun en zonas rurales. La mortalidad infantil en el país es de 50 por mil n.v (ENDSA 2008), donde las muertes neonatales contribuyen con un 54%, constituyéndose en la primera causa de mortalidad en menores de un año. El bajo peso al nacer es del 5% (ENDSA 2008). En salud infantil destaca un elevado índice de lactancia exclusiva en menores de 6 meses con 60.4% (ENDSA 2008), que contrasta con la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años cuantificada en 22%(ESNUT 2012). Si bien en los últimos años se ha observado una reducción de las enfermedades infecciosas en menores de 5 años, la prevalencia de diarrea aún es del 26% (ENDSA 2008). En niños de madres con menor escolaridad la prevalencia de baja talla para la edad fue de 50,9%, mientras que en hijos de madres con mayor escolaridad fue de 9,2%. Asimismo, en el quintil de mayor pobreza la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad fue de 46% y 6,5% en el quintil más rico.[17]

El porcentaje de embarazo en adolescentes fue de 17,9%, con diferencias entre niveles educacionales (4.3% en mujeres con estudios superiores; 32% en mujeres con educación primaria) entre áreas rurales (35%) y urbanas (14%) y entre quintiles de mayor y menor pobreza (31% y 7,8%, respectivamente).[18] Los aporte a los niveles de fecundidad entre los 15 y 19 años es un 12% (ENDSA 2008), lo que se refleja en casos como el Hospital Materno Infantil de Trinidad/Beni, donde uno de cada 4 partos atendidos corresponde a madres adolescentes.

[16] OPS. Exclusión en salud, Estudio de caso, Bolivia, Salvador, Nicaragua, México y Honduras. 2009.

[17] Perfil de salud de Bolivia. OPS/OMS 2007.

[18] Informe de situación de salud de las Américas. Capitulo Bolivia. 0PS/ 2012. Washington.

La muerte materna sigue siendo uno de los problemas de salud pública más graves, constituyéndose en un indicador de inequidad de género y por tanto, afectando el desarrollo del país. Las últimas mediciones oficiales sobre la Razón de la Muerte Materna han sido aquellas obtenidas por la Encuesta Post Censal del 2002 con una RMM de 235 por 100,000 n.v. o la de 229 por 100,000 n.v. de la ENDSA 2003. La principal causa de muerte materna en Bolivia es la hemorragia con un promedio de 33%, seguida por un 17% de infecciones y 9% de aborto y 5% de eclampsia.[19]

La cobertura del control prenatal en general es alta, alrededor de 80% de mujeres asisten a sus controles prenatales, mientras que en las áreas rurales este porcentaje es de 69%. La atención del parto por personal calificado es de 60% a nivel nacional, siendo esta cifra inferior para el área rural donde sólo 39% fueron atendidas por personal de salud. El uso de métodos anticonceptivos modernos en el área rural es de solo 25%, es decir 10% puntos porcentuales menos, que el promedio nacional (34.6%) (ENDSA, 2008). Bolivia tiene la tasa de mortalidad por CACU más alta de las Américas 26.3 x cada 100,000 mujeres y la segunda tasa de incidencia de 56.55 por cada 100,000 mujeres. (Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino, 2009- 2015) De igual forma, el cáncer de mama tiene una incidencia de 26.57 por cada 100,000 mujeres con una mortalidad de 8,71 por 100,000 mujeres (Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Mama, 2009).La tasa de mortalidad por neoplasias fue de 57,4 por 100.000 habitantes para hombres y 89.7 para mujeres. Durante los primeros seis meses de 2011 el SNIS registró un total de 7.956 casos de cáncer cervico-uterino y 6.125 casos de otros tipos de cáncer (2.302 en varones y 3.823 en mujeres).

Asimismo, el país ha experimentado un aumento de la población de 60 y más años, siendo ésta actualmente de 9%, comparada al 7% del 2001 (CNPV).De ahí surge la necesidad de mejorar la calidad y crear servicios

[19] Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna, INE 2002

amigables al adulto mayor dentro de la política SAFCI. Con referencia al área de interculturalidad, “se calcula que el 80% de los pueblos indígenas no contaban con centros de salud. La exclusión social, incluyendo tanto factores de discriminación, como de autoexclusión por origen indígena, es una de las causas que explican este limitado acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud”.[20]

Indicadores de Impacto en Bolivia.

En las siguientes tablas se resumen los principales indicadores de impacto acerca de la oferta integral de servicios, los mismos guardan relación con las 36 variables estudiadas y evaluadas durante la presente tesis. Además se hace una comparación acerca de lo que se realizaba años pasados con lo que actualmente se realiza como parte de las políticas de salud.

Tabla 24: Programa Mi Salud

PROGRAMA MI SALUD	1993 – 2005	2013 - 2016 (noviembre)
	• No existía una política Sanitaria. • La Atención en salud era centrada en la enfermedad no en prevenir las enfermedades. • Los médicos no realizaban las atenciones en las casas de las familias y no articulaban con la Medicina Tradicional.	2.710 Médicos MI SALUD entre Médicos especialistas SAFCI Médicos Generales Integrales y Médicos Generales
		Con la incorporación de médicos Mi Salud, se incrementa el acceso a la salud y se mejora la capacidad resolutiva en 307 Municipios y 25 Comunidades Indígenas.

FUENTE: Ministerio de Salud.

[20] Stavenhagen, R., 2007

Tabla 25: Programa Mi Salud Logros Alcanzados 2013 - 2016

PROGRAMA MI SALUD LOGROS ALCANZADOS 2013 - 2016		
ACTIVIDAD	**NUMERO DE BENEFICIARIOS**	**PRESUPUESTO EJECUTADO EN ITEMS (Millones de Bs)**
Atención Médica Integral intercultural en Consultorio	4.784.114	566.1
Atención Médica Integral intercultural en Domicilio	4.917.143	
Carpetas Familiares donde se identifican Riesgos y Determinantes de la Salud realizadas	686.347	
Actividades individuales de Promoción y Prevención realizadas a la población con factores de riesgo identificados	3.412.530	
Referencia de pacientes de la Medicina Tradicional al establecimiento de salud	1.627	
Referencia de pacientes a la Medicina Tradicional	1.932	
9.7 millones de atenciones realizadas		
En la Gestión 2016 se realizó 3.5 millones de atenciones realizada Y se invirtió un presupuesto de 233 millones de bolivianos en ITEMS		

FUENTE: ministerio de salud.

Tabla 26: Residencia Médica SAFCI 2007 - 2016

<table>
<tr><th colspan="4">RESIDENCIA MEDICA SAFCI</th></tr>
<tr><td rowspan="6">• Formación de Recursos Humanos en salud con enfoque asistencial en el Pre y postgrado.

• Personal en los establecimientos de salud con enfoque asistencial.</td><td colspan="3">2007-2016</td></tr>
<tr><td colspan="3">418 Médicos formados y egresados en la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural bajo el Sistema Nacional de la Residencia Médica.</td></tr>
<tr><td>ACTIVIDAD</td><td>RESULTADOS ALCANZADOS</td><td>PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs)</td></tr>
<tr><td>Familias beneficiadas</td><td>19.899 familias protegidas por los Médicos Residentes SAFCI</td><td rowspan="3">47</td></tr>
<tr><td>Atenciones integrales</td><td>1.278.492 atenciones integrales</td></tr>
<tr><td>Proyectos sociales elaborados</td><td>418 Proyectos sociales de la mejora de determinantes de la salud elaborados por los Médicos Residentes SAFCI</td></tr>
<tr><td></td><td>Curso de educación permanente en la Política SAFCI y SUS</td><td>6 Cursos realizados a nivel nacional con 12.277 participantes aprobados y certificados</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>En la Gestión 2016:</td><td>2.593 familias protegidas 77.656 atenciones integrales 73 Proyectos sociales 2 Cursos realizados con 5.037 participantes aprobados</td><td>Presupuesto Ejecutado 3.4 Millones de bolivianos</td></tr>
</table>

FUENTE: ministerio de salud.

Tabla 27: Programa Multisectorial Desnutrición Cero

<table>
<tr><th colspan="4">PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICIÓN CERO</th></tr>
<tr><th>1997-2005</th><th colspan="3">2010-2016</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Ningún Municipio se beneficiaba con recursos para combatir la desnutrición.</td><td>ACTIVIDAD</td><td>RESULTADO ALCANZADO</td><td>PRESUPUESTO EJECUTADO (millones de Bs)</td></tr>
<tr><td>Transferencias del incentivo municipal a la meta desnutrición cero (1er Desembolso)</td><td>154 “Municipios priorizados para el Incentivo Municipal (1er desembolso)"</td><td rowspan="2">53.1</td></tr>
<tr><td>Transferencias del incentivo 53.1 municipal a la meta desnutrición cero (2do desembolso)</td><td>140 “Municipios priorizados para el Incentivo Municipal (2do desembolso)"</td></tr>
<tr><td colspan="2">4 Gobernaciones a las que se realizó transferencias</td><td>12.6</td></tr>
<tr><td colspan="2">TOTAL</td><td>65.7</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">Las transferencias fueron invertidos en 154 proyectos de producción agrícola, salud, agua potable, riego y otros</td></tr>
<tr><td></td><td>GESTIÓN 2016</td><td>Transferencias a:
- 6 municipios (2do Desembolso)
- 1 Gobernación</td><td>INVERSIÓN TOTAL DE 1.6 MILLONES DE BS</td></tr>
</table>

FUENTE: CTCONAM (Cierre de gestión 2016)

Tabla 28: TELESALUD 2006 – 2016

<table>
<tr><th colspan="6">TELESALUD</th></tr>
<tr><th>1993-2005</th><th colspan="5">2006-2016</th></tr>
<tr><td rowspan="6">No Existía Políticas de Telecomuni-caciones en Salud</td><td colspan="5">Fortalecer el Sistema de Salud a través de las Tecnologías de Información y Comunicación, incrementando la accesibilidad y calidad de gestión y atención en salud, oportuna y efectiva.</td></tr>
<tr><td>ACTIVIDAD</td><td colspan="4">RESULTADO ALCANZADO</td></tr>
<tr><td></td><td>Nro. de Munici-pios</td><td>Nro. de Estable-cimientos de Salud</td><td>Recursos Humanos (Adminis-trativo Médico)</td><td>Unidades de TELESALUD entrega-das</td></tr>
<tr><td>-339 municipios instalados
-100% de municipios con la capacidad de funcionamiento
- 44 municipios interconectados y en funcionamiento</td><td>339</td><td>340</td><td>341</td><td>340</td></tr>
<tr><td colspan="5">27.854 de Interconsultas Remotas Realizadas</td></tr>
<tr><td colspan="5">Presupuesto Ejecutado 138,3 millones de bolivianos (117.7 en Equipamiento Médico y 20.6 en Administración y funcionamiento)</td></tr>
<tr><td>En la Gestión 2016:</td><td colspan="2">INTERCONSULTAS 15.041</td><td colspan="2">PRESUPUESTO EJECUTADO 6.0 millones de Bolivianos</td></tr>
</table>

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 29: Unidades de Discapacidad 2006 - 2016

<table>
<tr><th colspan="4">UNIDADES DE DISCAPACIDAD</th></tr>
<tr><th>1993-2005</th><th colspan="3">2006-2016</th></tr>
<tr><td rowspan="11">No existía un registro de personas con discapacidad.
- No existía el pago de la renta solidaria.
- No se contaba con un seguro gratuito de salud para Personas con Discapacidad.
- No se contaba con centros de rehabilitación públicos.
-No existía profesionales en el área de rehabilitación y genética.
- No se implementaba proyectos en beneficio de las Personas con Discapacidad.</td><td>ACTIVIDAD</td><td>BENEFICIARIOS</td><td>PRESU-PUESTO EJECU-TADO (Millones de Bs)</td></tr>
<tr><td>Personas con discapacidad Registradas</td><td>67.912</td><td rowspan="8">124.2</td></tr>
<tr><td>Ayudas técnicas entregadas a Personas con Discapacidad.</td><td>1.133</td></tr>
<tr><td>Pago de renta solidaria (Bs 1.000 anuales) Personas con Discapacidad grave y muy grave</td><td>97.383</td></tr>
<tr><td>Atención gratuita de rehabilitación</td><td>175.104</td></tr>
<tr><td>Atenciones gratuitas de asesoramiento genético</td><td>39.554</td></tr>
<tr><td>Estudios cromosómicos realizados</td><td>752</td></tr>
<tr><td>Proyecto auditivo piloto: atención de audiología (521), audiometrías (186) y tamizaje auditivo (308)</td><td>1.015</td></tr>
<tr><td>Contratación de equipos de calificación (consultores)</td><td>687</td></tr>
<tr><td colspan="3">Se implementó 33 Centros de Rehabilitación en Municipios de diferentes Departamentos a nivel nacional. Con la Ley 475 se realizaron 530.409 atenciones de salud gratuitas (prestaciones) a Personas con discapacidad</td></tr>
<tr><td>En la Gestión: 2016</td><td colspan="2">Presupuesto ejecutado de Renta Solidaria: 25.8 millones de bolivianos Beneficiarios: 25.829 Personas con Discapacidad grave y muy grave Atenciones con la Ley N° 475: 284.452 Personas con Discapacidad.</td></tr>
</table>

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 30: Seguros de Salud 2014 – 2016

SEGUROS DE SALUD				
1993-2005	**2014-2016 (Octubre)**			
Solo se contaba con el SUMI y no se contaba de un sistema de control financie-ro en salud	**ACTIVIDAD**	**BENEFICIARIO**	**NUMERO DE PRESTACIONES OTORGADAS**	**PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs.)**
	LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIO DE SALUD (LEY 475) NACIONAL	Niños Menores de 5 Años	37.017.977	726.3
		Mujeres Embarazadas	28.262.592	766.3
		Mujeres en Edad Fértil	2.317.267	38.8
		Adultos Mayores	13.542.140	521.8
		Personas con Discapacidad	474.379	44.3
	Gestión 2014: Meses Reportados de Mayo a Diciembre Gestión 2016: Meses Reportados de Enero a Octubre Información consolidada parcial hasta el mes de Octubre/2016, solo municipios informatizados. Fuente: Sistema de Control Financiero de Salud – SICOFS			

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 31: Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI			
1996-2005	**2006-2016**		
5 VACUNAS	11 tipos de vacunas 19 enfermedades prevenidas		
PREVENCIÓN 10 ENFERMEDADES	**ACTIVIDAD**	**CANTIDAD DE DOSIS ADMINISTRADAS**	**PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs)**
	Vacunación en Población menor de 5 años, adolescentes y adultos (BCG, antipolio, antirotavírica, pentavalente, anti amarillica, anti neumococica, Influenza pediátrica y adulta, SRP, SR, Dt y Hep. B)	65.230.608	655.41
DOSIS APLICADAS 22.826.264		Financiamiento interno de acuerdo a la Ley 3300	
Financiamiento Cooperación		En la Gestión 2016:	Se introduce la vacuna IPV para niños de 2 meses. Proyección 3ra dosis de pentavalente a diciembre de 86% 5.46 millones de dosis administradas 87.9 millones de Bs. OPS/OMS Declaración de Eliminación de Sarampión.

FUENTE: PAI-Ministerio de Salud. Información hasta octubre 2016

Tabla 32: Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2006 - 2016

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS			
Antes del 2005	**2006 - 2016**		
	ACTIVIDAD	**BENEFICIARIOS**	**PRESUPUESTO EJECUTADO (En Millones de Bs)**
Actividades de Prevención 515.895 Tratamiento 61.512	Actividades de Prevención		106.4
	Tratamiento preventivo en menores de 5 años	14.752	
	Tratamiento preventivo en personas con VIH (PVV)	1.625	
	Diagnóstico de Sintomáticos Respiratorios	953.286	
	Diagnóstico para Tuberculosis Drogoresistente	9.749	
	Tratamiento		
	Tratamiento de casos de TB-MDR	367	
	Tratamiento de casos de Tuberculosis	92.259	
	Tratamiento de casos de con infección TB/VIH	1.362	
	Pacientes con TB con prueba rápida para VIH	35.208	
	El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con Tuberculosis es financiado con Recursos TGN.		
	Gestión 2016	1.443 niños con TTO preventivo 69.107 sintomáticos respiratorios 5.744 casos con tratamiento de TB	Presupuesto ejecutado 5.6 millones de bolivianos

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 33: Programa Nacional de Control de la Malaria 2006 - 2016

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA MALARIA			
1993-2005	**2006 - 2016**		
ACTIVIDAD	**ACTIVIDAD**	**RESULTADOS ALCANZADOS**	**MONTO EJECUTADO (millones de Bs.)**
Prevención Solo se utilizaba el rociado	Prevención: Control Vectorial (distribución de mosquiteros, rociado residual e IEC)	- 128.000 familias cuentan con 230.000 mosquiteros - 55.299 viviendas rociadas con insecticida en la amazonia	196.8
402.659 Pacientes con malaria	Control: Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno	- 108.011 pacientes con Malaria diagnosticados y tratados - 56.080 pruebas rápidas	

	En el periodo 2006 al 2015, disminuimos en un 64% los casos de Malaria, cumpliendo con los compromisos de los Objetivos del Milenio (ODM) en disminuir el índice parasitario anual a 1.52 por mil habitantes.		
	En la gestión 2016	Beneficiados 12.500 familias	Presupuesto ejecutado 15.6 millones de Bs.

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 34: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA 2006 - 2016

PROGRAMA NACIONAL ITS/VIH/SIDA			
1993-2005	**2006-2016**		
BENEFICIARIOS	**ACTIVIDAD**	**BENEFICIARIOS**	**MONTO EJECUTADO (Millones de Bs)**
Actividades de Prevención 2.253.638 Personas alcanzadas en los 12 años	Actividades de Prevención Actividades de Información Educación y Comunicación en ITS/VIH/SIDA*, Distribución de Condones de manera informada, y Tamizaje con Pruebas Rápidas de VIH, durante los seis años	9.068.031 Personas alcanzadas en los 12 años. 1.5 millones Personas alcanzadas por año	125.3 De los cuales 26.4 corresponden al TGN El Tratamiento antirretroviral es financiado con Recursos Propios del Estado Plurinacional de Bolivia
Consultas/ Atenciones/Laboratorio 271.095 Personas atendidas en los 12 años	Consultas/Laboratorios/ Tratamiento Antirretroviral Para pacientes con ITS y VIH/SIDA* y para la población general en los CDVIR/CRVIR (Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia).	907.919 Personas atendidas en los 12 años. 150.000 personas atendidas por año/promedio.	
	* Infecciones de Transmisión Sexual/Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida		

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 35: Programa Nacional de Zoonosis 2006 - 2016

<table>
<tr><th colspan="4">PROGRAMA NACIONAL DE ZOONOSIS</th></tr>
<tr><th>1993-2005</th><th colspan="3">2006 – 2016 (AGOSTO)</th></tr>
<tr><td rowspan="9">• No existía un Programa de prevención y control de la Rabia y enfermedades zoonoticas
• No existía vigilancia ni monitoreo para el control de focos de la rabia canina.
• No existía Biológicos en la cantidad requerida en el País
• No se contaba con estructura a nivel nacional para el control de las zoonosis</td><td colspan="2">ACTIVIDAD</td><td>BENEFICIARIOS</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dosis utilizadas en campañas masivas y centralizadas de vacunación contra la rabia, en perros a nivel nacional.</td><td>20.691.241</td></tr>
<tr><td colspan="2">Series de vacuna antirrábica humana dotada a los 9 SEDES para la atención de personas expuestas al riesgo del virus rábico</td><td>73.265</td></tr>
<tr><td colspan="2">Viales de suero antirrábico humano distribuidos a los 9 SEDES.</td><td>16.062</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dotación de viales de suero antiofídico (botrops-laquesis-crotalus) a 7 Departamentos (2011 – 2016)</td><td>20.140</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dotación de comprimidos para el control y tratamiento de Fasciola hepática en el Departamento de La Paz</td><td>567.300</td></tr>
<tr><td colspan="3">Presupuesto Total Invertido: 50,8 millones de bolivianos</td></tr>
<tr><td>En la Gestión 2016:</td><td>3 millones de Dosis Canina Aplicadas 40 mil Personas Atendidas 4.020 viales distribuidas de suero antiofídico</td><td>Presupuesto Ejecutado 8.1 millones de Bolivianos</td></tr>
<tr><td colspan="3">DURANTE LA GESTIÓN 2016 NO SE REGISTRARON CASOS DE RABIA HUMANA</td></tr>
</table>

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 36: Programa Nacional de Vigilancia y Control de Desastres 2006 - 2016

PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE DESASTRES			
1993-2005	**2006 – 2016**		
• No contaba con Equipo de Respuesta Rápida. • No contaba con stock de medicamentos e insumos para su distribución. • No contaba con normas y leyes • Ausencia de intervención operativa médica a la población damnificada.	**ACTIVIDAD**	**BENEFICIARIOS**	**PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs)**
	Conformación del Equipo de Respuesta Rápida a nivel Nacional, capacitados para dar respuesta inmediata ante situaciones de Emergencia y/o Desastres.	9 Departamento con ERR.	11.9
	Distribución adecuada de Medicamentos e Insumos para la reducción de Riesgo y atención de Emergencias y/o Desastres	9 Departamento con abastecimiento e insumos	
	Población atendida y protegida ante Eventos Adversos en Emergencias y/o Desastres en los Departamentos: La Paz, Beni, Pando, Cochabamba, Santa Cruz.	937.717 Atenciones Médicas realizadas.	
	Simulacro Binacional Perú y Bolivia dentro del Marco de la ORAS CONHU.	Planificación y coordinación en fronteras para Brindar Atención Médica Oportuna, Eficaz y de Calidad ante Eventos Adversos	
	Establecimiento de la Mesa Intersectorial de Salud y Nutrición R.M. Nro. 0689-A. el cual Mejorara la coordinación intersectorial participativa en la planificación e intervención ante Emergencia y/o Desastres.	Población Vulnerable ante Eventos Adversos.	
	En la gestión 2016	Personas Atendidas 10.550 personas	Presupuesto Ejecutado 438.668 Bs

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 37: Programa Nacional de Chagas 2006 - 2016

<table>
<tr><th colspan="4">PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS</th></tr>
<tr><th>1999-2005</th><th colspan="3">2006-2016</th></tr>
<tr><td rowspan="5">• No existía una Ley que priorizara la Lucha contra el Mal de Chagas en Bolivia.
• No se realizaba el diagnóstico y tratamiento de Chagas en el Sistema Público de Salud del país.
• El tratamiento de las personas afectadas por la enfermedad no era gratuito.
• La participación de la comunidad era escasa en las actividades de prevención de la enfermedad de Chagas
• Ninguno de los municipios endémicos estaba certificado con la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas al interior de la vivienda.</td><td>ACTIVIDAD</td><td>BENEFICIARIOS</td><td>MONTO EJECUTADO (Millones de Bs)</td></tr>
<tr><td>Actividades de Prevención</td><td>3.181.887 Viviendas Evaluadas 454.438 Viviendas Rociadas 4.442.049 habitantes Protegidos</td><td rowspan="2">44.2</td></tr>
<tr><td>Consultas/Atenciones/ Laboratorio</td><td>2.177.745 personas examinadas 41.552 personas con Chagas Tratadas</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ahora el medicamento para el Chagas es GRATUITO. Benznidazol 100% TGN (MINISTERIO DE SALUD) Nifurtimox 100% DONACIÓN (OPS)</td></tr>
<tr><td>En la gestión 2016:</td><td>Habs. Protegidos 4.4 Millones</td><td>Presupuesto Ejecutado 6.8 millones de Bs</td></tr>
</table>

FUENTE: Ministerio de Salud.

Tabla 38: Programa Nacional de Control y Prevención de Dengue, Chikungunya y Zika 2009 - 2016

<table>
<tr><th colspan="4">PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA</th></tr>
<tr><th>1993-2005</th><th colspan="3">2009 - 2016</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Ausencia de una estrategia de prevención y control de Dengue amparada en un documento legal.

• Programas departamentales inoperantes, con insuficientes recursos económicos.

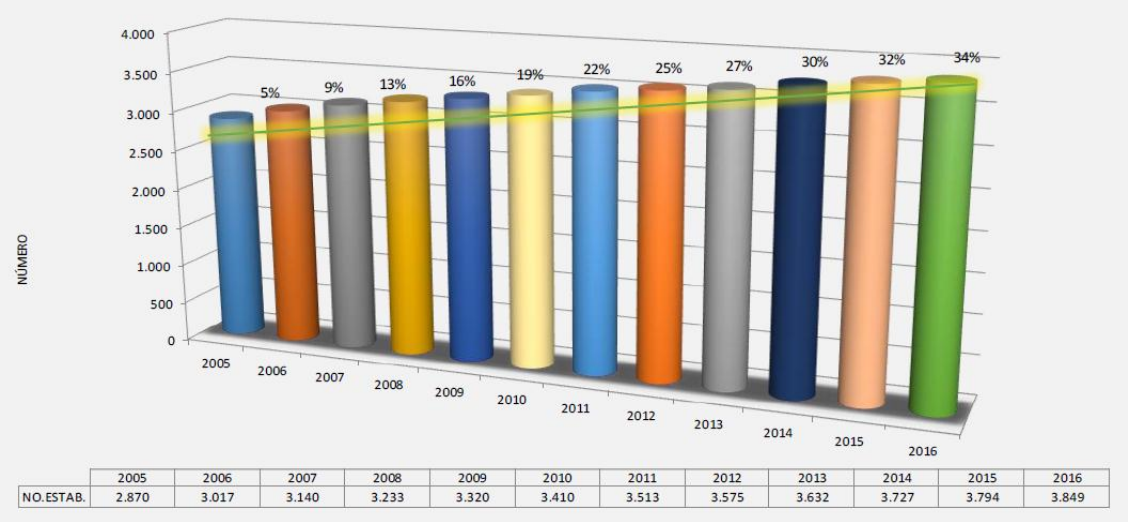
• 1 solo laboratorio para diagnóstico de Dengue, en el país.</td><td colspan="3">La “Estrategia de Gestión Integrada (EGI) de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika”, del Ministerio de Salud es aprobada el 2016 mediante Decreto Supremo 2670 para ser implementada de forma efectiva y eficiente en todos los Municipios Endémicos del Estado Plurinacional de Bolivia.</td></tr>
<tr><td>ACTIVIDAD</td><td>BENEFICIARIOS</td><td>PRESUPUESTO EJECUTADO (Millones de Bs.)</td></tr>
<tr><td>Transferencia de recursos económicos a 7 SEDES para el fortalecimiento de las Capacidades de Respuesta ante Brotes y Epidemias</td><td>5.000.000 hab. (Beni, Pando, Chuquisaca, Santa Cruz, La Paz, Tarija y Cochabamba)</td><td>12.0</td></tr>
<tr><td>Implementación de 13 Laboratorios de Dengue en el País.</td><td>5.000.000 hab. (Beni, Pando, Chuquisaca, Santa Cruz, La Paz, Tarija y Cochabamba)</td><td>5.0</td></tr>
<tr><td>Más de 200 Equipos de Fumigación entregados a los 7 departamentos Endémicos del País.</td><td>5.000.000 hab. (Beni, Pando, Chuquisaca, Santa Cruz, La Paz, Tarija y Cochabamba)</td><td>21.8</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total Inversión</td><td>38.8</td></tr>
</table>

FUENTE: Ministerio de Salud.

Número de Establecimientos de Salud.-

En relación al número de todos los establecimientos de salud, se puede apreciar que el año 2005 existían 2870 establecimientos, el mismo que se incrementó hasta el año 2016 hasta llegar a 3849 establecimientos de salud, es decir hubo un porcentaje de incremento del 34% hasta el año 2016 comparando con el año 2005.(Fig.1)

Figura 11: Número y Porcentaje de Incremento Acumulado de Establecimientos de Salud en Relación al Año 2005 todos los Niveles de Atención. Gestión 2005 - 2016



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NO.ESTAB.	2.870	3.017	3.140	3.233	3.320	3.410	3.513	3.575	3.632	3.727	3.794	3.849

FUENTE: Ministerio de Salud.

Atención Consulta Externa.

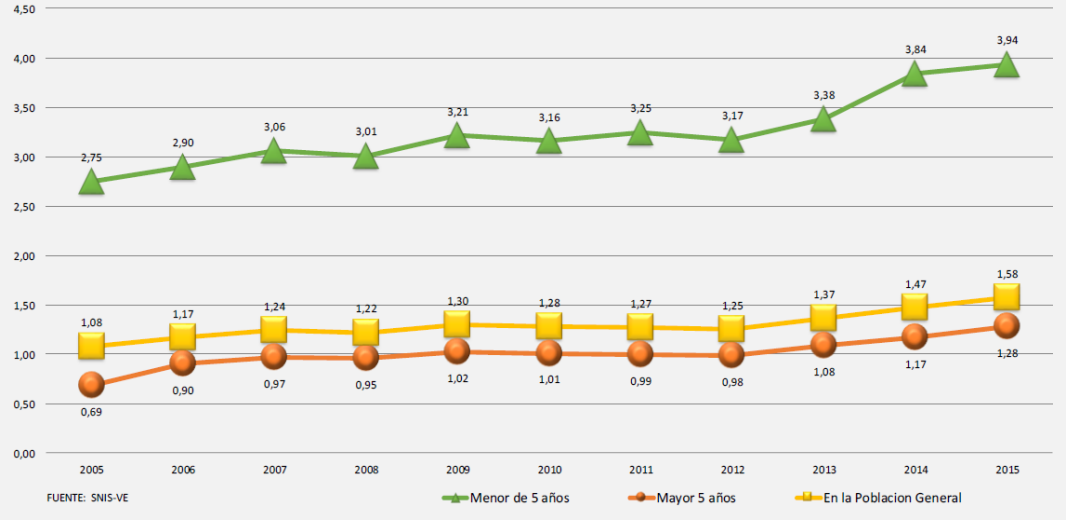
Al momento de realizar el análisis del promedio de consultas externas nuevas por habitante durante el año se tuvieron los siguientes indicadores:

En la población menor de 5 años el año 2005, el promedio era de 2,75%, llegando hasta el 3,94% para el año 2015.

En la población mayor de 5 años, el promedio era de 0,69% de consultas externas nuevas por habitante por año, llegando para el 2015 a 1,28%.

Por último se puede indicar que para la población en general, el promedio fue para el año 2005 de 1,08%, y para el año 2015 el promedio de consultas externas nuevas por habitante por año llego a 1,58%. (Fig. 2)

Figura 12: Promedio de Consultas Externas Nuevas por Habitante/Año en la Población Menor, Mayor de 5 años y General. Gestión 2005 - 2015

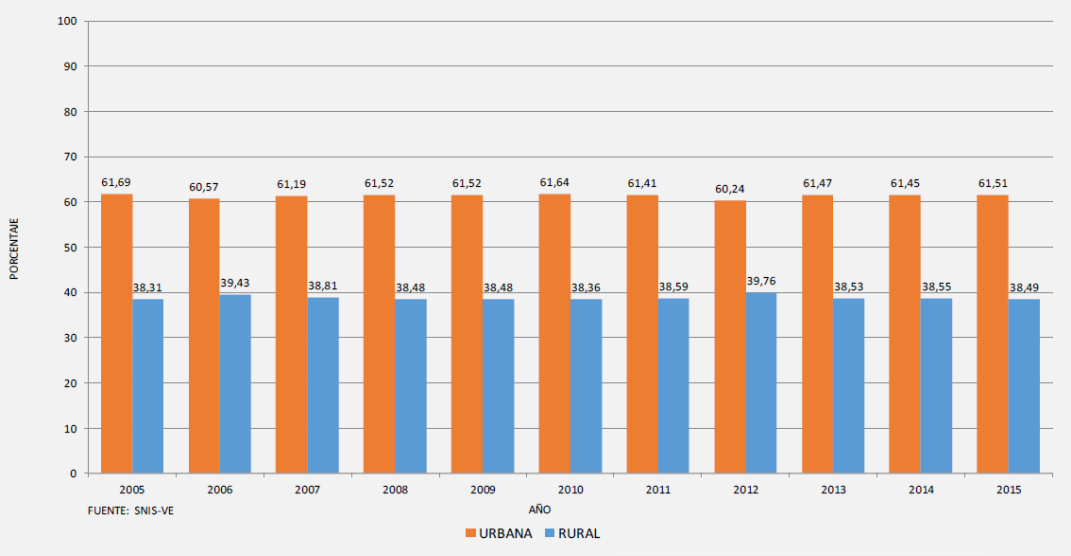


FUENTE: Ministerio de Salud.

En relación al porcentaje de consultas nuevas según ámbito en la población en general a nivel urbano y rural, se puede observar que el año 2005 el porcentaje de consultas nuevas a nivel urbano llegó a 61,69% y a nivel rural el porcentaje era de 38,31% en el mismo año 2005.

Sin embargo el año 2015 a nivel urbano llegó a 61,51% y a nivel rural a 38,49% las consultas externas nuevas. Si hacemos una comparación con dichos porcentajes desde el año 2005 al año 2015 los mismos se mantuvieron estables en las mismas cifras.(Fig. 3)

Figura 13: Porcentaje de Consultas Externas Nuevas Según Ámbito en la Población General. Gestión 2005 – 2015



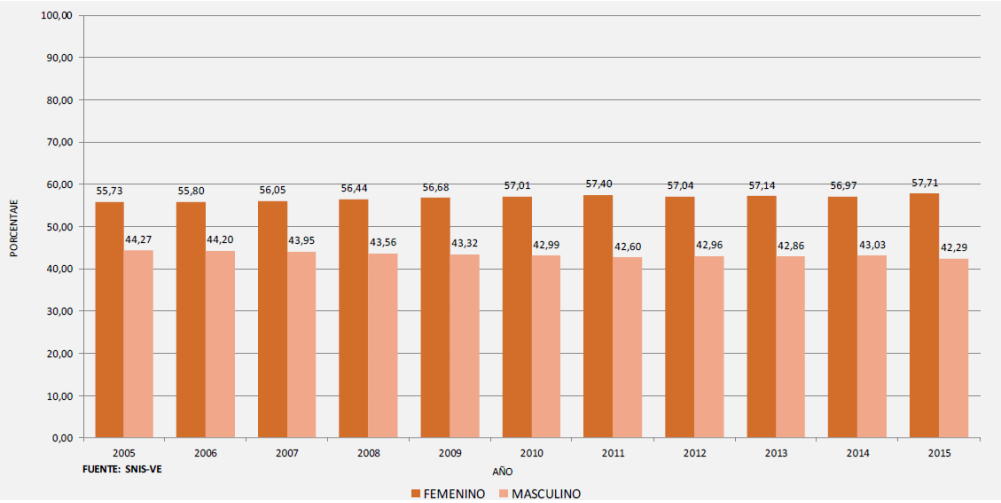
FUENTE: Ministerio de Salud.

Ahora el porcentaje de consultas externas nuevas según el sexo en la población en general durante las gestiones 2005 a la gestión 2015, indicaron los siguientes resultados:

El año 2005 se atendieron un porcentaje de 55,73% de consultas externas nuevas para el sexo femenino, siendo el porcentaje registrado para el sexo masculino de 44,27%.

Para el año 2015 el porcentaje llegó a 57,71% para el sexo femenino y al 42,29% para el sexo masculino, en lo que se refiere al procentaje de consultas externas nuevas según el sexo en la población en general. (Fig. 4)

Figura14: Porcentaje de Consultas Externas Nuevas según Sexo en la Población en General. Gestión 2005 - 2015

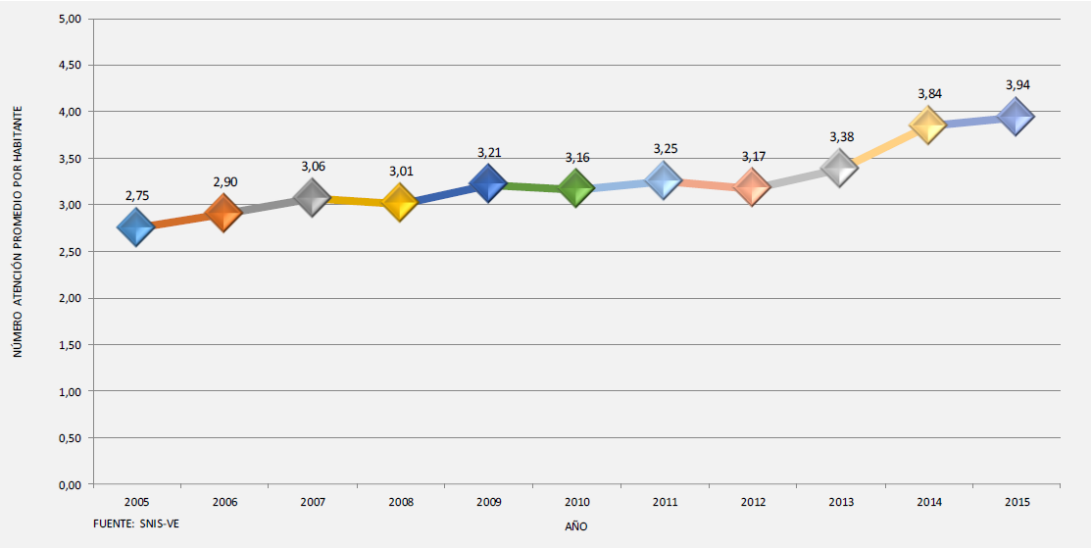


FUENTE: Ministerio de Salud.

Atención al menor de 5 Años.

La atención en menores de 5 años también presentó un incremento en relación a la gestión 2005 comparando con la gestión 2015, ya que el promedio de consultas externas nuevas por habitante durante el año en la gestión 2005 llego a 2,75 y en la gestión 2015 alcanzó el 3,94. (Fig. 5)

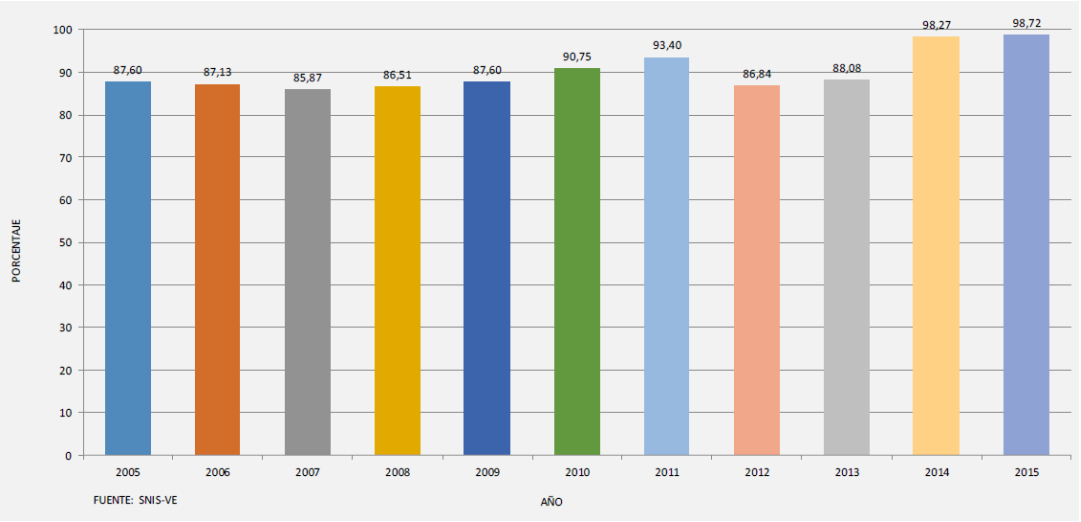
Figura 15: Promedio de Consultas Externas Nuevas por Habitante/ Año en Menores de 5 Años. Gestión 2005 - 2015



FUENTE: Ministerio de Salud.

La cobertura de vacunación con BCG como dosis única en menores de 1 año alcanzó el 87,60% para el año 2005, dicha vacunación sufrió un incremento hasta la gestión 2015 donde del 100% de la población menor de 1 año el 98,72% recibió la dosis única de BCG. (Fig. 6)

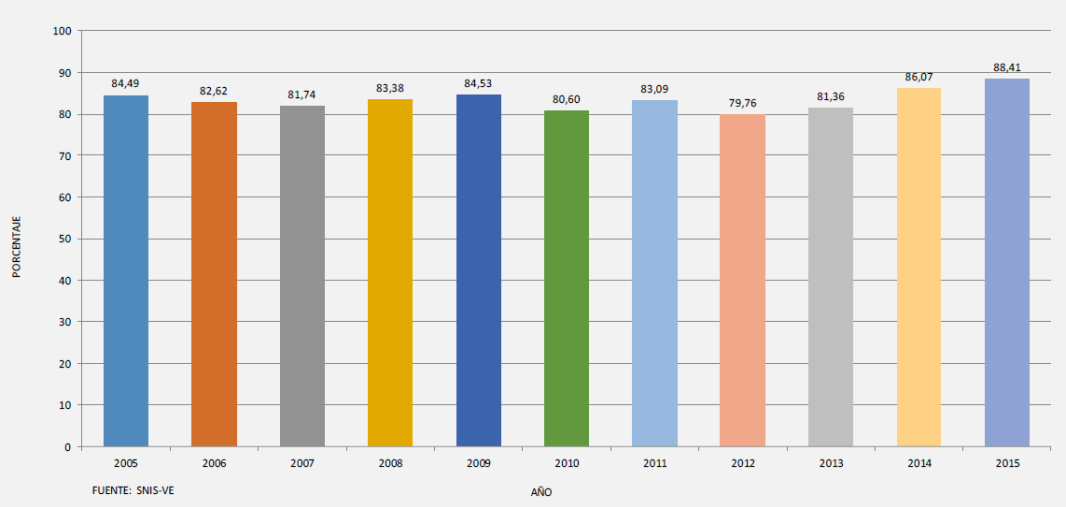
Figura 16: Cobertura de Vacunación con BCG Dosis Única en Menores de 1 Año. Gestión 2005 - 2015



FUENTE: Ministerio de Salud.

En la atención al menor de cinco aós también se realizó la cobertura de vacunación con pentavalente 3ra dosis en menores de 1 año durante las gestiones desde el 2005 hasta el 2015 la misma que indicó que el año 2005 se realizó la cobertura del 84,49% de vacunación y el año 2015 del 100% de la población menor de 1 año, el 88,41% de los menores de 1 año fueron beneficiados con dicha vacunación. (Fig. 7)

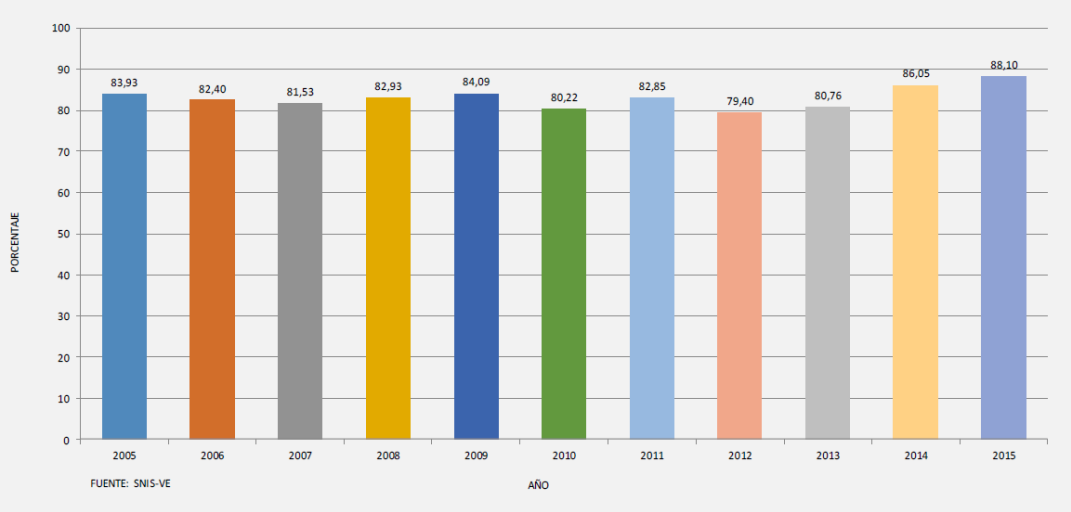
Figura 17: Cobertura Vacunación con Pentavalente 3ra Dosis en Menores de 1 Año. Gestión 2005 - 2015



FUENTE: Ministerio de Salud.

La vacunación con la 3ra dosis antipoliomielítica fue otro de los indicadores para menores de 1 año de edad desde la gestión 2005 a la gestión 2015, siendo el año 2005 el 83,93% de la población beneficiada para dicha vacuna llegando al 88,10% para el año 2015. (Fig. 8)

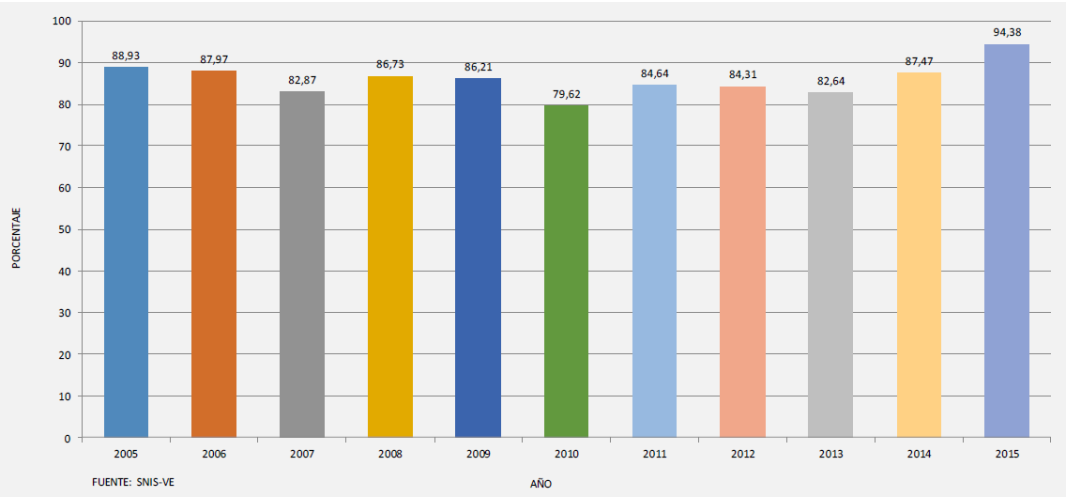
Figura 18: Cobertura de Vacunación Antipoliomielítica 3ra Dosis en Menores de 1 Año. Gestión 2005 – 2015.



FUENTE: Ministerio de Salud.

La cobertura de vacunación para el sarampión (SRP) en niños(as) de 12 – 23 meses de edad llegó al 88,93% para el año 2005 y para el año 2015 llego al 94,38%.(Fig. 9)

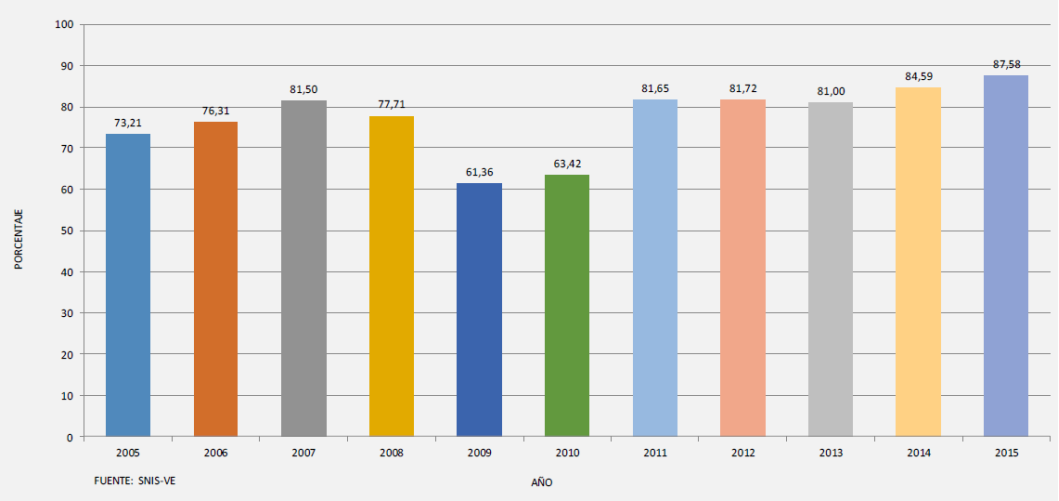
Figura 19: Cobertura de Vacunación con SRP en Niños(as) de 12 - 23 meses. Gestión 2005 - 2015



FUENTE: Ministerio de Salud.

En cuanto al programa de vacunación del Ministerio de Salud también se encuentra la vacuna antiamarílica para niños y niñas de 12-23 meses de edad, dicha cobertura para el 100% de la población afectada llego el año 2005 al 73,21% y al 87,58% para la gestión del 2015. (Fig. 10)

Figura 20: Cobertura de Vacunación Antiamarílica en Niños(as) de 12 - 23 meses. Gestión 2005 – 2015

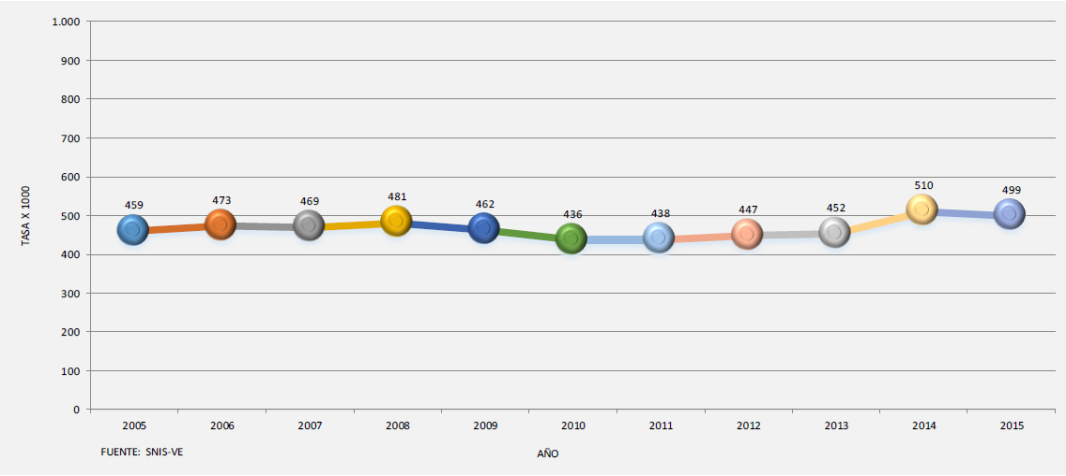


FUENTE: Ministerio de Salud.

Una de las enfermedades transmisibles dentro de la población de menores de 5 años son las enfermedades diarreicas agudas (EDA), siendo la tasa de episodios de enfermedades debidos a EDA por 1000 en menores de 5 años las siguientes:

El año 2005 la tasa fue de 459 por 1000 en menores de 5 años; y el año 2015 llegó a 499 por 1000 en menores de 5 años. (Fig. 11)

Figura 21: Tasa de Episodios de Enfermedades Diarreicas Agudas por 1000 en Menores de 5 Años. Gestión 2005 - 2015



Fuente: Ministerio de Salud.

3.17 Oferta de Servicios Integrales en Red Corea Municipio de El Alto

En la actualidad el municipio de El Alto cuenta con 14 distritos , los distritos 1,2,3,4,5,6,7,8,12 y 14 son reconocidos como área urbana y los distritos 9,10,11 y 13 son considerados área rural.

La Red Corea Municipio El Alto está conformado por los distritos 2,3 y 12 con una población de 259.797 habitantes, en relación con las otras Redes de salud , dentro la Red Corea se encuentra el distrito 3 con mayor población 117.999 habitantes, en relación a los otros distritos. [62]

Organización y funcionamiento

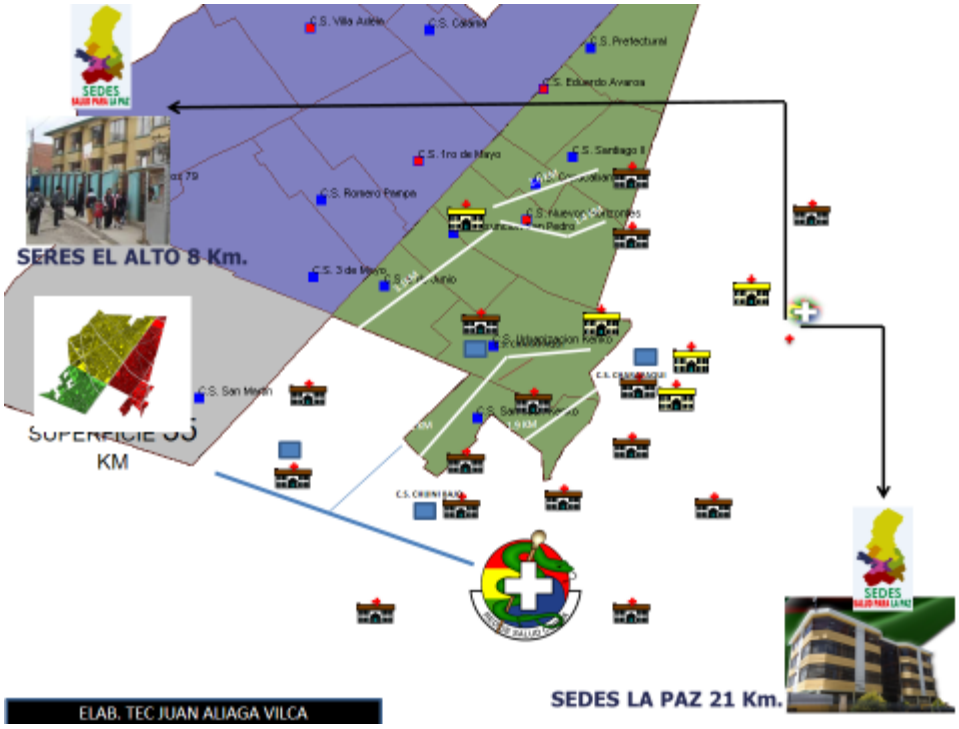
VISIÓN

Ser una Red de Salud Modelo que desarrolle el accionar de sus establecimientos, en el marco de la política departamental de “Salud para La Paz” con excelencia en calidad y calidez en la prestación de servicios a la población, con RRHH capacitados, competentes y comprometidos, contribuyendo a la calidad de vida y ejerciendo rectoría en sus establecimientos de salud.

MISIÓN

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 de El Alto con personal capacitado; de pendiente del SEDES LA PAZ, SERES EL ALTO, facilitando los procesos de Gestión Pública, Sanitaria, Epidemiológica Social, y desarrollando estrategias para la implementación de las políticas de salud Nacional y locales, SIS, SESO, SAFCI, con acciones de promoción, prevención con enfoque intercultural y responsabilidad compartida en el marco de la “SALUD PARA LA PAZ CON TODOS”.

Figura: 22 ISOCRONA DE REFERENCIA –GESTION 2016



La Red Corea Municipio de El Alto cuenta con su mapa isócrona que abarca tres distritos, D2, D3 y D12 beneficiándose con la atención médica a 259.797 habitantes ofertando servicios asistenciales orientados hacia la calidad, calidez .

Tabla: 39 Equipo de Gestión 2017

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO
Dr. Felix Tintaya Espejo	Coordinador Técnico Red Corea
Lic. Eva Canaviri Mita	Responsable Salud Pública
Lic. Dunia Chavarria	Trabajadora Social Distrito 2
Téc. Juan Aliaga Vilca	Administrador –Estadístico
Sr.Marcos Mamani	Apoyo técnicol
Lic. Sofia Poma Calle	Responsable de Nutrición
Sr. Marcos Lopez	Responsable estadístico
Lic. Ruth Silva	Trabajadora Social Distrito 3 y 12
Dr. Daniel Cocarico	Administrador GAME
Dr. Misael Bautista	Responsable Municipal Programa SAFCI-MI SALUD
Sr. Reynaldo Alavi	Director de Salud GAM

FUENTE: INFORME DE GESTIÓN 2016 RED COREA MUNICIPIO EL ALTO

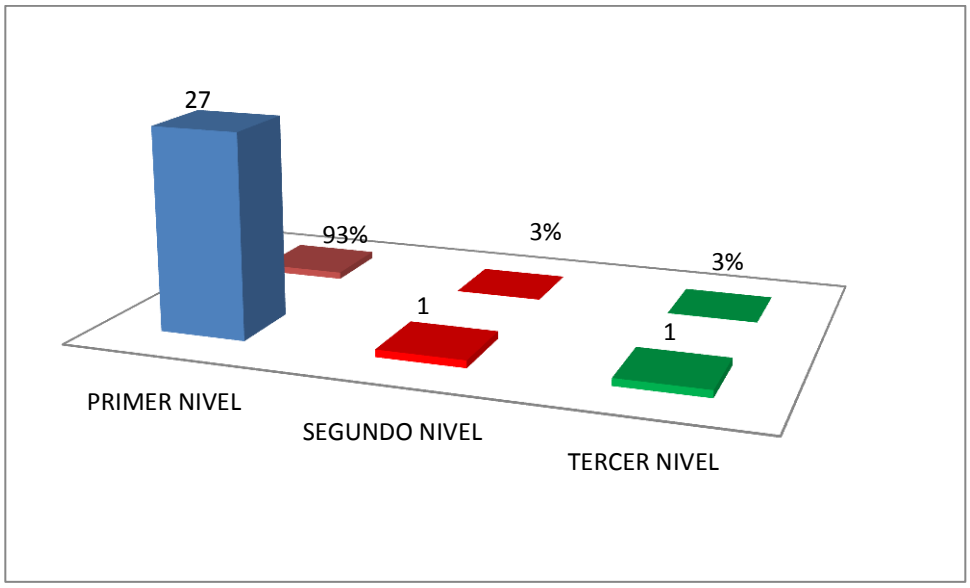
La red Corea de El Alto dentro de su estructura organizacional se encuentra conformado por: Coordinador de Red, Responsable de Salud Pública, Administrador estadístico, Trabajo Social, Nutricionista, Apoyo Gerencial, Estadístico y Responsable de Seguros Públicos GAMEA.

Tabla: 40 Número de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de acuerdo a los distritos y horas de atención de la Red Corea Municipio de El Alto Gestión 2016:

	DISTRITO 2					DISTRITO 3				DISTRITO 12				
6 HORAS			C.S. A. 6 DE JUNIO	C.S.A. ASUNCION SAN PEDRO					.S.A. ROMERO PAMAPA					
12 HORAS	C.S.A. SANTIAGO II	C.S.A PREFECTURAL	C.S.A. SAN JUAN KENKO		C.S.A. URB. KENKO	C.S.A. CALAMA	C.S.A. LUIS ESPINAL	C.S.A. COSMOS 79	.S.A. 3 DE MAYO	C.S.A. SAN MARTIN	SSCP 1	ONG 4	PRIV. 1	IGLESIA 2
24 HORAS	C.S.I. VILLA AVARO A		C.S.I. NUEVOS HORIZONTES		C.S.I. COPACABANA	C.S.I. VILLA ADELA		C.S.I. 1 DE MAYO						

FUENTE: INFORME DE GESTIÓN 2016 RED COREA MUNICIPIO de EL ALTO

FIGURA 23: Número de Establecimientos de Salud y Niveles de Atención de la Red Corea Municipio de EL Alto Gestión 2016.



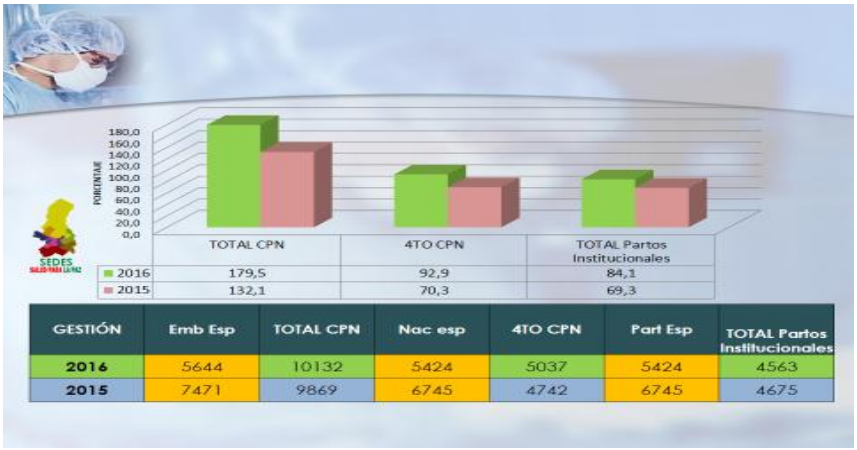
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La Red Corea Municipio de El Alto cuenta con un total de 29 establecimientos de salud de los cuales corresponde al primer nivel 27 establecimientos de salud del primer nivel de baja complejidad dentro de ellos el 75% es del sector público con 15(56%) corresponde a centros de salud ambulatorios y 5(19%) centros de salud Integrales con atención de 24 horas, organismos privados 2(7%), organismos no

gubernamentales 2(7%), iglesia 2(7%) y de la SSCP 1(4%). En el segundo nivel de atención con 1 hospital público de mediana complejidad y 1 hospital de tercer nivel del sector privado de alta complejidad para toda la población de la Ciudad de El Alto.

Figura : 24 % CPN.DE 4to CPN y partos Red Corea Enero a Diciembre

Gestión 2016

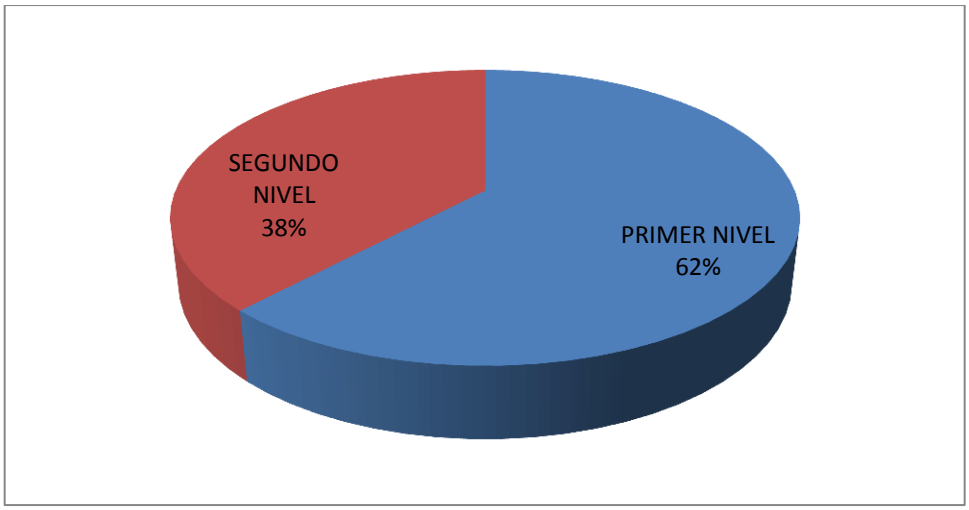


GESTIÓN	Emb Esp	TOTAL CPN	Nac esp	4TO CPN	Part Esp	TOTAL Partos Institucionales
2016	5644	10132	5424	5037	5424	4563
2015	7471	9869	6745	4742	6745	4675

FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

La cobertura de acceso de la población de mujeres embarazada en la gestión 2016 tuvo un ascenso del 22,6% en cuanto al cuarto control prenatal (4CPN) en relación a la gestión 2015 llegando a un 92.9% en los establecimientos del primer nivel de la Red Corea El Alto y del total del CPN llegó al 84.1% al parto institucional y el 8,8% que no llegó puede ser que acudieron al segundo nivel, o en su domicilio u otros. Sin embargo el acceso en relación a la gestión 2015 aumento en un 15% los partos institucionales.

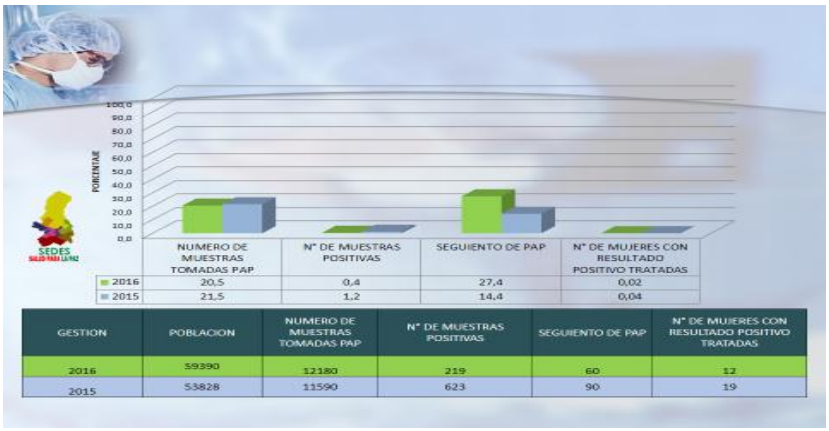
Figura 25: Atención de partos Institucionales en el primer nivel y Segundo Nivel Gestión 2016



FUENTE: INFORME DE LA COORDINACION DE LA RED COREAL EL ALTO 2016.

Se puede observar que del total de la población de mujeres embarazadas, se atendió los partos institucionales con un 62% en el primer nivel en relación al segundo nivel lo cual indica un buen acceso al primer nivel de atención y en cuanto al índice de cesárea se atendió con un 12%(998 cesáreas) atendidos en el segundo nivel que se encuentra por debajo del estándar del 15%.

Figura: 26 Muestras de PAP y Resultados (+) Enero a Diciembre Gestión 2016

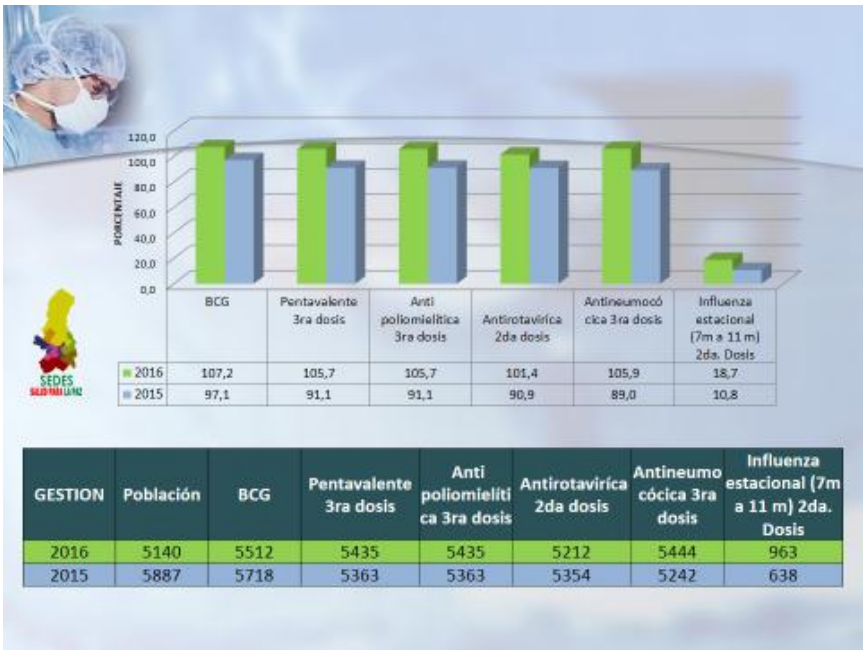


FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

Del total de la población de mujeres que acudieron a los centros de salud de la red Corea El Alto **,** se tomó las muestras para el PAP en la gestión 2016 a

12180 mujeres , de los cuales el 0.4% fueron positivas y de estos el 0.02 fueron tratados.

Figura : 27 % De Vacunados en Niños (A) <1 AÑO Enero a Diciembre Gestión 2016



GESTION	Población	BCG	Pentavalente 3ra dosis	Anti poliomielitica 3ra dosis	Antirotaviríca 2da dosis	Antineumocócica 3ra dosis	Influenza estacional (7m a 11 m) 2da. Dosis
2016	5140	5512	5435	5435	5212	5444	963
2015	5887	5718	5363	5363	5354	5242	638

FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

En la gestión 2016 la red Corea El Alto logro vacunar a niños(a) menores de un año alcanzando sus coberturas más del 100% en BG6, Pentavalente 3 ra dosis, Antipoliomelítica 3ra dosis, Antirotavirica 2 da Dosis Antineumococica 3ra dosis y en cuanto a influencia estacional de 7 a 11 meses 2 da dosis se llegó a 18.7%, esto significa que los distritos 2,3, y 12 de la Red cuenta con migrantes que no se encuentran censados y hacen uso de los servicios de salud.

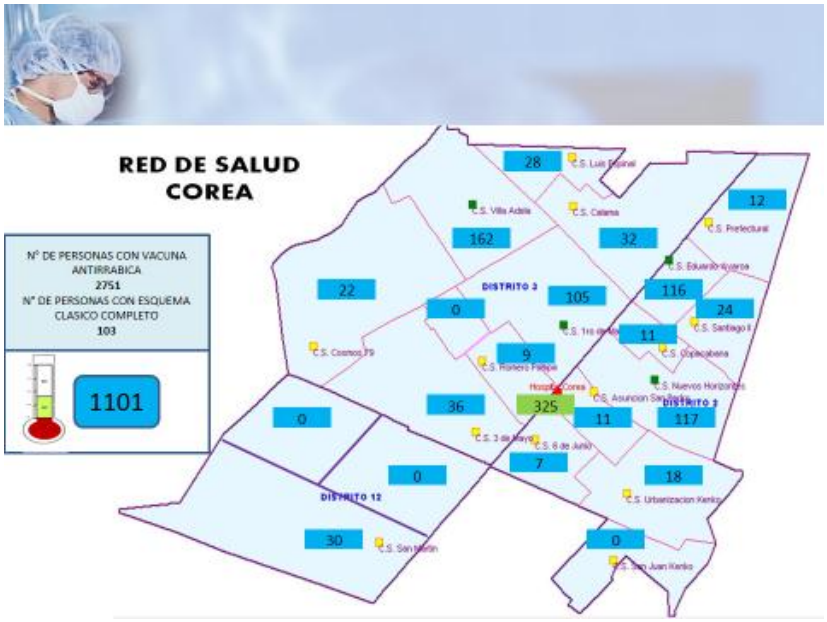
Figura : 28 % De Vacunados en Niños(a) 1 Año Enero a Diciembre Gestión 2016

GESTION	Población	SRP	Antiamarílica
2016	5119	6076	5771
2015	6112	6174	5449

FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

En la figura se puede observar que sus coberturas llegaron más del 100% de vacunación en sarampión, rubeola, paperas (SRP) y antiamarillica en niños(a) menores de un año, esto significa que en los distritos 2,3 12 existe migrantes que viven en el lugar y no se encuentran censados; pero que hacen uso de los servicios de salud.

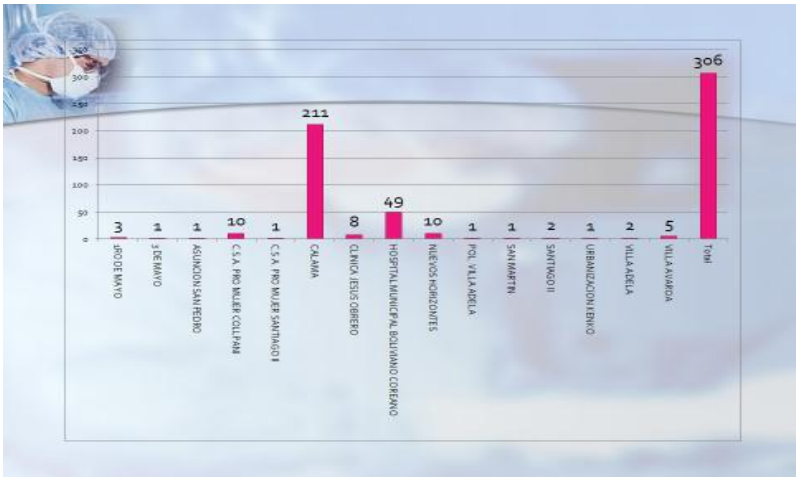
Figura: 29 Número de Personas Agredidas por Animal Gestión 2016



FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

En cuanto al Programa Nacional de Zoonosis (Rabia) la red corea llegó a vacunar la antirrábica a 2751 personas y llegaron a 103 personas con esquema clásico completo.

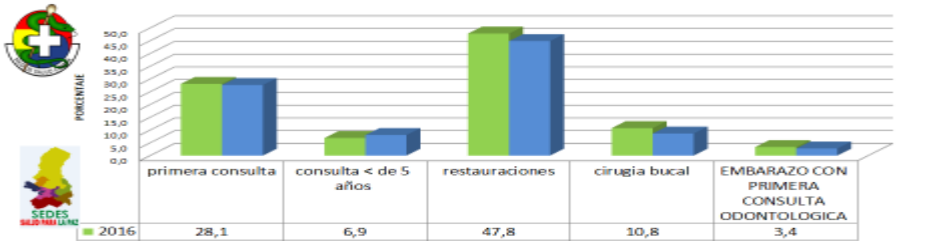
Figura : 30 Violencia Familiar Gestión 2016



FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

Del total de la población de la red corea llegaron a atender casos de violencia familiar 306 casos y de violencia sexual 50 casos, el centro que atendió más casos fue el centro de salud Calama ubicado en el distrito 3.

Figura:31 Consulta Odontológica Enero a Diciembre Gestión 2016



GESTION	POBLACION	primera consulta	consulta < de 5 años	restauraciones	cirugía bucal	EMBARAZO CON PRIMERA CONSULTA ODONTOLOGICA
2016	63000	17703	4339	30134	6784	2113
2015	56000	15490	4520	25135	4848	1557

FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

De acuerdo al programa nacional en cuanto a la atención odontológica en mujeres embarazadas primera consulta odontológica se puede observar un incremento del 6.6% en la gestión 2016 en relación a la gestión 2015.

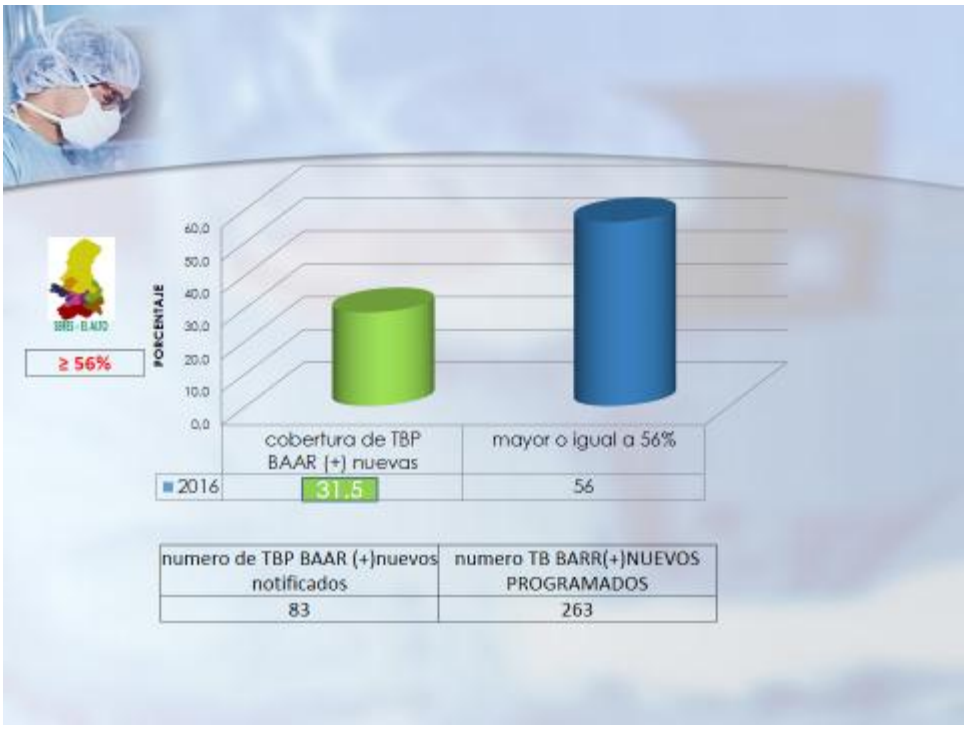
Figura : 32 % DE Desnutrición Aguda Moderada y Grave en menores de 5 Años
Enero a Diciembre Gestión 2015 Y 2016

GESTION	Desnutrición moderada (M) Menor de 1 año	Desnutrición moderada (M) 1 a menor de 2 años	Desnutrición moderada (M) 2 a menor de 5 años	Desnutrición grave (G) Menor de 1 año	Desnutrición grave (G) 1 a menor de 2 años	46. Desnutrición grave 2 a menor de 5 años(
2016	61	67	54	15	7	3
2015	129	132	181	27	12	16

FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

De acuerdo al programa nacional en cuanto al control de niños desnutridos se puede observar un descenso en relación a la gestión 2015 en niños menores de cinco años con el apoyo de nutrición donde realiza seguimiento a casos de desnutrición aguda, moderada, grave y crónica en menores de 2 años en coordinación con el personal de salud de los centros del sector público.

Figura : 33 Cobertura de TBP (+) Nuevas



FUENTE: INFORME DE LA COORDINACIÓN DE LA RED COREA EL ALTO 2016

Este programa está a cargo de trabajo social quien realiza el seguimiento y los programas donde realizó 24 intervenciones sociales con pacientes con TB y dos encuentros con pacientes con TB en los centros de salud, en la gestión 2016 llegaron a 83 nuevos notificados con TBP BAAR(+) y 263 casos nuevos programados con TB BAAR(+).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del análisis de la oferta integral de servicios de la Red Corea Municipio de El Alto, cuenta con un área de influencia que abarca los distritos 2,3 y 12 de la ciudad de El Alto del Departamento de La Paz. La población se dedica al comercio informal, al transporte público, construcciones y funcionarios públicos. Existen las condiciones de pobreza con hacinamiento, mal nutrición lo que hace vulnerable ante enfermedades transmisibles y no transmisibles; por características enraizadas en sus costumbres, tradiciones la prevalencia de partos domiciliarios a pesar de encontrarse en el área urbana con servicios de salud accesibles geográficamente.

Los servicios de salud se encuentran segmentados con distintos arreglos de financiamiento, modelo de gestión, afiliación y provisión. Cuentan con servicios de salud del sector público, seguridad social a corto plazo, organizaciones no gubernamentales, iglesia y privado donde existe poca coordinación cumplen sus funciones, pero no fortalecen el sistema único de Salud.

Se encuentran fragmentados y no existe integración dentro de la red, no cuentan con centros de salud acreditados sólo tiene dos centros de salud acreditados el 2012 el centro de salud Integral Abaroa y San Martin. Existe buena coordinación de la red sólo en el sector público y no así con los otros subsectores. Existe la normativa y la capacitación del sistema de referencia y contrareferencia pero no se cumple en su totalidad.

La Actuación de los responsables del sistema de salud nacional, departamental y municipal en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud- tiene un gran potencial- reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal de salud tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta

participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el fin de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud.

En cuanto a las acciones sobre los grupos de población se implementó los programas de Atención Integral al menor de 5 años, implementando el programa del PAI, vacunando a niños(as) menores de 1 año, Atención a la mujer con el programa del PAP,, cuarto control prenatal y partos institucionales en la red, Atención de enfermedades no transmisibles, Actividades de zonosis, atención en violencia familiar y sexual, por lo mencionado podemos ver que falta varios programas de implementación en cuanto a promover y toma de acciones sobre el uso racional de medicamentos, no cumplen con actas de comités para la coordinación con otros sectores privados para promover condiciones de vida saludable.

En cuanto a las acciones sobre la persona existe deficiencia en la implementación de acuerdo a la ley 475 donde indica la implementación de los cuidados paliativos al adulto mayor y en enfermos con patologías crónicas, y atención a personas con discapacidad de acuerdo a ley 223 debido a la falta de recursos humanos en los diferentes centros de salud no se puede cumplir con este programa nacional.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las principales deficiencias dentro de la oferta integral de servicios en la Red Corea Municipio de El Alto durante la gestión 2016?

6. 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.[63]

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.[64]

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.[65]

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.[66]

Las reformas del sector salud que implica necesariamente una re ingeniería de la estructura del sector, tanto en países del primer mundo industrializado[67] así como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo,[68],[69] la Organización Panamericana de la salud promocionó como una forma validada de integración las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)(REFIS en Bolivia).[70]

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.[71]

Como corolario podríamos indicar que en este proceso de reingeniería de los sistemas, se ha constituido una unidad dialéctica virtuosa entres fragmentación/integración como respuesta a los grandes problemas que enfrentan el sector de variopintas alternativas y creativas soluciones.[72]

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo General

Determinar las principales deficiencias en relación a la oferta integral de servicios Salud de la Red Corea Municipio de El Alto.

7.2. Objetivos Específicos

7.2.1. Conocer el grado de organización y funcionamiento de la Red Corea Municipio de El Alto.

7.2.2 Conocer las acciones que se llevan a cabo en la población a cargo de la Red Corea Municipio de El Alto.

7.2.3 Conocer los servicios de salud que existen para la atención a las personas en la Red Corea Municipio de El Alto.

7.2.4. Proponer mejoras al instrumento de sistematización de la REFISS para una recolección de datos adecuada y validada al contexto.

8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño de Investigación, Descriptivo Observacional orientado a una investigación acción participativa. El diseño incluyo dos fases: cuantitativo y cualitativo[21].

8.1 Técnica de recolección de datos

- 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 Corea Municipio El Alto.

8.2 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.

[21] 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.

8.3 Composición del instrumento:

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

“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.

“Observaciones”. Este espacio se utilizó para justificar la respuesta, y escribir el nivel de avance del indicador. Esta información fue útil y 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.

8.4 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 del 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.

El análisis de resultados se realizó mediante el paquete Excel

Interpretación de los RESULTADOS

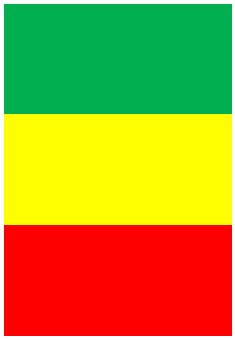
Símbolo	Condición	Interpretación		Acciones
	**OPTIMO**	Condición deseable		De sostenibilidad
	ALERTA	Condición Intermedia		Mejora del Plan
	EMERGENCIA	Condición deseada	NO	Intervención Inmediata

Tabla 12: Diagrama de Alertas para la Interpretación de Resultados de REFISS

Fuente: Herramienta REFISS

De los 14 atributos para fines de la presente tesis fue seleccionada el atributo 2 referido a si la Red cuenta con una oferta integral de servicios, mediante la adecuada gestión y manejo del cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad.

8.5 Proceso Investigativo.-

Figura 10: Proceso Investigativo Participativo

Fuente: Herramienta REFISS

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

8.5.1 Fase de Negociación: Cuyo objetivo es lograr el consenso con autoridades del SEDES La Paz y las Coordinaciones de Red.

8.5.2 Fase Capacitación: que buscó generar habilidades para el manejo del instrumento, dominio de los atributos y metodología de análisis

8.5.3 Fase Validación del instrumento: Logró 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.

8.5.4 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 la Red de Salud.

8.5.5 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.

8.5.6 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 utilizó matrices de planificación normadas por el Ministerio de Salud.

Tabla 42. 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[73].

9. RESULTADOS

9.1.- ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS.-

Los resultados de la presente tesis se refieren a la oferta integral de servicios de la Red Corea Municipio de El Alto. Dichos resultados se obtuvieron por la información brindada por parte de funcionarios que trabajan como Coordinador Técnico Red Corea.

Dentro de la oferta integral de servicios se evaluaron tres criterios principales que se refieren a:

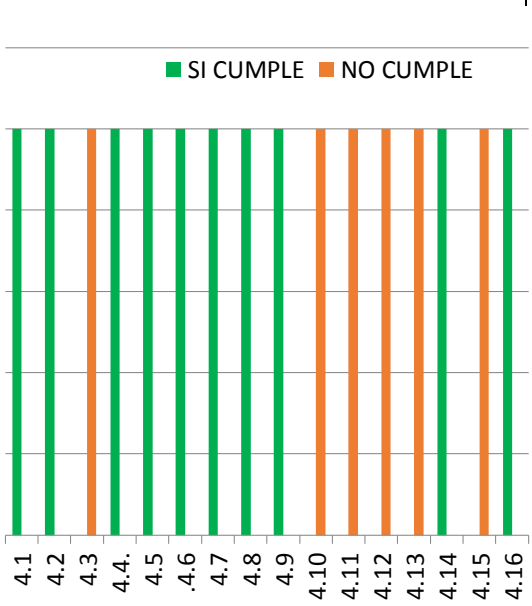
a) Organización y funcionamiento
b) Acciones sobre grupos de población
c) Atención a las personas

Cada criterio a su vez estuvo evaluado por diferentes variables (preguntas) generando información de los diferentes centros de salud orientado a la atención primaria en salud y así poder analizar la situación de salud en relación a la oferta integral de servicios de la Red Corea Municipio de El Alto.

Posterior a la información obtenida por los representantes se realizó la visita a la gerencia de red, centros de salud y SERES El Alto para verificar si contaban con los documentos técnico administrativos, normativas , reglamento, manual de funciones y otros relacionadas a las variables para el estudio de la presente tesis.

9.1.1 RESULTADOS GRÁFICOS.-

FIGURA: 35 CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED COREA MUNICIPIO de EL ALTO GESTIÓN 2017



VARIABLE	INDICADOR
P4,1	Definida la red de servicios preventivos y asistenciales.
P4,2	Establecimientos de salud clasificados según nivel de atención y caracterización.
P4,3	Registros y certificación de los servicios de medicina tradicional.
P4,4	Caracterización de los establecimientos por nivel de atención.
P4,5	Distribución de establecimientos pertinente con la población y acceso.
P4,6	Centros de salud de 1er nivel son de fácil acceso.
P4,7	Laboratorio y diagnóstico por imagen están organizados.
P4,8	Servicios de anatomía patológica son accesibles.
P4,9	Mecanismos para integración de servicios del mismo nivel.
P4,10	Hay mecanismos para la integración de servicios multinivel.
P4,11	Mecanismos de integración entre sistema de salud y medicina tradicional.
P4,12	Registros actualizados de referencia y contrareferencia.
P4,13	Sistemas de comunicación de la red integrados u otro mecanismo de comunicación y difusión.
P4,14	La red cuenta con un plan de mejora continua de la calidad.
P4,15	La red cuenta con instrumentos de acreditación.
P4,16	La red cuenta con programación presupuestaria anual.

FUENTE: Lista de Verificación - Herramienta REFISS

ANALISIS:

Uno de los criterios para evaluar la oferta integral de servicios fue la organización y el funcionamiento de la Red Corea Municipio de El Alto. Dentro de este criterio se tuvieron 16 variables, el 62% SI cumplen con las variables y el 38% NO cumplen. Se pudo evidenciar que dentro de la Red están definidos los servicios preventivos y asistenciales,el 93% corresponde al primer nivel, de este total el 75% corresponde al sector público y se clasifican en centros de salud ambulatorios con un 56% y 19% centros de salud integrales estos dentro de su cartera de servicios

están conformados por médico general, odontologo, lic. Enfermeróa, Lic. Farmacia, Aux. de enfermería, cuentan con laboratorio, Rx, el centro de Salud Copacabana cuenta con especialidades de cardiologia, endocrinologia,traumatologia,ginecologia y trabajo social cuentan con cama de internación transitoria para atención de partos.

Los centros de salud de la red cuentan con certificados de funcionamiento extendido por SDIS del SEDES La Paz, pero no cuentan con certificados de acreditación. actualmente tienen dos centros acreditados el 2012 el centro de salud integral Avaroa de 24 horas y el centro de salud San Martin con 12 horas de atención.

Los centros de salud son de fácil acceso porque se encuentran en avenidas principales o cerca a dos y tres cuadras. Los cinco centros de salud integragrales de mayor complejidad cuentan con laboratorios y los demás centros derivan a los centros de salud integrales y/o Hospital Municipal Boliviano Coreano.

Todas las solicitudes de anatomia potológica son transferidos al segundo nivel y este se encuentra accesible porque se encuentra en el Distrito 2. Tambien se pudo evidenciar que si existe una integración en cuanto a laboratorio, vacunas , PAP, atención a victimas por violencia, VIH, se realizaron material de difusión en cuanto a CACU, VIF, Maltrato, etc.

La red cuenta con un plan de mejora, cursos de capacitación se pudo verificar en su libro de actas sobre la difusión a todos los establecimientos de salud y la poblaciòn sobre la ley 475, taller de capacitación de la SAFCI en todos los centros de salud, llenado de carpetas familiares por parte del personal de salud de los establecimientos y equipos mi salud con Nº 380 en SOFTWARE, reactivación del comité de referencia y contrareferencia, se realizó el 100% de autoevaluaciones a todos los establecimientos de salud con formato y formularios enviados desde el área de Acreditación del SERES y bajo la norma de caracterización de establecimientos del primer nivel.

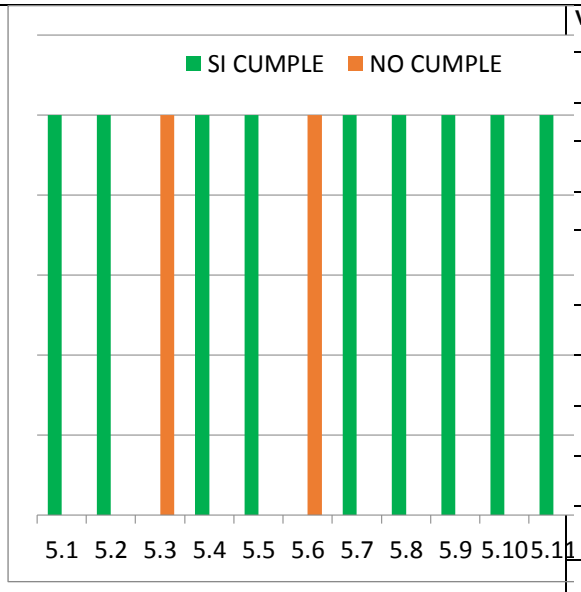
La gerencia de red cuenta con su POA aprovado 2016 y su reformulado del POA 2016.

Las variables consideradas que no cumple son con registros y certificados de los servicios de Medicina Tradicional tomando a las parteras, naturistas, médicos tradicionales y guías espirituales; por lo tanto, no existe mecanismos de integración entre unidades del sistema de salud y servicios de medicina tradicional.

Existen deficiencias en la integración de los centros de salud y los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, pues las boletas de referencia son aplicadas; sin embargo la contrareferencia no se aplica en la mayoria de los casos, los usuarios prefieren terminar su tratamiento y control en el segundo nivel, en consecuencia la gerencia de Red reactiva el comité de referencia y contrareferencia con equipo de la coordinadora, miembros del comité de la red, miembros del comité Hospital Corea, miembros del municipio (SUMA)y participación de la Comusa.

Los sistemas de comunicación en los centros de salud no son adecuados por ejemplo las radios se encuentran inoperables por falta de mantenimiento, no cuentan con teléfonos, no tiene acceso a la tecnología de internet e intranet.

Figura : **36 CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE ACCIONES SOBRE GRUPOS DE POBLACIÓN *EN LA RED COREA MUNICIPIO de EL* ALTO GESTIÓN 2017**



VARIABLE	INDICADOR
P5,1	Participación en la vigilancia, investigación y control de riesgos y amenazas.
P5,2	Acciones para la disminución de vectores.
P5,3	Promueve y toma acciones sobre el uso racional de medicamentos.
P5,4	Se implementa el PAI en todas las unidades.
P5,5	Acceso a una oferta de anticonceptivos incluyendo la colocación de DIU y la anticoncepción de emergencia.
P5,6	Coordinación con sectores públicos y privados para vida saludable.
P5,7	Equipo de coordinación realiza y/o promueve la vigilancia de la salud ambiental.
P5,8	Equipo de coordinación actualiza planes de los establecimientos de salud.
P5,9	Actividades de educación para la salud en centros educativos.
P5,10	Acciones de comunicación social para promover comportamientos saludables.
P5,11	Desarrollan programas de prevención de enfermedades transmisibles prevalentes. (IRA, EDA, ETS, VIH, vectoriales, otras)

FUENTE: Lista de Verificación - Herramienta REFISS

ANALISIS :

Otro de los criterios para evaluar la oferta integral de servicios fueron las acciones sobre grupos de población en la Red Corea Municipio de El Alto. Dentro de este criterio se tuvieron 11 variables los cuales, el 82% SI cumple y el 18 % NO Cumple.

En cuanto a las variables que cumple se pudo verificar que cuentan con la elaboración y actualización de los canales endémicos IRAS; EDAS y otros mensualmente y semanales . Realizaron la conformación y reactivación de los comites de la red, vigilancia epidemiológica con apoyo de la OPS-KOIKA, conformación activa de vigilantes comunitarios capacitados en la vigilancia de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.

El municipio realiza acciones de funigación contra roedores, moscas, cucarachas de acuerdo a requerimiento de la red.

En todos los centros manejan el PAI, tienen publicados sus coberturas de vacunación por mes, manejan muy bien la cadena de frio alcanzaron más de 100% de vacunación, eso significa que los distritos 2,3 y 12 tiene migrantes del área rural que vive en las zonas y hacen uso de los servicios de salud. No se puede conocer el impacto del control de embarazos no deseados porque no se cuenta con informaciòn sistematizada de la aplicación de anticonceptivos incluyendo la colocación del DIU y los anticonceptivos de emergencia. Además el equipo de coordinación realiza y/o promueve la vigilancia de la salud ambiental durante la gestión 2016 realizaron dos superviciones a todos los centros de salud en cuanto a vigilancia de los servicios públicos de agua potable, saneamiento, manejo de escretas y basura

Se ha evidenciado que algunos centros de Salud no cuentan con insumos necesarios; por lo tanto los planes para emergencias y desastres no daran resultados.

Realizan actividades de educación, cuentan con libros de actas donde se verifica la firma de los directores, profesores, cronograma de capacitación 4 actividades de prevención, violencia y embarazo en adolescentes, sesiones educativas en alimentación y nutrición a 562 madres que asistieron a la consulta externa.

Se capacitó con 10 practica claves de la salud Nutrición y inocuidad alimentaria a los vigilantes comunitarios, COLOSAS, secretarios de salud, para que ellos puedan identificar, socializar y orientar a la población.

A 272 estudiantes de la escuela Sagrado Corazon del Nazareno e Infocal se capacito en relación a norma de suplementación y la importancia del consumo de micronutrientes .

A 5 profesores, 140 estudiantes y 33 padres de familia capacitados en temas relacionados a una alimentación saludable y recreo saludable en los colegios Illimani y Nuevos Horizontes realizados en el mes de mayo 2016.

Se realizaron 4 ferias en los meses de mayo, septiembre, octubre y noviembre orientadas y socializadas en tema inherentes a nutrición.

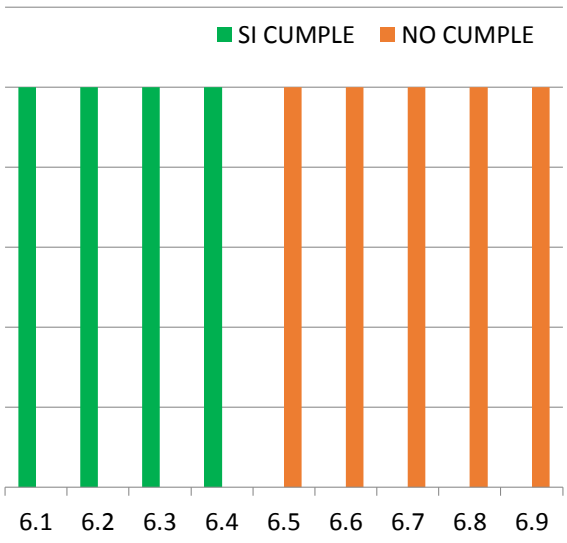
83 pacientes con TB pulmonar fortalecidos, referente a la importancia de la alimentación variada, oportuna y consistente para contribuir en la mejora del estaddo nutricional del paciente.

Se desarrollan programas de prevención de enfermedades transmisibles se verifico en el POA realizaron ferias de salud, se dotaron material de información, en las salas de espera, ferias, establecimientos de salud y las 17 COLOSAS.

Si bien es cierto que de todas las variables existentes en este criterio se cumplen en su gran mayoría, también es cierto que los centros de salud no cuentan con comites de farmacia, cada centro realiza la solicitud de sus medicamentos de acuerdo a la normativa pero el municipio por el alto rote de sus funcionarios y por la falta de capacitacion en cuanto al proceso de licitación no se llega a cumplir en los tiempos establecidos..

No cuentan con un proyecto para promover condiciones de vida saludable y así poder coordinar con los otros centros privados y públicos.

Figura : 37 CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN LA RED COREA MUNICIPIO de EL ALTO GESTIÓN 2017



VARIABLE	INDICADOR
P6,1	Definida la cartera de servicios por nivel.
P6,2	Acciones de detección y atención a víctimas de violencias.
P6,3	Capacidad resolutiva para cirugías ambulatorias.
P6,4	Servicios de apoyo diagnóstico son de fácil acceso.
P6,5	Servicios de rehabilitación accesibles
P6,6	Incluidos cuidados paliativos a enfermos crónicos.
P6,7	Implementación de programas y prácticas para el cuidado de Personas: con condiciones crónicas; con discapacidad; adultos mayores; salud mental y salud intercultural.
P6,8	Farmacias Institucionales (FIM) abastecidas y funcionales.
P6,9	Implementación de la telemedicina.

FUENTE: Lista de Verificación - Herramienta REFISS

ANÁLISIS:

En relación al criterio de la atención a las personas, se pudo llegar a determinar que obtuvo un porcentaje de 44% en relación a las variables que SI Cumplen, siendo el 56% las variables que NO Cumplen, por lo que es el criterio con más deficiencias existentes en relación al atributo relacionado con la oferta integral de servicios.

Dentro las variables que si cumple se pudo verificar que los establecimientos de salud del primer nivel y del segundo nivel cuentan con el listado de servicios que ofertan al ingreso de sus establecimientos con sus precios referenciales, y su flujo grama de atención.

En la gestión 2016 atendieron con un total de 306 casos de violencia en la familia, el centro de salud que atendió con más casos fue el centro de salud

Calama 211 casos que corresponde al distrito 3. En cuanto a la violencia sexual atendieron con un total de 50 casos la gestión 2016, el centro de salud Calama atendió más casos obteniendo 29 casos en relación a los otros centros.

Dentro la Red Corea Municipio de El Alto sólo se realizan cirugías ambulatorias (menores) y cirugías mayores en el segundo nivel, la gestión 2015 realizaron 2172 cirugías y la gestión 2016 llegaron a 2354 cirugías, las intervenciones quirúrgicas según especialidad fueron gineco –Obstétricas con un total de 1083, cirugías 385, traumatológicas 179, otorrinolaringología 44 y otros.

Sin embargo también se detectaron deficiencias en relación a este criterio, dentro de estas deficiencias al evaluar los centros de salud del primer nivel no cuentan con servicios de rehabilitación estos son derivados al segundo nivel de atención en la gestión 2016 fisioterapia atendió 3823 pacientes y solo existe uno en Pakajes Kaluyo que sólo atiende una vez a la semana en el turno de la mañana, no se pudo verificar la estadística de cuantos pacientes cuenta la red.

Los servicios de apoyo diagnóstico, los mismos se evidenciaron que no son de fácil acceso en toda la Red; además se pudo determinar que no existen servicios de rehabilitación para aquellas personas que lo necesitan; tampoco están incluidos cuidados paliativos o de apoyo a enfermos crónicos del área de influencia; se pudo evidenciar que en su POA 2016 no están incluidos.

Los establecimientos de salud del primer nivel y del segundo nivel cuentan con farmacias institucionales municipales; pero los del sector público se vieron desabastecidas en la gestión 2016 y solo cuentan con los medicamentos para la atención de pacientes que están incluidos en sistema único de salud, indican que los centros de salud realizan su solicitud; donde existe retraso es en el proceso de licitación por parte del municipio debido al alto rote de personal y falta de capacitación.

PROMEDIO GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS.-

Luego de realizar el análisis del atributo en relación a la oferta integral de servicios en la Red Corea Municipio de El Alto, tomando en cuenta los criterios referentes a la organización y funcionamiento; acciones sobre grupos de población; y la atención a las personas, junto a las 36 variables, se pudo verificar que del 100% del cumplimiento de las variables, la Red Corea Municipio El Alto cumple el 63.9% ingresando de acuerdo al diseño metodológico del presente trabajo al color amarillo de alerta, lo que significa que se debe mejorar el plan de oferta de servicios integral de la Red.

PROMEDIO GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS	63.9 %	
Revisar si se cuenta con información de establecimientos de salud por nivel de atención y servicios que prestan. Es fundamental la incorporación de la medicina tradicional en la atención de la población en comunidad.		

10. DISCUSIÓN

Los servicios del Sector Salud: públicos, del seguro social a corto plazo y privados con y sin fines de lucro, independientemente de cual sea su dependencia institucional y régimen administrativo financiero, están sujetos al marco legal único, políticas, modelo, control y demás disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud, que se constituye en la Autoridad Sanitaria y rector del Sector Salud, conforme lo señala el inciso II, del Artículo No. 36 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Asimismo, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia establece que se debe implementar el Sistema Único de Salud para lograr del acceso universal de salud, el mismo que se constituye en un resultado dentro del Plan de Desarrollo Económico Social PDES 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 que plantea dos modelos, uno de atención y otro de gestión, que tienen los principios de integralidad, intersectorialidad, participación comunitaria e interculturalidad. El objetivo buscado es mantener sana a la población, mediante la prevención y el control de las enfermedades y la actuación sobre las determinantes de la salud, mediante la promoción de la salud, que se constituye en un hecho político social, ya que se enfoca en la armonía de la persona consigo misma, con su familia, con la comunidad y con su entorno la madre tierra como significado del vivir bien.

Los servicios de salud en el subsector público son competencia concurrente de responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Municipales en cuanto al primer y segundo nivel de atención, y de responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Departamentales sobre el tercer nivel de atención. El Gobierno Central es responsable del cuarto nivel.

La salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” no es suficiente para explicar la determinación social de la misma. Por ello se entiende la salud “como un proceso multidimensional de contradicciones, entre situaciones destructivas y protectoras para la vida”, “como la relación de profunda armonía, complementariedad, interdependencia, solidaridad, reciprocidad, espiritualidad y equilibrio de las personas consigo mismas, con la familia, la comunidad, con todos los demás seres, con la Madre Tierra y el cosmos que nos cobija respetando, aceptando y valorando a todos con sus diferencias”.

La Salud y la Enfermedad son producto de la Determinación Social; las causas de la mala salud están en la sociedad, en las condiciones de vida y trabajo; transformar esas condiciones es parte fundamental de las tareas de la Medicina Social y la Salud Colectiva.

La salud es una construcción social derivada de las formas en que se organiza una sociedad para producir y distribuir su riqueza social. En otras palabras, la salud de la población está determinada, en última instancia, por el modelo de desarrollo y consumo de una sociedad.

La Medicina Tradicional no es única, son concepciones propias de cada nación del Estado Plurinacional de Bolivia. La Medicina Tradicional es la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias de diferentes culturas, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales.

“Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes 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”

La intersectorialidad es la conjunción de esfuerzos, recursos y capacidades de sectores (salud, educación, saneamiento básico y otros), instituciones públicas y privadas, dirigidas por la población organizada, para el logro de objetivos comunes en salud, a partir de la complementariedad de sus capacidades y destrezas reunidas en trabajo de equipo, lo que permite aumentar las posibilidades de transformar las determinantes sociales de la salud.

Las alianzas estratégicas son el proceso de coordinación entre el personal de salud, los otros sectores y actores sociales para actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad

La Constitución Política del Estado establece que el Sistema de Salud en Bolivia es el Sistema Único de Salud.

El Sistema Único de Salud se constituye en un medio para el logro del ejercicio del derecho a la salud ya que de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política del Estado el Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

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.

Implicación De Resultados

Fuerte apoyo a las políticas públicas de salud en la conformación de redes. Insumos importantes para mejorar la norma en vigencia la cual requiere una actualización. Tener bases metodológicas para ampliar el análisis de la herramienta REFISS. Fortalecer la política SAFCI.

Audiencias Interesadas En Los Resultados

- Autoridades Sanitarias y funcionarios nacionales, departamentales y municipales.
- Profesionales técnicos de salud de los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud.
- La sociedad civil organizada.
- El personal técnico operativo de la Coordinación de Red.
- Los Asesores técnicos de la OMS/OPS.
- El Postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés

11. CONCLUSIONES

De acuerdo a la aplicación del instrumentó de la REFISS el atributo 2 en la Red Corea Municipio de El Alto alcanzo la franja amarilla PUNTAJE DEL 63.9% esto significa que se encuentra en alerta para mejorar.

1) En relación a la organización y funcionamiento:

La Red Corea Municipio de El Alto actualmente, a pesar de los esfuerzos de la coordinación de Red, el sector salud se encuentran fragmentados y segmentados, que afecta al desarrollo sectorial y a la eficiencia de las intervenciones generando exclusión social, discriminación e inequidad dificultando la rectoría y ejercicio de la autoridad sanitaria del ente rector, Ministerio de Salud. En consecuencia las políticas de salud, los lineamientos estratégicos, las normas y los procedimientos elaborados por el Ministerio de Salud son parcialmente aplicados por parte de la Red Corea. Algunas instituciones en salud de los sub sectores público, privado y SSCP no reportan sus datos al SNIS, ya que existe cierto grado de resistencia para el mismo a nivel nacional, lo que podría dificultar la alerta temprana cuando corresponda la toma de decisiones con relación a enfermedades en ciertas circunstancias como epidemias

En cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia si bien los centros de salud cuentan con la norma y fueron capacitados, no cumplen con el proceso siendo que las contrarreferencias no llegan al primer nivel, por lo tanto no existe una articulación con el primer y segundo nivel.

La Red Corea aún no cuenta con médicos tradicionales, actualmente se cuenta con la Ley Nro. 459 en relación a Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, sin embargo la misma no se cumple debido a varios puntos deficientes de dicha ley, como ser el registro adecuado de los Médicos Tradicionales, Parteras, naturistas, y guías espirituales.

2) En relación a las acciones sobre grupos de población:

La red oferta programas sobre la salud materna del total de la población de mujeres embarazadas, lograron cumplir su cuarto control prenatal un 92,9% y del

total de mujeres embarazadas (10132) que asistieron a sus controles prenatales en la gestión 2016 accedieron a parto seguro atendido por personal de salud capacitado a un 84.1%, el restante probablemente tuvo su parto en el segundo nivel, sistema privado o en su domicilio atendido por parteras.

En cuanto al programa en atención en niños(a) menores de 1 año sobrepasaron el 100% de sus coberturas en vacuna, dosis única de BCG, 3ra dosis de pentavalente, 2da dosis antirotavírica, 3ra dosis de vacuna antineumococica y 2 da dosis contra la influenza estacional, donde llama la atención que estos distritos tienen alto migrante que hace uso de los servicios de salud que no se encuentran censados en la población.

No cuentan con comités de farmacia para realizar el seguimiento, y uso racional de medicamentos en los centros de salud; por lo tanto es insuficiente la regulación sobre los insumos esenciales y medicamentos utilizados en los usuarios.

Existe una deficiencia en cuanto a la elaboración de un proyecto para promover condiciones de vida saludable y poder coordinar con los sectores públicos y privados.

3) En relación a la atención a las personas:

La oferta pública de salud en la red en cuanto a la acción sobre las personas existe una barrera que no se logra cumplir con todos los programas nacionales debido a los siguientes factores, falta de recursos humanos, infraestructura , equipamiento , inestabilidad laboral (contratos temporales cortos) especialmente del coordinador de red lo cual dificulta realizar gestión en los procesos de planificación, organización, seguimiento y evaluación de los resultados e impactos esperados , débil involucramiento de los actores sociales al proceso de gestión local de la salud en la Red Corea Municipal El Alto.

4. Con la herramienta de la REFISS se pudo identificar la falencia que tiene la Red Corea El Alto para luego poner un plan de acción y mejorar el sistema de red integral aplicando la implementación del sistema único de salud en todos los establecimientos de salud.

12. RECOMENDACIONES

1. Consolidar la implementación de la política SAFCI y el sistema único de salud en todos los establecimientos de salud de la Red Corea Municipio de El Alto. El desafío es lograr que las redes de servicios de salud centren su atención en mejorar el acceso a los servicios de salud logrando la satisfacción del usuario, es decir en la persona, familia y comunidad con enfoque integral e intercultural en el continuo de la vida, esa es la política de salud familiar comunitaria e intercultural.

Mejorar la gestión (planificación, organización, conducción y control) , mejorar la coordinación de la red involucrando a todos los sectores públicos, SSCP, ONG , iglesias y privados. Sólo así se podrá mejorar la toma de decisiones basadas en evidencia, contar con un perfil epidemiológico específico que permita implementar cambios en los procedimientos y practicas sanitarias en el mediano plazo.

El Estado Plurinacional de Bolivia cuenta con la Ley Nro. 459 que se refiere precisamente a la Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, la misma debe incorporarse por tener una población altamente migrante del área rural altiplánica que hace uso de sus costumbres y tradiciones.

2. Fortalecer la participación social en el proceso mediante el cual dichos actores sociales toman decisiones, de manera efectiva, en la planificación, ejecución - administración, seguimiento-control de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas.

La movilización social es el proceso por el cual la población organizada asume el ejercicio de su derecho a la salud mediante acciones comunitarias que permiten la gestión social en la toma de decisiones que contribuyen a la trasformación de las determinantes y los servicios de salud, a partir de la utilización de sus recursos (materiales y no materiales), donde el personal de salud se constituye en el facilitador de estos procesos, brindando información adecuada, oportuna, pertinente, de manera continua y en los espacios propios de las comunidades, urbanas y rurales, generando la reflexión sobre la problemática en salud

3. La integralidad y la continuidad de la atención centrada en el usuario permite que el 80% de los problemas de salud puedan ser resueltos en el primer

nivel de atención que además tiene una población asignada por territorio ya que el principal objetivo de mantener sana a su población asignada, el 15% de problemas debe ser resuelto por un segundo nivel de atención el mismo que debe encontrarse como referencia de los primeros niveles más cercanos y el 5% de problemas de salud será resuelto por los terceros y cuartos niveles de atención en salud son los más complejos y los que requieren de alta especialización.

Debe lograrse que la atención de salud sea completa e integral desde la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades la realización de un diagnóstico preciso, confiable y oportuno, el tratamiento adecuado, la investigación, la docencia y la rehabilitación de la salud.

Laboratorios fortalecidos y con vigilancia de alta calidad que se encuentran organizados en la red.

Servicios de gabinete con equipos de alta eficiencia así como con personal capacitado.

La administración de los establecimientos de salud tiene el enfoque de calidad de servicio, cuenta con personal calificado y con actitud de servicio a la población.

La Telesalud permite la interconsulta con especialistas y/o personal multidisciplinario logrando dar acceso a la población que por falta de recursos no puede llegar a niveles de mayor complejidad y cuando se detecta un problema más complejo se realiza la referencia a un establecimiento de salud de mayor complejidad; además se puede utilizar los equipos y conexión de internet e intranet para la teleeducación que permite la capacitación continua al personal de salud.

4. Aplicar el instrumento de la REFISS en otras redes de servicio para hacer un análisis de la situación en cuanto a la oferta integral de servicios en su organización, funcionamiento, acciones sobre la población y acciones sobre la persona en promoción, prevención, de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos.

13. PLAN DE INTERVENCIÓN

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

ACTORES INTERNOS MATRICES QUE DEBEN SER COMPLETADOS EN EL TALLER

¿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 de admisión ,farmacia y manuales	En su mayoría dependientes del GAMEA	Existe inestabilidad laboral , se mantiene temerosos de perder su empleo	Coordinar actividades , trabajar con el Equipo de Salud
Personal de establecimientos de salud Médicos Enfermeras, Bioquímicos, odontólogos, Auxiliares de enfermería	En su mayoría SEDES	Que el Gobierno Autónomo Municipal descuida sus funciones según la normativa en cuanto equipamiento dotación de insumos, medicamentos, reactivos	Que mejore su capacidad de Gestión en adquisición

		para laboratorio y mantenimiento de equipos	
Establecimientos de salud privados Jesús Obrero, Promujer,San Sebastian	Servicios de Salud con diferentes prestaciones no gratuitas o no incluyen las prestaciones de la 475	Trabajan con autofinanciamiento donde acuden muchos usuarios externos ya que los centros de Salud Públicos de la Red no venden medicamentos	Que las cosas sigan así porque les conviene representa mejor ingreso económico

Actores externos de apoyo

¿Quiénes son?	¿Cómo Son? (Características)	¿Qué piensan del Sector y sus entidades? (Percepciones)	¿Qué esperan del Sector y sus entidades? (Expectativas)
Ministerio de Salud	Institución a nivel Nacional , con rectoría en el Sistema de Salud	Que no hacen las visitas familiares el resto del personal porque no es su prioridad	Que se unan y trabajen juntos en promoción visitando las familias
Gobierno Autónomo Municipal del de El Alto	Institución que tiene como jurisdicción a los distritos del Municipio del Alto	Que el personal no trabaja como que se aíslan de las actividades y les apoyan para eso ellos crearon sus propios representantes de red	Que como Municipio deberán mantener su rectoría y solo imponer actividades para que se ejecuten
Autoridades Locales de Salud Comités Locales de Salud	Autoridades de las zonas o barrios elegidas legítimamente por sus zonas o barrios	Trabajar por sus zonas o barrios en busca de Mejora de la Salud	Que se dote de insumos , medicamentos infraestructura necesaria al personal de Salud para brindar calidad de atención a la población que el personal de Salud trate con cariño y bien a su población
Organizaciones sociales	2 FEJUBES El del Mas y de la Chapeton	Que cada uno trabaja por su lado que no unen esfuerzos para trabajo en equipo	Atención integral , con calidad a la población

ONGs: 1, 2, 3,	Crecer, Koika	Que la Estructura Social en Salud aun no está consolidada	Que se consolide la estructura social en salud y coordine con el personal de Salud y tome decisiones a nivel Municipal

ANÁLISIS FODA PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

○ **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 delimitadas. 5. Personal capacitado en programas y políticas de salud. 6. Cumplimiento de las políticas de salud Prestación de Servicios de Salud Integral, Bono 7. Juana Azurduy y Seguro Escolar de Salud Obligatorio. 8. Se cuenta con base para la estructura social, Autoridad Local de Salud. 9. Personal de Salud: Medico, Odontólogo, personal de Enfermería comprometido con los con los objetivos institucionales de SEDES. 10. Contar con comités funcionales bajo cronograma. 11. Centros de Salud con atención diferenciada al/el adolescente en la Red Corea: San Juan Kenko, 1ro de Mayo y Copacabana. 12. Estrategia de carpetización en proceso de implementación y avance. 13. La red cuenta con un laboratorio de citología PAP acreditado 14. Cuenta con una Unidad de calificación para Discapacidad.	**DEBILIDADES** 1. Estructura social politizada. 2. Déficit 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.

OPORTUNIDADES 1. Posibilidad de convenio Sagrado Corazón de Jesús Hospital de tercer nivel 2. privado, para delegación de las Prestaciones de Servicio de Salud Integral. 3. Coordinación y alianzas estratégicas con instituciones y ONGs que trabajan en la 4. Red. 5. Posibilidad de articulación con Policlínico de Villa Adela CNS para Ley 475 6. Estructurada Social en salud empoderada 7. Posibilidad de coordinación con instituciones formadores de personal de salud 8. (Licenciadas y Auxiliares de Enfermería) rotación de salud pública y materno. 9. Pasantes estudiantes de las carreras de Trabajo Social, Nutrición (UMSA), 10. 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 decisiones 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.

PLAN DE ACCIÓN POR NIVEL DE RED INTEGRADO DE SALUD - RED COREA Municipio de El Alto

ATRIBUTO	PROBLEMA DE SALUD	DETERMINANTES CAUSAS	SOLUCIONES				
			¿Qué haremos? (Soluciones específicas)	¿Cómo lo haremos? (Propuesta de acción)	¿Conque recursos lo haremos?	¿Cuándo lo haremos?	¿Quiénes son responsables?
2	Incompleta oferta de servicios integrales	insuficientes sistemas de comunicación	Fortalecimiento de sistemas de comunicación como competencia Municipal. Mejora sistema de Adquisición Municipal. .Implementación estrategia Educación para la Vida. Diagnóstico de necesidades de servicios de rehabilitación.	Planificación en POA e inclusión en Plan Municipal de Salud. Coordinación con Dirección Municipal de Salud. Articulación de acciones para generar resultados de mejora de hábitos de vida saludable en población. Diagnóstico en base a Programa Discapacidad y Carpeta Familiar	Recursos Financieros del Municipio. Recursos POA.	Gestión 2018	SEDES. Municipio. Equipo de coordinación de Red
		Déficit ocasional de medicamentos en Farmacias Institucionales Municipales					
		Insuficiente apoyo para actividades de promoción de la salud estilos de vida saludables					
		Insuficientes oferta de servicios de rehabilitación					

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] OPS/OMS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Marco Teórico de la Herramienta REFISS.

[2] 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.

[3] Estado Plurinacional de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado. 2009

[4] 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.

[5] 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.

[6] 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

[7] 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.

[8] 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.

[9] 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.

[10] 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.

[11] Echeverri E. (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. Revista Facultad Nacional – Salud Pública, Bogotá. 2006 mar; 24 (número especial): 80-95.

[12] Gracia, Daniel. Fundamentos de bioética, Editorial Eudema, Madrid, 1989, p. 36.

[13] 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.

[14] 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.

[15] 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.

[16] Marco de Asociación País (MAP). Estrategia de implementación del marco de Asociación País en el Sector Salud – Bolivia, Pub. MAP, La Paz, 2013.

[17] Artículo VII de la Declaración de Alma-Ata respecto a la Atención Primaria de Salud (APS), 6 – 12 de septiembre de 1978.

[18] World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978.

[19] Ibaibarriaga M. Promesa de 700 ambulancias para Evo Morales. El Mundo 23-1-2007; XVIII (6246).

[20] Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Bases para el Plan estratégico de Salud 2006-2010. 2006. La Paz, Bolivia, Ministerio de salud y deportes Bolivia

[21] Código de salud de la República de Bolivia, 18 de julio de 1978, capítulos 1 al 4. Gestión Hugo Banzer Suarez.

[22] Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. 144 artículos. Gestión Evo Morales 07-02-09

[23] Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 777. Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE. Ley 21 de enero de 2016.

[24] Decreto Supremo N° 24447 de 20 de diciembre de 1996 - Reglamentación Complementaria de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa

[25] Gaceta Oficial del Estado de Bolivia Ley Nº 2235. Ley del Diálogo 2000. Ley de 31 de julio de 2001

[26] Ley Nº 1178 - Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO). Ley de 20 de julio de 1990

[27] 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

[28] 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

[29] Ley Nº 1737. Política Nacional del Medicamento. Ley de 17 de Diciembre de 1996

[30] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley Nº 459.Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Ley de 19 De Diciembre de 2013.

[31] Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Nº 223. Ley General para Personas con Discapacidad. Ley de 2 de marzo de 2012.

[32] Decreto Supremo Nº 25233 de 27 de Noviembre de 1998. Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

[33] Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Manual de Organización y Funciones del Servicio Departamental de Salud 2015.

[34] Foro internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud. Bogotá, Colombia, 11-13 de junio del 2003

[35] Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Implementación del Modelo de Gestión: Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS Módulo de Inducción 2003 Disponible en: https://es.scribd.com/document/146681067/Sumi-3# Consultado el 25 de Mayo 2017.

[36] Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril,2009

[37] Saltman R, Rico A, Boerma W, editores. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Londres: European Observatory on Health Systems and Policies and Open University Press; 2006.

[38] 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.

[39] 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.

[40] Ministerio de salud y deportes Bolivia. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico 2013.

[41] Ministerio de Salud .Política Sanitaria Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. 2013

[42] Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. La salud en el Municipio de La Paz. 2013

[43] Estado Plurinacional de Bolivia. Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N° 475. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral

[44] Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978. Geneva: WHO.

[45] Declaración de Montevideo para el periodo 2008-2017, (párrafo 49)

[46] 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

[47] 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.

[48] Ministerio de Salud Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud. 2015

[49] Ministerio de Salud. Norma Nacional de Referencia y Retorno 2008

[50] Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base.1999

[51] Gobierno Autónomo Municipal de El Alto. Plan Territorial de Desarrollo Integral. 2016-2020

[52] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza. Diagnóstico Municipal de Género Municipio de El Alto.1ra ed. El Alto Bolivia; c2017.13- 18p.

[53] Instituto Nacional de Estadísticas. *Datos Censo 2012. Disponible en: http://www.ine.gob.bo/*

[54] Unidad de Turismo, Dirección de Inversión y Promoción al Emprendimiento Empresarial y Microempresarial SMDEP-GAMEA.

[55] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza. Diagnóstico Municipal de Género Municipio de El Alto.1ra ed. El Alto Bolivia; c2017.22-25p.

[56] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Op. Cit.,p 25- 26.

[57] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Op. Cit.,p 22-23.

[58] 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

[59] 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.

[60] Servicio Departamental de Salud La Paz. Atlas de Salud 2011- 2014.

[61] Ministerio de Salud de Bolivia , Plan Sectorial de Desarrollo Integral par Vivir Bien 2016-2020 La Paz-Bolivia 201.

[62] Datos INE-SEDES-2012

[63] Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005; 71: 83-96

[64] 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

[65] 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

[66] WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.

[67] 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.

[68] Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.

[69] República de Chile. Autoridad Sanitaria. Pub.L. No.19.937. 24-2-2004.

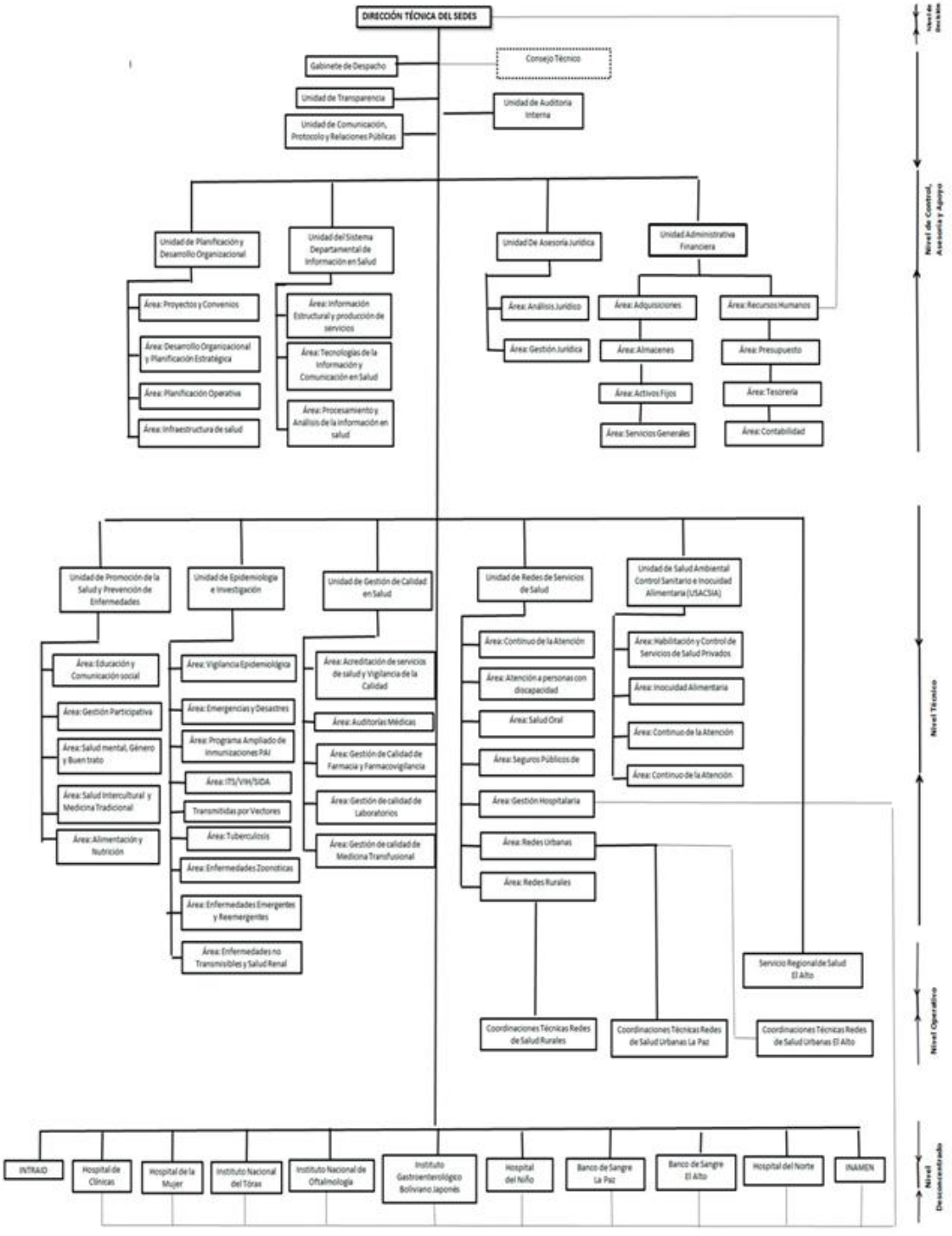
[70] Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 633 - 43.

[71] Rico A, Moreno FJ. Arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.

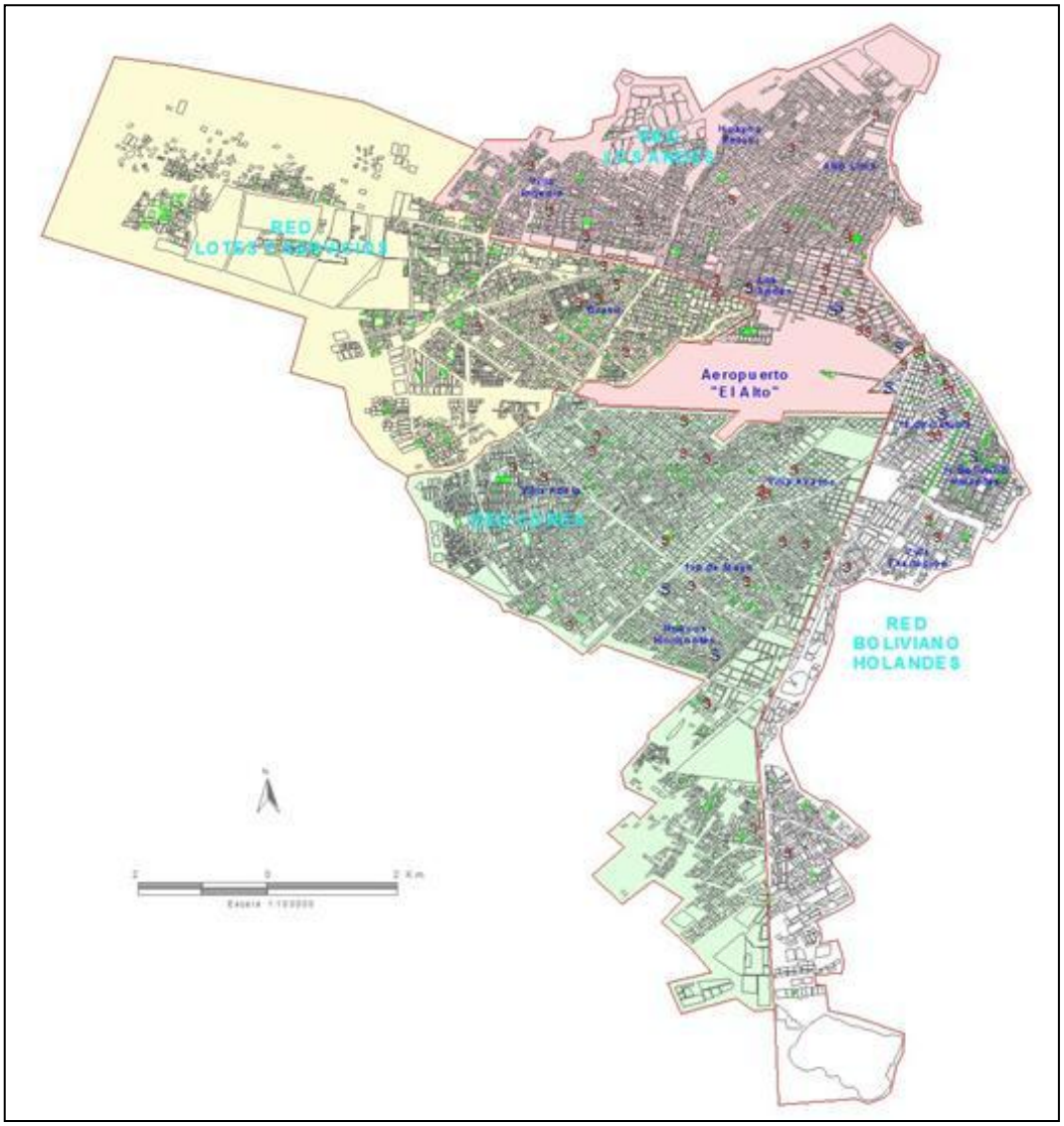
[72] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud, conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Área de sistemas y servicios de salud (HSS). Documento de trabajo. Washington, D.C: OMS/OPS; 2008. p. 24.

[73] Ministerio de Salud de Bolivia, Guía de Procedimientos de Elaboración del Plan Municipal de Salud, 2015.

ANEXO N° 1 ORGANIGRAMA SEDES – LA PAZ



ANEXO 2 Mapa Municipio de El Alto



Fuente: Red Corea.

ANEXO 3 Tabla de Población Por Edad Quinquenal Por Sexo Municipio de El Alto

EDAD QUINQUENAL	MUJER	HOMBRE	TOTAL
0-4 años de edad	45.749	46.925	92.674
5-9 años de edad	42.908	43.588	86.496
10-14 años de edad	47.507	48.023	95.530
15-19 años de edad	48.849	45.439	94.288
20-24 años de edad	45.484	42.365	87.849
25-29 años de edad	39.199	34.792	73.991
30-34 años de edad	39.212	33.535	72.747
35-39 años de edad	31.914	27.195	59.109
40-44 años de edad	26.081	22.863	48.944
45-49 años de edad	19.564	17.038	36.602
50-54 años de edad	15.847	14.177	30.024
55-59 años de edad	11.217	10.241	21.458
60-64 años de edad	8.903	8.194	17.097
65-69 años de edad	6.071	5.478	11.549
70-74 años de edad	4.109	3.816	7.925
75-79 años de edad	2.808	2.299	5.107
80-84 años de edad	2.168	1.682	3.850
85-89 años de edad	1.154	817	1.971
90-94 años de edad	444	340	784
95 y más años de edad	280	177	457
Total	**439.468**	**408.984**	**848.452**

Fuente: Censo Nacional de Población y vivenda-2012. Instituto Nacional de Estadística- INE, Bolivia.

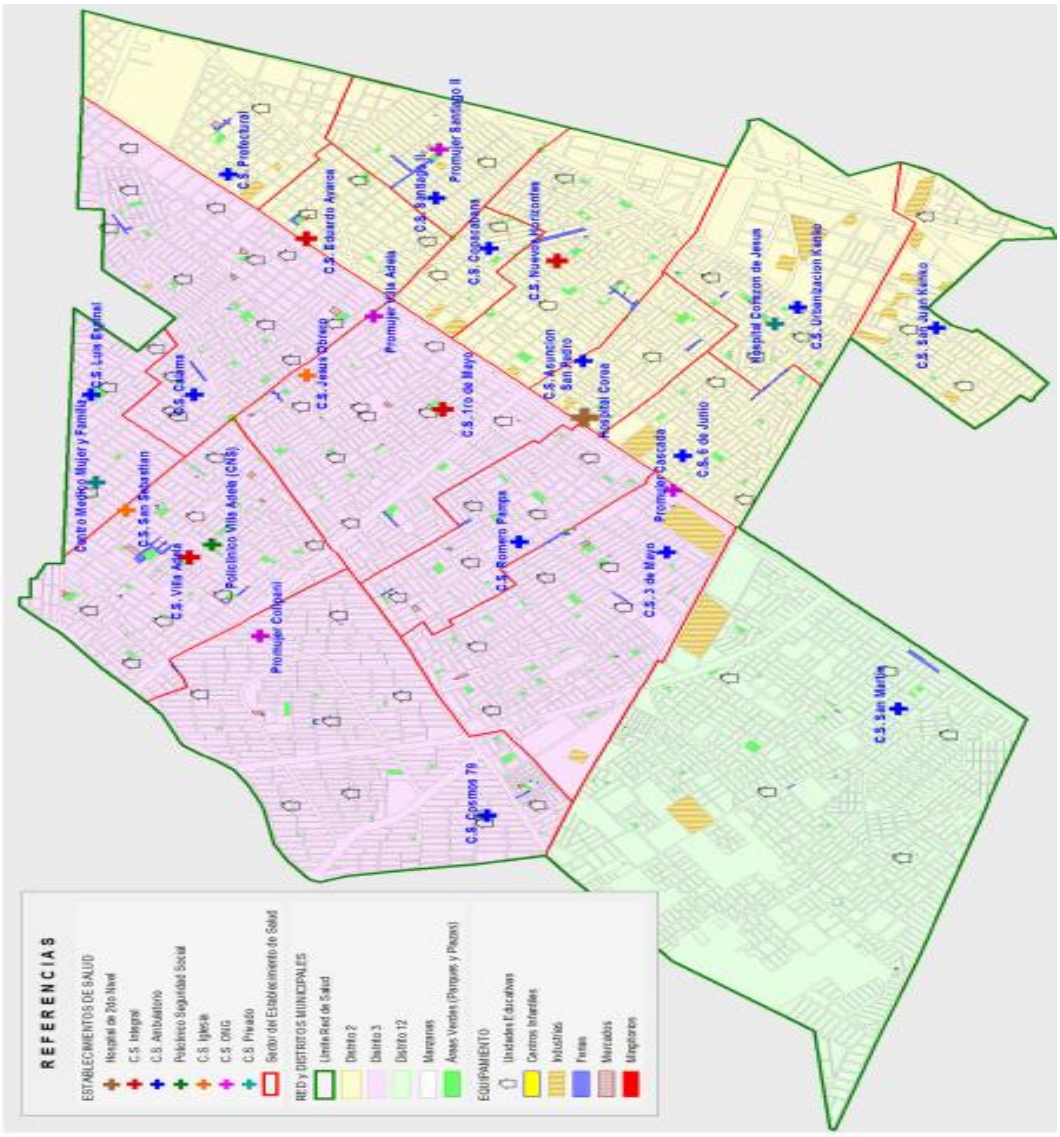
ANEXO 4 Tabla Principales Indicadores Demográficos Municipio de El Alto. 2015

INDICADORES	VALOR
Superficie	384.7 km^2
Población total	891.434 hab.
Población Masculina	457,224 hab.
Población Femenina	434,210 hab.
Población Urbana	52%
Población Rural	48 %
Densidad	2,31 por km^2
Tasa anual de crecimiento intercensal	2,4 %
Esperanza de vida al nacer	67 años
Esperanza de vida al nacer mujeres	69 años
Esperanza de vida al nacer hombres	65 años
Tasa global de fecundidad	3,5
Tasa bruta de mortalidad	8,05 x 1000 hab.
Razón de mortalidad materna	310 x 100.000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad infantil	54,58 por 1000 nacidos vivos
Tasa de incidencia del SIDA	2,0 x 100.000 hab.
Número de casos anuales de VIH-SIDA estimados	6.500 – 7.500 / ano
Violencia intrafamiliar	7 de cada 10 mujeres víctimas de algún tipo de violencia

Fuente: Elaboración a base de datos de Indicadores demográficos SNIS-VE,2015[73]

Ministerio de Salud, SNIS-VE [Internet]. Bolivia: Ministerios de Salud [citado el 24 de marzo. de 2017]. Disponible en: http://snis.minsalud.gob.bo/situacion-de-salud

Anexo 5 Red de salud Corea, 2014



ANEXO 6 Establecimientos se Salud Red Corea Municipio de EL ALTO

	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NIVEL DE ATENCION	SUBSECTOR	HORAS DE ATENCION	DIRECCION
1	N°	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Kenko Av. B Entre Calle 14 Y 15
2	**C.S. ROMERO PAMPA**	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Romero Pampa, a 2 cuadras de la Av. Cochabamba.
3	**C.S. 6 DE JUNIO**	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona 6 de junio, a 3 de carretera Viacha
4	**C.S ASUNCION SAN PEDRO**	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Asuncion San Pedro Av/ Litoral. C/ Ramon Mariaca
5	**C.S. SAN JOSE DE CHARAPAQUI II**	1 NIVEL	PUBLICO	8	Zona San Jose de Charapaqui II, Avenida San Simon # 400
6	**C.S. ALTO CHIJINI**	1 NIVEL	PUBLICO	8	AV/ Santa Cruz C /6 # s/n
7	**C.S. CHIJINI CHICO**	1 NIVEL		8	C/ Copacabana # s/n
8	**C.S. PRO MUJER CASCADA**	1 NIVEL	ONG	8	Av. Ladislao Cabrera Nro. 3024 entre av. Estructurante, esquina Lucio Berdeja, Carretera a Viacha (frente ALCOS)
9	**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
10	**C.S. SANTIAGO II**	1 NIVEL	ONG	8	Zona Santiago Segundo Plaza El Minero C / 9
11	**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
12	**C.S. CALAMA**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Calama Entre Av. Raul Otero Y Av. Cristobal Vaca Castro

					Lado Cancha Calama
13	**C.S. COSMOS 79**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Cosmos 79 Av. Caquincora Lado Iglesia A Tres
					Cuadras De La Parada Bus 115
14	**C.S. LUIS ESPINAL**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Luis Espinal Entre Av. Chapare Y C/ Punata Lado Iglesia
					Nuestra Sra. De La Paz
15	**C.S. PREFECTURAL**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Villa Bolivar De D Plaza Prefectural Carretera A Viacha
16	**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
17	**C.S. SAN MARTIN**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona San Martin Entre Carretera A Viacha Av. Luis Calvo #
					1305
18	**C.S. SANTIAGO II**	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Santiago Segundo Entre C/ 13 Y14 Lado Cancha
					Chacarrilla
19	**C.S.I. COPACABANA**	1 NIVEL	PUBLICO	12	AV/ Oliducto c/Coroico
20	**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
21	**C.S. SAN SEBASTIAN**	1 NIVEL	IGLESIA	12	Zona Villa Adela Plaza Bolivar Dentro La Iglesia Cuerpo De
					Cristo
22	**CENTRO MEDICO MUJER FAMILIA**	1 NIVEL	PRIVADO	12	Zona Pacajes Caluyo Av Real Los Andes No 1065
23	**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)

24	**C.S.I. NUEVOS HORIZONTES**	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Nuevos Horizontes Plaza Arabe Lado Parroquia Av. Guadalquivir
25	**C.S. I. VILLA AVAROA**	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Villa Avaroa Av Ladislao Cabrera # 131 Carretera A Viacha Entre C/ 142-143
26	**C.S.I. 1 DE MAYO**	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Promero De Mayo Plaza 1Ro. De Mayo Parada Minibus 219
27	**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
28	**HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO COREA**	2 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Janco Kalani Carretera A Viacha Una Cuadra Antes De La Cascada
29	**CLINICA JESUS OBRERO**	1 NIVEL	IGLESIA	24	Zona San Luis Tasa Calle 3 Entre Av. Cochabanba Y Av. Bolivia (Frente Al Surtidor Loza).
30	**HOSPITAL CORAZON DE JESUS**	3 NIVEL	IGLESIA	24	Zona Gran Poder Lado Iglesia

Anexo : 7 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 disposición 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 educación 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 ?				

<u>Atributo 4</u>. Prestación de servicios especializados intra- y extra-hospitalarios.

<u>Descripción del atributo</u>. 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 tradicionales?				
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.

Descripción del atributo. 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?				

<u>Atributo 8</u>: Participación social amplia

<u>Descripción del atributo.</u> 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?				

<u>Atributo 9</u>: Acción intersectorial

<u>Descripción del atributo.</u> 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)?					

<u>Atributo 11</u>: Recursos humanos

<u>Descripción del Atributo</u>. 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?				

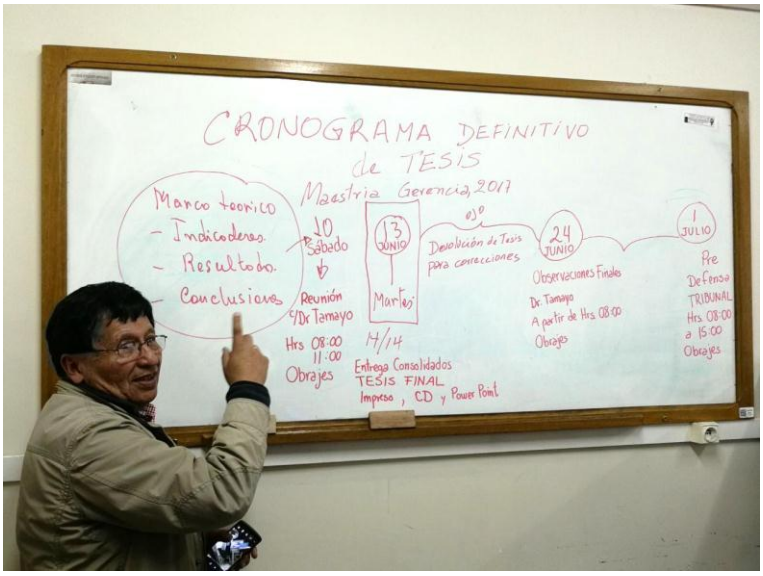
34.2. ¿El sistema de información permite el análisis de la demanda en la atención médica de la población en los servicios de salud?				
34.3. ¿El equipo de la Red analiza periódicamente los reportes SALMI, SIAL, SICOFS, Carpeta Familiar?				
34.4. ¿El sistema de información permite obtener indicadores 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?				

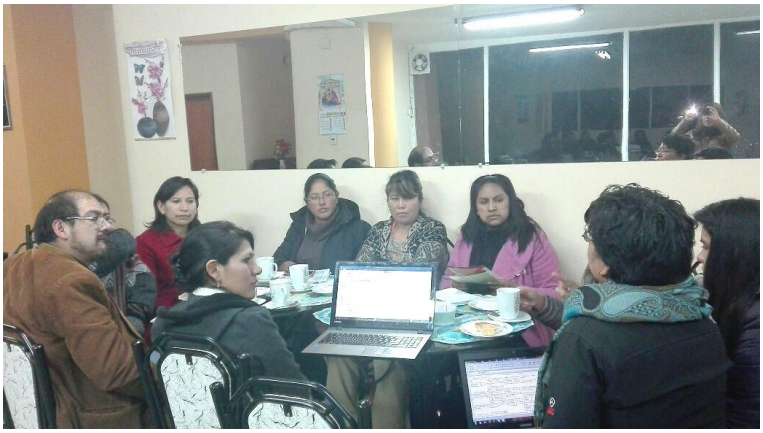
Atributo 13: Gestión basada en resultados				
Descripción del atributo. La Red gestiona los establecimientos bajo su dependencia en función de los resultados y logros alcanzados y del análisis permanente de su realidad. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA				
Criterios del atributo	**SI**	**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?				

Anexo : 8 **Fotos de Análisis de la Herramienta**


CRONOGRAMA DEFINITIVO
de TESIS
Maestria Gerencia 2011
Marco teorico
- Indicadores.
- Resultados.
- Conclusiones
10
Sábado
Reunión
C/Dr Tamayo
Hrs 08:00
11:00
Obrajes
13
JUNIO
Martes
14
Entrega Consolidados
TESIS FINAL
Impreso , CD y Power Point
Devolución de Tesis
para correcciones
24
JUNIO
Observaciones Finales
Dr. Tamayo
A partir de Hrs. 08:00
Obrajes
1
JULIO
Pre
Defensa
TRIBUNAL
Hrs. 08:00
a 15:00
Obrajes



PIZARRA DIGITAL
INTERACTIVA, NO UTILIZAR
MARCADOR ACRÍLICO

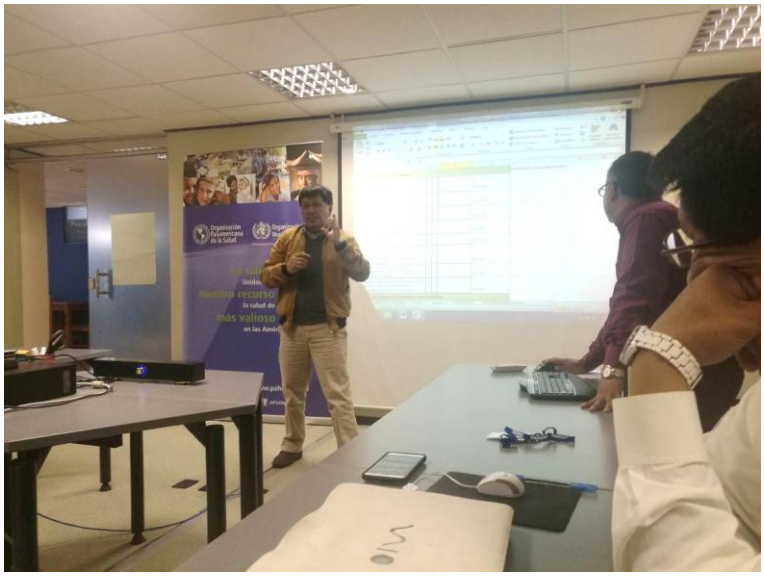
PIZARRA DIGITAL
INTERACTIVA. NO UTILIZAR
MARCADOR ACRÍLICO

ANEXO Nº 9

Fase de Capacitación

Se realizó la capacitación para el manejo del instrumento REFISS, se realizó en el piso 13 del post grado de la facultad de Medicina de la UMSA.

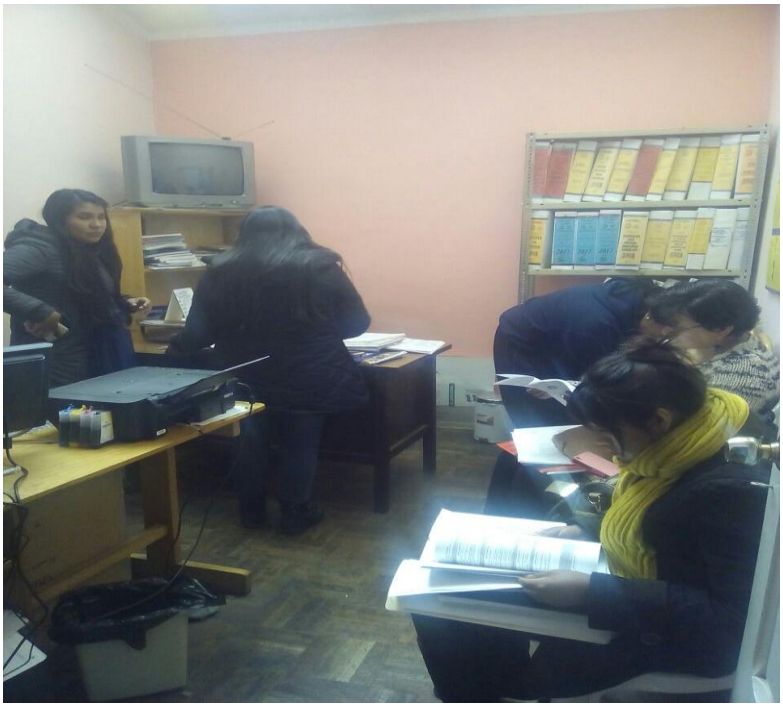
ANEXO Nº 10 Fase de Validación del Instrumento



ANEXO N°11

Fase de Recolección de Datos, Medios de Verificación en la Coordinación de la Red y los Establecimientos de Salud Red Corea Municipio de El Alto.

2017
2017
2017



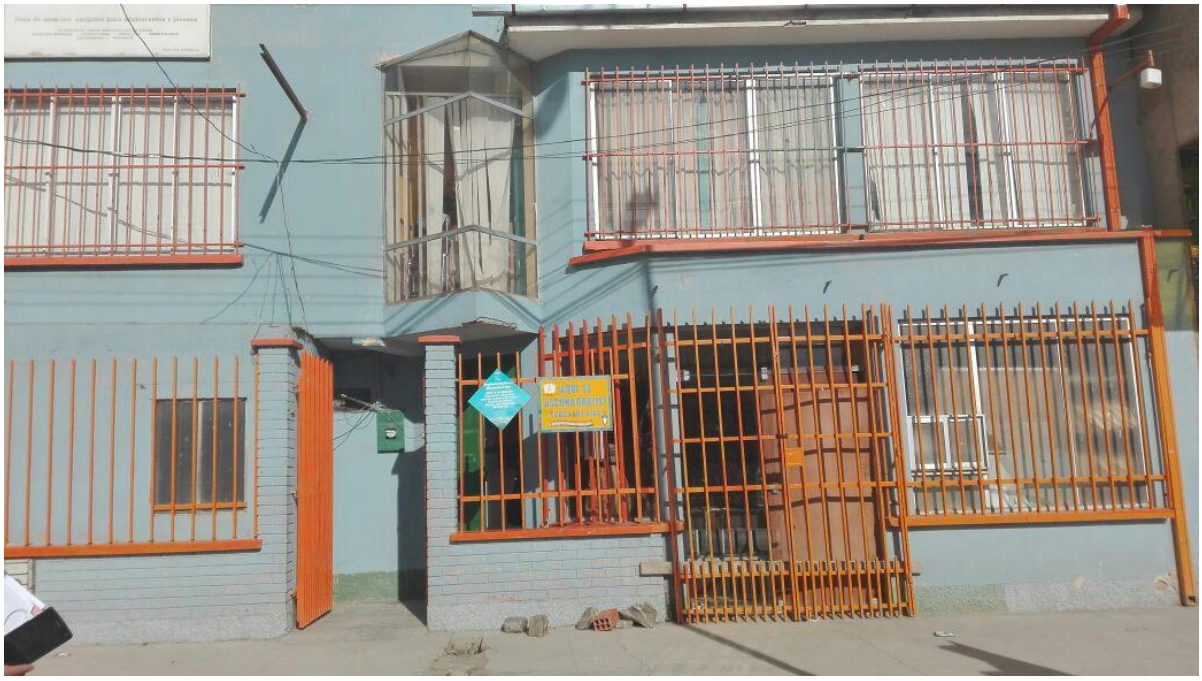
HMC
HOSPITAL MUNICIPAL MODELO
COREA
BLOQUE CENTRAL
PLANTA BAJA
CONSULTA EXTERNA
CIRUGIA
VACUNAS
DOT´S
PSICOLOGIA
DERMATOLOGIA
FISIOTERAPIA
MEDICINA INTERNA - I
TRAUMATOLOGIA
ODONTOLOGIA
NUTRICION
FISIOTERAPIA
OFTALMOLOGIA
LABORATORIO CLINICO
RAYOS X
MEDICINA INTERNA - II
NEUROLOGIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
MEDICINA INTERNA - III
CARDIOLOGIA
NEUMOLOGIA
INYECTABLES
TRABAJO SOCIAL
SALAS DE INTERNACION
CIRUGIA
MEDICINA INTERNA
TRAUMATOLOGIA
QUIROFANOS
TERAPIA INTERMEDIA
RECUPERACION
OTROS
EMERGENCIAS ADULTO
CAJAS
ARCHIVOS
RECURSOS HUMANOS
INFORMACION CENTRAL
SUMINISTROS
ALMACEN FARMACIA
BLOQUE CENTRAL
PRIMER PISO
DIRECCION MEDICA
SUB DIRECCION ADMINISTRATIVA
SUB DIRECCION MEDICA
ASESOR LEGAL
COTIZACIONES
ESTADISTICA
SISTEMAS
COMPRAS
CONTABILIDAD
AUDITORIUM
JEFATURA DE ENFERMERIA

CAJA - 3
BLOQUE MATERNO INFANTIL
PLANTA BAJA
- CONSULTORIO DE OBSTETRICIA 1 Y 2
- CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO
- CONSULTORIO DE COLPOSCOPIA
- CONSULTORIO DE ECOGRAFIA
- CONSULTORIO DE PEDIATRIA 1 Y2
- FARMACIA
- LABORATORIO DE CITOLOGIA Y PATOLOGIA
- SALA DE ESPERA
- EMERGENCIA PEDIATRIA
- CAJA FARMACIA
- SALA DE ACTUALIZACION PARA PERSONAL
PRIMER PISO
- EMERGENCIA OBSTETRICA
- NEONATOLOGIA
- QUIROFANOS
SEGUNDO PISO
-SALAS DE INTERNACION MATERNIDAD
- SALA DE POST QUIRURGICO
- SALA A.R.O.
- SALAS COMUNES
-SALAS DE INTERNACION PEDIATRIA - I Y - II

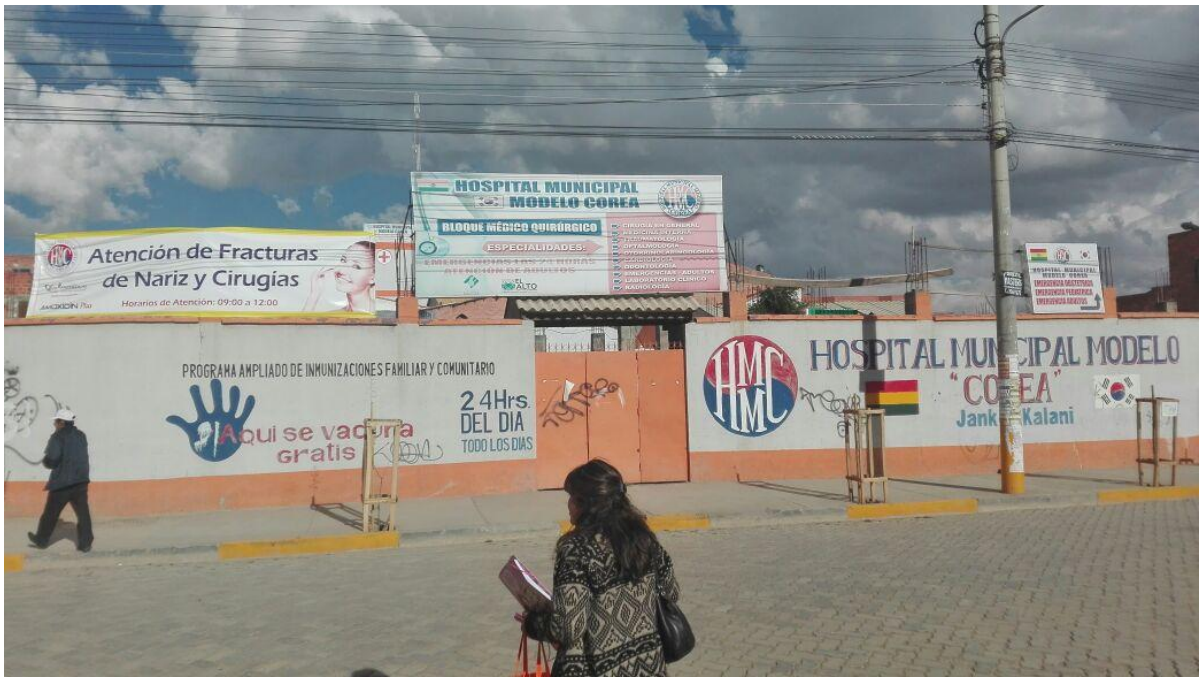
CENTRO DE SALUD
SANTIAGO II

ATENCIÓN
GRATUITA A
VICTIMAS DE
VIOLENCIA EN LA
FAMILIA
-NIÑOS
-JÓVENES
-ADULTOS
-ADULTOS
MAYORES
-DISCAPACITADOS
PASE
DIRECTAMENTE
AL 2do. PISO

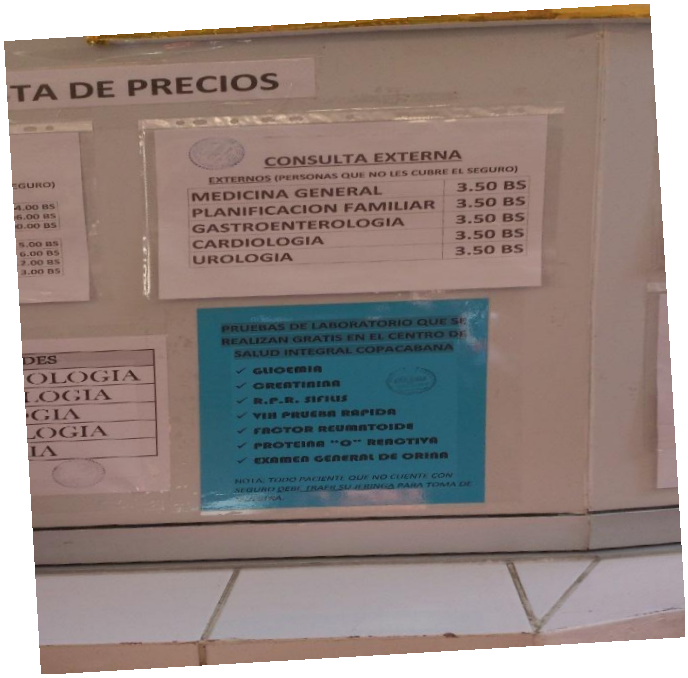
Mi Salud



C.SALUD INTEGRAL
NUEVOS HORIZONTES


HOSPITAL MUNICIPAL
MODELO COREA
BLOQUE MÉDICO QUIRÚRGICO
ESPECIALIDADES:
Atención de Fracturas
de Nariz y Cirugias
Horarios de Atención: 09:00 a 12:00
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES FAMILIAR Y COMUNITARIO
Aqui se vacuna
Gratis
24Hrs.
DEL DIA
TODO LOS DIAS
HMC
HOSPITAL MUNICIPAL MODELO
"COREA"

ORGANIGRAMA
MINISTERIO DE SALUD
SEDES SERES
MUNICIPIO G.A.M.E.A.
RED COREA
GERENCIA
DIRECCION
PROGRAMA INTEGRAL DE GENETICA
MEDICINA GENERAL
ODONTOLOGIA
LABORATORIO
GENERAL
ENFERMERIA
RECAUDACION
PORTERIA
HOSPITALES DE 2º NIVEL
HOSPITALES DE 3º NIVEL


TA DE PRECIOS
CONSULTA EXTERNA
EXTERNOS (PERSONAS QUE NO LES CUBRE EL SEGURO)
MEDICINA GENERAL 3.50 BS
PLANIFICACION FAMILIAR 3.50 BS
GASTROENTEROLOGIA 3.50 BS
CARDIOLOGIA 3.50 BS
UROLOGIA 3.50 BS
PRUEBAS DE LABORATORIO QUE SE
REALIZAN GRATIS EN EL CENTRO DE
SALUD INTEGRAL COPACABANA
GLUCEMIA
CREATININA
R.P.R. SIFILIS
VIH PRUEBA RAPIDA
FACTOR REUMATOIDE
PROTEINA "C" REACTIVA
EXAMEN GENERAL DE ORINA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN
Esquema Nacional de Vacunació
VACUNA
ENFERMEDAD QUE PREVIENE
VÍA
EDAD DE APLICACION
DOSIS Y CAN
BCG
Pentavalente
Anti polio
Anti neumococica
Anti rotavirus
Anti Influenza Estacional Pediatrica
SRP
Anti amarilica
dT adulto
Anti influenza estacional adulto
La salud... un derecho para vivir bien

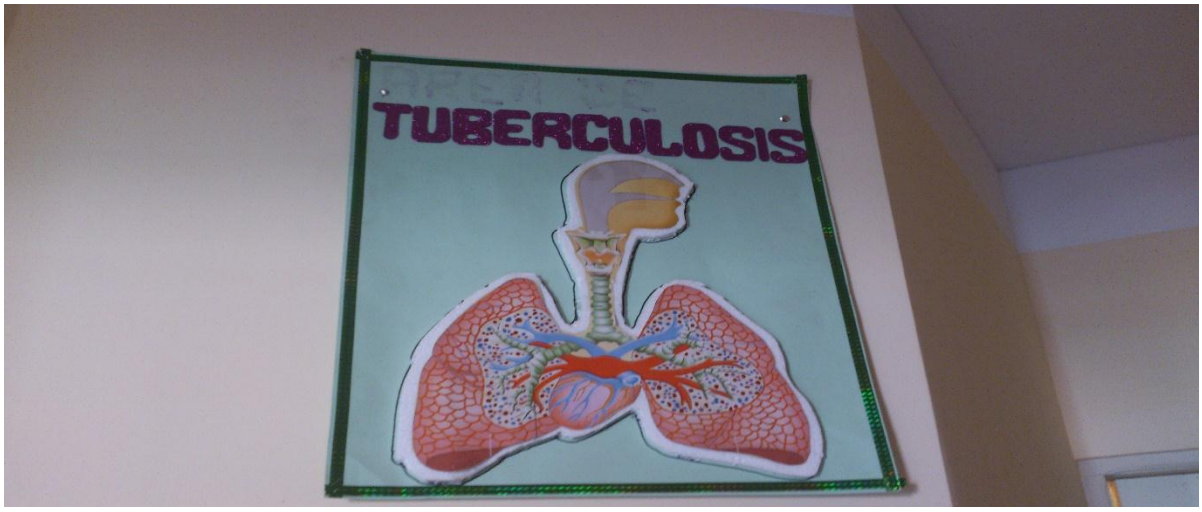
Por la Salud Integral de la Población de El Este
VACUNACION
ENFERMERIA
ENFERMERIA
VISION
HEMOS CONTRA
TUBERCULOSIS

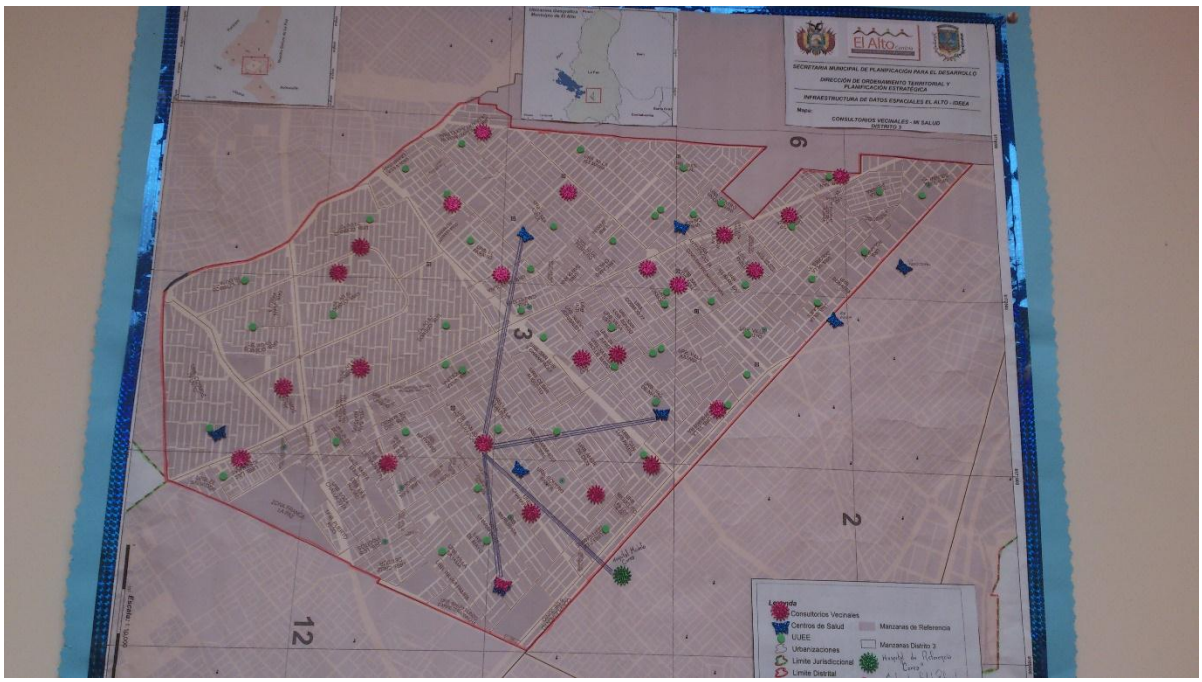
DISTRITO 3
SALUD
E DE
QUI II
Mi Salud DISTRITO 3
GESTION PARTICIPATIVA EN SALUD -
PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES
AUDITORIO
Por la Salud Integral de la Población de El Alto

ATENCION MEDICA
GRATUITA
Ley 175
SESO
MI SALUD
FARMACIA

ORGANIGRAMA
MINISTERIO DE SALUD
COORDINADOR NACIONAL
COORDINACION MUNICIPAL - EL ALTO
COORDINACION DISTRITO 3
CENTRO DE SALUD
SAN JOSE DE CHARAPAQUI II
PERSONAL MEDICO
ENFERMERIA
ODONTOLOGIA
MISION VISION

ODONTOLOGIA
SOLO VIERNES
de 1pm - 4pm TARDE
Los 5 pasos del
correcto Aseo
Dental
MINISTERIO de SALUD
Esquema Nacional de Vacun


TUBERCULOSIS


El Alto
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANIFICACION PARA EL DESARROLLO
DIRECCIÓN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
INFRAESTRUCTURA DE DATOS ESPACIALES EL ALTO - IDEEA
Mapa:
CONSULTORIOS VECINALES - SK SALUD
DISTRITO 3
6
3
2
12
Leyenda
Consultorios Vecinales
Centros de Salud
UUEE
Urbanizaciones
Límite Jurisdiccional
Límite Distrital
Manzanas de Referencia
Manzanas Distrito 3

PARTICIPACION SOCIAL
ZONA
PRESIDENTE
AUTORIDAD LOCAL DE SALUD (ALS)
SAN JOSE DE CHARAPAQUI II
SANTIAGO ROJAS CEL.77753369
JUANA ROJAS CEL. 78757593
ILLAMPU
BENIGNO SIÑANI CEL. 75868301
VILMA ALVARES CEL.70643811
NATIVIDAD
APOLINAR CHOQUE CEL: 71516833
JUANA LAZO 70654807
MARCELINA
ABDON CONDORI CEL. 71586934
GESTION 2017

PERFIL EPIDEMIOLOGICO