UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICION, ENFERMERIA Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST – GRADO

CARACTERÍSTICAS CUALITATIVAS DE LA CONCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL EN EL MARCO DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL, EN PERSONAL MÉDICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER DE NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE EL ALTO, DEPARTAMENTO DE LA PAZ, GESTIÓN 2013 - 2014.

POSTULANTE: Dr. Victor Miguel Estrada Zacarias

TUTOR: Dr. Carlos Tamayo Caballero

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

La Paz – Bolivia
2014

Resumen Ejecutivo

La presente trabajo de investigación, se realiza por la necesidad de identificar características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural del personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de la Ciudad de El Alto. Actualmente identificamos la debilidad en la atención integral intercultural como medio de la implementación de la salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI), sobre todo en el personal médico de los servicios de salud, esto pude deberse a múltiples causas, que van desde concepciones o conocimientos individuales hasta los colectivos. Se plantea el objetivo de identificar las características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI), en personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, Departamento de La Paz en la gestión 2013 - 2014. Esto por medio de la determinación de la percepción general sobre la SAFCI como política de salud; el establecimiento de lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Integralidad en salud en atención, promoción y prevención de la salud de la persona, familia y comunidad; establecimiento de lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Interculturalidad en salud como características principales para comprender la dimensión intercultural de las políticas de salud; y determinación de que se entiende por prestar atención integral intercultural a partir de su rol como personal médico de primer nivel de atención.

El presente trabajo es una investigación cualitativa, de tipo analítico, el método utilizado es la teoría fundamentada, se utilizó la técnica es la entrevista semiestructurada y su codificación es de tipo abierta, con un universo de 186 médicos en total, con un muestreo no probabilísticos de un total de diez entrevistas a personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, de las cinco redes de salud (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios),

A partir de los resultados obtenidos se propondrá en un mediano plazo, proponer criterios propios y contextualizados de la aplicabilidad de la atención integral intercultural en los servicios de salud de primer nivel de la ciudad de El Alto. Además de proponer esta experiencia como un aporte a la reflexión sobre lo que se entiende por integral intercultural del personal médico en el nivel operativo en el marco de la SAFCI.

Contenido

1. Introducción 3
2. Justificación 4
3. Diagnóstico Situacional.....5
4. Marco Teórico.....8
4.1 Marco Teórico Conceptual.....8
4.2 Marco Teórico Situacional 14
4.3 Marco Teórico Legal.....23
5. Planteamiento del problema 49
6. Pregunta de investigación.....51
7. Objetivos.....51
7.1. Objetivo general 51
7.2. Objetivos específicos.....51
8. Metodología.....52
8.1. Métodos y técnicas de investigación cualitativa 52
8.2. Métodos de investigación 52
8.3. Técnicas de investigación.....53
8.4. Población.....53
8.4.1. Dimensiones y categorías 53
8.4.2. Muestreo 54
9. Análisis de la información 55
9.1 Fase analítica 55
10. Conclusiones, recomendaciones e implicaciones.....92

11. Bibliografía.....96
12. Anexos.....98

1. Introducción

En el último tiempo en el sector salud de nuestro país, se ha ido planteando la integralidad e interculturalidad en salud como un elemento central dentro de lo que es la atención en salud, la actual Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que a partir del Decreto Supremo 29601 del 11 de junio de 2008, incorpora dentro de uno de sus cuatro principio la participación comunitaria, interculturalidad, integralidad, intersectorialidad, dentro de este mismo decreto supremo, se conceptualiza los modelos de atención y el modelo de gestión en salud, como medios para la implementación de la política SAFCI.

A partir de su puesta en vigencia de la Política en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se inicia procesos de implementación, una de sus principales tareas de inicio fue la conformación de la estructura social en salud, para su posterior funcionamiento dentro el componente de gestión participativa y control social de la SAFCI, este proceso tuvo diferentes experiencias entre positivas y negativas en el país, de acuerdo a los contextos de donde se realizaron estas tareas, sin embargo el componente de atención integral intercultural no tuvo el mismo desarrollo, de acuerdo a las diferentes evaluaciones realizadas sobre la implementación de la SAFCI.

El presente trabajo se realiza debido a la identificación de la debilidad en la atención integral intercultural como medio de la implementación de la SAFCI, sobre todo en el personal médico de los servicios de salud, pero debido a que no se puede directamente identificar como responsable de esta situación al personal médico, se debe ver con más profundidad las causas a partir de las características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la SAFCI como personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de la Ciudad de El Alto, esto nos brindara información que permita establecer futuras acciones de transformación de la forma de atención en los servicios de salud de El Alto.

2. Justificación

La presente trabajo de investigación, se realiza por la necesidad de identificar características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural del personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de la Ciudad de El Alto, debido a que la actual política sanitaria del país que es la salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI), concibe como uno de sus dos componentes la atención integral intercultural, la cual de acuerdo a la experiencia empírica, se evidencia diferentes formas de entender este componente entre el personal de salud y sobre todo del personal médico que brinda atención en salud en los primeros niveles de atención en salud de la ciudad de la Ciudad de El Alto.

De acuerdo al marco legal, estratégico y normativo de la Política SAFCI, refiere los lineamientos generales del componente de atención integral intercultural, este tiene diferentes formas de implementarse de acuerdo a los contextos geográficos, culturales y sociales, por lo que es necesario el adecuar un criterio consensuado para su implementación, a partir de la realidad urbana, diversidad cultural y características sociales propias de la Ciudad de El Alto.

De acuerdo a lo anterior es que el personal de salud debe dar una atención que responda a la actual política siendo que está en directo contacto con la atención médica de la población que acude a los servicios de salud, lo cual requiere de elementos para brindar una atención integral intercultural en el marco de la política SAFCI, que es el marco del ¿Por qué? de la investigación.

A partir de los resultados obtenidos se propondrá en un mediano plazo proponer criterios propios y contextualizados de la aplicabilidad de la atención integral intercultural en los servicios de salud de primer nivel de la ciudad de El Alto. Además de proponer esta experiencia como un aporte a la reflexión sobre lo que se entiende por una atención en salud integral intercultural del personal médico en el nivel operativo que nos da el ¿Para qué? de la investigación.

3. Diagnóstico Situacional

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural a partir de su incorporación en el marco legal en salud se constituye en el eje central del funcionamiento del sistema nacional de salud, al incorporar un nuevo enfoque del que hacer de la salud, involucrando y articulando los servicios de salud, las organizaciones comunitarias y sociales en la gestión y la atención en salud. Toma en cuenta básicamente a la persona, familia y comunidad, basados en los principios de la participación social, Interculturalidad, Integralidad e intersectorialidad.

Es en este sentido, el componente de atención integral intercultural, es la nueva forma de hacer salud, donde el personal de salud organiza los servicios y prestaciones de atención en salud a las personas, familias y la comunidad de manera integral, intercultural, participativa e intersectorial, dentro y fuera del establecimiento, lo cual actualmente no se desarrolla plenamente en la ciudad de El Alto, por una ausencia de criterios adecuados al contexto geográficos, cultural y social, generando en la población una percepción de que la formas de atención en salud no tuvieron modificaciones para la mejora.

El componente de atención debe ser operacionalizado en las redes de servicios de los establecimientos de salud, asumiendo la visión integral e intercultural. Por un lado la integralidad en la atención permite ver, tratar, no sólo la enfermedad del usuario/a, sino también a la persona misma en su ciclo de vida, su relación con la familia, la comunidad y su entorno, lo cual no siempre se cumple debido a diferentes factores, como es la cantidad de la demanda de atención médica, las características poblacionales y el escaso personal de salud con el que se cuenta en la Ciudad de Alto.

Por otro lado, la intercultural en la atención, permite al equipo de salud tener una relación e interacción con las personas que acuden a los servicios y con los médicos tradicionales-ancestrales culturalmente distintos, esta articulación y complementariedad no siempre es efectiva ya que por los mismos factores indicados en la integralidad, además de la propias concepciones culturales del personal de salud, sobre todo en su posición de médico. Entonces, la prestación de servicios del personal médico, no siempre se basa en una relación horizontal, dé respeto a la cosmovisión diversa de la población.

El trabajo se realiza en el primer nivel de atención, debido a que el componente de atención si bien se implementa en todos los establecimientos, según niveles de complejidad, es el primer nivel su principal espacio de desarrollo y un factor importante por ser la puerta de entrada al sistema de salud.

La implementación de la Política SAFCI, en el Municipio de El Alto, a partir de la promulgación del Decreto Supremo 29601 del 11 de junio de 2008, desarrollo diferentes acciones de implementación por parte de los actores institucionales en salud como son el Ministerio de Salud y Deportes, el Servicio Regional de Salud de El Alto y el Gobierno Municipal de El Alto, fortaleciendo sobre todo el componente de gestión participativa y control social en salud de la SAFCI.

Debido a este trabajo en la actualidad todos los servicios de salud cuentan con su comité local de salud y un consejo social municipal de salud fortalecido, sin embargo el componente de atención integral intercultural no tuvo un avance significativo a la fecha, siendo que la atención en salud que realizan los 50 establecimientos de salud de primer nivel y sus 3 hospitales de segundo nivel, es contantemente cuestionada por la población y sus organizaciones sociales, donde predomina las quejas sobre los recursos humanos, infraestructura y equipamiento que son insuficientes, para que brinden una atención integral a la personas de acuden a los servicios de salud y una atención en el marco de la interculturalidad.

Es así que mientras no se dé una solución a partir de entender que se requiere dar una atención pertinente idónea, no se dará una respuesta estructural al problema, esta repuesta debe partir de un trabajo conjunto del personal de salud con los actores institucionales y sociales a partir de un propuesta contextualizada de implementación de una atención integral intercultural en salud.

Sobre los recursos y medios disponibles para resolver estos problemas, se cuenta con un marco legal, estratégico y normativo sectorial, que son referentes para respaldar futuras acciones para contar una atención integral intercultural en salud.

En lo institucional, se cuenta con una red de servicios de salud estructurada, con la cual la implementación se la realizara en todos los primeros niveles de atención en salud, a partir del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) se estructurara un lineamiento regional, el cual se operativisara por medio de las cinco coordinaciones de red (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios), hacia los servicios de salud.

En lo social, se cuenta con una estructura social en salud conformada y funcionando con un reconocida representatividad dentro de Ciudad de El Alto, ya que está conformada en base a la juntas vecinales organizadas y agrupadas en la Federación de Juntas Vecinales de El Alto (FEJUVE), esta estructura por mandato social de sus bases está en una acción permanente de la mejora de la condiciones de salud de la población. Es así que el presente trabajo cuenta con los recursos y medios institucionales y sociales para una futura implementación de un componente de atención integral intercultural.

Con el presente trabajo, se busca contribuir a contar con servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina tradicional, teniendo una atención integral intercultural en los establecimientos de salud, donde se establezca una atención integral por parte del personal del servicio de salud a la población, además de la atención intercultural con servicios de salud con adecuación intercultural de infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención en coordinación entre los representantes sociales y de salud de la población, dando así cumplimiento a la política sectorial en salud.

4. Marco Teórico

4.1 Marco Teórico Conceptual

Antecedentes conceptuales de integralidad en salud

Para comprender adecuadamente la relación que existe entre salud e integralidad, es necesario partir de las nociones que se tiene respecto a la salud, ya que la salud es conceptualmente un proceso complejo que se construye social, cultural y biológicamente, según Malagon – Moncayo, el principio de integralidad, respecto a las intervenciones de la salud pública, significa que estas se orientan a la satisfacción de la totalidad de las necesidades sanitarias de los individuos. Deriva del principio de dignidad y básicamente se sustenta en que no existe un pleno goce del derecho a la salud si se dejan necesidades insatisfechas, de allí que también se le denomine principio de suficiencia.

Por este principio, las intervenciones deben ser adecuadas a las necesidades sanitarias e implican un mínimo vital necesario, por debajo del cual no es posible el goce del derecho a la salud.[1]

Desde otra perspectiva a loa anterior, la OPS/OMS refiere que la integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción.

Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales.[2]

[1] Malagon G., Moncayo A.. Salud Pública Perspectivas. 2ª edición. Bogotá: Panamericana: 2011.
[2] Organización Panamericana de la salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: 2007.

El principio de integralidad orienta a la salud pública a intervenciones integrales e integradas, ello significa la consideración de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y saneamiento como partes inescindibles de la unidad salud pública, y no como dimensiones extrañas entre sí. [1]

A partir de junio del 2008, en el país se incorpora en el marco legal en salud, la salud familiar comunitaria intercultural, con el Decreto Supremo Nº 29601, en el cual la integralidad es asumida como uno de sus cuatro principios, donde integralidad se entiende por: "Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz". [3]

En el mismo Decreto Supremo Nº 29601, base de la Política SAFCI, al referirse a los componentes de atención y gestión, amplia el contexto de la integralidad interculturalidad en salud, definiendo el modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio. [4]

Las características de este componente de atención según esta norma son: Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad); Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios; Organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes sociales; Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios; Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad. [5]

[3] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008.
[4] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008.
[5] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008.

Sin embargo, lo que se entiende por integralidad en el DS 29601, fue teniendo sus adecuaciones producto de la continua reflexión y debate, además de los siguientes procesos que acontecieron como la nueva CPE en el 2009 y la Ley Marco de Autonomías y descentralización en el 2010, es así que en diferentes instrumento normativos se actualizo lo que se entiende por integralidad en la SAFCI.

En la publicación del Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica - publicación 171, del 2011, refiere a la integralidad como, "Es concebir la salud como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, medio ambiente, cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la CPE". [6]

En una siguiente y más actual publicación del Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica - publicación 304 del 2013, indica sobre 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". [7]

De estas últimas dos posiciones, de lo que se entiende por integralidad en el sector salud, son resultado de un constante análisis y debate conceptual del que son parte el personal de salud y la población organizada, que conjunta mente, por medio de los diferentes espacios de deliberación van construyendo una entendimiento común de lo que se busca con la integralidad en salud, cuya construcción seguirá realizándose.

[6] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 171: 3ª. Edición: La Paz: Victoria: 2011.
[7] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

Antecedentes conceptuales de interculturalidad en salud

Sobre interculturalidad en salud, en el país de han desarrollado diferentes experiencias en diferentes momentos, adecuándose conceptualmente según los planes y políticas de salud vigentes. Según Estermann J. , la interculturalidad describe relaciones simétricas y horizontales entre dos o más culturas, a fin de enriquecerse mutuamente y contribuir a mayor plenitud. [8]

Para Albo X. Interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura. Algunos hablan también de interculturalidad, en términos más abstractos, al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión indígena y la occidental. Pero éste es un uso derivado del anterior, sobre todo desde una perspectiva educativa. [9]

Desde otro enfoque, para Moya R. nos refiere que la interculturalidad va más allá de las relaciones entre culturas. Supone el reconocimiento del "otro" y la afirmación de sí mismo. Este tipo de reflexión ha aportado mucho a las concepciones de educación intercultural ya que postulan que una de las primeras obligaciones o tareas de un pueblo es la de "ser" y para "ser" es preciso apelar a los elementos cohesionadores que vienen de la historia común, de las relaciones con el entorno, la cosmovisión, los valores, el idioma, entre otros, los cuales deben ser revalorados y desarrollados para romper con la opresión; también está la similitud de problemas derivados de la explotación, la exclusión, la marginación económica y social. [10]

Nos refiere además que la interculturalidad no es solamente la "relación entre culturas", sino "la relación entre culturas en conflicto" y que concurren en una única y sólida estructura de poder configurada desde la razón colonial. Por esto mismo, la "concurrencia" cultural no puede ser vista sólo como un epifenómeno de la ideología (aunque sea cierto) sino como la existencia de contradicciones entre los sujetos sociales portadores de las culturas insertas en

[8] Estermann J., Interculturalidad vivir la diversidad, La Paz: ISEAT: 2010.
[9] Fernandez G., Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas. Quito: Abya Yala: 2004.
[10] Enrique L., Interculturalidad, educación y ciudadanía, perspectivas latinoamericanas, La Paz: Plural: 2009.

una estructura de poder, a su vez definida por las ya aludidas relaciones de clase y de opresión cultural. [11]

Sobre lo anterior Albo X. indica que las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto (como en la ex Yugoslavia) o por lo menos a su disminución y asimilación, como sucede en nuestras sociedades neocoloniales. Son, en cambio, positivas si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva. [12]

Desde la posición de la interculturalidad critica Viaña J., no dice que lo intercultural no puede definirse previamente al dialogo entre culturas y si a su vez dicho dialogo es un momento a construir, se deduce que lo intercultural no sería algo a ser constatado, sino una intención, un proyecto en construcción… este proyecto busca el dialogo y la comunicación entre culturas para construir un espacio común de convivencia armónica entre y con las diferencias, como se puede apreciar, el planteamiento de definir lo intercultural solo a partir del dialogo entre culturas nos brinda ya una primera definición de lo intercultural. [13]

En la interculturalidad y salud, de tiene múltiples definiciones, por lo cual tomaremos las más cercanas al objetivo del trabajo, Ramirez S. cita en su texto Salud Intercultural la descripción de interculturalidad de la OPS “El concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etéreas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa”(OPS/OMS). [14]

En el mismo texto no dice que el concepto de salud intercultural se ha extendido popularmente como la complementación en los servicios de salud de la biomedicina y de la

[11] Enrique L., Interculturalidad, educación y ciudadanía, perspectivas latinoamericanas, La Paz: Plural: 2009.
[12] Fernandez G., Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas. Quito: Abya Yala: 2004.
[13] Viaña J. Claros L., Interculturalidad Critica y descolonización Fundamentos para el debate, La Paz: CAB: 2009.
[14] Ramírez S., Salud Intercultural, critica a partir del contexto boliviano, La Paz: ISEAT: 2011.

medicina tradicional, sin que se reconozca el pluralismo médico que existe en todas las culturas y grupos sociales.[15]

Así como se indicó con anterioridad, sobre lo que se entiende por integralidad en el sector salud en el País, a partir de junio del 2008, con el Decreto Supremo Nº 29601, la interculturalidad es asumida como uno de sus cuatro principios de la SAFCI, donde la interculturalidad es "El desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud". [16]

Al igual que varias conceptualizaciones presentes en el DS 29601, sobre interculturalidad fue teniendo sus adecuaciones producto de la continua reflexión y debate, además de los procesos sociales que fueron sucediendo, es así que en diferentes instrumentos normativos se actualizo lo que se entiende por interculturalidad en la SAFCI.

En la publicación del Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica - publicación 171, del 2011, refiere a la interculturalidad como, "La articulación, complementariedad y reciprocidad en base a la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de nuestros conocimientos y prácticas en salud, que se da entre pueblos indígenas campesinos, afrobolivianos y comunidades interculturales que resultan en mutuos aprendizajes a fin de contribuir al logro de relaciones simétricas de poder. Para actuar de manera equilibrada e inclusiva en la solución de los problemas de salud garantizando el acceso universal". [17]

En una siguiente y más actual publicación del Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica - publicación 304 del 2013, indica sobre interculturalidad como, "Es la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal

[15] Ramírez S., Salud Intercultural, critica a partir del contexto boliviano, La Paz: ISEAT: 2011.
[16] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008.
[17] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 171: 3ª. Edición: La Paz: Victoria: 2011.

de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas, horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud". [18]

El debate sobre la interculturalidad en salud, apenas está comenzando, si bien se inició con la búsqueda de articular la medicina tradicional con la medicina académica, el debate de abre a elementos de fondo, sobre lo cual el personal de salud sobre todo médico no está con la predisposición de ser parte del debate.

4.2 Marco Teórico Situacional

De una manera ejemplar de elaboración de políticas públicas, la salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI) fue construida analizando las experiencias locales exitosas de gestión de la salud, los proyectos de salud implementados a nivel nacional.

La base teórica conceptual aborda críticamente los modelos sanitarios y su sustento paradigmático, desde la atención primaria de la salud hasta los criterios de los determinantes sociales de la salud. Los insumos mencionados fueron ordenados y presentados a consideración de los actores sociales de todo el país, quienes aportaron la terminología propia y la nomenclatura del modelo de salud familiar comunitaria intercultural.

Aportaron en su construcción las orientaciones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo y el paradigma del vivir bien. Para el año 2008 la SAFCI ya figuraba en una norma nacional y en el año 2009 con la aprobación de la Constitución Política del Estado, la SAFCI se transforma no solo en una política sectorial sino en una política de Estado.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) hace cumplir la Constitución Política del Estado, y se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y Plan de Desarrollo Sectorial, que tiene el objetivo principal de garantizar la inclusión y acceso universal a la salud, reconociendo que este es un derecho político, social, económico, cultural y ambiental, de

[18] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

todas las bolivianas y todos los bolivianos, donde los problemas de salud se resolverán en la medida en que se tomen acciones sobre sus determinantes a partir de la corresponsabilidad de los actores en la toma de decisiones sobre la atención de salud, mediante la gestión participativa; en el marco de la reciprocidad y complementariedad con todas las medicinas de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino, Comunidades Interculturales y afro bolivianas.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que complementa y articula reciprocamente a los médicos académicos y tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos vivo, en base a sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.[19]

La SAFCI, cuenta con un enfoque familiar, porque se constituye en el nexo entre los servicios de salud con las personas y familias de la comunidad o barrio, a partir de la realización de visitas familiares, en las que se desarrollan procesos de promoción de la salud, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades. Se responsabiliza de un número determinado de familias. [20]

La SAFCI cuenta con un enfoque comunitario pues reconoce y fortalece las formas organizativas de la población (Ayllus, Tentas, Markas, Capitanías, cabildos indígenas, sindicatos, Juntas Vecinales, Tierras Comunitarias de Origen, autonomías de acuerdo a la estructura y organización territorial del Estado, según la CPE) que le permiten interactuar con los servicios de salud en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución administración y seguimiento control de las acciones de salud y el abordaje de las determinantes: educación, tierra, territorio, agua, producción, vivienda, justicia, defensa y otras, mediante la imprescindible participación intersectorial. [21]

[19] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 171: 3ª. Edición: La Paz: Victoria: 2011.
[20] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.
[21] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

La SAFCI cuenta con un enfoque intercultural porque busca una relación simétrica de poder entre la medicina académica y la medicina de las naciones y pueblos indígena, originario, campesino, comunidades interculturales, afro bolivianas, a partir del desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de manera integral e intercultural, donde ambas medicinas se complementan recíprocamente. [22]

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural cuenta con cuatro principios fundamentales. Principios caracterizados por ser transversales e hilos conductores para la operativización. La participación comunitaria, Interculturalidad, Integralidad e Intersectorialidad hacen de la SAFCI una estrategia teórico-práctica.

La participación comunitaria, es la capacidad de las comunidades urbano rurales: indígenas, originarias, campesinas, interculturales y afro bolivianas, para participar directamente en la toma de decisiones, de manera efectiva y real, sobre la planificación, ejecución - administración, seguimiento-control social de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legitima y organizativa.

La intersectorialidad, es la intervención coordinada entre las comunidades urbano rurales: indígenas, originarias, campesinas, interculturales y afro bolivianas con los diferentes sectores del estado (agua, salud, educación, saneamiento básico y otras) en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad. [23]

La interculturalidad, es la complementariedad y reciprocidad entre las personas, familias y comunidades, urbano rurales, naciones y pueblos indígena originario campesino, comunidades interculturales y afro bolivianas con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, saberes/conocimientos y prácticas, para reconocerse y enriquecerse; promoviendo

[22] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.
[23] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.

una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud. [24]

La integralidad, es el sentir, conocer y practicar la salud como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, comunidad, Madre Tierra, cosmos y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y daños; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea. [25]

Entendiendo a la salud como un proceso multidimensional e identificando a la exclusión social en salud como un fenómeno multicausal. La política sanitaria de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) plantea a la promoción de la salud como la estrategia que le permita al Sistema Nacional de Salud comprender y valorar los procesos de salud/enfermedad de la población boliviana, permitiéndole a su vez, el abordaje adecuado y participativo de las problemáticas de la salud en los niveles, locales, municipales, departamentales y nacionales.

En este sentido, la promoción de la salud se define como aquel proceso político de participación y gestión social, cuyo carácter integral e intersectorial permite el abordaje de las determinantes sociales de la salud, en corresponsabilidad con la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores. [26]

La finalidad de la promoción de la salud es transformar las determinantes de la salud y generar sentires, saberes-conocimientos y prácticas de protección de la salud, para intervenir en el proceso salud-enfermedad en armonía, equilibrio entre la mujer, el hombre, la familia y la comunidad con la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual, para Vivir Bien.

La política SAFCI plantea una nueva forma de hacer salud, priorizando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y riesgos. Busca que la persona, la familia y la

[24] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.
[25] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.
[26] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

comunidad tengan una atención de salud que no solo vea la enfermedad de la persona, sino su relación con la familia, con la comunidad y su entorno.

Los componentes de la SAFCI: La atención integral intercultural en salud y la gestión participativa y control social, se implementan de manera indivisible, en complementariedad y reciprocidad con la medicina tradicional ancestral de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

En cuanto a la atención de salud, en el establecimiento de salud el personal debe brindar una atención integral e intercultural de calidad con capacidad resolutiva. Garantiza la confianza de la persona, familia y comunidad hacia el servicio. En las comunidades se deben desarrollar servicios de prevención, procesos de promoción de la salud. Y promover la movilización social para actuar en la problemática social.[27]

La atención no debe estar solo bajo la responsabilidad de un médico, sino de un equipo de profesionales de medicina, odontología, enfermería y del área social.

En cuanto a la gestión de la salud (toma de decisiones), la organización social de las comunidades rurales y urbanas y son parte de la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud en un proceso de empoderamiento que alcanza a las organizaciones y movimientos sociales en todos los niveles de la gestión estatal (nacional, departamental, municipal, IOC y de las regiones autónomas. [28]

Las instancias creadas y en desarrollo actual son la estructura social en salud: Autoridades Locales de Salud, Comités Locales de Salud, Consejo Social Municipal, Consejo Social Departamental y Consejo Social Nacional. Los ámbitos de deliberación intersectorial son los Ampliados/reuniones/asambleas/cabildos locales, Mesa de Salud Municipal, Asamblea Departamental y Asamblea Nacional de Salud. Estas instancias están en proceso de implementación a partir del año 2008 cuando se emitió el Decreto Supremo 29601. [29]

[27] Estrada V., Fortalecimiento las Redes de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI Texto Guía primer nivel de atención: La Paz: 2013.
[28] Estrada V., Fortalecimiento las Redes de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI Texto Guía primer nivel de atención: La Paz: 2013.
[29] Estrada V., Fortalecimiento las Redes de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI Texto Guía primer nivel de atención: La Paz: 2013.

Según Estrada V. sobre aspectos situacionales generales Bolivia está experimentando procesos de cambio paradigmático en general, estos procesos se dan también con respecto a la salud. Antes de caracterizar el sistema nacional de salud boliviano se debe establecer conceptualmente el significado de ciertos términos para evitar confusiones en la terminología. Las grandes verdades o paradigmas, asumidas socialmente de manera incuestionable se construyen en el tiempo y perduran varias generaciones hasta que son reemplazadas por nuevas verdades. [30]

Probablemente el uso más común de paradigma, implique el concepto de "cosmovisión" Por ejemplo, en ciencias sociales, el término se usa para describir el conjunto de experiencias, creencias y valores que afectan la forma en que un individuo percibe la realidad y la forma en que responde a esa percepción. [31]

De esta manera, lo que se cree, reproduce y practica socialmente en salud, responde a la orientación paradigmática. En base al paradigma se desarrolla el modelo sanitario que es una construcción teórica que explica y define bajo qué enfoque se realizarán las acciones de salud (atención de la salud) y cómo se toman decisiones (gestión de la salud). La creación de seguros son establecidos en el modelo sanitario. El énfasis que se pone en lo asistencial, la promoción de la salud o la prevención de la enfermedad depende de la realidad que atraviesa un país en lo político, económico y social. [32]

En Bolivia persiste el modelo asistencial pese a que se han logrado históricos avances plasmados en la Constitución Política del Estado Plurinacional, como el derecho fundamental a la salud, la garantía del Estado para la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas y la existencia de un Sistema Único de Salud con características de gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidez y control social. Para que un modelo sanitario se ponga en práctica debe contar con un sistema de salud o sistema

[30] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Curso de educación permanente en la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud: 2a edición: La Paz: San Matías: 2012.
[31] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Curso de educación permanente en la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud: 2a edición: La Paz: San Matías: 2012.
[32] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Curso de educación permanente en la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud: 2a edición: La Paz: San Matías: 2012.

sanitario que es el conjunto de establecimientos de salud, recursos humanos, equipos, insumos, normas, etc. [33]

El actual sistema nacional de salud en Bolivia está estructurado para desarrollar un modelo asistencial, es decir, que se ocupa de atender las enfermedades, los daños, y para eso despliega al personal de salud, la red de servicios de salud, medicamentos y recursos financieros, todos ellos nunca suficientes y que no han logrado cambiar la situación de salud. Por esa razón es necesario crear un nuevo sistema nacional de salud que permita plasmar en realidad el mandato constitucional en torno al derecho a la salud de los bolivianos para vivir bien. [34]

Contexto o lugar de intervención

El municipio es el más alto y joven de Bolivia. Se posa sobre la planicie altiplánica acompañada por los majestuosos nevados andinos. Es la cuarta sección de la Provincia Murillo del Departamento de La Paz, tiene un población de 848.840 (INE 2012) [35], una superficie de 387,56 km2 (38.756 has), donde 40,24 por ciento (15.596 has) corresponde al área urbana y el 59,76 por ciento (23.160 has), al área rural, según información proporcionada por el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto. La urbe limita al norte y al este con el municipio de La Paz, al sur con los municipios de Viacha y Achocalla, y al oeste con los municipios de Laja y Pucarani.[36]

El Municipio de El Alto, cuenta con 50 establecimientos de salud públicos de primer nivel y 3 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 se operativisa por medio de las cinco coordinaciones de red (Boliviano Holandés, Corea,

[33] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Curso de educación permanente en la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud: 2a edición: La Paz: San Matías: 2012.
[34] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Curso de educación permanente en la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud: 2a edición: La Paz: San Matías: 2012.
[35] Instituto Nacional de Estadística, Bolivia Características de población y vivienda, Censo Nacional de Población y Vivienda; 2012.
[36] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.

Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios), hacia los 53 servicios de salud,[37] donde se hace necesario implementar acciones para la satisfacción de la población en la atención en salud, en ese sentido se propone con la presente propuesta trabajar en diferentes actividades operativas para lograr la calidad en la atención de los servicios de salud por medio de la implementación de la atención integral intercultural en el marco de la política sanitaria del País que es la SAFCI.

La ciudad de El Alto es un mosaico diverso, complejo y a la vez estratégico. Geográficamente, a partir de su fundación en 1988 está dividida en 14 distritos, cuya composición poblacional se caracteriza desde su origen por la migración aymara, principalmente, y también minera, quechua y de otras ciudades y regiones del país. Desde su nacimiento presenta un crecimiento acelerado, lo cual la convierte en un lugar altamente dinámico generacional, social, cultural y económico. [38]

Estas características incluyen la complejidad lingüística, pues las poblaciones migrantes preservan su idioma materno en sus relaciones familiares y sociales, pero usan el castellano para sus actividades laborales, comerciales y estudiantiles. El Alto presenta un alto componente productivo a nivel de industrias instaladas, como también de los pequeños talleres familiares y micro empresarial, al mismo tiempo, una gran parte de la población realiza actividades de comercio y servicios en ferias y mercados permanentes e itinerantes. [39]

La población alteña posee una densa red de organización que puede ser, territorial a través de las más de 600 juntas vecinales, laboral a través de los gremios y sindicatos, y social con clubes de madres, grupos de jóvenes y otros. [40]

En cuanto al territorio alteño, éste se constituye en una realidad estratégica, históricamente, ese factor fue reconocido por los líderes aymaras Túpac Katari, Bartolina Sisa y Gregoria

[37] Servicio Regional de Salud de El Alto: 2013.
[38] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.
[39] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.
[40] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.

Apaza, entre otros, quienes desplegaron un gran cerco al centro colonia de La Paz en 1781. Después, la ciudad fue punto de la articulación ferroviaria. [41]

En el periodo reciente es el punto de conexión interdepartamental, interprovincial e internacional con la sede de gobierno, el cual permite el transporte terrestre y el comercio y circulación de productos. Además, la ciudad cuenta con el Aeropuerto Internacional y bases militares. [42]

En relación a indicadores sociales, por ser una ciudad relativamente nueva, gran parte de la población aún no tiene acceso total a servicios básicos de calidad. En el caso de la salud y la educación, la cobertura también presenta deficiencias. [43]

A nivel político, la tradición y experiencia de varios grupos migrantes y de sectores emergentes ha convertido a la ciudad de El Alto en un referente de lucha e insubordinación desde el año 2003, momento desde el cual se han generado movimientos sociales que han cuestionado los efectos negativos del modelo neoliberal y del régimen político de la democracia representativa. [44]

La medicina tradicional tiene una importancia especial en el contexto alteño porque reivindica diversas prácticas medicinales, además de enfoques y conocimientos acumulados destinados al diagnóstico, al tratamiento y la prevención de varias enfermedades. Las personas que ofrecen esos servicios utilizan plantas, animales y minerales que se aplican individualmente o de forma combinada con el objetivo de ayudar a mantener el equilibrio del bienestar psicosomático del organismo humano (Gobierno Municipal de El Alto, 2008). [45]

[41] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.
[42] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.
[43] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.
[44] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.
[45] Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.

4.3 Marco Teórico Legal

La atención integral intercultural como uno de los componentes de la Política SAFCI, se encuentra en el marco legal, estratégico nacional y sectorial en salud actual, por lo que desarrollaremos los aspectos en relación directa con la Política SAFCI y su componente de atención integral intercultural, de acuerdo al siguiente cuadro:

MARCO LEGAL	**DERECHO A LA SALUD Y LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO**
NORMA JURÍDICA FUNDAMENTAL SUPREMA	Constitución Política del Estado Plurinacional
LEYES	Ley Marco de Autonomías y Descentralización Ley De Participación Y Control Social
DECRETOS SUPREMOS	Decreto Supremo Nº 29601 Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia
DOCUMENTO ESTRATÉGICO SUPREMO	Plan Nacional de Desarrollo.
FUNDAMENTO ESTRATÉGICO DE TRANSFORMACIÓN SECTORIAL	Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia la Salud Universal"

Norma Jurídica Fundamental Suprema

La Constitución Política del Estado Plurinacional fue aprobada mediante referéndum el 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009. Establece, las bases fundamentales del Estado Plurinacional, los derechos, deberes y garantías de la población, la estructura y organización del Estado a través de 5 Partes y 411 artículos, de los cuales varios se refieren a salud.

Se reconoce así el derecho a la salud para las personas, la garantía por parte del Estado de la inclusión y acceso a la salud sin exclusión ni discriminación alguna, y se establece la unicidad del Sistema de Salud ("el Sistema de Salud es único").

Dentro de los artículos referidos a salud, se puede destacar algunos que establecen derechos y obligaciones primordiales al momento de elaborar la propuesta de desarrollo; la integralidad en salud están en parte dentro de estos (no se incluye los artículos sobre determinantes de la salud).

La Salud como un Derecho Fundamental para todos se encuentra en el Artículo 18, en sus incisos nos indica I. Todas las personas tienen derecho a la salud. II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.[46]

Sobre el acceso gratuito de la población a servicios de salud se indica en el Artículo 35. I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. [47]

El Sistema Único de Salud es incluyente de las medicinas tradicionales, se encuentra en el mismo Artículo 35, pero en su inciso II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. [48]

Acceso al Seguro Universal de Salud y ejercicio de los servicios se indica en el Artículo 36. I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley. [49]

[46] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
[47] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
[48] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
[49] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.

Obligación del Estado a garantizar y sostener el derecho a la salud, según el Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. En el mismo artículo 37 indica que, se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. [50]

Vigilancia de la calidad de atención, según el Artículo 39. I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica. [51]

Participación de la población en la toma de decisiones y gestión del sistema, en el Artículo 40. El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud. [52]

Sobre el acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos, en el Artículo 41. I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación. III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación. [53]

Para la promoción y práctica de la Medicina Tradicional, en el Artículo 42. Indica I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario

[50] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
[51] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
[52] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
[53] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.

campesinos. III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio. [54]

El ejercicio pleno del derecho a la salud está fuertemente vinculado con el nuevo modelo económico, social y cultural definido en el PND, y con la construcción de sistemas y políticas públicas nacionales y globales, que garanticen los principios de universalidad, integralidad, equidad y participación social, entre otros principios esenciales, para la protección de los derechos humanos.

Leyes

Dentro el marco legal en lo referente a la Política SAFCI se cuenta actualmente con dos leyes en directa relación, la primera la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, con la cual se define las competencias en salud de las diferente entidades territoriales autónomas, y en su Artículo 81 en lo referente a salud, donde se demita las responsabilidades en salud por niveles de autonomía, la segunda es la Ley de Participación y Control Social, que se relaciona con la actual política sanitaria, con las funciones de la participación y control social de la estructura social en salud que se encuentra dentro del componente de gestión de la SAFCI, si bien se tiene otras leyes que se relacionan en el ámbito de las políticas sociales son estas dos Leyes las que tiene un directo sustento de la salud familiar comunitaria intercultural.

La Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, Ley N° 031 del 19 de julio de 2010, a partir de la Constitución Política del Estado, en lo referente a la estructura y organización territorial del Estado, en su Artículo 271. Indica que la Ley Marco de Autonomías y Descentralización regulará el procedimiento para la elaboración de Estatutos Autonómicos (en el caso de las autonomías departamentales) y Cartas Orgánicas (en el caso de las autonomías municipales), la transferencia y delegación competencial, el régimen económico financiero y la coordinación entre el nivel central y las entidades territoriales descentralizadas y autónomas. Así la Ley Marco de Autonomías y Descentralización es el instrumento fundamental que ordena la implementación del proceso autonómico y regula la relación entre los diferentes tipos de autonomía reconocidas por la CPE y articula esta con

[54] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.

los estatutos autonómicos departamentales e Indígena Originario Campesino y Cartas Orgánicas municipales, donde se desarrolla las disposiciones del régimen autonómico; sin invadir, en ningún caso, el ámbito del autogobierno.

Las competencias definidas en la CPE son: [55]

Privativas del nivel central; legislación, reglamentación y ejecución no se transfieren ni delegan.

Exclusivas donde el nivel de gobierno realiza la legislación, reglamentación y ejecución, pudiendo transferir y delegar estas dos últimas.

Concurrentes donde el nivel central realiza la legislación; los otros niveles ejercen simultáneamente la reglamentación y ejecución.

Compartidas donde la legislación básica de la Asamblea Legislativa Plurinacional; la legislación de desarrollo las entidades territoriales autónomas. Reglamentación y ejecución corresponden a las entidades territoriales autónomas.

Como se indica con anterioridad, el Artículo 81 de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, define las competencias en lo referente al sector salud:

De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias: [56]

1. Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

2. Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.

3. Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud en el marco de la política exterior.

[55] Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
[56] Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, Ley N° 031 del 19 de julio de 2010.

4. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.

5. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.

6. Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud.

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.

8. Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.

9. Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental.

10. Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social.

11. Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, la formación de los recursos humanos de pre y postgrado, en el marco de la política sanitaria familiar comunitaria intercultural.

12. Regular el uso exclusivo de los ambientes de los establecimientos públicos del sistema de salud, y de la seguridad social para la formación de los recursos humanos por la Universidad Pública Boliviana, en el marco del respeto prioritario del derecho de las personas.

13. Definir la política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal dependiente del Sistema Único de Salud, conforme a reglamentos nacionales específicos, para garantizar la estabilidad laboral.

De acuerdo a la competencia compartida del Numeral 3 del Parágrafo II del Artículo 304 de la Constitución Política del Estado se desarrollan las competencias de la siguiente manera: [57]

1. Nivel central del Estado:

a) Establecer la norma básica sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originario campesinos, sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional para el registro y protección, con validez internacional.

b) Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.

2. Gobiernos indígena originario campesinos:

a) Resguardar y registrar la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de la comunidad sobre los conocimientos y productos de la medicina tradicional, en sujeción a la legislación básica del nivel central del Estado.

b) Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional y la gestión de los recursos biológicos con estos fines.

c) Proporcionar información sobre la medicina tradicional desarrollada en su jurisdicción, al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran en aplicación del principio de lealtad institucional.

d) Promover la elaboración de la farmacopea boliviana de productos naturales y tradicionales.

e) Fomentar la recuperación y uso de conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, promoviendo el ejercicio de esta actividad.

[57] Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, Ley N° 031 del 19 de julio de 2010.

De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera: [58]

1. Gobiernos departamentales autónomos:

a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.

b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.

c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.

d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

e) Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.

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

g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.

h) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.

i) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.

[58] Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, Ley N° 031 del 19 de julio de 2010.

j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.

k) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.

l) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.

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

m) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.

n) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.

ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.

o) Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.

p) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.

q) Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios masivos de comunicación, asimismo las emisiones sonoras en general.

2. Gobiernos municipales autónomos:

a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.

b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.

c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.

e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.

f) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.

g) Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

h) Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.

i) Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud.

j) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de salud.

3. Gobiernos indígena originario campesinos autónomos:

a) Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Política Nacional de Salud.

b) Promover la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

En la Constitución Política del Estado, en materia de derechos ciudadanos y ampliación de la democracia, tiene el reconocimiento normativo de la Participación y el Control social, a partir de esto la Ley de participación y control social, Ley Nº 341 del 5 de febrero de 2013, viene a enmarcar la participación social como el diseño, formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas, y el control social como la gestión pública en todos los niveles del Estado y a la calidad de los servicios públicos y a las empresas e instituciones públicas, mixtas y privadas que administren recursos fiscales.

Su ámbito de aplicación son las entidades públicas, empresas e instituciones públicas y empresas privadas y entidades territoriales autónomas. Todas las entidades públicas de los cuatro Órganos del Estado, Ministerio Público, Defensoría del Pueblo, Contraloría General del Estado, Procuraduría General del Estado, Fuerzas Armadas y Policía Boliviana. [59]

Las empresas e instituciones públicas descentralizadas, desconcentradas, autárquicas, empresas mixtas y empresas privadas que presten servicios básicos o que administren recursos fiscales y/o recursos naturales. Las entidades territoriales autónomas departamentales, regionales, municipales e indígena originario campesinas. En las autonomías indígena originario campesinas, la presente Ley se aplicará de acuerdo a normas y procedimientos propios. [60]

La presente Ley tiene por objeto establecer el marco general de la Participación y Control Social definiendo los fines, principios, atribuciones, derechos, obligaciones y formas de su ejercicio, en aplicación de los Artículos 241 y 242 de la CPE.[61]

[59] Ley de participación y control social, Ley Nº 341 del 5 de febrero de 2013.
[60] Ley de participación y control social, Ley Nº 341 del 5 de febrero de 2013.
[61] Ley de participación y control social, Ley Nº 341 del 5 de febrero de 2013.

La presente Ley tiene por fines: [62]

- Fortalecer la democracia participativa, representativa y comunitaria, basada en el principio de soberanía popular, en el marco del ejercicio activo de los derechos establecidos en la Constitución Política del Estado.
- Consolidar la Participación y Control Social como elementos transversales y continuos de la gestión pública; y en los procesos de planificación, seguimiento a la ejecución y evaluación de las políticas públicas y las acciones del Estado Plurinacional, en todos sus ámbitos y niveles territoriales.
- Transparentar la gestión pública y el apropiado manejo de los recursos públicos del Estado.
- Garantizar y promover la Participación y Control Social en la provisión y calidad de los servicios públicos.
- Garantizar y promover la Participación y Control Social en la calidad de los servicios básicos que prestan las empresas privadas o de aquellas que administren recursos fiscales y/o recursos naturales.
- Garantizar todas las formas de Participación y Control Social.
- Fomentar y fortalecer las formas de Participación y Control Social de los sectores sociales y/o sindicales organizados, juntas vecinales, naciones y pueblos indígena originario campesinos, las comunidades interculturales y afrobolivianas, en la formulación, seguimiento a la ejecución y evaluación de políticas públicas del Estado Plurinacional, de acuerdo a su propia organización y de conformidad a sus normas, procedimientos propios y formas de gestión.
- Fomentar y facilitar el ejercicio plural, efectivo, equitativo del derecho de Participación y Control Social en la gestión pública.

Existen los siguientes tipos de actores en la Participación y Control Social: [63]

Orgánicos. Son aquellos que corresponden a sectores sociales, juntas vecinales y/o sindicales organizados, reconocidos legalmente.

[62] Ley de participación y control social, Ley Nº 341 del 5 de febrero de 2013.
[63] Ley de participación y control social, Ley Nº 341 del 5 de febrero de 2013.

Comunitarios. Son aquellos que corresponden a las naciones y pueblos indígena originario campesinos, las comunidades interculturales y afrobolivianas, y todas las reconocidas por la Constitución Política del Estado, que tienen su propia organización.

Circunstanciales. Son aquellos que se organizan para un fin determinado, y que cuando el objetivo ha sido alcanzado, dejan de existir.

Se trata, entonces, más allá del voto, de un importante mecanismo de democracia directa y participativa. Es un mecanismo democrático transversal para garantizar que el ejercicio del poder público y la toma de decisiones colectivas, en todos los ámbitos y niveles territoriales.

Decretos Supremos

Con el Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008, se incorpora en la normativa legal del país la Salud Familiar Comunitario Intercultural, que es la base para la estructuración de la actual política de salud y el desarrollo de sus componentes de atención integral intercultural y de gestión integral intercultural.

El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.[64]

El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en 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 (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. [65]

[64] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008

[65] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008

Sus principios son de Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad.[66]

Participación Comunitaria, es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

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

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

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

De acuerdo al Decreto supremo 29601, estos cuatro principios de la Política SAFCI, cuentan con una estrategia de implementación, que es la Promoción de la salud entendida como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las

[66] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008

habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales. [67]

En el Decreto Supremo de indica dos modelos de atención de salud y de gestión en salud, los cuales con el tiempo pasaron a ser componentes (de atención integral intercultural y de gestión participativa y control social).

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio. [68]

El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional. Las decisiones abarcan a la gestión de la salud (planificación, ejecución administración, seguimiento control) de los actores sociales en constante interacción con el sector salud. [69]

Documento Estratégico Supremo

El Plan Nacional de Desarrollo (PND), en su primera versión, fue presentado oficialmente el 16 de junio de 2006 al Presidente de la Republica, Evo Morales Ayma. Posteriormente, luego de un amplio proceso de socialización y complementaciones en su contenido, mediante D.S. Nº 29272 fue aprobado en su versión actualizada el 12 de septiembre de 2007. Su ejecución tiene sus inicios en mayo, 2006.

Parte de una abierta crítica a los modelos de desarrollo que fueron parte del colonialismo y el neoliberalismo imperantes en nuestro país por largos años. Es una respuesta a las diversas vertientes teóricas del desarrollo que corresponden a pautas civilizatorias occidentales, cuyo

[67] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008
[68] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008
[69] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008

lenguaje esconde dispositivos de dominación y control social que refrendan las prácticas de poder y conocimiento colonial. Responde al actual patrón de desarrollo primario exportador, que se caracteriza por la explotación y exportación de recursos naturales sin valor agregado y que no permite la acumulación interna que sustente el desarrollo nacional, sino que transfiere excedentes al exterior, beneficiando a otras naciones y a pequeños grupos de personas.

Es una crítica a las estrategias de desarrollo aplicadas en nuestro país y que sólo generaron desigualdad y exclusión social, política y económica, y a un malformado Estado oligárquico, centralista, patrimonialista y corrupto, atrincherado en una democracia representativa. [70]

En sus lineamientos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo está orientado a contribuir a la transformación del país, coadyuvando al desmontaje del modelo de desarrollo concebido desde el colonialismo y el neoliberalismo y a la construcción del Estado plurinacional, social y comunitario, promotor y protagonista del desarrollo. [71]

Se sustenta en la filosofía del Vivir Bien, propio de nuestras culturas. El Vivir Bien plantea la complementariedad entre el acceso y disfrute de los bienes materiales y la realización afectiva, subjetiva e intelectual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos. Plantea el desarrollo de la convivencia equilibrada y en complementariedad con equidad de la Economía Estatal, Comunitaria, Mixta y Privada.

Promueve el desarrollo integral a través de la construcción de un nuevo patrón de desarrollo democratizador, diversificado e integrado y la erradicación de la pobreza, desigualdad y exclusión social. Asume como ejes transversales de todas sus propuestas la equidad (principalmente de género, social y cultural), innovación, medio ambiente y gestión de riesgos. [72]

[70] Plan Nacional de Desarrollo.
[71] Plan Nacional de Desarrollo.
[72] Plan Nacional de Desarrollo.

En sus objetivos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo, según la versión oficialmente aprobada mediante Decreto Supremo, el PND, en el largo plazo (una generación), contribuirá a la transformación del país para que todos y todas Vivamos Bien, configurando una: [73]

Bolivia Digna: Erradicación de la pobreza y exclusión, constituyendo un patrón equitativo de redistribución de ingresos, riquezas y oportunidades.

Bolivia Democrática: Construcción de una sociedad y Estado Plurinacional, social y comunitario, donde el pueblo ejerce el poder político y es corresponsable en las decisiones de su propio desarrollo.

Bolivia Productiva: Transformación de la matriz productiva en el marco de un nuevo patrón de desarrollo diversificado e integral, logrando el desarrollo de complejos productivos integrales y generando ingresos, empleos y excedentes.

Bolivia Soberana: Constitución del Estado como actor internacional, soberano, autodeterminado y con identidad propia.

En el mediano plazo (2006 – 2011) contribuirá a: Incrementar la producción, ingreso y excedentes. Disminuir la pobreza y extrema pobreza. Reducir las tasa de desempleo abierto. Disminuir las brechas de desigualdad social. Cambiar la matriz energética. [74]

Sobre el Sector Salud el Plan Nacional de Desarrollo lo incluye en el pilar de la Bolivia Digna, sobre el sector se realiza un previo análisis de la situación en salud del país en ese entonces, identificando un Sistema de Salud que no ha respondido a las necesidades y demandas del pueblo boliviano, al contrario, ha reproducido las desigualdades e inequidades de la estructura económica.

Siendo que Bolivia es un país multiétnico y multicultural, el Sistema Nacional de Salud nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, ha ejercido represión y desprecio al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales,

[73] Plan Nacional de Desarrollo.
[74] Plan Nacional de Desarrollo.

siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes. [75]

En el marco de la propuesta de Política Nacional de Desarrollo, el sector salud ha establecido las siguientes problemáticas: [76]

- Alta privación socio-biológica
- Sistema de Salud inequitativo e ineficiente
- Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría
- Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud
- Sistema de salud no asume la medicina tradicional y no hay complementación plurinacional en los servicios
- Problemas alimentario nutricionales

Alta privación socio-biológica en mayorías poblacionales, determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva, que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.

Sistema de Salud inequitativo e ineficiente: no se toma en cuenta la diversidad social, étnica y cultural del país. Insuficiente capacidad resolutiva de los establecimientos de salud, expresado en niveles de gestión y atención desintegrados; sin criterios de calidad y eficiencia; desconectados entre sí; mal distribuidos; deficientemente equipados; con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados, y sin mecanismos de control social.

Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuestos no coordinados con el Ministerio de Salud y Deportes, y de accionar independiente; con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes; con

[75] Plan Nacional de Desarrollo.
[76] Plan Nacional de Desarrollo.

un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre las determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.

Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud como expresión de la alienación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aún más el de las mujeres.

El sistema de salud no asume la medicina tradicional y no hay complementación plurinacional en los servicios. Hay una falta de fomento a la práctica de los terapeutas tradicionales, a la investigación de la medicina ancestral, a la elaboración de una farmacopea y a la implementación de mecanismos regulatorios.

Problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición y malnutrición, que generan bajas defensas frente a la enfermedad y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

El Sector Salud dentro el Plan Nacional de Desarrollo, también identifica potencialidades que permitirán cambian la anterior situación, siendo estos: [77]

Un modelo de gestión de salud descentralizado y concurrente, en proceso de mayor profundización, que tendría capacidad para tomar decisiones más próximas a los problemas locales, en la que participarán las comunidades en la toma de decisiones.

Existen varias experiencias exitosas del enfoque de salud familiar, comunitaria e plurinacional en el altiplano, valles, llanos y en otros países, que serán sistematizados y aplicados en Bolivia.

Pueblos Indígenas y Originarios con estructuras propias que cuentan con saberes ancestrales en el tratamiento de enfermedades.

[77] Plan Nacional de Desarrollo.

Se cuenta con un Sistema Nacional de Salud con práctica gerencial en el manejo del seguro público (Seguro Universal Materno Infantil y Seguro Médico Gratuito de Vejez) en todo el territorio nacional, además de 50 años de experiencia en Seguridad Social.

Posterior a este balance de problemas y potencialidades del sector salud se realiza una propuesta de cambio, siendo el objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. [78]

Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien. [79]

El rol del Estado, basado en una concepción social, comunitaria y plurinacional de la salud, es garantizar el Derecho a la Salud y la ciudadanía plena en la que se abren espacios para la participación de nuevos actores. En este sentido, todos los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud (público, seguridad social, tradicional y privado) cumplirán, bajo la rectoría y autoridad normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Deportes, los roles y funciones que estén vigentes. [80]

Que la población boliviana, hasta el 2010, acceda en un 100 por ciento al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, además del acceso a servicios básicos. Eliminar la desnutrición en niños menores de cinco años. Alcanzar la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades. [81]

El sistema de salud generará un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos (minería, agricultura, hidrocarburos

[78] Plan Nacional de Desarrollo.
[79] Plan Nacional de Desarrollo.
[80] Plan Nacional de Desarrollo.
[81] Plan Nacional de Desarrollo.

y otros). Para ello se crearán políticas, normas y sistemas. Se eliminará la violencia intrafamiliar focalizada principalmente en niñas de municipios pobres. [82]

Fundamento Estratégico de Transformación Sectorial

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia la Salud Universal" (PSD), toma en cuenta los paradigmas del desarrollo económico social y cultural establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional y en el Plan Nacional de Desarrollo PND, el planteamiento del PSD asume como marco de referencia el Vivir Bien y la concepción social del proceso salud enfermedad, señalando el rol de lo biológico como parte de una relación dialéctica entre fuerzas determinantes más amplias y la posibilidad de que existan fenómenos singulares en los individuos. Estos son los ejes que orientan conceptualmente las alternativas estratégicas y programáticas que han orientado la fundamentación y el repensar de las relaciones entre los diversos niveles en los que se desarrolla el proceso salud-enfermedad: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, recuperación, desde la epidemiología, la salud pública y la protección social.

El Plan está dado por el Vivir Bien, el concepto social de salud y sus determinantes, la salud como derecho fundamental, la Intersectorialidad, la participación social y la interculturalidad. [83]

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia la Salud Universal" (PSD) es el instrumento de planificación sectorial nacional, que orienta el accionar de todo el Sector Salud en Bolivia, en alineación a los nuevos paradigmas de desarrollo del Estado Plurinacional establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional (CPE), el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Gobierno 2010-2015 "Evo Bolivia Avanza" y la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, y que emana de las propuestas sociales y sanitarias realizadas en la concertación social nacional de las Preconstituyentes de salud del 2006 y del trabajo de coordinación con autoridades y técnicos del nivel nacional, departamental y municipal. [84]

[82] Plan Nacional de Desarrollo.
[83] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia La Salud Universal", La Paz: 2010.
[84] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia La Salud Universal", La Paz: 2010.

En ese marco, el PSD 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” está organizado en tres partes. En la primera se analiza la responsabilidad del Sector Salud en el marco de los conceptos operacionales de salud y de derecho a la salud. Se presenta un conjunto de elementos teóricos, con posicionamiento crítico de las políticas sociales del periodo neoliberal y de los diversos grados de imposición de las fuerzas internacionales, dando cuenta de la situación social y de salud heredada de este periodo. [85]

En la segunda parte se analizan los grupos que intervienen en el quehacer en salud como parte del Sector y las acciones que realizan, se estudia la situación de salud (epidemiología, determinantes, acceso) en Bolivia, definiendo las problemáticas y potencialidades del Sector al momento de elaborar la propuesta de desarrollo para el periodo 2010-2020. La tercera parte consiste en la propuesta de desarrollo del Sector Salud, elaborada a partir del marco conceptual y del análisis situacional: incluye el mandato político y social del sector, su visión al 2020, la finalidad y objetivo general, los Ejes de Desarrollo, los Programas y Proyectos Sectoriales, la estrategia de implementación, el sistema de seguimiento y evaluación, y la presentación de informes sobre el desempeño y los logros en los niveles de gestión pública. [86]

El “Mandato político y social del sector salud”, es el: Garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza e inequidad para Vivir Bien. [87]

La “Visión del sector salud al 2020”, En el año 2020, La población ejerce plenamente su derecho a la salud en igualdad de condiciones, ha mejorado su estado de salud integral y vive bien; accede a la atención universal gratuita en el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que cuenta con atención de calidad y redes de servicios funcionales. Las personas, familias y comunidades desarrollan prácticas saludables y la gestión social participativa, en corresponsabilidad con el personal de salud y en interacción con los diferentes sectores de desarrollo. El Ministerio de Salud y Deportes ejerce la rectoría

[85] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia La Salud Universal”, La Paz: 2010.
[86] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia La Salud Universal”, La Paz: 2010.
[87] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia La Salud Universal”, La Paz: 2010.

sobre el Sector Salud en el marco de las autonomías, asegurando el cumplimiento de los objetivos sectoriales en todo el territorio. [88]

La "finalidad del Sector Salud", es contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud, al cual el Sector Salud contribuye en conjunto con los demás Sectores de Desarrollo. [89]

El propósito del presente Plan es consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de Salud y Deportes. [90]

A partir del mandato legal de la Constitución Política del Estado, del mandato estratégico del Plan Nacional de Desarrollo, del marco conceptual y del análisis situacional del Sector, se establecen los siguientes ejes de desarrollo que orientarán el accionar del Sector Salud para el periodo 2010-2020, y que se operativizan dentro del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural: [91]

- Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural
- Promoción de la Salud y Movilización Social
- Rectoría y Soberanía en Salud

Cada uno de estos Ejes de Desarrollo comprende categorías específicas de problemas: El primer Eje está orientado a garantizar el acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, sin costo en el punto de atención y con calidad. El segundo Eje está orientado a incidir en las determinantes de la salud, promover el ejercicio pleno del derecho a la salud, la participación y control social en salud. El tercer Eje está orientado a fortalecer la capacidad rectora del Ministerio de Salud y Deportes y el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión y en todo el Sector.

[88] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia La Salud Universal", La Paz: 2010.
[89] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia La Salud Universal", La Paz: 2010.
[90] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia La Salud Universal", La Paz: 2010.
[91] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia La Salud Universal", La Paz: 2010.

Para cada Eje de Desarrollo, se incluyen Programas y Proyectos Sectoriales que contribuyen a lograr los objetivos estratégicos, el propósito y la finalidad. [92]

EJE 1 Acceso universal al Sistema Único SAFCI

Objetivo estratégico: Efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones.

Programa 1 Universalización y Equidad del Acceso al Sistema Único SAFCI

Objetivo: Eliminar las barreras de acceso al Sistema de Salud (barreras económicas, geográficas, culturales y de calidad). El programa está constituido por los siguientes Proyectos Sectoriales:

- Proyecto Sectorial 1.1 “Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad”: se enfoca principalmente en las barreras geográficas y en las barreras internas relacionadas con la calidad de atención.
- Proyecto Sectorial 1.2 “Saberes ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad”: se enfoca principalmente en barreras culturales, a fortalecer a la medicina tradicional y lograr articulación complementaria entre medicinas (biomédica y tradicional).
- Proyecto Sectorial 1.3 “Gratuidad del acceso a Servicios de Salud integrales”: se enfoca en eliminar las barreras económicas al acceso.

EJE 2 Promoción de la Salud y Movilización Social

Objetivo estratégico: Incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud.

Programa 2 Gestión participativa y movilización por el derecho a la salud

[92] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia La Salud Universal”, La Paz: 2010.

Objetivo: Dinamizar la toma de decisiones de la población organizada en la Gestión en salud (planificación, ejecución administración, seguimiento y control social) en corresponsabilidad con el personal de salud.

- Proyecto Sectorial 2.1 “Intersectorialidad para Vivir Bien” se enfoca en el desarrollo de alianzas estratégicas entre la población organizada y los demás sectores de desarrollo.
- Proyecto Sectorial 2.2 “Equidad y Protección para grupos vulnerables” está enfocado principalmente en las víctimas de violencia, de la inequidad social, de género, etc.
- Proyecto Sectorial 2.3 “Educación en Salud para la vida” busca desarrollar hábitos saludables a partir de mecanismos de IEC para la movilización social y el cambio de hábitos.

EJE 3 Rectoría y Soberanía en Salud

Objetivo estratégico: Recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector en el marco de las Autonomías, para asegurar el cumplimiento eficiente y efectivo de las políticas, programas y proyectos sectoriales en todo el territorio.

Programa 3 Gobernanza en Salud

Objetivo: Mejorar la conducción y regulación sectorial por parte del Ministerio de Salud y Deportes, además de su modulación financiera.

- Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector”, dirigido a mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad del Sector Salud, considerando las funciones esenciales de la salud pública (FESP).
- Proyecto Sectorial 3.2 “Conducción nacional y autonomías territoriales”, orientado en la coordinación y alineación intrasectorial al PSD y a la política sanitaria SAFCI.
- Proyecto Sectorial 3.3 “Soberanía e Inteligencia sanitaria”, orientado en mejorar las políticas de salud con soberanía a partir de la investigación en salud y del desarrollo tecnológico.

Para medir la finalidad, se utilizarán indicadores globales como la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida saludable, la tasa de mortalidad infantil, e indicadores intersectoriales de calidad de vida y Vivir Bien. [93]

Las principales metas finales son:

- Esperanza de vida al nacer > 71 años
- Esperanza de vida saludable > 64 años
- Tasa de mortalidad infantil < 30 x 1.000 nacidos vivos
- Razón de mortalidad materna < 100 x 100.000 nacidos vivos

Para medir el propósito, se utilizarán indicadores cuantitativos referidos al acceso de la población y cobertura de servicios de salud, a la participación y control social y al número de instituciones integradas al Sistema Único que aplican la política sanitaria SAFCI.

Las principales metas (propósitos) son:

- Más del 90% de la población accede al Sistema Único SAFCI cuando lo necesita
- 90% de las instituciones del Sector están integradas al Sistema Único SAFCI
- Más del 80% de los establecimientos cuentan con su Comité Local de Salud
- Más del 40% de los establecimientos de 1er nivel realizan referencias con la Med. Tradicional
- Más del 50% de los proyectos del Sector actúan intersectorialmente sobre determinantes

Los objetivos sus tres Ejes y de sus respectivos Programas y Proyectos Sectoriales constituyen el núcleo programático del Plan Sectorial de Desarrollo y son comunes al Ministerio de Salud y Deportes, los SEDES, los DILOS, el Seguro Social de corto plazo y el subsector privado. Cada objetivo estratégico incorpora varios resultados previstos a nivel nacional, cuyo logro es responsabilidad de todos.

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 constituye el instrumento indicativo que permite la alineación nacional a los resultados programados de todos los responsables e involucrados

[93] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia La Salud Universal”, La Paz: 2010.

en el quehacer sanitario. Es la base para toda la planificación y programación subnacional en el marco de las atribuciones establecidas en la Ley Orgánica de Autonomías y Cartas Municipales, en las que se establecerá las competencias y atribuciones de los diferentes niveles de gestión, así como la conducción y dirección estratégica del nivel central. [94]

Esto con equilibrio entre el alineamiento estratégico, el programático y la especificidad nacional, departamental, regional, municipal y de pueblos indígena originario campesinos exigida por las Autonomías. [95]

5. Planteamiento del problema

Entendiendo que la Política SAFCI, se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; 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. [96]

La implementación de la Política SAFCI, en el Municipio de El Alto, a partir de la promulgación del Decreto Supremo 29601 del 11 de junio de 2008, desarrollo diferentes acciones de implementación por parte de los actores institucionales en salud como son el Ministerio de Salud y Deportes (en el transcurso del desarrollo de trabajo paso a ser solo Ministerio de Salud) , el Servicio Departamental de Salud, el Servicio Regional de Salud de El Alto y el Gobierno Municipal de El Alto, fortaleciendo sobre todo el componente de gestión participativa y control social en salud de la SAFCI, ya que en la actualidad todos los servicios de salud cuentan con su comité local de salud y un consejo social municipal de salud fortalecido, sin embargo el componente de atención integral intercultural que es parte de los medios de la implementación de la SAFCI, tiene limitaciones en su avance a la fecha, esta aseveración es planteada de acuerdo a lo analizado en los diferentes espacios de

[94] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia La Salud Universal”, La Paz: 2010.
[95] Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia La Salud Universal”, La Paz: 2010.
[96] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

deliberación de los actores sociales e institucionales en salud, como ser Comités de análisis de información, rendición publica de cuentas y en diferentes reuniones de evaluación, siendo que la atención en salud que realizan los 50 establecimientos de salud de primer nivel y sus 3 hospitales de segundo nivel, es contantemente cuestionada por la población y sus organizaciones sociales, donde si bien es constante las quejas sobre sobre los recursos humanos, infraestructura y equipamiento, el tipo de atención por parte de personal de salud en relación a trato es lo más preponderante, esta inconformidad es mayor sobre el trato del personal médico de los servicios de salud.

Actualmente identificamos la debilidad en la operatividad los lineamientos normativos de la atención integral intercultural vigentes, como medio de la implementación de la SAFCI, sobre todo en el personal médico de los servicios de salud, esto pude deberse a múltiples causas, que van desde concepciones o conocimientos individuales hasta los colectivos.

Debido a que no se puede directamente identificar como responsable de esta situación al personal médico, se debe ver con más profundidad las causas, pero a partir del personal médico sobre su concepción de que entiende por atención en salud integral intercultural en el marco de la SAFCI.

Con el presente trabajo no pretendemos evaluar la pertinencia de la norma emitida por el ente rector en salud, como tampoco identificar las falencias en los procedimientos realizados por el personal médico en la atención en salud, ya que estos procesos son asumidos por diferentes niveles de la gestión en salud, donde se ve más aspectos cuantitativos (que a la fecha están en proceso de definición), dejado de lado la percepción cualitativa individual del personal de salud sobre todo médico.

Es por este motivo que conocer las características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la SAFCI en el personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de la Ciudad de El Alto, nos brindara información que permita establecer futuras acciones de transformación de la forma de atención en los servicios de salud de El Alto.

6. Pregunta de investigación

¿Cuál las características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la SAFCI en personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, Departamento de La Paz en la gestión 2013 - 2014?

7. Objetivos

7.1. Objetivo general

Determinar las características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la salud familiar comunitaria intercultural en personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, Departamento de La Paz en la gestión 2013 - 2014.

7.2. Objetivos específicos

- Identificar la percepción general sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud del personal médico de primer nivel de atención.
- Conocer lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Integralidad en salud en atención, promoción y prevención de la salud de la persona, familia y comunidad.
- Señalar lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Interculturalidad en salud como características principales para comprender la dimensión intercultural de las políticas de salud.
- Reconocer que se entiende por prestar atención en salud integral intercultural a partir de su rol como personal médico de primer nivel de atención.

8. Metodología

8.1. Métodos y técnicas de investigación cualitativa

El presente trabajo es una investigación cualitativa, tipo de investigación analítico, el método utilizado es la teoría fundamentada, se utilizó la técnica es la entrevista semiestructurada. Su codificación es de tipo abierta.

Se decide hacer una investigación cualitativa en el presente trabajo:

- Debido a que buscamos más que medir (cuantitativo) el comprender la situación a investigar.
- Se busca ir de situaciones particulares a aspectos generales (inductivo) más que ir de lo deductivo.
- Identificar casas múltiples y no solo causa efecto.
- Buscar la fundamentación de la teoría en base a la realidad más que probar una teoría.
- Describir múltiples realidades más que mostrar la relación entre variables.

8.2. Métodos de investigación

El método utilizado es la teoría fundamentada, como metodología, tiene la ventaja de dejar las opciones abiertas, para poder ir desarrollando teorías a lo largo de una investigación, desde su inicio, en el trabajo de campo, en el período de análisis y también en los períodos de retroalimentación y comprobación de los datos, y durante los planteamientos iniciales de interpretación.[97]

La teoría fundamentada es una metodología que relaciona datos de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación esto deriva en una teoría donde los

[97] Yapu M., Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas, 2da edición, PIEB: La Paz: 2006.

datos están muy relacionados entre sí, entonces la teoría surge producto de la interacción de estos datos, analizados de manera científica y que serán un reflejo más preciso de la realidad que se está estudiando. [98]

8.3. Técnicas de investigación

La técnica utilizada es la entrevista semiestructurada, esta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado), en la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto al tema a investigar, es semiestructrada por que se basa en una guía de preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obter.er mayor información sobre los temas deseados. [99]

8.4. Población

8.4.1. Dimensiones y categorías

El trabajo se desarrolló en el segundo semestre de la gestión 2013, realizando procesos de identificación de la problemática y los recolección de elementos teóricos y empíricos que lo sustentan, además de realiza el diseño metodológico. Durante el primer trimestre de la gestión 2014 se aplica los métodos y técnicas priorizadas, una vez obtenidas se procesa y se sistematiza la información recolectada. Estos pasos se basan en criterios de aproximaciones sucesivas en torno a la problemática bajo la metodología cualitativa.

Las dimensiones tomadas son percepciones sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud, Integralidad en salud en atención, promoción y prevención de la salud de la persona, familia y comunidad, Interculturalidad en salud como características principales para comprender la dimensión intercultural de las políticas de salud, atención integral intercultural. Estas se obtendrán de entrevistas semiestruturadas al personal médico

[98] Yapu M., Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas, 2da edición, PIEB: La Paz: 2006.
[99] Hernandez Sampieri R., Metodologia de la investigación, 5ta edición: Mc Graw Hill: México: 2010.

de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, los cuales son un universo de 186 médicos en total, por ser una investigación cualitativa se tomara solo 10 médicos cuya selección parte de un muestreo es Intencional o de conveniencia.

Debemos tener en cuenta que el interés de la investigación cualitativa en ocasiones se centra en un caso que presenta interés intrínseco para descubrir significado o reflejar realidades múltiples, por lo que la generalización no es un objetivo de la investigación.

Las categorías (propios de la investigación cualitativa) contempladas son percepciones:

- Positiva o negativa a la salud familiar comunitaria intercultural en general
- Integralidad en atención
- Integralidad en promoción
- Integralidad en prevención
- Características principales Interculturalidad en salud
- Acciones de atención integral intercultural

A partir de estas categorías de realizo una codificación abierta, esto debido a que parte del análisis donde se agrupa las piezas de los datos identificados y separados, para crear conexiones entre categorías y temas. Durante esta tarea, se construye un modelo del fenómeno estudiado, que incluye: las condiciones en que ocurre o no ocurre, el contexto en que sucede, las acciones que lo describen y sus consecuencias. [100]

8.4.2. Muestreo

El muestreo utilizado es no probabilísticos, donde no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra. El tipo de muestreo es Intencional o de conveniencia, donde se escogen las unidades a entrevistar siguiendo criterios de conveniencia del investigador y de los objetivos de la investigación (propios de la investigación cualitativa).

[100] Hernandez Sampieri R., Metodologia de la investigación, 5ta edición: Mc Graw Hill: México: 2010.

Se trabajó con un total de diez entrevistas a personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, tomado médicos de las cinco redes de salud (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios), como se indicó esto fue Intencional o de conveniencia, teniendo como criterios mínimos: ser personal médico de planta de un servicio de primer nivel, experiencia en atención primaria de mínimo dos años.

No se incorpora otros actores, como ser a otro tipo de personal del equipo de salud, población, pacientes, autoridades o gestores, debido a la dimensión de la investigación, y la necesidad de tener especificidad de categorías sobre la percepciones del personal médico que no aplicarían a otros actores.

9. Análisis de la información

9.1 Fase analítica

En esta fase de acuerdo a la naturaleza de los datos se busca identificar procesos sociales básicos y darle una interpretación relacionándolos con los referentes teóricos.

Con el objetivo de identificar las características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la salud familiar comunitaria intercultural en personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, para la presente investigación se analizara cuatro aspectos generales.

Primero la percepción general sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud, segundo lo que el personal médico de entiende por Integralidad en salud en atención, promoción y prevención de la salud de la persona, familia y comunidad, en tercero lo que el personal médico entiende por Interculturalidad en salud como características principales para comprender la dimensión intercultural de las políticas de salud, y finalmente como cuarto que se entiende por prestar atención integral intercultural a partir de su rol como personal médico de primer nivel de atención.

PERCEPCIÓN GENERAL SOBRE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL COMO POLÍTICA DE SALUD.

En el entendido que la SAFCI se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, en base a sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.[101] La percepción general sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud de los médicos entrevistados, es en su mayoría positiva con sus diferencias en sus planteamientos, es un caso se manifiesta de forma abierta el desacuerdo, sin embargo el objetivo de la investigación con es cuantificar la aceptación, si no el cualificar esta percepciones. Sobre este punto los entrevistados manifestaron lo siguiente:

> *Yo pienso que es una buena política, pero hay que estudiarla, tener un poco más de conocimiento, tanto el personal como también los pacientes para que así tengamos una mejor interpretación de este programa (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés).*

> *La salud ahora la quieren poner de forma integral abarcando con la integración de los médicos SAFCI (estrategia de salud de formación de especialidad en el sistema nacional de residencias medica)…, bueno ellos colaboran yendo casa por casa, cosa que antes no podíamos hacerlo porque teníamos mucha afluencia (de pacientes) acá y solamente hay un médico en la mañana y un médico en la tarde lo cual no nos permitía salir a comunidad (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés).*

> *Es una política, yo pienso que es una política buena que si se aplica en el hecho de la participación de la comunidad, de poder*

[101] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 171: 3ª. Edición: La Paz: Victoria: 2011.

entender sus creencias y su participación más que todo en las decisiones de salud, me parece una buena política implementada por el gobierno sin embargo lo que falta dentro de la política SAFCI es por ejemplo el conocimiento y la formación, más que todo su difusión desde el punto de vista de los médicos que trabajamos en el sistema, porque después de muchos años de haber trabajado, hemos tenido muchos cursos de actualización en diferentes áreas pero sin embargo el SAFCI no hemos tenido cursos, que realmente puedan colmar las expectativas de los profesionales para incluso enfocar mucho mejor lo que es la política, esa política del gobierno (C.S. 3 de Mayo – Red Corea).

Hemos tratado de integrarlo, no bien al tanto… estamos tratando de conjuncionar y trabajar con los movimientos sociales, los llamamos siempre, participamos de sus reuniones los traemos a nosotros… y en si nos hemos visto imposibilitados de salir e ir a la comunidad como debería ser no y estamos esperando a que vengan los pacientes al centro de salud (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes).

La política SAFCI, en algunos es integradora, en algunas es disgregadora, porque hay mala interpretación sobre lo que es el control social, yo trabajaba antes en Laja y he ganado recién este ítem en San Roque, entonces ahí yo veo la misma forma de pensar de los pobladores, porque ellos piensan que control social es controlar el horario, controlar si come, no come, si se para, si sale, cuando su función es otra, es apoyar más en la gestión, poder conseguir más cosas para su propio centro, porque nosotros somos pasajeros no nos vamos a quedar ahí, como ahora ha pasado en mi caso, yo me vine de Laja a San Roque (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios).

En el área rural lo que es SAFCI, en lo que es la parte de gestión de control social, es donde más se ha progresado y ha sido de mucho beneficio para mí en especial, porque si nos han colaborado, ya no nos sentimos tan solos la parte medica en relación con los municipios, ya tenemos el apoyo de lo que es la parte social, el control social, y lo que son las autoridades locales de salud, comités, consejos y demás entonces si se han podido lograr cosas en menor tiempo, en relación cuando no había, con eso ha copado lo que es la SAFCI, a mí me ha parecido de esa parte bien , la parte de atención y demás que hemos dicho, ahí un poquito que estamos en desacuerdo, le puedo decir es como dar un paso atrás, yo le hablo de un municipio donde no había educación en salud, entonces estaba muy mal educada la población y a mí me ha costado un año y cuatro meses más o menos hacer trabajo de hormiga, para educar en salud, entonces yo a mi población ya la había educado allá, estábamos bien, esto del SAFCI un poquito que lo han malentendido de parte de las autoridades, porque no creo que sea el fin eso de atender siempre en domicilio, yo le pongo el ejemplo de que en mi municipio el 95% se vacunaba en domicilio, en visitas domiciliarias, no acudía la población al centro de salud, entonces eso demora un poco más la atención y solamente se da a una población reducida, era todo un día que uno se sentaba en el consultorio y no había pacientes, porque nunca venían, porque no estaban acostumbrados a venir a un centro de salud, se hizo lo que es comunidad, salimos a comunidad, ahí si todos nos esperaron, entonces a mí no me convence mucho, porque yo lo plasmo aquí en el área urbana es más difícil, no se puede ir casa por casa, si o si la gente tiene que estar acostumbrada en ir a un centro de salud, en acudir a un centro, en esa parte yo estoy en

desacuerdo con la SAFCI, en lo que es la visita domiciliaria, y hemos hecho así como le dije, hemos educado, estábamos bien, apareció la SAFCI, la hemos implementado y nos decían visita domiciliaria, entonces es como retroceder porque quiérase o no evidentemente hay población con discapacidades que no pueden venir ahí si se podría ir a visita domiciliaria, … , lo que a mí me ha servido es la parte social, el control social, la parte de gestión, de hacerles conocer sus prioridades, de hacerles conocer sus determinantes en salud y ya no me sentía tan sola allá, les decía, "mira esto está fallando, por esto, por esto" , la gente se convencía y ellos mismos iban a presionar a la alcaldía, … , trabajar con gente no es tan fácil, entonces no es fácil, pero en un año se ha logrado cosas que en cuatro años no habíamos podido insistiéndole al alcalde no, pero con eso del control social si se han hecho muchas cosas, entonces esa parte si es muy buena y me parece lo bueno que es de la SAFCI (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios).

Es un bien necesario dado que los lugares donde no podemos llegar son los lugares más beneficiados con esta nueva política y además el hecho de comenzar a interactuar con personeros que practican la medicina natural, que anteriormente eran excluidos pese a que siempre ha estado presente y ahora nos da la facilidad de que podamos conocer con ellos de que hay tratamientos naturales que también funcionan, … , en relación a las juntas … ellos quieren recibir que es una atención oportuna en el momento, … pero hay mucho que falta hacer todavía si bien el tema de recursos humanos en el área es deficiente … (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios).

Yo no estoy de acuerdo con la política SAFCI porque es una

copia fiel de Cuba y siempre lo he dicho pero como soy empleado público, la tengo que hacer, eso es lo que yo pienso de la política SAFCI he leído algo estoy queriendo hacer un curso para enterarme más, porque según los comentarios que tuve con los médicos cubanos es una copia fiel de Cuba y al final ni siquiera la hemos copiado bien, porque Cuba antes de implementar el modelo SAFCI ha tenido que pasar casi unos 15 o 10 años, ha tenido que hacer los servicios básicos ósea como alcantarillado, agua potable y de esa manera recién se implementó el SAFCI, de esa manera les va bien a los cubanos porque los cubanos son capos en salud pública ósea desde ese punto de vista personal, no estoy muy de acuerdo con la política SAFCI, que como soy empleado público la tengo que obedecer y la tengo que implementar … (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios).

En todo este tiempo en que se ha implementado esta política creo que tiene muchas deficiencias, … , infraestructura no es la adecuada, los recursos humanos son escasos, no es tampoco el adecuado y no se tiene el equipamiento ni los instrumentos necesarios y hay también deficiencias en lo que es medicamentos e insumos, he podido ver que no hay un apoyo adecuado de las alcaldías, se les pide materiales de todas las deficiencias que tenemos pero no nos hacen llegar y si nos hacen llegar nos hacen llegar a destiempo y el material que nos dan no son de calidad, los instrumentos que nos dan y que compran no son de calidad duran un tiempo y después se desechan (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios).

La concepción de esta política es importante, nos ayuda a reflexionar sobre nuestra participación en salud, como personal

mismo e integrarnos a la comunidad, pero ya la política lanzada es un poco difícil aplicarla porque tenemos limitaciones, por ejemplo en una maternidad ya se hizo la experiencia del parto que es intercultural ¿no es cierto?, pero hay limitantes por ejemplo inclusive en la misma población, … , en Senkata estaba una ONG que estaba apoyando con lo del parto intercultural y teníamos dos salas, se les ofrecía a las pacientes, algunos médicos les ofrecían una sala u otra sala, y el mismo paciente decía que no quería que prefería en su casa, … , la sala de parto intercultural (dentro del establecimiento de salud) era una cama una colchoneta especial y se podía atender perfectamente ahí también o en la convencional que teníamos (sala de partos con camilla ginecológica), pero algunas pacientes preferían la convencional que por eso habían venido para que les atiendan como a los demás, ese era el detalle en cambio otras personas preferían estar en la cama (sala de parto intercultural) así querían y se les atendía pero eso ya posteriormente ya no funciono, porque el mismo personal, ya tuvimos por ejemplo problemas de infecciones, tuvimos bastantes el problemas (complicaciones del parto) con infecciones a la semana, entonces ya el personal como ya no hubo tanta propaganda o tanto incentivo de incentivar ese parto … se dejó a un lado y solamente continuamos con el parto convencional, … , hay una sala convencional actualmente después de la ampliación en el centro, entonces ya no se puede ofrecer eso (sala de parto intercultural), algunas cosas quedaron de positivo, por ejemplo la entrega de la placenta a las pacientes, … , entonces yo creo que esto de interculturalidad y entender sus costumbres es importante, … , a pesar de que estamos incrementando la cobertura hay bastantes partos domiciliarios que nos siguen llegando retenciones placentarias, … , yo creo que no hay suficiente personal para que

> *vaya casa por casa …, siguen viniendo al centro pidiendo que el médico vaya a domicilio, siguen pidiendo que la ambulancia, bueno llaman la ambulancia y la ambulancia no puede traer al paciente porque no quiere que lo lleven al hospital, sino quiere que se le atienda en su domicilio … la familia dice "no aquí no más atiéndamelo a mí familiar" … "aquí nomas, la placenta sáquela no más aquí", entonces esas son barreras culturales que debe ser todo un proceso informar sobre todo a la comunidad, participar en sus reuniones, en sus asambleas, que es difícil, … (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).*

Si bien es generalmente una percepción positiva, se presenta con frecuencia la necesidad de profundizar su conocimiento de lo que es la Política SAFCI, planteando que esta se realice desde lo formal como son cursos específicos de formación sobre la Política SAFCI, como también de estudiarla desde el punto de vista de los médicos, haciendo notar que esta formación pueda realmente responder a las expectativas de los profesionales.

Dentro de componentes de la SAFCI de atención integral intercultural en salud y la gestión participativa y control social, los entrevistados en su totalidad resaltan de forma positiva:

a) gestión participativa y control social, sobre todo desde sus beneficios con la gestión ante actores sociales y actores institucionales, lo que resulta en coordinación y trabajo conjunto con la población, en lo institucional con el Gobierno Municipal, para el cumplimiento de requerimiento de los servicios de forma oportuna. Sin embargo en lo que se refiere a la atención integral intercultural en salud, es unánime la observación sobre la atención en salud fuera del establecimiento en salud (visita domiciliaria) que es parte esencial del componente de atención de la SAFCI.

Sobre la atención integral intercultural en salud, el desacuerdo sobre la atención en salud fuera del establecimiento en salud (visita domiciliaria), parte de temas estructurales y lógicas de atención en salud.

Dentro de los estructurales están la afluencia de pacientes que acuden a los establecimientos de salud que no permitiría salir a la comunidad y realizar una atención en salud casa por casa, la deficiencia en la asignación recursos humanos con los que cuentan los servicios, además de equipamiento e infraestructura insuficientes, en algún caso se menciona la necesidad de servicios básicos como alcantarillado, agua potable, como parte de una adecuada atención integral intercultural.

En relación a las lógicas de atención refieren que es dar un paso atrás, debido que se promociona que el paciente llegue al establecimiento de salud para la atención en salud, indicando que es resultado del proceso de educar a la población, a lo que la Política SAFCI, hace un cambio de las lógicas de atención, siendo que la atención en salud en la comunidad no tiene el objetivo no solo de ir a buscar a los enfermos a sus casas, es ver con la visita domiciliaria realizar acciones de prevención de la enfermedad, en la identificación de factores de riesgo a la salud. Estas acciones responden en parte a la demanda de la población, ya como lo indica algún entrevistado en los casos de parto, el familiar solicita que el personal de salud acuda a la casa y que la atención se complete en el domicilio, negándose al traslado a un establecimiento de salud.

En las entrevistas realizadas en su generalidad se tiene una aceptación al trabajo con la medicina tradicional, en relación al reconocimiento al uso de plantas y trabajo de las parteras.

Sobre la gestión participativa y control social, es reconocido por los entrevistados los beneficios, como el acercamiento a la población por medio de sus representantes en salud denominado según la SAFCI, estructura social en salud, con esto las diferentes acciones de atención, prevención y promoción con la población se hacen más efectivas. La participación de la población en la gestión de los servicios de salud, hace que este tenga un aliado para hacer efectiva los requerimientos del establecimiento de salud ante el Gobierno Municipal sobre todo por medio de la presión social.

También se encuentra observaciones sobre el control social, en aspectos de delimitar sus funciones, que en algún momento terminan ejerciendo excesiva presión sobre el personal de salud.

Para finalizar, se encuentra la percepción de no sentir propia la Política SAFCI, como personal médico y como actor esencial en el sector salud, indicando que es una política del Gobierno, y en algún caso se indica que como empleado público se tiene que obedecer e implementar. Este aspecto si bien es único en los relatos, es relevante ya que se manifiesta como un potencial obstáculo a la implementación de la SAFCI, sobre el cual se debe ampliar el análisis en un futuro, identificando esta como una categoría a estudiar.

LO QUE EL PERSONAL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ENTIENDE POR INTEGRALIDAD EN SALUD EN ATENCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD.

La integralidad en la SAFCI, es entendida como 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, y esta se desarrolla en los procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades. [102]

Es así que la percepción cualitativa de integralidad del personal médico de primer nivel de atención se obtiene a partir del entendimiento de Integralidad desde la atención, promoción y prevención de la salud por separado. Si bien la una acción en salud es integral por hacer de la atención, promoción y prevención una sola con la persona, familia y comunidad, es pertinente el diferenciarlo para establecer las diferencias cualitativas que le da el personal médico.

Sobre su entender que es Integralidad en salud en atención de la persona, familia y comunidad, los entrevistados manifestaron lo siguiente:

> *Es integrarse en la misma comunidad, tanto el médico como el personal paramédico y hacer una mejor atención a la comunidad (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés).*

[102] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

Para mí como médico general, toma varios aspectos, desde la atención no solamente en salud sino social, psicológica y el buen vivir… se les puede ayudar con los diferentes profesionales como hay acá en nutrición, en planificación (planificación familiar), después vienen también una vez o dos veces al mes la trabajadora social (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés).

Es que tienes que atender a la persona desde diferentes ámbitos no solamente el ámbito de la parte física sino también tendría que entrar ahí de la parte psicológica, un poco adentrarnos… a lo que es la familia misma en la misma comunidad,… desde mi punto de vista biopsicosocial … (C.S. 3 de Mayo – Red Corea).

Trabajar en uno, en todos no,… con los grupos, los movimientos sociales, el personal de salud y las autoridades, la comunidad también, la familia,…, visitarle y trabajar en el medio donde ellos también viven (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes).

Es ver tanto al paciente, a la familia y a su entorno,…, ahora nosotros muchas veces por la carga de pacientes que existen no se puede hacer en la consulta, pero yo trato de hacer en la consulta, pregunto siempre como está el otro, …, no solo es el cuerpo también es el alma (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios).

Es ver a la persona en la parte biopsicosocial y cultural también, es no solo ver la parte de la enfermedad, la parte clínica, no solamente eso, porque por la parte técnica, se entiende que por algo está enfermo, hay un agente causal que es biologista que

decimos y hay también la parte social donde entra su vivienda y determinantes de salud y entonces cuando nosotros hablamos de una atención integral hay que ver todos esos aspectos, la parte clínica, la parte cultural, la familia, la comunidad, relaciones, tantas cosas, no solamente la causa, por decirle si tiene diarrea, de la diarrea nada más, tenemos que ver porque tiene diarrea, tal vez no tenga agua potable, … , no solamente ver el síntoma, ver la parte física, social, toda la parte integral, la parte individual, familiar, comunitaria, la causa de la enfermedad, los agentes causales, los determinantes … (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios).

Lo que se ve en el trabajo mismo es hacer que el paciente enfermo al llegar a un establecimiento sea recibido por el personal de misión sea llevado al personal de enfermería, sea atendido y que posteriormente este paciente al llegar a su casa o domicilio haga el tratamiento y por intermedio de lo que es el trabajo entre la comunidad y el centro hacemos una integración de un tratamiento integral al paciente (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios).

Para mi es que sea integral, sea toda la familia, como el SAFCI lo dice hacer las carpetas familiares (instrumento de registro las condiciones de vida y riesgos a la salud) de y todo esto no,… (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios).
Es ver todo el paciente en si tanto la parte física como la parte mental, sus conocimientos, su percepción religiosa, su percepción del medio ambiente, entonces al paciente hay que analizarlo desde ese punto de vista integral al menos eso creo que es integralidad (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios).

Bueno en la atención, lo que uno debería de hacer es ver sus diferentes factores, primero la causa por la que ha venido, la enfermedad que le aqueja a la persona … al mismo tiempo tenemos que ver por ejemplo de que grupo familiar viene, cuenta con padres, madres, es hijo de madre soltera, su factor económico, …, uno quiere digamos hacerle su laboratorio básico, informar pero esa barrera del idioma para explicar a la paciente o de su tiempo o su imposibilidad ahí nos da esa limitante, por ejemplo en la atención integral a una mujer embarazada tendríamos que hacerle un control odontológico también, pero nos vemos limitados porque la consulta odontológica esta llenísima, entonces ya se pasa a veces por alto, …, entonces esa forma integral debería uno ver desde el adolescente, ver sus necesidades, darle más orientación a un adolescente…, a veces inclusive esto es muy común, los niños de seguro escolar vienen solitos con su carnet de seguro escolar y papá y mamá no vienen, y eso porque viven a dos, tres cuadras les envían para que les revise el dentista, odontólogo o porque se han resfriado y "mi mamá me ha dicho que venga", cuando ves no hay ningún responsable al que tú le puedas explicar, … entonces ese tipo de factores impiden a que la atención sea totalmente integral como nosotros quisiéramos en todos sus aspectos en salud (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).

En la Integralidad en la atención en salud, el personal entrevistado en general entiende, como el ver al paciente ir mas halla de la enfermedad que lo trae al servicio de salud, en algunos de casos ya no lo denomina paciente, se lo denomina persona, es pertinente analizar este cambio de denominación, a que en nuestros servicios de salud de El Alto al igual que en otros lugares del país sobre todo ciudades es común el identificar como paciente a la persona que acude al establecimiento.

A partir de esta consideración es que se identifica por parte de los entrevistados aspectos a considerar más allá de la enfermedad o lo biológico, como es lo social, psicológico, cultural, mental, conocimientos, religión, su percepción del medio ambiente, y en más de una entrevista se menciona el buen vivir. Se identifica como medios con los actualmente se cuenta la atención multidisciplinaria con los que cuentan algunos servicios, destacando el trabajo de los profesionales y técnicos en nutrición y trabajadora social, como apoyo a la atención médica dentro el tratamiento integral al paciente.

Dentro del entendimiento de la Integralidad en salud en atención, se identifica el trabajo conjunto con los movimientos sociales, el personal de salud, las autoridades y la comunidad para un tratamiento integral al paciente.

Los entrevistados consideran limitantes de los servicios de salud, en recursos humanos, financieros, equipamiento e infraestructura, como factores impiden a que la atención sea totalmente integral.

Sobre su entender que es Integralidad en salud en promoción de la persona, familia y comunidad, los entrevistados manifestaron lo siguiente:

> *Yo pienso que está habiendo promoción y se puede ver en los medios de comunicación, tanto en la tele como en la radio, hay comunicación sobre lo que es salud sobre todos los diferentes programas como la tuberculosis, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, entonces hay propaganda como se diría (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés).*

> *Se trata de integrar varios aspectos, por ejemplo tenemos a las COLOSAS (comité local de salud es una instancia de la estructura social en salud según la SAFCI), que tratamos nosotros de socializar con ellas, que necesidades tiene su población y el área donde estamos y ellas colaboran, se llevan*

bien con el personal y siempre están viendo que necesidades tienen, en todo aspecto, no solamente en salud, … ellas también participan en las charlas que se les da, en todas las enfermedades que se les puede orientar a los pacientes y a la comunidad (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés).

Yo creo que más enfoca a promocionar la salud desde el punto de vista de prevenir precisamente las enfermedades, pero ya yendo precisamente a la familia como tal por eso se han formado precisamente lo que es la actividad SAFCI en la comunidad y en las casas, yo creo que es una de las cosas en la comunidad y luego en el mismo establecimiento de salud en si en todo lo que es el paciente en su entorno (C.S. 3 de Mayo – Red Corea).

En salud, de igual manera, como tenemos varios niveles entonces hacer un equipo, que sea un trabajo horizontal ósea que no haya superiores ni inferiores y todos trabajemos unidos a un solo fin (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes).

En la promoción es dar a conocer todos los servicios que presta y lo que puede conseguir en el centro de salud, puede ser, educación, porque no todos estamos bien informados y no todos tenemos la capacidad de aprender todo, entonces en salud decimos que tenemos atención a los niños, a los adolescentes, a los ancianos, todos, porque también hay un desconocimiento del SPAM… (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios).

Como promoción, nosotros estamos promoviendo lo que es el vivir bien, ahí radica la raíz de todo esto, entonces promocionamos la salud en relación de prevenir las

enfermedades, promocionamos en un centro de salud, diciendo que hay actividades y lo hacemos para no llegar a la parte curativa, de tratamiento y demás si no antes de llegar a la mayor complejidad de la enfermedad, nosotros actuamos en eso, lo hacemos a través de la promoción de los servicios de salud, a través de la promoción de las diferentes atenciones, los seguros, en eso prácticamente, promocionamos el vivir bien (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios).

Bueno, es integrar todos los saberes en el campo médico, en el campo de medicina tradicional, … tratar de integrar los campos necesarios para resolver un problema a una determinada enfermedad, como ser promoción, educación, comunicación, con instrumentos (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios).

La promoción, tratar de promocionar tratar de decirle a la gente, porque hay gente por ejemplo en cooperativa que viviendo en bajo Milluni, hasta que hicimos construir un edificio amarillo ahora que es bien clarito, "¿conoces el centro de salud?, no" y mire tantos años, "¿cuántos años vives aquí?, vivo desde que he nacido", entonces no sabía que tenía un centro de salud y promocionar, todos los programas que tenemos, tratar de explicar a la gente que es lo que hacemos nosotros, que es lo que queremos, lo que queremos nosotros es que nuestras personas no estén sufriendo de alguna enfermedad, … , porque tampoco es la función nuestra educar, yo creo personalmente que si nuestros gobernantes, solamente con educación y salud automáticamente vamos a cambiar, automáticamente una persona por ejemplo, no le vamos a decir que tiene que tiene que venir a la vacuna basta que en la tele haya una propaganda que

diga que tiene que hacer vacunar a los 2,4 y 6 meses automáticamente la persona, por si misma por estar educada va a traer al centro de salud y tratamos de hacer eso …(C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios).

La promoción es decirle al paciente, explicarle cuales son las bondades si se quiere de venir a un centro de salud que beneficios va a tener si acude a un centro de salud a tiempo con la finalidad de prevenir las consecuencias y las enfermedades (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios).

Como promoción, yo entiendo ofrecer los servicios de salud a la comunidad, en una comunidad está la misma persona, la familia, la comunidad, en la parte de salud tenemos algo muy importante en que se ha avanzado mucho que es, que dentro de una junta de vecinos o directiva ya se toma en cuenta a un secretario de salud que antes no había, y el mismo presidente de la zona se hace cargo de contactar con el centro de salud, pero ahora ya en todas las juntas hay un secretario de salud, entonces es un puente para realizar esto de la promoción en la comunidad, pero ese mismo puente muchas veces se ve cortado porque dentro de la misma comunidad hasta llega a haber como la "tercera pata" de la mesa porque a veces es más importante la avenida, el alcantarilladlo, el alumbrado público, la salud lo relegan un poquito, (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).

En la Integralidad en salud en promoción, a diferencia de lo que se entiende por promoción en la Política SAFCI que es aquel proceso político de participación y gestión social, cuyo carácter integral e intersectorial permite el abordaje de las determinantes sociales de la salud, en corresponsabilidad con la población organizada, autoridades, el sector salud y otros

sectores[103], los entrevistados en su mayoría establecen el hacer conocer los servicios que ofrecen el centro de salud, y los beneficios que el acudir a este tiene, lo cual no estaría en concordancia con los que define la Política SAFCI, por medio de su normativa y publicaciones oficiales.

Los entrevistados dentro de la integralidad en la promoción, también ven que esta se realiza por medio de la difusión de los programas de salud (como tuberculosis, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, inmunización y otros) en los medios de comunicación masivos, como también charlas sobre temas de salud para promocionar la salud desde el punto de vista de prevenir las enfermedades.

De acuerdo a lo anterior, se tendría un entendimiento de la promoción similar a lo que es prevención, lo cual de acuerdo la base teórica y conceptual de la SAFCI como política, se estaría entendiendo al promoción como un acción hacia las condicionantes de la salud y no así a las determinantes de la salud como lo define la Política SAFCI en su normativa.

Sin embargo en algunas entrevistas también se identifican la integración del trabajo en promoción en salud, a la población, organizaciones sociales y estructura social en salud como son los Comités Locales de Salud (COLOSAS). También se ve la actividad en SAFCI en la comunidad y en las casas, como también el integrar todos los saberes en el campo médico con el campo de la medicina tradicional.

Sobre su entender que es Integralidad en salud en prevención de la persona, familia y comunidad, los entrevistados manifestaron lo siguiente:

> *De acuerdo a mi experiencia, yo le digo que hay prevención, porque cuando yo empecé a trabajar había muchos casos de EDAS, IRAS y también enfermedades propias de la niñez, las enfermedades actualmente ya no se ve con la misma intensidad que antes se veía, por ejemplo antes nosotros en una consulta*

[103] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

por lo menos atendíamos unos 4, 5 casos de EDAS, pero ahora ya no, … , entonces yo pienso que se está haciendo una prevención de salud, esto no es a largo plazo, mas ha sido a mediano plazo, porque como le decía yo estoy 15 años en el sistema, pero ha bajado bastante, tampoco ya se ven casos de Sarampión, cuando yo estaba empezando a trabajar estaban a la orden del día, pero ahora ya no prácticamente se ha erradicado el Sarampión (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés).

Como ya le indicaba, por ejemplo se les hace charlas, como se puede prevenir enfermedades mortales, indicándoles que vacunas tienen que usar, como tiene que ser su nutrición de estos niños, como tiene que ser la atención a las embarazadas, para que se les da los micronutrientes explicándoles para que sirve cada uno de esos micronutrientes y como tienen que planificar su vida, cuántos hijos deben tener de acuerdo al ingreso que tienen y como se pueden beneficiar ellas (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés).

Es precisamente difundir tanto a la familia y al mismo paciente a su familia y a su entorno las prestaciones que tenemos nosotros como institución en cuanto a la prevención precisamente enseñarle al paciente y a su familia las diferentes formas de prevenir la enfermedad, ya sea desde el punto de vista de los niños, adultos porque hay diferentes formas de prevenir las enfermedades inclusive dependiendo de las edades, entonces yo pienso que prevención es eso no, prevención integral y siempre tomando en cuenta esos aspectos no solamente el físico sino el mismo aspecto psicológico el bienestar de la familia si hay problemas en la familia entonces tenemos que ver cómo prevenir si el esposo, ahí tenemos una cosa grande, porque si tenemos

un esposo que no tiene trabajo entonces ahí va a haber incluso maltrato va a haber una serie de problemas ¿cómo podemos prevenir eso? y darle por ejemplo alguna forma de trabajo a la persona eso es bien difícil para nosotros como personal de salud, pero eso tiene que ser una labor precisamente como su nombre lo dice integral con las autoridades, con los responsables de salud, ministerio y todos en conjunto (C.S. 3 de Mayo – Red Corea).

Bueno, dar orientación, informar para no llegar a curar, ósea prevenir antes de curar impartiendo conocimiento, los conocimientos que nosotros tenemos y de qué manera también recibir los conocimientos que tiene la comunidad o como familia para nosotros también aprender (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes).

En San Roque he visto hasta estos 4 meses, hay mucho embarazo en adolescentes, mucho, demasiado más que en Laja, ya están embarazadas a los 15, 14, 16 y la mayoría son madres solteras, me parece que o no conocen bien sobre los métodos anticonceptivos, porque quizás uno de los problemas son los profesores que dicen que cuando les enseñamos, les estamos enseñando a tener más relaciones sexuales, esa es la forma de pensar porque también los papás les dicen eso, entonces tienen que cuidar su trabajo, ahora en tratar de indagar más sobre eso tendríamos que ver, prevención es evitar que las jovencitas lleguen a embarazarse tan jóvenes, porque a partir de los 14, 15 años y con un bebe aparte que el bono no les reconoce que son adultos, es una limitante también (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios).

Para prevenir en cuanto salud, ahí interviene los determinantes de salud con el uso de las carpetas familiares, que hemos visto entonces ya tenemos una clasificación de acuerdo a los riesgos y podemos prevenir como un perfil epidemiológico nosotros agarramos y vemos, que familia, que persona, comunidad necesita mayor atención o vemos que ya tiene los riesgos y puede avanzar a complicarlos, nosotros estamos para solucionarlos en esa forma prevenimos antes de que se complique más (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios).

Ampliar nuestros conocimientos desde la comunidad, más que todo a las personas que están más metidas al área de la salud con otros sectores de salud de integrarles a nuestras capacitaciones o viceversa que en los establecimientos les eduquen a ellos, en el sentido de las primeras cosas necesarias que deben conocer en cuanto las condiciones que son el estilo de vida, lo que es el medio ambiente, el aseo mismo, cosas generales para que la enfermedad no, se de prevenir antes de que se llegue a la enfermedad (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios).

Prevenir las enfermedades, tratar de que no lleguen a la enfermedad, integral, meternos con todo , con los colegios, pero también ese es un problema, en mi centro cuando yo vine a trabajar había mucho embarazo en jóvenes 14, 15 años, entonces que hacemos con el personal, vamos a dar charlas a las promociones y como nuestra zona no está todavía educada, por los padres, hablábamos de pene, vagina con los de la prepromo y la promo y viene un día un padre a quererme pegar, "le había hablado a mi hija de pene, de vagina", entonces ahí uno se siente mal, dice para que me he metido a esto, … (C.S.

Cooperativa – Red Lotes y Servicios).

Creo que prevenir, no solo es prevenir la enfermedad como tal para prevenir también hay que darle medios, como por ejemplo agua potable, darle baño, alcantarillado y educación en cuestión de salud (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios).

En prevención tenemos que trabajar básicamente en persona, familia, comunidad, pero en lo que más trabajamos en el centro de salud es en la madre y el niño, en el niño en prevenir sus enfermedades con su esquema de vacunación, es la actividad básicamente del personal que ya sea en servicio o en comunidad con campañas es la que realizamos y también estamos limitadas para poder hacer actividad en comunidad por ejemplo, el horario, los tiempos, las salidas, y el que a veces tu tengas todas las ganas de salir pero te den con la puerta, … (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).

En la Integralidad en salud en prevención, de forma general los entrevistados, entiende que la acciones en prevención integral en salud parte de la educación en salud, tenido como su fin en evitar las enfermedades, a diferencia de los resultados de lo que se entiende por integralidad en la promoción, se identifica en su adecuada dimensión de la Integralidad en prevención como la acción hacia la condicionantes de la enfermedad.

Es así que se reconoce los resultados de los procesos de socialización (cursos, charlas, campañas de salud), como también los espacios de difusión para informar sobre diferentes temas de salud, sobre todo en lo referente a vacunas, materno infantil, salud sexual y reproductiva, como también prestaciones de los servicios de salud.

LO QUE EL PERSONAL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ENTIENDE POR INTERCULTURALIDAD EN SALUD COMO CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES PARA COMPRENDER LA DIMENSIÓN INTERCULTURAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.

Según la actual Política de salud refiere sobre interculturalidad como, la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas, horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud[104].

De acuerdo a esto para establecer lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Interculturalidad en salud como características principales para comprender la dimensión intercultural de las políticas de salud, se inicia con una aproximación de los que se entiende por Interculturalidad en salud, posteriormente establecer la percepción de las principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud.

Sobre su entender qué entiende por Interculturalidad en salud, los entrevistados indicaron lo siguiente:

> *La interculturalidad seria que se tenga que atender a todo paciente ya sea de todo rango social, cualquier idioma, cualquier color, ósea que todos tengan el mismo nivel de atención (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés).*

> *Interculturalidad en salud, es que un médico se adapte a las costumbres que tiene nuestro paciente o cada paciente que viene, generalmente los pacientes que tenemos aquí, vienen de comunidades, vienen del interior no siempre son citadinos y vienen con diferentes creencias, costumbres que nosotros no podemos invadir, ni agredirles, entonces tenemos que adaptarnos a ellos para que ellos no se sientan mal en la*

[104] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

atención, por ejemplo ellos tienen la creencia de que si les sacamos sangre les estamos quitando algo de ellos y siempre preguntarles no, ¿puedo hacerle el Papanicolaou? Y para que les sirviera el Papanicolaou, que les sirve para prevenir el cáncer y si le sacamos sangre, para que le estamos sacando, que enfermedades puedo encontrar y cosas así, tenemos que adaptarnos a ellos más que todo (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés).

Yo creo que la interculturalidad se refiere fundamentalmente a entender las diferentes formas de pensar que tienen las culturas como en la salud y poder entender y acoplar a nuestra medicina que es más científica, entonces es esa unión que plantean las nuevas normas de la medicina occidental o científica y la medicina tradicional ahí es donde yo entiendo la interculturalidad poder entender precisamente a las personas desde esa visión que ellos tienen, no, de ver la medicina, por ejemplo los mandiles blancos para ellos es "muerte" y poder entender esos conceptos para poder orientar y poder encaminar la salud por un buen camino (C.S. 3 de Mayo – Red Corea).

Somos diferentes culturas, diferentes personas e integrar los conocimientos de uno con los de otros para lograr un objetivo final en beneficio de todos (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes).

Es la integración entre la medicina tradicional y la medicina convencional la que nosotros hacemos, pero no hay mucho, hay un señor que viene, Félix huanca creo que se llama, es el que viene a dar charlas en aymara por ejemplo en el centro de salud San Roque es el único, no conozco otro, ahora tendríamos que

conocer más acerca de ellos una vez me han mostrado a un señor que para afuera del centro dice que es partero, pero nunca ha entrado, pero habla con las pacientes "por si acaso yo le puedo venir a atender", creo no, yo no sé cómo lo vi de lejos, me dijeron ese señor, entonces yo creo que tenemos que hablar entre ellos y nosotros para tratar de atender … (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios).

Respetar las costumbres de cada paciente, de cada persona que acude, no necesariamente es decirle lo que nosotros pensamos o como es la parte de la enfermedad también ellos dicen de que es el ajayu, el kari kari y demás y ellos creen en esa parte y bien para nosotros puede ser eso una tuberculosis, entonces esa parte hay que respetarla, es un intercambio de los saberes que tenemos entre ellos y ellos conocen esa enfermedad por alguna causa y nosotros por otra, entonces hay que explicarle a veces no es ni lo uno ni lo otro porque nosotros como médicos sabemos el agente causal y ellos también de acuerdo a sus culturas saben que es por una determinada causa, entonces es tratar de equilibrar o hacerles entender de porque son las cosas pero siempre respetando lo que ellos creen y lo que ellos dicen (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios).

En salud es, nosotros acá tenemos una cultura de salud porque hemos estudiado, pero llega la otra cultura que es lo empírico que es la medicina tradicional y actualmente están espiando inclusive ese tipo de medicina, es unificar todos los tipos de medicina que hay en las diferentes culturas, unificar y tal vez llegado el momento de tal vez ganar experiencia sobre la sabiduría más grande de una región para apoyar a otras áreas para ayudarlas (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red

Lotes y Servicios).

Que tenemos varias culturas como los aymaras, los quechuas, en otros departamentos hay otras tribus o no sé cómo llamarlas, …(C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios).

Creo que cada ser humano tenemos nuestra formación, nuestra educación, también hemos heredado, las costumbres, el idioma, de nuestros papás no es cierto, los aymaras por ejemplo tienen sus propias costumbres su propia cultura, su propia forma de ver la vida, de ver la salud, su formación en la prevención de enfermedades es diferente a la que nosotros tenemos, como nosotros lo llamamos, aplicamos la medicina occidental, entonces interculturalidad, sería el respeto mutuo que nosotros debemos tener, tanto de medico a paciente y de paciente a medico (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios).

El personal de salud debería involucrarse y respetar primero sus costumbres y tratar de que su trabajo como personal de salud no se imponga ante sus costumbres y bueno ya ha habido varias experiencias … han tenido sus pros y sus contras, o por ejemplo esto de interculturalidad lo entiendo de que el personal tiene que aceptar sus limitantes y que la otra parte la comunidad, comprenda las limitantes también del personal de salud, porque muchas veces la comunidad entiende como interculturalidad, defender sus derechos y hasta exigirlos, …, entonces esos extremos en cuanto a interculturalidad son barreras que siguen existiendo a pesar de la promoción o de todo lo que estamos haciendo en salud (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).

Según los entrevistados los que se entiende por Interculturalidad en salud, en general se encuentra en el marco de lo definen la actual política de salud, evidenciando que se la entiende más allá de la complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud [105] ,como hace referencia el Decreto Supremo Nº 29601 del 2008 , ya que en su proceso de implementación se amplió la definición a la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos- saberes y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas, horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud[106].

De acuerdo lo que se refiere a las entrevistas se entiende como una atención acorde a las diferentes formas de pensar que tienen las culturas, asumiendo que somos de diferentes culturas, diferentes personas e integrar los conocimientos de uno con los de otros por medio del intercambio de los saberes o adaptarse a las costumbres que tiene nuestro paciente.

Si bien este entendimiento de la interculturalidad en salud, tiene alguna limitación conceptual es un avance significativo, debiéndose probablemente al continuo debate de esta temática en diferentes espacios generados en el sector salud previos al inicio de la conceptualización de la SAFCI. En los resultados de las entrevistas se reconoce que de acuerdo a las diferentes culturas existe una determinada causa de la enfermedad, así como los médicos entiende el agente causal de acuerdo a su formación.

Se identifica además la importancia de la integración entre la medicina tradicional y la medicina aprendida en la Facultades de medicina denominada en las entrevistas como convencional. Se reconoce además la importancia del idioma en la Interculturalidad en salud.

[105] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008.
[106] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

Sobre su cuales son las principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud, los entrevistados indicaron lo siguiente:

> *Yo pienso que todo debería ser un trato igualitario para todo paciente sin que haya ningún tipo de discriminación (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés).*

> *Yo veo que ahora ha formado médicos en SAFCI, "mi salud" los jóvenes que van casa por casa, parece que les han capacitado para que puedan ellos detectar cierto tipo de costumbres, cuales cosas les perjudica y les beneficia, por ejemplo antes había mucho rechazo en la atención del parto y muchas de ellas no acudían pero tenían un parto peligroso, no siempre es un parto normal, que se les instruye para que puedan acudir y como se pueden beneficiar y como pueden preservar su vida y la vida del niño, para que son las vacunas, yo veo que están preparados ellos (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés).*

> *Bueno la interculturalidad sus características serian primero en tomar en cuenta el punto de vista que tiene la comunidad frente a la salud, poder organizar juntos y tomar decisiones respecto al manejo mismo de la institución para guiarla a un destino, tercero esta todo esto que es la organización con las autoridades, elegir un representante de salud dentro de la comunidad para que sea la voz de los pacientes que vienen al centro de salud en este caso, entonces esos aspectos que incluye la política SAFCI (C.S. 3 de Mayo – Red Corea).*

> *Una característica seria que tengamos acceso a diferentes culturas, otra característica, el lenguaje, ósea conozcamos el*

lenguaje (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes).

La cosmovisión están viendo, ven como es su pensar el alaxpacha, ankapacha, manquapacha, por ejemplo yo sé un poquito más porque yo hago música, yo hago música autóctona y en música autóctona se tienen ya establecidos los tiempos que instrumentos se tiene que tocar en cada época, por ejemplo ahora es épocas de lluvia, se toca, tarkas, pinquillos, moseños, más que otras cosas, en cambio cuando es la época de vientos se toca, sikus, italaques, kantus, es diferente por eso es que entiendo un poco más de eso, y ahora en salud hay que ver mucho, porque sigue habiendo tabús y estamos viendo como rivales a los de medicina tradicional cuando deberían ser nuestros aliados, en Laja por lo menos yo tenía una señora que se llamaba Carlota ella era la partera ella me decía "Doctora yo he atendido este parto y así ha sido", entonces yo le daba un cuadernito y ahí ella registraba, bueno ella no sabía escribir, pero se lo registraba, me decía "doctora, este parto ha sido en tal fecha, ¿ha venido a vacunarse?", y le preguntaba ¿de qué comunidad es?, entonces buscaba y aquí hace falta (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios).

Respetar sus costumbres, lo que creen, no contradiciéndoles o negándoles y no hacerles caso en esa parte en cuanto a salud, y de acuerdo a eso nosotros podemos explicarle… , nosotros podemos apoyar en esa parte diciéndole de que si es una herida cerrada y si no hay cortes se puede hacer eso, respetando esa parte, pero no así si es una herida abierta, entonces en esa parte entendería yo más que todo sus actitudes, en esa parte (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios).

Por la nueva ley que han sacado de no racismo han logrado que por lo menos las etnias que no eran antes reconocidas salgan a flor y que por intermedio de esas etnias han logrado de que se pluralice la población, entonces esto nos ha conllevado a que salgan de estas ciertas características que se tienen que tomar en cuenta para apoyar en la atención a una respectiva área basada en la parte normativa del ministerio (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios).

Eso mismo está queriendo hacer el SAFCI, está queriendo meterse a formar los COLOSAS, eso también es difícil, nosotros hemos tratado de involucrarlos a todos yo he tratado de hacer eso porque bueno la política dice así, hay que ayudar a los COLOSAS, el secretario de salud, pero muchas veces los COLOSAS no están bien preparados, si hay algunos que están preparados que pueden hacer la gestión,… entonces tenemos tantas culturas, pero yo creo que falta educación, … (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios).

Lo que es interculturalidad en sí, lo que es intersectorialidad, lo que es integralidad y lo que es la participación comunitaria en la toma de decisiones (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios).

Su marco teórico son cuatro principales intersectorialidad, integralidad, interculturalidad y participación social estas con la , prevención, promoción…, cuatro pilares fundamentales de la política que yo creo que como personal de salud hemos intentado siempre estar dentro de eso y ahora como la política SAFCI está tan de moda, se diría que tiene que haber ese respeto de la

culturalidad, de integrarnos de tratar de comprender a la comunidad, pero no ha sido así (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).

Dentro la percepción sobre las principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud, en el entendido de la incorporación de esta temática intercultural, dentro del marco legal y normativo del Estado Plurinacional de Bolivia, y por ende en el Sector Salud, se tiene consideraciones que van desde el reconocimiento de su marco legal hasta las acciones estratégicas y operativas de su implementación.

Se hace referencia a un trato igualitario para todo paciente, sin que haya ningún tipo de discriminación, como a tomar en cuenta el punto de vista que tiene la comunidad frente a la salud y así poder organizar juntos y tomar decisiones. También se entiende la diversidad sobre la cosmovisión de acuerdo a nuestra plurinacionalidad.

Además de identificar acciones operativa que hacen a su implementación en salud como es la formación de médicos especialistas en SAFCI, la articulación y complementariedad con la medicina tradicional y la conformación de la estructura social en salud como son los comités locales de salud por cada barrio. En alguna referencia se la identifica a la Política SAFCI como una moda, a lo cual hay la necesidad de sumarse para estar acorde al discurso vigente.

LO QUE SE ENTIENDE POR PRESTAR ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL A PARTIR DE SU ROL COMO PERSONAL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el (Malagon G., 2011) desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o

barrio[107], de acuerdo a esto los servicios de salud debe asumir un cambio en su forma atención, centrando su trabajo en la familia, teniendo como espacios no solo el establecimiento de salud, sino también la comunidad o barrio.

Según lo anterior el personal médico de primer nivel de atención, a partir de su contexto local debe determinar que se entiende por prestar atención integral intercultural, ya que de acuerdo a las diferentes realidades de nuestro País, el entendimiento de una atención integral intercultural debe adecuarse.

Sobre este punto los entrevistados manifestaron lo siguiente:

> *De que haya promoción porque ahora se está haciendo promoción, pero que haya más promoción porque a veces es inaudito que por ejemplo venga una paciente y diga "hay aquí había habido un centro de salud y yo no sabía que había un centro de salud" entonces hay muchas personas que todavía no están integradas se podría decir y tampoco tienen conocimiento donde están los centros de salud, que son los centros de salud, pese a que ahora ya tenemos los médicos de "mi salud" que están haciendo una visita domiciliaria, …(C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés).*

> *Muchos años he sido directora, eso era hace un año y medio o dos que ya no soy entonces el problema que yo he tenido como médico director tiene una falla, por ejemplo el médico director, tiene la función de hacer la parte de atención y la parte de administración, entonces no me daba tiempo para la atención y ese era mi problema y en cualquier momento nos llamaban a reunión lo ideal sería que en todo centro de salud siempre haya en el turno de la mañana para acompañar al médico director otro*

[107] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008

médico, para que no haya ese vacío que existe porque de pronto nos llamaban a reunión y de pronto teníamos que dejar, o de pronto nos decían "queremos en media hora esta información ", entonces tenía que dejar de atender para hacer la información…, por ejemplo teníamos que cubrir hasta 30 fichas y ahora como los médicos SAFCI están, entonces ellos un poco ya captan y la gente ya acude a ellos la sobrecarga no es tanta para nosotros, otra propuesta seria que siempre nos capaciten, pero eso de la capacitación también es un problema porque tenemos que dejar la fuente de trabajo y ahí es que se crea malestar en la población (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés).

Lo primero poder coordinar con las autoridades para ir desarrollando la política SAFCI como tal, por ejemplo, se ha pensado en implementar en el caso en que yo trabajo en maternidad, los cuartos que estén adecuados para la parte cultural…, en cuanto para poner en práctica la política misma sino también se tiene que implementar los recursos humanos por ejemplo, capacitar al personal de salud en cuanto a la política misma SAFCI y bueno más que todo eso y también la participación de los médicos en forma activa en capacitaciones que puedan mostrar una mejor orientación para encaminar mejor la política SAFCI (C.S. 3 de Mayo – Red Corea).

Bueno, como médico, siempre he tenido el deseo de salir a comunidad, ir a conocer mi área detenidamente, más o menos como están trabajando los doctores de "mi salud", visitar a las familias, conocer detenidamente toda esa familia, que personas componen, pero el ámbito geográfico es amplio entonces desearíamos que los rebajaran esa población y ese espacio, para nosotros tener conocimiento así dominaríamos todo y ya

haríamos una atención más personalizada, ya conoceríamos a nuestros pacientes ya no nos quedaríamos encerrados en los centros de salud, esperando a que lleguen, porque ese esperar también nos dificulta el conocimiento y podríamos prevenir como en Cuba,…(C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes).

Primero conocer a los que existen en el área y de acuerdo a eso ver si ellos están en la posibilidad de, porque también es un ingreso para ellos, les pagan, pero ver si lo pueden hacer de forma no se ellos quieren que se les retribuya, es un trabajo que requiere retribución económica, pero tal vez hablando podríamos ver la manera de que ellos puedan atender, porque en el SUMI no nos pagan a nosotros por la prestación del parto pero a ellos si les pagan, entonces yo creo que eso hay que trabajar mucho lo económico porque tampoco no pueden estar sin remuneración, sin una recompensa, porque todo trabajo también tiene que ser pagado y para ellos los que hacen es trabajo (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios).

Nos falta equipo siempre se ha hablado sobre lo que es parto humanizado, el parto intercultural y demás, creo que son pocos establecimientos en los que se ha hecho, pero aparte de eso yo creo que es primero el equipamiento, y dos respetar como quiere que se le atienda, como cree el paciente que se le pueda brindar mejor atención según sus costumbres, porque de nada sirve tener un equipo así bien implementado para ser intercultural si nosotros como la parte médica o de salud no respetan como quiere ser atendido en el caso de los partos por decirle (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios).

Bueno en tema de infraestructura es una cuestión a largo plazo pero si lo vemos el tema a corto plazo, es integrar a la sociedad misma todas nuestras debilidades que tenemos en primera instancia porque solo conociendo nuestras debilidades vamos a poder abarcar más medios para llegar a la comunidad con lo que tengamos para poder palear lo necesario pero sin embargo por el hecho de tener en primera instancia por ejemplo en mi área el apoyo de los secretarios de salud ha ayudado bastante en el hecho de implementar el mismo programa del SAFCI, el hecho de interactuar con las juntas, con los secretarios de salud, …, que tengamos no solamente la participación de un personal que tenga el interés de que se implemente este tipo de política en nuestra área si no que tengamos el apoyo de las juntas para que se interactué y podamos llegar a mas (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios).

Un seguro único, como se ha dicho, que todos estén asegurados, no es posible que a una persona por ejemplo la mamá que el SUMI esta hasta los 5 meses no más a partir de los 5 meses ya la señora tiene que comprarse su medicamento… (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios).

Que nos den los medios necesarios, los medios adecuados una buena infraestructura, instrumental adecuado, medicamentos e insumos, una capacitación permanente del personal, que el personal este permanentemente en los lugares que les corresponde, no moverlos mucho, estoy de acuerdo con que debería institucionalizarse los puestos, los cargos del personal de salud periódicamente, incrementar los recursos humanos (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios).

Uno seria el apoyo del personal como le decía, cuando el concejo estaba poniendo personal específico para la comunidad, con áreas bien definidas, han logrado bastante por ejemplo las coberturas de tuberculosis había mejor seguimiento, había mejor captación de sintomáticos en la comunidad eso, ahora con el apoyo de los médicos de mi salud abarcan un área geográfica mucho más amplia yo creo que por eso también se ven limitados, cuando concejo nos apoyaba, no nos apoyaba con toda Senkata, que tiene muchas urbanizaciones, …la otra parte es ver flujos de atención en donde el paciente pueda ser atendido pero fuera más organizado, no es que seamos desorganizados pero la afluencia es tan grande que vienen desde temprano a hacer fila…, el tiempo de espera, digamos todos han llegado a las 7 (a.m) pero uno se atiende a las 9 (a.m.)y otro se atiende a las 12 (p.m.) por el numero correlativo de fichas y en Senkata nos llegan las emergencias, antes no habían ginecólogos, entonces atendían partos y se dilataba más la atención de consulta, ahora que ya hay ginecólogo el parto se atiende en ginecología y uno atiende al recién nacido, es una atención más rápida pero igual se va dilatando un poco la consulta entonces el tiempo, el apoyo específico para el trabajo en comunidad, yo creo que nos ayudaría mucho si tuviéramos ese apoyo aunque es un poco más difícil tener más personal (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).

De acuerdo lo que se refiere a las entrevistas se entiende por prestar atención integral intercultural a partir de su rol como personal médico de primer nivel de atención, en su mayoría hace referencia a contar con el recurso humanos (institucionalizado) necesarios para una adecuada atención integral intercultural, otro de los puntos comunes de la contar con educación permanente sobre la Política SAFCI y su componente de atención, para

adecuada implementación, además de contar con adecuada infraestructura, equipamiento, y financiamiento.

En algún caso se plantea la organización de la atención en los servicios de la población que acude a estos.

En un caso ve la pertinencia de contar con un seguro único como necesidad para contar con una atención integral intercultural.

10. Conclusiones, recomendaciones e implicaciones

De acuerdo los objetivos propuestos para el presente trabajo, se llega a las siguientes conclusiones a modo de aproximaciones, en un entendimiento cualitativo de los resultados no se pretende de ninguna manera llegar a una inferencia sobre el tema, es más una contribución al debate de la Integralidad interculturalidad en la atención en salud por parte del personal médico, en el marco de la actual política de salud.

La percepción general sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud, es en su mayoría positiva, pero con la necesidad de profundizar su conocimiento de que es la Política SAFCI, que esta cuente con el punto de vista de los médicos y este llene las expectativas de los profesionales. Se encuentra la percepción de no sentir propia la Política SAFCI, como personal médico y como actor esencial en el sector salud.

Sobre los componentes de la SAFCI, se tiene una percepción positiva la gestión participativa y control social, sobre todo desde sus beneficios en la gestión de los servicios de salud, pero también se encuentra observaciones sobre el control social, sobre delimitar sus funciones ya que en algún momento terminan ejerciendo excesiva presión sobre el personal de salud.

Se establece que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Integralidad en salud en atención, promoción y prevención de la salud de la persona, familia y comunidad, diferenciándolo en los ámbitos de la atención promoción y prevención. Integralidad en la atención, como el ver al paciente ir mas halla de la enfermedad, como es lo social, psicológico, cultural, mental, conocimientos, religión, su percepción del medio ambiente, y el buen vivir. Dentro de la integralidad en la atención, se identifica el trabajo conjunto con los movimientos sociales, el personal de salud, las autoridades y la comunidad.

Se consideran limitantes de los servicios de salud para la integralidad en la atención, en recursos humanos, financieros, equipamiento e infraestructura, como factores impiden a que la atención sea totalmente integral. Como Integralidad en salud en promoción, en su mayoría establecen el hacer conocer los servicios que ofrecen el centro de salud, y los beneficios que el acudir a este tiene, como también la difusión de los programas de salud en los medios de

comunicación masivos, se tendría un entendimiento de la promoción similar a lo que es prevención, lo cual no está en concordancia con los que define la Política SAFCI.

Se identifica la integración de la población, organizaciones sociales y estructura social en salud (COLOSAS). Como Integralidad en salud en prevención, se entiende que parte de la educación en salud, tenido como su fin en evitar las enfermedades, a diferencia de los resultados de lo que se entiende por integralidad en la promoción, se identifica en su adecuada dimensión de la Integralidad en prevención.

Se establece lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Interculturalidad en salud como características principales para comprender la dimensión intercultural de las políticas de salud, como una atención acorde a las diferentes formas de pensar que tienen las culturas, asumiendo la diferencia de culturas, reconociendo la necesidad de un intercambio de los saberes o adaptarse a las costumbres que tiene nuestro paciente como también la integración entre la medicina tradicional y la medicina académica.

Sobre la percepción sobre las principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud, se tiene el trato igualitario para todo paciente, sin que haya ningún tipo de discriminación, como a tomar en cuenta el punto de vista que tiene la comunidad frente a la salud y así poder organizar juntos y tomar decisiones. Si bien este entendimiento de la interculturalidad en salud, tiene alguna limitación conceptual es un avance significativo y se encuentra en el marco de lo que definen la actual política de salud.

Se determina lo que se entiende por prestar atención integral intercultural a partir de su rol como personal médico de primer nivel de atención, como el contar con el recurso humanos necesarios, contar con educación permanente sobre la Política SAFCI, organización de la atención en los servicios de la población que acude a estos, además de contar con adecuada infraestructura, equipamiento, y financiamiento.

Con los resultados obtenidos, de tiene las siguientes recomendaciones:

Profundizar su conocimiento y debate de la Política SAFCI, involucrando al personal médico operativo, ya que es de importancia el incorporar la visión desde vivencia local.

Se debe socializar las diferencias y formas de articular la atención, promoción y prevención en el marco de la Integralidad en salud.

Para una integralidad en la atención se deben subsanar las limitantes de los servicios de salud en recursos humanos, financieros, equipamiento e infraestructura y organización de la atención en los servicios.

Continuar con el trabajo de incorporar la interculturalidad en salud, en los espacios de debate y formación continua y permanente en salud, propiciando además el intercambio de los saberes entre la medicina tradicional y la medicina académica.

Como recomendaciones para otras investigaciones, está el ampliar la investigación a otros actores del equipo de salud de los establecimientos de salud (Licenciadas en enfermería, odontólogos, auxiliares de enfermería, administrativos y otros), actores sociales en salud, población que se recibe la atención en salud y así poder contrastar las características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la SAFCI con los resultados de esta investigación que solo vio el tema en el personal médico. También el sugerir que se pueda realizar una investigación parecida en los servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención, como en otras realidades urbanas y rurales del País.

Lo que prosigue y lo que debe hacerse posterior a la este trabajo es que a partir de sus resultados se establezca un plan estratégico para iniciar la implementación de la atención integral intercultural en el marco de la SAFCI en los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, con la participación de los actores sociales e instituciones del nivel Municipal, Departamental y Nacional, con la participación activa del personal médico operativo del primer de nivel de atención. En este plan debe elaborare en base a la información cuantitativa con la que se cuenta como también la información cualitativa que aporte este trabajo y otros relacionados a la temática.

Los resultados obtenidos nos dan la respuesta a la pregunta de investigación, debido a que se han identificado diferentes características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la SAFCI en personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, partiendo de una percepción general sobre la SAFCI como política de salud, el entendimiento de la Integralidad en salud en atención, promoción y prevención en la salud de la persona, familia y comunidad, características principales de la Interculturalidad en salud en las políticas de salud, como también el saber que se entiende por prestar atención integral intercultural a partir de su rol como personal médico de primer nivel de atención.

No se tiene una relación de los resultados obtenidos con estudios previos, debido a que no se conoce sobre estudios previos similares o parecidos.

Las limitaciones de la investigación, se encontraron en lo operativo, debido a que el personal médico de los primeros niveles de la Ciudad de El Alto esta con bastante afluencia de pacientes, lo que hace de su tiempo limitado para atender a una entrevista, otro aspecto fue la predisposición de acceder a ser parte de la investigación, debido a que el tema trata de una Política de Salud es vista la entrevista con fines de evaluación de desempeño del personal, para lo cual se realizaron las aclaraciones que no siempre fueron entendidas.

11. Bibliografía

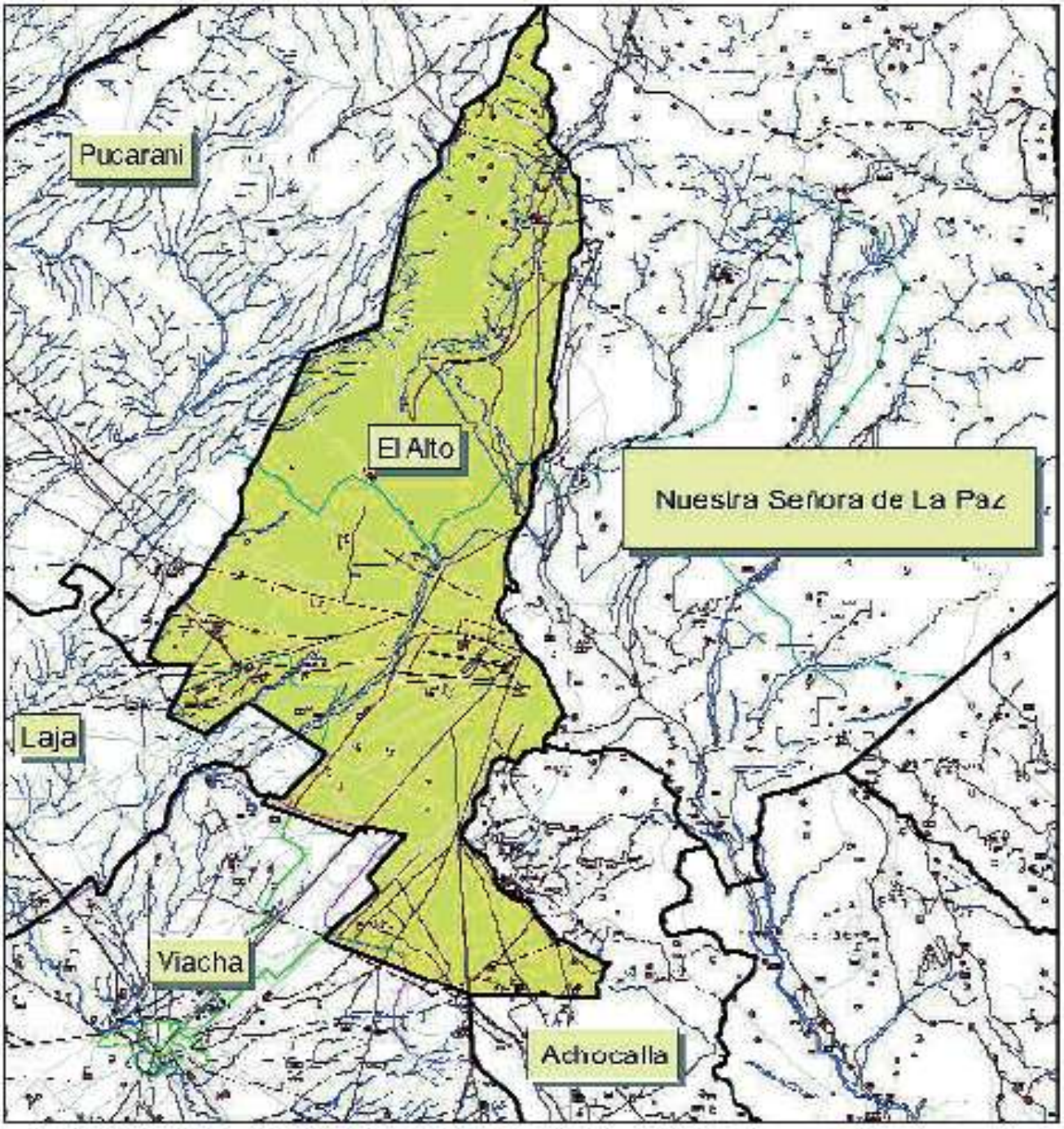
- Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Atlas de El Alto Estudio con información estadística, descriptiva y analítica sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad: El Alto: Sagitario SRL: 2011.
- Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
- Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.
- Enrique L., Interculturalidad, educación y ciudadanía, perspectivas latinoamericanas, La Paz: Plural: 2009.
- Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Curso de educación permanente en la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud: 2a edición: La Paz: San Matías: 2012.
- Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 171: 3ª. Edición: La Paz: Victoria: 2011.
- Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.
- Estermann J., Interculturalidad vivir la diversidad, La Paz: ISEAT: 2010.
- Fernandez G., Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas. Quito: Abya Yala: 2004.
- Hernandez Sampieri R., Metodologia de la investigación, 5ta edición: Mc Graw Hill: México: 2010.
- Instituto Nacional de Estadística, Bolivia Características de población y vivienda, Censo Nacional de Población y Vivienda; 2012.
- Ley de participación y control social, Ley Nº 341 del 5 de febrero de 2013.
- Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, Ley N° 031 del 19 de julio de 2010.

- Malagon G., Moncayo A.. Salud Pública Perspectivas. 2a edición. Bogotá: Panamericana: 2011.
- Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia La Salud Universal”, La Paz: 2010.
- Organización Panamericana de la salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: 2007.
- Plan Nacional de Desarrollo.
- Ramírez S., Salud Intercultural, critica a partir del contexto boliviano, La Paz: ISEAT: 2011.
- Servicio Regional de Salud de El Alto: 2013.
- Viaña J. Claros L., Interculturalidad Critica y descolonización Fundamentos para el debate, La Paz: CAB: 2009.
- Yapu M., Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas, 2da edición, PIEB: La Paz: 2006.

12. Anexos

- Mapa de la Ciudad de El Alto
- Mapa de la redes de la Ciudad de El Alto
- Distribución de población por Redes de salud
- Pirámide Poblacional Municipio de El Alto
- Estructura de servicios de salud de la Ciudad de El Alto
- Estructura de servicios de salud de la Ciudad de El Alto por Sub sectores
- Características de la muestra y entrevistados
- Formato de la entrevista semiestructurada
- Matriz de desarrollo del diálogo Teórico-Empírico
- Propuesta de implementación o fortalecimiento de la atención integral intercultural en el marco de la política SAFCI

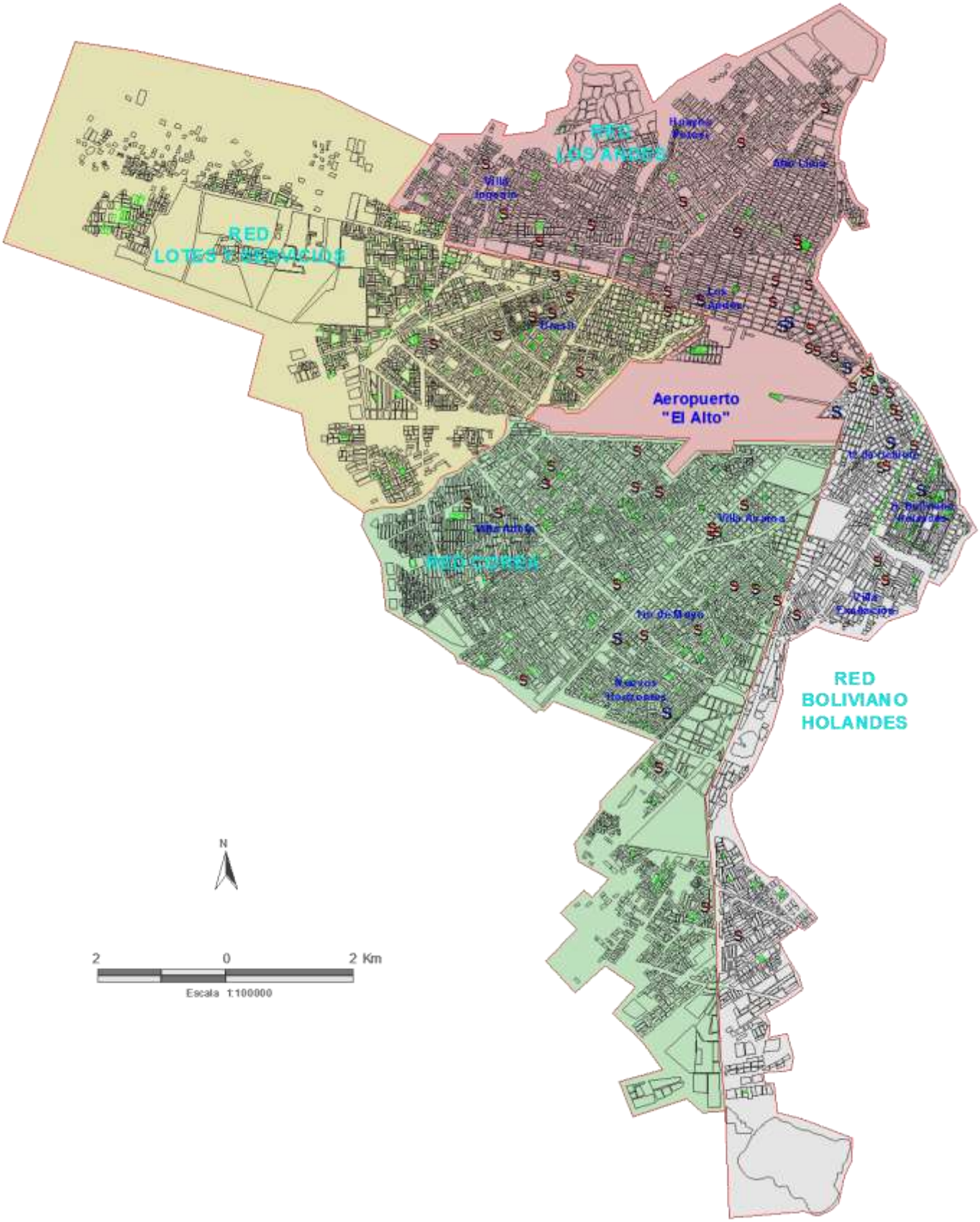
MAPA DE LA CIUDAD DE EL ALTO



FUENTE: GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE EL ALTO (2011)

Fuente: Gobierno Municipal de El Alto – 2011

MAPA DE LA REDES DE LA CIUDAD DE EL ALTO



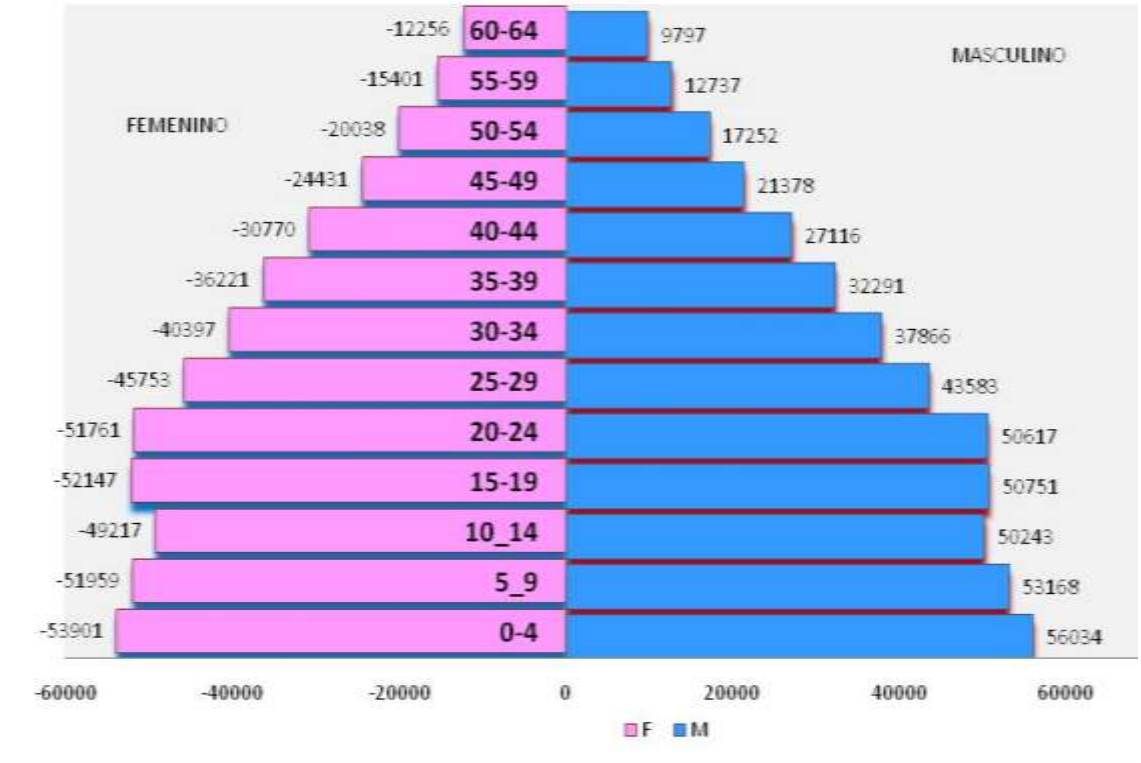
Fuente: SERES El Alto – 2013

DISTRIBUCION DE POBLACION *POR REDES* DE SALUD EL ALTO

Redes de Salud	*TOTAL*
Bol-Holandes	176,548
Corea	282,568
Senkata	91,351
Los Andes	264,347
Lotes y Servicios	173,928
Redes El Alto	988,742

Fuente: SERES El Alto – 2013.

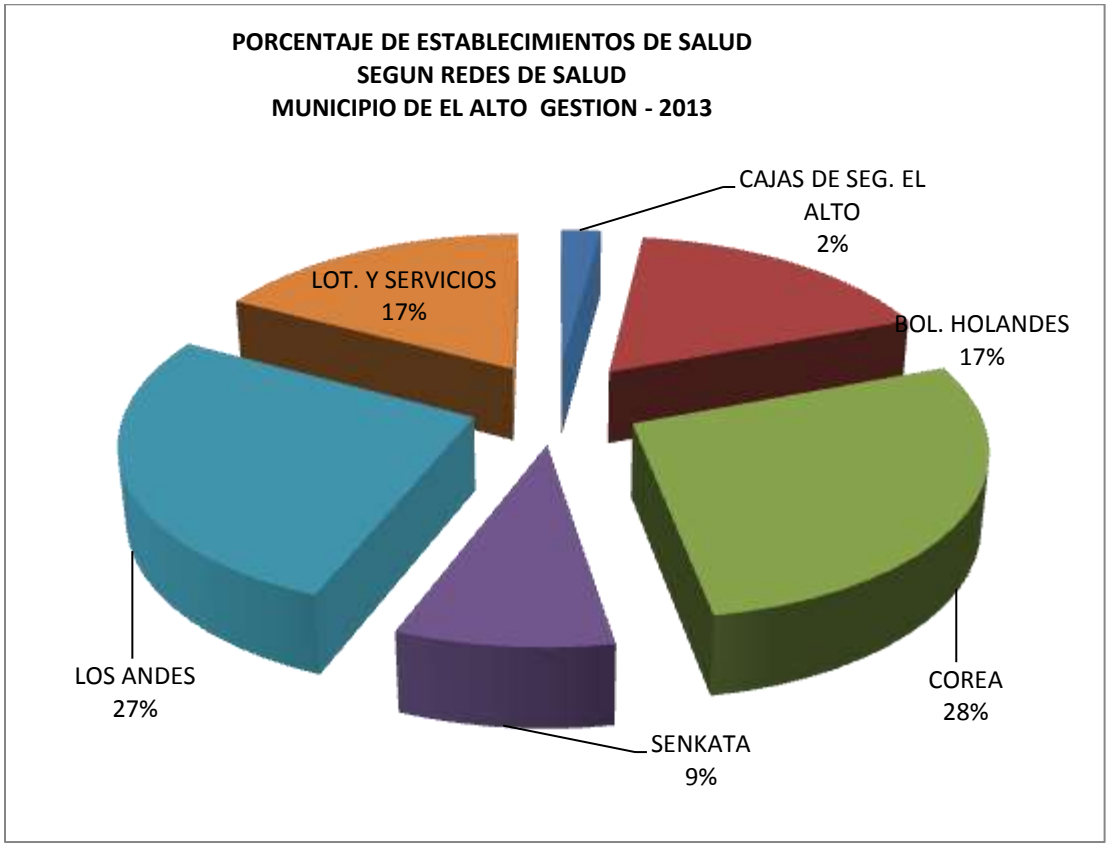
PIRÁMIDE POBLACIONAL MUNICIPIO DE EL ALTO



Fuente: SERES El Alto – 2013.

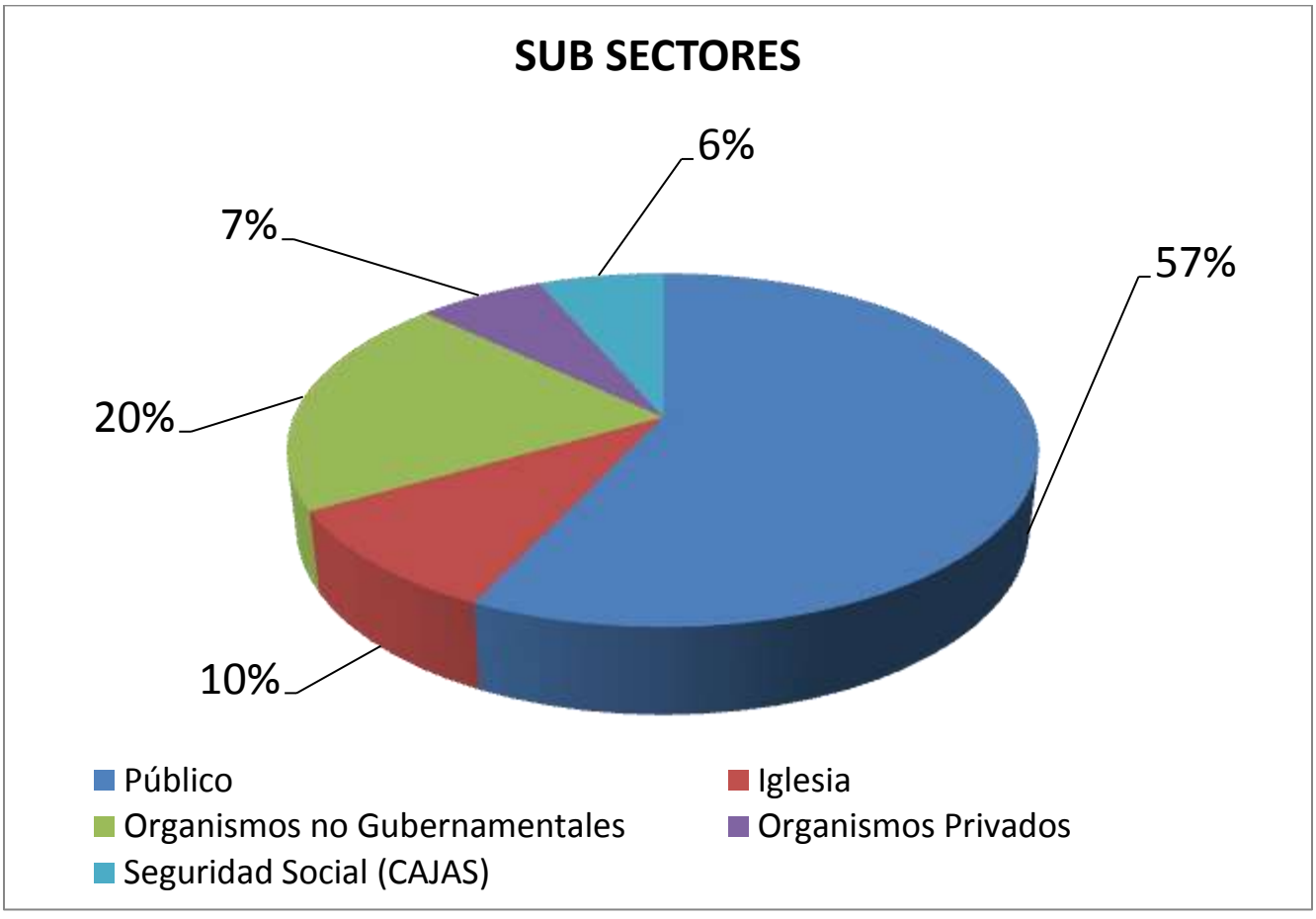
ESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE EL ALTO

REDES DE SALUD	1er NIVEL	2do NIVEL	3er NIVEL	TOTAL	TOTAL %
CAJAS DE SEG. EL ALTO	2	0	0	2	2%
BOL. HOLANDES	14	2	0	16	17%
COREA	24	1	1	26	28%
SENKATA	8	0	0	8	9%
LOS ANDES	19	6	0	25	27%
LOT. Y SERVICIOS	16	0	0	16	17%
TOTAL	83	9	1	93	100%



ESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE EL ALTO POR SUBSECTORES

SUB SECTOR	*Nº*	PORCENTAJE
Público	53	57%
Iglesia	9	10%
Organismos no Gubernamentales	19	20%
Organismos Privados	6	6%
Seguridad Social (CAJAS)	6	6%
Total	93	100%



CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA Y ENTREVISTADOS

NO. DE ENTREVISTA	DENOMINACIÓN	RED DE SALUD	CENTRO DE SALUD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE	AÑOS TRABAJANDO EN SISTEMA DE SALUD PÚBLICO	EDAD	SEXO
1	C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés	Boliviano Holandés	Santiago Primero	15	60	Femenino
2	C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés	Boliviano Holandés	Villa Exaltación	16	--	Femenino
3	C.S. 3 de Mayo – Red Corea	Corea	3 de Mayo	11	44	Masculino
4	C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes	Los Andes	Centro de Referencia Ambulatoria	7	38	Femenino
5	C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios	Lotes y Servicios	San Roque	7	38	Femenino
6	C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios	Lotes y Servicios	Puerto Camacho	7	39	Femenino
7	C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios	Lotes y Servicios	Materno Infantil Lotes y Servicios	5	31	Masculino
8	C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios	Lotes y Servicios	Cooperativa	8	53	Masculino
9	C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios	Lotes y Servicios	Franz Tamayo	8	45	Masculino
10	C.S. Senkata 79 – Red Senkata	Senkata	Senkata 79	5	36	Femenino

FORMATO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Doctor: agradecerle por su colaboración con la siguiente entrevista. Por favor completar la siguiente información:

Centro de salud donde trabaja actualmente:			
Años trabajando en sistema de salud público:			
Edad:		**Sexo:**	**M F**

Por favor, solicitarle dar respuesta a las siguientes consultas, estas no tienen fines de evaluación de conocimiento, es un medio de identificación de concepciones cualitativas propias. Además solicitarle que sea lo más amplio posible en sus respuestas.

Gracias.

PREGUNTAS:

1. **¿Cuál es su apreciación general sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud?**
2. **¿A su entender que es Integralidad en salud en atención de la persona, familia y comunidad?**
3. **¿A su entender que es Integralidad en salud en promoción en la persona, familia y comunidad?**
4. **¿A su entender que es Integralidad en salud en prevención en la persona, familia y comunidad?**
5. **¿Qué entiende por Interculturalidad en salud?**
6. **¿Cuáles cree que son las principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud?**
7. **¿Que propondría usted para prestar una atención integral intercultural, a partir de su rol como médico de su primer nivel de atención?**

MATRIZ DE DESARROLLO DEL DIÁLOGO TEÓRICO-EMPÍRICO

Objetivo general

Identificar las características cualitativas de la concepción de la atención integral intercultural en el marco de la salud familiar comunitaria intercultural en personal médico de los servicios de salud de primer de nivel de atención de la Ciudad de El Alto, Departamento de La Paz en la gestión 2014.

DESARROLLO:

OE 1: Determinar la percepción general sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud.

Las categorías contempladas son percepciones:

Positiva o negativa a la salud familiar comunitaria intercultural en general
PREGUNTAS:

1.- ¿Cuál es su apreciación general sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud?

TEÓRICO	EMPÍRICO	DIÁLOGO TEÓRICO-EMPÍRICO
La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que complementa y articula reciprocamente a los médicos académicos y tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos vivo, en base a sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.[1] La Salud Familiar Comunitaria Intercultural cuenta con cuatro	Yo pienso que es una buena política, pero hay que estudiarla, tener un poco más de conocimiento, tanto el personal como también los pacientes para que así tengamos una mejor interpretación de este programa (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés). La salud ahora la quieren poner de forma integral abarcando con la integración de los médicos SAFCI (estrategia de salud de formación de especialidad en el sistema nacional de residencias medica)…, bueno ellos colaboran yendo casa por casa, cosa que antes no podíamos hacerlo porque teníamos mucha afluencia (de pacientes) acá y solamente hay un médico en la mañana y un médico en la tarde lo cual no nos permitía salir a comunidad (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés). Es una política, yo pienso que es una política buena que si se aplica en el hecho de la participación de la comunidad, de poder entender sus creencias y su participación más que todo en las decisiones de salud, me parece una buena política implementada por el gobierno sin embargo lo	En el entendido que la SAFCI se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, en base a sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.[3] La percepción general sobre la salud familiar comunitaria intercultural como política de salud de los médicos entrevistados, es en su mayoría positiva con sus diferencias en sus planteamientos, es un caso se manifiesta de forma abierta el desacuerdo, sin embargo el objetivo de la investigación con es cuantificar

[1] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 171: 3ª. Edición: La Paz: Victoria: 2011.

[3] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 171: 3ª. Edición: La Paz: Victoria: 2011.

principios fundamentales. La participación comunitaria, Interculturalidad, Integralidad e Intersectorialidad. Los componentes de la SAFCI son la atención integral intercultural en salud y la gestión participativa y control social.[2]	que falta dentro de la política SAFCI es por ejemplo el conocimiento y la formación, más que todo su difusión desde el punto de vista de los médicos que trabajamos en el sistema, porque después de muchos años de haber trabajado, hemos tenido muchos cursos de actualización en diferentes áreas pero sin embargo el SAFCI no hemos tenido cursos, que realmente puedan colmar las expectativas de los profesionales para incluso enfocar mucho mejor lo que es la política, esa política del gobierno (C.S. 3 de Mayo – Red Corea). Hemos tratado de integrarlo, no bien al tanto… estamos tratando de conjuncionar y trabajar con los movimientos sociales, los llamamos siempre, participamos de sus reuniones los traemos a nosotros… y en si nos hemos visto imposibilitados de salir e ir a la comunidad como debería ser no y estamos esperando a que vengan los pacientes al centro de salud (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes). La política SAFCI, en algunos es integradora, en algunas es disgregadora, porque hay mala interpretación sobre lo que es el control social, yo trabajaba antes en Laja y he ganado recién este ítem en San Roque, entonces ahí yo veo la misma forma de pensar de los pobladores, porque ellos piensan que control social es controlar el horario, controlar si come, no come, si se para, si sale, cuando su función es otra, es apoyar más en la gestión, poder conseguir más cosas para su propio centro, porque nosotros somos pasajeros no nos vamos a quedar ahí, como ahora ha pasado en mi caso, yo me vine de Laja a San Roque (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios). En el área rural lo que es SAFCI, en lo que es la parte de gestión de control social, es donde más se ha progresado y ha sido de mucho beneficio para mí en especial, porque si nos han colaborado, ya no nos sentimos tan solos la parte medica en relación con los municipios, ya tenemos el apoyo de lo que es la parte social, el control social, y lo que son las autoridades locales de salud, comités, consejos y demás entonces si se han podido lograr cosas en menor tiempo, en relación cuando no había, con eso ha copado lo que es la SAFCI, a mí me ha parecido de esa parte bien , la parte de atención y demás que hemos dicho, ahí un poquito que estamos en desacuerdo, le puedo decir es como dar un paso atrás, yo le hablo de un municipio donde no había educación en salud, entonces estaba muy mal educada la población y a mí me ha costado un año y cuatro meses más o menos hacer trabajo de hormiga, para educar en salud, entonces yo a mi población ya la había educado allá, estábamos bien, esto del SAFCI un poquito que lo han	la aceptación, si no el cualificar esta percepciones. Si bien es generalmente una percepción positiva, se presenta con frecuencia la necesidad de profundizar su conocimiento de los que es la Política SAFCI, planteando que esta se realice desde lo formal como son cursos específicos de formación en lo que es la Política SAFCI, como también de estudiarla desde el punto de vista de los médicos, haciendo notar que esta formación pueda realmente responder a las expectativas de los profesionales. Dentro de componentes de la SAFCI de atención integral intercultural en salud y la gestión participativa y control social, los entrevistados en su totalidad resaltan de forma positiva la gestión participativa y control social, sobre todo desde sus beneficios con la gestión ante actores sociales y actores institucionales, lo que resulta en coordinación y trabajo conjunto con la población, en los institucional con el Gobierno Municipal, para el cumplimiento de los requerimiento de los servicios de forma oportuna. Sin embargo en lo que se refiere a la atención integral intercultural en salud, es unánime la observación sobre la atención en salud fuera del establecimiento en salud (visita domiciliaria) que es parte esencial

[2] Estrada V., Fortalecimiento las Redes de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI Texto Guía primer nivel de atención: La Paz: 2013.

	malentendido de parte de las autoridades, porque no creo que sea el fin eso de atender siempre en domicilio, yo le pongo el ejemplo de que en mi municipio el 95% se vacunaba en domicilio, en visitas domiciliarias, no acudía la población al centro de salud, entonces eso demora un poco más la atención y solamente se da a una población reducida, era todo un día que uno se sentaba en el consultorio y no había pacientes, porque nunca venían, porque no estaban acostumbrados a venir a un centro de salud, se hizo lo que es comunidad, salimos a comunidad, ahí si todos nos esperaron, entonces a mí no me convence mucho, porque yo lo plasmo aquí en el área urbana es más difícil, no se puede ir casa por casa, si o si la gente tiene que estar acostumbrada en ir a un centro de salud, en acudir a un centro, en esa parte yo estoy en desacuerdo con la SAFCI, en lo que es la visita domiciliaria, y hemos hecho así como le dije, hemos educado, estábamos bien, apareció la SAFCI, la hemos implementado y nos decían visita domiciliaria, entonces es como retroceder porque quiérase o no evidentemente hay población con discapacidades que no pueden venir ahí si se podría ir a visita domiciliaria, … , lo que a mí me ha servido es la parte social, el control social, la parte de gestión, de hacerles conocer sus prioridades, de hacerles conocer sus determinantes en salud y ya no me sentía tan sola allá, les decía, "mira esto está fallando, por esto, por esto" , la gente se convencía y ellos mismos iban a presionar a la alcaldía, … , trabajar con gente no es tan fácil, entonces no es fácil, pero en un año se ha logrado cosas que en cuatro años no habíamos podido insistiéndole al alcalde no, pero con eso del control social si se han hecho muchas cosas, entonces esa parte si es muy buena y me parece lo bueno que es de la SAFCI (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios). Es un bien necesario dado que los lugares donde no podemos llegar son los lugares más beneficiados con esta nueva política y además el hecho de comenzar a interactuar con personeros que practican la medicina natural, que anteriormente eran excluidos pese a que siempre ha estado presente y ahora nos da la facilidad de que podamos conocer con ellos de que hay tratamientos naturales que también funcionan, … , en relación a las juntas … ellos quieren recibir que es una atención oportuna en el momento, … pero hay mucho que falta hacer todavía si bien el tema de recursos humanos en el área es deficiente … (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios). Yo no estoy de acuerdo con la política SAFCI porque es una copia fiel de Cuba y siempre lo he dicho pero como soy empleado público, la tengo que hacer, eso es lo que yo pienso de la política SAFCI he leído algo estoy queriendo hacer un curso para enterarme más, porque según los comentarios que tuve con los médicos cubanos es una copia fiel de Cuba y	del componente de atención de la SAFCI. Sobre la atención integral intercultural en salud, el desacuerdo sobre la atención en salud fuera del establecimiento en salud (visita domiciliaria), parte de temas estructurales y lógicas de atención en salud. Dentro de los estructurales están la afluencia de pacientes que acuden a los establecimientos de salud que no permitiría salir a la comunidad y realizar una atención en salud casa por casa, la deficiencia en la asignación recursos humanos con los que cuentan los servicios, además de equipamiento e infraestructura insuficientes, en algún caso se menciona la necesidad de servicios básicos como alcantarillado, agua potable, como parte de una adecuada atención integral intercultural. En relación a las lógicas de atención refieren que es dar un paso atrás, debido que se promociona que el paciente llegue al establecimiento de salud para la atención en salud, indicando este proceso como educar a la población, a lo que la Política SAFCI, hace un cambio de las lógicas de atención, siendo que la atención en salud en la comunidad no tiene el objetivo no solo de ir a buscar a los enfermos a sus casas, es ver con la visita domiciliaria el realizar acciones prevención de la enfermedad, en la identificación de factores de riesgo a la salud. Estas acciones responden en parte a la demanda de la

	al final ni siquiera la hemos copiado bien, porque Cuba antes de implementar el modelo SAFCI ha tenido que pasar casi unos 15 o 10 años, ha tenido que hacer los servicios básicos ósea como alcantarillado, agua potable y de esa manera recién se implementó el SAFCI, de esa manera les va bien a los cubanos porque los cubanos son capos en salud pública ósea desde ese punto de vista personal, no estoy muy de acuerdo con la política SAFCI, que como soy empleado público la tengo que obedecer y la tengo que implementar … (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios). En todo este tiempo en que se ha implementado esta política creo que tiene muchas deficiencias, … , infraestructura no es la adecuada, los recursos humanos son escasos, no es tampoco el adecuado y no se tiene el equipamiento ni los instrumentos necesarios y hay también deficiencias en lo que es medicamentos e insumos, he podido ver que no hay un apoyo adecuado de las alcaldías, se les pide materiales de todas las deficiencias que tenemos pero no nos hacen llegar y si nos hacen llegar nos hacen llegar a destiempo y el material que nos dan no son de calidad, los instrumentos que nos dan y que compran no son de calidad duran un tiempo y después se desechan (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios). La concepción de esta política es importante, nos ayuda a reflexionar sobre nuestra participación en salud, como personal mismo e integrarnos a la comunidad, pero ya la política lanzada es un poco difícil aplicarla porque tenemos limitaciones, por ejemplo en una maternidad ya se hizo la experiencia del parto que es intercultural ¿no es cierto?, pero hay limitantes por ejemplo inclusive en la misma población, … , en Senkata estaba una ONG que estaba apoyando con lo del parto intercultural y teníamos dos salas, se les ofrecía a las pacientes, algunos médicos les ofrecían una sala u otra sala, y el mismo paciente decía que no quería que prefería en su casa, … , la sala de parto intercultural (dentro del establecimiento de salud) era una cama una colchoneta especial y se podía atender perfectamente ahí también o en la convencional que teníamos (sala de partos con camilla ginecológica), pero algunas pacientes preferían la convencional que por eso habían venido para que les atiendan como a los demás, ese era el detalle en cambio otras personas preferían estar en la cama (sala de parto intercultural) así querían y se les atendía pero eso ya posteriormente ya no funciono, porque el mismo personal, ya tuvimos por ejemplo problemas de infecciones, tuvimos bastantes el problemas (complicaciones del parto) con infecciones a la semana, entonces ya el personal como ya no hubo tanta propaganda o tanto incentivo de incentivar ese parto … se dejó a un lado y solamente continuamos con el parto convencional, … , hay una sala convencional actualmente después de la ampliación en el centro, entonces ya no se puede ofrecer eso (sala de	población, ya como lo indica algún entrevistado en los casos de parto, el familiar solicita que el personal de salud acuda a la casa y que la atención se complete en el domicilio, negándose al traslado a un establecimiento de salud. En las entrevistas realizadas se tiene una aceptación al trabajo con la medicina tradicional en el reconocimiento al uso de plantas y trabajo de las parteras. Sobre la gestión participativa y control social, es reconocido por los entrevistados los beneficios, como el acercamiento a la población por medio de sus representantes en salud denominado según la SAFCI, estructura social en salud, con esto las diferentes acciones de atención, prevención y promoción con la población se hacen más efectivas. La participación de la población en la gestión de los servicios de salud, hace que este tenga un aliado para hacer efectiva los requerimientos del establecimiento de salud ante el Gobierno Municipal sobre todo por medio de la presión social. También se encuentra observaciones sobre el control social, en aspectos de delimitar sus funciones, que en algún momento terminan ejerciendo excesiva presión sobre el personal de salud. Para finalizar, se encuentra la percepción de no sentir propia la Política SAFCI, como personal médico y como actor esencial en el

	parto intercultural), algunas cosas quedaron de positivo, por ejemplo la entrega de la placenta a las pacientes, … , entonces yo creo que esto de interculturalidad y entender sus costumbres es importante, … , a pesar de que estamos incrementando la cobertura hay bastantes partos domiciliarios que nos siguen llegando retenciones placentarias, … , yo creo que no hay suficiente personal para que vaya casa por casa …, siguen viniendo al centro pidiendo que el médico vaya a domicilio, siguen pidiendo que la ambulancia, bueno llaman la ambulancia y la ambulancia no puede traer al paciente porque no quiere que lo lleven al hospital, sino quiere que se le atienda en su domicilio … la familia dice "no aquí no más atiéndamelo a mí familiar" … "aquí nomas, la placenta sáquela no más aquí", entonces esas son barreras culturales que debe ser todo un proceso informar sobre todo a la comunidad, participar en sus reuniones, en sus asambleas, que es difícil, … (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).	sector salud, indicando que es una política del Gobierno, y en algún caso se indica que como empleado público se tiene que obedecer e implementar.

OE 2: Establecer lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Integralidad en salud en atención, promoción y prevención de la salud de la persona, familia y comunidad.

Las categorías contempladas son percepciones:

Integralidad en atención
Integralidad en promoción
Integralidad en prevención
PREGUNTAS:

2.- ¿A su entender que es Integralidad en salud en atención de la persona, familia y comunidad?
3.- ¿A su entender que es Integralidad en salud en promoción en la persona, familia y comunidad?
4.- ¿A su entender que es Integralidad en salud en prevención en la persona, familia y comunidad?

TEÓRICO	EMPÍRICO	DIÁLOGO TEÓRICO-EMPÍRICO
La integralidad en la SAFCI, 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	Integralidad en salud en atención Es integrarse en la misma comunidad, tanto el médico como el personal paramédico y hacer una mejor atención a la comunidad (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés). Para mí como médico general, toma varios aspectos, desde la atención no solamente en salud sino social, psicológica y el buen vivir… se les puede ayudar con los diferentes profesionales como hay acá en nutrición, en planificación (planificación familiar), después vienen también una vez o dos	La integralidad en la SAFCI, es entendida como 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, y esta se desarrolla en los procesos de

de las enfermedades y daños; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea. [4] En este sentido, la promoción de la salud se define como aquel proceso político de participación y gestión social, cuyo carácter integral e intersectorial permite el abordaje de las determinantes sociales de la salud, en corresponsabilidad con la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores. [5]	veces al mes la trabajadora social (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés). Es que tienes que atender a la persona desde diferentes ámbitos no solamente el ámbito de la parte física sino también tendría que entrar ahí de la parte psicológica, un poco adentrarnos… a lo que es la familia misma en la misma comunidad,… desde mi punto de vista biopsicosocial … (C.S. 3 de Mayo – Red Corea). Trabajar en uno, en todos no,… con los grupos, los movimientos sociales, el personal de salud y las autoridades, la comunidad también, la familia,…, visitarle y trabajar en el medio donde ellos también viven (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes). Es ver tanto al paciente, a la familia y a su entorno,…, ahora nosotros muchas veces por la carga de pacientes que existen no se puede hacer en la consulta, pero yo trato de hacer en la consulta, pregunto siempre como está el otro, …, no solo es el cuerpo también es el alma (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios). Es ver a la persona en la parte biopsicosocial y cultural también, es no solo ver la parte de la enfermedad, la parte clínica, no solamente eso, porque por la parte técnica, se entiende que por algo está enfermo, hay un agente causal que es biologista que decimos y hay también la parte social donde entra su vivienda y determinantes de salud y entonces cuando nosotros hablamos de una atención integral hay que ver todos esos aspectos, la parte clínica, la parte cultural, la familia, la comunidad, relaciones, tantas cosas, no solamente la causa, por decirle si tiene diarrea, de la diarrea nada más, tenemos que ver porque tiene diarrea, tal vez no tenga agua potable, … , no solamente ver el síntoma, ver la parte física, social, toda la parte integral, la parte individual, familiar, comunitaria, la causa de la enfermedad, los agentes causales, los determinantes … (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios). Lo que se ve en el trabajo mismo es hacer que el paciente enfermo al llegar a un establecimiento sea recibido por el personal de misión sea llevado al personal de enfermería, sea atendido y que posteriormente este paciente al llegar a su casa o domicilio haga el tratamiento y por intermedio de lo que es el trabajo entre la comunidad y el centro hacemos una integración	promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades. [6] Es así que la percepción cualitativa de integralidad del personal médico de primer nivel de atención se obtiene a partir del entendimiento de Integralidad desde la atención, promoción y prevención de la salud por separado. Si bien la una acción en salud es integral por hacer de la atención, promoción y prevención una sola con la persona, familia y comunidad, es pertinente el diferenciarlo para establecer las diferencias cualitativas que le da el personal médico. En la Integralidad en salud en atención, el personal entrevistado en general entiende, como el ver al paciente ir mas halla de la enfermedad que lo trae al servicio de salud, en algunos de casos ya no lo denomina paciente, sino persona, es pertinente analizar este cambio de denominación, a que en nuestros servicios de salud de El Alto al igual que en otros lugares del país sobre todo ciudades es común el identificar como paciente a la persona que acude al establecimiento. A partir de esta consideración es que se identifica

[4] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

[5] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

[6] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

	de un tratamiento integral al paciente (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios). Para mi es que sea integral, sea toda la familia, como el SAFCI lo dice hacer las carpetas familiares (instrumento de registro las condiciones de vida y riesgos a la salud) de y todo esto no,… (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios). Es ver todo el paciente en si tanto la parte física como la parte mental, sus conocimientos, su percepción religiosa, su percepción del medio ambiente, entonces al paciente hay que analizarlo desde ese punto de vista integral al menos eso creo que es integralidad (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios). Bueno en la atención, lo que uno debería de hacer es ver sus diferentes factores, primero la causa por la que ha venido, la enfermedad que le aqueja a la persona … al mismo tiempo tenemos que ver por ejemplo de que grupo familiar viene, cuenta con padres, madres, es hijo de madre soltera, su factor económico, …, uno quiere digamos hacerle su laboratorio básico, informar pero esa barrera del idioma para explicar a la paciente o de su tiempo o su imposibilidad ahí nos da esa limitante, por ejemplo en la atención integral a una mujer embarazada tendríamos que hacerle un control odontológico también, pero nos vemos limitados porque la consulta odontológica esta llenísima, entonces ya se pasa a veces por alto, …, entonces esa forma integral debería uno ver desde el adolescente, ver sus necesidades, darle más orientación a un adolescente…, a veces inclusive esto es muy común, los niños de seguro escolar vienen solitos con su carnet de seguro escolar y papá y mamá no vienen, y eso porque viven a dos, tres cuadras les envían para que les revise el dentista, odontólogo o porque se han resfriado y “mi mamá me ha dicho que venga”, cuando ves no hay ningún responsable al que tú le puedas explicar, … entonces ese tipo de factores impiden a que la atención sea totalmente integral como nosotros quisiéramos en todos sus aspectos en salud (C.S. Senkata 79 – Red Senkata). Integralidad en salud en promoción Yo pienso que está habiendo promoción y se puede ver en los medios de comunicación, tanto en la tele como en la radio, hay comunicación sobre lo que es salud sobre todos los diferentes programas como la tuberculosis, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, entonces hay propaganda como se diría (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés). Se trata de integrar varios aspectos, por ejemplo tenemos a las COLOSAS	por parte de los entrevistados aspectos a considerar más allá de la enfermedad o lo biológico, como es lo social, psicológico, cultural, mental, conocimientos, religión, su percepción del medio ambiente, y en más de una entrevista se menciona el buen vivir. Se identifica como medios con los actualmente se cuenta la atención multidisciplinaria con los que cuentan algunos servicios, destacando el trabajo de los profesionales y técnicos en nutrición y trabajadora social, como apoyo a la atención médica dentro el tratamiento integral al paciente. Dentro del entendimiento de la Integralidad en salud en atención, se identifica el trabajo conjunto con los movimientos sociales, el personal de salud, las autoridades y la comunidad para un tratamiento integral al paciente. Los entrevistados consideran demas limitantes de los servicios de salud, en recursos humanos, financieros, equipamiento e infraestructura, como factores impiden a que la atención sea totalmente integral. En la Integralidad en salud en promoción, a diferencia de lo que se entiende por promoción en la Política SAFCI que es aquel proceso político de participación y gestión social, cuyo carácter integral e intersectorial permite el abordaje de las determinantes sociales de la salud, en corresponsabilidad con la

	(comité local de salud es una instancia de la estructura social en salud según la SAFCI), que tratamos nosotros de socializar con ellas, que necesidades tiene su población y el área donde estamos y ellas colaboran, se llevan bien con el personal y siempre están viendo que necesidades tienen, en todo aspecto, no solamente en salud, … ellas también participan en las charlas que se les da, en todas las enfermedades que se les puede orientar a los pacientes y a la comunidad (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés). Yo creo que más enfoca a promocionar la salud desde el punto de vista de prevenir precisamente las enfermedades, pero ya yendo precisamente a la familia como tal por eso se han formado precisamente lo que es la actividad SAFCI en la comunidad y en las casas, yo creo que es una de las cosas en la comunidad y luego en el mismo establecimiento de salud en si en todo lo que es el paciente en su entorno (C.S. 3 de Mayo – Red Corea). En salud, de igual manera, como tenemos varios niveles entonces hacer un equipo, que sea un trabajo horizontal ósea que no haya superiores ni inferiores y todos trabajemos unidos a un solo fin (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes). En la promoción es dar a conocer todos los servicios que presta y lo que puede conseguir en el centro de salud, puede ser, educación, porque no todos estamos bien informados y no todos tenemos la capacidad de aprender todo, entonces en salud decimos que tenemos atención a los niños, a los adolescentes, a los ancianos, todos, porque también hay un desconocimiento del SPAM… (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios). Como promoción, nosotros estamos promoviendo lo que es el vivir bien, ahí radica la raíz de todo esto, entonces promocionamos la salud en relación de prevenir las enfermedades, promocionamos en un centro de salud, diciendo que hay actividades y lo hacemos para no llegar a la parte curativa, de tratamiento y demás si no antes de llegar a la mayor complejidad de la enfermedad, nosotros actuamos en eso, lo hacemos a través de la promoción de los servicios de salud, a través de la promoción de las diferentes atenciones, los seguros, en eso prácticamente, promocionamos el vivir bien (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios). Bueno, es integrar todos los saberes en el campo médico, en el campo de medicina tradicional, … tratar de integrar los campos necesarios para resolver un problema a una determinada enfermedad, como ser promoción, educación, comunicación, con instrumentos (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios).	población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores[7], los entrevistados en su mayoría establecen el hacer conocer los servicios que ofrecen el centro de salud, y los beneficios que el acudir a este tiene, lo cual no estaría en concordancia con los que define la Política SAFCI, por medio de su normativa y publicaciones oficiales. Los entrevistados dentro de la integralidad en la promoción, también ven que esta se realiza por medio de la difusión de los programas de salud (como tuberculosis, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, inmunización y otros) en los medios de comunicación masivos, como también charlas sobre temas de salud para promocionar la salud desde el punto de vista de prevenir las enfermedades. De acuerdo a lo anterior, se tendría un entendimiento de la promoción similar a lo que es prevención, lo cual de acuerdo la base teórica y conceptual de la SAFCI como política, se estaría entendiendo al promoción como un acción hacia las condicionantes de la salud y no así a las determinantes de la salud como lo define la Política SAFCI en su normativa. Sin embargo en algunas entrevistas también se identifican la integración del trabajo en promoción en salud, a

[7] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

	La promoción, tratar de promocionar tratar de decirle a la gente, porque hay gente por ejemplo en cooperativa que viviendo en bajo Milluni, hasta que hicimos construir un edificio amarillo ahora que es bien clarito, "¿conoces el centro de salud?, no" y mire tantos años, "¿cuántos años vives aquí?, vivo desde que he nacido", entonces no sabía que tenía un centro de salud y promocionar, todos los programas que tenemos, tratar de explicar a la gente que es lo que hacemos nosotros, que es lo que queremos, lo que queremos nosotros es que nuestras personas no estén sufriendo de alguna enfermedad, … , porque tampoco es la función nuestra educar, yo creo personalmente que si nuestros gobernantes, solamente con educación y salud automáticamente vamos a cambiar, automáticamente una persona por ejemplo, no le vamos a decir que tiene que tiene que venir a la vacuna basta que en la tele haya una propaganda que diga que tiene que hacer vacunar a los 2,4 y 6 meses automáticamente la persona, por si misma por estar educada va a traer al centro de salud y tratamos de hacer eso …(C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios). La promoción es decirle al paciente, explicarle cuales son las bondades si se quiere de venir a un centro de salud que beneficios va a tener si acude a un centro de salud a tiempo con la finalidad de prevenir las consecuencias y las enfermedades (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios). Como promoción, yo entiendo ofrecer los servicios de salud a la comunidad, en una comunidad está la misma persona, la familia, la comunidad, en la parte de salud tenemos algo muy importante en que se ha avanzado mucho que es, que dentro de una junta de vecinos o directiva ya se toma en cuenta a un secretario de salud que antes no había, y el mismo presidente de la zona se hace cargo de contactar con el centro de salud, pero ahora ya en todas las juntas hay un secretario de salud, entonces es un puente para realizar esto de la promoción en la comunidad, pero ese mismo puente muchas veces se ve cortado porque dentro de la misma comunidad hasta llega a haber como la "tercera pata" de la mesa porque a veces es más importante la avenida, el alcantarilladlo, el alumbrado público, la salud lo relegan un poquito, (C.S. Senkata 79 – Red Senkata). Integralidad en salud en prevención De acuerdo a mi experiencia, yo le digo que hay prevención, porque cuando yo empecé a trabajar había muchos casos de EDAS, IRAS y también enfermedades propias de la niñez, las enfermedades actualmente ya no se ve con la misma intensidad que antes se veía, por ejemplo antes nosotros en una consulta por lo menos atendíamos unos 4, 5 casos de EDAS, pero ahora ya no, … , entonces yo pienso que se está haciendo una prevención	la población, organizaciones sociales y estructura social en salud (COLOSAS). También se ve la actividad en SAFCI en la comunidad y en las casas, como también el integrar todos los saberes en el campo médico con el campo de la medicina tradicional. En la Integralidad en salud en prevención, de forma general los entrevistados, entiende que la acciones en prevención integral en salud parte de la educación en salud, tenido como su fin en evitar las enfermedades, a diferencia de los resultados de lo que se entiende por integralidad en la promoción, se identifica en su adecuada dimensión de la Integralidad en prevención como la acción hacia la condicionantes de la enfermedad. Es así que se reconoce los resultados de los procesos de socialización (cursos, charlas, campañas de salud), como también los espacios de difusión para informar sobre diferentes temas de salud, sobre todo en lo referente a vacunas, materno infantil, salud sexual y reproductiva, como también prestaciones de los servicios de salud.

	de salud, esto no es a largo plazo, mas ha sido a mediano plazo, porque como le decía yo estoy 15 años en el sistema, pero ha bajado bastante, tampoco ya se ven casos de Sarampión, cuando yo estaba empezando a trabajar estaban a la orden del día, pero ahora ya no prácticamente se ha erradicado el Sarampión (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés). Como ya le indicaba, por ejemplo se les hace charlas, como se puede prevenir enfermedades mortales, indicándoles que vacunas tienen que usar, como tiene que ser su nutrición de estos niños, como tiene que ser la atención a las embarazadas, para que se les da los micronutrientes explicándoles para que sirve cada uno de esos micronutrientes y como tienen que planificar su vida, cuántos hijos deben tener de acuerdo al ingreso que tienen y como se pueden beneficiar ellas (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés). Es precisamente difundir tanto a la familia y al mismo paciente a su familia y a su entorno las prestaciones que tenemos nosotros como institución en cuanto a la prevención precisamente enseñarle al paciente y a su familia las diferentes formas de prevenir la enfermedad, ya sea desde el punto de vista de los niños, adultos porque hay diferentes formas de prevenir las enfermedades inclusive dependiendo de las edades, entonces yo pienso que prevención es eso no, prevención integral y siempre tomando en cuenta esos aspectos no solamente el físico sino el mismo aspecto psicológico el bienestar de la familia si hay problemas en la familia entonces tenemos que ver cómo prevenir si el esposo, ahí tenemos una cosa grande, porque si tenemos un esposo que no tiene trabajo entonces ahí va a haber incluso maltrato va a haber una serie de problemas ¿cómo podemos prevenir eso? y darle por ejemplo alguna forma de trabajo a la persona eso es bien difícil para nosotros como personal de salud, pero eso tiene que ser una labor precisamente como su nombre lo dice integral con las autoridades, con los responsables de salud, ministerio y todos en conjunto (C.S. 3 de Mayo – Red Corea). Bueno, dar orientación, informar para no llegar a curar, ósea prevenir antes de curar impartiendo conocimiento, los conocimientos que nosotros tenemos y de qué manera también recibir los conocimientos que tiene la comunidad o como familia para nosotros también aprender (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes). En San Roque he visto hasta estos 4 meses, hay mucho embarazo en adolescentes, mucho, demasiado más que en Laja, ya están embarazadas a los 15, 14, 16 y la mayoría son madres solteras, me parece que o no conocen bien sobre los métodos anticonceptivos, porque quizás uno de los problemas son los profesores que dicen que cuando les enseñamos, les estamos enseñando a tener más relaciones sexuales, esa es la forma de	

	pensar porque también los papás les dicen eso, entonces tienen que cuidar su trabajo, ahora en tratar de indagar más sobre eso tendríamos que ver, prevención es evitar que las jovencitas lleguen a embarazarse tan jóvenes, porque a partir de los 14, 15 años y con un bebe aparte que el bono no les reconoce que son adultos, es una limitante también (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios). Para prevenir en cuanto salud, ahí interviene los determinantes de salud con el uso de las carpetas familiares, que hemos visto entonces ya tenemos una clasificación de acuerdo a los riesgos y podemos prevenir como un perfil epidemiológico nosotros agarramos y vemos, que familia, que persona, comunidad necesita mayor atención o vemos que ya tiene los riesgos y puede avanzar a complicarlos, nosotros estamos para solucionarlos en esa forma prevenimos antes de que se complique más (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios). Ampliar nuestros conocimientos desde la comunidad, más que todo a las personas que están más metidas al área de la salud con otros sectores de salud de integrarles a nuestras capacitaciones o viceversa que en los establecimientos les eduquen a ellos, en el sentido de las primeras cosas necesarias que deben conocer en cuanto las condiciones que son el estilo de vida, lo que es el medio ambiente, el aseo mismo, cosas generales para que la enfermedad no, se de prevenir antes de que se llegue a la enfermedad (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios). Prevenir las enfermedades, tratar de que no lleguen a la enfermedad, integral, meternos con todo , con los colegios, pero también ese es un problema, en mi centro cuando yo vine a trabajar había mucho embarazo en jóvenes 14, 15 años, entonces que hacemos con el personal, vamos a dar charlas a las promociones y como nuestra zona no está todavía educada, por los padres, hablábamos de pene, vagina con los de la prepromo y la promo y viene un día un padre a quererme pegar, “le había hablado a mi hija de pene, de vagina”, entonces ahí uno se siente mal, dice para que me he metido a esto, … (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios). Creo que prevenir, no solo es prevenir la enfermedad como tal para prevenir también hay que darle medios, como por ejemplo agua potable, darle baño, alcantarillado y educación en cuestión de salud (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios). En prevención tenemos que trabajar básicamente en persona, familia, comunidad, pero en lo que más trabajamos en el centro de salud es en la madre y el niño, en el niño en prevenir sus enfermedades con su esquema de vacunación, es la actividad básicamente del personal que ya sea en servicio o en comunidad con campañas es la que realizamos y también	

	estamos limitadas para poder hacer actividad en comunidad por ejemplo, el horario, los tiempos, las salidas, y el que a veces tu tengas todas las ganas de salir pero te den con la puerta, … (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).	

OE 3: Establecer lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Interculturalidad en salud como características principales para comprender la dimensión intercultural de las políticas de salud.

Las categorías contempladas son percepciones:

Características principales Interculturalidad en salud
PREGUNTAS:

5.- ¿Qué entiende por Interculturalidad en salud?
6.- ¿Cuáles cree que son las principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud?

TEÓRICO	EMPÍRICO	DIÁLOGO TEÓRICO-EMPÍRICO
La actual Política de salud refiere sobre interculturalidad como, la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos- saberes y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas, horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud. [8]	Interculturalidad en salud La interculturalidad seria que se tenga que atender a todo paciente ya sea de todo rango social, cualquier idioma, cualquier color, ósea que todos tengan el mismo nivel de atención (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés). Interculturalidad en salud, es que un médico se adapte a las costumbres que tiene nuestro paciente o cada paciente que viene, generalmente los pacientes que tenemos aquí, vienen de comunidades, vienen del interior no siempre son citadinos y vienen con diferentes creencias, costumbres que nosotros no podemos invadir, ni agredirles, entonces tenemos que adaptarnos a ellos para que ellos no se sientan mal en la atención, por ejemplo ellos tienen la creencia de que si les sacamos sangre les estamos quitando algo de ellos y siempre preguntarles no, ¿puedo hacerle el Papanicolaou? Y para que les sirviera el Papanicolaou, que les sirve para prevenir el cáncer y si le sacamos sangre, para que le estamos sacando, que enfermedades puedo encontrar y cosas así, tenemos que adaptarnos a ellos más que todo (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés). Yo creo que la interculturalidad se refiere fundamentalmente a entender las diferentes formas de pensar que tienen las culturas como en la salud y poder entender y acoplar a nuestra medicina que es más científica,	Según la actual Política de salud refiere sobre interculturalidad como, la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos- saberes y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas, horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud[9], de acuerdo a esto para establecer lo que el personal médico de primer nivel de atención entiende por Interculturalidad en salud como características principales para comprender la dimensión

[8] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.
[9] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

	entonces es esa unión que plantean las nuevas normas de la medicina occidental o científica y la medicina tradicional ahí es donde yo entiendo la interculturalidad poder entender precisamente a las personas desde esa visión que ellos tienen, no, de ver la medicina, por ejemplo los mandiles blancos para ellos es "muerte" y poder entender esos conceptos para poder orientar y poder encaminar la salud por un buen camino (C.S. 3 de Mayo – Red Corea). Somos diferentes culturas, diferentes personas e integrar los conocimientos de uno con los de otros para lograr un objetivo final en beneficio de todos (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes). Es la integración entre la medicina tradicional y la medicina convencional la que nosotros hacemos, pero no hay mucho, hay un señor que viene, Félix huanca creo que se llama, es el que viene a dar charlas en aymara por ejemplo en el centro de salud San Roque es el único, no conozco otro, ahora tendríamos que conocer más acerca de ellos una vez me han mostrado a un señor que para afuera del centro dice que es partero, pero nunca ha entrado, pero habla con las pacientes "por si acaso yo le puedo venir a atender", creo no, yo no sé cómo lo vi de lejos, me dijeron ese señor, entonces yo creo que tenemos que hablar entre ellos y nosotros para tratar de atender … (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios). Respetar las costumbres de cada paciente, de cada persona que acude, no necesariamente es decirle lo que nosotros pensamos o como es la parte de la enfermedad también ellos dicen de que es el ajayu, el kari kari y demás y ellos creen en esa parte y bien para nosotros puede ser eso una tuberculosis, entonces esa parte hay que respetarla, es un intercambio de los saberes que tenemos entre ellos y ellos conocen esa enfermedad por alguna causa y nosotros por otra, entonces hay que explicarle a veces no es ni lo uno ni lo otro porque nosotros como médicos sabemos el agente causal y ellos también de acuerdo a sus culturas saben que es por una determinada causa, entonces es tratar de equilibrar o hacerles entender de porque son las cosas pero siempre respetando lo que ellos creen y lo que ellos dicen (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios). En salud es, nosotros acá tenemos una cultura de salud porque hemos estudiado, pero llega la otra cultura que es lo empírico que es la medicina tradicional y actualmente están espiando inclusive ese tipo de medicina, es unificar todos los tipos de medicina que hay en las diferentes culturas,	intercultural de las políticas de salud, se inicia con una aproximación de los que se entiende por Interculturalidad en salud, posteriormente establecer la percepción de las principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud. Según los entrevistados los que se entiende por Interculturalidad en salud, en general se encuentra en el marco de lo definen la actual política de salud, evidenciando que se la entiende más allá de la complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud [10] ,como hace referencia el Decreto Supremo Nº 29601 del 2008 , ya que en su proceso de implementación se amplió la definición a la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos- saberes y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas, horizontales y equitativas

[10] Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008.

	unificar y tal vez llegado el momento de tal vez ganar experiencia sobre la sabiduría más grande de una región para apoyar a otras áreas para ayudarlas (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios). Que tenemos varias culturas como los aymaras, los quechuas, en otros departamentos hay otras tribus o no sé cómo llamarlas, …(C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios). Creo que cada ser humano tenemos nuestra formación, nuestra educación, también hemos heredado, las costumbres, el idioma, de nuestros papás no es cierto, los aymaras por ejemplo tienen sus propias costumbres su propia cultura, su propia forma de ver la vida, de ver la salud, su formación en la prevención de enfermedades es diferente a la que nosotros tenemos, como nosotros lo llamamos, aplicamos la medicina occidental, entonces interculturalidad, sería el respeto mutuo que nosotros debemos tener, tanto de medico a paciente y de paciente a medico (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios). El personal de salud debería involucrarse y respetar primero sus costumbres y tratar de que su trabajo como personal de salud no se imponga ante sus costumbres y bueno ya ha habido varias experiencias … han tenido sus pros y sus contras, o por ejemplo esto de interculturalidad lo entiendo de que el personal tiene que aceptar sus limitantes y que la otra parte la comunidad, comprenda las limitantes también del personal de salud, porque muchas veces la comunidad entiende como interculturalidad, defender sus derechos y hasta exigirlos, …, entonces esos extremos en cuanto a interculturalidad son barreras que siguen existiendo a pesar de la promoción o de todo lo que estamos haciendo en salud (C.S. Senkata 79 – Red Senkata). Principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud Yo pienso que todo debería ser un trato igualitario para todo paciente sin que haya ningún tipo de discriminación (C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés). Yo veo que ahora ha formado médicos en SAFCI, “mi salud” los jóvenes que van casa por casa, parece que les han capacitado para que puedan ellos detectar cierto tipo de costumbres, cuales cosas les perjudica y les beneficia, por ejemplo antes había mucho rechazo en la atención del parto y muchas de ellas no acudían pero tenían un parto peligroso, no siempre	en la atención y en la toma de decisiones en salud[11]. De acuerdo lo que se refiere a las entrevistas se entiende como una atención acorde a las diferentes formas de pensar que tienen las culturas, asumiendo que somos de diferentes culturas, diferentes personas e integrar los conocimientos de uno con los de otros por medio del intercambio de los saberes o adaptarse a las costumbres que tiene nuestro paciente. Si bien este entendimiento de la interculturalidad en salud, tiene alguna limitación conceptual es un avance significativo, debiéndose probablemente al continuo debate de esta temática en diferentes espacios generados en el sector salud previos al inicio de la conceptualización de la SAFCI. En los resultados de las entrevistas se reconoce que de acuerdo a las diferentes culturas existe una determinada causa de la enfermedad, así como los médicos entiende el agente causal de acuerdo a su formación. Se identifica además la importancia de la integración entre la medicina tradicional y la medicina aprendida en la Facultades de medicina denominada en las entrevistas como convencional. Se reconoce además la importancia del idioma en la Interculturalidad en salud.

[11] Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento técnico estratégico versión didáctica: publicación 304: La Paz: Victoria: 2013.

	es un parto normal, que se les instruye para que puedan acudir y como se pueden beneficiar y como pueden preservar su vida y la vida del niño, para que son las vacunas, yo veo que están preparados ellos (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés). Bueno la interculturalidad sus características serian primero en tomar en cuenta el punto de vista que tiene la comunidad frente a la salud, poder organizar juntos y tomar decisiones respecto al manejo mismo de la institución para guiarla a un destino, tercero esta todo esto que es la organización con las autoridades, elegir un representante de salud dentro de la comunidad para que sea la voz de los pacientes que vienen al centro de salud en este caso, entonces esos aspectos que incluye la política SAFCI (C.S. 3 de Mayo – Red Corea). Una característica seria que tengamos acceso a diferentes culturas, otra característica, el lenguaje, ósea conozcamos el lenguaje (C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes). La cosmovisión están viendo, ven como es su pensar el alaxpacha, ankapacha, manquapacha, por ejemplo yo sé un poquito más porque yo hago música, yo hago música autóctona y en música autóctona se tienen ya establecidos los tiempos que instrumentos se tiene que tocar en cada época, por ejemplo ahora es épocas de lluvia, se toca, tarkas, pinquillos, moseños, más que otras cosas, en cambio cuando es la época de vientos se toca, sikus, italaques, kantus, es diferente por eso es que entiendo un poco más de eso, y ahora en salud hay que ver mucho, porque sigue habiendo tabús y estamos viendo como rivales a los de medicina tradicional cuando deberían ser nuestros aliados, en Laja por lo menos yo tenía una señora que se llamaba Carlota ella era la partera ella me decía “Doctora yo he atendido este parto y así ha sido”, entonces yo le daba un cuadernito y ahí ella registraba, bueno ella no sabía escribir, pero se lo registraba, me decía “doctora, este parto ha sido en tal fecha, ¿ha venido a vacunarse?”, y le preguntaba ¿de qué comunidad es?, entonces buscaba y aquí hace falta (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios). Respetar sus costumbres, lo que creen, no contradiciéndoles o negándoles y no hacerles caso en esa parte en cuanto a salud, y de acuerdo a eso nosotros podemos explicarle… , nosotros podemos apoyar en esa parte diciéndole de que si es una herida cerrada y si no hay cortes se puede hacer eso, respetando esa parte, pero no así si es una herida abierta, entonces en esa parte entendería yo más que todo sus actitudes, en esa parte (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios). Por la nueva ley que han sacado de no racismo han logrado que por lo menos las etnias que no eran antes reconocidas salgan a flor y que por intermedio de esas etnias han logrado de que se pluralice la población,	Dentro la percepción sobre las principales características de la intercultural dentro de las políticas de salud, en el entendido de la incorporación de esta temática intercultural, dentro del marco legal y normativo del Estado Plurinacional de Bolivia, y por ende en el Sector Salud, se tiene consideraciones que van desde el reconocimiento de su marco legal hasta las acciones estratégicas y operativas de su implementación. Se hace referencia a un trato igualitario para todo paciente, sin que haya ningún tipo de discriminación, como a tomar en cuenta el punto de vista que tiene la comunidad frente a la salud y así poder organizar juntos y tomar decisiones. También se entiende la diversidad sobre la cosmovisión de acuerdo a nuestra plurinacionalidad. Además de identificar acciones operativa que hacen a su implementación en salud como es la formación de médicos especialistas en SAFCI, la articulación y complementariedad con la medicina tradicional y la conformación de la estructura social en salud como son los comités locales de salud por cada barrio. En alguna referencia se la identifica a la Política SAFCI como una moda, a lo cual hay la necesidad de sumarse para estar acorde al discurso vigente.

	entonces esto nos ha conllevado a que salgan de estas ciertas características que se tienen que tomar en cuenta para apoyar en la atención a una respectiva área basada en la parte normativa del ministerio (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios). Eso mismo está queriendo hacer el SAFCI, está queriendo meterse a formar los COLOSAS, eso también es difícil, nosotros hemos tratado de involucrarlos a todos yo he tratado de hacer eso porque bueno la política dice así, hay que ayudar a los COLOSAS, el secretario de salud, pero muchas veces los COLOSAS no están bien preparados, si hay algunos que están preparados que pueden hacer la gestión,… entonces tenemos tantas culturas, pero yo creo que falta educación, … (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios). Lo que es interculturalidad en sí, lo que es intersectorialidad, lo que es integralidad y lo que es la participación comunitaria en la toma de decisiones (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios). Su marco teórico son cuatro principales intersectorialidad, integralidad, interculturalidad y participación social estas con la , prevención, promoción…, cuatro pilares fundamentales de la política que yo creo que como personal de salud hemos intentado siempre estar dentro de eso y ahora como la política SAFCI está tan de moda, se diría que tiene que haber ese respeto de la culturalidad, de integrarnos de tratar de comprender a la comunidad, pero no ha sido así (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).	

OE 4: Determinar que se entiende por prestar atención integral intercultural a partir de su rol como personal médico de primer nivel de atención.

Las categorías contempladas son percepciones:

Acciones de atención integral intercultural

PREGUNTAS:

7.- ¿Que propondría usted para prestar una atención integral intercultural, a partir de su rol como médico de su primer nivel de atención?

TEÓRICO	EMPÍRICO	DIÁLOGO TEÓRICO-EMPÍRICO
El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de	De que haya promoción porque ahora se está haciendo promoción, pero que haya más promoción porque a veces es inaudito que por ejemplo venga una paciente y diga “hay aquí había habido un centro de salud y yo no sabía que había un centro de salud” entonces hay muchas personas que todavía no están integradas se podría decir y tampoco tienen conocimiento donde están los centros de salud, que son los centros de	El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la

manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio. [12]	salud, pese a que ahora ya tenemos los médicos de "mi salud" que están haciendo una visita domiciliaria, …(C.S. Santiago Primero – Red Boliviano Holandés). Muchos años he sido directora, eso era hace un año y medio o dos que ya no soy entonces el problema que yo he tenido como médico director tiene una falla, por ejemplo el médico director, tiene la función de hacer la parte de atención y la parte de administración, entonces no me daba tiempo para la atención y ese era mi problema y en cualquier momento nos llamaban a reunión lo ideal sería que en todo centro de salud siempre haya en el turno de la mañana para acompañar al médico director otro médico, para que no haya ese vacío que existe porque de pronto nos llamaban a reunión y de pronto teníamos que dejar, o de pronto nos decían "queremos en media hora esta información ", entonces tenía que dejar de atender para hacer la información…, por ejemplo teníamos que cubrir hasta 30 fichas y ahora como los médicos SAFCI están, entonces ellos un poco ya captan y la gente ya acude a ellos la sobrecarga no es tanta para nosotros, otra propuesta seria que siempre nos capaciten, pero eso de la capacitación también es un problema porque tenemos que dejar la fuente de trabajo y ahí es que se crea malestar en la población (C.S. Villa Exaltación – Red Boliviano Holandés). Lo primero poder coordinar con las autoridades para ir desarrollando la política SAFCI como tal, por ejemplo, se ha pensado en implementar en el caso en que yo trabajo en maternidad, los cuartos que estén adecuados para la parte cultural…, en cuanto para poner en práctica la política misma sino también se tiene que implementar los recursos humanos por ejemplo, capacitar al personal de salud en cuanto a la política misma SAFCI y bueno más que todo eso y también la participación de los médicos en forma activa en capacitaciones que puedan mostrar una mejor orientación para encaminar mejor la política SAFCI (C.S. 3 de Mayo – Red Corea). Bueno, como médico, siempre he tenido el deseo de salir a comunidad, ir a conocer mi área detenidamente, más o menos como están trabajando los doctores de "mi salud", visitar a las familias, conocer detenidamente toda esa familia, que personas componen, pero el ámbito geográfico es amplio entonces desearíamos que los rebajaran esa población y ese espacio, para nosotros tener conocimiento así dominaríamos todo y ya haríamos una atención más personalizada, ya conoceríamos a nuestros pacientes ya no nos quedaríamos encerrados en los centros de salud, esperando a que lleguen, porque ese esperar también nos dificulta el conocimiento y	enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio[13], de acuerdo a esto los servicios de salud debe asumir un cambio en su forma atención, centrando su trabajo en la familia, teniendo como espacios no solo el establecimiento de salud, sino también la comunidad o barrio. Según lo anterior el personal médico de primer nivel de atención, a partir de su contexto local debe determinar que se entiende por prestar atención integral intercultural, ya que de acuerdo a las diferentes realidades de nuestro País, el entendimiento de una atención integral intercultural debe adecuarse. De acuerdo lo que se refiere a las entrevistas se entiende por prestar atención integral intercultural a partir de su rol como personal médico de primer nivel de atención, en su mayoría hace referencia a contar con el recurso humanos (institucionalizado) necesarios para una adecuada atención integral intercultural, otro de los puntos comunes de la contar con educación permanente sobre la Política SAFCI y su componente de atención, para adecuada implementación, además de contar con adecuada

[12] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008

[13] Decreto Supremo Nº 29601 del Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural", de 11 de junio de 2008

	podríamos prevenir como en Cuba,…(C.S. Centro de Referencia Ambulatoria – Red Los Andes). Primero conocer a los que existen en el área y de acuerdo a eso ver si ellos están en la posibilidad de, porque también es un ingreso para ellos, les pagan, pero ver si lo pueden hacer de forma no se ellos quieren que se les retribuya, es un trabajo que requiere retribución económica, pero tal vez hablando podríamos ver la manera de que ellos puedan atender, porque en el SUMI no nos pagan a nosotros por la prestación del parto pero a ellos si les pagan, entonces yo creo que eso hay que trabajar mucho lo económico porque tampoco no pueden estar sin remuneración, sin una recompensa, porque todo trabajo también tiene que ser pagado y para ellos los que hacen es trabajo (C.S. San Roque – Red Lotes y Servicios). Nos falta equipo siempre se ha hablado sobre lo que es parto humanizado, el parto intercultural y demás, creo que son pocos establecimientos en los que se ha hecho, pero aparte de eso yo creo que es primero el equipamiento, y dos respetar como quiere que se le atienda, como cree el paciente que se le pueda brindar mejor atención según sus costumbres, porque de nada sirve tener un equipo así bien implementado para ser intercultural si nosotros como la parte médica o de salud no respetan como quiere ser atendido en el caso de los partos por decirle (C.S. Puerto Camacho – Red Lotes y Servicios). Bueno en tema de infraestructura es una cuestión a largo plazo pero si lo vemos el tema a corto plazo, es integrar a la sociedad misma todas nuestras debilidades que tenemos en primera instancia porque solo conociendo nuestras debilidades vamos a poder abarcar más medios para llegar a la comunidad con lo que tengamos para poder palear lo necesario pero sin embargo por el hecho de tener en primera instancia por ejemplo en mi área el apoyo de los secretarios de salud ha ayudado bastante en el hecho de implementar el mismo programa del SAFCI, el hecho de interactuar con las juntas, con los secretarios de salud, …, que tengamos no solamente la participación de un personal que tenga el interés de que se implemente este tipo de política en nuestra área si no que tengamos el apoyo de las juntas para que se interactué y podamos llegar a mas (C.S. Materno Infantil Lotes y Servicios – Red Lotes y Servicios). Un seguro único, como se ha dicho, que todos estén asegurados, no es posible que a una persona por ejemplo la mamá que el SUMI esta hasta los 5 meses no más a partir de los 5 meses ya la señora tiene que comprarse su medicamento… (C.S. Cooperativa – Red Lotes y Servicios). Que nos den los medios necesarios, los medios adecuados una buena infraestructura, instrumental adecuado, medicamentos e insumos, una capacitación permanente del personal, que el personal este	infraestructura, equipamiento, y financiamiento. En algún caso se plantea la organización de la atención en los servicios de la población que acude a estos. En un caso ve la pertinencia de contar con un seguro único como necesidad para contar con una atención integral intercultural.

	permanentemente en los lugares que les corresponde, no moverlos mucho, estoy de acuerdo con que debería institucionalizarse los puestos, los cargos del personal de salud periódicamente, incrementar los recursos humanos (C.S. Franz Tamayo – Red Lotes y Servicios). Uno seria el apoyo del personal como le decía, cuando el concejo estaba poniendo personal específico para la comunidad, con áreas bien definidas, han logrado bastante por ejemplo las coberturas de tuberculosis había mejor seguimiento, había mejor captación de sintomáticos en la comunidad eso, ahora con el apoyo de los médicos de mi salud abarcan un área geográfica mucho más amplia yo creo que por eso también se ven limitados, cuando concejo nos apoyaba, no nos apoyaba con toda Senkata, que tiene muchas urbanizaciones, …la otra parte es ver flujos de atención en donde el paciente pueda ser atendido pero fuera más organizado, no es que seamos desorganizados pero la afluencia es tan grande que vienen desde temprano a hacer fila…, el tiempo de espera, digamos todos han llegado a las 7 (a.m) pero uno se atiende a las 9 (a.m.)y otro se atiende a las 12 (p.m.) por el numero correlativo de fichas y en Senkata nos llegan las emergencias, antes no habían ginecólogos, entonces atendían partos y se dilataba más la atención de consulta, ahora que ya hay ginecólogo el parto se atiende en ginecología y uno atiende al recién nacido, es una atención más rápida pero igual se va dilatando un poco la consulta entonces el tiempo, el apoyo específico para el trabajo en comunidad, yo creo que nos ayudaría mucho si tuviéramos ese apoyo aunque es un poco más difícil tener más personal (C.S. Senkata 79 – Red Senkata).	

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN O FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL EN EL MARCO DE LA POLÍTICA SAFCI

"IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL EN EL MARCO DE LA POLÍTICA SAFCI, EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE EL ALTO, GESTIÓN 2014 – 2015".

2013

RESUMEN EJECUTIVO

Por medio de la presente propuesta, se busca que en la atención de los servicios de salud del Municipio de El Alto, se tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina tradicional, por medio de la implementación de la atención integral e intercultural en salud en el marco de la Política SAFCI, para esto se propone: Establecer una Atención integral por parte del personal del servicio de salud a la población, Establecer la Atención intercultural en los servicios de salud y la coordinación entre los representantes sociales y de salud de la población, con los responsables de los servicios de salud.

ÍNDICE

	Pagina
Introducción	5
Análisis situacional	7
Situación actual	7
Situación futura	7
Situación deseada	7
Relación de la propuesta con lineamiento de las políticas de salud	8
Análisis de involucrados	9
Contexto o lugar de intervención	11
Objetivo general	14
Objetivo especifico	14
Actividades	14
Indicadores	15
Fuentes de verificación	15
Supuestos	16
Análisis de viabilidad	16
Análisis de factibilidad	17
Impacto esperado	17
Referencias bibliográficas	18
Anexos	19
Análisis de involucrados	20
Árbol de problemas	22

Árbol de objetivos 23

Matriz del marco lógico 24

Mapas de ubicación del proyecto 28

Cronograma 29

Monitoreo y evaluación 30

INTRODUCCIÓN

La salud no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades, ni al completo estado de bienestar bio-psico-social. Se centra integralmente en la determinancia social sobre la enfermedad y la rehabilitación, prevención, promoción y protección. Implica, asimismo, la existencia del vivir bien en su sentido más amplio, por tanto supone un enfoque integral de la salud en el que se vinculan todos los factores relacionados con la calidad de vida y la salud, mediante un compromiso político basado en la justicia social y la no exclusión.

La salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios de nuestro país y de su diversidad: el proceso salud/enfermedad no tiene solamente causas, sino más bien determinantes. Esta conceptualización permite avanzar respecto a la definición que limita a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Por tanto, al asumir la salud como un proceso multidimensional de contradicciones, entre situaciones destructivas y protectoras para la vida y la salud, que son específicas en cada espacio social, con sus características productivas, organizativas, culturales y de relaciones históricas con el medio ambiente, que se dan en momentos concretos e interdependientes de clase social, género y cultura, se la entiende 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.

Los determinantes de la salud son factores que, en diferentes grados de interacción, determinan el estado de salud individual y colectiva de la población. En este marco, se asume que el proceso salud/enfermedad no tiene causas, sino determinantes sociales, políticas, educativas, alimentación, vivienda, de género, agua y servicios básicos, económicas, culturales y ambientales.

A partir de la consideración de las determinantes, la salud está concebida bajo el principio de integralidad, es decir como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades, de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la Constitución Política del Estado Plurinacional.

La política SAFCI plantea una nueva forma de hacer salud, priorizando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y riesgos. Busca que

la persona, la familia y la comunidad tengan una atención de salud que no solo vea la enfermedad de la persona, sino su relación con la familia, con la comunidad y su entorno.

Los componentes de la SAFCI: La atención integral intercultural en salud y la gestión participativa y control social, se implementan de manera indivisible, en complementariedad y reciprocidad con la medicina tradicional ancestral de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

En cuanto a la atención de salud, en el establecimiento de salud el personal debe brindar una atención integral e intercultural de calidad con capacidad resolutiva. Garantiza la confianza de la persona, familia y comunidad hacia el servicio. En las comunidades se deben desarrollar servicios de prevención, procesos de promoción de la salud. Y promover la movilización social para actuar en la problemática social.

La atención no debe estar solo bajo la responsabilidad de un médico, sino de un equipo de profesionales en salud y del área social.

En cuanto a la gestión de la salud (toma de decisiones), la organización social de las comunidades rurales y urbanas son parte de la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud en un proceso de empoderamiento que alcanza a las organizaciones y movimientos sociales en todos los niveles de la gestión estatal (nacional, departamental, municipal, IOC y de las regiones autónomas).

Las instancias creadas y en desarrollo actual son la estructura social en salud: Autoridades Locales de Salud, Comités Locales de Salud, Consejo Social Municipal, Consejo Social Departamental y Consejo Social Nacional. Los ámbitos de deliberación intersectorial son los Ampliados/reuniones/asambleas/cabildos locales, Mesa de Salud Municipal, Asamblea Departamental y Asamblea Nacional de Salud. Estas instancias están en proceso de implementación a partir del año 2008 cuando se emitió el Decreto Supremo 29601.

El Municipio de El Alto, se encuentra en el Departamento de La Paz, tiene un población de 988.143 habitantes, con 50 establecimientos de salud públicos de primer nivel y 3 de segundo nivel, donde se hace necesario implementar acciones para la satisfacción de la población en la atención en salud, en ese sentido se propone con la presente propuesta trabajar en diferentes actividades operativas para lograr la calidad en la atención de los servicios de salud por medio de la implementación de la atención integral intercultural en el marco de la política sanitaria del País que es la SAFCI.

ANÁLISIS SITUACIONAL

Situación actual

La implementación de la Política SAFCI, en el Municipio de El Alto, a partir de la promulgación del Decreto Supremo 29601 del 11 de junio de 2008, desarrollo diferentes acciones de implementación por parte de los actores institucionales en salud como son el Ministerio de Salud y Deportes, el Servicio Regional de Salud de El Alto y el Gobierno Municipal de El Alto, fortaleciendo sobre todo el componente de gestión participativa y control social en salud de la SAFCI, ya que en la actualidad todos los servicios de salud cuentan con su comité local de salud y un consejo social municipal de salud fortalecido, sin embargo el componente de atención integral intercultural no tuvo un avance significativo a la fecha, siendo que la atención en salud que realizan los 50 establecimientos de salud de primer nivel y sus 3 hospitales de segundo nivel, es contantemente cuestionada por la población y sus organizaciones sociales, donde predomina las quejas sobre sobre los recursos humanos, infraestructura y equipamiento, para que brinden una atención integral a la personas de acuden a los servicios y una atención en el marco de la interculturalidad, es así que mientras no se dé una solución a partir de entender que se requiere dar una atención pertinente idónea, no se dará una respuesta estructural al problema, esta repuesta debe partir de un trabajo conjunto del personal de salud con los actores institucionales y sociales a partir de un propuesta de implementación de una atención integral e intercultural en salud.

Situación futura

En el caso de continuar esta situación en la atención de los servicios de salud, se acumulara el descontento por parte de la población, que con el tiempo se convertirá en una demanda social.

La no respuesta a las demanda de la población por una mejor atención salud, generar una pérdida de credibilidad en los recursos humanos de los servicios de salud y de las instituciones responsables de velar por la salud de la población de El Alto.

Situación deseada

Con la implementación de la presente propuesta, se busca brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina tradicional, teniendo una atención integral e intercultural en los establecimientos de salud, donde se establezca una atención integral por parte del personal del servicio de

salud a la población, además de la atención intercultural con servicios de salud con adecuación intercultural de infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención en coordinación entre los representantes sociales y de salud de la población.

RELACIÓN DE LA PROPUESTA CON LINEAMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

De una manera ejemplar de elaboración de políticas públicas, la salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI) fue construida analizando las experiencias locales exitosas de gestión de la salud y proyectos de salud implementados a nivel nacional.

La base teórica conceptual aborda críticamente los modelos sanitarios y su sustento paradigmático, desde la atención primaria de la salud hasta los criterios de los determinantes sociales de la salud. Los insumos mencionados fueron ordenados y presentados a consideración de los actores sociales de todo el país, quienes aportaron la terminología propia y la nomenclatura de la salud familiar comunitaria intercultural.

Aportaron en su construcción las orientaciones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo y el paradigma del vivir bien. Para el año 2008 la SAFCI ya figuraba en una norma nacional y en el año 2009 con la aprobación de la Constitución Política del Estado, la SAFCI se transforma no solo en una política sectorial sino en una política de Estado.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) hace cumplir la Constitución Política del Estado, y se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y Plan de Desarrollo Sectorial, que tiene el objetivo principal de garantizar la inclusión y acceso universal a la salud, reconociendo que este es un derecho político, social, económico, cultural y ambiental, de todas las bolivianas y todos los bolivianos, donde los problemas de salud se resolverán en la medida en que se tomen acciones sobre sus determinantes a partir de la corresponsabilidad de los actores en la toma de decisiones sobre la atención de salud, mediante la gestión participativa; en el marco de la reciprocidad y complementariedad con todas las medicinas de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino, Comunidades Interculturales y afro bolivianas.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que complementa y articula recíprocamente a los médicos académicos y tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos vivo, en base a sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.

La SAFCI, cuenta con un enfoque familiar, porque se constituye en el nexo entre los servicios de salud con las personas y familias de la comunidad o barrio, a partir de la realización de visitas familiares, en las que se desarrollan procesos de promoción de la salud, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades. Se responsabiliza de un número determinado de familias.

La SAFCI cuenta con un enfoque comunitario pues reconoce y fortalece las formas organizativas de la población (Ayllus, Tentas, Markas, Capitanías, cabildos indígenas, sindicatos, Juntas Vecinales, Tierras Comunitarias de Origen, autonomías de acuerdo a la estructura y organización territorial del Estado, según la CPE) que le permiten interactuar con los servicios de salud en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución administración y seguimiento control de las acciones de salud y el abordaje de las determinantes: educación, tierra, territorio, agua, producción, vivienda, justicia, defensa y otras, mediante la imprescindible participación intersectorial.

La SAFCI cuenta con un enfoque intercultural porque busca una relación simétrica de poder entre la medicina académica y la medicina de las naciones y pueblos indígena, originario, campesino, comunidades interculturales, afro bolivianas, a partir del desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de manera integral e intercultural, donde ambas medicinas se complementan recíprocamente.

ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

Son los grupos u organizaciones que tienen intereses a favor o en contra de la propuesta y que a través de sus actitudes o acciones, pueden influir para el éxito o el fracaso del mismo. De acuerdo a los objetivos de la propuesta se seleccionaron grupos u organizaciones que tienen un interés particular en la atención en salud del Municipio de El Alto y que pueden movilizar recursos para alcanzar los resultados de alguna forma. Dentro de los actores involucrados dentro del proyecto están, equipo de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, otros técnicos y profesionales), personas y familias que son parte del área de salud de los servicios de salud, representantes de las comunidades y barrios del Municipio de El Alto, estructura social en salud del Municipio del El Alto, Autoridades Políticas Municipales, ONGs que trabajan en el Municipio y médicos tradicionales. A continuación presentamos el análisis de involucrados realizado para la propuesta:

Grupos	Intereses	Problemas Percibidos	Recursos y Mandatos
Equipo de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, otros técnicos y profesionales)	Contar con una fuente de trabajo dentro de su formación	Quejas contantes de los pacientes por causas no justificadas	Responsabilidad como parte del sector salud en brindar una atención de calidad
Personas y familias que son parte de área de salud de los servicios de salud.	Tener servicios de salud con atención de calidad	Maltrato por parte del personal del servicio de salud	Derecho a la salud, como mandato de la CPE y las leyes y normas vigentes
Representantes de las Comunidades y barrios del Municipio de El Alto	Realizar el control social de los servicios de salud, sobre todo al personal de salud.	Dificultades para coordinar con los responsables de los servicios de salud	Ejercicio de la Participación y control social, que es parte del mandato de la CPE y las leyes y normas vigentes.
Estructura social en salud del Municipio del El Alto	Ejercer participación y control social a los servicios de salud	Quejas constantes de sus bases por el servicio que se da en los establecimientos de salud.	Ejercicio de la Participación y control social, en el marco de la Política SAFCI
Autoridades Políticas Municipales	Ver por la administración y el funcionamiento de los servicios de salud	Quejas de la población por la atención en los establecimiento de salud	La competencia municipal en salud, descrita en la Ley marco de autonomías y descentralización.

ONGs que trabajan en el Municipio	Velar por el cumplimiento de sus objetivos que justifican su financiamiento y funcionamiento	Apoyo escaso de las instituciones y representantes sociales en las acciones en salud que realizan	Delimitación de funciones en el marco de los Convenios interinstitucionales con instancias del Estado
Médicos Tradicionales	Contar con acreditación o reconocimiento dentro del sistema de salud	Ausencia de la articulación de los médicos tradicionales con el personal de salud	Inclusión de la medicina tradicional en el sistema de salud como mandato de la CPE y las leyes y normas vigentes relacionadas al tema.

CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN

La ciudad de El Alto es la más alta y joven de Bolivia. Se posa sobre la planicie altiplánica acompañada por los majestuosos nevados andinos. Es la cuarta sección de la Provincia Murillo del Departamento de La Paz, tiene un población de 848.840 (INE 2012), una superficie de 387,56 km2 (38.756 has), donde 40,24 por ciento (15.596 has) corresponde al área urbana y el 59,76 por ciento (23.160 has), al área rural, según información proporcionada por el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto.

La urbe limita al norte y al este con el municipio de La Paz, al sur con los municipios de Viacha y Achocalla, y al oeste con los municipios de Laja y Pucarani.

La ciudad de El Alto es un mosaico diverso, complejo y a la vez estratégico. Geográficamente, a partir de su fundación en 1988 está dividida en 14 distritos, cuya composición poblacional se caracteriza desde su origen por la migración aymara, principalmente, y también minera, quechua y de otras ciudades y regiones del país.

Desde su nacimiento presenta un crecimiento acelerado, lo cual la convierte en un lugar altamente dinámico generacional, social, cultural y económico.

Estas características incluyen la complejidad lingüística, pues las poblaciones migrantes preservan su idioma materno en sus relaciones familiares y sociales, pero usan el castellano para sus actividades laborales, comerciales y estudiantiles.

El Alto presenta un alto componente productivo a nivel de industrias instaladas, como también de los pequeños talleres familiares y microempresariales, al mismo tiempo, una gran parte de la población realiza actividades de comercio y servicios en ferias y mercados permanentes e itinerantes.

La población alteña posee una densa red de organización que puede ser, territorial a través de las más de 600 juntas vecinales, laboral a través de los gremios y sindicatos, y social con clubes de madres, grupos de jóvenes y otros.

En cuanto al territorio alteño, éste se constituye en una realidad estratégica, históricamente, ese factor fue reconocido por los líderes aymaras Túpac Katari, Bartolina Sisa y Gregoria Apaza, entre otros, quienes desplegaron un gran cerco al centro colonia de La Paz en 1781. Después, la ciudad fue punto de la articulación ferroviaria.

En el periodo reciente es el punto de conexión interdepartamental, interprovincial e internacional con la sede de gobierno, el cual permite el transporte terrestre y el comercio y circulación de productos. Además, la ciudad cuenta con el Aeropuerto Internacional y bases militares.

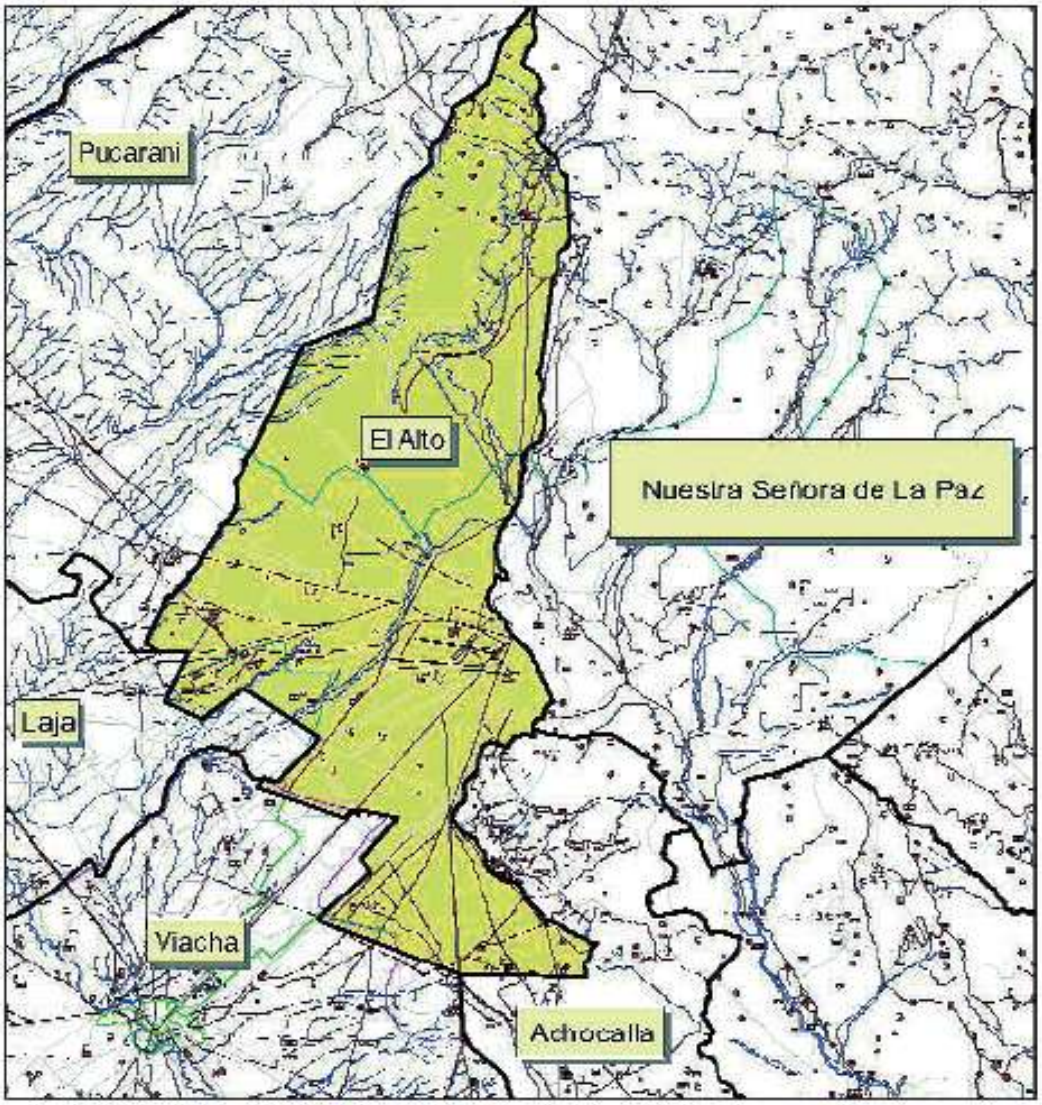
En relación a indicadores sociales, por ser una ciudad relativamente nueva, gran parte de la población aún no tiene acceso total a servicios básicos de calidad. En el caso de la salud y la educación, la cobertura también presenta deficiencias.

A nivel político, la tradición y experiencia de varios grupos migrantes y de sectores emergentes ha convertido a la ciudad de El Alto en un referente de lucha e insubordinación desde el año 2003, momento desde el cual se han generado movimientos sociales que han cuestionado los efectos negativos del modelo neoliberal y del régimen político de la democracia representativa.

La medicina tradicional tiene una importancia especial en el contexto alteño porque reivindica diversas prácticas medicinales, además de enfoques y

conocimientos acumulados destinados al diagnóstico, al tratamiento y la prevención de varias enfermedades.

Las personas que ofrecen esos servicios utilizan plantas, animales y minerales que se aplican individualmente o de forma combinada con el objetivo de ayudar a mantener el equilibrio del bienestar psicosomático del organismo humano (Gobierno Municipal de El Alto, 2008).



FUENTE: GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE EL ALTO (2011)

OBJETIVO GENERAL

Implementar una atención integral e intercultural en los establecimientos de salud del Municipio de El Alto en la Gestión 2014 – 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Establecer una Atención integral por parte del personal del servicio de salud a la población

2.- Establecer la Atención intercultural en los servicios de salud

3.- Coordinar entre los representantes sociales y de salud de la población, con los responsables de los servicios de salud

ACTIVIDADES

1.1.- Socialización al personal de salud la Política SAFCI.

1.2.- Elaboración en consenso un plan de trabajo de implementación de la atención integral en los servicios de salud y en los domicilio de las familias a cargo

1.3.- Socialización del plan de trabajo de implementación de la atención integral los representantes sociales e institucionales para su fortalecimiento.

2.1.- Capacitación del personal de salud en interculturalidad y salud.

2.2.- Establecimiento de espacios de intercambio de sentires, conocimientos saberes y practicas locales en salud entre el personal de salud y la población.

2.3.- Adecuación intercultural de infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención.

2.4.- Implementación de referencia - contra referencia y atenciones conjuntas entre la medicina académica y tradicional.

3.1.- Identificación de organizaciones sociales del municipio.

3.2.- Seguimiento a la situación de la conformación y funcionamiento de la estructura social en salud en el municipio.

3.3.- Establecimiento del espacio de deliberación intersectorial de la gestión participativa en salud con actores sociales e institucionales para fortalecer la implementación del proyecto.

INDICADORES

De Propósito:

Implementado el componentes de atención integral e intercultural en los servicios de salud del Municipio

De Componentes:

Componente 1

% de personas que acudieron al servicio de salud que refieren una atención integral

% de familiar que recibieron atención integral del personal de salud en su domicilio

Componente 2

% de servicios de salud con adecuación intercultural de infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención.

% de personas que acudieron al servicio de salud que refieren una atención con respeto de sus sentires, conocimientos saberes y practicas locales en salud.

Componente 3

Numero de reuniones de coordinación

FUENTES DE VERIFICACIÓN

- Instrumentos de caracterización de establecimiento de salud en el marco de la política SAFCI
- Entrevistas semi estructuradas
- Encuestas de satisfacción
- Actas de acuerdos y compromisos
- Listas de participación de talleres y reuniones
- Documento de plan de trabajo de implementación de la atención integral
- Documentos sistematizados de conclusión de los espacios de intercambio
- Instrumento de registro de referencia - contra referencia y de atenciones conjuntas entre la medicina académica y tradicional

- Instrumento de registro
- Actas o documento de conformación

SUPUESTOS

De Propósito:

Implementar una atención integral e intercultural en salud en los establecimientos de salud

Supuesto: El personal de salud ve la necesidad de brindar una atención integral intercultural en salud

De Componentes:

1.- Establecer una Atención integral por parte del personal del servicio de salud a la población.

Supuesto: El personal de salud entiende que la salud no solo es que la persona no tenga enfermedad.

2.- Establecer la Atención intercultural

Supuesto: El personal de salud entiende que para brindar una atención de calidad, además de la capacidad resolutiva debe reconocer las fortalezas del respeto de sus sentires, conocimientos saberes y practicas locales en salud.

3.- Coordinar entre los representantes sociales y de salud de la población, con los responsables de los servicios de salud

Supuesto: La población ve necesario el organizarse para ejercer la participación y control social en salud, como medio para obtener una atención integral e intercultural.

ANÁLISIS DE VIABILIDAD

Sobre este criterio sustentamos la legitimidad y posibilidad de ejecución de la propuesta en la población destinataria y su entorno social y político, tomando en cuenta los supuestos que se han formulado para conocer aquellos factores externos que repercute en el proyecto, que podría impedir o permitir su ejecución. Es así que los objetivos y actividades a realizar para alcanzarlos no presenta contradicciones con los valores, normas, costumbres y principios de la población en la cual se va a ejecutar.

De acuerdo al análisis realizado para su diseño y formulación responde a las expectativas, necesidades e interés de la población del Municipio de El Alto. En términos de organización existente para su ejecución, permite que la propuesta logre importantes niveles de sostenibilidad en el mediano y largo plazo.

En términos general la propuesta es aceptable en el entorno socio político cultural en el cual las relaciones de coordinación existentes y los intereses diversos de los involucrados no impidan el desarrollo y el logro de los objetivos propuestos.

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

En los aspectos técnicos propios la propuesta, es factible para llevar a cabo las actividades necesarias hacia el logro de los objetivos definidos, debido a que es una necesidad el dar respuesta a la problemática de la atención en los establecimiento de salud del Municipio de El Alto, es así que la propuesta cuenta con una reconocida necesidad de dar respuestas concretas, por parte de los actores sociales e institucional.

Debido a que la propuesta cuenta con un enfoque intercultural es sus acciones, es que se toma como premisa el incorporar las construcciones culturales propias de las personas en su contexto, tomando en cuenta en cada acción, los valores, normas, costumbres y principios asumidos.

IMPACTO ESPERADO

Sobre este criterio hace referencia al cambio principal que esperamos alcanzar con la ejecución de la propuesta, como es el brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina tradicional, esto por medio de Implementar una atención integral e intercultural en salud en los establecimientos de salud del Municipio de El Alto. Por lo que, el impacto suele hacerse visible y factible de medir luego de concluido la ejecución de la propuesta o también después de un tiempo de haber finalizado su intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009, entró en vigencia el 7 de febrero de 2009
- Decreto Supremo Nº 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.
- Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, Ley N° 031 de 19 de julio de 2010
- Ministerio de Salud y Deportes; Documento técnico estratégico – Salud Familiar Comunitaria Intercultural; Publicación 171; 3ª. Edición; La Paz Bolivia; Victoria; 2011.
- Ministerio de Salud y Deportes; Guía de procedimientos de la Gestión Participativa Local en Salud; Publicación 141; La Paz Bolivia; Prisa; 2009.
- Ministerio de Salud y Deportes; Guía de procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud; Publicación 159; La Paz Bolivia; Prisa; 2009.
- Ministerio de Salud y Deportes; Documento técnico estratégico _ Versión didáctica – Salud Familiar Comunitaria Intercultural; Publicación 304; 1ª. Edición; La Paz Bolivia; Victoria; 2013.
- Plan Nacional de Desarrollo.
- Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”, (Resolución Ministerial Nº 889, de 11 de agosto de 2010).
- V. Estrada; Marco legal, Derecho a la salud y la responsabilidad del Estado - Ministerio de Salud y Deportes – Residencia Medica SAFCI - Dossier Bibliográfico; 1ra edición; La Paz Bolivia; Amaru; 2011.
- Atlas de El Alto; Estudio con información estadística, descriptiva y analítica, sobre las condiciones, oportunidades e institucionalidad de la población y la ciudad; Gregoria Apaza; 2011.
- Información institucional del SERES El Alto.

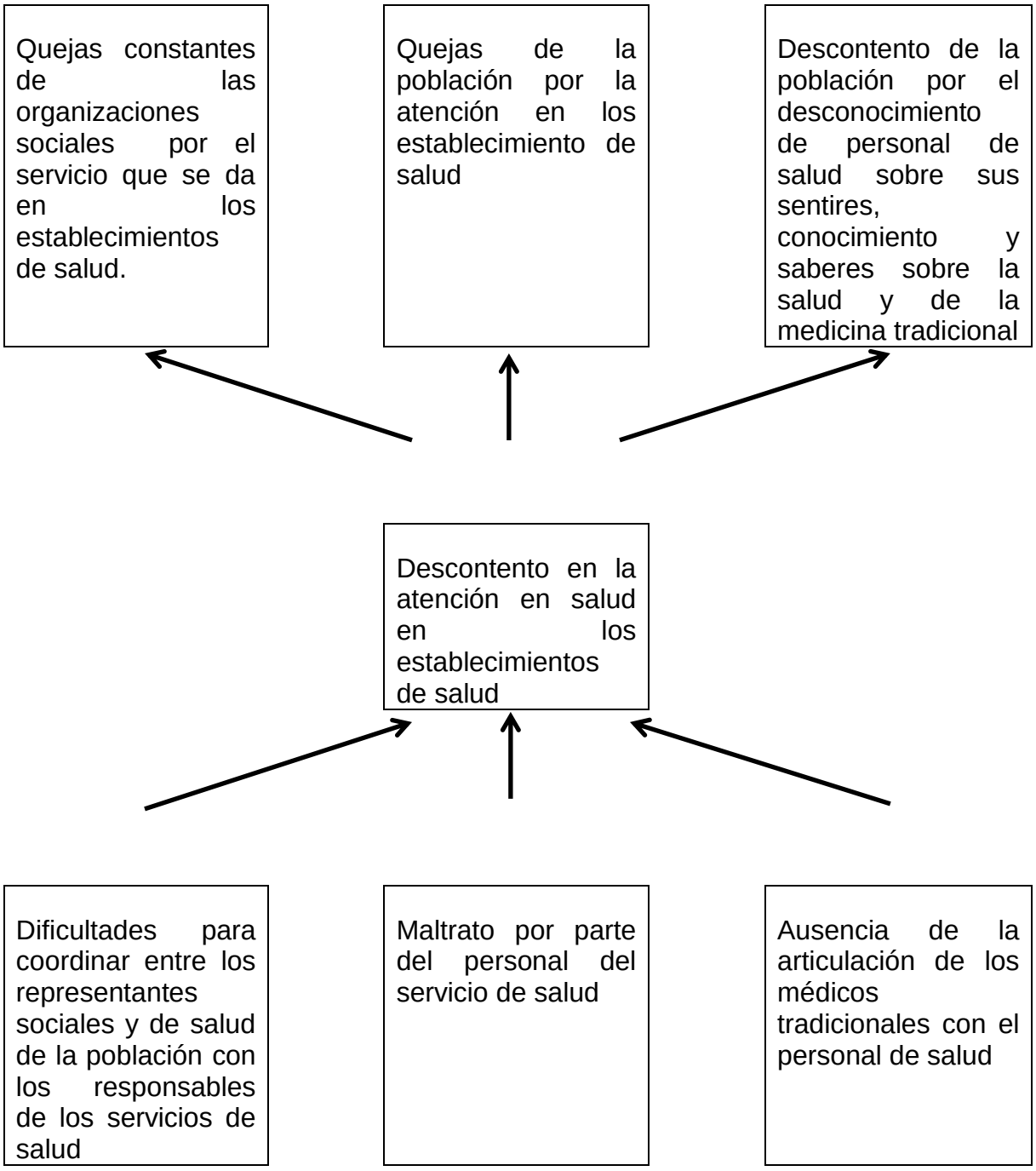
ANEXOS

ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

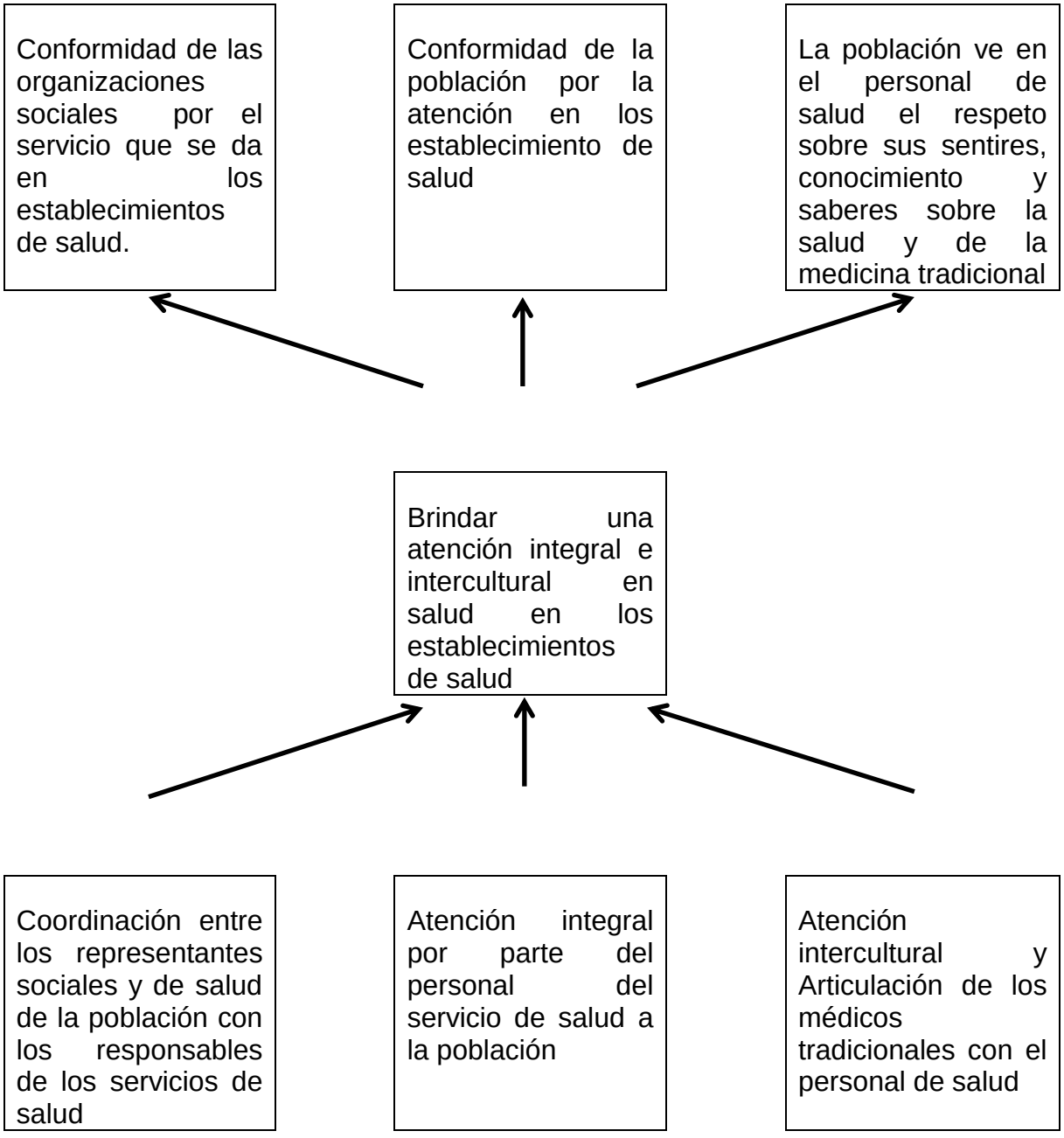
Grupos	Intereses	Problemas Percibidos	Recursos y Mandatos
Equipo de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, otros técnicos y profesionales)	Contar con una fuente de trabajo dentro de formación	Quejas contantes de los pacientes por causas no justificadas	Responsabilidad como parte del sector salud en brindar una atención de calidad
Personas y familias que son parte de área de salud de los servicios de salud.	Tener un servicios de salud con atención de calidad	Maltrato por parte del personal del servicio de salud	Derecho a la salud, como mandato de la CPE y las leyes y normas vigentes
Representantes de las Comunidades y barrios del Municipio de El Alto	Realizar el control social de los servicios de salud, sobre toda al personal de salud.	Dificultades para coordinar con los responsables de los servicios de salud	Ejercicio a la Participación y control social, que es parte del mandato de la CPE y las leyes y normas vigentes.
Estructura social en salud del Municipio del El Alto	Ejercer participación y control social a los servicios de salud	Quejas constantes de sus bases por el servicio que se da en los establecimientos de salud.	Ejercicio a la Participación y control social, en el marco de la Política SAFCI
Autoridades Políticas Municipales	Ver por la administración y el funcionamiento de los servicios de salud	Quejas de la población por la atención en los establecimiento de salud	La competencia municipal en salud, descrita en la ley marco de autonomías y descentralización.
ONGs que trabajan en el Municipio	Velar por el cumplimiento de sus objetivos que justifican su financiamiento y funcionamiento	Apoyo escaso de las instituciones y representantes sociales en las acciones en salud que realizan	Delimitación de funciones en el marco de los Convenios interinstitucionales con instancias del estado

Médicos Tradicionales	Contar con acreditados o reconocimiento del sistema de salud	Ausencia de la articulación de los médicos tradicionales con el personal de salud	Inclusión de la medicina tradicional en el sistema de salud como mandato de la CPE y las leyes y normas vigentes relacionadas al tema.

ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

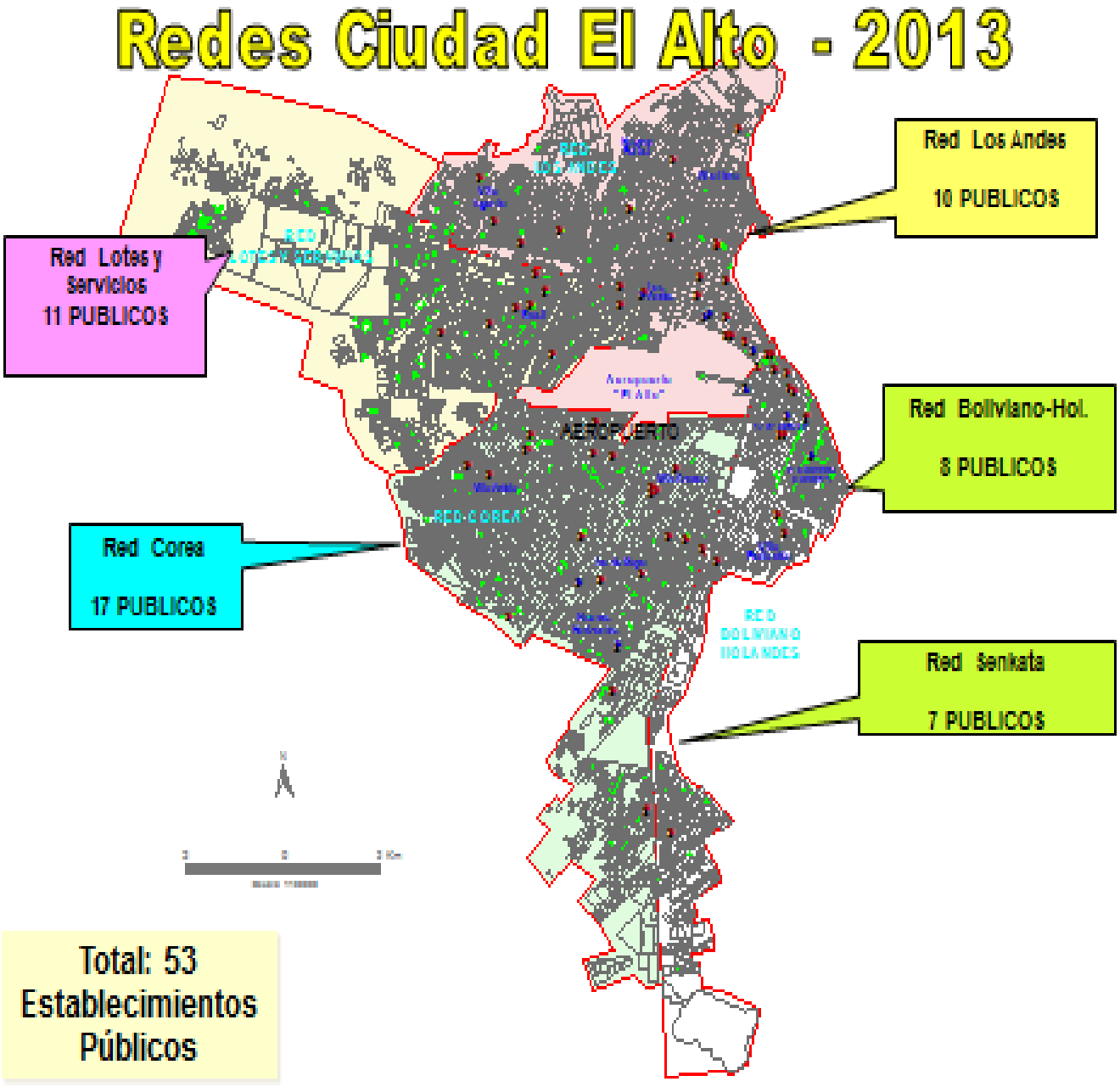
	Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin	Brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina tradicional			
Propósito	Implementar una atención integral e intercultural en salud en los establecimientos de salud	Implementado el componentes de atención integral e intercultural en los servicios de salud del Municipio	Instrumentos de caracterización de establecimiento de salud en el marco de la política SAFCI	El personal de salud ve la necesidad de brindar una atención integral intercultural en salud
Componentes	1.- Establecer una Atención integral por parte del personal del servicio de salud a la población	% de personas que acudieron al servicio de salud que refieren una atención integral % de familiar que recibieron atención integral del personal de salud en su domicilio	Entrevistas semi estructuradas Encuestas de satisfacción Instrumentos de caracterización de establecimiento de salud	El personal de salud entiende que la salud no solo es que la persona no tenga enfermedad.
	2.- Establecer la Atención intercultural	% de servicios de salud con adecuación intercultural de infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención. % de personas que acudieron al servicio de salud que refieren una atención con respeto de sus sentires,	Entrevistas semi estructuradas Encuestas de satisfacción Instrumentos de caracterización de establecimiento de salud	El personal de salud entiende que para brindar una atención de calidad, además de la capacidad resolutiva debe reconocer las fortalezas del respeto de sus sentires, conocimientos saberes y practicas locales en salud.

		conocimientos saberes y practicas locales en salud.		
	3.- Coordinar entre los representantes sociales y de salud de la población, con los responsables de los servicios de salud	Numero de reuniones de coordinación	Actas de acuerdos	La población ve necesario el organizarse para ejercer la participación y control social en salud, como medio para obtener una atención integral e intercultural.
Acciones	1.1.- Socialización al personal de salud la Política SAFCI	Numero de talleres realizados % de personal de salud que participo de la socialización	Listas de participación de talleres	El personal de salud tiene predisposición de participar de la socialización
	1.2.- Elaboración en consenso un plan de trabajo de implementación de la atención integral en los servicios de salud y en los domicilio de las familias a cargo	Un plan de trabajo de implementación de la atención integral	Documento de plan de trabajo de implementación de la atención integral	Personal de salud con el compromiso de implementar el plan de trabajo de implementación de la atención integral
	1.3.- Socialización del plan de trabajo de implementación de la atención integral los representantes sociales e institucionales para su fortalecimiento.	Número de representantes sociales que conocen el Plan. Número de representantes institucionales que conocen el Plan.	Listas de participantes a reuniones. Actas de acuerdos y compromisos	Representantes institucionales muestran voluntad política de fortalecimiento del plan.
	2.1.- Capacitación del personal de	Numero de talleres realizados	Listas de participación de	El personal de salud tiene

salud en interculturalidad y salud.	% de personal de salud que participo de la capacitación	talleres	predisposición de participar de la capacitación
2.2.- Establecimiento de espacios de intercambio de sentires, conocimientos saberes y practicas locales en salud entre el personal de salud y la población.	Numero de espacios institucionales de intercambio de sentires, conocimientos saberes y practicas locales en salud. Numero de espacios comunitarios de intercambio de sentires, conocimientos saberes y practicas locales en salud.	Documentos sistematizados de conclusión de los espacios de intercambio Listas de participantes	El personal de salud reconoce las limitaciones y medicina académica en el marco de la interculturalidad
2.3.- Adecuación intercultural de infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención.	% de establecimiento de salud con Adecuación intercultural	Instrumentos de caracterización de establecimiento de salud	Las autoridades municipales brindar el financiamiento para la Adecuación intercultural de los servicios de salud en coordinación con el personal de salud.
2.4.- Implementación de referencia - contra referencia y atenciones conjuntas entre la medicina académica y	Número de acciones de referencia y contra referencia entre la medicina académica y tradicional	Instrumento de registro de referencia - contra referencia y de atenciones conjuntas entre la medicina	El personal de salud y los médicos tradicionales reconocen las limitantes y fortalezas de la medicina

	tradicional	Número de atenciones conjuntas entre la medicina académica y tradicional	académica y tradicional	académica y tradicional.
	3.1.- Identificación de organizaciones sociales del municipio	Numero de organizaciones sociales	Instrumento de registro Actas de acuerdos	Organizaciones sociales del municipio ven de prioridad apoyar acciones en salud
	3.2.- Seguimiento a la situación de la conformación y funcionamiento de la estructura social en salud en el municipio	% de Comités Locales de salud (de acuerdo a la Política SAFCI) identificados	Instrumento de registro Actas o documento de conformación Actas de acuerdos	La estructura social en salud ejerce su rol en la participación y control social de acuerdo a la política SAFCI
	3.3.- Establecimiento del espacio de deliberación intersectorial de la gestión participativa en salud con actores sociales e institucionales para fortalecer la implementación de la Propuesta.	Un espacio de deliberación intersectorial de la gestión participativa en salud establecido	Actas o documento de conformación Actas de acuerdos Listas de participantes	Actores sociales e institucionales manifiestan su voluntad para fortalecer la implementación del proyecto por medio de gestionar su financiamiento.

MAPAS DE UBICACIÓN DE LA PROPUESTA



CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Trimestre							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.1.- Socialización al personal de salud la Política SAFCI	X							
1.2.- Elaboración en consenso un plan de trabajo de implementación de la atención integral en los servicios de salud y en los domicilio de las familias a cargo		X						
1.3.- Socialización del plan de trabajo de implementación de la atención integral los representantes sociales e institucionales para su fortalecimiento.			X					
2.1.- Capacitación del personal de salud en interculturalidad y salud.		X						
2.2.- Establecimiento de espacios de intercambio de sentires, conocimientos saberes y practicas locales en salud entre el personal de salud y la población.			X	X				
2.3.- Adecuación intercultural de infraestructura, equipamiento y procedimientos de atención.			X	X	X	X	X	X
2.4.- Implementación de referencia - contra referencia y atenciones conjuntas entre la medicina académica y tradicional				X	X	X	X	X
3.1.- Identificación de organizaciones sociales del municipio		X						
3.2.- Seguimiento a la situación de la conformación y funcionamiento de la estructura social en salud en el municipio	X							
3.3.- Establecimiento del espacio de deliberación intersectorial de la gestión participativa en salud con actores sociales e institucionales para fortalecer la implementación de la Propuesta.			X	X	X	X	X	X

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se considera para la presente propuesta una evaluación según su ubicación temporal (evaluación previa, simultánea, final y posterior) debido a que se desea realizar un proceso de implementación de atención integral e intercultural. Esta evaluación continua nos servirá para analizar lo que se ha estado realizando y lo que se realizara en un futuro y en base a las observaciones y sugerencias realizadas al mismo, donde se tomara en cuenta los resultados de cada evaluación de forma que estos puedan contribuir a la continua mejora de la propuesta.