

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



**“SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRESTACION DE
SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS INTRA Y
EXTRAHOSPITALARIOS EN LA RED COREA, EL
ALTO 2017”**

**Postulante: Richard Valentín Quisbert Laura
Tutor: Msc. Carlos Tamayo Caballero**

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

**La Paz – Bolivia
2017**

CRÉDITOS

Nombre Completo	Cargo en la Red Corea de El Alto
Dr. Félix Inta Espejo	Coordinador Técnico Red Corea
Téc. Juan Aliaga Vilca	Administrador Red Corea
Lic. Eva Canaviri Mita	Responsable Salud Pública
Lic. Dunia Chavarría	Trabajadora Social Distrito 2
Lic. Ruth Silva	Trabajadora Social Distrito 3 y 12
Lic. Sofía Poma Calle	Responsable Nutrición
Sr. Marcos López	Responsable Estadística
Sra. Bárbara Pinto Gonzales	Apoyo Técnico
Sr. Marco Mamani	Apoyo Técnico
Sr. Reynaldo Alavi	Rep. Seg. Públicos GAMEA

DEDICATORIA

A mi familia:

A mi madre: Sra. Irma Petrona

A mis hermanos: Yurgueth, Dieter, Sandro, Verónica y Zorayda

A mi esposa: Reyna

A mis hijos: Gustavo y Rodrigo

Por ser fuente de inspiración en mi superación personal y
Profesional.

“Ayúdame, que yo te ayudaré” (Jesús).

AGRADECIMIENTOS

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

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

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

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

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

Muchas gracias.

Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas

APS	Atención Primaria de la Salud
COMUSA	Consejos Municipales de Salud
COLOSAS	Consejos locales de salud
CPE	Constitución Política del Estado
D.S.	Decreto Supremo
DIMUSA	Dirección Municipal de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
MOF	Manual de Organización y Funciones
ONGs	Organización No Gubernamentales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDS	Plan de Desarrollo Sectorial
PDM	Planes de Desarrollo Municipal
PEI	Plan Estratégico Institucional
PES	Plan Estratégico de Salud
POA	Plan Operativo Anual
POAi	Plan Operativo Anual individual
REFISS	Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SALMI	Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SIAL	Sistema de Información y Administración Logística
SICE	Sistema de Información Clínico-Estadístico
SICOFS	Sistema Informático de Control Financiero en Salud

SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministro
SOAPS	Software de Atención Primaria en Salud
SOREH	Software de Recursos Humanos en Salud
SSCP	Seguridad Social de Corto Plazo
SSR	Salud Sexual y Reproductiva

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	13
2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	15
2.1. Antecedentes	15
2.2. Justificación	21
3. MARCO TEÓRICO.....	22
3.1. Evolución del concepto de salud.....	22
3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud	24
3.3. El actual sistema boliviano de salud	24
3.4. Los procesos históricos de evolución de la Red de Salud...	28
3.5. Marco Legal Boliviano en Salud	30
3.6. Las Redes de Salud	34
3.6.1. Funciones de la Red	35
3.6.2. Componentes de la Red de Salud.....	36
3.6.3. Principios de la Red de Salud	37
3.6.4. Puerta de Entrada al Sistema de Salud	39
3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS	40
3.8. La Política Nacional SAFCI dentro del modelo operacional de la Atención Primaria en Salud (APS)	45
3.9. La Política Departamental respecto a las Redes de Salud	48
3.10. La Política Municipal con respecto a Redes en Salud.	53
3.11. La Atención Primaria de Salud y las Redes Funcionales Integradas De Servicios De Salud.....	55
3.12. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI.....	57
3.12.1. Las Redes Funcionales Integradas de Salud (REFFIS)	57
3.12.2. Planificación Municipal Participativa en Salud	58
3.12.3. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud.....	58
3.12.4. Atención Integral y Continua.....	61
3.12.5. Capacidad Resolutiva	61
3.12.6. Sistema Nacional de Referencia y Contra Referencia	61
3.12.7. Medicina Tradicional.....	63

3.12.7.1. Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y Afroboliviano	64
3.13. Servicios médicos especializados	66
3.13. Servicios médicos especializados en Bolivia	75
3.14 CRIDAICC.....	79
3.15 Medicina Basada en la evidencia	80
3.16 Indicadores	82
4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	93
5. CONTEXTO DE LA RED	95
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	117
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	119
8. OBJETIVOS	119
8.1. Objetivo General	119
8.2. Objetivos Específicos	120
9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	120
9.1. Técnica de Recolección de Datos	120
9.2. Estructura del Instrumento	121
9.3. Composición del Instrumento	121
9.4. Proceso de Relevamiento de Datos y Análisis	122
9.5. Proceso Investigativo	123
9.6. Contexto.....	126
9.7. Mediciones	126
10. RESULTADOS	131
11. DISCUSIÓN	135
12. CONCLUSIONES	139
13. RECOMENDACIONES	140
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
15. ANEXOS.....	152

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura del Sistema de Salud	25
Tabla 2. Los Procesos Políticos Nacionales	29
Tabla 3. Redes De Salud Municipal	31
Tabla 4. Articulación de las políticas . Plan de Desarrollo Municipal “La Paz 2040”	55
Tabla 5. Población por Distritos.Municipio el Alto.....	12300
Tabla 6. Necesidades básicas insatisfechas.El Alto 2012.....	12504
Tabla 7. Lugares de consulta de la población de El Alto.....	104
Tabla 8. Indicadores sociodemográficos del Depto. La Paz, 2012.....	105
Tabla 9. Indicadores de Salud, Municipio El Alto 2016.....	106
Tabla 10. Estructura de Establecimientos de Salud, El Alto 2015.....	..107
Tabla 11. Población de la Red Corea por Distritos 2016.....	109
Tabla 12. Coberturas de Salud, Red Corea 2016.....	..111
Tabla 13. Establecimientos de 1er. Nivel, Red Corea 2016.....115
Tabla 14. Recursos Humanos Red Corea 2016.....116
Tabla 15. Diagrama de alertas.....123
Tabla 16. Matriz de problemas ,causas y soluciones.....	.125
Tabla 17. Indicadores acceso a servicios especializados, Red Corea116
Tabla 18. Indicadores Servicios ambulatorios extra hospitalarios, Red Corea.....123
Tabla 19. Indicadores práctica clínica basada en evidencias ,Red Corea.....	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organización del Sector Salud.....	19
Figura 2. Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud	27
Figura 3. Relación fragmentación y desempeño de los servicios de salud .	41
Figura 4. Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud.....	52
Figura 5. Distritación Municipal y extensión territorial de El Alto.....	95
Figura 6. Pirámide poblacional, Municipio El Alto 2016.....	99
Figura 7. Crecimiento mancha urbana, Municipio El Alto.....	101
Figura 8. División político-administrativa, Red Corea 2016.....	109
Figura 9. Pirámide poblacional, Red Corea 2016.....	110
Figura 10. Establecimientos de salud por nivel de atención.....	113
Figura 11. Proceso investigación participativa.....	124
Figura 12. Acceso a servicios médicos especializados, Red Corea.....	130
Figura 13. Servicios ambulatorios extra hospitalarios, Red Corea.....	132
Figura 14. Práctica Clínica Basada en evidencias.....	133

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Índice de Desarrollo Humano de Bolivia.....103

Gráfico 2. Isócrona, Red Corea 2016.....114

ÍNDICE DE ANEXOS

- A 01** Propuesta de Modificación de REFISS Atributo 4
- A 03** Formulario REFISS validado por el SEDES
- A 05** Indicadores Atributo 4.Resultado final.
- A 07** Matriz de problemas y soluciones
- A 08** Plan de acción. Red Corea 2017
- A 11** Matriz: Consolidación de acciones estratégicas .Red Corea.
- A 14** FODA. Red Corea 2017
- A 15** Plan de acción por atributo. Red Corea 2017
- A 21** Tabla: Asignación de recursos por competencias.
- A 22** Mapa general. Municipio del Alto.
- A 23** Tabla: Indicadores demográficos de El Alto
- A 24** Croquis de Establecimientos de Salud. Red Corea 2017
- A 25** Tabla: Dirección de Establecimientos Salud. Red Corea 2017
- A 28** Fotografías del trabajo de campo en la Red Corea
- A 32** Certificación de Autoridades del Hospital Corea
- A 33** Certificación de Gerencia de la Red Corea.

RESUMEN EJECUTIVO

”SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS INTRA Y EXTRAHOSPITALARIOS EN LA RED COREA, ALTO LA PAZ 2017”

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, efectuado en la Red Corea de El Alto entre los meses de febrero a junio del 2017 con el propósito de: Determinar la situación actual de la prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la Red Corea de El Alto La Paz.

Por tratarse de una investigación acción participativa, fue necesario cumplir con las siguientes fases o etapas: Fase de Negociación con las Autoridades del SEDES La Paz y la Red Corea, Fase de capacitación, Fase de validación del instrumento, Fase de recolección de datos, Fase de análisis y finalmente la fase de elaboración del plan.

Para este propósito se utilizaron instrumentos y matrices de formularios validados por la OMS/OPS, Ministerio de Salud y el SEDES La Paz; la estructura de la encuesta tenía tres niveles: a) ámbitos, b) atributos y c) indicadores.

Los resultados obtenidos muestran que el promedio general de variables cumplidas referido a la prestación de servicios especializados intra y extra hospitalarios (atributo Nro 4 Red funcional de servicios de salud) sobre 100 puntos es de **47.1, ubicándose dentro de la franja roja que representa Emergencia**, al ser una condición no deseada, requiere una intervención inmediata para revertir las deficiencias encontradas en la presente tesis.

La prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz durante el primer semestre de la gestión 2017 no es óptimo, esta problemática se exagera por la falta de coordinación entre las Autoridades involucradas que dependen del Ministerio de Salud, Gobernación de La Paz, Municipio de El Alto, Gerencia de Red, Directores de los Establecimientos de Salud que están dentro de la Red y Organizaciones locales de la Red Corea. Es necesario realizar gestiones ante las Autoridades correspondientes para mejorar la asignación presupuestaria para la Red Corea.

Palabras claves: Red funcional de servicios de salud, servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios.

1. INTRODUCCIÓN

El entorno socio económico del continente sudamericano, entre los que se encuentra nuestro país, está caracterizado por la inequidad y la exclusión social, persistiendo esta vulnerabilidad a nivel de los estratos bajos y medios.¹

Ante este panorama, los sistemas de salud cumplen con la obligación de resolver los dilemas de salud pública vinculados con la pobreza; a su vez deben afrontar los desafíos emergentes de la modificación demográfica y el perfil epidemiológico de transición que se expresa en la coexistencia de patologías pertenecientes al sector de las causas infecciosas y parasitarias, así como en el conjunto de enfermedades crónico degenerativas.²

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

En tal sentido la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) han propuesto la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como un reto prioritario que busca resolver la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud, para lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos de la región a estos servicios.¹

De acuerdo con esta iniciativa, las RISS son el paraguas organizacional bajo el cual todos los prestadores de servicios de salud brindan atención a una población, de manera complementaria, eficiente, efectiva, garantizando la continuidad de la atención en el sistema y cubriendo el ciclo de la vida con calidad, ética y resolutivead.³

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

ⁱ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

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

El objetivo fundamental de las REFISSⁱⁱⁱ es el desarrollo y la construcción de las redes funcionales y de este modo contribuir a mejorar la calidad de vida y el Vivir Bien de las personas, las familias y la comunidad entera, a través de un sistema de salud que resuelva los problemas oportunamente, aliado con una comunidad que promueve la participación de todos en el logro de su bienestar.⁴

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

Los resultados obtenidos reflejan todos aquellos aspectos que requieren mejora, las fortalezas y el grado de prioridades que los tomadores de decisión deben otorgar a los hallazgos para implementar acciones concretas en sus planes operativos.⁵

La legislación vigente establece que el gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud, es el garante de la salud y su mandato fundamental es contribuir de forma efectiva a la protección social y garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Según el artículo 18º de nuestra Carta Magna⁶ aprobada en el año 2009, todos los bolivianos tienen derecho a la salud y al mismo tiempo esta suprema norma determina que la salud es un fin y una función esencial del Estado.

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

ⁱⁱ Atención Primaria en Salud

ⁱⁱⁱ Redes Funcionales de Servicios de Salud

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

Por tanto, el objetivo de esta tesis es Determinar la situación actual de la prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz.

La planificación de personal médico especializado no es sencilla para la ciudad de el Alto; por el contrario, es una tarea de gran complejidad técnica, administrativa, académica y financiera. Para ello se emplean enfoques y métodos de planeación modernos, integrales y en ocasiones sofisticados, a fin de lograr la convergencia entre la oferta de médicos especialistas y la demanda de servicios médicos especializados.

Esta tarea reviste gran importancia debido a que nos permite el enfoque integral de las necesidades poblacionales en salud y la resolución conjunta de las mismas propiciando la inclusión social en favor de la población boliviana.

2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Antecedentes

La salud, entendida como bienestar biopsicosocial, está determinada, en gran medida, por el nivel de desarrollo alcanzado por un país en el ámbito económico, político - social y de salud pública. No se trata de un fenómeno exclusivamente individual ni depende solamente del trabajo de los sistemas de salud, pues comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana.⁷

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales^{iv}, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de

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

Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina “factores determinantes básicos de la salud” y señala que son los siguientes: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género.⁸

Por estos motivos se hace necesaria la concertación de diversos mecanismos sociales que generan los procesos de salud y enfermedad, muchos de los cuales están fuera del alcance directo del sector de la salud y difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del sector o por cualquier otro sector de manera aislada.

Ello adquiere mayor relevancia cuando el objetivo es reducir las inequidades en salud, dado que hacer frente a ellas implica abordar los determinantes sociales de la salud.

En este sentido, considerando la realidad nacional y el contexto social boliviano, el once de junio de dos mil ocho, se promulgó el Decreto Supremo N° 29601⁹ que establece que el modelo de atención y de gestión en salud es el de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

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

Asimismo, bajo la premisa de “Movilizados por el derecho a la salud y a la vida para Vivir Bien”, la máxima autoridad sanitaria representada por el Ministerio de Salud dispuso fortalecer las redes de salud, en sus dos elementos primordiales: la Red Municipal SAFCI, que constituye la matriz geomorfológica del territorio y la Red de Servicios que representa la noción funcional - espacial, tomando en cuenta que entre sus finalidades se tienen la conformación de conjuntos de talentos humanos,

^v Salud Familiar Comunitaria Intercultural

capacidades y habilidades de las personas, tanto del personal técnico de salud como de los pacientes, sus familias y las comunidades de las que ellos forman parte.

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

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

Esta normativa contempla que la política SAFCI, se transforme en el factor ordenador del fragmentado sistema de salud boliviano en los niveles tanto local, municipal, departamental y nacional bajo la conducción del Ministerio de Salud.

Por lo cual el 21 de noviembre de 2008, la máxima autoridad en salud emite la Resolución Ministerial N° 1036 que aprueba la Norma Nacional de Redes Municipales de Salud -SAFCI y Redes de Servicios¹⁰ de cumplimiento obligatorio y puesta en práctica también por los Servicios de Salud de los gobiernos sub nacionales sean municipales o de la gobernación respectiva.

Este gran esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud, con la finalidad de recuperar su rol rector, amplía los alcances de la normativa pues incorpora a los establecimientos de la Iglesia Católica y la medicina tradicional; estos últimos, que desde el 6 de marzo del año 2006 tienen un Viceministerio encargado de los temas relacionados a su condición.¹¹

Continuando el proceso de descentralización iniciado en la década del 90, con la promulgación de la Ley de Marco de Autonomías “Andrés Ibáñez”¹² se ha

estructurado de diferente manera el sector salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

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

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

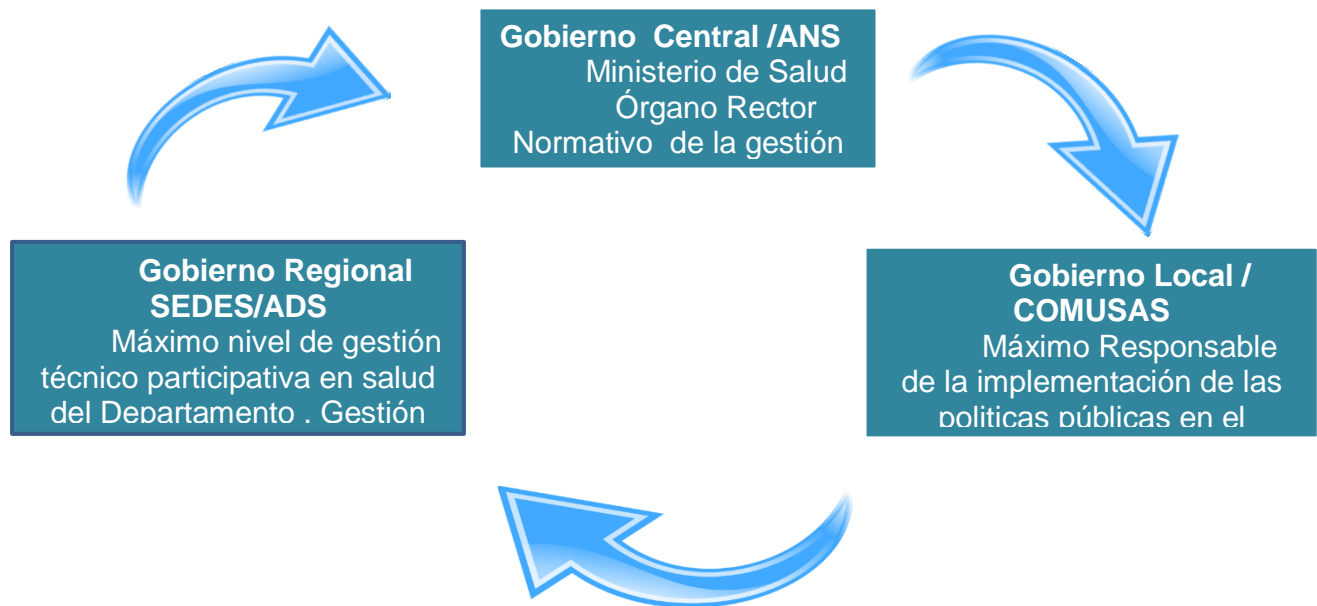
Del mismo modo los municipios son los responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria, mismas que son supervisadas por los Consejos Locales de Salud (COLOSAS), Consejos Municipales de Salud (COMUSAS) o la Autoridades Locales de Salud (ALS), en el que participan de representantes de los diversos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

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

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

^{vi} Servicio Departamental de Salud

Figura 1. Organización del Sector Salud



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

Re elaboración: En base a información de la Dirección de Investigación e Información Municipal – Programa de Análisis e Investigación Estratégica Municipal, con fuente en Ley Marco de Autonomías y Descentralización N° 031

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

Todos estos actores establecen tres tipos de Redes de Salud, la primera es la Red Municipal SAFCI, conformada por los centros de primer y segundo nivel de

^{vii} Organismos No Gubernamentales

prestación de servicios de salud, el cual es dirigido por el Coordinador de Red que es nombrado por el respectivo SEDES^{viii}.

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

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

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

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

En este entendido la dinámica, la estructura, las funciones e iniciativas, la capacidad de sus miembros, la eficiencia en la resolución de las dificultades, la calidad de la prestación de servicios de salud, la planificación participativa con la sociedad civil y la transparencia en el ejercicio de funciones, son aspectos que permitirán a cada Red lograr verdaderas transformaciones de las condiciones de salud de la población.

Bajo la dirección de los SEDES, las Coordinaciones de Red están obligadas a generar capacidades, áreas políticas y estrategias de concertación con los diversos

^{viii} Servicio Departamental de Salud

actores del sector salud y la sociedad civil para cumplir con un mandato constitucional y garantizar el derecho a la salud.

2.2. Justificación

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

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

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

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

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

Consecuentemente, mediante la aplicación de una herramienta validada para medición del atributo 4 del REFISS, la presente tesis contribuye a analizar aspectos inherentes a:

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

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Evolución del concepto de salud

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization,

Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.¹³

Para el investigador Echeverri (2006) la salud es: *“un derecho cardinal que abarca la esfera del ámbito individual, público y social, por lo tanto es transversal a todos los intereses y necesidades de los distintos habitantes agrupados que buscan la protección social del estado a través de la eficiente y equitativa prestación de servicios de salud, como tiene una alta vinculación con la dignidad humana pero fundamentalmente con la vida, los diversos actores reclaman su participación en la toma de decisiones sobre la utilización y destino de los recursos públicos”*¹⁴ .

Por tanto si comprendemos que la salud es un medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esta sería como la condición sine qua non, que favorece el desarrollo del potencial humano de cualquier persona. Las teorías antropológicas ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad.¹⁵

Bajo esta nueva conceptualización de la salud, las RISS impulsadas por la OPS “reflejan un interés renovado por la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región”.¹⁶

En Bolivia desde el 2006 con la elaboración del Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2006-2010 y bajo la consigna de “Movilizados por el derecho a la salud y la vida”, las autoridades de salud tienen la finalidad de velar por el pleno ejercicio del derecho a la salud, como parte de las garantías constitucionales, planteando desmercantilizar la salud para lograr un verdadero cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, a través de la estrategia de las redes de salud.¹⁷

En esta misma filosofía, la sociedad ha ido asumiendo roles cada vez más protagónicos buscando un estado de bienestar integral, universal e incluyente que

garantice el cumplimiento pleno de este derecho, para mejorar su vida y en síntesis para Vivir Bien.

3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud

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

3.3. El actual sistema boliviano de salud

El Sistema Nacional de Salud, es “el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud”¹⁸, su organización de acuerdo a la capacidad resolutive se refleja tres niveles de atención:

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

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

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

servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente traumatología.

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

En la siguiente Tabla es posible observar los diferentes componentes del Sistema Público de Salud en Bolivia y sus principales funciones y atribuciones, comenzando desde el nivel central hasta los gobiernos municipales y locales que participan en el Sistema de Salud.¹⁹

Tabla 1. Estructura del Sistema de Salud

INSTITUCIÓN	ROL
Ministerio de Salud	Rector del Sistema de Salud. Elabora la política nacional de salud y las normas nacionales que regulan el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud.
Servicio Departamental de Salud (SEDES)	Nivel máximo departamental de gestión técnica en salud. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, promueve la participación comunitaria y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir las políticas y normas de orden público.
Coordinación de Red en Salud	Articula la política nacional de salud con la política municipal de la Red mediante la asistencia técnica a la elaboración, sistematización y aplicación de la Estrategia de Salud-PDM y POAs
Consejo Municipal de Salud (COMUSA)	Es la máxima autoridad de salud en el ámbito municipal. Es la instancia de dirección que efectiviza el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de su competencia. Siendo su autoridad y competencia intransferibles. Está conformado por: el Alcalde Municipal, el Jefe médico del servicio de Salud y el Comité de Vigilancia.
Gobernación	Formula, aprueba y establece las condiciones para la implementación del Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
Gobierno Municipal	Formula y ejecuta participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.

**Gobierno Autónomo
Indígena Originario o
Campesinos**

Formula y aprueba planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el riesgo, promoviendo la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la norma SAFCI.

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

A su vez, los establecimientos de salud conforman tres distintos tipos de Redes de Salud:¹⁴

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

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

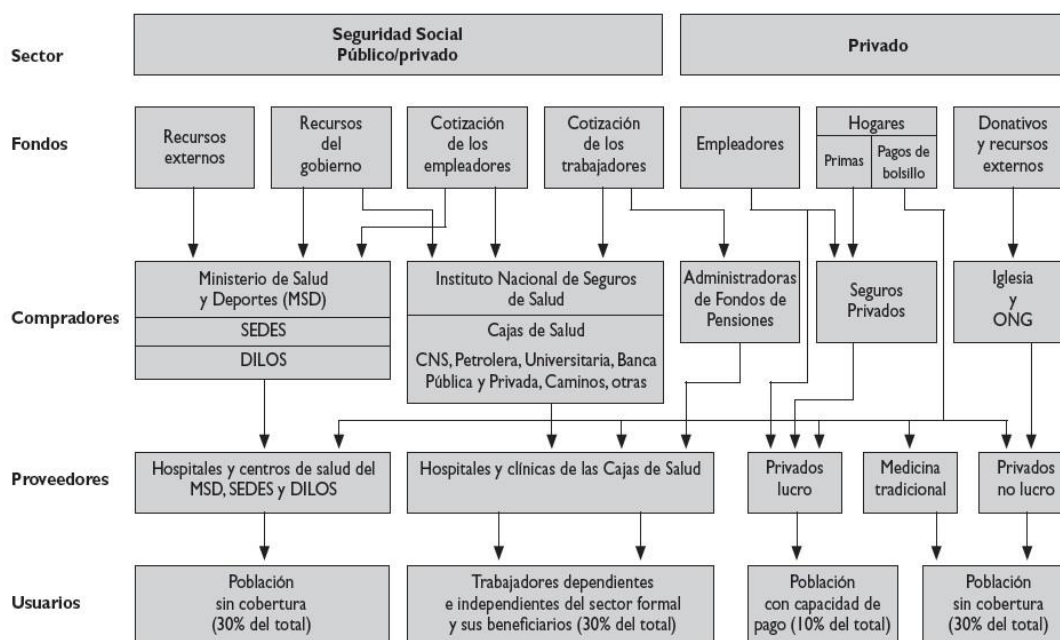
2. La **Red de Salud Departamental**, conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento.

La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el SEDES, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.¹⁹

3. La **Red Nacional** de establecimientos de salud está conformada en total por los 3553 establecimientos de salud de Bolivia, que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONG. De éstos el 92% corresponde al primer nivel de atención (“puestos de salud” y “centros de salud”), el 6,5% al segundo nivel (“hospitales básicos”) y el 1,5% al tercer nivel (“hospitales generales” e “institutos especializados”).¹⁹

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

Figura 2 Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud



FUENTE: Sistema de Salud de Bolivia, Carmen Ledo, 2011¹¹

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

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

Los subsectores público y de la seguridad social de corto plazo atienden además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: el Seguro Integral de Salud, dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años y a las personas mayores de 60 años; y las prestaciones de programas como Tuberculosis, Chagas, Malaria y otros.¹⁹

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones Privadas están constituidos por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia Católica y a productores de salud particulares.¹⁹

El subsector de las ONG's está constituido por establecimientos de salud que ofrecen diferentes servicios con el financiamiento proveniente de recursos externos.¹⁹

Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos provenientes de la coparticipación tributaria, IDH^{ix} municipal y recursos externos.¹⁹

3.3.1. Red de Servicios de concepción funcional

La finalidad de la Red de Servicios es asegurar la capacidad resolutive del sistema, y se encuentra conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; dependientes de los subsistemas: público, seguro de salud a corto plazo y privado, con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la Medicina Tradicional y la Estructura Social en Salud.¹⁰

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

Desde su proclamación en 1978, la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido un tema ampliamente debatido. Su descripción multifacética en la declaración de

^{ix} Impuesto Directo a los Hidrocarburos

Alma-Ata²⁰ es un excelente ejemplo de un compromiso bien elaborado pero ambiguo: tan difícil de repudiar como de acordar para su implementación.

Al mismo tiempo que el atractivo eslogan “Salud para Todos en el año 2000” tuvo una amplia aceptación retórica y el llamado pertinente de la declaración hacia un cambio socio-económico fue ampliamente ignorado.²¹

En el encuentro Iberoamericano de 2007, el presidente español José Luis Rodríguez Zapatero le preguntó a su homólogo boliviano cómo le podía ayudar a mejorar la salud. La respuesta lacónica del primer mandatario Evo Morales “necesito ambulancias”²² reflejaba la necesidad urgente de su país para mejorar el acceso a los servicios de salud pero también pudo haber expresado su incertidumbre acerca de cómo seguir adelante.

En 2006, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia presentó un plan para rediseñar la política sanitaria.²³ Una revisión de tal documento deja ver una fuerte voluntad política y nuevas ideas interesantes: los autores hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos. Sin embargo, también se observan contradicciones evidentes, por ejemplo, mientras el acceso adecuado es eliminado como un determinante clave de la salud, aún es visto como objetivo a seguir.

Tabla 2. Los Procesos Políticos Nacionales

I. La revolución (1952)

Instituye el voto universal, la nacionalización de la minería, la reforma agraria y la reforma educativa. Se inaugura un nuevo periodo en la historia boliviana. La reforma implicó el desplazamiento de la burguesía y con ella el inicio de la participación de los campesinos y proletariados. En 1956 se funda la Seguridad Social. Y la Constitución de 1967 determina que toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad; destacando el derecho a la salud individual y colectiva.

II. El gobierno de la UDP (1983)	Se logró implementar la estrategia de responsables populares de salud que involucro a la comunidad organizada en actividades de prevención; las campañas de vacunación con una participación masiva de la ciudadanía; y el Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS), se hallaba organizado en un contexto regionalizado de servicios, cuyo actor principal es el área de salud, este plan contemplo niveles institucionales de activación, fortificados por las organizaciones populares; el fortalecimiento de los programas verticales; la implementación de los comités populares de salud y la participación social.
III. La descentralización administrativa (1994)	Se desarrolló con las Leyes de Descentralización Administrativa (Nº 1654), de la participación popular (Nº 1551) y de Municipalidades de los Gobiernos Municipales en cuanto a la salud y la participación de la población organizada en las decisiones; así como la generación de una instancia municipal tripartita compuesta por el sector salud, Gobierno Municipal y el Comité de Vigilancia como máxima instancia de gestión en salud.
IV. Procesos políticos de la década (2000)	Los movimiento sociales ocurridos a principios de esta década, así como: la guerra del agua (Cochabamba), octubre negro y motín policial (El Alto – La Paz), recondujeron las políticas del estado. Estos procesos políticos influyeron en las determinantes estructurales de la salud, generando espacios de gerencia pública para el desarrollo de las políticas en beneficio de las poblaciones más excluidas del país. La más importante la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia ^{iError! Marcador no definido.} .
V. Proceso constituyente (2006)	Surge de las demandas sociales que buscan responder al agotamiento y fracaso del modelo neoliberal, a la insurgencia de nuevas propuestas y actores sociales y a la exclusión social, política y económica de las Naciones y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos mediante la refundación del Estado. En salud el proceso constituyente debatió temas relacionados al derecho a la salud, como: el acceso universal, la descentralización y autonomías, la intersectorialidad, la participación y movilización social, la interculturalidad y el financiamiento en salud.

3.5. Marco Legal Boliviano en Salud

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

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

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

Tabla 3 Redes De Salud Municipal

Norma	Año	Propósito
Constitución Política del Estado⁶	2009	Establece las Bases fundamentales del Estado, derechos, deberes y garantías. La Estructura y organización funcional del Estado. En el ámbito de la salud define que: <i>“Toda persona tiene los derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad; así como a la seguridad social”</i>
Código de Seguridad Social	1956	Basado en los principios de solidaridad, universalidad, economía, unidad legislativa y de gestión. Está vinculada con el trabajador bajo el concepto de “Tesis laboral”, es decir, <i>“...la protección de los trabajadores dependientes, sujetos a horario y sobre todo a salario”</i> .
Decreto Ley N° 15629 Código de salud²⁴	1978	Código de Salud: asigna la responsabilidad de la <i>“definición de la política nacional de salud, la norma, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción”</i> . Además, establece la <i>“...regulación jurídica de las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población...”</i> , como parte de sus funciones.
Ley N° 1551 de Participación Popular	1994	Municipaliza el país, redistribuye los recursos económicos de forma proporcional al número de habitantes. Da legitimidad a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), cuya representación se expresa a través de los Comités de Vigilancia, cuyas funciones son fiscalización, planificación participativa y la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades propias de cada región. Se transfiere a título gratuito a favor de los gobiernos municipales, el derecho de propiedad de la infraestructura de los servicios públicos de salud y su mantenimiento.

D.S. 29894 Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional Evo Morales²⁵	2009	Establece la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, así como las atribuciones de la Presidenta o Presidente, Vicepresidenta o Vicepresidente y de las Ministras y Ministros. Define la estructura y atribuciones específicas de los ministerios, entre ellos del Ministerio de Salud.
LEY N° 031 Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”¹²	2010	Define a los Gobiernos Autónomos y sus fines: 1. Promover y garantizar el desarrollo integral, justo, equitativo y participativo del pueblo boliviano, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo nacional. 2. Favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando su diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización. Además, define las funciones en salud de los diferentes niveles del Estado. Entre las competencias a nivel departamental está planificar la estructuración de Redes de Salud Funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política SAFCI.
Ley N° 777 Ley Del Sistema De Planificación Integral Del Estado – SPIE²⁶	2016	Establece el proceso de planificación del desarrollo integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Su ámbito de planificación comprende a las entidades territoriales autónomas, entre ellas a los gobiernos municipales.
DECRETO SUPREMO N.º 24447 - Reglamento de las Leyes N.º 1551 de Participación Popular y N.º 1654 de Descentralización Administrativa²⁷	1996	Determina los criterios para la creación de Distritos Municipales y la asignación de recursos.
Ley N.º 2235 Ley del Diálogo 2000²⁸	2001	Define la distribución de Recursos del Diálogo 2000 para el ámbito de la salud pública.
LEY N.º 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)²⁹	1990	Tiene como objetivo regular los Sistemas de Administración y Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública con el objeto de programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del sector público.

Decreto Supremo N.º 018 1- Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO) ³⁰	2009	Establece los principios, normas y condiciones que regulan los procesos de administración de bienes y servicios y las obligaciones y derechos que derivan de éstos, en el marco de la Constitución Política del Estado ^{Error! Marcador no definido.} y la Ley 1178; y establece los elementos esenciales de organización, funcionamiento y de control interno, relativos a la administración de bienes y servicios.
Decreto Supremo 29601 - Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI ⁹	2008	Tiene el objetivo de contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria, traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud.
R.M. 737 Reglamento de la SAFCI	2008	Establece el proceso de planificación en salud, por el cual los actores sociales, de salud y otros sectores, definen acciones concertadas, partiendo de un diagnóstico de sus necesidades de acuerdo con las determinantes socioculturales y económicas de la población. Pone énfasis en la programación de corto plazo y visión de mediano y largo plazo, en función del Sistema de Planificación en sus respectivos niveles de gestión, teniendo como resultado la incorporación del componente de salud en el plan de desarrollo municipal, departamental y nacional.
LEY 475 - Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia ³¹	2013	Establece y regula la atención integral, la protección financiera en salud de la población de los grupos etarios que no se encuentren cubiertos por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. Determina el acceso a los servicios de salud integral e intercultural. Se define la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud.
LEY N° 1737 - Ley De Medicamento ³²	1996	Regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos, y productos medicinales naturales y tradicionales.
Ley 459 - Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana ³³	2013	Regula el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud. También regula la estructura, organización y funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación; y los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos. Además, promueve y fortalece el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

Ley 223 - Ley General para Personas con Discapacidad ³⁴	2012	El objeto de la presente Ley es garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.
Ley 004 - Ley De Lucha Contra La Corrupción, Enriquecimiento Ilícito E Investigación De Fortunas “Marcelo Quiroga Santa Cruz”	2010	Establece mecanismos, y procedimientos en el marco de la Constitución Política del Estado ⁶ , leyes, tratados y convenciones internacionales, destinados a prevenir, investigar, procesar y sancionar actos de corrupción cometidos por servidoras y servidores públicos y ex servidoras y ex servidores públicos, en el ejercicio de sus funciones, y personas naturales o jurídicas y representantes legales de personas jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras que comprometan o afecten recursos del Estado, así como recuperar el patrimonio afectado del Estado a través de los órganos jurisdiccionales competentes.
Decreto Supremo N° 25233 ³⁵	1998	Establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud. Define la necesidad de impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutoria en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.
Resolución Administrativa Departamental N° 586/2014 - Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de Salud La Paz. ³⁶	2014	Establece la estructura de la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa. Como Visión establece que el SEDES afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de Redes funcionales, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política SAFCI.

3.6. Las Redes de Salud

Las Redes de Servicios de Salud que se define como un conjunto integrado, interconectado e interdependiente de servicios de salud, con una capacidad de resolución, organizada en forma escalonada por niveles de complejidad, con oferta diferenciada y evitando duplicidades existentes en un espacio geográfico

específico. Son responsables de producir un mejor estado de salud para su población.³⁷

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

Su carácter público privilegia el derecho al acceso a los servicios de salud, bajo principios de universalidad, equidad y solidaridad que pretende mejorar la calidad de vida de la población, garantizados por la Constitución Política del Estado.^{¡Error! Marcador no definido.}

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

3.6.1. Funciones de la Red

La Red debe contar con los elementos esenciales para su implementación y puesta en operación, conformando un conjunto de establecimientos y servicios de salud de variados niveles de complejidad, articulados funcionalmente con un esquema apropiado de relación administrativa, con el fin de asegurar la atención de salud y enfermedad, del individuo, la familia y la comunidad, con oportunidad, calidad y calidez, en proporción a la complejidad de la demanda de un ámbito geográfico-poblacional determinado, con la capacidad de expresar una organización apropiada de los servicios públicos, iglesias, ONGs., privados, medicina tradicional y la comunidad organizada, para dar una respuesta a la particular dinámica y expresión de los problemas de la salud de su población.³⁸

Las Redes tienen su propia particularidad, es decir, no todas son iguales; las diferencias están marcadas por la demanda y la oferta de cada una de ellas. Las Redes que se instalan en las áreas rurales y poco desarrolladas, serán distintas de las urbanas y/o urbano-marginales, según tamaño y dinámica poblacional.³⁸

La dinámica social será la que determine las expresiones del proceso salud-enfermedad en la población de un determinado territorio y será esta comprensión la que marque la estructuración eficiente, eficaz, articulada a la capacidad instalada y funcionalmente existente, para brindar atención oportuna y de calidad a los problemas en salud de la población, entonces el concepto de referencia y retorno, se redefinirá a partir de la pregunta: “qué y cuándo referir”, lo cual depende de la oportuna atención, complejidad del daño y capacidad resolutive de cada nivel de atención.³⁸

Cada Red enfrentará un conjunto de problemas particulares, por lo que; se tendrá que desarrollar, potencialidades, capacidades y competencias que serán los medios para asegurar la capacidad resolutive de la Red en la articulación de sus componentes y funciones.³⁸

3.6.2. Componentes de la Red de Salud

La Red debe estar estructurada por seis componentes; recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros, medicamentos e insumos médicos, instrumentos normativos y la participación comunitaria.³⁸

- **Recursos humanos.** El número de personal asignado a la Red, por nivel de atención diferenciado, entre personal de prestación de servicios asistenciales promocionales, preventivos y apoyo administrativo.³⁸
- **Recursos físicos.** Infraestructura, equipamiento, medios de transporte y comunicación. La Red se articula a través de los establecimientos de

salud definidos por niveles de atención en el Modelo de Sanitario, con criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive.³⁸

- **Recursos financieros.** Son los recursos económicos que llegan a cada uno de los establecimientos de salud y que provienen de cuatro fuentes claramente definidas: Tesoro General de la Nación (TGN/Salarios), Municipio T.G.N, reembolsos y pagos por los Seguros Públicos, Cooperación internacional y generación propia por la venta de servicios.³⁸
- **Medicamentos e insumos médicos.** Los medicamentos, suministros e insumos médicos que la Red requiere para garantizar la atención oportuna de sus beneficiarios.³⁸
- **Instrumentos normativos.** Normas, Manuales, protocolos y procedimientos en el área asistencial y administrativo-gerencial; establecidos por los niveles nacional y departamental, para garantizar el desempeño profesional, la productividad y la capacidad de gestión de Red.³⁸
- **Participación comunitaria.** Dentro de la política enmarcada primero en la Ley de Participación Popular y actualmente por disposición de la Política SAFCI, que señala un modelo de atención y un modelo de gestión, se prioriza la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas al accionar de los establecimientos y de los programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, para el mejoramiento de la población y promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.³⁸

3.6.3. Principios de la Red de Salud

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

- **Universalidad**, establecida en la Ley 475 y sus Decretos reglamentarios, así como el acceso universal a los otros programas del MS. Desde el 11 de junio del 2008, el Decreto Supremo N° 29601.⁹
- La **integración de la red de servicios**, que incorpora el análisis de todos los actores institucionales e intersectoriales que trabajan en la prestación de actividades de salud en el Municipio, focalizando las instituciones públicas Seguridad Social, proveedores de salud privados lucrativos y no lucrativos, para estructurarlas y orientarlas en un modelo de atención propio de la Red y el manejo conceptual y operativo de los sistemas de referencia y retorno.⁹
- El acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
La desigualdad en salud es un término empleado comúnmente en algunos países para indicar diferencias sistemáticas, evitables e importantes. Sin embargo, existe cierto tipo de ambigüedad acerca del término, ya que mientras que unos lo emplean para transmitir un sentido de injusticia, otros lo emplean para dar a entender "desigual" en un sentido puramente matemático. A esto se añade el problema de la traducción a algunos idiomas, donde sólo existe un término disponible para traducir tanto "inequality" como "inequity". Para evitar confusión, la OMS ha elegido los términos "equity" (equidad) e "inequity" (inequidad) para la Estrategia Europea de Salud para Todos.
- **Enfoque de salud integral**, que orienta las acciones de salud pública local, incorpora la educación y promoción de la salud, control sanitario del ambiente, protección específica contra enfermedades prevenibles,

detección precoz y prevención de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la rehabilitación.

- **Planificación participativa**, que orienta la gestión compartida con participación de la comunidad popular en salud, para garantizar la presencia de todos los actores sociales en salud en las decisiones que le competen.
- **Continuidad y permanencia**, expresa que la Red de salud garantiza la continuidad de la atención, a través de instrumentos de seguimiento único al paciente en todo el curso de vida y al interior de la Red; asimismo, la Red al tener un centro de referencia de segundo nivel, a través de este garantiza la atención permanente durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

3.6.1. Conformación de Redes De Salud

Los requisitos fundamentales para la conformación de redes de salud son organizar un modelo integrado de asistencia y desarrollar un modelo de gestión, para el logro de un funcionamiento eficaz y eficiente de todo el Sistema Nacional de Salud y con capacidad de resolución.³⁵

3.6.4. Puerta de Entrada al Sistema de Salud

Son variadas las experiencias consistentes en establecer, como puerta de entrada al sistema de servicios de salud, que implica que los médicos generales a los que se responsabilizan por la autorización y coordinación de toda la atención necesaria ("gatekeepers").³⁹

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

En estos sistemas crece la posibilidad de evitar la duplicación, hacer un uso más eficiente de los recursos; además de existir una más clara división entre proveedores de atención primaria ("médico general", "médico de familia") y especialistas.

Se refieren: a) ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema;

b) clarificar la demanda;

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

d) realizar procedimientos diagnósticos de baja complejidad;

e) realizar tratamientos;

f) coordinar con otras disciplinas;

g) realizar tareas de prevención; y

h) registrar la información en historias clínicas unificadas de manera de garantizar la coordinación y la continuidad de la atención prestada⁴⁰.

3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS

La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por ende del bajo desempeño general de los sistemas de salud. Puede generar por sí misma o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos⁴¹, ver Figura 3.

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

innecesario de los costos, los que a su vez disminuyen el nivel de financiamiento del sistema).

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

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

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

Figura 3. Relación entre fragmentación y desempeño de los servicios de salud



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

“En términos de la falta de continuidad asistencial, ésta se manifiesta por ejemplo en la necesidad de tener que visitar múltiples sitios asistenciales y diversos prestadores para solucionar un único episodio de enfermedad. También se puede manifestar por la falta de una fuente regular de cuidado (por ejemplo la falta de un equipo de salud del 1er nivel de atención), o por el extravío de información clínica entre visitas médicas, o por la falta de cuidado a lo largo del tiempo en el manejo de condiciones crónicas. En una encuesta realizada a gestores/prestadores del primer nivel de atención, sólo el 45% de los entrevistados señaló que los pacientes son vistos por el mismo doctor/equipo de salud”⁴¹.

Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico, duplicaciones de las pruebas diagnósticas y llenado de múltiples formas administrativas en cada lugar de atención. Desde el punto de vista de la falta de conformidad de los servicios, ésta se puede manifestar en el énfasis curativo en desmedro de las acciones de fomento y prevención, en el énfasis individual en desmedro de las acciones colectivas y de salud pública, en el trato impositivo y poco amable del personal de salud, o en la indicación de intervenciones no basadas en criterios y conocimiento científico y que no se ajustan a las preferencias culturales y/o de género de las personas.

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

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

orientación familiar, la participación comunitaria y la acción intersectorial, entre otros.⁸

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, pueden definirse como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.⁴²

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

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

1. Modelo asistencial:

- Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
- Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

2. Gobernanza y estrategia:

- Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- Participación social amplia.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

3. Organización y gestión:

- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- Gestión basada en resultados. Asignación e incentivos: financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

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

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

Al mismo tiempo, considera el acceso a la atención institucional en cualquier nivel como una necesidad no satisfecha que debe ser atendida a través de una amplia serie de medidas; entre ellas, mayor integración de la medicina tradicional, la inclusión de trabajadores sociales en los equipos de salud, control de los servicios de salud por organizaciones comunitarias y mejor coordinación de los tres niveles del sistema de salud.

En esta coyuntura la Constitución Política de Bolivia aprobada en 2008, en su (Artículo 18) señala el derecho a la salud que tienen todas las personas y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a los servicios de salud, sin exclusión ni discriminación alguna. También se determina constitucionalmente que el sistema de salud es único, universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Y se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad. A su vez el sistema de salud se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

De esta manera ha sido implementada la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que se constituye en la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia y en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud pues complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.⁴³

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

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

3.8.1. Los principios de la política SAFCI

La **participación social**, entendida como la capacidad de participación real y efectiva del pueblo organizado, mediante su representación legítima, para toma de decisiones en salud sobre la planificación, ejecución-administración, seguimiento-control social de las acciones en salud. Considerar las necesidades y los problemas a través de las representaciones.⁴³

La **interculturalidad**, es la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud.⁴³

La **intersectorialidad**, es la intervención coordinada entre la comunidad organizada y sector salud con otros sectores estatales (agua, vivienda, educación, saneamiento básico y otras), en base a alianzas estratégicas, para actuar sobre los determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad⁴³

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.⁴³

3.8.2. La estrategia de la política SAFCI

La promoción de la salud, que es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien.⁴⁴

Los mecanismos de la promoción de la salud:

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

3.8.3. Los componentes de SAFCI

- **La gestión participativa y control social⁴⁴**, que es la interacción de los actores sociales e institucionales para tomar decisiones sobre las acciones de salud de manera eficiente, armónica y equilibrada, dirigidas a transformar determinantes de la salud, reorientar los servicios de la salud, fortalecer la medicina tradicional y generar hábitos de protección de la salud, a través de la planificación, ejecución-administración y seguimiento-control social, se aplica mediante:
- **La atención integral intercultural en salud**, que es la forma de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de

promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad pertinente y oportunamente con capacidad resolutive de enfoque de red, horizontalmente con respeto y valoración de sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas en el marco de la complementariedad, reciprocidad con la medicina tradicional y se aplica mediante: La aplicación de la estrategia y componentes de la SAFCI, está liderada por la Dirección General de Promoción de Salud, sus unidades, programas y proyectos.⁴⁴

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

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

La estructura política en salud a nivel departamental está establecida por la Ley Integral de Salud N° 475³¹ y la Ley Marco de Autonomías N° 031.12

Previo a la descripción de las mencionadas leyes, es preciso hacer una remembranza de cómo se creó el Servicio Departamental de Salud (SEDES), es así que debemos referirnos al Decreto Supremo N° 25233³⁵, de 27 de noviembre de 1998. El mencionado decreto se creó con el objeto de establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 y las disposiciones vigentes en la materia de salud.³⁶

En la citada norma, una de sus tres consideraciones indica: “que es necesario impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutive en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.”³⁶

En el Capítulo II. Gestión Descentralizada de Salud. Artículo 5º, indica que entre los Principios de Gestión Descentralizada de Salud, se encuentra el inciso c)

que se refiere a la “Organización Operativa por Redes de Servicios. Los servicios de salud se prestan mediante redes, constituidas por establecimientos estructurados por niveles de atención y escalones de complejidad. La red se organiza en base a criterios de accesibilidad geográfica, población y capacidad resolutive. Los establecimientos de la red de servicios se articulan e intercomunican entre si mediante subsistemas y, específicamente mediante el subsistema de referencia y contra referencia. Para conformar una red debe contarse, por lo menos, con establecimientos de primer y segundo nivel de atención”³⁶

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

c) Jefatura de Coordinación Distrital, refiere que “Es responsable de dirigir y asesorar el relevamiento de las **redes de servicios**; normar el proceso de coordinación operativa de los servicios de salud; coordinar con las direcciones distritales, directores de hospitales de función departamental y organizaciones del sector privado los procesos de ampliación de cobertura y mejora de calidad en los servicios; instrumentar el proceso de acreditación, certificación y evaluación de los establecimiento de salud”.³³

Ley 475. Ley de Ampliación de Prestaciones. El objetivo de esta ley es “Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, además de establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.”³¹

La Ley Nº 475 menciona a las Redes funcionales, en su Capítulo II Requisitos para el acceso, prestaciones, capacidad resolutive de los establecimientos de salud, provisión de prestaciones y medios de promoción de la salud. Artículo 5º.- (Registro de beneficiarias y beneficiarios) Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley Nº 475, de

acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud. Artículo 6°.- (Acceso a los servicios de salud integrales e interculturales) El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.”³⁶

En el año 2010, después de que el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, realizó el dialogo departamental “Pacto por La Paz”, donde participaron sectores de desarrollo, organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas, y se definieron 14 estrategias orientadas a consolidar el desarrollo económico, social y político del Departamento, con la participación del gobierno central, departamental y municipal. Para el sector salud, el Pacto determinó el mandato de la “Construcción de una sociedad saludable y productiva”, donde en su 3er lineamiento establece: “Mejoramiento y cobertura de las redes funcionales de servicios de salud (evitando la fragmentación y segmentación de los servicios) en el departamento”³⁶

En fecha 17 de junio de 2014, con la RESOLUCION ADMINISTRATIVA DEPARTAMENTAL N° 586/2014, surge entre otros nueve Manuales de Funciones Individuales, el Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de Salud La Paz.³⁶

El MOF es un instrumento administrativo de carácter operativo, que establece la distribución formal de las diversas partes que integran la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa generalmente aceptados. Se constituye en el documento oficial de referencia, orientación y consulta del personal, respecto de las funciones que deben desempeñar en cada una de las Unidades y Áreas organizacionales.³⁶

Dentro de la VISIÓN del Servicio Departamental de Salud de La Paz, señala que: “Al 2020, el Servicio Departamental de Salud afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de **Redes funcionales**, a

programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI”.³⁶

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

En el Nivel Ejecutivo técnico, de la estructura organizacional del Servicio Departamental de Salud La Paz, se cuenta con la Unidad de Redes de Servicios de Salud.³⁴

No obstante el Nivel Operativo técnico, cuenta con: Área Redes Urbanas y Área Redes Rurales, que dependen de la Unidad de Redes de Servicios de Salud.³³

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

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

- Analizar, aprobar y realizar seguimiento a los planes, programas y proyectos de salud para el desarrollo departamental, presentado por las Redes de Salud, Hospitales, responsables de programas, en el marco del plan estratégico de salud, controlando y evaluando su ejecución”.³⁶
- Requerir informes a dirección sobre la gestión técnica administrativa y a través de él a los responsables de programas, redes y hospitales.³⁶
- Proponer la atención de las demandas y prioridades de las redes, hospitales y unidades desconcentradas de salud³⁶

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

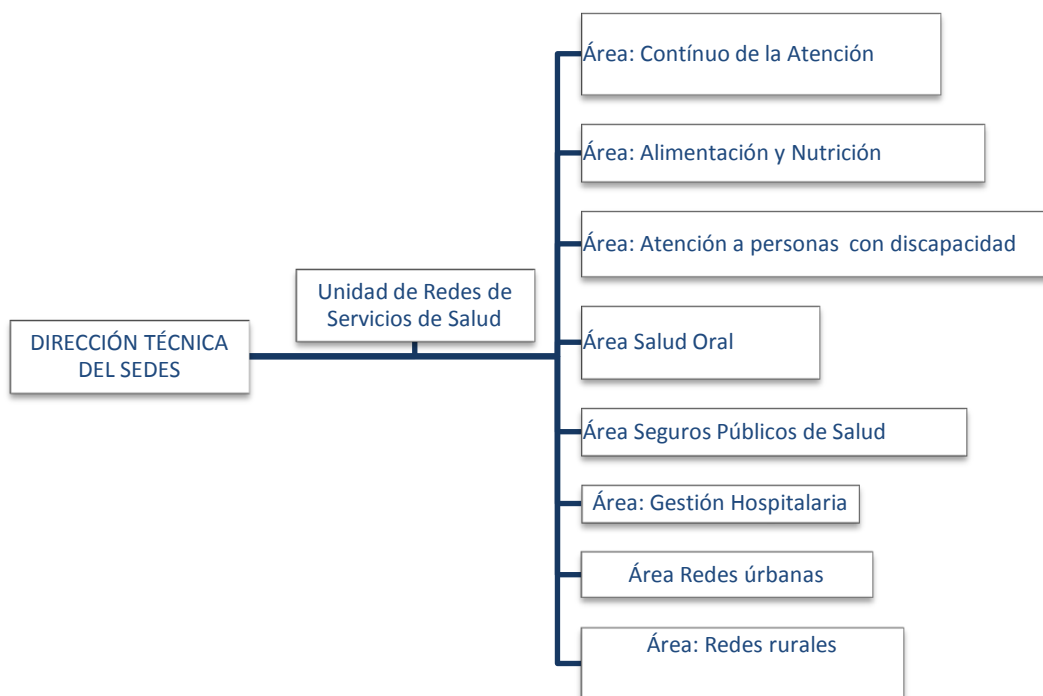
Sistema de Información en Salud de las Redes Integrales Funciones de Servicios de Salud (RIFSS) y de los establecimientos de salud, etc.

Unidad de Redes de Servicio de Salud depende de la Dirección Técnica SEDES La Paz y de esta Unidad dependen entre otras las Áreas de Redes Urbanas y Rurales. Sus relaciones inter institucionales son con el Ministerio de Salud y autoridades municipales, Comités de Vigilancia, Universidades Públicas y Privadas, y Cooperación Externa.³⁷

3.9.1. Objetivo de la Jefatura Unidad de Redes de Servicios de Salud

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

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



Fuente: MOF SEDES 2015

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

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

Con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, los Gobiernos Autónomos Municipales asumieron como responsabilidad la infraestructura, insumos y gastos operativos de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción. Al mismo tiempo, las municipalidades son las responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria⁴⁵.

<p>Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” TÍTULO V CAPÍTULO III Alcances y competencias Artículo 81</p>	<p>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.¹²</p>
<p>Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” TÍTULO V CAPÍTULO III Artículo 81</p>	<p>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.¹²</p>

En la Ley 475 Capítulo III **FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD** Artículo 10, hace referencia a la “Cuenta Municipal de Salud”, la cual está a cargo de los Gobiernos Autónomos Municipales. En su artículo N° 10, refiere que la Cuenta Municipal de Salud estará destinada a financiar las prestaciones que sean demandadas en establecimientos del primer segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal. Asimismo, aclara que no existen pagos

intermunicipales. Los costos son asumidos por el municipio donde se da la prestación. Además, señala en este mismo artículo que en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en las Cuentas Municipales de Salud, serán reasignados a las mismas para la siguiente gestión o podrán ser utilizados para la contratación de recursos humanos, fortalecimiento de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, o en programas especiales de salud^{Error! Marcador no definido.}.

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

<p>LEY N° 475 CAPÍTULO I ARTÍCULO 7. (ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD).</p>	<p>Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la Política SAFCI.³¹</p>
--	---

En un artículo del Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N°475, menciona la coordinación y la capacidad resolutive de los establecimientos.⁴⁶

<p>REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA LEY N° 475 CAPÍTULO III Artículo 9. (COMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN REDES FUNCIONALES).-</p>	<p>Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales que establezcan la complementación de los servicios de salud que garanticen la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de acuerdo a la Norma de Referencia y Contrarreferencia vigente emitida por el Ministerio de Salud⁴⁶</p>
---	---

Es menester referirnos a al **Plan de Desarrollo Municipal "La Paz 2040"**, que en el campo de la salud busca fortalecer e impulsar un sistema de salud integral, moderna, incluyente, inclusiva, eficiente, intercultural, con calidad y calidez.⁴⁵ Es así que en este plan hacen mención entre sus acciones estratégicas el fortalecimiento de las Redes de Salud articulado con el **Plan La Paz 2040**.⁴⁵

Tabla 4 . Articulación de las políticas sugeridas con el Plan de Desarrollo Municipal "La Paz 2040"

ÁMBITO	POLÍTICA	ACCIONES ESTRATÉGICAS	ARTICULACIÓN CON EL PLAN LA PAZ 2040
EN SERVICIO	Eje 1. Transformación de la Red de Servicios de Salud	Mejora de la oferta y calidad de los Servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Eje 4. La Paz Feliz, Intercultural e Incluyente · Sub Eje. Salud y sanidad · Sub Eje. La Paz Equitativa e incluyente
		Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de Servicios de las redes de Salud	
		Implementación de los mecanismos para garantizar la Calidad en Salud.	
		Fortalecer el sistema de referencia y retorno	
		Acreditación de establecimientos de Salud	
		Gestión Intersectorial e Interinstitucional	

Fuente: La Salud en el Municipio de La Paz. 2013⁴⁵

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

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y

gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, además desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad”⁴⁶*Error! Marcador no definido.*

La declaración de Alma-Ata²⁰ sostiene que la Atención Primaria de Salud, “...debe mantenerse mediante un **sistema integrado, funcional** y de sistemas de referencia...”, “...conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados”⁴⁷.

La declaración de Montevideo⁴⁸ establece que “...los modelos de atención de salud deben...” “...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”⁴⁹

La Agenda de Salud para Las Américas⁵⁰ menciona que: “fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos”

3.11.1. La Renovación de la Atención Primaria de Salud y otros Mandatos Regionales

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

Hacia finales de la década de los 80 la iniciativa de OPS/OMS sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS), también hablaba sobre la necesidad de organizar los servicios de salud en niveles de atención, desarrollar sistemas de

referencia y contra-referencia, y hacer una planificación regional de los servicios de salud.

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

En junio de 2007, la Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, señala la necesidad de: fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos, y en Julio del mismo año, el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6, la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales.

3.12. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI

3.12.1. Las Redes Funcionales Integradas de Salud (REFFIS)

Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales, que establezcan la complementación de los servicios de salud, garantizando la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutive de los Establecimientos de salud, y a lo estipulado en la Norma de Referencia y Contra referencia vigente emitida por el Ministerio de Salud.⁵²

La Coordinación Técnica de Red, es la instancia de supervisión periódica, encargada de verificar el cumplimiento adecuado de los procesos técnicos implícitos a la atención de las personas beneficiarias, entre ellas: la correlación

clínica administrativa de los establecimientos de salud⁹; además, es la instancia de supervisión permanente encargada de verificar el cumplimiento de normas vigentes de calidad de atención en los establecimientos de salud correspondientes.

La Unidad de gestión de calidad del SEDES: en coordinación con las Unidades de Planificación y Redes de Salud de los SEDES, son las Instancias encargadas del seguimiento de la calidad de atención de los establecimientos de salud que brindan las atenciones de la Ley N°475.³¹

3.12.2. Planificación Municipal Participativa en Salud

Es el mecanismo de gestión pública para alcanzar el desarrollo humano sostenible en los municipios, en el que participan:

- Gobierno Autónomo Municipal
- La Comunidad
- El Sector Salud

Es la aplicación de los procedimientos y metodología de la planificación en el contexto municipal, a partir del cual, el gobierno local y la ciudadanía acuerdan el desarrollo municipal. Siendo así, los actores municipales los responsables del cumplimiento del proceso de planificación participativa, en el ámbito de sus competencias.⁵¹

A través de ella las autoridades municipales, el personal de salud de la red municipal y la comunidad organizada, toman decisiones en conjunto, basados en un análisis de la realidad de los servicios de salud, y determinan la mejor alternativa para cambiar la situación o mejorar la realidad actual.⁵¹

3.12.3. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud

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

La estructura estatal

Conformada por el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que con la capacidad de los subsistemas de salud garantiza la solución de los problemas de salud de la población y la gestión eficiente, efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional¹⁰

La estructura social

Compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud; involucrándose en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas.¹⁰ Está organizada de la siguiente manera:

a. **AUTORIDAD LOCAL DE SALUD.**

Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; es responsable de la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del establecimiento de salud, además de realizar seguimiento y control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.¹⁰

b. **COMITÉ LOCAL DE SALUD.**

Es la representación orgánica de las comunidades o barrios, pertenecientes territorialmente a la jurisdicción de un establecimiento de salud (puesto/ centro SAFCI, centro SAFCI con Camas, etc.), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y Control Social en Salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.¹⁰

c. CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD.

Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DIMUSA, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DIMUSA); una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el POA, para las necesidades de salud de la población de su municipio.¹⁰

d. CONSEJO SOCIAL DEPARTAMENTAL DE SALUD.

Es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio responsable de articular las necesidades y propuestas.¹⁰

La estructura intersectorial

Entendida como el espacio de deliberación con los representantes de los sectores alineados con la política sanitaria; para la solución de los problemas relacionados con las determinantes de la salud, controlando la ejecución de las acciones y sus resultados.¹⁰

Los espacios de deliberación son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, de la estructura social, estatal y los otros sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros) conformada por: Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres y cabildos. Los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales, son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres) donde se concretiza la gestión local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el

nivel local existen dos tipos de espacios de deliberación que son: – La Reunión General de Planificación (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades o barrios, tengan o no establecimientos de salud; para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables.¹⁰

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

Espacio de deliberación para seguimiento y control, se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a las personas, familias y comunidades.¹⁰

3.12.4. Atención Integral y Continua

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación; ello requiere de la coordinación de todas las instituciones del Sistema de Salud y los niveles de atención de los Servicios de Salud.¹⁰

efinido.

3.12.5. Capacidad Resolutiva

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

3.12.6. Sistema Nacional de Referencia y Contra Referencia

La finalidad de la Red de Servicios es asegurar la capacidad resolutiva del sistema, y se encuentra conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; dependientes de los subsistemas: público, seguro de salud

a corto plazo y privado, con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la Medicina Tradicional y la Estructura Social en Salud.

Referencia y Contra Referencia

El instrumento normativo que regula el componente de referencia y contra referencia, es la Norma Nacional de Referencia y Contra Referencia, que establece reglas y subcomponentes que deben cumplirse por las diferentes instancias institucionales e intersectoriales⁵².

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

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

Por cuanto la Referencia es la remisión del paciente por un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive o instancia comunitaria de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios (establecimiento de salud, medicina tradicional, defensorías, etc.) a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud.

La instancia que refiere, tiene la responsabilidad de realizar el seguimiento respectivo, asegurando su contra referencia, debiendo registrarse todas las acciones en los documentos correspondientes.

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

En la Norma Nacional de Referencia y Contra referencia en el Capítulo II, se describe las 30 reglas del componente “Referencia y Contra referencia”.

3.12.7. Medicina Tradicional

Es extensa diversidad de doctrinas sobre la Medicina Tradicional, mas debemos hacer hincapié al concepto que operan los integrantes de la Sociedad Boliviana de la Medicina Tradicional SOBOMETRA señalaron, *”actualmente la medicina tradicional es la práctica médica “mestiza” del área andina, con fuerte influencia religiosa, basada en la cosmovisión que la caracteriza como tal. Los terapeutas de esta práctica médica nativa son principalmente los Kallawayas, Jampiris, Yatiris, Parteros, e Ipayes. Las denominaciones para nombrar a los terapeutas indígenas son conocidas y empleadas de acuerdo a cada área geográfica específica”*⁵³.

3.12.7.1. Médicas y Médicos tradicionales ancestrales

Son las personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades, la medicina tradicional ancestral boliviana, recurriendo a procedimientos terapéuticos tradicionales; acudiendo a las plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas, la familia y la comunidad para el ¡Vivir Bien!³³

3.12.7.2. Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y Afrobolivianos.

Son las mujeres y los hombres que practican los fundamentos espirituales, históricos y culturales de los pueblos indígenas originarios, en complementariedad con la naturaleza y el cosmos; gozan de reconocimiento como autoridades espirituales en su comunidad y se constituyen en los guardianes para la conservación, reconstitución y restitución de todos los sitios sagrados de la espiritualidad ancestral milenaria.³³

3.12.7.3. Partera o partero tradicional

Son las mujeres y los hombres que cuidan y asisten a las mujeres antes, durante y después del parto, cuidan del recién nacido.³³

3.12.7.4. Naturistas

Son las mujeres y los hombres con amplios conocimientos de las plantas medicinales naturales nacionales y otros recursos de la naturaleza de diversas zonas geográficas de Bolivia, que aplican en la prevención y tratamiento de las dolencias y enfermedades.³³

3.12.7.5. Interculturalidad, Medicina Tradicional, Atención en los Servicios De Salud

Se entiende por interculturalidad a las relaciones equitativas, respetuosas y sinérgicas que desarrollan las personas o grupos de personas —con características culturales, religiosas, lingüísticas, de género y generacionales, y de diversas posiciones— a fin de construir una sociedad justa, armónica e incluyente. Es decir, que la interculturalidad puede ser considerada una estrategia importante, para alcanzar espacios de convivencia donde se respetan y valoran las diferencias culturales y de todo tipo, los mejores conocimientos, percepciones y actitudes con el propósito de alcanzar una vida armónica entre las personas, grupos de personas y de éstas con la naturaleza, donde el respeto a los derechos humanos de todo orden es deseable, posible y alcanzable.³³

Siendo los servicios de salud y la atención que se brinda en estos un espacio peculiar de relacionamiento entre el personal de salud y los usuarios, es importante que se desarrollen experiencias de interculturalidad favorables para todos, pero muy especialmente para los usuarios, donde se respeten sus saberes, creencias y prácticas en salud y medicina tradicional; de esta manera el nuevo Estado Plurinacional estará en mejores condiciones para lograr incrementar la calidez y las coberturas de la atención en salud y por tanto disminuir la morbimortalidad general, pero muy especialmente de las poblaciones vulnerables que coincidentemente son parte de las 36 nacionalidades y grupos étnicos existentes en Bolivia.³³

3.12.7.6. Salud y Enfermedad en un Contexto de Interculturalidad

Significa que, en estos casos de quejas y reclamos, se están incumpliendo los principios bioéticos fundamentales de autonomía y de justicia, que son el sustento del consentimiento informado, y que están, en este tipo de situaciones, por encima del principio de beneficencia.³³

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

- Se debe fomentar la implementación de un número suficiente de servicios de salud con prácticas interculturales, incluyendo traductores, promotores de salud y médicos tradicionales, de manera que los usuarios tengan la opción de ser atendidos también, si así lo solicitan, por la medicina tradicional.
- Se debe fomentar actividades y programas de fortalecimiento y difusión de la medicina tradicional en las familias, evitando su elitización y comercialización.

- Se debe impulsar la incorporación del parto intercultural en todos los servicios materno-infantiles a nivel urbano, y a nivel rural la capacitación de la totalidad de las parteras empíricas.

El personal de salud debe estar sensibilizado y capacitado en prácticas interculturales, como el respeto a los conocimientos, percepciones y actitudes de la salud-enfermedad, incluyendo el conocimiento de un idioma nativo.³³

3.13 SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

En el contexto histórico político de América latina, se vienen propiciando cambios en muchos ámbitos de la sociedad, especialmente en los sistemas de salud influenciados por los avances científico y tecnológico, los cuales se demuestran en innovaciones dirigidas a mejorar la calidad, la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud, sin embargo estas metas no se han alcanzado, aún permanecen debilidades todavía en este sector. Los cambios demográficos actuales exigen una atención de salud más compleja y además se requieren más médicos generales y especialistas en el sistema público, con una formación adecuada al contexto nacional⁵⁴.

Desde la declaración de Alma-Ata hace 37 años, se ha promovido la adopción de la atención primaria de salud (APS) como gran estrategia para el desarrollo de la salud de los pueblos⁵⁵, algunos plantean ir más allá, revitalizándose este acuerdo⁵⁶.

El óptimo de cobertura debiese partir por un médico cada 1 000 personas⁵⁷. En este contexto, la preocupación por formar médicos especialistas se ha profundizado en los últimos años atendiendo a las exigencias de la población⁵⁸. Se advierte que en esta última década el foco ha estado en la atención terciaria y la sub-especialización, contribuyéndose a crear un sistema que aumenta la desigualdad⁵⁹.

Los especialistas en formación deben conformar junto al resto del personal de salud del centro asignado, el "equipo de salud familiar" de las poblaciones del

territorio. El equipo de salud constituye el recurso más importante del sistema de atención en general y lo es aún más en la APS, en tanto se pretende entregar salud integral desde el enfoque biopsicosocial. La formación de especialistas debe contar con la constitución de equipos locales de trabajo donde convergen distintas especialidades médicas y otras profesiones de la salud, lo que perpetúa el trabajo multidisciplinario que ha caracterizado a los servicios de salud del país a lo largo de su historia⁶⁰.

Para lograr que mejore la salud de la población es necesaria la planificación adecuada del personal sanitario en general y del personal médico en particular, lo cual requiere un análisis cuidadoso de los diversos factores y variables. La planificación de médicos se complica todavía más en sistemas de salud segmentados por la dificultad de crear consensos para hacer un abordaje integral.

El sistema de formación de médicos especialistas debe proveer el número y los tipos que se requieran para atender la demanda nacional, lo cual incluye a los que ejercerán en la práctica privada. La formación de médicos especialistas sólo para el sistema público de salud puede conducir a la larga a un déficit de especialistas que genere tensiones salariales provocadas por la escasez de médicos⁶¹.

La planificación de personal médico especializado no es sencilla; por el contrario, es una tarea de gran complejidad técnica, administrativa, académica y financiera. Para ello se emplean enfoques y métodos de planeación modernos, integrales y en ocasiones sofisticados, a fin de lograr la convergencia entre la oferta de médicos especialistas y la demanda de servicios médicos especializados.

Desde el punto de vista técnico; la planificación de especialistas es compleja debido a las diversas variables involucradas y a las súbitas modificaciones que puede haber a causa de factores intrínsecos y ajenos al sistema de salud, por lo que sus resultados deben ser tomados con cautela y más como un marco de referencia para la acción, que como un camino infalible. Es por esto que la planificación a mediano y largo plazos se realiza en un marco de relativa incertidumbre, sobre todo cuando se trata de médicos especialistas.

Desde el punto de vista administrativo; la planificación de médicos especialistas es particularmente compleja en países con sistemas de salud fragmentados , debido a la pluralidad de interconexiones entre las instituciones académicas formadoras de profesionales de salud y los diversos proveedores públicos de servicios de salud, la posición política de ambos tipos de organizaciones, los recursos con que cuentan, sus marcos legislativos, la responsabilidad social que tienen y la presión que sobre ellas ejercen las poblaciones a las que atienden.

Desde la perspectiva académica; la complejidad en la formación de médicos especialistas se debe a que ésta no es posible sin la colaboración de las instituciones proveedoras de servicios de salud, así como de muchos tutores y docentes que trabajan en las mismas. De manera lenta pero progresiva se ha logrado reconocer la importancia del trabajo docente en medicina y que éste no es secundario o subsidiario de la práctica médica, sino que es inherente a la misma, por lo que es necesario “profesionalizarlo”, de tal manera que pase de ser una actividad casual a una de tipo especializado. Encontrar docentes idóneos y los espacios académicos apropiados con el flujo de pacientes que se requiere para el aprendizaje, además de contar con los equipos y la tecnología apropiados para su atención, es una tarea de gran complejidad.

Desde el punto de vista financiero; la formación de médicos especialistas es complicada no sólo por los gastos que se deben realizar para costear la formación de un especialista, sino sobre todo por los costos de la infraestructura educativa apropiada y lo prolongado del tiempo para formarlos, ya que por lo general se requieren cuanto menos de 9 a 10 años desde su formación médica básica, lo que implica una considerable inversión de fondos públicos.

En la última década han surgido iniciativas en distintos países del mundo para definir marcos conceptuales, modelos y metodologías para la planificación de médicos especialistas. Diversos países de la Unión Europea y de América Latina se encuentran haciendo una revisión de los enfoques y metodologías que han utilizado para planear y formar al personal de salud, en particular a los médicos

especialistas, con el fin de encontrar mejores alternativas para una planeación integral, que incluya al personal médico especializado que se requiere tanto para la atención primaria ambulatoria como para la atención hospitalaria (médicos generales y especialistas).

En prácticamente todas las experiencias revisadas, la planificación de médicos especialistas se basa en el empleo de alguna metodología seleccionada, la cual permite asegurar la cantidad suficiente y el tipo de especialistas para el buen funcionamiento de los sistemas de salud. La planificación inadecuada ocasiona ya sea escasez de personal para cubrir la necesidad de atención especializada por la población, o la sobre oferta de dicho personal que contribuye al subempleo y desempleo de los profesionales médicos⁶².

El propósito de la planificación de médicos especialistas es colocar la oferta en un punto de equilibrio que permita atender la demanda de servicios especializados por parte de la población. La planificación de especialistas implica tomar decisiones que afectan la formación de otros profesionales de salud, así como al mercado laboral de salud, tanto público como privado, por lo que se requiere llevar a cabo un análisis cuidadoso y estratégico de la situación actual, así como analizar la tendencia de los factores o variables que influyen en la oferta y demanda de servicios de salud.

La planificación de médicos especialistas precisa de políticas amplias de formación del personal de salud, que orienten acerca del número, tipo y distribución ideales de los médicos especialistas y de otros profesionales de la salud. En los países de mayores ingresos se utilizan cada vez más los modelos integrales de planificación de personal sanitario, que incluyen la formación de médicos para la atención primaria y la atención hospitalaria, así como de otros profesionales involucrados en los servicios de salud individuales y colectivos.⁶³

Para lograr tal propósito, en diversos países se han desarrollado métodos y modelos predictivos para estimar el número de profesionales de salud que se necesitan formar en el mediano y largo plazos, algunos de los cuales permiten calcularlos para diversos escenarios y situaciones hipotéticas⁶⁴. En ocasiones

estos modelos, además de tomar en cuenta los factores o variables que influyen en la oferta y la demanda, también incorporan asunciones o supuestos cuando se carece de información sobre alguna variable, así como algún estándar o estándares ideales que se desea conseguir en el futuro, como por ejemplo un determinado número de especialistas por población⁶⁵.

Los métodos de planificación se clasifican en alguna de las siguientes categorías:

a) Basados en la oferta. Tienen como objetivo conseguir disponibilidad suficiente de especialistas para atender a la población, por lo que el dato clave es la tasa de especialistas por población en un momento dado o año base. Si en ese año la tasa se considera suficiente, la formación de especialistas se proyectará hasta un año meta en cantidades que permitan conservarla. Si por el contrario la tasa es declarada insuficiente, la formación de especialistas se proyectará en cantidades que ayuden a lograr una tasa considerada como apropiada para atender las necesidades de salud.⁶⁶ La fiabilidad de estos métodos depende de que se asegure tanto la formación de especialistas como su contratación en el sistema de salud.

b) Basados en la demanda. Se enfocan a satisfacer el uso de servicios médicos especializados en una medida que se considere adecuada⁶⁷. El nivel deseado es definido por expertos y se expresa por indicadores de consumo, como las consultas especializadas per cápita por año o el porcentaje de egresos hospitalarios por 100 000 habitantes. Si la utilización de acuerdo con esos parámetros se considera óptima en el año base, la formación de especialistas se proyecta a un año meta con el fin de conservarla; si no es así, se define el nivel de demanda deseado y se hacen las proyecciones de especialistas para conseguirla.

c) Basados en la necesidad. Tienen como propósito satisfacer necesidades sanitarias de la población que se derivan del riesgo de enfermar o del daño a su salud. Si en el año base la tasa de especialistas es suficiente para atender esas necesidades, el número a formar de especialistas se proyectará de acuerdo con el crecimiento demográfico y para conservar la tasa del año base. La diferencia entre

este método y el que se basa en la demanda es que puede haber demanda sin necesidad del servicio, y viceversa, necesidad sin demanda.

d) Basados en el benchmarking o en la comparación. Tratan de imitar un modelo de planificación o un sistema de salud considerado como ideal o paradigmático, que se toma como referencia para alcanzar estándares similares. Una vez identificado ese modelo, su tasa de especialistas se considera como el “estándar de oro” y se planifica el número de éstos para conseguirla⁶⁸. La principal limitación de este método es la diferencia de contexto y organización del sistema de salud que se trata de imitar.

Los métodos descritos anteriormente tienen alcances y limitaciones, pero su utilidad depende en buena medida de la fiabilidad de los datos que se utilicen para realizar las estimaciones. Por lo común, los datos que se usan son los de población, su estructura por grupos de edad y sexo, el número y perfil demográfico de los médicos especialistas, las necesidades de salud de la población, la demanda de atención, y el comportamiento tendencial del perfil epidemiológico. Una de las limitaciones más importantes para el empleo de estas metodologías es la cantidad y calidad de la información disponible, ya que no siempre se cuenta con los datos o éstos no son lo suficientemente confiables.

Por otra parte, existen algunas variables que dependen del desarrollo económico de los países, tales como el gasto público en salud y la oferta de plazas en el sistema de salud, cuya predicción es difícil en un escenario de economía global de relativa incertidumbre. La mayoría de los países han adoptado el modelo de oferta y demanda para explicar la disponibilidad de especialistas en los sistemas de salud y para hacer las predicciones de los que se requieren en el futuro a mediano y largo plazos. En ese tipo de modelo, la oferta de especialistas depende de un conjunto de factores que influyen en su ingreso o entrada al mercado laboral y otros que influyen en la salida de dicho mercado.

Los elementos de ingreso o flujos de entrada que inciden en la oferta de médicos especialistas son: el volumen de estudiantes de nuevo ingreso y el número de graduados de la carrera de medicina, la oferta de plazas de residencia médica

para las diversas especialidades, y el número de plazas que se crean anualmente en el sistema de salud para contratar a especialistas médicos. La incorporación de especialistas formados fuera del país, así como de los que se forman por vías alternativas a la oficial, son factores que en algunos países tienen relevancia.

En la oferta de especialistas es preciso tomar en cuenta otros factores como el propio diseño del sistema sanitario, el régimen retributivo de los médicos, así como las condiciones laborales y de ejercicio profesional. Estas condiciones que afectan la disponibilidad de médicos especialistas también aplican a otros profesionales de salud.

Los flujos de salida se deben fundamentalmente a la jubilación, la que a su vez depende de la composición etaria de los profesionales médicos. Otros factores que también influyen en la salida de médicos del sistema de salud son la baja voluntaria o por otros motivos, las defunciones y la emigración de profesionales. Además, es posible que haya médicos inactivos por encontrarse en situación de desempleo o por otras razones, entre las que se incluye el desempeño de otras actividades no médicas. Parte de estos profesionales están en posibilidad de retornar en algún momento a la actividad profesional, como ocurre con los médicos desempleados que se incorporan a nuevas plazas cuando mejora el mercado laboral local.

En cuanto a la demanda de servicios médicos, ésta llega a ser extraordinariamente variable, no sólo por factores como la morbilidad y mortalidad de la población, sino por otros como el porcentaje del PIB destinado a salud o el nivel de cobertura en salud.

Un factor que no debe omitirse en la valoración de la disponibilidad de especialistas es el de la interrelación del trabajo del médico especialista con el de otros profesionales, de forma que el exceso o déficit de especialistas tiende a modificarse de manera sustancial en función del papel y competencias que se confiera a otros profesionales sanitarios, como los médicos de primer contacto (generales y familiares) y el personal de enfermería.

Diversos análisis sugieren que algunos ámbitos de actividad ocupados actualmente por los médicos especialistas podrían desplazarse, sin merma de su calidad, a otros profesionales sanitarios adecuadamente preparados mediante formación adicional o complementaria. De hecho, algunos países industrializados desarrollan ya mecanismos para planificar al personal médico especializado tomando en cuenta lo que se denomina “integración vertical”, que significa redefinir y transferir funciones de los médicos especialistas a los médicos generales y al personal de enfermería, así como la “transferencia horizontal”, que consiste en redefinir y transferir funciones entre especialistas (p. ej., entre internistas y cardiólogos, internistas y nefrólogos, nefrólogos y cardiólogos, etc.).

Entre los ejemplos más conocidos de países que en la planificación de personal de salud han utilizado el enfoque que considera que existe cierto grado de interacción entre diferentes trabajadores de un mismo grupo profesional (p. ej., entre médicos especialistas y generales, así como entre los propios especialistas) se encuentran Suiza y los Países Bajos, en los que se transfirieron tareas de diversos especialistas a los médicos generales y ello ocasionó una reducción sustancial en la planificación de especialistas y un incremento en la formación de médicos generales⁶⁹. No obstante, la transferencia horizontal y vertical no es sólo una cuestión de naturaleza técnico-laboral⁷⁰, sino que involucra otras consideraciones de tipo político, económico y social, que deben tenerse en cuenta en cada país para llevarla a cabo⁷¹.

Una crítica a las metodologías hasta ahora empleadas es que utilizan variables como la prevalencia de enfermedades, el perfil demográfico y la provisión de servicios que se consideran poco relevantes. De manera que en vez de ello se sugiere utilizar el macro análisis de grandes tendencias en el largo plazo, que hayan demostrado su relación con la provisión y el uso de servicios médicos.

Esta tendencia señala que el factor más importante que influye en el uso de atención sanitaria es el desarrollo económico de la sociedad. El segundo factor es el crecimiento de la población, que afecta directamente la necesidad de médicos. El tercero es el rendimiento laboral de los médicos, el cual ha disminuido, y el cuarto

se refiere a servicios proporcionados por otros profesionales sanitarios, lo cual está en aumento.

En contraste con otros análisis, este modelo predice un déficit de profesionales en los próximos 20 años en caso de no incrementarse el ritmo actual de formación médica. Un hecho conocido es que el número insuficiente de personal sanitario compromete la oferta de servicios de salud, pero aun habiendo suficientes profesionales y técnicos de salud, su desigual distribución ocasiona que haya zonas deficitarias y otras con excedentes. Indudablemente que en todos los países hay zonas más atractivas que otras, por lo que es necesario desarrollar incentivos en el sistema sanitario para atraer a los médicos hacia los lugares menos atractivos.

Para afrontar el déficit de especialistas en el corto plazo, algunos países permiten la reasignación de tareas entre especialidades (medicina general, pediatría, geriatría, etc.), así como entre médicos y otros profesionales (oftalmólogos y ópticos; radiólogos y técnicos de radiología; médicos generales y enfermeras, etc.). Según algunos expertos, el remedio contra la segmentación sería la flexibilización de los flujos entre especialidades.⁷²

De acuerdo a la opinión de Mata de la I. (Gaceta Sanitaria ,2002) desde los años ochenta se han iniciado procesos de reforma del sector salud en casi todos los países América Latina. La principal característica común es la vinculación y la subordinación de las reformas del sector salud, se aprecia con crudeza la crisis que azota a los países de la región, expresada en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios asistenciales y en el deterioro progresivo de la salud de la población ⁷³.

Pese a los esfuerzos realizados por el Gobierno Boliviano desde el 2006 con el advenimiento de una nueva de hacer política de Estado seguimos con un “Sistema de salud fragmentado, conformado por el subsector público, seguridad social, privado y la medicina tradicional, con predominio de pago directo o pago de bolsillo como mecanismo de financiamiento. Los mecanismos de aseguramiento de corto plazo solo benefician a los estratos medios de la población que cuentan con un trabajo asalariado, salvando en parte esta situación los seguros públicos como

parte de la responsabilidad del estado para con la población. El Gasto Nacional en Salud como % del PIB ha evolucionado en forma positiva. El año 1995 era 4.38% y llegó a 6.95% el año 2002. El gasto nacional en salud per cápita en dólares se ha incrementado de \$42 en 1995 a \$61.37 el 2002⁷⁴.

La crisis al interior de los hospitales, por falta de médicos especialistas, se debe a que no existe una planificación desde el Estado para formar los recursos humanos que requieren los hospitales de segundo y tercer nivel. El Estado Boliviano debe mejorar la infraestructura hospitalaria y el equipamiento, de esta manera los especialistas podrían enseñar a otros profesionales. Si se cumpliera con esta condición recién se podría cubrir la enseñanza de especialidades, pero todo parte de la voluntad entre los actores para diseñar una política de estado para Salud.

La atención en salud en Bolivia desde hace una década aproximadamente se ha sub especializado, existiendo innumerables solicitudes por parte de los pacientes que exigen ser atendidos por Médicos especialistas y sub especialistas , ocasionando un incremento de requerimientos de especialidades Médicas, sumado a la falta de profesionales especialistas en nuestro medio, por esta razón se pretendió en la presente investigación indagar sobre los factores que dificultan la prestación de servicios médicos especializados en la Red Corea de la ciudad de El Alto de La Paz.

3.13.1. PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTRA Y EXTRA HOSPITALARIOS EN BOLIVIA.

El mercado de médicos especialistas en Bolivia constituye un mercado altamente segmentado, en el que en los hechos es posible reconocer un mercado específico para cada una de éstas.

El Colegio Médico de Bolivia tiene registradas 38 Sociedades Bolivianas Científicas, la mayoría de los profesionales se formaron o hicieron la subespecialidad en el extranjero. El presidente del ente colegiado de La Paz, Luis

Larrea, manifestó que mientras no se mejore la infraestructura de los hospitales, será imposible la formación de profesionales para un área específica. “Se necesita docentes para la enseñanza, al igual que una buena infraestructura y equipos. Mientras más tiempo pasa, las necesidades de nuevos especialistas se duplican. Si bien algunos se forman en el extranjero, el sector público no reconoce el esfuerzo y los salarios son bajos con relación al sector privado”. (Periódico La Razón ,11 Noviembre 2012).

Según el criterio del Dr. Guido Zambrana Decano de la facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, falta una política de Estado. “Para especializar en el país tenemos más puntos en contra, como la infraestructura y la falta de docentes para formar a los especializados. La mayoría de los que pueden dedicarse a esta formación son de alto nivel, pero no existe una política para incluirlos en la enseñanza”. (Periódico La Razón ,11 Noviembre 2012).

La formación de especialistas médicos en un mundo globalizado implica considerar la posibilidad que un número de los recursos formados migren a otros países, lo cual para el caso de Bolivia es una realidad. Esto hace que las proyecciones deban considerar este factor, de igual manera que si se verificara un proceso de inmigración últimamente. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, es preciso reconocer que el cálculo de las necesidades de especialistas será diferente según se realice desde la óptica de la oferta, es decir de los organismos formadores de recursos humanos o desde la perspectiva de la demanda por parte de las instituciones en las que se van a desempeñar esos recursos y de la existencia o no de un ámbito para el desempeño privado.

Los servicios de atención especializada hacen referencia al conjunto de recursos materiales y humanos que se ponen a disposición por parte del sistema de salud, para atender los problemas sanitarios de mayor complejidad.

Si bien la atención especializada brinda al igual que la atención primaria servicios ambulatorios y de urgencia; se diferencia de esta porque es el nivel más alto de atención, ofrece servicios de internación; este nivel de atención se ofrece en Centros de Especialidades y Hospitales. Existe una tercera posibilidad por la cual

se practican actividades de cirugía mayor pero sin internación, esta opción es conocida como Hospital de día.

Las formas de atención especializada son:

- Asistencia ambulatoria en consultas (esta puede incluir intervenciones quirúrgicas menores).
- Asistencia ambulatoria especializada por el llamado “Hospital de día” para los pacientes cuyo cuidado deba darse de forma continua.
- Asistencia psiquiátrica y atención a la salud mental mediante el diagnóstico apropiado, seguimiento clínico, psicofarmacoterapia y en los casos que sea necesario hospitalización.

En lo que respecta a la prestación de servicios de la atención especializada, pueden brindarse de manera Ambulatoria, tanto en los centros de atención especializada como también en los centros de salud. Si bien estos últimos se encargan de ofrecer atención primaria, existen algunos Establecimientos de salud que ofrecen también atención especializada en las especialidades con mayor demanda como ser: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Traumatología, Medicina Interna entre otros.

CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

CENTROS PRIVADOS

Nuestra normativa Boliviana a partir de nuestra Constitución Política del Estado Plurinacional reconoce la libertad no solo del ejercicio libre de las profesiones en salud, sino también la posibilidad de lucro por medio del establecimiento de centros de atención sanitaria privados.

La atención especializada se puede clasificar de la siguiente manera:

- Hospitales
- Centros de diagnóstico y Tratamiento (Ámbito Hospitalario)
- Centros periféricos de Especialidades (Ámbito No Hospitalario)

HOSPITAL

El hospital constituye la institución por excelencia donde se lleva a cabo la asistencia especializada. En él se presta no solo asistencia de urgencia, internación, también el manejo ambulatorio e incluso domiciliario. Cada área de salud está vinculada o dispone al menos de un hospital con equipamiento apropiado para cubrir las necesidades de salud de la población.

Dentro de sus funciones tienen a cargo: la prestación de la atención especializada, la promoción de la salud y prevención de enfermedades, docencia e investigación.

CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS (ÁMBITO HOSPITALARIO)

Los Centros de Diagnóstico y Tratamiento constituyen instituciones de servicios, capaces de llevar a cabo la asistencia ambulatoria a los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Estos están debidamente incorporados a un determinado hospital, del cual constituirán una de sus unidades técnicas.

La coordinación entre los Centros de Diagnóstico y Tratamiento con el hospital vinculado se establecerá por medio sus Autoridades y del personal médico de ambas instituciones, como también por sus funciones asistenciales, siempre con el propósito de lograr la asistencia sanitaria continua en los casos en que el paciente así lo necesitase.

CENTROS PERIFÉRICOS ESPECIALIDADES (ÁMBITO NO HOSPITALARIO)

De acuerdo a la Constitución y al Código de Salud vigente está totalmente reconocido la libertad no solo del ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sino también la posibilidad de lucro por medio del establecimiento de Centros de atención en salud privados.

Desde una óptica más global, se debería realizar proyecciones de Médicos especialistas en función de las necesidades del país, vinculando los requerimientos con el perfil demográfico y epidemiológico de la población.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el parámetro recomendado es un galeno por cada 1.000 habitantes. Sin embargo, según los datos de 2009 (los últimos y oficiales), Bolivia contaba con 4,6 médicos por cada 10 mil habitantes. Lo que refleja la falta de profesionales, incluso a nivel de médicos generales.

3.14 COMITÉ NACIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL INVESTIGACIÓN E INTEGRACIÓN COMUNITARIA CNIDIIC – COMITÉ REGIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL INVESTIGACIÓN E INTERACCIÓN COMUNITARIA (CRIDAIC)

El Estado Plurinacional de Bolivia atraviesa por un momento histórico de transformación del Sistema Nacional de Salud, inmerso en la Nueva Constitución Política del Estado, bajo el paradigma de Vivir Bien.

El convenio entre el Sistema Universitario Boliviano y el Ministerio de Salud, cumple un rol importante en el Sistema de Salud en relación a la formación de recursos humanos en grado y postgrado en salud.

El Comité Nacional de Integración Docente Asistencial Investigación e Interacción Comunitaria CRIDAIC, máxima instancia en la conducción de la Residencia Médica en el país, asume el desafío de acompañar y aportar en los procesos de transformación, para consolidar un Sistema Único de salud.

La Norma Boliviana del CRIDAIC se constituye es un instrumento técnico valioso, que aporta a los procesos de Enseñanza y evaluación de la residencia médica, por su naturaleza académica, permite el seguimiento a la formación en postgrado de los recursos humanos en especialidades y subespecialidades.

El resultado de la aplicación y cumplimiento de la Norma Boliviana de la Integración Docente Investigación e Interacción Comunitaria, debe de ser el de

brindar a nuestra sociedad profesionales altamente capacitados, dotados con los más altos principios y valores humanos como la solidaridad, respeto, compromiso, equidad, complementariedad, igualdad de oportunidad, transparencia e interculturalidad.

Por lo tanto la planificación para abrir nuevas especialidades o ampliar los cupos es responsabilidad del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI), institución que está conformada por el Ministerio de Salud y el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB), entidad que incluye a las facultades de Medicina de las universidades de La Paz, Cochabamba, Oruro, Sucre y Santa Cruz, además de algunas privadas.⁷⁵

3.15 MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

En la actualidad la formación médica se mueve en un ambiente de creciente información⁷⁶ y el profesional médico también debe aportar a la generación del conocimiento⁷⁷.

La Medicina basada en la evidencia (MBE) es actualmente sinónimo de práctica médica moderna e innovadora. Sin embargo, poco se sabe de su real dimensión y principios. Su relación con la investigación y la “evidencia” es entendida como la interpretación de la literatura médica la realización de mega ensayos clínicos o meta-análisis. MBE implica el uso juicioso de la mejor evidencia disponible, gracias a la evaluación rigurosa de la calidad metodológica de la información científica, así como de su aplicabilidad.

La MBE rescata la experiencia y pericia clínica del médico. Adicionalmente, incorpora como tercer elemento fundamental las preferencias y valores de los pacientes acerca del cuidado de su salud. La intersección de estos tres aspectos constituye la esencia de la MBE. La práctica así entendida de la MBE ubica al paciente y sus circunstancias en el centro mismo del acto médico y lo revaloriza como “ciencia y arte”.

La práctica de la MBE guía hacia una toma de decisiones correcta y democrática. Así mismo, se revisa los diversos aportes en la práctica médica actual, las distorsiones creadas alrededor de ella y las limitaciones para su aplicación en nuestra realidad.

La medicina basada en evidencia no es necesariamente una forma novedosa de la práctica médica, pues la práctica de la medicina ha sido realizada de modo similar. Es decir, los profesionales en salud acumulan información de diversas maneras, se enfrentan a los problemas de salud de los pacientes, a sus características clínicas y a sus circunstancias.

Entonces, si nuestra práctica de la medicina ha sido “basada en la evidencia” ¿cuál es el aporte de la MBE a la práctica clínica actual? o ¿cuáles son las razones por las que se ha hecho tan popular? o ¿cuáles son las razones por las que ha sido considerada como una corriente novedosa y de alguna manera ha cambiado la práctica médica actual? En este punto esbozamos algunas posibles respuestas:

- Replantea la forma de convertir la necesidad de información en preguntas de prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, las mismas que deben ser transformadas en estrategias y búsqueda de información efectiva.
- Ha generado la necesidad de optimizar las estrategias de búsqueda bibliográfica en el mundo de información tan vasto como la Internet.
- Ha generado estrategias de lectura crítica, por medio de herramientas que han sido publicadas que simplifican la tarea de valorar de la información científica.
- Ha permitido la generación de revisiones sistemáticas y el desarrollo de meta-análisis fundamentales para la toma de decisiones en el acto médico. David Sackett Epidemiólogo clínico Americano señalaba lo siguiente: *creo que la razón de esta deficiencia en las revisiones se debe a la tradición de llamar a un experto en el tema para hacer la revisión...*⁷⁸

El presente estudio pretende conocer la situación actual sobre la prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en

la red Corea de la ciudad de el Alto La Paz, 2017. Aguardando que a partir de la información recopilada generar conclusiones y propuestas para que las Autoridades locales, Municipales y Departamentales puedan tomar decisiones oportunas respecto al recurso médico especializado que es requerido en la Red Corea de la ciudad de El Alto.

3.16 INDICADORES

A. INDICADOR MÉDICOS ESPECIALISTAS POR 1000 HABITANTES

DEFINICIÓN: Relación del número de médicos especialistas en contacto con el paciente disponibles en instituciones del sector público para atender a la población por cada 1000 habitantes.

<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número total de médicos especialistas en contacto con el paciente en instituciones del sector público en un periodo determinado}}{\text{Total de población cubierta por el sector público de ese periodo}} \times 1000$

PERIODICIDAD: Anual.

COBERTURA: Nacional y estatal con datos por institución del sector público.

CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR:

El indicador reporta la relación de disponibilidad por cada 1,000 habitantes de médicos especialistas que cuentan con estudios de especialización en una rama de la medicina para la atención a la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema, ubicados en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención de las instituciones públicas del sector salud.

Incluye a todos los médicos especialistas que están en contacto con el paciente en las unidades de primero y segundo nivel de atención, excluyendo a los odontólogos. Para el análisis estatal por institución de salud se empleará como denominador la población legal o potencial, según corresponda.

B. INDICADOR: RAZON DE MÉDICOS

Definición: Numero de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

FÓRMULA
Número total de médicos disponibles en un periodo determinado

x 10,000
Total, de población en un periodo determinado

Nota Técnica: Los datos son proporcionados por las oficinas de país y programas técnicos regionales OMS/OPS con base en la información reportada por la autoridad sanitaria nacional.

Tipo: Razón

Unidades de Medida: Por 10.000 habitantes

C. INDICADOR DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS PROFESIONALES PARA LA SALUD

Código y título del indicador:

DISPONIBILIDAD DE PERSONAL DE SALUD PROFESIONALES PARA LA SALUD

Nombre del indicador:

Número de países y territorios con por lo menos 25 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) por 10.000 habitantes

Definición del indicador:

Este indicador se basa en la densidad del personal de salud. El parámetro fue fijado por la OMS (Informe sobre la salud en el mundo 2006) en 25 médicos, enfermeras y parteras por 10.000 habitantes, que se considera como la cantidad

mínima de recursos humanos necesarios para lograr una cobertura de 80% con intervenciones esenciales de salud pública (como vacunación contra el sarampión y partos atendidos por parteras competentes).

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Número total de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras)}}{\text{Total de población}} \times 10,000$$

Línea de base en el 2013:

25

Meta para el 2019:

31

Propósito del indicador:

Dar seguimiento al progreso de todos los países y territorios de la Región para lograr una densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.

Nota técnica:

La razón en cada país se calcula dividiendo el total del personal de salud del país (médicos, enfermeras y parteras) por el número de habitantes y multiplicando el resultado por 10.000. Una vez hechos los cálculos para cada país, se suman los países que han logrado la densidad mínima de recursos humanos para la salud y se notifican a efectos del seguimiento.

Este indicador forma parte de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud. La recopilación de datos varía de un país a otro según el ciclo de planificación nacional. El Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS ha colaborado en dos evaluaciones de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud en 24 países en un período de cuatro años. La medición final está programada para el 2015.

Para este indicador:

- **La categoría "enfermera profesional"** incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería o 2) un certificado o diploma técnico de al menos tres años en enfermería.

- **La categoría ocupacional de "parteras"** incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería y obstetricia 2) un certificado o grado técnico de al menos tres años en partería.

Tipo de indicador:

Absoluto

Unidad de medición:

Número de países y territorios

Frecuencia de medición:

De tres a cuatro años (según la información presentada por los países por medio del Observatorio de Recursos Humanos para la Salud)

Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador:

Sistemas y Servicios de Salud, Recursos Humanos para la Salud.

Fuente de datos:

Ministerios de salud o autoridades sanitarias nacionales y censo de población de cada país.

Limitaciones:

- Muchos países no tienen bases de datos actualizadas, fidedignas y completas sobre el personal de salud disponible o mecanismos sistemáticos para recopilar y analizar información.

- En algunos casos, los datos se limitan a los médicos, las enfermeras y las parteras que trabajan en el sector público.

- Hay diferencias entre países en relación con las categorías del personal de enfermería y el que atiende los partos (parteras).

D. INDICADOR DE DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Nombre del indicador:

Número de países y territorios que han reducido en 50% la brecha en la densidad de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) entre jurisdicciones sub nacionales (provincia, estado, departamento, territorio, distrito, etc.) que tienen una densidad menor de trabajadores de salud con respecto a la densidad nacional

Definición del indicador:

Este indicador mide la reducción de al menos 50% de la brecha en el número de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) entre las jurisdicciones a nivel subnacional que tienen una menor densidad de trabajadores de salud que la densidad nacional.

FORMULA	
Número total de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) en un periodo determinado. ----- Total de población en el mismo periodo	x 10,000

Línea de base en el 2012: 11

Meta para el 2019:19

Propósito del indicador:

Dar seguimiento a los progresos en la distribución del personal de salud, en particular en el primer nivel de la atención. La cobertura universal de salud requiere una distribución adecuada del personal de salud, especialmente en el primer nivel de la atención, para garantizar el acceso adecuado según las necesidades. Las

dificultades para reclutar y retener al personal del primer nivel de atención a menudo son geográficas (zonas rurales, poblaciones dispersas, distancia de los centros metropolitanos) y culturales (es decir, poblaciones autóctonas). Por ejemplo, en algunos países la razón de médicos por habitantes es 8 veces mayor en zonas urbanas que en zonas rurales (o no metropolitanas).

Nota técnica:

Para calcular este indicador, los países tienen que determinar y monitorear la densidad de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) en el nivel nacional y en cada jurisdicción subnacional. Para el indicador, se agrupan las jurisdicciones con una densidad de personal de salud por debajo de la nacional, y la densidad resultante se usa para determinar la reducción de 50% de la brecha respecto de la densidad nacional. El indicador servirá para identificar el número de países y territorios que hayan reducido en un 50% la brecha al final del período, en comparación con la línea de base.

Ejemplo del cálculo:

Nacional:

Número total de médicos, enfermeras y parteras en el país en un año dado, dividido por la población total en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.

Jurisdicción:

Número total de médicos, enfermeras y parteras en la jurisdicción en un año dado, dividido por la población total de la jurisdicción en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.

Grupos de jurisdicciones:

Número total de médicos, enfermeras y parteras en jurisdicciones con densidades inferiores a la nacional en un año dado, dividido por la población total de esas jurisdicciones en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.

Ejemplo: un país tiene diez estados. La densidad de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) en toda la nación es 80/10.000. La medición de la densidad de personal de salud en cada uno de los 10 estados permite identificar tres estados con una densidad inferior a 80/10.000. Se suma el número de médicos, enfermeras y parteras en los tres estados, y se determina una nueva densidad de personal de salud usando como denominador la población total de los tres estados y multiplicando por 10.000. A modo de ejemplo, supongamos que los estados tienen la misma población de 10.000 y que un estado tiene 20 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras), el otro tiene 40 y el tercer estado, 60. La densidad resultante para los tres estados es 120/30.000 habitantes, que es 40/10.000, lo que deja una brecha de 40/10.000 con respecto a la densidad nacional (80-40). Reducir la brecha en 50% implica aumentar la densidad de personal de salud en los tres estados agrupados a 60/10.000 al final del período.

Para este indicador: La categoría "enfermera profesional" incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería o 2) un certificado o una calificación técnica de al menos tres años en enfermería.

La categoría ocupacional de las "parteras" incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería y partería o 2) un certificado o un diploma técnico de al menos tres años en partería.

Tipo de indicador:

Absoluto

Unidad de medición:

Número de países y territorios

Frecuencia de medición:

Bienal. Los países informarán al sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 al final de cada bienio.

Unidad de la OPS responsable del seguimiento del indicador:

Sistemas y Servicios de Salud, Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR)

Fuente de datos:

Sistemas nacionales de información sobre recursos humanos, registros de profesionales de la salud, datos del censo de población y encuesta nacional de hogares

Limitaciones:

La limitación principal de este indicador es la disponibilidad de datos fidedignos y válidos sobre el número de médicos, enfermeras y parteras a nivel nacional y en cada jurisdicción subnacional.

E. INDICADOR DE SATISFACCION POR INFORMACION RECIBIDA POR MÉDICOS ESPECIALISTAS

1.- **NOMBRE:** Porcentaje de usuarios que perciben que la información recibida por Médicos especialistas en la atención es comprensible y completa.

<p>FÓRMULA</p> $\frac{\text{Número total de pacientes que recibieron información por médicos especialistas en instituciones del sector público en un periodo determinado}}{\text{Total, de población atendida de ese periodo}} \times 1,000$

2.- **TIPO:** Indicadores de Estructura

3.- **JUSTIFICACIÓN:** Las encuestas realizadas en algunas regiones del país, reflejan como uno de los factores que generan insatisfacción en los usuarios externos la poca o nula entrega de información durante el proceso de atención, y en muchos casos la información que se imparte es poco comprensible por el usuario. Debido a que en el proceso de atención tanto el prestador como el usuario interactúan bidireccionalmente en la búsqueda de las solución de su necesidad de salud, es primordial que se le proporcione información veraz, clara, y completa, para que pueda tomar decisiones apropiadas –derecho a ser informado-Dentro del

área de evaluación de satisfacción al usuario es importante detectar con alta sensibilidad la comprensión y aceptación de los contenidos entregados al usuario por el personal de salud, para ello se debe medir este aspecto que va a constituir una fuente de cambio sostenido de actitudes del personal, quienes velarán por brindar contenidos que el usuario comprenda acerca de su de salud y otros que demande.

4.- OBJETIVO: Determinar la percepción del usuario respecto a la comprensión de la información recibida durante la entrega de los servicios de salud.

5.- TIPO DE MEDIDA: Porcentaje.

6.-NUMERADOR: Se considerará los usuarios que perciben que la información recibida en la atención, es entendible y completa.

7.- DENOMINADOR: Todos los usuarios encuestados

8.- UMBRAL: 80% (Sujeto a variación según medición basal)

9.- FUENTE DE DATOS: Usuarios encuestados.

10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

11.- MUESTRA: Aleatoria, tomando como universo la relación de pacientes atendidos (referente año anterior) con un nivel de confianza de 95% y una exactitud de 10% (no indispensable)

12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Este indicador deberá medirse en forma semestral de tal manera que propicie, discusión, análisis de resultados y el interés en el equipo de gestión por cumplir con el indicador.

13.- UNIDAD RESPONSABLE: Equipo de gestión del establecimiento.

F. INDICADOR DE REFERENCIA Y CONTRA- REFERENCIA

1.- NOMBRE: Porcentaje de referencias y contra referencias realizadas según normas y protocolos.

<p>FÓRMULA</p> $\frac{\text{Número total de contra referencias realizadas}}{\text{Número total de referencias recepcionadas}} \times 100$
--

2.- TIPO: Indicador de Estructura.

3.- JUSTIFICACIÓN: Muchos de los establecimientos del primer nivel no cuentan con un sistema normatizado de referencias y contra referencias de pacientes, no permite garantizar un adecuado proceso de referencias de pacientes a niveles de mayor capacidad resolutive, esto puede conducir a un deterioro de la salud de las personas que han requerido este procedimiento. El procedimiento de las contra referencias se torna más crítico muchas veces porque es obviado como parte de la continuidad de la atención.

Se entiende por **referencias** al procedimiento que se realiza para enviar un paciente de un establecimiento de salud a otro de mayor resolutiveidad.

Contra referencia es el procedimiento que realiza el establecimiento receptor de la referencia, con el fin de informar sobre los procedimientos realizados en este nivel y los que posteriormente demandará se ejecuten en el establecimiento que realizó la referencia (continuidad de atención). El reto que se presenta hoy, es realizar las referencias y contra referencias ciñéndose a normas y protocolos, que el establecimiento debe adecuar para mejorar su uso y aplicabilidad tomando en cuenta los elaborados por el Ministerio de Salud y niveles locales.

4.- OBJETIVO: Verificar la aplicación de normas y protocolos en los procedimientos de referencia y contra referencia realizados por los establecimientos del primer nivel de atención.

5.- TIPO DE MEDIDA: Porcentaje

6.- NUMERADOR: Número de referencias y contra referencias realizadas según normas y protocolos en el periodo de evaluación.

7.- DENOMINADOR: Número total de referencias y contra referencias realizadas en el periodo de medición.

8.- UMBRAL: 80% (Sujeto a variación según medición basal)

9.- FUENTE DE DATOS: **Numerador:** Fichas de referencias y contra referencias e historias de atención. **Denominador:** Registro de referencias y contra referencias.

10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN:

Fuentes primarias: Auditoria de historias clínicas de pacientes referidos, fichas de referencia y contra referencia.

Fuentes secundarias: Registro de atención diaria.

11.- MUESTRA: Universo de referencias y contra referencias realizadas en el periodo de evaluación.

12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse los procedimientos que no se ciñeron a las normas, a través de la discusión, análisis de resultados y propiciar el interés en el equipo de gestión que permitan cumplir con el indicador.

13.- UNIDAD RESPONSABLE: Comité de referencia y contra referencia. Directores de los Establecimientos de Primer y Segundo nivel.

G. INDICADOR SOBRE CUMPLIMIENTO DE CURSOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE PARA EL PERSONAL DE SALUD

OBJETIVO DEL INDICADOR:

Estimar el cumplimiento de los cursos de la programación anual conforme a las necesidades de capacitación del personal de salud.

TIPO DE INDICADOR: Estratégico

INDICADOR INCLUIDO EN: Evaluación Indicadores Estratégicos

PRECISIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO (FÓRMULA):

FÓRMULA	
Número de cursos de educación permanente realizados para el personal de salud durante el año	
-----	X 100
Número de cursos autorizados de educación permanente programados para el personal de salud, en el año	

INTERPRETACIÓN: Proporción de cursos realizados en un semestre, del total de cursos de educación continua programados en el mismo semestre para el personal del área de la salud, autorizados en la programación anual.

VALOR DE REFERENCIA: > 70.5 %

PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN: anual.

OBSERVACIONES: Se excluyen los cursos extemporáneos y extraordinarios.

Educación permanente: Proceso constante e intencionado para que el personal para la atención de la salud se identifique con la misión institucional, propicie el progreso individual y favorezca el crecimiento personal; debe ser una actividad cotidiana, orientada a responder a necesidades educativas, con una vinculación auténtica de la práctica con la teoría en la interacción cotidiana y real con los pacientes; con un enfoque hacia el desarrollo de competencias.

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La puesta en práctica de las redes integradas de servicios de salud en las américas, tienen como fundamento en el “nuevo paradigma” de renovación de los sistemas de salud.⁷⁹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), invoca como tareas prioritarias el realizar el comprobar el grado de integración de los diferentes sistemas de salud de la región, con la finalidad de definir las estrategias pertinentes que solucionen los problemas en las redes de servicios a la salud.⁸⁰

Es muy compleja la labor de coordinar e integrar todas las estrategias para el cambio, en virtud de la mejor evidencia que esté disponible en el campo de las Redes de Salud, los cuales requieren una mayor investigación, mejorar los mecanismos de análisis y los mismos alcances de las indicadas investigaciones.⁸¹

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

Muchos de los planteamientos buscan efectuar una distribución de recursos más eficiente, para lo cual se introdujeron conceptos y metodologías orientadas al mercado y el fortalecimiento de las capacidades técnicas del sector, con la finalidad de enfrentar la reasignación de competencias y responsabilidades en base a las nuevas formas de organización que cada país presente asumir.⁸²

Las reformas del sector salud que implica necesariamente una reingeniería de la estructura del sector, tanto en países del primer mundo industrializado⁸³ así como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo,^{84, 85} la Organización Panamericana de la salud promocionó como una forma validada de integración las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)(REFIS en Bolivia).⁸⁶

Entre las variadas experiencias recogidas se pueden incluir inclusive la de EE.UU que muestra un sistema muy fragmentado y otros en los que predominan la competencia gestionada de proveedores y aseguradoras que requieren nuevos afiliados; y también se ha podido aplicar en países con sistemas integrados nacionales.⁸⁷

Como corolario podríamos indicar que en este proceso de reingeniería de los sistemas, se ha constituido una unidad dialéctica virtuosa entre fragmentación/integración como respuesta a los grandes problemas que enfrentan el sector de variopintas alternativas y creativas soluciones.⁸⁸

5. CONTEXTO DE LA RED

Bases legales de creación

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

Ubicación

El Municipio de El Alto, se encuentra ubicado en el Departamento de La Paz, cuarta sección de la Provincia Murillo, en un entorno geográfico situado sobre una meseta caracterizada por una superficie plana y ondulada, al pie de la Cordillera de La Paz y Cordillera Oriental¹, a 16°31' latitud sur y 68°13' longitud oeste, a una altura variable entre los 6.000 m.s.n.m. (Nevado del Huayna Potosí) y 3.700 m.s.n.m. (Valle de Kaque Marka)⁸⁹.

La Ley N° 728 de 6 de marzo de 1985 en cuanto a sus límites, en el art. 2, manifiesta "Son sus límites: Al Norte, con el Cantón Zongo, de la Tercera Sección de la Provincia Murillo; al Sur, con el Cantón Viacha de la Provincia Ingavi; al Este, con la Ceja de El Alto de la ciudad de La Paz; y al Oeste, con el Cantón Laja de la Segunda Sección de la provincia Los Andes". Estos límites son ratificados mediante **Ley 2337 del 12 de marzo de 2002^x. Superficie**

El municipio de El Alto cuenta con una extensión Territorial de 428,03 Km², esta superficie se halla resguardada por la Ley 2337 de fecha 12 de marzo de

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

2002. Esta misma Ley en el Art. 3º delega la demarcación correspondiente al Instituto Geográfico Militar (IGM), en conformidad al Art. 29º párrafo 1 de la Ley 21503. El proceso de demarcación realizada por el IGM estuvo encuadrado en la Ley 2337, la Ley 2150 y su Decreto Reglamentario DS 26520 de 21 de febrero de 2002, este Decreto Reglamentario señala en su Art. 5º “en todo proceso de delimitación de Departamentos, Provincias, Secciones de Provincia o Cantones, no debe afectarse la continuidad territorial.

División Política

En 1996 se registra la primera propuesta de Distritación Municipal, conformado por 7 distritos: de los cuales 6 distritos son urbanos (1, 2, 3, 4, 5 y 6) y uno rural (7). En esta primera delimitación y conformación de Distritos, la superficie del Aeropuerto Internacional de El Alto no era parte de ningún distrito. En el 2002, el Distrito 6 se unifica con el espacio del aeropuerto internacional; los Distritos 3 y 4 se extienden hasta los límites del Municipio al oeste y sobre el espacio del anterior Distrito 7. Asimismo, se crean dos nuevos Distritos: el 8 (urbano) al sur del Municipio colindando con los distritos 2 y 3, y al norte con el distrito 9 (rural), que resulta de la división del Distrito 7 en dos fracciones.

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

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

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

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

La Distritación^{xi} pretende accionar la participación conjunta y coordinada del Gobierno Autónomo Municipal, las organizaciones comunitarias, los sectores de salud, educación y todos los estantes y habitantes del Municipio.

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

FIGURA 5 Distritación Municipal y extensión territorial

CARÁCTER DEL DISTRITO	DISTRITO	EXTENSIÓN TERRITORIAL EN Km2.	MODIFICACION Y CREACION DE DISTRITOS MUNICIPALES													
URBANO	Dist. 14	16,96														
RURAL	Dist. 13	180,91														
URBANO	Dist. 12	8,3														
RURAL	Dist. 11	9,83														
	Dist. 10	38,34														
URBANO	Dist. 9	13,26														
	Dist. 8	41,01														
	Dist. 7	29,86														
	Dist. 6	15,38														
	Dist. 5	15,76														
	Dist. 4	18,47														
	Dist. 3	17,74														
	Dist. 2	11,98														
	Dist. 1	10,23														
	TOTAL		428,03													
			1996	2001	2002	2005	2007	2008	2010	2012	2013					
			5 AÑOS		1 AÑO		4 AÑOS	2 AÑOS	3 MESES	2 AÑOS	2 AÑOS	1 AÑO				

Fuente: 1Plan Territorial de Desarrollo Integral 2016-2020

^{xi} Ubicación geográfica de las infraestructuras y espacios públicos, tienen gran importancia en la planificación y su efecto en el desarrollo social que refleja la calidad de vida de la población.

Características Físico Naturales

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

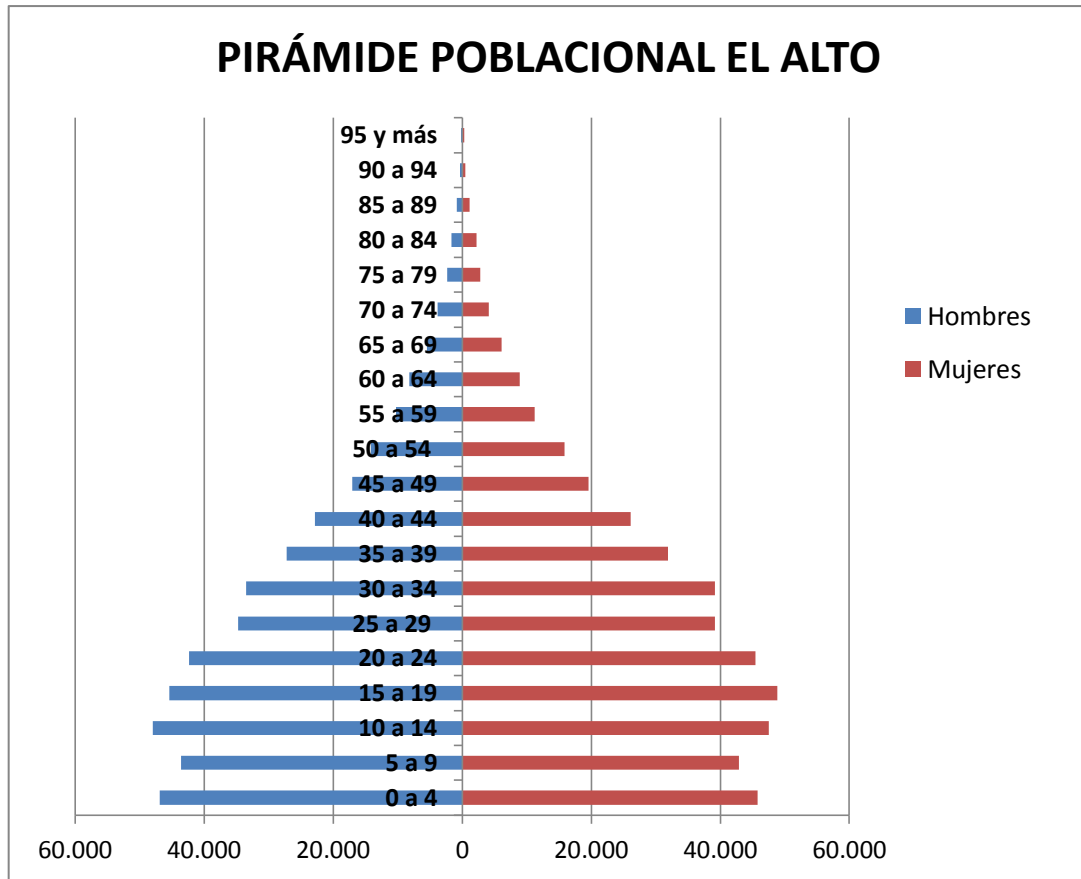
El perfil longitudinal 2 (oeste a este) comienza en la Comunidad Parcopata, pasa por la Urbanización Prados de Ventilla, Comunidad Amachuma hasta el Valle de Kaque Marka. ^[90]

Población

De acuerdo a los resultados del Censo 2012 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) la ciudad de El Alto tiene una población de 848.452 habitantes. Representado la población masculina por el 51.8% y la población femenina por el 48.2% ⁹¹.

^{xii} Cuya característica son sus superficies planas poco accidentadas, que corresponden a las llanuras de sedimentación de la Cordillera Oriental de Los Andes.

FIGURA 6 Pirámide poblacional Municipio El Alto. 2016



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

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

Población por Distrito

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

TABLA 5 Municipio De El Alto: Población Por Distritos

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

Fuente: 3 INE Censo 2012, Instituto Nacional de Estadística, BOLIVIA

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

Crecimiento inter censal

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

El municipio de El Alto se caracterizó por tener un crecimiento acelerado debido a que acogió en su jurisdicción personas que provenían de distintos municipios del departamento de La Paz, como también de otros departamentos.

La manifestación y posicionamiento de la urbe alteña en materia de crecimiento demográfico coadyuvo definitivamente a la expansión de la mancha urbana, registrando un índice de crecimiento de 5.1% INE (2005), como el más alto de Bolivia, llegando incluso a una cifra record del 9.23% anual entre 1976 y 1992; convirtiéndose en una ciudad de evolución urbana permanente. De acuerdo a los últimos datos del INE (2012), se registra un índice de 2.4%, para una población actual de (848.452) habitantes.

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

En este contexto, la evolución histórica del crecimiento de la mancha urbana en un periodo de cien años, comprendidos entre 1912 hasta el año 2012 ha sido intensa. ^[92]

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



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

Población del municipio por sexo según grupos de edad

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

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

Factores de Crecimiento Poblacional

Fecundidad

En el Municipio de El Alto, la tasa de Fecundidad General^{xiii} (por mil mujeres en edad fértil) es de 76,6 menor a la media nacional de 97,7; el número de mujeres en edad fértil es de 250.303(29.5%) de la población total. ^[93]

Migración

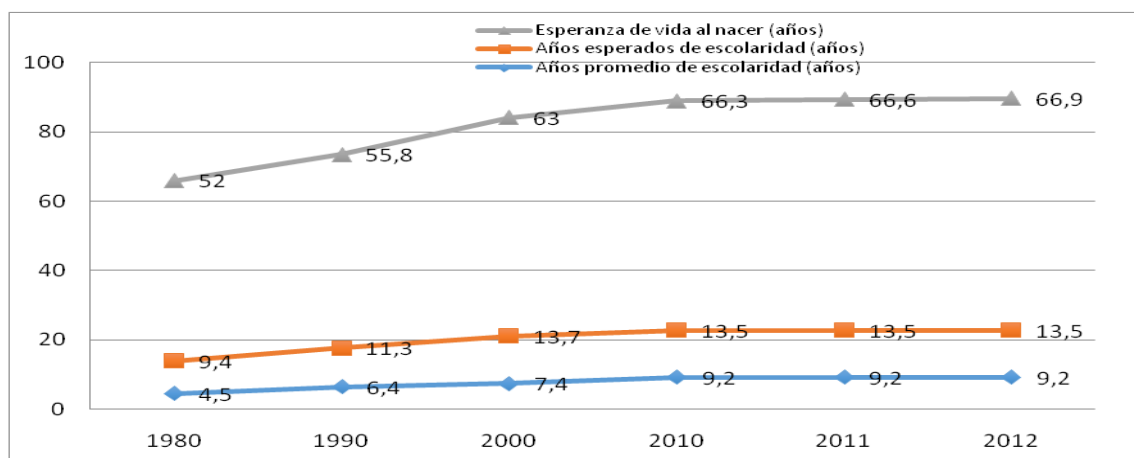
Respecto a la migración, se tiene que el principal destino de los alteños en los últimos 5 años es Viacha y que un número significativo migra al exterior del país (43.578). ^[94]

Índice de Desarrollo Humano (IDH) municipal.

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

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

GRAFICO 1 Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia. 2013



Fuente: Dirección Municipal de Salud 2014

Pobreza

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

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

TABLA 6 Necesidades Básicas Insatisfechas. Situación de Pobreza. Mun. El Alto. 2012

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

Fuente: Datos Censo 2012. INE

Acceso a los servicios de salud

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

TABLA 7 Lugar Donde Acude La Población Cuando Tiene Problemas De Salud Según Resultados Censo 2012. Municipio El Alto.

SALUD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Caja de Salud (CNS, COSSMIL, u otras)	189.396	91.609	97.787
Seguro de salud privado	91.391	44.847	46.544
Establecimientos de salud público	442.442	206.319	236.123
Establecimientos de salud privado	149.665	72.720	76.945
Médico tradicional	149.502	72.297	77.205
Soluciones caseras	440.915	208.092	232.823
La farmacia o se auto médica	530.156	256.231	273.925
TOTAL	1.993.467	952.115	1.041.352

Un 26,59% de la población de El Alto cuando tiene problemas de salud como primera alternativa acude a la farmacia o se auto médica, un 22,12% se cura con recetas caseras, 22.19% acude a establecimientos de salud públicos, 9.5% acude a la caja de Salud, un 7.5% visita a médicos tradicionales y otro 7,51% asiste a establecimientos de salud privado, seguros de salud privado 4,58%. Se establece que el 57% de la población recurre a soluciones fuera del Sistema Biomédico.^[95]

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

TABLA 8 Departamento de La Paz: Indicadores Socio demográficos, 2012

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

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas

Indicadores de Salud

En la tabla siguiente se muestran los indicadores de salud para el municipio. La esperanza de vida es de 67,9 años y se encuentra por encima de la media nacional. Y algunos de los indicadores principales. (Para mayor detalle ver Anexo Tabla N° 2)

TABLA 9 Indicadores principales salud. Municipio El Alto. 2016

INDICADOR	VALOR
Esperanza de vida al nacer	67,95 años
Tasa Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	54 x 1000 nacidos vivos
Cobertura Parto Institucional	96%
Cobertura del Cuarto Control Prenatal	90%
Cobertura Atención de Neumonías (menores 5 años)	x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura Diarreas (menores 5 años)	x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura de DPT/3ra. dosis pentavalente (menores de 1 año)	100%
Cobertura 3ra. Dosis de hierro (menores 2 años)	

Fuente: Datos SNIS e INE

Estructura de los Servicios de Salud del Municipio

El Municipio de El Alto, cuenta con 89 establecimientos de salud públicos de primer nivel y 6 de segundo nivel, con un total de 1333 recursos humanos en salud, de estos 666 recursos humanos están en un primer nivel de atención y 647 en un segundo nivel de atención, estos recursos están dentro de una red de servicios de salud estructurada, a partir del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) se estructura el lineamiento regional, el cual ejecuta por medio de las cinco coordinaciones de red (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios), hacia los 53 servicios de salud, descritos en la siguiente tabla: ^[96].

TABLA 10 Estructura De Establecimientos De Salud, Municipio De El Alto, 2015

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

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

CONTEXTO RED DE SERVICIOS DE SALUD COREA

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

Reseña Histórica

El área se sitúa al sur oeste de la metrópoli, desde el aeropuerto hacia el sur, a lo largo de carretera de Viacha. El asentamiento en esta área es también lineal pero muy heterogéneo, quizás por ser más recientes las urbanizaciones. El

porcentaje de industria es más elevado que en otras zonas, las áreas dedicadas al comercio y servicios son reducidas.

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

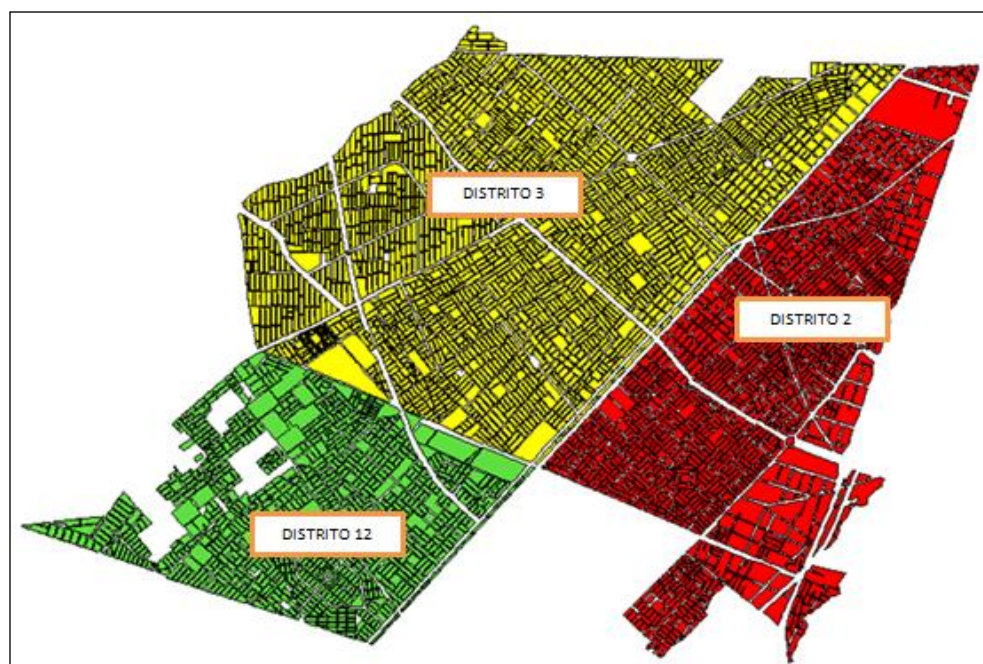
Aspectos Generales

La red de Salud Corea es una entidad del Estado Plurinacional de Bolivia que brinda prestaciones de salud a la población del Distrito 2, 3 y 12 de la Ciudad del Alto con personal capacitado; dependiente del SEDES La Paz, SERES El Alto, facilitando los procesos de Gestión Pública, Sanitaria, Epidemiología, Social y desarrollando estrategias para la implementación de las políticas de salud nacionales y locales con acciones de promoción, prevención con enfoque intercultural y responsabilidad compartida en el marco de la “Salud Para La Paz Con Todos”.

Distribución Geográfica

Geográficamente la Red Corea ocupa 29,64 km² del territorio urbano alteño. La Red Corea está conformada por tres Distritos Municipales: Distrito Municipal N° 2, Distrito Municipal N° 3, y Distrito Municipal N° 12.

FIGURA 8 División Político Administrativa. Red Corea. 2016



Fuente: Coordinación de Red Corea

Población de la Red de Servicios de Salud Corea

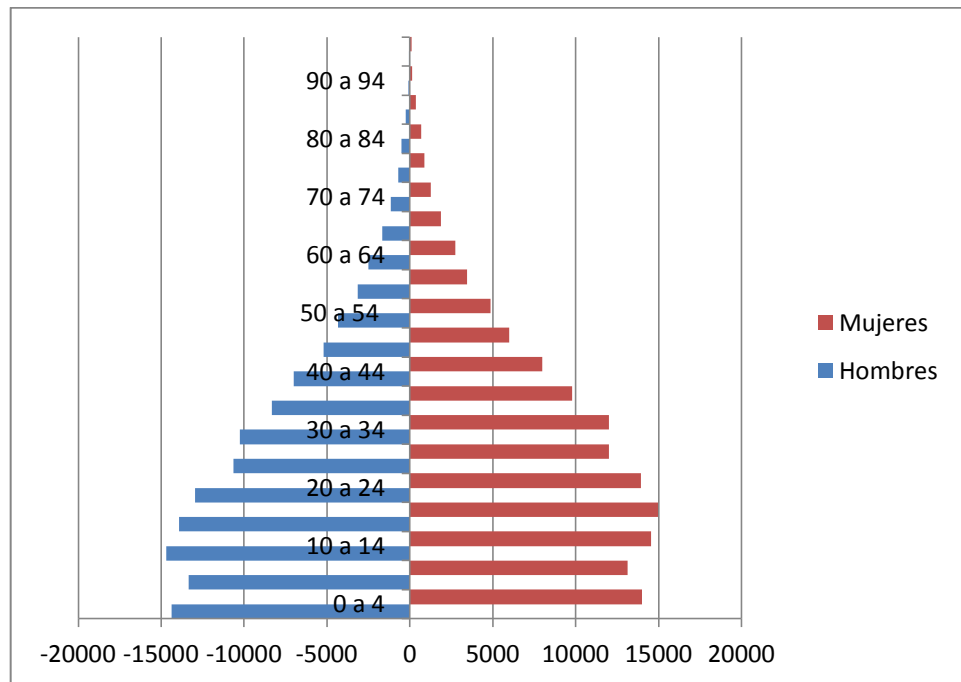
La Red de Salud Corea es la de mayor concentración poblacional del Municipio de El Alto, pues de acuerdo a las proyecciones oficiales con las que se trabaja en la Red, se tiene un número de 259.797 habitantes.

TABLA 11 Población de la Red Corea, Según Distrito Municipal. 2016

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

Fuente: Coordinación de Red Corea

FIGURA 9 Pirámide Poblacional Red Corea. 2016



Fuente: Datos INE- SEDES 2016

Población de la Red Corea Cubierta Por La Seguridad Social De Corto Plazo

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

Situación de Salud en la Red Corea

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

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

TABLA 12 Coberturas de Salud. Red Corea. 2016

INDICADOR	VALOR
Cobertura Parto Institucional	84%
Cobertura del Cuarto Control Prenatal	93%
Cobertura Atención de Neumonías (menores 5 años)	27 x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura Diarreas (menores 5 años)	54 x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura de DPT/3ra. dosis pentavalente (menores de 1 año)	105%
Cobertura 3ra. Dosis de hierro (menores 2 años)	

Fuente: Datos Rendición de cuentas de Red Corea.

En la Red se atendieron institucionalmente 5.224 partos el 2016, lo que significa que el porcentaje de atención de partos atendidos por personal de salud capacitado fue de 84%.

Es importante recocer los siguientes indicadores de la gestión^{xiv}, tal como la prevención del Cáncer Cérvico Uterino que llegó en el 2016 a 12180^{xv} casos que equivale al 20 %.

Disponibilidad de establecimientos de salud

Para el 2016, la Red Corea cuenta con 28 establecimientos de salud, Siendo el 96.4 % correspondiente a 27 Centros de salud de Primer Nivel y 3.5% correspondiente a un Hospital de Segundo Nivel. (Anexo 2)

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

El Distrito 2: Cuenta con una población 117.552 Habitantes y dispone de tres Centros de Salud Integrales (C.S. Eduardo Avaroa, C.S. Nuevos Horizontes y C.S. Copacabana), además dispone de 6 Centro de Salud Ambulatorios (C.S.

^{xiv} Los datos corresponden a la presentación de la Rendición de Cuentas realizada en la presente gestión por el equipo de coordinación de la Red Corea.

^{xv} Presentación en el CIA, muestra un total de 20559 casos y un porcentaje de cobertura del 36%.

Prefectural, C.S. Santiago II, C.S. Asunción San Pedro, C.S. 6 de junio, C.S. Urbanización Kenko y C.S. San Juan Kenko todos de 12 hrs. de atención). El Hospital Modelo Corea de segundo nivel, se encuentra en este distrito. Estableciéndose en la única referencia a nivel de la Red de Salud Corea. En este distrito de encuentra el Hospital Sagrado Corazón de Jesús que es de entidad Privada y que no tiene convenios con la Red Corea.

El Distrito 3: Cuenta con una población 121.526 y dispone de dos Centros de Salud Integrales (C.S. Villa Adela y C.S. 1ro de Mayo). Y seis Centros Ambulatorios del sub sector público, (C.S Luis Espinal, C.S. Calama, C.S. Santiago de Charapaqui II, C.S. 3 de Mayo, C.S. Cosmos 79 todos de 12 hrs.) y el C.S. Romero Pampa de 6hrs. De nueva creación 2016.

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

El Distrito 12: Cuenta con una población 20.719 habitantes y dispone tres Centros de Salud Ambulatorios públicos de primer nivel de atención (C.S. San Martin de 12 hrs, C.S Chijini Bajo y C.S. Alto Chijini ambos de 6 hrs. Los dos últimos son de Nueva creación Octubre 2016 (Anexo Nro. 2)

FIGURA 10 Estructura de Establecimientos por Nivel de Atención. Red Corea. 2016



Fuente: Rendición de Cuentas Red Corea

Proyecto de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) Mi Salud

Es un proyecto de fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, que implementa la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, a través de acciones de promoción de la salud y de atención integral intercultural con participación comunitaria por el Gobierno del Estado Plurinacional. [97]. En el área Urbana se asigna un médico por cada 2000 a 3000 habitantes y se habilita un consultorio vecinal en consenso con la junta de vecinos y red de servicios de salud; el cual debe estar localizado en una zona central o próxima a la población beneficiada, con conexión a las vías o carreteras y acceso al transporte público.

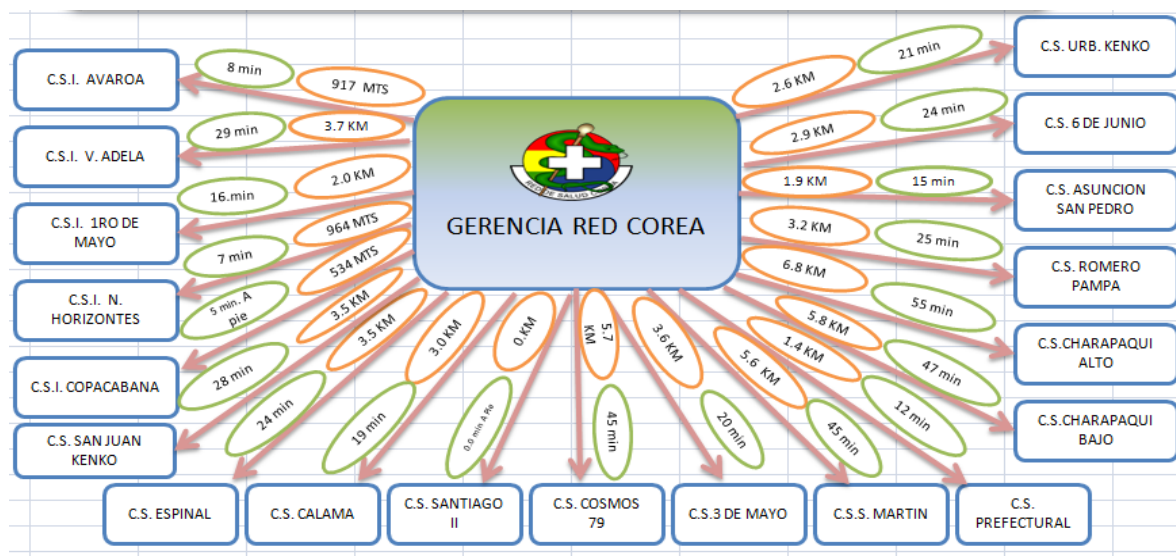
La Red Corea cuenta con 45 Consultorios Vecinales Mi Salud, distribuidos en diferentes áreas de influencia de los establecimientos de salud.

Infraestructura Sanitaria

Con relación a la disponibilidad de establecimientos de salud de primer nivel, para el 2016 la Red Corea cuenta con 28 establecimientos de salud, Siendo el 96.4 % correspondiente a 27 Centros de salud de Primer Nivel y 3.5% correspondiente a un Hospital de Segundo Nivel. (Anexo 2)

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

GRAFICO 2 Isocrona Red Corea . 2016



Fuente: Red de Salud Corea

Distribución de los Establecimientos de Salud según el Nivel de Atención

Primer Nivel de Atención:

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

Segundo Nivel de Atención

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

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

✓ **Privado:** Hospital Corazón de Jesús.

TABLA 12 Número de Establecimientos De Salud Del Primer Nivel acuerdo a los Distritos y horas de atención de La Red Corea Municipio El Alto, Gestión 2016

	DISTRITO 2					DISTRITO 3				DISTRITO 12					
HORA S			A. 6 DE JUNIO	C.S. DE	C. S.A. ASUNCION SAN PEDRO					.S.A. ROMERO PAMPA					
2 HORAS	.S.A. SANTIAGO II	.S.A. PREFECTURAL	A. JUAN KENKO	C.S. SAN		.S.A. URB. KENKO	S.A. CALAMA	.S.A. LUIS ESPINAL	.S.A. COSMOS 79	.S.A. 3 DE MAYO	.S.A. SAN MARTIN	SCP 1	NG 4	RIV. 1	GLE SIA 2
4 HORAS	.S.I. VILLA AVAROA		I. NUEVOS HORIZONTES	C.S.		C.S.I. COPACABANA	S.I. VILLA ADELA		.S.I. 1 DE MAYO						

Fuente: Informe de Gestión 2016, Red Corea Municipio El Alto

Recursos Humanos para la Salud en la Red Corea

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

TABLA 14 Recursos Humanos Red Corea, 2016

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

Fuente: RRHH Sedes La Paz, 2016

Según datos del SNIS, SERES –SEDES La Paz 2011-2014, este departamento tiene un promedio de 12,6 RHS por 10.000 habitantes y el municipio de El Alto tiene una densidad de 1.7 médicos generales por 10.000 habitantes y 0.1 por médicos especialistas por 10.000 habitantes, Licenciadas en enfermería es 0.3

por 10.000 habitantes, Técnicos de enfermería es de 2.2 por 10.000 habitantes, Odontólogos 0.7 por 10.000 habitantes y personal de salud 5.1 por 10.000 habitantes⁹⁸.

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

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La crisis al interior de los hospitales, por falta de médicos especialistas, se debe a que no existe una planificación desde el Estado para formar los recursos humanos que requieren los hospitales de segundo y tercer nivel. El Estado Boliviano debe mejorar la infraestructura hospitalaria y el equipamiento, de esta manera los especialistas podrían enseñar a otros profesionales. Si se cumpliera con esta condición recién se podría cubrir la enseñanza de especialidades, pero todo parte de la voluntad entre los actores para diseñar una política de estado para Salud.

La atención en salud en Bolivia desde hace una década aproximadamente se ha sub especializado, existiendo innumerables solicitudes por parte de los pacientes que exigen ser atendidos por Médicos especialistas y sub especialistas , ocasionando un incremento de requerimientos de especialidades Médicas, sumado a la falta de profesionales especialistas en nuestro medio, por esta razón se pretendió en la presente investigación indagar sobre los factores que dificultan la prestación de servicios médicos especializados en la Red Corea de la ciudad de El Alto de La Paz.

El mercado de médicos especialistas en Bolivia constituye un mercado altamente segmentado, en el que en los hechos es posible reconocer un mercado específico para cada una de éstas.

El Colegio Médico de Bolivia tiene registradas 38 Sociedades Bolivianas Científicas, la mayoría de los profesionales se formaron o hicieron la subespecialidad en el extranjero. El presidente del ente colegiado de La Paz, Luis Larrea, manifestó que mientras no se mejore la infraestructura de los hospitales, será imposible la formación de profesionales para un área específica. “Se necesita docentes para la enseñanza, al igual que una buena infraestructura y equipos. Mientras más tiempo pasa, las necesidades de nuevos especialistas se duplican. Si bien algunos se forman en el extranjero, el sector público no reconoce el esfuerzo y los salarios son bajos con relación al sector privado”. (Periódico La Razón ,11 Noviembre 2012).

Según el criterio del Dr. Guido Zambrana Decano de la facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, falta una política de Estado. “Para especializar en el país tenemos más puntos en contra, como la infraestructura y la falta de docentes para formar a los especializados. La mayoría de los que pueden dedicarse a esta formación son de alto nivel, pero no existe una política para incluirlos en la enseñanza”. (Periódico La Razón ,11 Noviembre 2012).

La formación de especialistas médicos en un mundo globalizado implica considerar la posibilidad que un número de los recursos formados migren a otros países, lo cual para el caso de Bolivia es una realidad. Esto hace que las proyecciones deban considerar este factor, de igual manera que si se verificara un proceso de inmigración últimamente. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, es preciso reconocer que el cálculo de las necesidades de especialistas será diferente según se realice desde la óptica de la oferta, es decir de los organismos formadores de recursos humanos o desde la perspectiva de la demanda por parte de las instituciones en las que se van a desempeñar esos recursos y de la existencia o no de un ámbito para el desempeño privado.

Los servicios de atención especializada hacen referencia al conjunto de recursos materiales y humanos que se ponen a disposición por parte del sistema de salud, para atender los problemas sanitarios de mayor complejidad.

Si bien la atención especializada brinda al igual que la atención primaria servicios ambulatorios y de urgencia; se diferencia de esta porque es el nivel más alto de atención, ofrece servicios de internación; este nivel de atención se ofrece en Centros de Especialidades y Hospitales. Existe una tercera posibilidad por la cual se practican actividades de cirugía mayor pero sin internación, esta opción es conocida como Hospital de día.

En lo que respecta a la prestación de servicios de la atención especializada, pueden brindarse de manera Ambulatoria, tanto en los centros de atención especializada como también en los centros de salud. Si bien estos últimos se encargan de ofrecer atención primaria, existen algunos Establecimientos de salud que ofrecen también atención especializada en las especialidades con mayor demanda como ser: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Traumatología, Medicina Interna entre otros.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Cual será la situación actual de la prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz ?

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo General

- Determinar la situación actual de la prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz, 2017.

8.2. Objetivos Específicos

- **8.2.1** Identificar los factores que dificultan el acceso a servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz.
- **8.2.2** Verificar la existencia de servicios ambulatorios especializados extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz.
- **8.2.3** Establecer si en los Establecimientos de salud pertenecientes a la red Corea de El Alto La Paz los profesionales de salud desarrollan su práctica clínica basadas en evidencias a través de guías y protocolos.
- **8.2.4.** Proponer mejoras al instrumento de sistematización de la REFISS para una recolección de datos adecuada y validada al contexto.

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio es de tipo Descriptivo Observacional orientado a una investigación acción participativa. Incluyó dos fases: cuantitativa y cualitativa^{xvi}.

9.1. Técnica de Recolección de Datos

- a) Encuesta estructurada
- b) Trabajo de campo para:
 - Entrevistas en profundidad
 - Verificación de fuentes de información

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

^{xvi} Lo cuantitativo basado en la recolección de datos a partir de una encuesta y lo cualitativo a partir de la aplicación de dos técnicas investigativas, grupos focales y entrevistas en profundidad.

La encuesta fue administrada a informantes clave del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz y personal de salud de la Red Coreia de la ciudad de El Alto.

9.2. Estructura del Instrumento

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

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

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

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

9.3. Composición del Instrumento

El instrumento está compuesto por los siguientes elementos:

- a) **“Criterios del atributo”**, incluye los indicadores y las preguntas de verificación de cada indicador. Con dos columnas de Sí y No.
- b) **“Fuente de verificación”**. Donde se anota la evidencia que ha permitido dar una respuesta afirmativa a la columna anterior. Para establecer la veracidad se realizó en sitio durante el trabajo de campo.
- c) **“Observaciones”**. Este espacio se utilizó para justificar la respuesta, y escribir el nivel de avance del indicador. Esta información fue útil e relevante

para la elaboración de una propuesta de mejora, además en el futuro para realizar un estudio comparativo de los avances en una segunda aplicación del instrumento.

9.4. Proceso de Relevamiento de Datos y Análisis

El instrumento prevé respuestas dicotómicas que son mutuamente excluyentes: SI para respuestas que señalan que se cumple la actividad o parámetro y NO para las que no cumplen.

Por ser una variable excluyente no se consideró un valor intermedio.

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

Para obtener una calificación del indicador, se calculó el promedio de los valores obtenidos en las preguntas de cada indicador, la calificación del atributo general, se calcula el promedio de los valores obtenidos en las preguntas de todos los indicadores que forman dicho atributo, concluida la aplicación del instrumento para el atributo, los archivos se consolidaron los resultados, calculados y presentaciones gráficas de barras del comportamiento de la funcionalidad de la Red de Servicios de Salud.

El análisis de resultados se realizó mediante el paquete Excel.

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

Tabla 15. Diagrama de Alertas para Interpretación de resultados REFISS

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

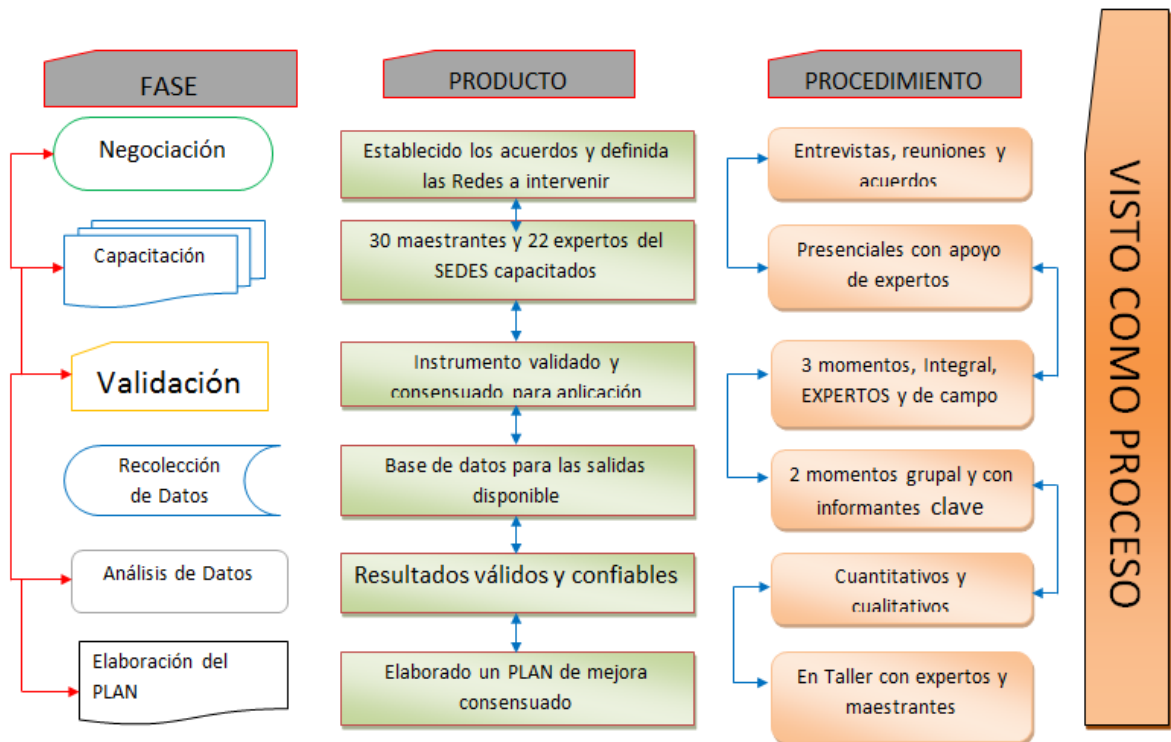
Elaboración: Herramienta REFISS

De los 14 atributos REFISS, para fines de la presente tesis fue seleccionado el atributo 4 referido a verificar si la situación actual de la prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz.

9.5. Proceso Investigativo

Por tratarse de una investigación enmarcada en la investigación acción participativa, ha sido necesario considerar en fases y momentos investigativos, los cuales pueden resumirse de la siguiente manera:

Figura 11 . Proceso Investigativo Participativo



Fuente: *Elaboración: Herramienta REFISS*

- a) **Fase de Negociación:** Cuyo objetivo fue lograr el consenso con autoridades del SEDES La Paz y las Coordinaciones de Red.
- b) **Fase Capacitación:** Que buscó generar habilidades para el manejo del instrumento REFISS, dominio de los atributos y metodología de análisis.
- c) **Fase Validación del instrumento:** Permitió dar consistencia al instrumento REFISS y se realizó en tres momentos: a) con expertos del SEDES y cursantes de la Maestría, b) revisión y análisis por expertos del SEDES La Paz y c) una validación en el trabajo de campo.

Al final se logró obtener un instrumento válido y confiable, cuyo valor agregado es el de contar con mejores posibilidades de aplicación en el contexto nacional.

- d) Fase de Recolección de datos:** Se realizó en dos momentos: a) en una reunión con grupos focales donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos y b) en el proceso de verificación de los datos en los establecimientos y unidades de gestión de la Red Corea.
- e) Fase de Análisis:** En dos momentos, a nivel de laboratorio con base a las recomendaciones de expertos de la OPS/Bolivia y en reuniones con personeros de la Red de Salud Corea y del SEDES La Paz. En esta fase se verificaron las fuentes y se consolidaron los datos obtenidos en el trabajo grupal.
- f) Fase de elaboración del Plan:** Realizada en un taller conjunto con participación de expertos de la Red de Salud, personeros del SEDES La Paz y cursantes de la maestría.

Para este fin se utilizó matrices de planificación normadas por el Ministerio de Salud.

Tabla 16 Matriz de Problemas Causas y Soluciones

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

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Procedimientos de Elaboración del Plan Municipal de Salud⁹⁹.

9.6. Contexto

Red Corea de El Alto, conformada por tres distritos 2,3 y 12 (descrito en las páginas 95-116).

9.7. Mediciones

Las mediciones fueron realizadas en dos etapas, la primera en una reunión efectuada con grupos focales del SEDES La Paz y Autoridades de la Red Corea de El Alto, donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos los cuales fueron plasmados en el llenado de la Herramienta REFISS; y la segunda etapa correspondiente al proceso de verificación de los datos efectuado con el apoyo de la Coordinación de la Red Corea de El Alto.

9.7.1. Unidad de Observación

Corresponde a la Red Corea de la ciudad de El Alto, cuya información se encuentra consolidado y disponible en la Coordinación de la Red con sede en la zona Santiago Segundo de la ciudad de El Alto.

9.7.2. Marco Muestral

Los aspectos a investigar corresponden al atributo 4 de la Herramienta REFISS, el cual está compuesto por 3 criterios y sus variables, mismos que se detallan a continuación:

Para analizar el atributo 4, se tomaron en cuenta las variables que señala la Herramienta:

Dados los criterios y las variables del atributo 4 de la herramienta REFISS, el criterio de investigación se planteó de forma dirigida a la investigación de los principales factores que dificultan al acceso a la prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz.

Finalmente se procedió a validar la herramienta REFISS para medición del atributo 4 en la Red Corea..

9.7.3. Plan de Análisis

El plan de análisis relacionado con la Evaluación del atributo 4 de la Red Corea del municipio de El Alto:

**TABLA No. 17
CUMPLIMIENTO CRITERIO ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS
RED COREA EL ALTO, 2017**

Indicador	Resultado		Condición
	SÍ	N O	
12.1.- Cuenta la red dentro de su ámbito territorial con una oferta de servicios de salud, sean públicos, privados o del seguro social?	X		Verde
12.2.- Los servicios especializados están identificados geográficamente para la población cubierta por la Red	x		Verde
12.3.- La oferta de servicios especializados responde al perfil demográfico y epidemiológico de la población		x	Rojo
12.4.- Están establecidos los procedimientos para el acceso a consultas programadas de servicios especializados de la red	X		Verde
12.5.- Los especialistas realizan la contra referencia al primer nivel de atención		x	Rojo
12.6.- Los servicios de urgencia de los hospitales orientan a los pacientes a retornar al primer nivel para continuar tratamiento, atención y seguimiento	X		Verde
12.7.- Cuenta la red con un una red de ambulancias establecida y funcional para transporte de pacientes	x		Verde
12.8.- Existe un mecanismo de intercambio de información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención		X	Rojo

**TABLA No. 18
CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO SERVICIOS AMBULATORIOS
ESPECIALIZADOS EXTRA-HOSPITALARIOS RED COREA EL ALTO , 2017**

Indicador	Resultado		Condición
	SÍ	N O	
13.1.- Se tiene definidos puntos de atención para la atención especializada fuera de los hospitales		x	Rojo
13.2.- Se cuenta con un plan de organización de la atención ambulatoria especializada referida a cirugías menores, fisioterapia, centros de salud mental y rehabilitación basada en la comunidad (RBC).		X	Rojo
13.3.- La Red cuenta con servicios ambulatorios extra hospitalarios, propios o por convenio cirugía ambulatoria, imagenología, radioterapia, rehabilitación, psiquiatría:		X	Rojo
13.4.- Cuenta la Red con servicios transfusionales	X		Verde

TABLA No.19
CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIAS
RED COREA EL ALTO , 2017

Indicador	Resultado		Condicio n
	S í	N o	
14.1.- Los médicos generales como especializados tienen conocimiento de la norma nacional de atención clínica de acuerdo a su nivel resolutivo	X		
14.2.-		x	
14.3.- Las guías y protocolos son utilizados en la práctica clínica de manera cotidiana	X		
14.4.- Se fomenta el debate técnico entre especialistas y médicos generales en base a estudios de casos y práctica clínica		X	
14.5.- Se realizan actividades de educación permanente e investigación que involucran a médicos generales, especialistas , médicos tradicionales y otros profesionales de salud		x	

**PROMEDIO GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS
EN EL ATRIBUTO Nro. 4 (sobre 100)**

47.1

9.7.4. Análisis Estadístico

El análisis estadístico se efectuó a través del empleo del programa EXCEL con el cual fue diseñada la Herramienta REFISS, según se muestra en Anexos.

Atributo 4. Prestación de servicios especializados intra- y extra-hospitalarios.

Descripción del atributo. Prestación de servicios especializados en un local apropiado, preferencialmente en ambientes extra-hospitalarios y con criterios de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia y práctica clínica.

MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	I	O	
12. Acceso a servicios especializados			Observaciones
12.1. ¿Cuenta la red dentro de su ámbito territorial con una oferta de servicios de salud, sean públicos, privados o del seguro social?			
12.2. ¿Los servicios especializados están identificados geográficamente para la población cubierta por la Red?			
12.3. ¿La oferta de servicios especializados responde al perfil demográfico y epidemiológico de la población?			
12.4. ¿Están establecidos los procedimientos para el acceso a consultas programadas de servicios especializados de la red?			
12.5. ¿Los especialistas realizan la contra referencia al primer nivel de atención?			
12.6. ¿Los servicios de urgencia de los hospitales orientan a los pacientes a retornar al primer nivel para continuar tratamiento, atención y seguimiento?			
12.7. ¿Cuenta la red con una red de ambulancias establecida y funcional para transporte de pacientes?			
12.8. ¿Existe un mecanismo de intercambio de información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención?			
13. Servicios ambulatorios especializados extra-hospitalarios			Observaciones
13.1. ¿Se tienen definidos puntos de atención para la atención especializada fuera de los hospitales?			
13.2. ¿Se cuenta con un plan de organización de la atención ambulatoria especializada referida a cirugías menores, fisioterapia, centros de salud mental y rehabilitación basada en la comunidad (RBC).			

13.3. ¿La Red cuenta con servicios ambulatorios extra hospitalarios, propios o por convenio de:		
13.3.1. Cirugía ambulatoria?		
13.3.2. Imagenología?		
13.3.3. Radioterapia?		
13.3.4. Rehabilitación?		
13.3.5. Psiquiatría?		
13.4. ¿Cuenta la Red con servicios transfusionales?		

14. Práctica clínica basada en evidencias	Observaciones
--	----------------------

14.1. ¿Los médicos generales como especializados tienen conocimiento de la norma nacional de atención clínica de acuerdo a su nivel resolutivo?		
14.2. ¿Los médicos conocen las guías y protocolos clínicos compartidos con los médicos tradicionales, y vice versa?		
14.3. ¿Las guías y protocolos son utilizados en la práctica clínica de manera cotidiana?		
14.4. ¿Se fomenta el debate técnico entre especialistas y médicos generales en base a estudios de casos y práctica clínica?		
14.5. ¿Se realizan actividades de educación permanente e investigación que involucran a médicos generales, especialistas , médicos tradicionales y otros profesionales de salud?		

10. RESULTADOS

Figura No.12
Cumplimiento del criterio acceso a servicios especializados, red Corea el Alto 2017



Fuente: Elaboración propia.

De las ocho variables correspondiente al criterio **ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS EXTRA HOSPITALARIOS**, el 62.5% muestra resultado positivo. De acuerdo al siguiente detalle:

P. 12.1.- La Red Corea cuenta dentro de su ámbito territorial si cuenta con una oferta de servicios de salud en los tres niveles de atención: **Primer nivel de atención** 27 Establecimientos de salud (19 Ministerio de Salud, 1 CNS, 4 ONGs, 2 Iglesia, 1 privado), **Segundo Nivel Hospital Corea** dependiente del Sistema Público y **Tercer nivel Hospital Corazón de Jesús** dependiente de la Iglesia.

P.12.2.- Los servicios especializados están identificados geográficamente para la población cubierta por la red Corea a través de isócronas, croquis, paneles informativos en cada Establecimiento de salud.

P.12.3.- La oferta de servicios especializados no responde al perfil demográfico y epidemiológico de la población correspondiente a la Red Corea.

Se verificó que El Hospital Corea es el único establecimiento público de Segundo Nivel de la Red , cuenta con 55 profesionales Médicos especialistas con ítem y 13 con contratos temporales. El Centro de Salud de primer nivel Avaroa cuenta con Una Ginecóloga Obstetra y el Centro de Salud de Villa Copacabana cuenta con 10 Médicos Especialistas Cubanos que dependen de MI SALUD: 1 Gastroenterólogo, 1 Nefrólogo, 1 Endocrinólogo,1 Urólogo, 1 Traumatólogo, 1 Reumatólogo, 1 Genetista, 1 Imagenólogo y 2 Ginecólogos Obstetras que realizan consulta Externa durante el día. En toda la Red dentro del Sistema Público al momento de cuenta con 79 Médicos Especialistas.

P.12.4.- Se constató en visitas a los Establecimientos de Salud de la Red Corea que están establecidos los procedimientos para el acceso a consultas programadas de servicios especializados de la Red, mediante el sistema de referencia y contra referencia, además de verificar in situ los cuadernos y formularios de referencia de cada Establecimiento de salud.

P.12.5.- Los Médicos especialistas realizan la contra referencia al primer nivel en un 10%, afirmación que es respaldado por entrevistas realizadas a las Autoridades del Hospital Corea: Director, Epidemióloga y Jefes de Servicio de este Nosocomio.

P.12.6.- Se verificó que los servicios de urgencia de los Hospitales que se encuentran dentro de la Red Corea, orientan a los pacientes para su retorno al primer nivel para continuar con la atención médica y seguimiento.

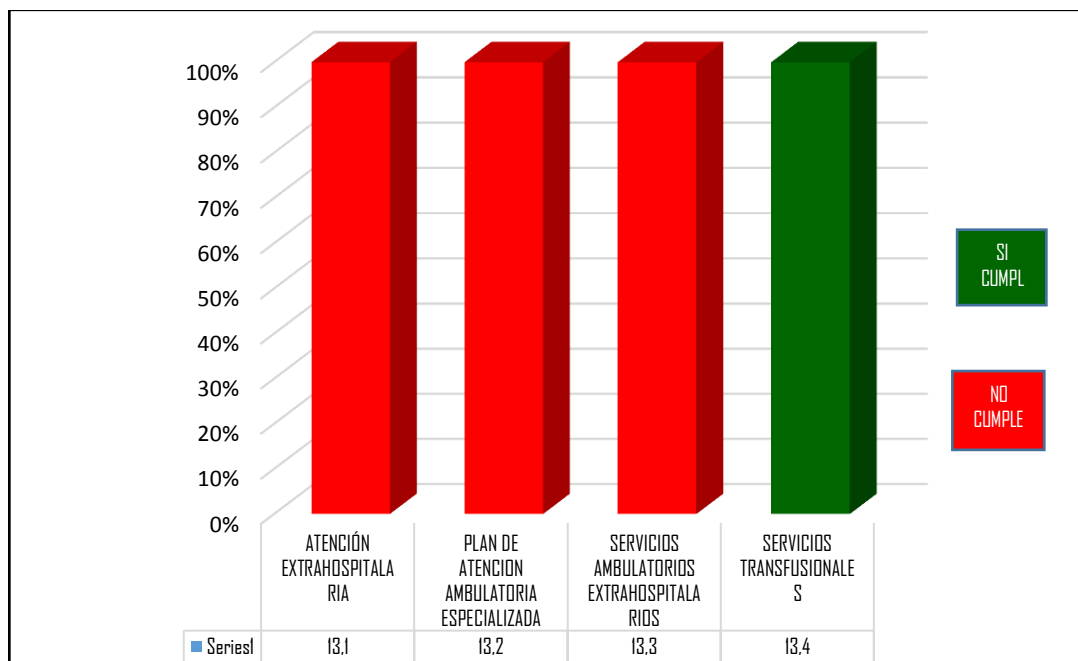
P.12.7.- La red Corea cuenta con la red de ambulancias dependiente del SUMA para el transporte de pacientes, desarrollando un buen servicio de acuerdo a información proporcionado por los Directores de los Establecimientos de la Red.

P.12.8.- Dentro de la Red no existe un mecanismo de intercambio de información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención.

Se advierte falta de coordinación entre las Autoridades de la Gerencia de Red, los Directores y personal de Salud de los Centros de Salud de la Red Corea.

Figura No. 13

Cumplimiento del criterio servicios ambulatorios especializados extra-hospitalarios, red Corea el Alto 2017



Fuente: Elaboración propia.

De las cuatro variables correspondientes al criterio **SERVICIOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS EXTRA-HOSPITALARIOS**, el 25% muestra un resultado positivo. De acuerdo al siguiente detalle:

P.13.1.- La Red Corea a la fecha no cuenta con servicios médicos ambulatorios especializados extra hospitalarios como acontece en otros países de la región.

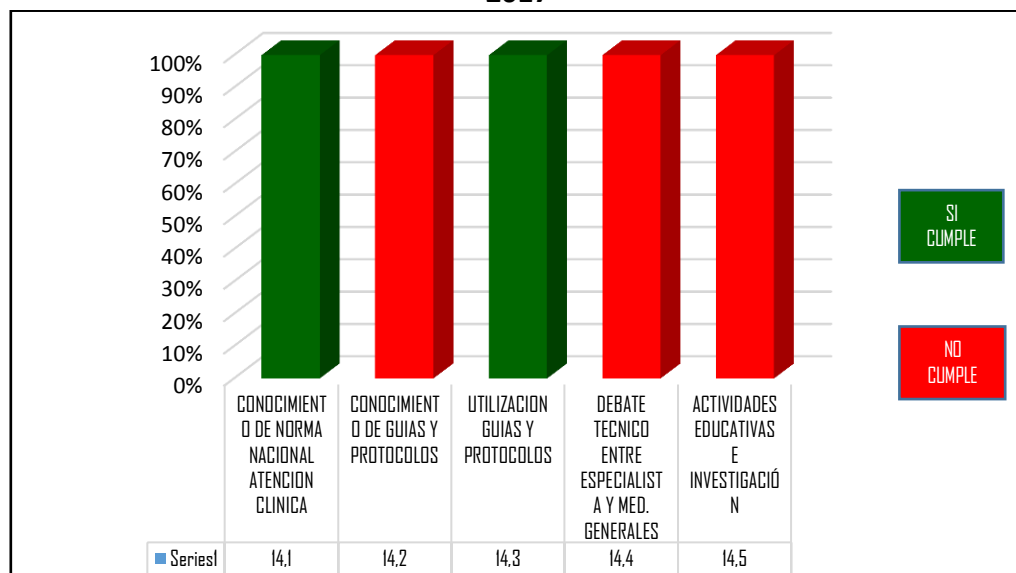
P.13.2.- No se cuenta con un plan de organización de la atención ambulatoria especializada referida a cirugías menores, fisioterapia, centros de salud mental y rehabilitación basada en la comunidad.

P.13.3.- La red no cuenta con servicios ambulatorios extra hospitalarios, propios o por convenio para cirugía ambulatoria, Imagenología, radioterapia, rehabilitación y psiquiatría.

P.13.4.- El Hospital Corea posee una Unidad transfusional, que coordina directamente con el Banco de Sangre ubicado en ciudad Satélite que trabaja con todas las redes del Municipio de El Alto , existiendo un trabajo sistemático y eficiente hasta la fecha , según información proporcionada por las Autoridades del Hospital Corea.

Figura No. 14

Cumplimiento del criterio práctica clínica basada en evidencias, red Corea el Alto 2017



Fuente: Elaboración propia.

De las cinco variables correspondientes al criterio PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIAS, el 40% muestra un resultado positivo. De acuerdo al siguiente detalle:

P.14.1.- Los médicos generales y especialistas tienen conocimiento de la norma Nacional de la atención clínica de acuerdo a su nivel resolutivo.

P.14.2.- El personal médico no conoce las guías y protocolos clínicos compartidos con los médicos tradicionales y viceversa, debido que no existen médicos tradicionales en la Red Corea.

P.14.3.- Se pudo evidenciar en los diferentes establecimientos de Salud de la Red Corea, que utilizan en la práctica clínica de manera permanente guías y protocolos de atención clínica.

P.14.4.- No se fomenta el debate técnico entre especialistas y médicos generales en base a estudios de casos y práctica clínica debido a que no existen actividades conjuntas por falta de coordinación de los Directores de los Establecimientos de Salud con el Responsable de enseñanza e investigación del Hospital Corea.

P.14.5.- No se cumple esta variable porque no existen médicos tradicionales, ni existen actividades conjuntas de educación continua en salud que involucran a médicos especialistas y médicos generales dentro de la Red Corea.

Las actividades de educación permanente en salud se realizan de manera individual y voluntaria por parte del personal de salud en eventos científicos externos organizados por el Colegio Médico de La Paz y El Alto, Sociedades científicas y algunas veces son organizadas por iniciativa de algún Servicio del Hospital Corea. No se realizan actividades de Investigación.

11. DISCUSIÓN

La demanda y oferta de médicos especialistas depende de múltiples factores, tales como el perfil demográfico y epidemiológico de la población, asignación presupuestaria, el modelo de atención, la evolución científica y tecnológica, la dinámica del mercado laboral, las expectativas de la población, la judicialización en la salud, etc .También debemos considerar el efecto de la migración regional de profesionales al eje troncal del país estos últimos años.

El conocimiento actualizado de los médicos especialistas es complejo cuando no existe un registro nacional único y porque la creación de nuevas especialidades es un proceso dinámico; además no siempre hay formalidad en su reconocimiento que cubra la totalidad de las situaciones. Los médicos ejercen sus funciones en Instituciones públicas y privadas en distintas modalidades de trabajo que sumado al déficit en la información actualizada sobre el perfil demográfico y epidemiológico del país dificulta una correcta planificación y toma de decisiones oportuna para coadyuvar en la resolución de los distintos problemas en salud.

En el desarrollo de la presente tesis se identifican 79 Médicos especialistas para una población de 254 796 que corresponde a la Red Corea, que equivale a contar con 3 Médicos Especialistas para 10 000 habitantes, siendo el indicador establecido por la OMS/OPS de contar con 10 Médicos especialistas por cada 10 000 habitantes. Por lo tanto existe en la actualidad insuficiente número de especialistas en la Red Corea, considerando los estándares internacionales.

El único Hospital de referencia de segundo nivel en la Red es el Hospital Corea que cuenta con 68 Médicos especialistas de los cuales 55 (79.71%) tienen ítem y 13 (18.84%) profesionales especialistas trabajan con contratos temporales (que dependen del Municipio) por consiguiente desarrollan sus actividades con inseguridad laboral, aspecto que repercute en el rendimiento laboral.

Llama la atención que ante la carencia de Médicos especialistas en el Hospital Corea, dentro de la Red se cuenta con 10 Médicos especialistas que trabajan en Establecimientos de primer nivel de los cuales 10 dependen de MI SALUD (Centro de salud Copacabana) y 1 Ginecóloga Obstetra con ítem del SEDES que atiende durante las mañanas en el Centro de salud Avaroa, todos ellos trabajan en la consulta externa, existiendo sub utilización de estos recursos que deberían desarrollar sus actividades en el Hospital donde se requieren estas especialidades como ser: Ginecología y Obstetricia, Traumatología, Urología, Gastroenterología, Reumatología, Endocrinología, Imagenólogo y Genetista , el perfil de esta última especialista corresponde a un tercer nivel.

La falta de camas en el único establecimiento de salud público de la red como es el hospital Corea es evidente , donde generalmente de las 105 camas ofertadas, el 57% aproximadamente corresponde a Ginecología y Obstetricia de acuerdo a los últimos reportes estadísticos correspondientes al primer trimestre de la presente gestión, además la ocupación de camas durante la gestión anterior oscilaba en 120%, debido a que se brinda la atención no solo a la población de la red Corea, ciudad de El Alto , del área rural e inclusive de la seguridad social en algunas ocasiones . Se debe mencionar que de acuerdo a estándares internacionales la ocupación de camas hospitalarias no debería superar el 80%, este aspecto no se cumple en la red con mayor población del Municipio del Alto. Al evidenciarse in situ hacinamiento de pacientes en este Nosocomio, urge la construcción de un nuevo Hospital con una mayor capacidad de camas y especialidades Médicas.

El sistema de contra referencia de Médicos especialistas que trabajan en el Hospital Corea se cumple en un porcentaje mínimo aproximadamente 10%, siendo lo ideal de acuerdo a indicadores de contra referencia del segundo al primer nivel de 80% según la OMS/OPS, esta información fue corroborada por el Director, Epidemióloga y algunos Jefes de servicios del Hospital Corea y por los Directores y médicos generales de algunos Establecimientos de salud de la Red entrevistados durante las visitas in situ. Advirtiéndose falta de coordinación entre las Autoridades de los distintos establecimientos de salud de la Red para un mejor seguimiento a pesar de que se tiene conformado un Comité de Referencia y contra referencia de la Red y es evidente la falta de motivación por parte de los profesionales médicos especialistas para el cumplimiento de la norma de referencia y contra referencia vigente.

La falta de coordinación y comunicación para el manejo en equipo de casos referidos de los Establecimientos de primer nivel al Hospital Corea es evidente, sumado a la carencia de un servicio de ambulancias propias de la Red que en la actualidad es realizada por el SUMA dependiente del Gobierno Municipal de El Alto son aspectos que ponen el riesgo la vida de los pacientes referidos a un Centro de mayor complejidad en algunos casos. Es preciso además implementar un sistema

de comunicación integral entre los Establecimientos de Salud mediante Internet, radio y telefonía local. A la fecha la comunicación y coordinación es realizada por el personal de salud utilizando sus teléfonos personales. Este requerimiento a futuro debe garantizar una comunicación fluida y permanente durante las 24 horas entre los Establecimientos de salud y las Ambulancias. Los indicadores que miden el flujo óptimo de comunicación entre Establecimientos de salud, sugieren que se debe superar el 80% para lograr la satisfacción de nuestros pacientes, hecho que no ocurre en la Red Corea en la actualidad.

La red Corea a la fecha no cuenta con servicios ambulatorios extra hospitalarios, que beneficiaría a los pacientes y a los Establecimientos de Salud por los beneficios subsecuentes en cuanto a costos, reinserción laboral, oportunidad y otras ventajas que hacen que la mayoría de los países opten por este sistema de atención para desconcentrar pacientes de los segundos y terceros niveles. Las Autoridades deben pensar en proyectar a futuro esta alternativa de atención que beneficiaría al personal de salud y a nuestra población.

Si bien existe el conocimiento y cumplimiento de los protocolos y guías de manejo por parte de los Médicos especialistas, no existen los mecanismos para generar un debate técnico entre Médicos especialistas y médicos generales compartir los mismos, simplemente se remiten a analizar el caso posterior a un evento adverso a través del comité de Morbi mortalidad conformado por las Autoridades de los Establecimientos de Salud de la Red. Advirtiéndose debilidad en la rectoría principalmente de las Autoridades de la Gerencia de Red.

Preocupa que las capacitaciones del personal de salud la realizan externamente de manera individual y voluntaria en forma esporádica, no existe un plan de capacitación porque no existe una estructura o Dirección de Enseñanza e Investigación en el Hospital Corea con ítem que pueda coordinar y dirigir las actividades académicas, el profesional Médico que actualmente ostenta esta Jefatura desempeña sus actividades asistenciales en la guardia médica, careciendo de tiempo para coadyuvar de manera eficiente en esta tarea fundamental porque

los Establecimientos de Salud de la Red Corea reciben anualmente Estudiantes de las Facultades de Medicina y de Institutos de Salud. Los estándares internacionales refieren que se debe superar por su importancia el 70% en las actividades inherentes a capacitación y educación permanente en salud. Finalmente señalar que como consecuencia de las falencias citadas investigaciones científicas en la Red Corea no se realizan.

Implicación De Resultados

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

Audiencias Interesadas En Los Resultados

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

12. CONCLUSIONES

El promedio general de variables cumplidas referido a la prestación de servicios especializados intra y extra hospitalarios (atributo Nro 4 REFISS) sobre 100 puntos es de **47.1, ubicándose dentro de la franja roja que representa Emergencia**, al ser una condición no deseada, requiere una intervención inmediata

para resolver las deficiencias encontradas a través de la aplicación del presente instrumento del REFISS.

De las ocho variables correspondiente al criterio ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS EXTRA HOSPITALARIOS, el 62.5% muestra resultado positivo.

De las cuatro variables correspondientes al criterio SERVICIOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS EXTRA-HOSPITALARIOS, el 25% muestra un resultado positivo

De las cinco variables correspondientes al criterio PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIAS, el 40% muestra un resultado positivo

Finalmente se concluye señalando que la prestación de servicios médicos especializados intra y extra hospitalarios en la red Corea de El Alto La Paz durante el primer semestre de la gestión 2017 debe mejorar y se requiere la participación activa y pronta de todas las Autoridades en salud y habitantes de la Red para revertir las deficiencias encontradas en el presente estudio.

13. RECOMENDACIONES

-Evaluar el diagnóstico situacional de la Red Corea según su vulnerabilidad en reuniones de coordinación entre las Autoridades Locales, Municipales, Departamentales y Nacionales para solucionar de manera integral la problemática de salud en la Red Corea.

-Establecer compromisos y plazos para el cumplimiento de acuerdos inter institucionales.

-Institucionalizar cargos Jerárquicos, intermedios y de base para Médicos especialistas, de esta manera garantizar la continuidad de la gestión en salud.

-Elaborar un proyecto integral para la adquisición de ambulancias y personal de salud que garantizará su funcionamiento.

-Para fortalecer la coordinación entre la Gerencia de red, Directores de Establecimientos de salud y personal de salud, establecer reuniones ordinarias y extra ordinarias para el intercambio y seguimiento de casos e información en salud.

-Implementar un sistema de comunicación integral a través de Internet, radio, teléfonos y otros recursos entre los Establecimientos de Salud de la Red.

-Fortalecer el Comité de referencia y contra referencia de la Red Corea promoviendo reuniones semanales en la Gerencia de Red.

-Fortalecer las actividades de enseñanza e investigación en los Establecimientos de salud comprendidos dentro de la Red Corea.

-Realizar gestiones ante las Autoridades correspondientes para mejorar la asignación presupuestaria para la Red Corea.

-Las Autoridades de la Gerencia de Red y de los Establecimientos de Salud deberán efectuar seguimiento permanente de sus compromisos y requerimientos a través de los canales que establecen las normas vigentes.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Artaza Barrios, O.; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; R.; Suárez Jiménez, J. M. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011 Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33808/9789568246082-spa.pdf>

¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington, 2008.

² CEPAL. Perfil Epidemiológico de América Latina y el Caribe. 2011

-
- ³ OPS-Redes integradas, servicios de salud-Serie Atención Primaria de Salud Renovada, No. 4. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas 2010.
- ⁴ OPS/OMS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Marco Teórico de la Herramienta REFISS.
- ⁵ OPS Bolivia, ¿Cómo usar la herramienta REFISS? Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1712:herramientarefiss&Itemid=490 Consultado en fecha: 15/5/2017.
- ⁶ Estado Plurinacional de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado. 2009
- ⁷ Jorge A. García-Ramírez y Consuelo Vélez-Álvarez. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas, Rev. salud pública. 15 (5): 731-742, Colombia, 2013.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud, Office de las Naciones Unidas, Alto Comisionado para los Derechos Humanos, El derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31.
- ⁹ Decreto Supremo N° 29601. Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Decreto Supremo del 11 de junio de 2008
- ¹⁰ Ministerio de Salud. Norma nacional. Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Red de Servicios. Serie: Documentos Técnico-Normativos, N°97. La Paz, 2008.
- ¹¹ Ledo, Carmen y Soria, Ángel (2011). El Sistema de Salud de Bolivia. Salud Pública México. 2011; 53supl 2:S109-S119. Disponible en formato PDF en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/7Bolivia.pdf, consultado en fecha: 15/5/2017.
- ¹² Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 031. Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Bólvarez”. Ley de 19 de Julio de 2010.

-
- ¹³ Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> consultado en fecha: 20/5/2017.
- ¹⁴ Echeverri E. (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. Revista Facultad Nacional – Salud Pública, Bogotá. 2006 mar; 24 (número especial): 80-95.
- ¹⁵ Gracia, Daniel. Fundamentos de bioética, Editorial Eudema, Madrid, 1989, p. 36.
- ¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integrales de Servicios de Salud. Concepto, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Pub. OPS-OMS, Washington, 2010.
- ¹⁷ Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Salud (2006). Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) proyectado para el quinquenio 2006-2010, Pub. Ministerio de Salud, La Paz.
- ¹⁸ Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.
- ¹⁹ Marco de Asociación País (MAP). Estrategia de implementación del marco de Asociación País en el Sector Salud – Bolivia, Pub. MAP, La Paz, 2013.
- ²⁰ Artículo VII de la Declaración de Alma-Ata respecto a la Atención Primaria de Salud (APS), 6 – 12 de septiembre de 1978.
- ²¹ World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978.
- ²² Ibaibarriaga M. Promesa de 700 ambulancias para Evo Morales. El Mundo 23-1-2007; XVIII (6246).
- ²³ Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Bases para el Plan estratégico de Salud 2006-2010. 2006. La Paz, Bolivia, Ministerio de salud y deportes Bolivia

-
- ²⁴ Código de salud de la República de Bolivia, 18 de julio de 1978, capítulos 1 al 4. Gestión Hugo Banzer Suarez.
- ²⁵ Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. 144 artículos. Gestión Evo Morales 07-02-09
- ²⁶ Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 777. Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE. Ley 21 de enero de 2016.
- ²⁷ Decreto Supremo N° 24447 de 20 de diciembre de 1996 - Reglamentación Complementaria de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa
- ²⁸ Gaceta Oficial del Estado de Bolivia Ley N° 2235. Ley del Diálogo 2000. Ley de 31 de julio de 2001
- ²⁹ Ley N° 1178 - Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO). Ley de 20 de julio de 1990
- ³⁰ Decreto Supremo N° 0181. Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO).Decreto Supremo de 28 de junio de 2009
- ³¹ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley N°475. Ley De Prestaciones De Servicios De Salud Integral Del Estado Plurinacional De Bolivia. Ley de30 de diciembre de 2013
- ³² Ley N° 1737. Política Nacional del Medicamento. Ley de 17 de Diciembre de 1996
- ³³ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley N° 459.Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Ley de 19 De Diciembre de 2013.
- ³⁴ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 223. Ley General para Personas con Discapacidad. Ley de 2 de marzo de 2012.

-
- ³⁵ Decreto Supremo N° 25233 de 27 de Noviembre de 1998. Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.
- ³⁶ Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Manual de Organización y Funciones del Servicio Departamental de Salud 2015.
- ³⁷ Foro internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud. Bogotá, Colombia, 11-13 de junio del 2003
- ³⁸ Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Implementación del Modelo de Gestión: Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS Módulo de Inducción 2003 Disponible en: <https://es.scribd.com/document/146681067/Sumi-3#> Consultado el 25 de Mayo 2017.
- ³⁹ Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril,2009
- ⁴⁰ Saltman R, Rico A, Boerma W, editores. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Londres: European Observatory on Health Systems and Policies and Open University Press; 2006.
- ⁴¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington, 2008.
- ⁴² Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB y Morgan KL Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2):20–6.
- ⁴³ Ministerio de salud y deportes Bolivia. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico 2013.
- ⁴⁴ Ministerio de Salud .Política Sanitaria Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. 2013

-
- ⁴⁵ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. La salud en el Municipio de La Paz. 2013
- ⁴⁶ Estado Plurinacional de Bolivia. Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N° 475. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral
- ⁴⁷ Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978. Geneva: WHO.
- ⁴⁸ Declaración de Montevideo para el periodo 2008-2017, (párrafo 49)
- ⁴⁹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS, 2007
- ⁵⁰ Ministros de Salud de las Américas. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio 2007.
- ⁵¹ Ministerio de Salud Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud. 2015
- ⁵² Ministerio de Salud. Norma Nacional de Referencia y Retorno 2008
- ⁵³ Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base.1999
- ⁵⁴ Periago MR. La renovación de la atención primaria de salud en las américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Pública. 2007;21:65-8. doi:10.1590/S1020-49892007000200001.
- ⁵⁵De Alma-Ata D. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Centro de Prensa. Organización Panamericana de La Salud; 1978.

⁵⁶ Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M, et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*. 2008;372:917-27. doi:10.1016/S0140-6736(08)61402-6.

⁵⁷ Silva N, Rebolledo C, Arteaga O, Bass C. Propuesta para identificar la brecha de médicos en la dotación de atención primaria de Salud Municipal. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 2014.

⁵⁸ Guillou M, Carabantes CJ, Bustos FV. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev Méd Chile*. 2011;139:559-70. doi:10.4067/S0034-98872011000500001.

⁵⁹ La Salud OM. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

⁶⁰ Montoya-Aguilar C. La atención primaria de salud en Chile y el papel de los médicos. Nuevos objetivos en el año 2010. Chile: Cuad Méd Soc. 2010;50:167-77.

⁶¹ González B, Barber P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

⁶² Barber PP, González LVB, Suárez VR. Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil. Proyecciones a 2020. Febrero 2011. Consultado en: http://www.sbmfc.org.br/media/file/pdf/oferta%20demanda%20y%20necesidad%20de%20medicos%20especialistas%20brasil_patricia_beatriz.pdf

⁶³ OPS/OMS. Residencias médicas en América Latina. Serie: La renovación de la atención primaria a la salud en las Américas No. 5. Washington; 2011.

⁶⁴ The Cecil G. Sheps Center for Health Services Research. Developing an Open-Source Model for Projecting Physician Shortages in the United States. UNC

⁶⁵ Lázaro P, Fitch K, Lázaro I, Leiva O, Allona A. Necesidades en recursos humanos en la urología en España. Aplicación de un Modelo Predictivo. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. España: ENE Ediciones; 2004.

-
- ⁶⁶ Markham B, Birch S. Back to the future: a framework for estimating health-care human resource requirements. *Can J Nurs Adm.* 1977;10(1):7-23.
- ⁶⁷ Rizza RA, Vigersky RA, Rodbard HW, Landenson PW, Young WF, Surks MI, et al. A model to determine workforce needs for endocrinologists in the United States until 2020. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(5):1979-87.
- ⁶⁸ Goodman DC, Fisher ES, Bubolz TA, Mohr JE, Poage JF, Wennberg JE. Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. *JAMA.* 1996;276(22):1811-7
- ⁶⁹ Seemater-Bagnoud L, et al. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Document de travail 33. Swiss Health Observatory; 2008. Consultado en: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/02.Document.110590.pdf>
- ⁷⁰ ACMMP. The 2010 Recommendations for Medical Specialist Training. Capaciteitsorgaan, Utrecht; 2011. Consultado en: <http://www.capaciteitsorgaan.nl/Portals/0/capaciteitsorgaan/publicaties/capaciteitsplan2010/0%20Capaciteitsplan%20Hoofdrapport%20Engels.pdf>
- ⁷¹ Kopec JA, Finès P, Manuel DG, Buckeridge DL, Flanagan WM, Oderkirk J, et al. Validation of population-based disease simulation models: a review of concepts and methods. *BMC Public Health.* 2010;10(1):710.
- ⁷² Fajardo DG, Graue WE, Kershenobich SD, Vilar PP. Desarrollo de las especialidades médicas en México. México: Impresiones Editoriales FT; noviembre de 2012.
- ⁷³ Carmen Ledo, PhD Sistema de salud Bolivia Salud Pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene. 2011.
- ⁷⁴ Organización Panamericana de la Salud, "Perfil del Sistema de Salud de Bolivia", Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio Reforma, Diciembre, 2007. 3ª Ed. Washington, D.C.: OPS, © 2008.

⁷⁵ Ministerio de salud y deportes, sistema universitario boliviano, norma boliviana de integración docente asistencial investigación e interacción comunitaria, la paz, bolivia, gestión 2014.

⁷⁶ Sanchez-Mendiola M. De estudiante a especialista: ¿salto cuántico o paso de tortuga? Investigación En Educación Médica. Revista de Investigación en Educación Médica. 2015;4:53-4.

⁷⁷ Delgado CM, Manterola DC. Prioridades en Investigación en Salud. Int J Med Surg Sci. 2014;1:347-51.

⁷⁸ Málaga Rodríguez German, Medicina basada en la evidencia, revista médica hered 20(2) 2009.

⁷⁹ Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005; 71: 83-96

⁸⁰ Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: propuesta del plan estratégico 2008 - 2012. Serie de documentos de planificación de la OPS. [monografía en Internet]. Washington, D.C: OPS; 2007 [citado 23 mayo 2013]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>

⁸¹ López Puig P, García Milian AJ, Alonso Carbonell L, Segredo Pérez AM, Fernández Díaz IE, Torres Esperón M, Caracterización de las publicaciones científicas relacionadas con la integración de redes y servicios de salud. Rev. Cub. Salud Pública. 2013

⁸² WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.

⁸³ Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. Integrated care in Europe. Maarsse: Elsevier; 2003. p. 169 -190.

⁸⁴ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.

⁸⁵ República de Chile. Autoridad Sanitaria. Pub.L. No.19.937. 24-2-2004.

⁸⁶ Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 633 - 43.

⁸⁷ Rico A, Moreno FJ. Arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.

⁸⁸ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud, conceptos, opciones de política y hoja de

ruta para su implementación en las Américas. Área de sistemas y servicios de salud (HSS). Documento de trabajo. Washington, D.C: OMS/OPS; 2008. p. 24.

⁸⁹ Gobierno Autónomo Municipal de El Alto. Plan Territorial de Desarrollo Integral. 2016-2020

⁹⁰ Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza. Diagnóstico Municipal de Género Municipio de El Alto. 1^{ra} ed. El Alto Bolivia; c2017.13- 18p.

⁹¹ Instituto Nacional de Estadísticas. *Datos Censo 2012*. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/>

⁹² Unidad de Turismo, Dirección de Inversión y Promoción al Emprendimiento Empresarial y Microempresarial SMDEP-GAMEA.

⁹³ Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza. Diagnóstico Municipal de Género Municipio de El Alto. 1^{ra} ed. El Alto Bolivia; c2017.22-25p.

⁹⁴ Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Op. Cit.,p 25- 26.

⁹⁵ Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza, Op. Cit.,p 22-23.

⁹⁶ Ministerio de Salud, SNIS-VE [Internet]. Bolivia: Ministerios de Salud [citado el 25 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.sedeslapaz.gob.bo/websedes/index.php?option=com_content&view=article&id=381&Itemid=175

⁹⁷ Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008 Nuevo Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

⁹⁸ Servicio Departamental de Salud La Paz. Atlas de Salud 2011- 2014.

⁹⁹ Ministerio de Salud de Bolivia, Guía de Procedimientos de Elaboración del Plan Municipal de Salud, 2015.

13. ANEXOS

Atributo 4. Prestación de servicios especializados intra- y extra-hospitalarios.

Descripción del atributo. Prestación de servicios especializados en un local apropiado, preferencialmente en ambientes extra-hospitalarios y con criterios de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia y práctica clínica. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	I	O	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN DE LA PREGUNTA	JUSTIFICACIÓN TÉCNICA PARA PROPUESTA DE MODIFICACION DE PREGUNTAS EN EL ATRIBUTO Nro. 4
12. Acceso a servicios especializados				
12.1. ¿Cuenta la red dentro de su ámbito territorial con una oferta de servicios de salud, sean públicos, privados o del seguro social?			<p style="text-align: center;">12.1.1 ¿Cuenta la red con una oferta de servicios de salud del Sistema Público?</p> <p style="text-align: center;">12.1.2 ¿Cuenta la red con una oferta de servicios de salud de la Seguridad Social?</p> <p style="text-align: center;">12.1.3 ¿Cuenta la red con una oferta de servicios de salud del Sistema privado u otros?</p>	Las características de la oferta de servicios de salud para el Sistema público, Seguridad Social, Privados u otros son distintos por lo que esta pregunta debe dividirse en tres preguntas precisas para evitar confusión en las respuestas.
12.2. ¿Los servicios especializados están identificados geográficamente para la población cubierta por la Red?				
12.3. ¿La oferta de servicios especializados responde al perfil demográfico y epidemiológico de la población?				
12.4. ¿Están establecidos los procedimientos para el acceso a consultas programadas de servicios especializados de la red?				

12.5. ¿Los especialistas realizan la contra referencia al primer nivel de atención?			12.5. ¿Los médicos especialistas realizan la contra referencia al primer nivel de atención?	Incorporar el término MÉDICOS ESPECIALISTAS debido a que las profesiones en salud actualmente tienen especialidades. El atributo 4 evalúa el trabajo de médicos especialistas.
12.6. ¿Los servicios de urgencia de los hospitales orientan a los pacientes a retornar al primer nivel para continuar tratamiento, atención y seguimiento?			12.6. ¿Los Médicos especialistas de los hospitales orientan a los pacientes a retornar al primer nivel para continuar tratamiento, atención y seguimiento?	Los servicios de urgencia como el Hospital Corea son atendidos por médicos generales, el atributo 4 está referido al trabajo de especialidades médicas por lo tanto la pregunta debería estar dirigido a que si los MEDICOS ESPECIALISTAS ORIENTAN A LOS PACIENTES A RETORNAR AL PRIMER NIVEL PARA CONTINUAR TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO.
12.7. ¿Cuenta la red con un una red de ambulancias establecida y funcional para transporte de pacientes?				
12.8. ¿Existe un mecanismo de intercambio de información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención?				
13. Servicios ambulatorios especializados extra-hospitalarios				
13.1. ¿Se tienen definidos puntos de atención para la atención especializada fuera de los hospitales?				
13.2. ¿Se cuenta con un plan de organización de la atención ambulatoria especializada referida a cirugías menores, fisioterapia, centros de salud mental y rehabilitación basada en la comunidad (RBC).				
13.3. ¿La Red cuenta con servicios ambulatorios extra hospitalarios, propios o por convenio de:				
13.3.1. Cirugía ambulatoria?				
13.3.2. Imagenología?				
13.3.3. Radioterapia?				
13.3.4. Rehabilitación?				

13.3.5. Psiquiatría?				
13.4. ¿Cuenta la Red con servicios transfusionales?				
14. Práctica clínica basada en evidencias				
14.1. ¿Los médicos generales como especialistas tienen conocimiento de la norma nacional de atención clínica de acuerdo a su nivel resolutivo?			14.1. ¿Los médicos especialistas tienen conocimiento de la norma nacional de atención clínica de acuerdo a su nivel resolutivo?	Es una pregunta ambigua dirigida a verificar el conocimiento de médicos generales y médicos especialistas, debería preguntarse solo a MEDICOS ESPECIALISTAS porque el atributo 4 está referido a especialidades médicas.
14.2. ¿Los médicos conocen las guías y protocolos clínicos compartidos con los médicos tradicionales, y vice versa?			14.2. ¿Los médicos especialistas conocen las guías y protocolos clínicos compartidos con los médicos tradicionales, y vice versa?	Es una pregunta ambigua, debe añadirse MEDICOS ESPECIALISTAS porque al mencionar el término médicos involucra a médicos generales y especialistas .El atributo 4 evalúa el trabajo de médicos especialistas.
14.3. ¿Las guías y protocolos son utilizados en la práctica clínica de manera cotidiana?			14.3. ¿Las guías y protocolos son utilizados por los médicos especialistas en la práctica clínica de manera cotidiana?	Debe tener la precisión de dirigir la pregunta a médicos especialistas, por existir distintas profesiones dentro del personal de salud.
14.4. ¿Se fomenta el debate técnico entre especialistas y médicos generales en base a estudios de casos y práctica clínica?			14.4. ¿Se fomenta análisis técnico-científicos entre médicos especialistas y médicos generales en base a estudios de casos y práctica clínica?	Los médicos especialistas al contar con formación especializada en su área no podrían debatir técnica, ni científicamente con un médico general, es preferible utilizar palabras como análisis técnico-científico.

<p>14.5. ¿Se realizan actividades de educación permanente e investigación que involucran a médicos generales, especialistas, médicos tradicionales y otros profesionales de salud?</p>			<p>14.5.1. ¿Se realizan actividades de educación permanente que involucran a médicos especialistas, médicos generales, médicos tradicionales y otros profesionales de salud?</p> <p>14.5.2. ¿Se realizan investigaciones científicas que involucran a médicos especialistas, médicos generales, médicos tradicionales y otros profesionales de salud?</p>	<p>Las actividades de educación permanente en salud e investigación científica, son ámbitos distintos por lo que esta pregunta debe dividirse en dos preguntas precisas para evitar ambigüedad en las respuestas.</p>
--	--	--	---	---

Formulario REFISS VALIDADO POR EL SEDES

De los 14 atributos para fines de la presente tesis, fue seleccionado el atributo 4 referido a la prestación de Servicios especializados intra y extra hospitalarios en la Red Corea de El Alto de La Paz, correspondiente a la gestión 2017, de acuerdo al siguiente detalle.

Atributo 4. Prestación de servicios especializados intra- y extra-hospitalarios.

Descripción del atributo. Prestación de servicios especializados en un local apropiado, preferencialmente en ambientes extra-hospitalarios y con criterios de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia y práctica clínica. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo	I	O	Fuente de verificación	Observaciones
12. Acceso a servicios especializados				
12.1. ¿Cuenta la red dentro de su ámbito territorial con una oferta de servicios de salud, sean públicos, privados o del seguro social?			Panel informativo de Registros de Dirección, Administración, RRHH	VALIDADO
12.2. ¿Los servicios especializados están identificados geográficamente para la población cubierta por la Red?			Módulo de Información básica, Isócrona, croquis	VALIDADO
12.3. ¿La oferta de servicios especializados responde al perfil demográfico y epidemiológico de la población?			SNIS Cartera de servicios de Establecimientos de salud	VALIDADO
12.4. ¿Están establecidos los procedimientos para el acceso a consultas programadas de servicios especializados de la red?			Manuales, Formularios, Boletas de referencia	VALIDADO
12.5. ¿Los especialistas realizan la contra referencia al primer nivel de atención?			SNIS Registro de Referencias y contra referencias, formularios. Comité de referencia y contra referencia.	VALIDADO
12.6. ¿Los servicios de urgencia de los hospitales orientan a los pacientes a retornar al primer nivel para continuar tratamiento, atención y seguimiento?			SNIS Registro de emergencias Historia clínica. Comité de referencia y contra referencia.	VALIDADO

12.7. ¿Cuenta la red con una red de ambulancias establecida y funcional para transporte de pacientes?			Norma de referencia y contra referencia. Boleta de salida de ambulancias y hoja de control de recorrido. Bitácora.	VALIDADO
12.8. ¿Existe un mecanismo de intercambio de información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención?			C.A.I. Teléfono, radio. Formularios de referencia y contra referencia.	VALIDADO
13. Servicios ambulatorios especializados extra-hospitalarios				
13.1. ¿Se tienen definidos puntos de atención para la atención especializada fuera de los hospitales?			SNIS Reportes de prestaciones de servicios	VALIDADO
13.2. ¿Se cuenta con un plan de organización de la atención ambulatoria especializada referida a cirugías menores, fisioterapia, centros de salud mental y rehabilitación basada en la comunidad (RBC).			Guías, Manuales y Plan de atención ambulatoria especializada, si existen.	VALIDADO
13.3. ¿La Red cuenta con servicios ambulatorios extra hospitalarios, propios o por convenio de:			Registros de transferencias o de atención médica ambulatoria. Isócrona.	VALIDADO
13.3.1. Cirugía ambulatoria?			ídem	VALIDADO
13.3.2. Imagenología?			idem	VALIDADO
13.3.3. Radioterapia?			idem	VALIDADO
13.3.4. Rehabilitación?			idem	VALIDADO
13.3.5. Psiquiatría?			idem	VALIDADO
13.4. ¿Cuenta la Red con servicios transfusionales?			idem	VALIDADO
14. Práctica clínica basada en evidencias				
14.1. ¿Los médicos generales como especialistas tienen conocimiento de la norma nacional de atención clínica de acuerdo a su nivel resolutivo?			Registro de Capacitaciones, recetarios, encuesta a médicos.	VALIDADO
14.2. ¿Los médicos conocen las guías y protocolos clínicos compartidos con los médicos tradicionales, y vice versa?			Entrevistas a Médicos. Encuesta a Médicos	VALIDADO

<p>14.3. ¿Las guías y protocolos son utilizados en la práctica clínica de manera cotidiana?</p>		<p>Entrevistas a Médicos. Encuesta a Médicos. Auditorías del expediente clínico</p>	<p>VALIDADO</p>
<p>14.4. ¿Se fomenta el debate técnico entre especialistas y médicos generales en base a estudios de casos y práctica clínica?</p>		<p>Cuaderno de enseñanza médica, juntas médicas, u otros registros y documentos.</p>	<p>VALIDADO</p>
<p>14.5. ¿Se realizan actividades de educación permanente e investigación que involucran a médicos generales, especialistas, médicos tradicionales y otros profesionales de salud?</p>		<p>Cronograma de capacitaciones. Cuadernos de asistencia a capacitaciones de Enseñanza Médica. Registro de investigaciones, publicaciones.</p>	<p>VALIDADO</p>

TABLA No. 1
CUMPLIMIENTO CRITERIO ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS
RED COREA EL ALTO, 2017

Indicador	Resultado		Condición
	Í	S O N	
12.1.- Cuenta la red dentro de su ámbito territorial con una oferta de servicios de salud, sean públicos, privados o del seguro social?	X		n
12.2.- Los servicios especializados están identificados geográficamente para la población cubierta por la Red	x		
12.3.- La oferta de servicios especializados responde al perfil demográfico y epidemiológico de la población		x	
12.4.- Están establecidos los procedimientos para el acceso a consultas programadas de servicios especializados de la red	X		
12.5.- Los especialistas realizan la contra referencia al primer nivel de atención		x	
12.6.- Los servicios de urgencia de los hospitales orientan a los pacientes a retornar al primer nivel para continuar tratamiento, atención y seguimiento	X		
12.7.- Cuenta la red con una red de ambulancias establecida y funcional para transporte de pacientes	x		
12.8.- Existe un mecanismo de intercambio de información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención		X	

TABLA No. 2
CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO SERVICIOS AMBULATORIOS
ESPECIALIZADOS EXTRA-HOSPITALARIOS RED COREA EL ALTO, 2017

Indicador	Resultado		Condición
	Í	S O N	
13.1.- Se tiene definidos puntos de atención para la atención especializada fuera de los hospitales		x	
13.2.- Se cuenta con un plan de organización de la atención ambulatoria especializada referida a cirugías menores, fisioterapia, centros de salud mental y rehabilitación basada en la comunidad (RBC).		x	
13.3.- La Red cuenta con servicios ambulatorios extra hospitalarios, propios o por convenio cirugía ambulatoria, imagenología, radioterapia, rehabilitación, psiquiatría:		x	

13.4.- Cuenta la Red con servicios transfusionales	X		
--	---	--	--

**TABLA No. 3
CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIAS
RED COREA EL ALTO , 2017**

Indicador	Resultado		Condición
	Í	S O N	
14.1.- Los médicos generales como especializados tienen conocimiento de la norma nacional de atención clínica de acuerdo a su nivel resolutivo	X		
14.2.-		X	
14.3.- Las guías y protocolos son utilizados en la práctica clínica de manera cotidiana	X		
14.4.- Se fomenta el debate técnico entre especialistas y médicos generales en base a estudios de casos y práctica clínica		X	
14.5.- Se realizan actividades de educación permanente e investigación que involucran a médicos generales, especialistas , médicos tradicionales y otros profesionales de salud		X	

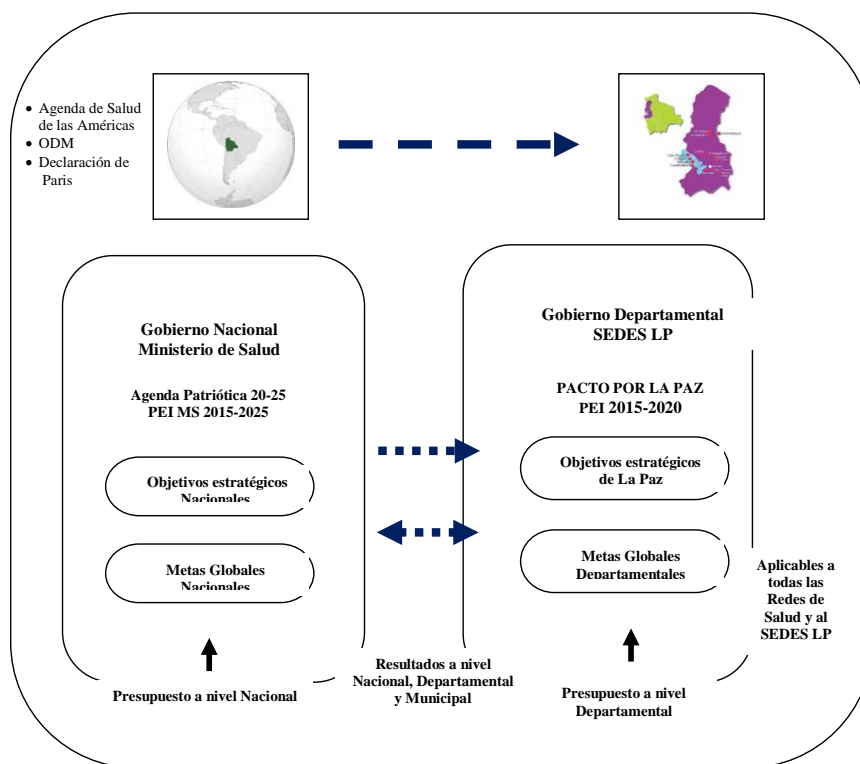
**PROMEDIO GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS
EN EL ATRIBUTO Nro. 4 (sobre 100)**

47.1

PLAN DE ACCION, RED COREA 2017

MARCO REFERENCIAL

Flujo de ejecución de planes en el marco de la política pública.



Fuente: SEDES- La Paz. 2015

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

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

LINEAS ORIENTADORAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN

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

<p>Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad.</p> <p>Saberes ancestrales, Medicina Tradicional Interculturalidad e</p> <p>Interculturalidad. Gratuidad de acceso a Servicios de Salud integrales</p>	<p>Intersectorialidad para Vivir Bien.</p> <p>Equidad y Protección para grupos vulnerables.</p> <p>Educación en Salud para la Vida</p>	<p>Fortalecimiento de la capacidad de Gestión Técnica y Financiera del Sector</p> <p>Conducción nacional y autonomías territoriales</p> <p>Soberanía e Inteligencia sanitaria</p>
PACTO POR LA PAZ		
<p>“Construir una sociedad saludable, productiva, fortaleciendo la actividad física y la práctica del deporte e implementando una educación integral creativa, proactiva y con sólidos valores ético morales, en un ambiente sano y en armonía con la Madre Tierra, para una convivencia pacífica y segura de los habitantes del departamento”.</p>		

PROCESO METODOLOGICO DE FORMULACIÓN DEL PLAN

Con base a los resultados de la aplicación del instrumento de diagnóstico del REFIS en las Redes Norte Central y Corea de La Paz y El alto respectivamente, realizamos el trabajo de campo que logro:

- a) Consolidar los resultados de la aplicación del instrumento;
- b) Identificar fuentes de verificación y
- c) identificar y consolidar las líneas fuerte y dificultades de gestión en las redes de salud en los 14 atributos.

Se logró una matriz de problemas con pasos que recomienda la metodología de planificación local participativa, documento oficial del Ministerio de Salud y aplicado por el SEDES La Paz.

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

El documento elaborado será validado, en un taller con participación plena de los actores responsables de la gestión de cada red de salud y del SEDES La Paz, programada para el jueves 16 de mayo del 2017.



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

- La posibilidad de realizar alianzas con instituciones presentes en cada red
- Capacidad de gestión de parte de la Coordinación de red
- Posibilidad de priorizar problemas de salud de la población y de gestión local con base al presupuesto real y potencial
- Posibilidad de ser creativos para identificar los problemas y resolverlos
- Posibilidad de articular con las organizaciones locales.
- Posibilidad de articular con otros actores en la red que operan en la solución de problemas de salud.

MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS		
Gobierno Autónomo Municipal de: El Alto		
Fecha de Elaboración de la Información: 12 de mayo de 2017		
Zona/Comunidad: Red Corea		
Nº	Acciones estratégicas consolidadas	Atributo
1	Formulación del Análisis Situacional en Salud	1,3, 9, 13
2	Inclusión de grupos vulnerables en las acciones de la red de salud	2, 3,5,1
3	Articulación con Medicina Tradicional	3,7,6,5,1,10
4	Incrementar asinación de médicos de primer y segundo nivel considerando el perfil epidemiológico y estadístico	4,2,11
5	Mejora del Sistema de referencia y Retorno	5,4,2,10,11
6	Implementar la Investigación científica médica	7
7	Mejora del Sistema de Comunicación de la Red	5,12,3
8	Alcanzar un 80% de Carpetización en la Red	1,3,12,
9	Mayor disponibilidad de servicios complementarios en la red	10,2,12
10	Implementación del SOAPs en todos los centros de salud en la Red	12,1,
11	Empoderamiento de actores sociales y planificación participativa. Alianzas estratégicas	7,8,14,13
12	Fortalecer la coordinación intersectoral en salud (Sedes, Municipio, MiSalud)	Todos
13	Mejorar laprogramación, asignación y ejecución presupuestaria en base a planificación participativa.	todos

ACTORES INTERNOS MATRICES QUE DEBEN SER COMPLETADOS EN EL TALLER

¿quiénes son?	¿cómo son? (características)	¿qué piensan del sector y sus entidades? (percepciones)	¿qué esperan del sector y sus entidades? (expectativas)
personal profesional y técnico administrativo de establecimientos de salud personal de admisión ,farmacia y manuales	en su mayoría dependientes del GAMEA	existe inestabilidad laboral y desmotivacion , se mantiene temerosos de perder su empleo	coordinar actividades, trabajar con el equipo de salud personal con ITEM o contrato por un año

personal de establecimientos de salud médicos enfermeras, bioquímicos, odontólogos, auxiliares de enfermería	en su mayoría sedes	que el gobierno autónomo municipal descuida sus funciones según la normativa en cuanto equipamiento dotación de insumos, medicamentos, reactivos para laboratorio y mantenimiento de equipos	que mejore su capacidad de gestión en adquisición y entrega a los establecimientos de salud
establecimientos de salud privados Jesús Obrero, Promujer, San Sebastian	servicios de salud con diferentes prestaciones no gratuitas o no incluyen las prestaciones de la 475	trabajan con autofinanciamiento donde acuden muchos usuarios externos ya que los centros de salud públicos de la red no venden medicamentos	que las cosas sigan así porque les conviene representa mejor ingreso económico

ACTORES EXTERNOS DE APOYO

¿Quiénes son?	¿Cómo Son? (Características)	¿Qué piensan del Sector y sus entidades? (Percepciones)	¿Qué esperan del Sector y sus entidades? (Expectativas)
Ministerio de Salud	Institución a nivel Nacional, con rectoría en el Sistema de Salud	Que no hacen las visitas familiares el resto del personal porque no es su prioridad Las Actividades que desarrolla el personal de Mi Salud no están encaminadas de acuerdo al objetivo principal que es promoción de la Salud siendo que prestan atención en Consultorios Médicos y la Proyección a la comunidad es menor	Que se unan y trabajen juntos en promoción visitando las familias que trabajen en función a la Estrategia de la SAFCI (Promoción de la Salud).

Gobierno Autónomo Municipal del de El Alto	Institución que tiene como jurisdicción a los distritos del Municipio del Alto	Que el personal no trabaja como que se aíslan de las actividades y les apoyan para eso ellos crearon sus propios representantes de red La dirección de salud del G.A.M.E.A. tras la designación de coordinadores de salud en las 5 redes hace que los directores y coordinación técnica de la red de salud pierdan autoridad y rectoría sobre el personal dependiente de I G.A.M.E.A	que como Municipio deberán mantener su rectoría y solo imponer actividades para que se ejecuten que los establecimientos de salud cuenten con personal capacitado, y que sean parte del Equipo de Salud
Autoridades Locales de Salud Comites Locales de Salud	Autoridades de las zonas o barrios elegidas legítimamente por sus zonas o barrios	Trabajar por sus zonas o barrios en busca de Mejora de la Salud	Gestión Participativa en Salud para que se dote de insumos , medicamentos , infraestructura necesaria al personal de Salud para brindar calidad de atención a la población con trato amable y respeto
Organizaciones sociales	Existen 2 FE.JU.VE.s, con inclinación política y partidaria 2 FEJUBES el del Mas y de la Chapeton	Existe conflictos y paralelismo que perjudica en la toma de decisiones Que cada uno trabaja por su lado que no unen esfuerzos para trabajo en equipo	Trabajar de manera coordinada y sin color político para el beneficio de la población Atención integral , con calidad a la población
Universidad	Universidad Pública de EL Alto Universidad Mayor de San Andrés	Estudiantes e Internos se forman en la práctica junto a los profesionales de salud	Mejorar El Nivel de Formación En Salud Publica enfocado a Medicina Preventiva también.
Agencia de Cooperación ONGs: 1, 2, 3,	Crecer QPS/QMS Institución de cooperación	Trabajar con la Red en el Marco del Convenio con el SEDES, para mejorar la Salud de las mujeres beneficiarias y sus familias Apoyar a la red en el marco del proyecto koika, para fortalecer los servicios de salud	mejora en la prestación de servicios y la capacidad resolutiva

FORTALEZAS

1. Equipo de gestión de la red multidisciplinario y comprometido.
2. Red organizada con primer y segundo nivel, bajo la gestión de un equipo de coordinación.
3. Coordinación del equipo de gerencia con los establecimientos de Salud..
4. Áreas de influencia bien delimitadas.
5. Personal capacitado en programas y políticas de salud.
6. Cumplimiento de las políticas de salud Prestacion de Servicios de Salud Integral, Bono Juana Azurduy y Seguro Escolar de Salud Obligatorio.
7. Se cuenta con base para la estructura social, Autoridad Local de Salud.
8. Personal de Salud: Medico, Odontólogo, personal de Enfermería comprometido con los con los objetivos institucionales de SEDES.
9. Contar con comités funcionales bajo cronograma.
10. Centros de Salud con atención diferenciada al/el adolescente en la Red Corea: San Juan Kenko, 1ro de Mayo y Copacabana.
11. Estrategia de carpelización en proceso de implementación y avance.
12. La red cuenta con un laboratorio de citología PAP acreditado
13. Cuenta con una Unidad de calificación para Discapacidad.

DEBILIDADES

1. Estructura social politizada.
2. Deficit capacidad instalada de infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud..
3. Reducido Personal capacitado en la Ley SAFCO y responsabilidad por la función pública.
4. RR.HH. insuficientes en la red Corea (Falta de un Administrador, secretaria).
5. Alta rotación de RR.HH. a otras Redes por niveles superiores.
6. Insuficiente red de laboratorios y personal que realice ecografía, exámenes complementarios en las 4 maternidades y centros reforzados de la Red.
7. Baja ejecución presupuestaria en mantenimiento.
8. Bajo presupuesto de la gobernación para la coordinación de Red.
9. No se cuenta con medios de comunicación (internet, teléfono y fax) y fotocopiadora.
10. Espacios de trabajo muy reducidos (Falta ambientes de trabajo).
11. Bajo presupuesto operativo de Red para su funcionamiento.
12. Falta personal para cubrir vacaciones y bajas de los Establecimientos de Salud.
13. Duplicidad en el seguimiento del manejo de los recursos financieros de los Establecimientos de Salud, entre la Red y Municipio.
14. Débil implementación del Sistema de Referencia y contrarreferencia.
15. Ausencia del Análisis de la Situación de la Salud a nivel de red.
16. Poca implementación del SOAPS.
17. PEI mal formulado, no alineado con la Ley 777.

FODA RED COREA

OPORTUNIDADES

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

AMENAZAS

1. Débil coordinación sobre Recursos Humanos, entre Ministerio, gobernación y municipio
2. Personal sin capacidad Técnica a nivel Municipal.
3. Comercialización de la medicina tradicional.
4. Centralización de las desiciones en salud a nivel Municipal
5. Ausencia del Plan Municipal de Salud.
6. Organizaciones sociales politizadas.
7. Ausencia de la Instancia Máxima de Gestión Local Participativa en Salud
8. Débil coordinación para elaboración de POA Municipal y de establecimientos de salud
9. Deficiente coordinación en el Sistema Administrativo Contable.
10. Débil coordinación y mala distribución con entidades formadoras de recursos Humanos
11. Falta de planificación de actividades con la comunidad entre municipio y red de salud Corea
12. Cierre de ONGs por falta de financiamiento.
13. Dotación de RR.HH. insuficientes por el municipio e inestabilidad laboral del personal dependiente del Municipio.

PLAN PRELIMINAR POR ATRIBUTO

Esta propuesta será validada en un taller participativo.

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

**Documento para ser validado en el taller participativo el Jueves 14 de Junio del
2017**

tributo	Problema de Salud	Determinantes (Causas)	Soluciones				
			¿Qué haremos? (soluciones específicas)	¿Cómo lo haremos? (propuestas de acción)	¿Con qué recursos lo haremos?	¿Cuándo lo haremos?	¿Quiénes son responsables?
	Débil ejecución de normativas para caracterizar el estado de salud de la población de la red	Análisis Situacional en Salud no operativizado por falta de personal e inestabilidad laboral	Concluir la carpetización de toda la población creando esfuerzos conjuntos municipio SEDES Mi salud, garantizando estabilidad laboral para el personal	Coordinar actividades conjuntas SEDES, Mi Salud y Municipios para uso y seguimiento de información generada en Carpetas Familiares para mapeo de riesgos. Actualización en la metodología ASIS. Implementación de sala situacional en los Establecimientos de Salud y gerencia de red. Actualización de Módulos de Información Básica. Redefinición de funciones de los equipos de coordinación de Red conjunta con SEDES.	Recursos Humanos disponibles en la Red. Recursos Financieros del Gobierno Municipal para materiales. Recursos tecnológicos del SNIS	Gestión 2018	SEDES. Municipio. Equipo de coordinación de Red
Ausencia de identificación y seguimiento a grupos vulnerables (adultos mayores, mujeres embarazadas, adolescentes, menores de 5 y 2 años, enfermedades transmisibles y no transmisibles)							
Datos poblacionales inexactos debido a tasa migratoria elevada de la población							
Módulos de Información Básica desactualizados							
Insuficiente carpetización							

	Incompleta oferta de servicios integrales	<p>Insuficientes sistemas de comunicación</p> <p>Déficit ocasional de medicamentos en Farmacias Institucionales Municipales</p> <p>Insuficiente apoyo para actividades de promoción de la salud estilos de vida saludables</p> <p>Insuficientes oferta de servicios de rehabilitación</p>	<p>Fortalecimiento de sistemas de comunicación como competencia Municipal. Mejora sistema de Adquisición Municipal.</p> <p>Implementación estrategia Educación para la Vida. Diagnóstico de necesidades de servicios de rehabilitación.</p>	<p>Planificación en POA e inclusión en Plan Municipal de Salud.</p> <p>Coordinación con Dirección Municipal de Salud. Articulación de acciones para generar resultados de mejora de hábitos de vida saludable en población.</p> <p>Diagnóstico en base a Programa Discapacidad y Carpeta Familiar</p>	<p>Recursos Financieros del Municipio.</p> <p>Recursos POA.</p>	<p>Gestión 2018</p>	<p>SEDES. Municipio. Equipo de coordinación de Red</p>
	Insuficiente ejecución de la ley 459 y D.S.2436 de la medicina tradicional en la Red	<p>Insuficiente ejecución de Normas técnicas de atención en medicina tradicional.</p> <p>Escasos médicos tradicionales acreditados a nivel Municipal.</p> <p>Mercantilismo de la medicina Tradicional.</p>	<p>Capacitación y actualización en Normas que sean emitidas por el Nivel Central en Medicina Tradicional.</p> <p>Recabar información generada en Carpetas Familiares sobre acceso de población a Medicina Tradicional.</p> <p>Identificación y negociación con Médico Tradicionales interesados en trabajo conjunto</p>	<p>Coordinación con equipos Mi Salud para obtención de Información.</p> <p>Identificación conjunta de Médicos Tradicionales y viabilidad intersectorial.</p> <p>Una vez determinadas las Normativas en el área el equipo socializará las mismas.</p>	<p>Recursos Humanos. Responsables de Establecimientos de Salud.</p> <p>Recursos Financieros Municipio. Ley 475</p>	<p>Gestión 2018- 2019</p>	<p>SEDES. Municipio. Equipo de coordinación de Red</p>

	<p>Insuficiente coordinación de la información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención.</p>	<p>Dificultades en la coordinación entre los Responsables y personal de salud de los Establecimientos de la Red Corea de segundo y primer nivel. Débil rectoría de los responsables de Establecimientos de salud de la Red.</p> <p>Ausencia de un sistema de comunicación integral por internet, radio, teléfono y otros recursos entre establecimientos de salud de la Red Corea.</p>	<p>Fortalecer la coordinación de la Gerencia de Red, Directores de los Establecimientos y personal de salud. Implementar un Sistema de comunicación integral entre Establecimientos de salud.</p>	<p>Establecer reuniones ordinarias mensuales y extra ordinarias para intercambio de información en salud. Asignar responsables para coordinar estas actividades. Elaborar un proyecto para la adquisición de un sistema de comunicación integral para los Establecimientos de la Red Corea. Incorporar al POA 2018</p>	<p>Gobierno Municipal de El Alto .Gerencia de Red Corea.</p>	<p>ago-17</p>	<p>Gobierno Municipal de El Alto .Gerencia de Red Corea.</p>
	<p>Deficiente sistema de Referencia y Contra referencia</p>	<p>Deficiente capacidad resolutive del primer nivel de atención (RRHH, equipamiento, infraestructura e insumos)</p> <p>Deficiente número de centros de atención de 24 horas</p> <p>Deficiente control del Comité de Referencia y Contra referencia en el 2do Nivel</p> <p>Déficit en la motivación del personal de salud para realizar contra referencia</p>	<p>Identificar mecanismos de coordinación asistencial en los diferentes niveles de atención de la Red</p>	<p>Fortalecer los Comités de Referencia y Contra referencia con Talleres de Actualización. Incluir en el CAI el indicador de seguimiento de referencia y contra referencia. Coordinar la asignación de un responsable hospitalario para apoyar la contra referencia en el 2do nivel de atención. Determinar un incentivo no monetario para mejorar el seguimiento.</p>	<p>RRHH Sedes-Seres. Recursos asignados al CAI con los que se cuenta. Recursos económicos de procedencia Municipal para fortalecimiento hospitalario. Un Plan desde Coordinación de Red</p>	<p>2018</p>	<p>SEDES. Municipio. Equipo de coordinación de Red</p>

Insuficiente articulación entre médicos tradicionales y biomédicos en el primer nivel de atención	Falta de integración de la medicina tradicional en la RED Corea por desconocimiento de los médicos tradicionales a la articulación. Trámites burocráticos para acreditación de médicos tradicionales. Fines de lucro de los médicos tradicionales	Capacitación continua de normas de gestión de calidad y auditoría médica	Proyecto de incorporación de médicos tradicionales reconocidos por la red con PDA GAMEA	G.A.M.E.A. gerencia de Red	La implementación en el lapso de 6 meses, con la participación de la comunidad	El gerente de RED Corea y los COLOSAS responsables de la RED
Insuficiente coordinación con otras organizaciones relacionadas con la salud	Comunicación deficiente con instituciones. Insuficiente tiempo.	Planificar las reuniones con las organizaciones e instituciones, dotación de recursos Humanos, comprometidos	Propuestas de promover alianza estratégicas entre municipio, personal de salud y ONGs. Solicitudes, notas e invitaciones con 15 días de anticipación	Recursos GAM-EL ALTO	Tercer Trimestre	Coordinador de la Red Corea G.A.M.E.A. Ministerio de Salud
Limita la coordinación entre la DIMUSA - Coordinación de Red y autoridades locales de la estructura social de salud	No toma decisiones la estructura social de salud a nivel municipal por cuanto no hay Concejo social municipal solo existen COLOSAS. Existe otra estructura social en el municipio que toma decisiones en salud	Proponer la formación de la estructura social de salud desde los ALS, COLASAS para formar la sola COSOMUSA (Autoridades Locales de Salud y Concejo Social Municipal de salud)	Aplicación de la guía de la política SAFCI a nivel municipal, personal de salud, y organización	Recursos GAMEA MINISTERIO DE S	2017-2018	El Alto SERES Coordinación de Red Corea..

	<p>Débil e insuficiente coordinación, programación y ejecución de acciones intersectoriales con sectores estatales, privadas y sociales para actuar sobre las determinantes sociales de la salud que afectan la situación de salud y de vida de la población en la red de salud Corea de el municipio de El Alto</p>	<p>Coordinación insuficiente de los diferentes sectores e instituciones vinculados a salud</p> <p>La red corea no asume ni lideriza acciones de intersectorial en su actividad institucional debido a debilidad competencial</p> <p>Ausencia de Instrumentos operativos que permitan el trabajo intersectorial en la red de salud</p> <p>Alianzas estratégicas y acciones concurrentes insuficientes</p> <p>La promoción de la salud se reduce solo a actividades de información</p> <p>Participación social insuficiente</p> <p>Débil capacidad de acción para desarrollar acciones de educación en salud y prevención de la enfermedad</p>	<p>Estableciendo acciones de fortalecimiento a la capacidad técnica de la red de salud Corea para actuar sobre las determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial.</p> <p>(ACCION PARA EL SECTOR)</p> <p>Estableciendo y promoviendo la generación de espacios de coordinación y programación de acciones entre sectores estatales, privados y sociales, fundamentalmente municipal. (ACCION PARA QUE INVOLUCRA A OTROS SECTORES)</p>	<p>Elaborar un plan de intervención para fortalecer y mejorar la coordinación, programación y ejecución de acciones intersectoriales con sectores estatales, privadas y sociales para actuar conjuntamente sobre las determinantes sociales de la salud, permitiendo la mejora de la situación de salud y de vida de la población en la red de salud Corea de el municipio de El Alto</p>	<p>GAMEA</p>	<p>2017 ULTIMO TRIMESTRE</p>	<p>Coordinador de la Red Corea G.A.M.E.A. Ministerio de Salud, SEDES</p>
0	<p>Deficiencia en el sistema integrado de transporte sanitario, servicios de</p>	<p>Falta de asignación de presupuesto económico para el transporte sanitario en el POA Municipal.</p>	<p>Inclusión de requerimientos y necesidades en el POA Municipal y personal capacitado en</p>	<p>Capacitación al personal de salud para que brinde servicios de calidad en exámenes complementarios y capacitación en elaboración del POA según requerimientos. Acuerdos con el Municipio y personal de salud para reincorporar la adquisición de</p>	<p>GAMEA, TGN, RECURSOS PROPIOS.</p>	<p>Gestión 2017</p>	<p>Gerencia de Red, Directores de establecimientos, COLOSAS, ALS, Juntas Vecinales y funcionarios del GAMEA</p>

	exámenes complementarios y gestión de medicamentos.	NO se cumplen con las condiciones suficientes (infraestructuras, mantenimiento, ni educación continua y evaluación externa de desempeño) para brindar servicios de calidad en exámenes complementarios.	manejo y normativa de medicamentos.	medicamentos para venta, curso continuo de la normativa del manejo de medicamento.			
		Poco conocimiento en el manejo y normativa de medicamentos.					
1	Gestión deficiente de Recursos Humanos en los establecimientos de salud de la Red	<p>Brecha de RRHH en los diferentes niveles de atención</p> <p>Débil desconocimiento de necesidades de RRHH basados en parámetros técnicos</p> <p>Deficiente sistema de información de RRHH en salud a nivel de la Red</p> <p>Inestabilidad laboral en los RRHH de la Red</p> <p>Deficiente sistema de incentivos al personal de salud</p> <p>Evaluación de desempeño deficiente y discontinua en todos los niveles de atención</p>	<p>Inclusión en Plan Municipal de Salud de demandas de la estructura social en salud. Estudio de necesidades de RRHH en salud. Actualizar el Observatorio de RRHH.</p> <p>Institucionalización de cargos a nivel de Sedes y Municipio. Plan de Incentivos. Socializar y actualizar la evaluación de desempeño.</p>	<p>Trabajo con estructura social en salud. Convenio UMSA Posgrado- SEDES. Actualización de Software de RRHH. Convocatorias a cargo de Sedes y Municipio. Propuesta a Sedes para Plan de incentivos en base a desempeño</p>	Municipio/ Ley 475 Promoción de la Salud	Gestión 2018	Municipio- Coordinación de Red

2	Fragmentado Sistema de Información en la Red de Servicios	Déficit en equipamiento tecnológico en coordinación de red para asegurar integración de sistemas	Inclusión en POA de Red para fortalecimiento bajo responsabilidad de Sedes. Coordinación con Sedes para actualización en centros que reúnan condiciones. Solicitar la Ejecución del POA en cuanto equipamiento y mantenimiento para el funcionamiento del SDAPS.	Trabajo conjunto con estructura social en salud para inclusión en POA. Coordinación con SEDES en POA. Acuerdos con Municipio	GAMEA	Gestión 2018	GAMEA
3	Débil gestión de la Red en función de la planificación a mediano plazo	Débil gestión por resultados en la Red	Actualización continua y fortalecimiento en capacidades de gestión en salud. Fortalecimiento a la Aplicación de la ley 777 (la SPIE). Reformulación de ambas herramientas con un enfoque de planificación por resultados.	Capacitación en la normativa existente en nuestro país y el enfoque de planificación por resultados. Articular el PEI al PSDI, y el POA al PEI.	RRHH del Sedes y Municipio	Julio a diciembre 2017	Área de Planificación del SEDES y Redes Urbanas- Dirección Municipal de Salud
4	Deficiente ejecución presupuestaria basada en la	Déficiente coordinación con dirección de salud municipal	Mejorar las acciones de coordinación con estructuras	Reuniones mensuales programadas y participación en CAIs de Red.	Recursos Humanos GAMEA, Sedes	2do semestre 2017	Equipo Técnico de Salud. GAM y organizaciones sociales en salud.

planificación de los servicios de salud	Débil estructura de planificación social en salud	municipales				
---	---	-------------	--	--	--	--

Anexo

Descripción de los criterios para la Prioización de Problemas	
De acuerdo al número de personas afectadas por el problema, en relación a la población total (adaptable al tamaño del territorio que se estudia).	Estimación de la magnitud por población
	50000 o mas 10
	5000 a 49999 8
	500 a 499 6
	50 a 49 4
	5 a 4 2
	0, 5 a 4,9 0
Fuente: Hanlon, J.J. Pickent, G. E. Public Health Administration and Practice, Ed. 8	
A. Con datos subjetivos: carga social que genera el problema.	
B. Con datos objetivos: indicadores de salud como: tasas de mortalidad, morbilidad.	
C. Cada factor se valora del 1 al 10 dependiendo de la severidad del problema	
Los parámetros que se toman en cuenta son los recursos y la tecnología actual: otorgando una escala de 0.5 a los problemas difíciles de solucionar y 1.5 a los que tienen una posible solución.	Se otorga una escala de 0.5 a los problemas difíciles de solucionar y 1.5 a los que tienen una posible solución.
Toma en cuenta los siguientes componentes: P= pertinencia; E= factibilidad económica; A= aceptabilidad; R= disponibilidad de recursos; L= legalidad	Este componente determina si impide o permite la realización del programa o de la intervención, cuando se responde con un sí el valor es de 1 punto y de 0 puntos cuando la respuesta es no. Un valor positivo de factibilidad constituye una condición necesaria pero no suficiente para que el problema pueda ser clasificado como prioritario

MARCO NORMATIVO PARA LA ASIGNACION DE RECURSOS POR COMPETENCIAS MUNICIPALES					
Competencias Municipales	CPT	HIPC II	IDH	RP	MARCO LEGAL
		10% Salud			
Salud Integral 15,5%	0	C	0	C	Ley N° 475
Elaboración PMS	0	C	0	0	Ley N° 031, DS. 28421
Promoción de la Salud	0	C	0	0	Ley N° 031, DS. 28421
Prevención de la enfermedad	0	C	0	0	Ley N° 031, DS. 28421
Infraestructura y Equipamiento	0	0	0	0	Ley N° 031, DS. 2235, DS. 29565
Medios de Transporte	0	0	C	0	Ley N° 031, DS. 2235
Equipos de sistemas de Informática y Telemedicina	0	0	C	0	Ley N° 031, DS. 2235
Medicamentos, insumos y suministros	0	0	0	0	Ley N° 031, DS. 2235, DS. 29565
Pago servicios básicos	0	C	0	0	Ley N° 031, DS. 29565
Material de Escritorio	0	C	C	0	Ley N° 031, DS. 29565
Capacitación de los RRHH en salud		0			Ley 2235
CAI Municipal			0		DS. 28421
Asistencia Nutricional	0		0	0	Ley N° 031, DS. 28421
Brigadas Móviles de Salud			0		DS. 28421
Fortalecimiento de la IMGLS			0		DS. 28421
Programas operativos de vigilancia y control epidemiológico			0		DS. 28421
Contratación de médicos y paramédicos			0		DS. 29565
Disposición de residuos hospitalarios			0		DS. 29565
Contratación personal administrativo y de servicios	0	C	C	0	Ley N° 031, Ley 482
Campañas de vacunación	0	C	0	0	Ley N° 031, DS. 28421
Capacitación de Recursos Humanos municipales	0	0	C	0	DS. 2235
Ítems adicionales para personal de salud	C	C	0	C	DS. 29565

MATRIZ DE PROBLEMAS CAUSAS Y SOLUCIONES

Responsable de la Información: Dr. Richard V. Quispe
 Laura ATRIBUTO 4
 RED COREA

Gobierno Autónomo Municipal El Alto

Fecha de Elaboración de la Información: La Paz, 21 de Julio 2017

Zona/Comunidad: Red Corea de la ciudad de El Alto.

N°	Problema de Salud	Determinantes	Soluciones				
			¿Qué haremos? (soluciones específicas)	¿Cómo lo haremos? (propuestas de acción)	¿Con qué recursos lo haremos?	¿Cuándo o lo haremos? (tiempo)	¿Quiénes son responsables?

<p>Insuficiente coordinación de la información clínica entre los servicios especializados y el primer nivel de atención.</p>	<p>Dificultades en la coordinación entre los Responsables y personal de salud de los Establecimientos de la Red Corea de segundo y primer nivel.</p> <p>Débil rectoría de los responsables de Establecimientos de salud de la Red.</p> <p>Ausencia de un sistema de comunicación integral por internet, radio, teléfono y otros recursos entre establecimientos de salud de la Red Corea.</p>	<p>Fortalecer la coordinación de la Gerencia de Red, Directores de los Establecimientos y personal de salud.</p> <p>Implementar un Sistema de comunicación integral entre Establecimientos de salud.</p>	<p>Establecer reuniones ordinarias mensuales y extraordinarias para intercambio de información en salud.</p> <p>Asignar responsables para coordinar estas actividades.</p> <p>Elaborar un proyecto para la adquisición de un sistema de comunicación integral para los Establecimientos de la Red Corea.</p>	<p>Gobierno Municipal de El Alto. Gerencia de Red Corea.</p>	<p>ago-17</p>	<p>Gobierno Municipal de El Alto. Gerencia de Red Corea.</p>
--	---	--	--	--	---------------	--

Anexo 5. Ubicación de los Establecimientos de salud de la Red Corea,2017

N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NIVEL DE ATENCION	SUBSECTOR	HORAS DE ATENCION	DIRECCION
1	C.S. URBANIZACION KENKO	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Kenko Av. B Entre Calle 14 Y 15
2	C.S. ROMERO PAMPA	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Romero Pampa, a 2 cuadras de la Av. Cochabamba.
3	C.S. 6 DE JUNIO	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona 6 de junio, a 3 de carretera Viacha
4	C.S ASUNCION SAN PEDRO	1 NIVEL	PUBLICO	6	Zona Asuncion San Pedro Av/ Litoral. C/ Ramon Mariaca

5	C.S. SAN JOSE DE CHARAPAQUI II	1 NIVEL	PUBLICO	8	Zona San Jose de Charapaqui II, Avenida San Simon # 400
6	C.S. ALTO CHIJINI	1 NIVEL	PUBLICO	8	AV/ Santa Cruz C /6 # s/n
7	C.S. CHIJINI CHICO	1 NIVEL		8	C/ Copacabana # s/n
8	C.S. PRO MUJER CASCADA	1 NIVEL	ONG	8	Av. Ladislao Cabrera Nro. 3024 entre av. Estructurante, esquina Lucio Berdeja, Carretera a Viacha (frente ALCOS)
9	C.S. PRO MUJER COLLPANI	1 NIVEL	ONG	8	Zona Collpani Av. Stgo. Machaca A 2 Cuadras De La Av. Litoral Y Parada Mini-Bus W
10	C.S. SANTIAGO II	1 NIVEL	ONG	8	Zona Santiago Segundo Plaza El Minero C / 9
11	C.S. PRO MUJER VILLA ADELA	1 NIVEL	ONG	8	Zona Primero De Mayo Sobre Av. Bolivia A Una Cuadra Antes Cruce Entrada A 1
12	C.S. CALAMA	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Calama Entre Av. Raul Otero Y Av. Cristobal Vaca Castro Lado Cancha Calama
13	C.S. COSMOS 79	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Cosmos 79 Av. Caquincora Lado Iglesia A Tres Cuadras De La Parada Bus 115
14	C.S. LUIS ESPINAL	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Luis Espinal Entre Av. Chapare Y C/ Punata Lado Iglesia Nuestra Sra. De La Paz

15	C.S. PREFECTURAL	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Villa Bolivar De D Plaza Prefectural Carretera A Viacha
16	C.S.SAN JUAN KENKO	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona San Juan Kenko Entre Av. Tte.Cnl. Peñaranda Y Vicente Sauni Y C/Ramon Gonzales Lado Cuartel De Ingenieria
17	C.S. SAN MARTIN	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona San Martin Entre Carretera A Viacha Av. Luis Calvo # 1305
18	C.S. SANTIAGO II	1 NIVEL	PUBLICO	12	Zona Santiago Segundo Entre C/ 13 Y14 Lado Cancha Chacarrilla
19	C.S.I. COPACABANA	1 NIVEL	PUBLICO	12	AV/ Oliducto c/Coroico
20	POLICLINICO VILLA ADELA	1 NIVEL	SEGURIDAD SOCIAL	12	Zona Villa Adela Plan Av. Junin Y Callejon 6 A Una Cuadra De La Plaza Del Policia
21	C.S. SAN SEBASTIAN	1 NIVEL	IGLESIA	12	Zona Villa Adela Plaza Bolivar Dentro La Iglesia Cuerpo De Cristo
22	CENTRO MEDICO MUJER FAMILIA	1 NIVEL	PRIVADO	12	Zona Pacajes Caluyo Av Real Los Andes No 1065
23	C.S. I. 3 DE MAYO	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona 3 De Mayo Entre Calle Juana Gorriti Y Av. Oropeza Parada X # 642 (2 Verde)
24	C.S.I. NUEVOS HORIZONTES	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Nuevos Horizontes Plaza Arabe Lado Parroquia Av. Guadalquivir

25	C.S. I. VILLA AVAROA	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Villa Avaroa Av Ladislao Cabrera # 131 Carretera A
					Viacha Entre C/ 142-143
26	C.S.I. 1 DE MAYO	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Promero De Mayo Plaza 1Ro. De Mayo Parada Minibus 219
27	C.S.I. VILLA ADELA	1 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Villa Adela Plan 110 Av. Junin Y Callejon 6 A Una Cuadra
					De La Plaza Del Policia
28	HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO COREA	2 NIVEL	PUBLICO	24	Zona Janco Kalani Carretera A Viacha
					Una Cuadra Antes De La Cascada
29	CLINICA JESUS OBRERO	1 NIVEL	IGLESIA	24	Zona San Luis Tasa Calle 3 Entre Av. Cochabamba Y Av.
					Bolivia (Frente Al Surtidor Loza).
30	HOSPITAL CORAZON DE JESUS	3 NIVEL	IGLESIA	24	Zona Gran Poder Lado Iglesia



