

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



**COMPETENCIAS PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD, DE MÉDICOS GENERALES EN CENTROS DE SALUD
DE PRIMER NIVEL DE LA RED 5 SUR DE LA CIUDAD DE LA PAZ
SEGUNDO SEMESTRE GESTIÓN 2017**

**POSTULANTE: Dr. Luis Renán Escobar Vargas
TUTOR: Dr. MSc. Armando Medina Ramírez**

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

**La Paz - Bolivia
2019**

DEDICATORIA

A:

Mi hijo Horacio Joel Escobar Mérida pilar importante en mi vida, nunca dejes de soñar y ten presente que puedes lograr todo con esfuerzo y dedicación, lleva a Dios siempre en tu corazón.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme y siempre estar a mi lado, por guiar mi mano para dignificar la profesión que con tanto amor ejerzo.

A mis padres Lucio y Hortensia que con esmero siempre se preocuparon por mi enseñanza.

A mi esposa Dennis Alejandra por ser mi colega, compañera, mi cómplice, por compartir mis sueños y soñar junto a mí. A mí amada familia, colegas y amigos.

Al Dr. Carlos Tamayo Caballero, Docente Investigador Titular Emérito IINSAD, por la motivación y pasión que le dedica al arte de enseñar.

A mi tutor Dr. Armando Medina Ramírez por la asesoría brindada.

A la Cooperación Técnica Belga (CTB) por promover y motivar la formación profesional.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	2
3. MARCO CONCEPTUAL	2
3.1. La estrategia de APS en países de Norte América.....	2
3.2. Declaración de ALMA-ATA	4
3.3. Mapeo y análisis de la atención primaria a la salud en Bolivia	8
3.4. Concepción de Atención Primaria en Salud	9
3.5. Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales en atención primaria de salud	10
3.6. Financiamiento de la atención primaria en salud.....	11
3.7. Plan sectorial de desarrollo integral para vivir bien 2016-2020.....	11
3.7.1 Visión del sector salud al 2020.....	11
3.7.2. Avances logrados en el sector en los últimos años.....	12
3.7.2.1. Salud Familiar Comunitaria Intercultural.....	12
3.7.2.2. Recursos Humanos.....	13
3.7.2.3. Formación Postgrado	13
3.7.2.4. Creación del programa Mi Salud.....	14
3.8. Análisis de situación de salud A.S.I.S.	17
3.9. Constitución Política del Estado (CPE) (7-Febrero-2009).....	17
3.10. Ley N° 3131 ley de 8 de agosto de 2005.....	18
3.10.1 "ARTICULO 8. (Funciones del Ejercicio Profesional).....	18
3.11. Marco legal la ley N° 475 de prestaciones de servicios de salud integral PSSI.....	18
3.12. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PAÍS.	20
3.12.1 Definición de Puesto de Salud.....	20

3.12.2. Definición de Centro de Salud.....	20
3.12.3. Definición de Centro de Salud Ambulatorio.....	21
3.12.4. Definición de Centro de Salud con Internación.....	21
3.12.5. Definición de Centro de Salud Integral.....	22
3.12.6. Establecimientos de Salud con Características Particulares.....	22
3.13. Definición de las Funciones Esenciales de Salud Pública.....	22
3.13.1. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).....	23
3.13.2. FESP 3: Promoción de la salud.....	23
3.13.3. FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública.....	24
3.13.4. FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.....	24
3.13.5. FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.....	25
3.14 El papel de la APS y los DSS en los Recursos Humanos en Salud	26
3.15. COMPETENCIAS PROFESIONALES.....	28
3.15.1 Competencias Esenciales en Salud Pública	28
3.15.2. Atención Primaria de Salud (APS).....	28
3.15.3. Competencia.....	28
3.15.4. Competencias en salud pública.....	29
3.15.5. Competencias esenciales en salud pública.....	29
3.15.6. Competencias específicas.....	29
3.15.7. Componentes de la competencia.....	29
3.15.8. Conocimiento (Saber).....	30
3.15.9. Habilidades, destrezas (Saber cómo).....	30

3.15.10. Cultura, normas institucionales y comportamiento (Demuestra cómo).....	31
3.16. Funciones del sistema de salud.....	32
3.16.1 Línea de acción 3: formación de recursos humanos en salud.....	32
3.16.2 Formación en salud.....	32
3.16.3. Postgrado.....	33
3.16.4. Educación Continua.....	33
3.16.5. Educación Permanente.....	33
3.17. Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto.....	34
4. Contexto o lugar de intervención.....	35
4.1. Contexto general ciudad de La Paz (Fuente INE).....	35
4.2. Estructura de la red de servicios de salud funcional Red 5 Sur.....	38
4.2.1. Aspectos Institucionales Red 5 Sur	38
4.2.1.1. Visión.....	38
4.2.1.2. Misión.....	39
4.1.1.3. Objetivos Específicos de la Red.....	39
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	41
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	42
8. OBJETIVOS.....	42

8.1. OBJETIVO GENERAL.....	42
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
9. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	43
10. ÀREA DE ESTUDIO	43
11. UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	43
12. POBLACIÓN Y MUESTRA	43
13. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	43
14. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
14.1. Variable Independiente.....	44
14.2. Variables Dependientes.....	44
15. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	44
16. PLAN DE ANÁLISIS.....	45
17. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	46
18. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	46
19. MEDICIONES.....	46
20. ASPECTOS ÉTICOS.....	46
21. RESULTADOS	48
21.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	48
21.1.1. Datos Generales de la encuesta.....	48
21.1.2. Actividades que desempeñan los médicos.....	57
21.1.3. Las actividades médicas/cargas laborales.....	61
21.1.4. Situación laboral de los médicos generales.....	63
21.1.5. Capacitaciones.....	64

21.1.6. Incentivos al desempeño.....	66
21.2. Resultados cualitativos a las entrevistas realizadas.....	69
22. DISCUSIÓN.....	72
23. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.....	74
24. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS.....	74
25. CONCLUSIONES.....	76
26. RECOMENDACIONES.....	78
27. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
28. ANEXOS.....	83

28. ANEXOS	Pág.
ANEXO 28.1 Instrumento de recolección de datos.....	83
ANEXO 28.2 Funciones esenciales de la salud pública.....	84
ANEXO 28.3 Funciones esenciales de la salud pública.....	85
ANEXO 28.4 Diagrama de los tres ejes de desarrollo	85
ANEXO 28.5 Estructura de la red de servicios de salud de la red 5 sur.....	86
ANEXO 28.6 Centros de referencia red de salud 5 sur.....	87
ANEXO 28.7 Población red de salud 5 sur.....	87
ANEXO 28.8 Aspectos importantes de las competencias laborales.....	88
ANEXO 28.9. Llamado a la acción de Toronto.....	88
ANEXO 28.10 Piramide de Miller	89
ANEXO 28.11 Carta de Post Grado dirigida a la Red de Salud 5 Sur	90
ANEXO 28.12 Recepción de encuestas realizadas en Centros de Salud de la Red 5 Sur.....	91
ANEXO 28.13 Competencias esenciales en salud publica.....	93

ÍNDICE TABLAS

Pág.

Tabla 1 Distribución del número de médicos por cada Centro de Salud de la Red 5 Sur, de la Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017.....	48
Tabla 2 Número y Porcentaje de Médicos según sexo de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017.....	49
Tabla 3 Número de Médicos por Sexo y Centros de Salud.....	50
Tabla 4 Distribución porcentual por edad de los médicos/as.....	51
Tabla 5 Número de médicos/as según sexo y edad de los médicos/as de los Centros de Salud.....	52
Tabla 6 Año de egreso y Universidad en que realizo sus estudios médicos/as de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz.....	53
Tabla 7 Año que los médicos obtuvieron el título en provisión nacional.....	55
Tabla 8 Frecuencia y porcentaje del año que los médicos iniciaron su primer trabajo después de graduarse	56
Tabla 9 Año que los médicos iniciaron su primer trabajo, Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017.....	56
Tabla 10 Porcentajes sobre las actividades que desempeñan los médicos/as.....	58
Tabla 11 Cargas asignadas a actividades médicas.....	60
Tabla 12 Porcentaje de cargas asignadas en Promoción/ visitas domiciliarias/ campañas	61
Tabla 13 Porcentaje de cargas asignadas en atención a pacientes.....	61
Tabla 14 Porcentaje de cargas asignadas a actividades administrativas.....	62
Tabla 15 Porcentaje de cargas asignadas a la enseñanza.....	62
Tabla 16 Situación laboral de los médicos/as.....	64
Tabla 17 Porcentaje de capacitaciones recibidas en Atención Primaria en Salud, Promoción en Salud y Políticas en Salud.....	65
Tabla 18 Porcentaje Incentivos al desempeño a los médicos en los Centros de Salud en la Red 5 Sur	66

Tabla 19	Conocimientos sobre Atención Primaria en Salud.....	67
Tabla 20	Conocimientos conceptos básicos en Atención Primaria en Salud.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1	Distribución porcentual de los centros de salud de médicos generales.....	49
Figura 2	Distribución porcentual por sexo de médicos.....	50
Figura 3	Distribución porcentual de las edades de los médicos/as.....	51
Figura 4	Distribución de frecuencia por sexo y por edad.....	52
Figura 5	Distribución porcentual por Universidad donde realizaron sus estudios.....	54
Figura 6	Distribución porcentual. Año en que los médicos obtuvieron su título en provisión nacional.....	55
Figura 7	Distribución porcentual de los médicos que iniciaron su primer trabajo.....	57
Figura 8	Distribución de porcentual de las competencias profesionales/ conocimientos en APS.....	59
Figura 9	Distribución porcentual sobre actividades realizadas en centros de salud.....	63
Figura 10	Distribución porcentual sobre la situación laboral.....	64
Figura 11	Distribución porcentual de capacitaciones recibidas.....	66
Figura 12	Distribución porcentual sobre incentivos al desempeño.....	67
Figura 13	Distribución porcentual sobre conocimientos en Atención Primaria en Salud.....	68
Figura 14	Distribución porcentual sobre los conocimientos en Atención Primaria en Salud.....	69

GLOSARIO

Atención Primaria en Salud APS: Es el cuidado esencial hecho accesible al costo que un país y la comunidad pueden soportar con métodos que sean prácticos, con bases científicas y socialmente aceptables.

Análisis de la Situación de Salud (A.S.I.S.): Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.

Competencia: Habilidad para desempeñar eficientemente una función.

Competencias en salud pública: Es tributario de una función esencial (FESP), y, por tanto, la generación y sostenimiento de competencias apunta a fortalecer las capacidades institucionales en el uso y aplicación de múltiples disciplinas para el avance de la salud pública.

Competencias esenciales en salud pública: Competencias que debe poseer todo profesional de salud que ejerza labores de salud pública.

Declaración del ALMA ATA: Conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud, esta estrategia es difundida desde el año 1978 sentando las bases para su implementación, buscando la reorientación de la APS adecuándola a los tiempos actuales.

Determinantes Sociales en Salud (DSS): Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Educación de Post Grado: Estudios de especialización que se cursa tras el título de grado. Comprende los estudios de especialización profesional, certificados, diplomados, postítulos y programas conducentes a un nuevo grado académico

Educación continua: Calificación constante del individuo, ya sea en el ámbito académico, profesional o personal.

Educación permanente: El aprendizaje es y debe ser constante, es decir, a lo largo de toda la vida.

Educación permanente en salud: *“la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo (...), cuya finalidad es mejorar la salud de la población”* (6), lo que implica, avanzar en un programa de formación holística/integral

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): conjunto imprescindible de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública.

Programa Mi Salud: Brindar atención médica a la población casa por casa y de manera gratuita.

Plan sectorial de desarrollo integral para vivir bien 2016 – 2020

Recursos Humanos: Se centra en conseguir que los trabajadores desempeñen sus obligaciones en la misma sintonía que la compañía, haciendo coincidir los objetivos y aspiraciones de los profesionales con la estrategia de la empresa.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI: Política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud.

Saber ser: se entiende como el desarrollo de la personalidad e identidad personal, es decir, es el conocimiento que tiene cada persona en cuanto a valores, virtudes, defectos, habilidades y capacidades.

Saber: Son los conocimientos teóricos y especializados que aportan las disciplinas en el proceso de formación conceptual del individuo.

Saber Hacer: A partir de los conocimientos adquiridos, el individuo pueda desarrollar elementos que le permitan poner en práctica lo aprendido.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; los centros de primer nivel, son el primer contacto del paciente con el personal médico, que debe tener las competencias adecuadas. Las competencias profesionales en APS en el sistema público, aún se encuentran en desarrollo, no existe mucha información sobre esta estrategia en el país. La participación multidisciplinaria es importante en beneficio de la población. El objetivo general es determinar las competencias profesionales en Atención Primaria en Salud, de médicos generales que pertenecen a los centros de primer nivel de la Red 5 Sur de la Ciudad de La Paz, el segundo semestre de la gestión 2017. Mediante un diseño cuantitativo, cualitativo, descriptivo, uni y bivariado, en base a información primaria y secundaria, el área de estudio los 11 centros de Salud de la Red 5 Sur, la muestra son médicos generales que trabajan en horario de tiempo completo y medio tiempo en los centros de salud de la Red 5 Sur. Se utilizó el paquete estadístico SPSS (v.22.0), hoja de cálculo Excel, datos estadísticos y administrativos de la Gerencia de Red 5 Sur. Aplicación de encuestas y entrevistas estructuradas y personalizadas a los médicos responsables de cada centro de Salud. Mediante el presente estudio realizado se determinó que el 51% de los médicos generales, tienen competencias profesionales en conocimiento sobre Atención Primaria en Salud (APS), fueron capacitados de forma continua y recibieron talleres a cargo de la Red de Salud 5 Sur, conocen que todas las actividades realizadas corresponden a la estrategia de APS. El 49% los médicos generales, no recibió capacitación continua ni talleres en Atención Primaria en Salud, conocen la estrategia por diferentes medios de comunicación e información, no relacionan la estrategia de APS como algo integral en los centros de salud. La carga de trabajo asignada a promoción, visitas domiciliarias y campañas en salud la realiza el 13% de los médicos de forma frecuente, ocasionalmente el 33%, eventualmente 30% y nunca el 10%. La carga asignada a las actividades asistenciales y administrativas se las realiza con mayor frecuencia por los médicos directores y coordinación. Los médicos indican que es importante la coordinación con los sectores sociales, la implementación y ejecución de los programas en salud, la Atención Primaria en Salud es una estrategia, una política, es multisectorial y no solo asistencial. El 63% de médicos son de sexo femenino y el 11% de médicos son de sexo masculino. El 40% se encuentra entre las edades de 40 a 49 años; El 57% del personal realiza actividades de administración y la entrega de información estadística mensualmente. Los DSS más importantes son la educación y medio ambiente. Los médicos con mayor antigüedad fueron formados como médicos PIAS (Programa Integral de Atención en Salud) realizaban actividades con la

comunidad y trabajo de campo. El 51% del personal médico tiene conocimiento en APS por medio de capacitación continua y consideran que es una estrategia, una política, es multisectorial y no solo asistencial. Se recomienda que el ente gestor en salud debe motivar las competencias profesionales en APS por ser un pilar importante en todo sistema de salud. Realizar actualizaciones y capacitaciones del personal, mejorar las habilidades de trato al paciente, trabajar de forma multidisciplinaria.

Palabras Clave: Atención Primaria en Salud (APS). Competencias profesionales (Saber- Conocimiento). Funciones Esenciales en Salud FESP. Determinante Social en Salud (DSS)

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is recognized as the main component of Health Systems; first level centers, are the first contact of patients with medical personnel, therefore it must have the appropriate competences. Professional competences in Public Health Care in the public system are still in development, there is not much information about this strategy in the country. Multidisciplinary participation is important for the benefit of the population during this process. The general objective is determine the professional Primary Health Care skills, of general physicians who belong to the first level centers of the South Network Five of the City of La Paz, during the second semester of 2017 management. Study design quantitative, qualitative, descriptive, univariate and bivariate, based on primary and secondary information. The study area eleven health centers of the South Network Five, sample general physicians that work full-time and part-time at health centers of the South Network Five. The following packages and data bases were used in this study: statistic package SPSS (v.22.0), Excel spreadsheet, statistical and administrative data of the South Network Five. Application of surveys and structured interviews to the physicians responsible for each health center. Through the present study it was determined that 51% of general practitioners have professional knowledge of Primary Health Care (PHC), were trained continuously and received workshops in charge of the Health South Network 5, they acknowledge that all the activities carried out correspond to the Primary Health Care strategy. 49% of general practitioners did not receive ongoing training or workshops in Primary Health Care, they heard about the strategy through different communication media and information resources, they do not acknowledge the PHC strategy as an integral part in health centers. The workload assigned to promotion, home visits and health campaigns is carried out by 13% of doctors on a frequent basis, occasionally 33%, possibly 30% and never 10%. The burden assigned to the assistance and administrative activities is carried out more frequently by the medical directors and coordinators. The doctors indicate that it is important to coordinate with the social sectors about implementation and execution of health programs, Primary Health Care is a strategy, a policy, it is multisectoral and not only assistance. Statics revealed that 63% of doctors are female, 11% are male; 40% are between the ages of 40 and 49; 57% of the staff perform administrative activities and the delivery of statistical information monthly. The most important Social Determinant in Health (SDH) are education and the environment issues. The doctors that count with most service years were trained as PIAS doctors (Comprehensive Health Care Program) they carried out activities with the community and field work. The 30% of the medical

personnel have knowledge in PHC through continuous training and recognized it as a strategy, a policy, and also multisectorial and not only assistance.

Keywords: Primary Health Care (PHC). Professional competences (Knowledge- Knowledge). Essential Functions in Health (EFH). Social Determinant in Health (SDH)

1. INTRODUCCIÓN

Las leyes y normas vigentes en Bolivia no hacen tampoco mención explícita al término Atención Primaria en Salud. Sin embargo, podemos encontrar todos los elementos de la estrategia de Atención Primaria Renovada en la superestructura legal del país.

El Decreto Supremo N° 29601 (Estado Plurinacional de Bolivia 2008) y la norma técnica que lo reglamenta (Ministerio de Salud) caracteriza el Nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación, pretende estudiar las competencias profesionales de los médicos generales en relación al conocimiento que tienen sobre la Atención Primaria en Salud (APS) en los establecimientos de primer nivel de atención de la red 5 sur de la ciudad de La Paz. En nuestro país existen pocos estudios en relación al campo de la Atención Primaria en Salud (APS) que se relacionen con las competencias profesionales del personal de salud, el punto de partida será valorar los conocimientos que son parte de la estrategia la parte asistencial, administrativa, la de estabilidad laboral equidad, promover la promoción, prevención y cumplimiento adecuado de las políticas en salud vigentes entre otros.

La declaración del Alma Ata conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud es el punto de partida promover la equidad, el acceso en salud el desarrollo económico de los pueblos, esta estrategia es difundida desde el año 1978 sentando las bases para su implementación, buscando la reorientación de la APS adecuándola a los tiempos actuales. Por todo lo mencionado se requiere información fiable para hacer un análisis en las competencias profesionales en la aplicación de la atención primaria en salud, en el contexto nacional se evidencio que no existe una figura formal sobre la Atención Primaria en Salud (APS) en el país, existe poca información sobre competencias profesionales en APS. La política SAFCI y Mi Salud son los modelos que más características relacionadas a la Atención Primaria en Salud tienen.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. La estrategia de APS en países de Norte América.

En Norte América se destaca el desarrollo de la APS en el país de Canadá, la cual está reorientándose desde principios de este milenio hacia una medicina familiar y comunitaria de máxima efectividad y calidad, con énfasis en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad para el conjunto de la

población de un territorio, y como punto de entrada al sistema de salud, buscando el mejor uso de los recursos disponibles ⁽¹⁾. Los elementos críticos que orientan la APS renovada en ese país son: colaboración e integración entre los proveedores de atención primaria y entre estos y otros proveedores (especialistas, agencias, instituciones, etc.); administración y uso óptimo de la información y las tecnologías de información; rediseño de las prácticas de trabajo para proveer la atención más efectiva y eficiente. ⁽¹⁾

En ese sentido, existen desarrollos recientes de modelos de APS en países como Brasil y México. En Brasil, desde la década del 90 existe un sistema único de salud con integración intersectorial por niveles territoriales a través de consejos de salud, los cuales definen las políticas de salud y asignan los recursos financieros. El modelo de APS se basa en un enfoque de salud familiar siguiendo el criterio de identificación de riesgos, vigilancia de las condiciones de salud pública y definición de acciones adaptadas a las necesidades locales. La perspectiva de la APS es la gestión básica ampliada con rectoría desde las direcciones municipales quienes definen las políticas locales y realizan contratos sociales con los proveedores de servicios. Los elementos básicos de la APS son: territorialización (mapeo, caracterización), adscripción de los usuarios (definición de una población y un territorio), diagnóstico de salud (individual y familiar), planeación basada en la realidad local, conformación de equipos básicos de salud familiar. ⁽¹⁾

En México, el Instituto mexicano del seguro social, el cual cubre cerca del 50% de la población, viene desarrollando desde mediados del año 90 un proceso de reorientación de la APS. El modelo se estructura a partir del concepto de atención integral a la salud, mediante el mejoramiento del enfoque de medicina familiar, el cual busca la articulación de todos los servicios (medicina preventiva, atención al daño y rehabilitación) en las unidades de Medicina Familiar. En esas unidades el médico familiar es el eje del trabajo en equipo, con la participación activa del

asegurado y de su familia, con el apoyo de un sistema de información integrado y estímulos para el desempeño en indicadores de salud. ⁽¹⁾

3.2. Declaración de ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 ⁽¹⁰⁾

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. ⁽¹⁰⁾

II La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países. ⁽¹⁰⁾

III El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. ⁽¹⁰⁾

V Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. ⁽¹⁰⁾

VI La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. ⁽¹⁰⁾

VII La atención primaria de salud: es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública. ⁽¹⁰⁾

1. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas ⁽¹⁰⁾

2. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. ⁽¹⁰⁾

3. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores. ⁽¹⁰⁾

4. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. ⁽¹⁰⁾

5. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados. ⁽¹⁰⁾

6. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad. ⁽¹⁰⁾

VIII Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles. ⁽¹⁰⁾

IX Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo. ⁽¹⁰⁾

X Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo. ⁽¹⁰⁾

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en

los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración. ⁽¹⁰⁾

3.3. Mapeo y análisis de la atención primaria a la salud en Bolivia ⁽²⁾

Bolivia ha experimentado una duplicación de sus ingresos entre 2005 y 2010; con un crecimiento del PIB real de 3,1% en la primera mitad de la década pasada y 4,6% en la segunda, también ha logrado acumular abundantes reservas que han reducido su vulnerabilidad macroeconómica, aunque la pobreza y la desigualdad del ingreso aún son elevadas. (Fondo Monetario Internacional 2012; Lanza 2013; Perry and Gesler 2000) ⁽²⁾.

La población boliviana se encuentra segmentada, de acuerdo a su cobertura en servicios de salud, en tres grandes grupos: aquellos protegidos por la seguridad social de corto plazo (19 cajas de salud), los protegidos por seguros públicos focalizados – Seguro Universal de Maternidad y Niñez (SUMI) y Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM) y aquellos que tienen como único acceso a los servicios que puedan pagar de su bolsillo (incluidos los servicios del subsistema público). Los servicios para los beneficiarios del SSPAM y el SUMI (serán abrogadas en la ley 475), se brindan en establecimientos públicos y de la Caja Nacional de Salud (la más grande del seguro social). ⁽²⁾

3.4. Concepción de Atención Primaria en Salud ⁽²⁾

La Constitución Política del Estado (CPE) aprobada en 2009 (Estado Plurinacional de Bolivia 2008) establece:

Artículo 18: Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. ⁽²⁾

Artículo 20: Derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones. ⁽²⁾

Artículo 35: El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, Promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. ⁽²⁾

Artículo 37: El derecho a la salud se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. ⁽²⁾

Artículo 40: El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud. ⁽²⁾

Artículo 41: El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. Priorizará los medicamentos genéricos. ⁽²⁾

En este contexto se define salud como un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza. ⁽²⁾

El Código de Seguridad Social que todavía rige el accionar de las entidades de aseguramiento en salud (cajas) data de 1956 y por tanto no hace ninguna referencia a la Atención Primaria en Salud. Cada caja de salud tiene sus propios documentos constitutivos y normativos. Al menos en dos de estas instituciones (caja nacional y caja petrolera de salud), mencionan a la Atención Primaria en Salud como su estrategia. ⁽²⁾

3.5. Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales en la atención primaria de salud. ⁽²⁾

El sistema boliviano de salud se encuentra descentralizado en cuatro niveles de gestión de acuerdo a la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” (Estado Plurinacional de Bolivia 2010). El nivel central del Estado tiene 14 competencias de las cuales las determinantes 6 y 10 están en directa relación con la atención primaria. ⁽²⁾

Determinante 6: Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud. ⁽²⁾

Determinante 10: Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social. ⁽²⁾

3.6. Financiamiento de la atención primaria en salud

Al no existir la figura formal de Atención Primaria en Salud en el sistema boliviano de salud, se asume a los establecimientos de atención ambulatoria y atención preventiva como un proxy de los objetos de gasto en atención primaria. El 42% del gasto público en salud se destina a establecimientos que ofrecen exclusivamente servicios de atención primaria. ⁽²⁾

3.7. Plan sectorial de desarrollo integral para vivir bien 2016-2020

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020 ha sido elaborado en el marco de la Ley N° 777, del Sistema de Planificación Integral del Estado Plurinacional de Bolivia - SPIE, a partir del Plan de Desarrollo Sectorial 2016 - 2020 concluido en octubre del 2015. Ambos procesos han sido plenamente participativos. ⁽¹⁵⁾

3.7.1 Visión del sector salud al 2020

“Toda la población en el territorio boliviano, conoce y ejerce plenamente su derecho a la salud; cumple sus responsabilidades con la salud de la familia/comunidad y accede gratuitamente a servicios de salud integral, intercultural y de calidad”. El objetivo general es “Lograr el acceso universal, gratuito y equitativo a servicios de salud al 2020” ⁽¹⁵⁾

Las personas, familias y comunidades desarrollan prácticas saludables y la gestión social participativa, en corresponsabilidad con el personal de salud y en interacción con los diferentes sectores de desarrollo. ⁽¹⁵⁾

El Ministerio de Salud ejerce la rectoría sobre el Sector Salud en el marco de las autonomías, asegurando el cumplimiento de los objetivos sectoriales en todo el territorio. ⁽¹⁵⁾

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

3.7.2. Avances logrados en el sector en los últimos años

3.7.2.1. Salud Familiar Comunitaria Intercultural

El Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio del 2008, establece el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que tiene como objetivo contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud; y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia, comunidad y entorno; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. Este modelo se vuelve en política nacional de salud en la Ley N° 031 Marco de Autonomías que establece en el artículo 81 la política de salud familiar comunitaria intercultural - SAFCI. ⁽¹⁵⁾

Basándose en el modelo de gestión se ha logrado consolidar la conformación de Autoridades Locales, Comités Locales de Salud y los Concejos Sociales Municipales de Salud; sin embargo, las organizaciones sociales naturales como centrales campesinas, y otras mantienen su vigencia y son actores importantes a la hora de participación en salud. ⁽¹⁵⁾

Las características del modelo de atención son:

1. Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).
2. Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios
3. Organiza sus prestaciones en redes de servicios.

4. Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios.
5. Desarrolla acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

3.7.2.2. Recursos Humanos

La distribución de médicos según el nivel de atención concentra a la mayoría: 45% en el tercer nivel de atención, al 20% en el segundo nivel y al 35% en el primer nivel de atención. La distribución de los Recursos Humanos Médicos en el sector público antes del año 2014, muestra una concentración de 77% en el área urbana y 23% en el área rural. Actualmente por la creación del Mi Salud, Bono Juana Azurduy y Residencia Médica ASSO, se tiene una distribución de recursos humanos médicos de 65% en área urbana y 35% en área rural. ⁽¹⁵⁾

La densidad de recursos humanos en salud en Bolivia es de 14,1 por 10.000 habitantes (incluyendo médicos y enfermeras); en el subsector público, se tiene apenas a 8,5 profesionales en salud y en el ámbito de la Seguridad Social de corto plazo el promedio es de 5,5. Al no contar con un sistema nacional de registro de recursos humanos implementado y funcionando, es difícil conocer la densidad de los recursos humanos de los demás subsectores de salud. ⁽¹⁵⁾

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

3.7.2.3. Formación Postgrado

Durante la gestión 2015 se creó el área de Gestión de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud con la finalidad de realizar la Planificación Estratégica en Recursos Humanos; entre las primeras gestiones que se realizaron, se suscribió un acuerdo interinstitucional e internacional de servicio académico, lanzándose una convocatoria pública, dirigida a profesionales médicos bolivianos, para optar a 50 becas de formación de postgrado a ser realizada en la República de Cuba,

programa denominado “Becas de Especialidades, para mi Hospital de Tercer Nivel”.⁽¹⁵⁾

3.7.2.4. Creación del programa Mi Salud

Implementación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural mediante el programa Mi Salud que son médicos generales que han sido distribuidos a lugares con difícil acceso a servicios de salud, habiendo alcanzado resultados positivos para la población debido a que se realizaron las visitas domiciliarias, las salas de análisis de situación de salud y la gestión intersectorial y participativa en salud.⁽¹⁵⁾

Este proceso se fortalece con la firma de convenios intergubernativos con Gobiernos Municipales, quienes dan la contraparte en contratación de recursos humanos técnicos, equipamiento, medicamentos e insumos y otros medios logísticos. Actualmente el Programa Mi Salud se encuentra con presencia en más de 250 municipios y con más de 2.000 médicos, entre especialistas SAFCI y médicos generales.⁽¹⁵⁾

Los Objetivos Estratégicos Sectoriales desarrollados de forma participativa con las diferentes instituciones de cada subsector que compone el Sector Salud, los objetivos estratégicos son:

“OE 1: Se ha mejorado la situación de salud de la población”

“OE 2: Se ha implementado el Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario Intercultural”

“OE 3: Se ha fortalecido la Rectoría de la Autoridad Sanitaria”

“OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud”

“OE 5: Se han disminuido las Brechas de Recursos Humanos en salud”

“OE 6: Se ha mejorado el estado nutricional de la población”

“OE 7: Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico”

“OE 8: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud.”

“OE 9: Gestión Pública eficaz, eficiente y transparente”

En el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 se identificaron 6 pilares en los que el sector salud contribuye directamente; son los pilares 1, 3, 4, 8, 9 y 11.

Pilar 1: Reducción de la extrema pobreza.

Debemos incluir este pilar como sector salud para que los subsectores puedan realizar intervenciones multisectoriales en las determinantes sociales de la salud ⁽¹⁵⁾.

Meta 1: Erradicación de la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada.

Meta 3: En Bolivia ya no existen las comunidades cautivas, ninguna forma de pongueaje, esclavismo y explotación en el trabajo infantil.

Meta 4: Combatir la discriminación y el racismo.

Meta 5: Combatir la pobreza espiritual.

Pilar 3: Salud, Educación y Deporte

Para el Plan es una preocupación central el derecho a la salud de las y los bolivianos, por lo que se tiene previsto en este período avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad, con enfoque intercultural. Este pilar tiene dos metas: ⁽¹⁵⁾

Meta 1: Acceso universal al servicio de salud.

Meta 2: Integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado.

Pilar 4. Soberanía científica y tecnológica con identidad propia

Nos incluye si reconocemos que mediante ésta podremos resolver algunos problemas de acceso, calidad, eficacia y motivación para los recursos humanos del sector salud. ⁽¹⁵⁾

Meta 1: Investigación y desarrollo de tecnología.

Meta 4: Medicina ancestral y natural.

Meta 5: Formación y especialización profesional científica.

Pilar 8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del saber alimentarse para Vivir Bien.

En parte nos exige ampliar nuestro enfoque en la promoción de la salud, pero debiera inducirnos a una mayor coordinación con el sector educación, a quien le compete educar; ello requiere un cambio de timón a la Ley Avelino Siñani que sólo identifica la producción como objetivo educativo general. ⁽¹⁵⁾

Meta 1: Eliminar el hambre, la desnutrición y reducir la malnutrición.

Meta 5: Bolivia ha puesto en marcha programas intersectoriales en el marco de la Política de Alimentación y Nutrición.

Pilar 9. Soberanía ambiental con desarrollo integral respetando los derechos de la madre tierra.

Debemos incluir este pilar como sector salud para que los subsectores puedan realizar intervenciones multisectoriales en las determinantes sociales de la salud. ⁽¹⁵⁾

Meta 2: Reconocimiento de mecanismos internacionales no basados en el mercado y promoción de la gestión comunitaria de pueblos indígenas y comunidades locales.

Meta 7: Agua y prevención de riesgos por cambio climático: gestión integral.

Pilar 11. Soberanía y transparencia en la gestión pública

El Sector salud siempre ha sido un ejemplo de honestidad y entrega al servicio de la población, aún en las malas condiciones en que se desenvuelve el personal del subsector público y ahora también en el ámbito municipal.

Meta 1: Gestión pública transparente, con servidores públicos éticos, competentes y comprometidos que luchan contra la corrupción. ⁽¹⁵⁾

3.8. Análisis de situación de salud A.S.I.S. ⁽⁹⁾

Análisis de la Situación de Salud (A.S.I.S.) son las primeras Funciones Esenciales de la Salud Pública: "Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población", concebido como una herramienta fundamental que permite identificar las determinantes relacionadas a la salud de una población en específico. ⁽⁹⁾

El Análisis de Situación de Salud (A.S.I.S.), es un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños, problemas de salud, así como sus determinantes. Se basa fundamentalmente en la interacción de las condiciones de vida y el proceso salud -enfermedad. ⁽⁹⁾

El A.S.I.S. busca identificar y priorizar los problemas de salud de la comunidad para desarrollar acciones que contribuyan a su solución. De allí que también supone identificar los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de salud de grupos y comunidades. ⁽⁹⁾

3.9. Constitución Política del Estado (CPE) (7-febrero-2009)

Artículo 18.

- I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

3.10. Ley Nº 3131 ley de 8 de agosto de 2005 Eduardo Rodríguez Veltze Presidente constitucional de la republica ley del ejercicio profesional médico ⁽¹¹⁾

3.10.1 "ARTICULO 8. (Funciones del Ejercicio Profesional). El ejercicio profesional médico tiene como funciones ⁽¹¹⁾:

- a) Promoción de la salud.
- b) Prevención de la enfermedad.
- c) Recuperación de la salud.
- d) Rehabilitación del paciente.

3.11. Marco legal Ley Nº 475 Ley de 30 de Diciembre de 2013: Ley de Prestaciones de Servicios de Salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia PSSI ⁽⁷⁾

El Marco Legal de la Ley Nº 475, es un documento técnico que tiene el propósito de facilitar la labor del equipo de salud y de todo el personal encargado de su atención y gestión, ya que otorga información completa sobre aspectos normativos, fundamentales para la correcta aplicación de la mencionada Ley. ⁽⁷⁾

ARTÍCULO 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto: 1. 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. 2. Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

ARTÍCULO 2. (PRINCIPIOS). Los principios que rigen la presente Ley son los siguientes: 1. Integralidad. Articula los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a la persona, familia y comunidad. 2. Intraculturalidad. Recupera, fortalece y revitaliza la identidad cultural de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afro bolivianos, en el proceso salud - enfermedad de la persona, familia y comunidad. 3. Interculturalidad. Reconoce, acepta y respeta los sentires, saberes, conocimientos y prácticas de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afro bolivianos, a través de acciones y servicios que asumen recíprocamente las lógicas culturales en salud, con la articulación de las medicinas tradicionales y académicas. 4. Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad. Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutive adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios. 5. Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, obteniendo el máximo beneficio sin postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños.

Los Servicios Departamentales de Salud –SEDES-, en cumplimiento al Artículo 28. (DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA). Parágrafo II. Del Reglamento de Gestión Administrativa de la Ley N° 475 PSSI aprobado mediante R.M. N° 0646 de 9 de junio de 2014, son responsables de la difusión, capacitación y asistencia técnica – administrativa en los procesos y procedimientos de la Ley N° 475 PSSI a los Gobiernos Autónomos Municipales y personal de salud. La Ley N° 475 es un documento que se constituye en una medida social que pretende

establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población boliviana que no cuenta con aseguramiento alguno. Para su aplicación por el equipo de salud y todo el personal encargado de su atención y gestión en los diferentes niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutoria y tecnología existente en el país. ⁽⁷⁾ Facilitar la labor del equipo de salud y de todo el personal encargado de su gestión y atención de calidad, ya que otorga información completa sobre aspectos normativos, fundamentales para la correcta implementación y aplicación de la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (PSSI). ⁽⁷⁾

3.12. Características de la prestación de la atención primaria en salud en el país. ⁽²⁾

La estructura de servicios de Bolivia contempla siete tipos de establecimientos de primer nivel de atención. Las siguientes definiciones, características y listas de equipamiento son extractadas de la norma de caracterización vigente desde junio de 2013 (Ministerio de Salud 2013). ⁽²⁾

3.12.1. Definición de Puesto de Salud

Es el establecimiento de salud atendido por personal auxiliar o técnico en enfermería, desarrolla actividades con énfasis en los espacios preventivos, promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales, también desarrolla actividades de atención de parto eutócico inminente con adecuación cultural, atención integral de salud de baja complejidad, constituyéndose en el referente de su ámbito de responsabilidad. Con una población aproximada de 500 a 1000. ⁽²⁾

3.12.2. Definición de Centro de Salud

Es el establecimiento de salud que brinda servicios y atención de salud básica, basada en la atención primaria y urgente, como la promoción de la salud y

prevención de las enfermedades, consulta ambulatoria medica con carácter resolutivo para estabilización y referencia, no dispone de gran tecnología. Dependiendo de sus prestaciones atiende partos eutócicos, internación de parto y posparto con adecuación cultural, internación de tránsito, atención odontológica y cuenta con laboratorio básico. ⁽²⁾

3.12.3. Definición de Centro de Salud Ambulatorio

Es el establecimiento de salud, con frecuencia está ubicado en área urbana, con una población aproximada de 10.000 a 20.000 habitantes el equipo de salud proporciona: atención integral, ambulatoria e internación de tránsito a personas, familias y comunidades, con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud. Sus funciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, articulado y complementando: con la medicina tradicional (médicos tradicionales, parteras, etc.), con establecimientos de mayor capacidad resolutiva de su red funcional.

3.12.4. Definición de Centro de Salud con Internación

Es el establecimiento de Primer Nivel, con frecuencia está ubicado en área rural, con una población aproximada de 1.000 a 10.000 habitantes, el equipo de salud proporciona: atención intercultural integral, ambulatoria e internación de tránsito a personas, familias y comunidades, con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud. Sus funciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, articulado y complementado: con la medicina tradicional (médicos tradicionales, parteras, naturistas), con establecimientos de mayor capacidad resolutiva de su red funcional.

3.12.5. Definición de Centro de Salud Integral

Es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, ubicada en la cabecera de municipio, es el eje principal de la Red, tiene una población según la ubicación geográfica, en área Rural de 10.000 a 30.000 habitantes aproximadamente y en el área urbana de 20.000 a 50.000 habitantes aproximadamente, brinda atención integral de salud las 24 horas, presenta un equipo de salud que proporciona consulta ambulatoria médica, odontológica y atención del parto normal biomédico y con adecuación cultural para el parto ancestral , así como internación eventual, transitoria de observación no quirúrgica, con carácter resolutivo o para estabilización y referencia. Dependiendo de sus prestaciones e infraestructura cuenta con personal, gabinetes o servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento.

3.12.6. Establecimientos de Salud con Características Particulares

Son establecimientos considerados de primer nivel de atención, que responden a un perfil epidemiológico específico y otros criterios (acceso, capacidad resolutive, visión de red), dirigido a fortalecer programas específicos epidemiológicos (Centros de vigilancia, información y referencia (CVIR) para VIH e ITS. ⁽²⁾

3.13. Definición de las Funciones Esenciales de Salud Pública

Las FESP han sido definidas como condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Una de las decisiones más importantes tomadas en el curso del desarrollo de la iniciativa “Salud Pública en las Américas” tiene que ver con la necesidad de adoptar la definición de los indicadores y estándares para la medición del desempeño de las FESP con el fin de fortalecer la práctica de la salud pública mediante el fortalecimiento de las capacidades institucionales necesarias para su ejecución general. Esta aproximación parece mejor que una metodología que incluya tanto a funciones como a esferas de la acción de la

salud pública. Si las funciones son definidas adecuadamente para incluir todas las capacidades requeridas para la buena práctica de la salud pública, su funcionamiento apropiado estará asegurado en cada esfera de trabajo de la salud pública. ⁽⁸⁾

3.13.1. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) ⁽⁸⁾

Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que competen al Estado, en sus niveles central, intermedio y local. Para ello, se hace imprescindible el desarrollo de unos instrumentos que ayuden a llevar a cabo una valoración sobre la situación del ejercicio de esas funciones por parte de la autoridad sanitaria, con el fin de identificar sus fortalezas y debilidades y sentar de este modo las bases para la organización de unas labores concertadas de desarrollo institucional que contribuyan a mejorar el ejercicio de la salud pública. ⁽⁸⁾

En el año 2001 la autoridad de salud en Bolivia evaluó las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS ⁽⁸⁾. Anexo 2

3.13.2. FESP 3: Promoción de la salud ⁽¹²⁾

Definición: El fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.

El fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción. La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas. El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables. ⁽¹²⁾

La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud. ⁽¹²⁾ Anexo 3

3.13.3. FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública ⁽¹²⁾

Definición: La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.

⁽¹²⁾

El desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones. La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población. ⁽¹²⁾ Anexo 3

El desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos. El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública. ⁽¹²⁾ Anexo 3

3.13.4. FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios ⁽¹²⁾

Definición: La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios. ⁽¹²⁾.

El desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención. El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque

multisectorial, multiétnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios. La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios. ⁽¹²⁾ Anexo 3.

3.13.5. FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Definición: La identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública. La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud pública y de la atención de salud, de enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y de evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública. ⁽¹²⁾

La definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública. La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en la salud pública significativas para todos los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública. ⁽¹²⁾

El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública. ⁽¹²⁾

La formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas. ⁽¹²⁾ Anexo 3.

3.14 El papel de la APS y los Determinantes Sociales en Salud (DSS) en los Recursos Humanos en Salud (RHS)

Para avanzar en la renovación de la APS y resolver los problemas de salud de las comunidades se necesitan profesionales capacitados en conocimientos y habilidades muy específicos en APS. Las competencias consideradas más idóneas para la APS que se recomienda son: Características específicas de la APS (enfoque integral, trabajo en equipo, y coordinación entre niveles), competencias clínicas (buen trato al paciente, atención centrada en el individuo y la familia, atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos, seguimiento compartido, emergencias, y atención domiciliaria), comunicación (entre profesionales, profesionales de salud e individuos, comunidad, y resolución de conflictos), gestión del conocimiento (uso de sistemas de información, internet, y análisis crítico de la evidencia), salud pública y promoción de la salud (conocimientos en epidemiología, enfermedades de vigilancia epidemiológica, y hábitos y estilos de vida saludables), gestión (funciones administrativas y gerenciales, liderazgo, negociación, calidad, planificación y evaluación, y gestión clínica). ⁽³¹⁾ Anexo 12

Los profesionales de la salud, pero principalmente los médicos, deben reconocer la complejidad e integralidad del proceso de salud y enfermedad, la salud pública, la promoción de la salud, los determinantes de la salud y los DSS, y la APS para el reconocimiento y abordaje de los problemas de salud de la población. ⁽³¹⁾ Sin embargo, el abordaje holístico de la salud no puede ser implementado si los profesionales de la salud no trabajan con otros sectores y actores, debido que hay responsabilidad compartida en temas como el tabaquismo, la inactividad física, el consumo de alcohol, la malnutrición, la pobreza, el manejo de las basuras, la contaminación ambiental, entre otros. ⁽³¹⁾

Por lo cual, las alternativas pedagógicas para promover la APS y los DSS se deben centrar en acercamientos críticos y reflexivos de la realidad, con una

enseñanza-aprendizaje basados en la experiencia y en la comunidad, como también mediante un acercamiento basado en competencias. ⁽³¹⁾

Se destaca que la formación en APS no debe estar limitada a los médicos, integrando a diferentes profesionales de la salud y de otras profesiones y para avanzar en el abordaje de la equidad en salud y de los DSS estas dimensiones deben incluirse desde programas de pregrado y extenderse postgrado, fomentando la formación en escenarios de práctica en comunidades desfavorecidas y vulnerables. ⁽³¹⁾

Aunque con esa orientación, los médicos desempeñan un papel relevante para la superación de los retos del siglo XXI, por ese motivo la responsabilidad social de las facultades de medicina ha sido discutida en los últimos años, definiendo por parte de la OMS en 1995 a esta responsabilidad social como “la obligación de dirigir la educación, investigación y actividades de servicio hacia la priorización de los problemas de salud de la comunidad, región o nacionales”, y de esta manera propiciar una formación con calidad, equidad, relevancia y efectividad para prestar mejores servicios de salud, reducir la inequidad, definir mejor el rol del profesional de la salud y reconocer el impacto de este profesional en la salud de las personas. Lo cual llevó en 2010 a que 130 instituciones formadoras de recursos humanos y generadoras de políticas de formación en salud de todo el mundo, a realizar el “Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools”, consenso que consideró que las facultades de medicina deben ajustarse para que den respuesta a las necesidades de salud actuales y futuras, reorienten sus prioridades educativas, las investigativas y la de los servicios para responder a esas necesidades, refuercen su gobernanza y articulación con otros agentes sociales interesados, y usen la evaluación y acreditación basada en su desempeño (performance) y en los resultados (outcomes). ⁽³¹⁾

3.15. Competencias profesionales

3.15.1. Competencias Esenciales en Salud Pública ⁽²⁹⁾

El Marco Regional de Competencias en Salud Pública (MRCESP) es un instrumento para definir los conocimientos, habilidades y actitudes esenciales relacionadas con la salud pública necesarias dentro de la fuerza de trabajo en salud. Este marco ha sido desarrollado en respuesta a la necesidad de contar en la Región de las Américas con un instrumento sencillo que facilite la formación de excelencia, la colaboración y la coherencia dentro de esta fuerza de trabajo tan diversa y en países con infraestructuras y sistemas de salud muy dispares. Se pretende que este marco sirva de complemento a otras estrategias centrales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como son la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). ⁽²⁹⁾

3.15.2. Atención Primaria de Salud (APS)

Es el cuidado esencial hecho accesible al costo que un país y la comunidad pueden soportar con métodos que sean prácticos, con bases científicas y socialmente aceptables. La Declaración de Alma-Ata también enfatiza que cada quien debe tener acceso a APS y cada persona debe estar involucrada en ella. El enfoque de APS incluye los siguientes componentes clave: equidad, participación comunitaria, intersectorialidad, tecnología apropiada y costos accesibles. Declaración de Alma-Ata. Ginebra, Suiza: OMS; 1978. ⁽²⁹⁾

3.15.3. Competencia

Habilidad para desempeñar eficientemente una función. En términos operativos, sería un enunciado de acción según niveles de profundidad (identificable-ejecutable-enseñable) que define el conjunto elemental de conocimientos (el saber), destrezas (el saber hacer), actitudes (el saber ser) y experiencias

necesarias para igualar una capacidad y desempeñar una función. Así, una competencia indica la suficiencia para hacer algo bien medida contra un estándar especialmente la adquirida a través de la experiencia o el entrenamiento. ⁽²⁹⁾

3.15.4. Competencias en salud pública

El concepto de competencia, aunque dirigido al individuo integrante de la fuerza de trabajo en salud pública, es tributario de una función esencial (FESP), y, por tanto, la generación y sostenimiento de competencias apunta a fortalecer las capacidades institucionales en el uso y aplicación de múltiples disciplinas para el avance de la salud pública. ⁽²⁹⁾

3.15.5. Competencias esenciales en salud pública

Son los conocimientos, habilidades y actitudes básicas necesarias para la práctica de la salud pública, es decir, para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente. Son las competencias que debe poseer todo profesional de salud que ejerza labores de salud pública, independientemente del ámbito donde desarrolle su actividad profesional y de la actividad que realice. ⁽²⁹⁾

3.15.6. Competencias específicas.

Son las competencias que debe poseer un profesional de salud que ejerza labores de salud pública, dependiendo del ámbito de práctica al que se encuentre adscrito. ⁽²⁹⁾

3.15.7. Componentes de la competencia

La pirámide de Miller muestra las competencias del profesional por etapas. Distingue cuatro fases, situando en la base de la pirámide los conocimientos necesarios para poder desarrollar sus tareas profesionales con eficacia. En el siguiente nivel se encuentra la capacidad para saber cómo utilizar los

conocimientos, analizar e interpretar los datos obtenidos. Esta capacidad se define como competencia. Sin embargo, no sólo es preciso conocer o saber utilizarla sino también demostrar cómo se utiliza, es decir, es necesario conocer la actuación de un profesional frente a una situación clínica específica; lo que se corresponde con el tercer nivel. Finalmente, es, además, preciso conocer lo que un profesional hace en su práctica laboral. ⁽²⁹⁾

3.15.8. Conocimiento (Saber)

La acumulación de conocimientos, al igual que la adquisición de competencias, son procesos continuos e indefinidos en el tiempo. Durante la etapa de pregrado se pone especial énfasis en el aprendizaje de una serie de disciplinas científicas, pero la adquisición del “saber” no acaba aquí. Continuará en la etapa de especialización y se prolongará a lo largo de la vida laboral en todas sus facetas, tanto en la docente, en la de investigación como en la asistencial. ⁽²⁹⁾ ANEXO 10.

Cada día se conocen nuevas enfermedades, instrumentos de diagnóstico o procedimientos de prevención. El médico tiene que estar a la última de los avances, contribuir a difundir los conocimientos y adquirir cuanta información esté a su alcance para favorecer el bienestar general de la sociedad. ⁽²⁹⁾

3.15.9. Habilidades, destrezas (Saber cómo)

El aprendizaje debe proyectarse a la acción. Por este motivo ya en la etapa de pregrado los conocimientos se complementan con la práctica. Todas las asignaturas llevan asociadas unas prácticas bien en un laboratorio experimental, bien con compañeros de clase, bien con la simulación de ejercicios prácticos mediante ordenador, o a través de un examen escrito. El título de grado en Medicina acredita que esa persona no sólo tiene unos conocimientos científicos en una serie de materias, sino que además sabe qué hacer con ellos. ⁽²⁹⁾

En la etapa de posgrado o especialización, el médico tendrá que adquirir unos conocimientos más profundos y específicos, y ante todo deberá poner de manifiesto que es capaz de manejar con destreza los conocimientos que ha ido aprendiendo a través de las diferentes fuentes de información (literatura, tutor, compañeros, etc.). El saber hacer durante esta etapa ya no se realiza en un campo experimental de laboratorio, sino en un entorno real y bajo la supervisión de sus homólogos y tutor. ⁽²⁹⁾

3.15.10. Cultura, normas institucionales y comportamiento (Demuestra cómo).

Toda empresa, organización o asociación tiene una cultura organizacional, es decir, unas normas, un código de conducta. En todo proceso de selección se realizan diferentes pruebas de actitud y de comportamiento con el objetivo de determinar si el candidato es flexible, tolerante y comunicativo con sus compañeros, superiores, clientes o proveedores. ⁽²⁹⁾ Anexo 10.

Las organizaciones sanitarias se caracterizan por ser estructuras organizacionales complejas. Si queremos desarrollar una actividad económica con eficacia, eficiencia y calidad, es preciso que todos y cada uno de los trabajadores de la estructura jerárquica se comporten de acuerdo a unas normas generales, como por ejemplo de respeto a los horarios y a los turnos de trabajo, de compromiso a no fumar. ⁽²⁹⁾

Si traducimos la Pirámide de Miller, es en este cimiento donde el médico conecta las actitudes personales con las profesionales. Con esto nos referimos a su saber estar, es decir, a que se comporta en su puesto de trabajo de forma asertiva, tanto con el paciente como con el resto de trabajadores de la organización, dando lugar así a un ambiente laboral de armonía y satisfacción para todos. ⁽²⁹⁾

En esta etapa o nivel, el médico especialista, de forma autónoma y profesional, desempeña su trabajo con éxito, utiliza los materiales adecuados, los

procedimientos diagnósticos y terapéuticos oportunos, los cuales precisan de supervisión por parte de compañeros o tutores. Desempeña su trabajo con éxito y sin dificultad, tomando las decisiones más adecuadas en cada momento y para cada paciente. ⁽²⁹⁾

3.16. Funciones del sistema de salud

3.16.1 Línea de acción 3: “formación de recursos humanos en salud que articule el pregrado, postgrado, educación continua y educación permanente, con visión intercultural y en relación a la realidad socio sanitaria del país” ⁽⁶⁾

Esta línea de acción, está dirigida a generar procesos de formación de recursos humanos en salud como un elemento de articulación, en los diferentes niveles: Pregrado, postgrado, educación continua, en una perspectiva de cambio en el pensar, sentir y hacer salud. ⁽⁶⁾

Por tanto, el abordaje de Formación de Recursos Humanos en Salud, deberá hacérselo de manera contextualizada y sustentada por el marco filosófico, metodológico y técnico de las políticas del sector, tarea que constituye un verdadero desafío en tanto, debemos establecer con claridad el modo de concebir – concepción - en los cuales se deben enmarcar los procesos de formación, la educación continua, y la educación permanente. ⁽⁶⁾

Se identifica dos procesos:

- Formación continua en salud.
- Formación permanente en salud para personal desempeñando su labor en los servicios (asistencial, preventivo y promoción)

3.16.2 Formación en salud. Definida como la orientación general de diversas formas de articulación el estudio - trabajo. ⁽⁶⁾

Constituye un proceso de construcción de conocimientos, saberes y prácticas por el personal que trabaja en el Sistema Nacional de Salud a partir de la interacción entre los actores del sistema: (Universidades y centros de formación, empleadores, trabajadores y población usuaria.) y la identificación de habilidades, destrezas, actitudes y prácticas que respondan a las necesidades de atención en salud de las comunidades tomando en cuenta sus formas de pensar, sentir y hacer salud, es decir, teniendo en cuenta su cultura y cosmovisiones, lo que implica trabajar en la categoría intercultural, “en una perspectiva participativa, comunitaria descolonizadora y de calidad”. (Art.78. Inciso I. N.C.P.E).⁽⁶⁾

Se identifican tres tipos de procesos: Postgrado, educación continua, educación permanente.

3.16.3. Postgrado: Contempla el Sistema de Residencias médicas en la lógica de la Integración Docente Asistencial – IDA -, (Residencias clínicas y socio clínicas y otros programas de postgrado: Diplomados, maestrías, doctorados). Estos procesos deberán articularse entre sí a partir de la normativa y directrices que emane del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI) – ente normado en materia de formación de recursos humanos en salud, integrado por los Ministerios de Salud y Deportes, de Educación y Culturas y Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana.⁽⁶⁾

3.16.4. Educación Continua. Es mono disciplinario, abierto, busca el mejoramiento del conocimiento a través de la actualización, complementación, mejoramiento de prácticas, procedimientos para la atención, manejo de políticas y programas de salud. (Cursos, talleres, seminarios, jornadas, etc.). Está orientada a mantener actualizado el conocimiento profesional, a través de cursos y entrenamientos certificados. La re certificación ingresa en esta lógica.⁽⁶⁾

3.16.5. Educación Permanente. Se caracteriza por ser un proceso participativo, multidisciplinario que promueve el análisis y reflexión con relación al desempeño,

actitudes y prácticas del equipo de salud en los procesos de trabajo cotidiano. Busca no solamente el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios, sino también está dirigido a generar cambios de actitud y comportamiento individual y del equipo de salud hacia la atención de la salud en el servicio, respetando, la cultura, cosmovisión de los usuarios. ⁽⁶⁾

La Educación Permanente en salud, es definida como “la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo (...), cuya finalidad es mejorar la salud de la población” ⁽⁶⁾, lo que implica, avanzar en un programa de formación holística/integral, es decir:

1. La Educación Permanente, debe estar dirigida a una “revisión crítica de la cultura institucional, de los modos de pensar, sentir, percibir y actuar”. ⁽⁶⁾
2. La Educación Permanente debe generar “procesos de apropiación activa del saber científico, alrededor del análisis de los procesos de trabajo y de los problemas que se encuentran en la práctica de salud”. ⁽⁶⁾
3. La Educación Permanente, está dirigida “al fortalecimiento de los objetivos del equipo, en función de valores compartidos”. ⁽⁶⁾

3.17. Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto ⁽⁵⁾

3.17.1. Desafío 2.- Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones, para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones. ⁽⁵⁾ Anexo 11

3.17.1.1. Meta 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015. ⁽⁵⁾

3.17.1.2. Meta 7: Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables. ⁽⁵⁾

3.17.1.3. Meta 8: 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones. ⁽⁵⁾

3.17.1.4. Meta 9: El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades. ⁽⁵⁾

Mientras el objetivo es fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria, llama la atención que la dotación de RHUS desdice este propósito, en la gran mayoría de países. ⁽⁵⁾

Las brechas entre las zonas urbanas y rurales, y la concentración del personal de salud en las primeras, no han podido ser modificada, encontrándose incluso un riesgo mayor al observar el tema migratorio y el abandono de la atención a la población rural. No sólo llama la atención estas brechas campo-ciudad, sino que se encuentran cifras modestas en la proporción del personal de salud laborando en el primer nivel de atención y, además, en el caso de algunos países, desproporciones entre el número de personal médico y de enfermería. ⁽⁵⁾

Este panorama torna difícil el cumplir con los postulados de la atención primaria renovada y, por tanto, es motivo de alerta para el diseño de políticas públicas que den cuenta del problema. ⁽⁵⁾

4. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN

4.1. Contexto general ciudad de La Paz (Fuente INE) ⁽³⁰⁾

CREACIÓN: El departamento fue creado a partir de la Intendencia de La Paz de la Real Audiencia de Charcas, mediante Decreto Supremo de 23 de enero de 1826. Es capital del Departamento la ciudad Nuestra Señora de La Paz

(actualmente municipio de La Paz), que fue fundada el 20 de octubre de 1548, por Alonso de Mendoza. ⁽³⁰⁾

Ubicación geográfica y extensión territorial: El Departamento de La Paz está situado al noroeste de Bolivia, limita al norte con el departamento de Pando; al sur con el departamento de Oruro; al este con el departamento del Beni y el departamento de Cochabamba; y, al oeste, con Perú y Chile. La Capital, es sede del Gobierno Plurinacional y está situada entre los 16°30'00" de latitud sur y los 68°08'00" de longitud oeste del Meridiano de Greenwich. Cuenta con una superficie de 133.985 mil km², representa alrededor del 12,76% del territorio nacional. La ciudad de La Paz se encuentra a una altitud de 3.648 metros sobre el nivel del mar, entre los 17° y 23' de latitud Sur y 66° 09' de longitud oeste. Su fiesta es el 16 de julio en conmemoración de la revolución de 1.809. ⁽³⁰⁾

Otro municipio importante es El Alto, colindante con el municipio de La Paz, su fiesta es el 6 de marzo en conmemoración de su creación en 1.986; es sede del aeropuerto internacional de "El Alto" ubicado a 4.077 m.s.n.m.

División política y población: El departamento de La Paz está organizado política y administrativamente en 20 provincias con 80 municipios. La población del departamento de La Paz para el año 2010, de acuerdo a la proyección del Instituto Nacional de Estadística es de 2'839.950 habitantes, que representa el 27,4% de la población de Bolivia. ⁽³⁰⁾

Límites: Limita al Norte con el departamento de Pando, al Sur con el departamento de Oruro, al Este con los departamentos de Beni y Cochabamba, al Oeste, con los países de Perú y Chile. ⁽³⁰⁾

El departamento de La Paz aglutina a la mayor cantidad de personas de 60 años o más con 30,6%.

Capital: La ciudad de La Paz, es capital del departamento y sede política del Estado Plurinacional de Bolivia. ⁽³⁰⁾

División Política: La Paz tiene 20 provincias: Aroma, Bautista Saavedra, Abel Alurralde, Caranavi, Eliodoro Camacho, Franz Tamayo, Gualberto Villarroel, Ingavi, Inquisivi, General José Manuel Pando, Larecaja, José Ramón Loayza, Los Andes, Manco Kapac, Muñecas, Nor Yungas, Omasuyos, Pacajes, Pedro Domingo Murillo y Sud Yungas, 87 municipios y 272 cantones.

Producción: "Su fuerte" son los tubérculos y el forraje además de cereales y estimulantes, frutales, hortalizas y oleaginosas. Referente a la producción de ganado bovino, La Paz ocupa el cuarto lugar con un 7% y en la producción de cabezas de ganado ovino, el primer lugar con el 36%. Entre tanto, la producción de llamas asciende a La Paz a un tercer lugar con el 28% por debajo de Oruro y Potosí. ⁽³⁰⁾

Servicios básicos: El INE reporta que, de 852.573 viviendas ocupadas, 698.634 tienen energía eléctrica, 136.696 gas domiciliario, 607.488 agua por cañería de red, 402.423 desagüe al alcantarillado y 157.963 depositan su basura en un contenedor o basurero público. ⁽³⁰⁾

Educación: El Ministerio de Gobierno, reporta que el 2012 existían 718.552 estudiantes matriculados. ⁽³⁰⁾

Turismo: Se caracteriza por sus ruinas de culturas prehispánicas, como la incaica y la cultura Tiahuanacota, sin dejar de lado el ícono que representa a este departamento, el imponente Illimani. ⁽³⁰⁾

Gastronomía: Plato paceño, fricasé, chairo paceño y sajta de pollo son los platos de comida entre los más resaltantes que representan al departamento de La Paz, obviamente sin olvidarnos del delicioso anticucho. ⁽³⁰⁾

Salud: 1.460.032 personas acuden a un establecimiento de salud público, 1.353.680 ciudadanos se automedican o acuden a una farmacia y 1.326.839 personas resuelven sus males con soluciones caseras. ⁽³⁰⁾

El Departamento de La Paz está conformado por 24 Redes de salud: 14 ubicadas en el área rural y 10 en la urbana (5 en el municipio de El Alto y 5 en la ciudad de La Paz). La población del departamento se encuentra en mayor concentración en la provincia Murillo, donde la Sección Capital del departamento, la ciudad de La Paz, y la Cuarta Sección Municipal El Alto cuentan con 1'800.971 habitantes (63% de la población total); mientras que el resto de la población de 1'038.979 habitantes (37% del total de la población)) es rural y muy dispersa. ⁽³⁰⁾

Es una de las ciudades bolivianas con el mayor número de establecimientos de salud públicos y privados en los tres niveles de atención, pertenecientes a instituciones como: Gobierno Municipal, Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera, Seguro Universitario, Caja CORDES, Banca Privada, Caminos, Fuerzas Armadas, Policía, Iglesias, Organizaciones No Gubernamentales, y sector privado, además de la medicina tradicional. El departamento de La Paz cuenta con 583 establecimientos de salud pertenecientes al subsector público, de los cuales 561 establecimientos actualmente están considerados como de primer nivel de atención (241 son Puestos de salud y 320 son Centros de salud), 16 son considerados como de segundo nivel de atención y se tiene 6 establecimientos de salud correspondientes al tercer nivel de atención. ⁽³⁰⁾

4.2. Estructura de la red de servicios de salud funcional Red 5 sur.

4.2.1. Aspectos Institucionales Red 5 Sur

4.2.1.1. Visión: La población ejerce libremente su derecho a la salud en igualdad de condiciones, desarrolla practica saludables y la gestión social participativa; accede a la atención oportuna, eficiente e integral en la red de servicios funcionales y de calidad; mejorando su estado de salud integral para vivir bien.

4.2.1.2. Misión: efectivizar para toda la población en igualdad de condiciones, el acceso a los servicios de salud organizados en una red funcional, integral, con gestión social e intersectorial; mejorando la oportunidad, calidad, capacidad resolutive y gestión de recursos humanos, promoviendo prácticas de protección y promoción de la salud.

Organigrama Red 5 Sur. - Encabezado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, seguido por Coordinación de Red. Cuenta con las siguientes áreas: área Administrativa y RRHH con una sub área de transporte; área de Estadística, luego el Área de Salud Pública que cuenta con una sub área de logística, área de Nutrición y área de Trabajo Social.

Está conformada por 4 distritos municipales, el distrito municipal 18 con los centros de salud de Bologna (9972 habitantes), Alto Irpavi (7223 habitantes), Achumani (20189 habitantes). El distrito municipal 19 centros de salud Chasquipampa (17956 habitantes), Rosales (19011 habitantes). El distrito municipal 20 con los centros de salud de Mallasa (6714 habitantes), Mallasilla (1179 habitantes). El distrito municipal 21 con los centros de Bella Vista (21398 habitantes), Obrajes (13994 habitantes), Bajo Llojeta (4609 habitantes), Seguencoma (11585 habitantes) y Alto Irpavi (7223 habitantes). Anexo 5

4.1.1.3. Objetivos Específicos de la Red.

Promover el acceso universal y gratuito de la población de la Red de Salud N°5 Sur a los servicios de salud en base al Programa de Salud Intercultural del Nuevo Modelo Sanitario Autónomo, así como contribuir al ejercicio de la salud, eliminando las barreras económicas sociales, culturales y geográficas.

Fortalecer y consolidar la aplicación de la política de Salud Intercultural, apoyando a la participación y control social para llegar al acceso universal gratuito a servicios de salud y actuar sobre las determinantes sociales de la salud.

Fortalecer la rectoría en salud, generando el desarrollo de capacidades institucionales y la Autoridad Sanitaria en la Red N° 5 Sur.

Gestión y fortalecimiento en los programas de Tuberculosis, Programa P.A.I. Programa Zoonosis. Vigilancia Epidemiológica y supervisión para capacitar al personal de salud, para corregir errores identificados, cumplimiento de normas en actual vigencia, cuadernos de sistematización que mejoran la calidad e información de los diferentes programas. Anexo 6

De acuerdo al flujo grama de referencia los Centros Médicos de Primer Nivel maternos infantiles son los centros de salud de Chasquipampa y Bella Vista, los cuales prestan atención en las especialidades de Ginecología, Pediatría, control y atención de parto normal, control de ecografía, laboratorio, referidos por los centros de salud de Bolognia, Alto Irpavi, Achumani, Cota Cota (Rosales), Alto Seguencoma, Alto Obrajes, Obrajes, Mallasa, Mallasilla. Los Centros de Salud Materno Infantiles de 1re nivel realizan su referencia al Hospital Los Pinos de 2do nivel y este hospital a su vez realiza la referencia a los Hospitales de Tercer Nivel, Complejo de Miraflores y Materno Infantil. Anexo

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Bolivia, la atención primaria en salud se encuentra en desarrollo, aún existen grandes diferencias con otros países, es una actividad que debería ser impulsada por los entes rectores como una base para el cumplimiento de las políticas en salud, la insuficiente información sobre esta estrategia, hace que se dé mayor importancia a la parte asistencial y administrativa, descuidando el contacto directo con la población, debido a que las causas de salud y enfermedad actualmente son multifactoriales. Los servicios de salud no cuentan en su mayoría con un monitoreo exclusivo en atención primaria en salud y el acceso a la información es difícil.

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El documento de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), muestra que hace más de 25 años la Atención Primaria en Salud es un componente fundamental en un sistema de salud. En países desarrollados se adapta a una variedad de contextos ya sean políticos, sociales, culturales y económicos. Plantea una revisión no solo teórica, si no practica, que ayude a reflejar las necesidades de salud en la población.

Este documento, escrito por mandato de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mediante una resolución de 2003, define la posición de la OPS con respecto a la propuesta de renovación de la APS. Su objetivo es aportar ideas y recomendaciones que hagan posible esta renovación y ayuden a fortalecer y dar nuevo ímpetu a la APS, de forma que pueda liderar el desarrollo de los sistemas de salud más allá del próximo cuarto de siglo. Existen varias razones que justifican la adopción de una estrategia renovada en cuanto a la APS: los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS; y por último, el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. El objetivo último de la renovación de la APS es obtener resultados sostenibles de salud para todos. La propuesta contenida en este documento está llamada a ser visionaria, ya que la materialización de sus recomendaciones y del potencial de la APS dependerá solamente de nuestro nivel de compromiso y nuestra capacidad de innovación.

La renovación de la APS exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la

justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención.

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020 ha sido elaborado en el marco de la Ley N° 777, del Sistema de Planificación Integral del Estado Plurinacional de Bolivia - SPIE, a partir del Plan de Desarrollo Sectorial 2016 - 2020 concluido en octubre del 2015. Ambos procesos han sido plenamente participativos. Se constituye en un instrumento de gestión, dirección y planificación sectorial, que define objetivos; en el marco de los pilares, metas y resultados para el sector establecidos en el Plan de Desarrollo Económico Social 2016 – 2020, que está en concordancia la Agenda Patriótica 2025, este fue elaborado de forma participativa con las diferentes organizaciones sociales y sectores a nivel nacional y se constituye en la planificación a mediano plazo que implementa el mandato legal de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Asimismo, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia establece que se debe implementar el Sistema Único de Salud para lograr del acceso universal de salud, el mismo que se constituye en un resultado dentro del Plan de Desarrollo Económico Social PDES 2016 - 2020.

7.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las competencias profesionales en Atención Primaria en Salud, de médicos generales que pertenecen a los centros de primer nivel de la Red 5 sur de la Ciudad de La Paz, el segundo semestre de la gestión 2017?

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo general

Determinar las competencias profesionales en Atención Primaria en Salud, de médicos generales que pertenecen a los centros de primer nivel de la Red 5 Sur de la Ciudad de La Paz, el segundo semestre de la gestión 2017.

8.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la Red de Salud 5 Sur del sistema público.
- Identificar las actividades que desempeñan los médicos generales en los centros de la Red 5 Sur.
- Identificar competencias profesionales sobre conocimiento en atención primaria en salud con un enfoque cualitativo.

9. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio cuantitativo, cualitativo, descriptivo, uní y bivariado en base a información primaria y secundaria.

10. ÁREA DE ESTUDIO

Red de Salud 5 Sur en conformación de sus 11 centros de salud.

11. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Médicos generales de los centros de salud de la Red 5 Sur del sistema público de salud.

12. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo para el presente estudio estuvo conformado por los médicos generales que trabajan en horario de tiempo completo y medio tiempo en los centros de salud de la Red 5 Sur. Se incluyó al total de médicos de los 11 centros de salud de la Red 5 Sur haciendo un total de 30 médicos generales.

13. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

1. Se recopiló registros, datos estadísticos y administrativos del centro de Salud de Alto Obrajes, donde se encuentra la Gerencia de Red 5 Sur.

2. Se recolectó información mediante la aplicación de encuestas a los médicos generales de los 11 Centros de Salud que componen la Red 5 Sur y se realizó entrevistas personalizadas a los médicos responsables de cada centro.

14. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

14.1. Variables Dependientes: Competencias en Atención Primaria en Salud

14.2. Variable Independiente: Médicos Generales

15. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Médico General, Profesional que tiene un título profesional en Provisión Nacional expedido por una instancia nacional.

Competencia profesional, *Bunk* ⁽²⁸⁾: “Posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión, puede resolver los problemas profesionales de forma autónoma y flexible, está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo”. ⁽²⁸⁾

Políticas públicas en salud, políticas de salud pública: intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud.

Promoción de la salud, Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud,

desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

La **Atención primaria de salud** (siglas: **AP** o **APS**), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

16. PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizó la encuesta para el Estudio del Mercado Laboral de profesionales Médicos Generales y Especialistas, del Dr. Mgtr. Carlos Tamayo Caballero, Dr. Mgtr. Jimmy Alejo Pocomá y Dra. Gabriela Lima Bolívar. Julio 2017. La cual fue adecuada para el presente trabajo. Obteniendo 30 encuestas; estas fueron codificadas en la base de datos del paquete estadístico SPSS (v.22.0), se incluyeron todas las variables de la encuesta desagregadas por diferentes categorías y ámbitos, para tener la posibilidad de contar con INFORMACION válida y confiable para la toma de decisiones.

El análisis de datos cualitativos se obtuvo realizando entrevistas a los responsables de cada centro previa explicación y autorización de consentimiento informado. Se transcribió y ordenó la información obtenida en ideas, conceptos generados.

17. CRITERIOS DE INCLUSION

17.1.1. Médicos Generales que trabajan tiempo completo, medio tiempo y bajo otras modalidades en la Red de salud 5 Sur de la Ciudad de La Paz.

17.1.2. Médicos Generales con estudios de especialidad o maestría en salud pública

18. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

18.1. Médicos especialistas clínicos y quirúrgicos, Licenciadas y auxiliares de enfermería.

18.1.2. Personal que no brinde su consentimiento informado.

18.1.3. Centros de 2do nivel, centros de salud privados y de convenio.

19. MEDICIONES

Las variables del cuestionario se analizaron con base a frecuencias, que permitieron obtener porcentajes válidos para cada variable como medidas de síntesis.

20. ASPECTOS ÉTICOS

Se aplicó una encuesta con carácter estrictamente CONFIDENCIAL y ANONIMA.

Las unidades de análisis que se encontraron en los establecimientos de salud, cuyo marco maestral es la Red 5 sur de Salud de la ciudad de La Paz.

La encuesta estuvo encabezada por un párrafo de consentimiento informado objetivo de la encuesta o entrevista, cuya aceptación implicara la continuidad de llenado de la encuesta que es AUTOADMINISTRADA. El instrumento cualitativo fue llenado en una planilla mediante las percepciones de la entrevista a personal clave.

La fuente de datos fue de uso EXCLUSIVO durante el proceso de investigación, sin posibilidad de trasportar a otro beneficio.

El manejo de los datos nominales fue de absoluta reserva y no se usó en ningún caso como referente.

21. RESULTADOS

21.1 Resultados Cuantitativos.

La investigación ha permitido inventariar 11 centros de salud de primer nivel de atención en la Red 5 Sur del sistema público. Se realizó la encuesta a 30 médicos generales, en el segundo semestre de la gestión 2017 en la ciudad de La Paz. Ver tabla 1

21.1.1. Datos Generales de la encuesta.

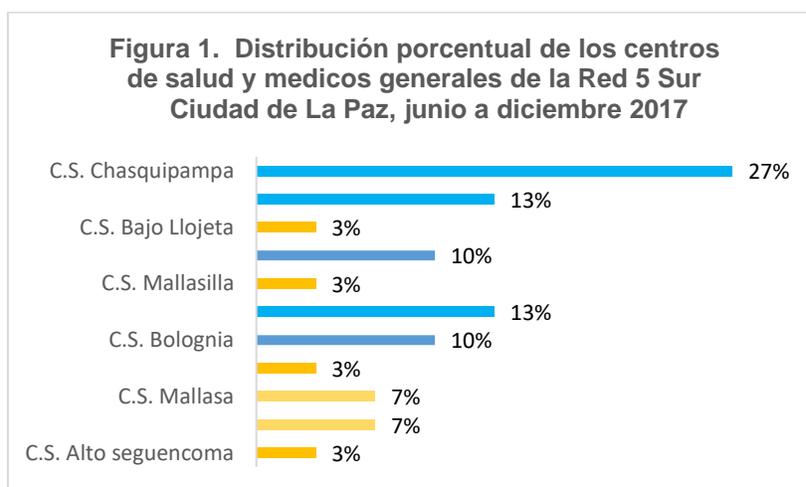
Tabla 1. Distribución del número de médicos por cada Centro de Salud de la Red 5 Sur, de la Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

C.S. Red 5 Sur	Nº de Médicos	Porcentaje
C.S. Alto Seguencoma	1	3%
C.S. Rosales Cota Cota	2	7%
C.S. Mallasa	2	7%
C.S. Alto Irpavi	1	3%
C.S. Bologna	3	10%
C.S. Achumani	4	13%
C.S. Mallasilla	1	3%
C.S. Obrajés	3	10%
C.S. Bajo Llojeta	1	3%
C.S. Alto Obrajés	4	13%
C.S. Chasquipampa	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

Los establecimientos de salud de la Red 5 Sur, pertenecen el 100% al sistema público. En la figura 1 se observa, la distribución de los médicos de acuerdo a los centros de salud de primer nivel. El centro de salud de Chasquipampa cuenta con 8 médicos generales que representan el 27% de los encuestados, cuenta con la mayor cantidad de personal, este es un centro materno infantil que también presta los servicios de internado rotatorio. Los centros de salud de Achumani y Alto Obrajés cuentan cada uno con 4 médicos generales cada uno, que

representan el 26 % del personal, en este último se encuentra la Coordinación de la Red, el área de administración y estadística de la Red 5 Sur. Los centros de salud de Obrajes y Bologna cuentan con 3 médicos cada uno que representa el 20 % del personal. Los centros de salud de Mallasa, Rosales cuentan con 2 médicos generales cada uno representa el 14%. Los centros de salud de Alto Seguencoma, Alto Irpavi, Bajo Llojeta y Mallasilla cuentan con 1 médico general cada uno representando el 12% del personal. Los centros de salud de Mallasa y Mallasilla se encuentran colindando con los municipios de Mecapaca y Achocalla respectivamente .



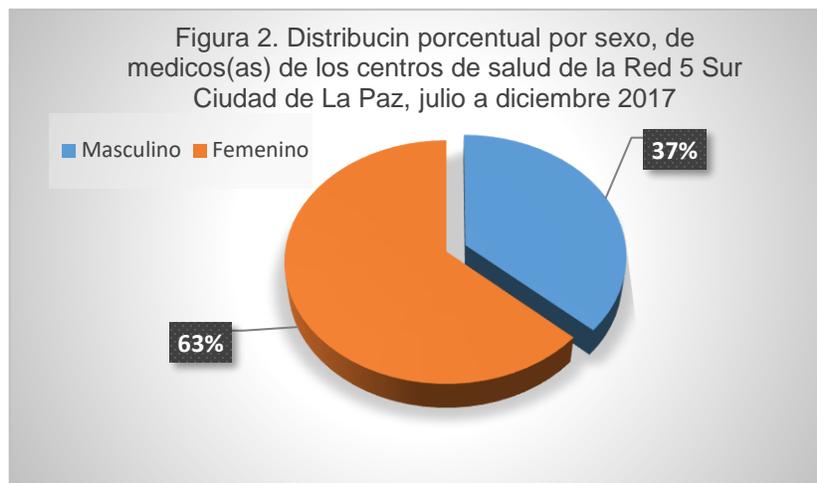
Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

Tabla 2. Número y Porcentaje de Médicos según sexo de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Sexo	Nº de Médicos	Porcentaje
Masculino	11	37%
Femenino	19	63%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

Según la distribución por sexo existe mayor cantidad de personal médico general de sexo femenino con 19 profesionales (63%), en comparación con el personal de sexo masculino con 11 profesionales (37%) Ver tabla 2.



propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la tabla 3 se puede observar la distribución de personal de salud por sexo en los 11 centros de salud donde se realizó la investigación, existen 19 médicos de sexo femenino, la mayor proporción de médicos femeninos se encuentra en los centros de salud de Chasquipampa con 6 médicos, Obrajes con 3 médicos y Mallasa con 2 médicos femeninos respectivamente.

Tabla 3. Número de Médicos por Sexo y Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Sexo	Dirección de Establecimiento											Total
	C.S. Alto Seguencoma	C.S. Rosales Cota Cota	C.S. Mallasa	C.S. Alto Irpavi	C.S. Bologna	C.S. Achumani	C.S. Mallasilla	C.S. Obrajes	C.S. Bajo Llojeta	C.S. Alto Obrajes	C.S. Chasquipampa	
Masculino	0	1	0	0	2	2	1	0	0	3	2	11
Femenino	1	1	2	1	1	2	0	3	1	1	6	19
Total	1	2	2	1	3	4	1	3	1	4	8	30

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la Tabla 4 se observa la distribución por rangos de edad, en primer lugar, existen 12 médicos entre las edades de 40 a 49, corresponde al 40%, en segundo lugar 8 médicos entre las edades de 30 a 39, corresponde al 27%. Estos dos

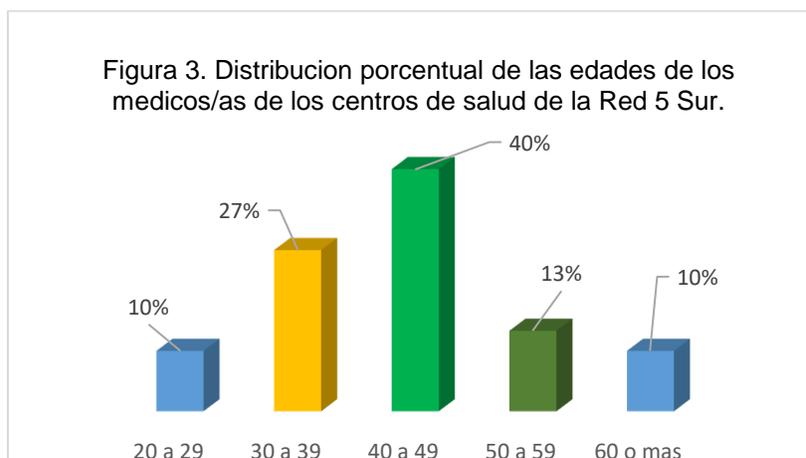
grupos de edad indican el punto medio o equilibrio entre los dos extremos etareos, médicos jóvenes recién ingresados al mercado laboral y personal más antiguo con trayectoria y experiencia en el sistema. En la figura 3 se puede ver más clara esta distribución.

Tabla 4. Distribución porcentual por edad de los médicos/as de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Edad por Rangos	Nº de Médicos	Porcentaje
20 a 29	3	10%
30 a 39	8	27%
40 a 49	12	40%
50 a 59	4	13%
60 o mas	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la figura 3. Podemos observar que las edades comprendidas entre los 20 a 29 años y 60 a más años, se encuentran en ambos extremos de la distribución del personal médico en los centros de salud con un 10% en cada grupo etareo.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la tabla 5. Se puede observar que, en el grupo etareo de 30 a 39 años, existe un equilibrio entre sexo y edad, con 4 médicos femeninos y 4 médicos masculinos

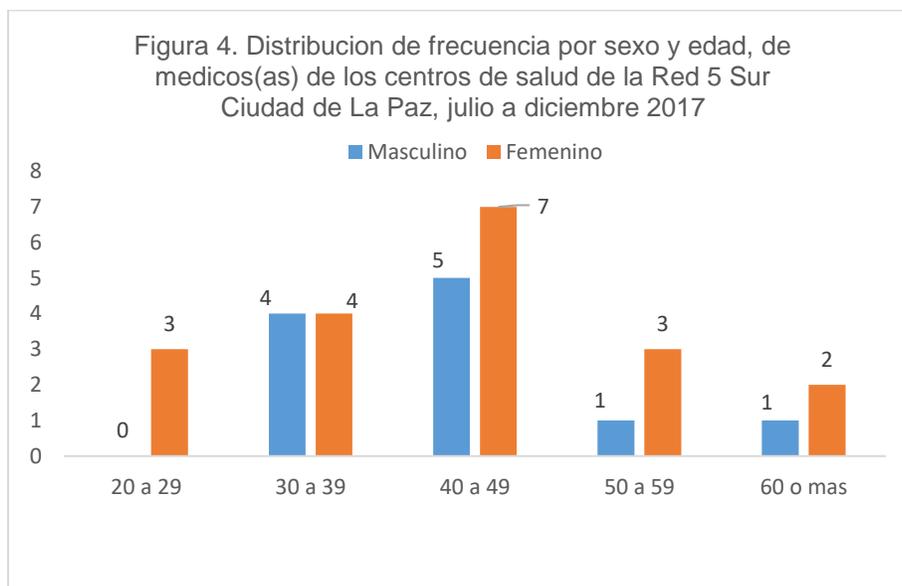
en cada grupo respectivamente. Entre las edades de 40 a 49 años existe mayor cantidad de médicos de sexo femenino lo cual se mantiene en los rangos de edad siguientes.

Tabla 5. Número de médicos/as según sexo y edad de los médicos/as de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Tabla cruzada Sexo Edad Rangos	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 o mas	Total
Masculino	0	4	5	1	1	11
Femenino	3	4	7	3	2	19
Total	3	8	12	4	3	30

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

Observando todos los grupos etareos, existe mayor número de médicos de sexo femenino en los centros de salud de la Red 5 Sur.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la tabla 6 observamos datos no agrupados del año de egreso y universidad donde realizaron sus estudios los médicos que trabajan en los establecimientos

de salud de la Red 5 Sur, los años de egreso oscilan desde el año 1983 al año 2016, existe mayor número de médicos egresados entre los años 2000 a 2004 con un número significativo de 9 profesionales.

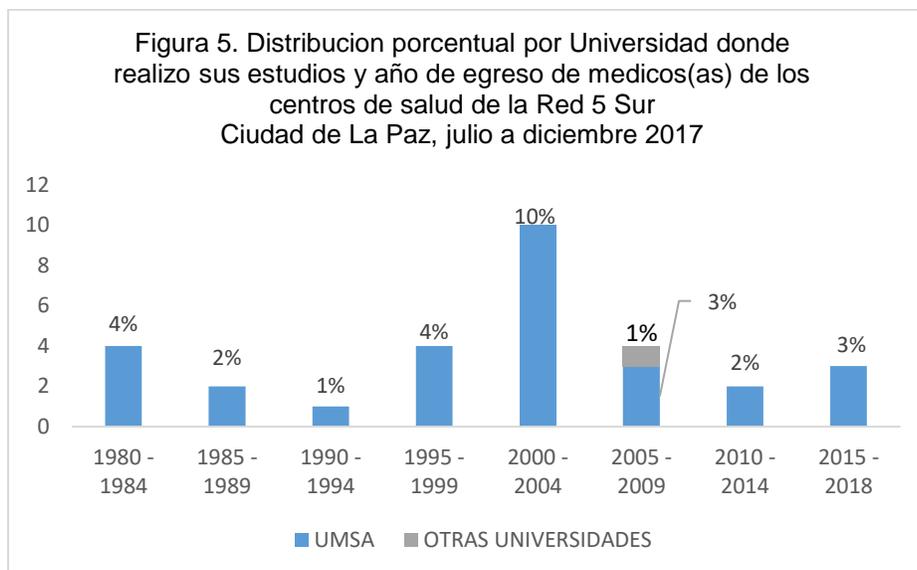
De los médicos encuestados 29 realizaron sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. El aporte e inserción laboral de profesionales en salud de la universidad pública, es importante en el sistema público de salud. En relación a otras universidades, 1 médico realizó sus estudios en la universidad privada (Universidad Nuestra Señora de La Paz).

Tabla 6. Año de egreso y Universidad donde realizaron sus estudios los médicos/as de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Año de egreso	En qué Universidad realizó sus estudios		Total
	UMSA	OTRAS UNIVERSIDADES	
1983	2	0	2
1984	2	0	2
1985	1	0	1
1986	1	0	1
1990	1	0	1
1995	1	0	1
1996	1	0	1
1998	1	0	1
1999	1	0	1
2000	5	0	5
2001	2	0	2
2002	2	0	2
2004	1	0	1
2008	1	1	2
2009	2	0	2
2010	1	0	1
2014	1	0	1
2016	3	0	3
Total	29	1	30

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la Figura 5 se observa que existe predominio de médicos que estudiaron en la Universidad Mayor de San Andrés Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. Se observa que existe mayor cantidad de médicos egresados entre las gestiones 2000 a 2004, los cuales se encuentran trabajando en la Red 5 Sur.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la Tabla 7 observamos datos que corresponden al año de egreso de la universidad de los médicos generales y el tiempo que obtuvieron su título en provisión nacional.

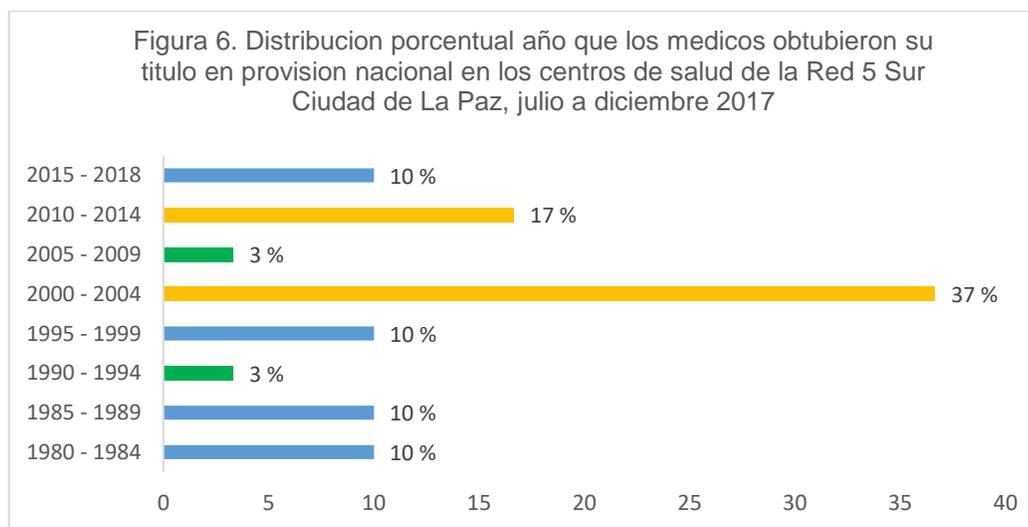
Según los datos recolectados el tiempo transcurrido desde el egreso hasta obtener el título en provisión nacional fue de 1 año aproximadamente.

Tabla 7. Año que los médicos obtuvieron el título en provisión nacional de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Año de Titulación	Nº Médicos	Porcentaje
1980 - 1984	3	10%
1985 - 1989	3	10%
1990 - 1994	1	3%
1995 - 1999	3	10%
2000 - 2004	11	37%
2005 - 2009	1	3%
2010 - 2014	5	17%
2015 - 2018	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la figura 6. Se puede observar que la mayor fuerza laboral de médicos generales de la Red de Salud 5 Sur, entre el personal titulado entre el año 2000 y 2004 con un 37%.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la tabla 8 se evidencia los datos no agrupados del año en que los médicos comenzaron su relación laboral, entre los años 1984 a 1987 y 2000 y 2004 existe mayor cantidad de médicos que comenzaron a trabajar en la Red de Salud 5 Sur.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje del año que los médicos iniciaron su primer trabajo después de graduarse, Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Año de primer trabajo	Frecuencia	Porcentaje
1984	1	3 %
1985	2	7 %
1987	2	7 %
1990	1	3 %
1992	1	3 %
1998	1	3 %
1999	1	3 %
2001	3	10 %
2002	4	13 %
2003	1	3 %
2004	4	13 %
2010	1	3 %
2011	3	10 %
2012	1	3 %
2015	1	3 %
2017	2	7 %
2018	1	3 %
Total	30	100 %

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la tabla 9 se observa lo datos agrupados del año que los médicos generales de la Red de Salud 5 Sur iniciaron su primer trabajo. La mayor fuerza laboral de médicos se encuentra entre los años 2000 y 2004 que corresponde a 12 médicos (40%) de los encuestados.

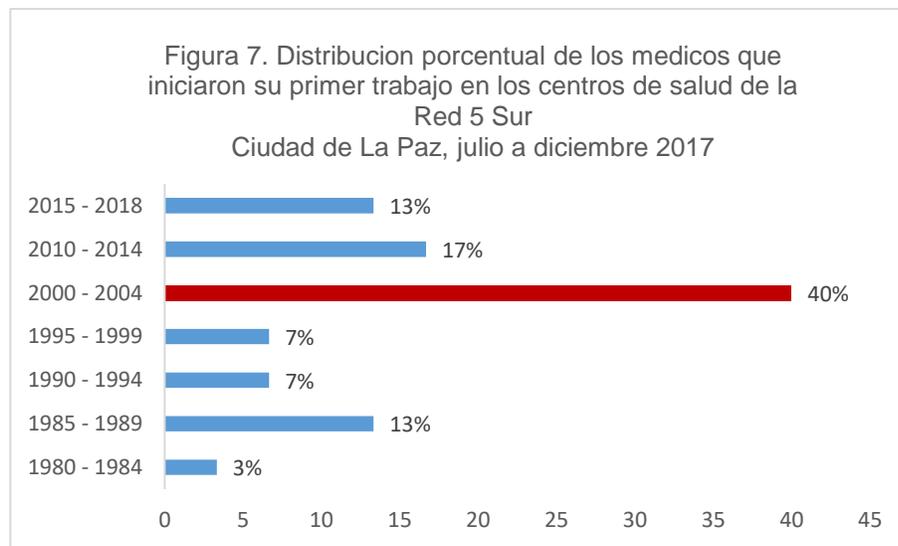
Tabla 9. Distribución de médicos iniciaron su primer trabajo, Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Año de trabajo	Nº de Médicos	Porcentaje
1980 - 1984	1	3%
1985 - 1989	4	13%
1990 - 1994	2	7%
1995 - 1999	2	7%
2000 - 2004	12	40%
2010 - 2014	5	17%
2015 - 2018	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la figura 7. Se observa de forma más gráfica que el grupo más representativo de los médicos generales que comenzó a trabajar en la Red 5 Sur, se encuentra entre los años 2000 y 2004 con un número de 12 profesionales que corresponde al 40%, se ve que en un periodo de 4 años aproximadamente hubo mayor número de profesionales que inició su relación laboral en la Red de Salud en el sistema público.

Entre los años 1980 a 1999 el 30 % inició su relación laboral, este dato corresponde a un periodo de 19 años, donde se insertaron laboralmente 9 médicos. En el periodo de 2010 al 2018, se insertaron laboralmente a 9 profesionales médicos que corresponde al 30% que inició su actividad laboral correspondiente en el sistema público.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

21.1.2. Actividades que desempeñan los médicos

La tabla 10 y figura 8 describen las preguntas realizadas en relación a las actividades que cumple el personal médico general, relacionadas al área asistencial tanto médica como quirúrgica, administrativa, docencia y atención de urgencias médicas, se obtuvieron los siguientes datos.

Tabla 10. Porcentajes sobre las Actividades que Desempeñan los médicos/as de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

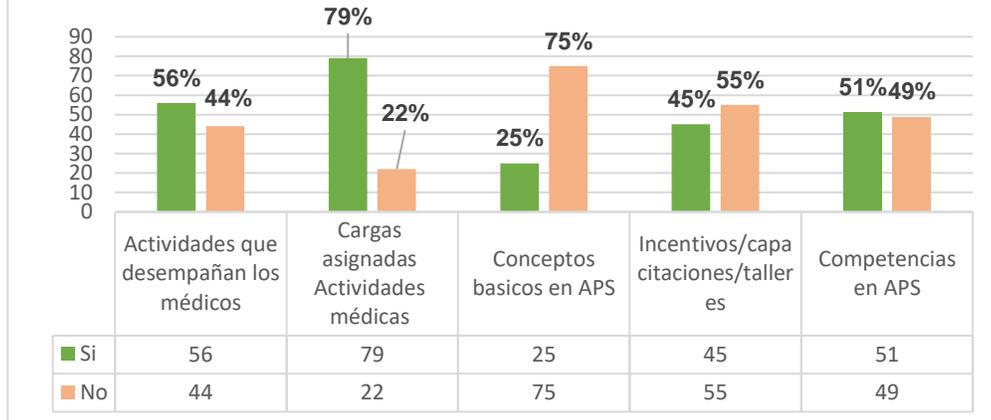
Actividades medicas	Medicina Asistencial clínica	Medicina Asistencial quirúrgica	Gestión y Administración	Docencia Universitaria	Urgencias Medicas
Si	100%	17%	57%	40%	67%
No	0%	83%	43%	60%	33%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

El personal médico general encuestado, refiere que sus actividades están relacionas a realizar medicina asistencial clínica en un 100%. El 17% de los encuestados refiere practicar en algún momento actividad médica asistencial quirúrgica, realizada en su mayoría en el establecimiento de salud de Chasquipampa por ser un centro materno infantil. El personal realiza actividades de gestión y administración un 57%, procesando y presentando información estadística a la Red de Salud 5 Sur mensualmente. El 67% del personal médico atiende urgencias médicas en el turno correspondiente. El 40% de los médicos generales encuestados manifestó, que realiza docencia universitaria. El establecimiento de Chasquipampa cuanta con médicos internos y estudiantes de pre grado que prestan servicios de apoyo.

En la Figura 8 tenemos los resultados consolidados del total de dimensiones en la recolección de datos, el 51% del personal de la Red 5 Sur de Salud tienen competencias profesionales sobre conocimientos en Atención Primaria en Salud (APS). Participando en la parte asistencial, administrativa, promoviendo las actividades de promoción de la salud, participando en la capacitación continua y talleres sobre APS.

Figura 8. Distribución porcentual de las competencias profesionales sobre conocimiento en APS de los médicos en los centros de salud de la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, julio a diciembre 2017



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la tabla 11 se observa la carga asignada a las actividades médicas en los centros de salud, se consultó a los médicos encuestados sobre la frecuencia con la que realizan estas actividades.

A la pregunta sobre la carga asignada a promoción/visitas domiciliarias y campañas, el personal médico encuestado respondió que, la realiza Muy frecuentemente 13%, ocasionalmente el 33%, eventualmente 30% y nunca el 10%. Las actividades de mayor contacto con la población e interrelación con otras áreas y sectores tienen menor porcentaje en los datos obtenidos. En relación a la pregunta sobre la atención médica de pacientes, los médicos encuestados respondieron, muy frecuentemente 47%, frecuentemente el 43%, ocasionalmente 33%, eventualmente el 3%. Por la carga de pacientes en los servicios se destina mayor porcentaje de atención a la parte asistencial. Todos los médicos que trabajan en la Red de Salud 5 Sur, realizan en algún momento, actividad de tipo asistencial, los que tienen mayor porcentaje en la actividad administrativa y de gestión son médicos que trabajan en Coordinación de Red y

médicos que trabajan con el bono Juana Azurduy, de los mismos su actividad es más administrativa y asistencial eventual.

Tabla 11. Porcentaje a cargas asignadas a actividades médicas de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Cargas asignadas Actividades médicas	Promoción/visitas domiciliarias/ campañas	Atención a pacientes	Actividades administrativas	Enseñanza
Nunca	10%		23%	53%
Eventualmente	30%	3%	30%	20%
Ocasionalmente	33%	7%	27%	13%
Frecuente	13%	43%	10%	7%
Muy Frecuentemente	13%	47%	10%	7%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

La tabla 11 se observa que el 10% del personal de salud realiza actividades administrativas frecuentemente, ya sea el Director de Centro o Coordinador de Red, la mayor parte del personal realiza la parte administrativa ocasionalmente (27%), eventualmente (30%) o nunca (23%). El personal médico realiza actividades de enseñanza en un bajo porcentaje en los centros de primer nivel, según la encuesta, muy frecuentemente (7%), frecuentemente en un (7%), la mayor parte del personal nunca realiza actividades de enseñanza corresponde el (53%), ocasionalmente el (27%) y el (30%) eventualmente.

21.1.3. Las actividades médicas/cargas laborales

En la Tabla 12 podemos observar que dentro las cargas laborales asignadas en promoción/visitas domiciliarias/ campañas, se vio que el 13% de los médicos las realiza muy frecuentemente y frecuentemente respectivamente, entre el 30% y 33% realiza la actividad de forma ocasional y eventual, el 10% nunca realizo esta actividad en la Red 5 Sur de Salud.

Tabla 12. Porcentaje de cargas asignadas en Promoción/visitas domiciliarias/ campañas de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Promoción/visitas domiciliarias/ campañas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	10%
Eventualmente	9	30%
Ocasionalmente	10	33%
Frecuente	4	13%
Muy Frecuentemente	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la tabla 13 se puede observar en relación a la atención de pacientes que el 90 % de los médicos tiene contacto continuo en la parte asistencial, el 10% del personal atiende ocasionalmente o eventualmente a pacientes, su actividad es frecuentemente administrativa.

Tabla 13. Porcentaje de cargas asignadas en atención a pacientes en los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Atención a pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Eventualmente	1	3%
Ocasionalmente	2	7%
Frecuente	13	43%
Muy Frecuentemente	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

Tabla 14. Porcentaje de cargas asignadas a actividades administrativas de los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Actividades administrativas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	23%
Eventualmente	9	30%
Ocasionalmente	8	27%
Frecuente	3	10%
Muy Frecuentemente	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la Tabla 14. Dentro de las actividades administrativas que incluyen gestión, coordinación con los Centros de Salud de la Red, el 20 % de los médicos las realiza de forma muy frecuente y frecuente, de forma ocasional el 27% del personal, de forma eventualmente el 30% de los médicos y nunca realiza actividades administrativas el 23%, se entiende que el personal que realiza actividades administrativas tiene menor contacto con la parte asistencial en los centros de salud.

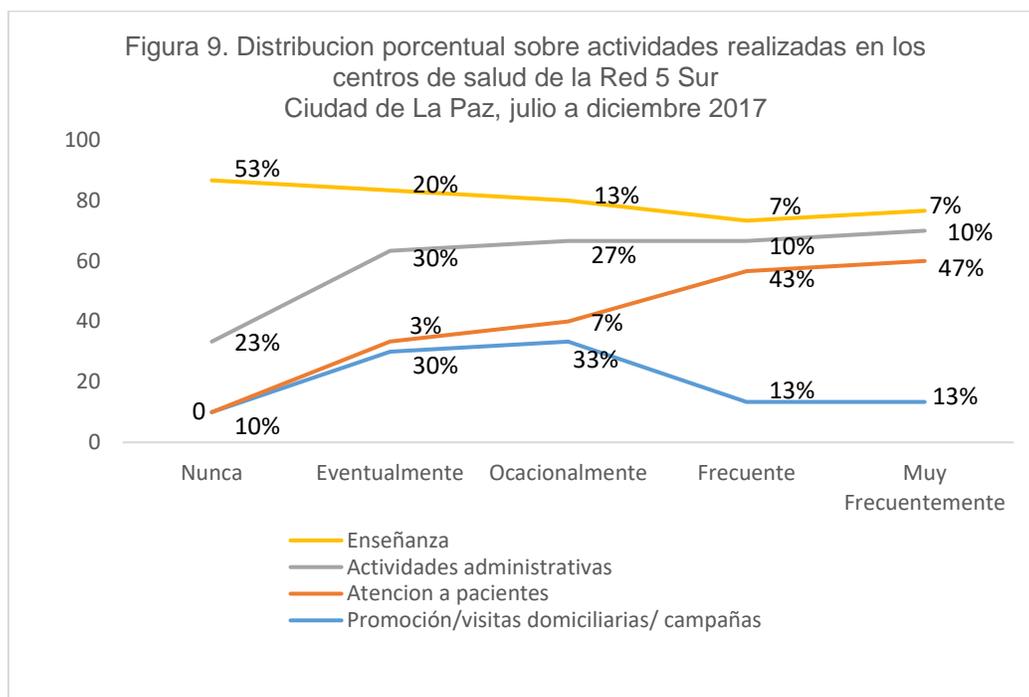
Tabla 15. Porcentaje de cargas asignadas a la enseñanza en los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Enseñanza	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	16	53%
Eventualmente	6	20%
Ocasionalmente	4	13%
Frecuente	2	7%
Muy Frecuentemente	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la figura 9 podemos observar la relación porcentual según la carga de actividades asignadas. La carga de trabajo asistencial es la que ocupa mayor tiempo en las actividades médicas con un 47%. Las actividades programadas en

promoción, campañas visitas domiciliarias, las cuales según la encuesta se dan cumplimiento en un 13 %. En el área de enseñanza la mayor parte de los médicos no realizan esta actividad siendo el porcentaje bajo con un 7 %.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

21.1.4. Situación laboral de los médicos generales

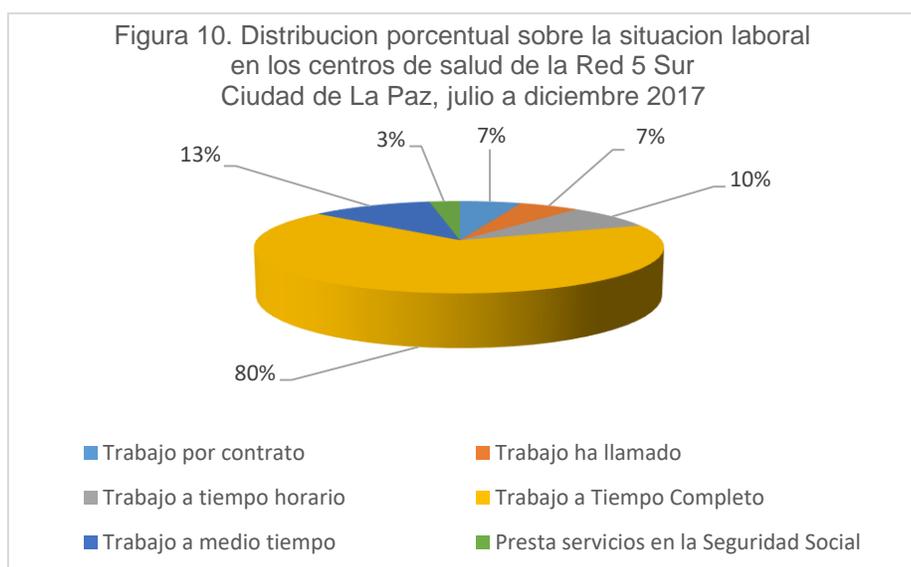
La mayor parte de los médicos generales encuestados, que se encontraban trabajando en la Red 5 Sur, están institucionalizados, el 80% trabaja tiempo completo, el 13% medio tiempo, dentro de los profesionales encuestados, 7% manifestó que sé que también trabaja ha llamado. Entre el 7 y 10% respondieron que trabajan a contrato y a tiempo horario. El 3% (1 medico) respondió que presta servicios en la seguridad social. Ver tabla 16.

**Tabla 16. Situación laboral de los médicos/as de los Centros de Salud en la Red 5 Sur
Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017**

Situación laboral	Trabajo por contrato	Trabajo ha llamado	Trabajo a tiempo horario	Trabajo a Tiempo Completo	Trabajo a medio tiempo	Presta servicios en la Seguridad Social
Si	7%	7%	10%	80%	13%	3%
No	93%	93%	90%	20%	87%	97%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

Los médicos que trabajan a tiempo completo y medio tiempo indicaron que se encuentran institucionalizados, por lo tanto, el 93% tienen estabilidad laboral, se puede observar la distribución porcentual de forma más clara en la figura 10



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

21.1.5. Capacitaciones

En la tabla 14 Se observa que se realizó en la encuesta, preguntas sobre capacitaciones recibidas en atención primaria en salud (APS), en la Red de Salud 5 Sur durante la gestión 2017.

1.- El personal médico en un 70% indicó que no recibió capacitaciones en continuas en temas relacionados en atención primaria en salud (APS) durante la gestión 2017, solo el 30% de los encuestados respondió que si recibió capacitación continua y talleres en atención primaria en salud.

2.- En las capacitaciones realizadas en temas de promoción en salud, el 60% del personal médico general encuestado recibió capacitación en este tema.

3.- En las capacitaciones sobre temas relacionados políticas en salud, el 70% del personal médico general, respondió no haber sido capacitado en este tema.

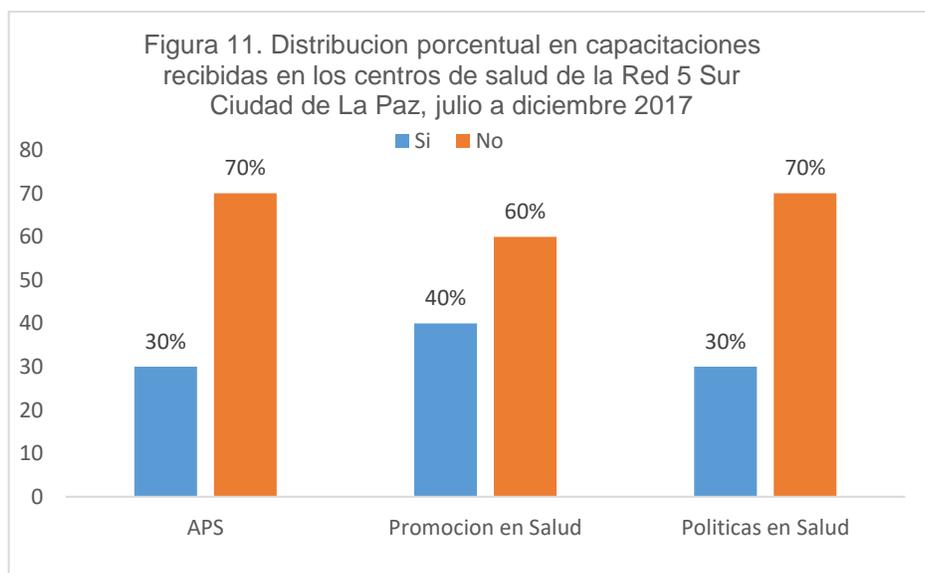
La información recolectada en la encuesta indica que durante la gestión 2017, solo el 30% de los médicos recibieron capacitación continua en atención primaria en salud (APS) y sus componentes.

Tabla 17. Porcentaje de capacitaciones recibidas en Atención Primaria en Salud, Promoción en Salud y Políticas en Salud en los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Capacitaciones/Talleres	Atención Primaria en Salud (APS)	Promoción en Salud	Políticas en Salud
Si	30%	40%	30%
No	70%	60%	70%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la figura 11 se puede observar mediante el grafico barras que existe un porcentaje alto de médicos generales que no recibieron capacitaciones ni talleres en APS el 70%, promoción en salud 60% y políticas en salud 70%.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

21.1.6. Incentivos al desempeño

En la tabla 18. Se observa que dentro de lo que son las competencias profesionales, se toma en cuenta el ser o la motivación al personal. En su mayoría el personal médico general supera su horario de trabajo, no recibiendo ningún pago ni compensación por horas extras. Solo el 17% del personal recibió en algún momento cartas de felicitación por la actividad realizada, el 83% no recibió ningún incentivo o reconocimiento escrito. El 30% del personal siente que su desempeño es recompensado, el 70% indica en la encuesta que su desempeño no es recompensado

Tabla 18. Porcentaje Incentivos al desempeño a los médicos en los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a diciembre 2017

Incentivos al desempeño	Con Frecuencia supera el horario de trabajo	Pago por trabajo sobre horas	Memorándums/cartas de felicitación	Siente que su desempeño es recompensado
Si	60%	0%	17%	30%
No	40%	100%	83%	70%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la figura 12 podemos observar que la mayor parte de los médicos de la Red 5 Sur superan sus horas de trabajo, pero no reciben pago por horas extras.



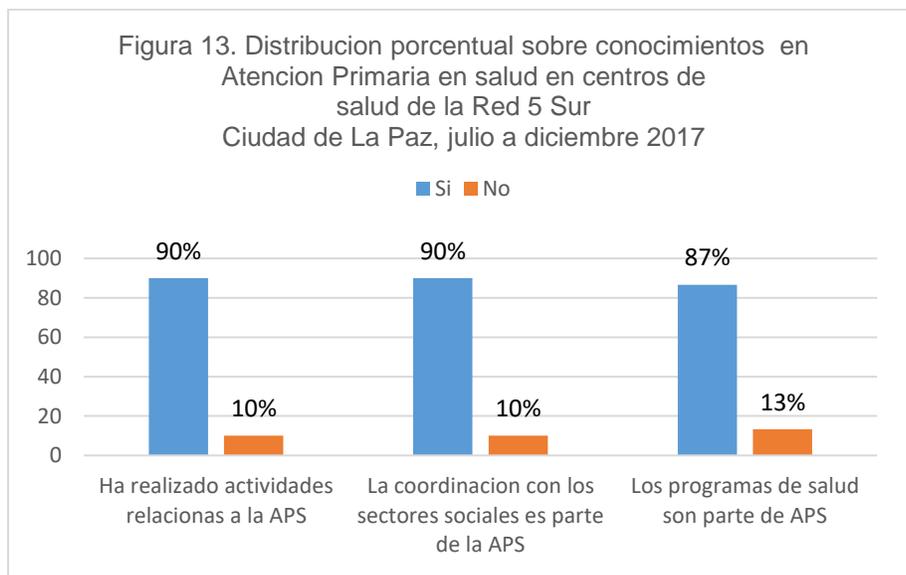
Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En tabla 19. Los médicos encuestados indican que en algún momento si realizaron actividades relacionadas a atención primaria en salud (APS), coordinando con los sectores sociales, realizando y cumpliendo los programas de salud en sus establecimientos. Entre el 90% y 87% de los médicos generales están de acuerdo que la coordinación con los sectores sociales y los programas en salud son parte de APS. Entre el 10% a 13% de los profesionales no realizaron estas actividades en sus centros de salud.

Tabla 19. Conocimientos sobre Atención Primaria en Salud, en los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Conocimientos en APS	Ha realizado actividades relacionadas a la APS	La coordinación con los sectores sociales es parte de la APS	Los programas de salud son parte de APS
Si	90%	90%	87%
No	10%	10%	13%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

La atención primaria en salud (APS) es un componente multisectorial, considerado una estrategia y está relacionado a las políticas en salud. Los médicos generales encuestados están de acuerdo que la APS es una estrategia 27% (8 médicos), que es una política en salud el 7% (2 médicos), un porcentaje no muy bajo considera que es multisectorial y no solo asistencial con un 7% (2 médicos), el 60 % (18 médicos) indicaron que estos 3 componentes son parte de la atención primaria en salud (APS) ver Tabla 20.

Tabla 20. Conocimientos sobre conceptos básicos en APS en los Centros de Salud en la Red 5 Sur Ciudad de La Paz, Julio a Diciembre 2017

Conocimientos sobre APS	Frecuencia	Porcentaje
Es una estrategia	8	27%
Una Política en Salud	2	7%
Es Multisectorial y no solo Asistencial	2	7%
Todos	18	60%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

En la figura 14 se puede observar que todos los encuestados tienen conocimientos sobre lo que engloba y busca la Atención Primaria en Salud como estrategia, como política en salud y como componente multisectorial. Si se observa de manera individual, el 40% relaciona cada punto de forma separada relacionada a la APS.



Fuente: Elaboración propia, datos Centros de Salud Red 5 Sur.

21.2 Resultados cualitativos a las entrevistas realizadas al personal médico de la red 5 sur.

Pregunta 1

¿Defina Atención Primaria en Salud (APS)?

De acuerdo con la pregunta realizada en la entrevista se indica que: Es la atención en primer nivel, la Atención primaria es una estrategia, previene, promueve la salud, realiza cuidados y rehabilitación, es el contacto directo con las familias, coordina con la sociedad y la comunidad.

Pregunta 2

¿Cuál es su opinión sobre la atención primaria en salud en el país y en la Red de salud 5 Sur?

Consideran que la atención primaria en salud a nivel general es buena, que no cambio muchos en los últimos años, es más asistencial por falta de personal que realice apoyo para un mejor trabajo con la comunidad.

Pregunta 3

¿Qué entiende sobre promoción en salud?

La promoción en salud es una parte importante en la APS, previene las enfermedades, es un rastreo personal, es la orientación e información a la comunidad, por ejemplo, lavado de manos, control de desarrollo, alimentación sana.

Pregunta 4

¿Cuáles considera que son los determinantes sociales en salud más importantes?

Los entrevistados coincidieron que los determinantes sociales en salud (DSS) más importantes son la educación, el cuidado del medio ambiente. A causa de estos factores se incrementan los problemas de cáncer e insalubridad alimentaria.

Pregunta 5

¿Cuál es su opinión sobre la Promoción en Salud en la política SAFCI? ⁽¹³⁾

En el área urbana no es funcional, existe duplicidad de información, los reportes son entregados directamente al ministerio y no a las redes de salud, perdiendo información y bajando coberturas. Los médicos con mayor experiencia indicaron

que al iniciar su vida profesional, recibieron formación como médicos PIAAS (Plan Integral de Atención del área Salud) donde realizaban actividades con la comunidad y trabajo de campo.

Pregunta 6

¿Cuál es su opinión sobre la Reorientación de los Servicios de Salud en atención primaria en salud? ⁽¹³⁾

Los entrevistados indicaron se debería realizar mayor actualización y capacitación del personal, mejorar las habilidades de trato al paciente desde su admisión, trabajar de forma multidisciplinaria. Contar con los insumos y medicamentos adecuados.

Pregunta 7

¿Realizo estudios de post grado Especialidad, Maestría en Salud Pública u otro?

Los médicos entrevistados indicaron haber realizado estudios de post grado algunos concluyeron y se titularon y otros solo egresaron y no concluyeron sus estudios por disponibilidad de tiempo en su mayoría. Realizaron estudios en Salud Pública, Epidemiología, Gerencia en servicios de Salud, Atención Primaria en Salud, perinatología carnet pre natal. Diplomado en Psicogeriatría.

22. DISCUSIÓN

La atención primaria en salud (APS) es una parte importante en la estructura de los servicios de salud en general, más aún en los establecimientos de primer nivel de atención, ya que es el primer contacto que tiene la población. Es importancia de promover su difusión en el sistema de salud tanto público como privado.

El personal médico se encuentra adecuadamente orientado en los conceptos de atención primaria en salud, la carga de trabajo asistencial y administrativa influyen en el cumplimiento total de esta estrategia en salud. Se considera que los determinantes en salud más importantes son la educación y el medio ambiente, la falta de atención a estas determinantes son causantes de la mayor parte de enfermedades crónicas e insalubridad que conllevan a la enfermedad.

Si bien la política SAFCI es importante como eje para la salud, los médicos indicaron que a nivel urbano no es conveniente por la falta de personal y la carga de trabajo asistencial, no existe una coordinación adecuada con las instituciones en la entrega de información, duplicando la información en el análisis.

En la reorientación de los servicios de salud en atención primaria, se debería dar mayor énfasis en la capacitación continua y talleres al personal. La mayor parte de los médicos indicaron que realizaron estudios de post grado relacionados a la salud pública, algunos concluyeron sus estudios y se titularon, y otros por factores de tiempo, factores personales solo egresaron o abandonaron su formación.

En el área de investigación aún existe susceptibilidad en la entrega de información y toma de datos, que son solo de carácter académico e investigativo. Pese a la solicitud escrita de post grado y coordinación con la gerencia de la Red 5 Sur, 1 establecimiento de salud rechazo participar en trabajo de investigación, disminuyendo la muestra para toma de datos a médicos generales.

Se obtuvieron datos interesantes en relación a la formación de médicos con mayor antigüedad en la red, es así que la mayoría menciona que antes existía la

formación de médicos PIAS (Plan Integral en Salud), los cuales realizaban una atención personalizada y dirigida a la comunidad, actualmente la compararon con los médicos SAFCI en el área rural y los médicos mi salud en el área periurbana. No están incluidas estas competencias a nivel general e integral del profesional médico en pre grado y post grado.

Mediante el estudio se pudo observar que existe poca renovación de personal a nivel generacional, en ambos extremos, médicos jóvenes y médicos con mayor antigüedad.

El estudio mostro que los médicos que trabajan en la Red de Salud 5 Sur tienen conocimientos, algunos más que otros sobre la Atención Primaria en Salud, la dificultad que se encuentre está relacionada a carga asignada a la medicina asistencial y administrativa lo cual disminuye la posibilidad de realizar actividades de promoción, visitas domiciliarias y campañas y así llegar a la comunidad en una forma más amplia y tener un contacto multisectorial.

Muchos de los médicos indicaron que están de acuerdo en los conceptos que propone la Atención Primaria en Salud y la reorientación de los servicios de salud, pero para ello se debería implementar el número de médicos generales que realicen específicamente esta actividad, con el fin de reducir la morbilidad haciendo un trabajo personalizado con la comunidad, dando un vistazo general a todos los determinantes sociales en salud, que son los que directamente influyen en el componente salud.

La enseñanza impartida por parte de los médicos generales a estudiantes de pre grado, médicos internos en la red de salud, se ve disminuida según los resultados del presente estudio, haciendo que el personal médico no transmita sus conocimientos y experiencias en el trabajo sobre el manejo en la Atención Primaria en Salud en los establecimientos de salud.

23. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

Los instrumentos utilizados para la recolección de información cuantitativa mediante encuestas y cualitativa mediante entrevistas a personal médico, consolida los datos recolectados en los centros de salud de la Red 5 Sur. Las principales dificultades para la recolección de datos fueron el tiempo y el horario de trabajo de los diferentes turnos del personal médico.

Por razones de implicación ética, se consultó a los médicos directores sobre la actividad de estudio a realizar en 12 centros de salud que componen la Red 5 Sur. De los cuales 11 centros de salud participaron del estudio, donde el personal proporciono la información pertinente. Respetando que 1 centro de salud no participo del estudio.

Las gerencias de salud de las redes deben ser conscientes de que la información proporcionada para actividades de investigación, darán nuevas propuestas y diagnósticos para mejorar los servicios de salud a nivel nacional y departamental.

En este contexto, la presente investigación planteó conocer las competencias profesionales de médicos en atención primaria en salud (APS) en centros de la Red 5 Sur del área urbana.

No encontrando mucha información con respecto al tema en nuestro medio, se abre la posibilidad de continuar y ampliar la investigación relacionado a las competencias profesionales en atención primaria en salud, en las redes que componen el sistema de salud público y privado.

24. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

Las audiencias interesadas en este estudio, comprenden como ente rector el Ministerio de Salud, Servicios Departamentales, Redes de Salud, personal médico general, especialistas en salud pública, internos en formación,

licenciados, auxiliares de enfermería y estadísticos que conforman cada centro de salud de primer nivel.

Los Gobiernos Autónomos Municipales de las Ciudades de La Paz y El Alto y la Gobernación, deben definir políticas públicas locales en los sistemas de primer nivel de atención que administran, abordando las determinantes sociales en salud, educación, saneamientos básicos, medioambientales y socioeconómicos, estos se muestran como pilares importantes en la atención primaria en salud, en la promoción y prevención de enfermedades en general.

El Servicio Departamental en Salud (SEDES), debe garantizar un recurso humano capacitado y especializado, con capacitación continua en el manejo de Atención Primaria en Salud, en centros de salud de primer nivel, de esta manera ayudar a disminuir la sobrecarga de pacientes en Hospitales de 2do y 3re nivel.

25. CONCLUSIONES

El estudio concluye que en los 11 Centros de Salud de la Red 5 Sur de la ciudad de La Paz se da cumplimiento a las competencias profesionales en conocimiento en Atención Primaria en Salud, se determinó que el 51% del personal médico participa en actividades asistenciales, en las cargas asignadas a promover la promoción, campañas y visitas domiciliarias, recibieron capacitación continua y talleres, reconocen que la Atención Primaria en Salud es multisectorial, es una estrategia y una política. El 49% del personal no relaciono a la APS como una estrategia integral.

Las actividades de promoción, vistas domiciliarias y campañas en salud se las realiza de forma eventual u ocasionalmente. La carga asignada a las actividades asistenciales y administrativas se las realiza con mayor frecuencia por los médicos directores y coordinación. Según el estudio lo médicos Indican que es importante la coordinación con los sectores sociales, la implementación y ejecución de los programas en salud, la Atención Primaria en Salud es una estrategia, una política, es multisectorial y no solo asistencial. La enseñanza que se imparte por los médicos de planta a estudiantes de pregrado e internado, se la realiza en el centro médico materno infantil de Chasquipampa.

Los responsables médicos de los Centros de Salud en la entrevista estructurada, en su mayoría se refirieron a la atención primaria en salud (APS) como un sinónimo de promoción de la salud, existiendo confusión entre ambas estrategias.

De todos los establecimientos de salud encuestados, el mayor número de médicos se encuentra en el centro de salud de Chasquipampa, el cual cumple funciones de centro materno infantil. Cuenta con personal médico general, personal que trabaja con los programas de salud, acuden estudiantes de pre grado de medicina y médicos internos.

La mayor fuerza laboral de los médicos se encuentra entre los grupos etareos de 24 a 45 años, de los cuales los egresados entre los años 2000 y 2004 conforman el punto de equilibrio. Los médicos con mayor experiencia que se encuentran en un grupo etareo de 50 años a más fueron en su momento personal del Servicio Departamental de Salud en el área administrativa, con mayores competencias en conocimiento en atención primaria en salud (APS).

La universidad del sistema público (Facultad de Medicina de La Universidad Mayor de San Andrés) es la que aporta en su totalidad personal médico general a la Red de Salud 5 sur. Solo un médico general realizo sus estudios en el sistema universitario privado (Nuestra Señora de La Paz).

En el estudio se observó, que desde el periodo de egreso a la titulación y obtención de título en provisión nacional que habilita a los médicos a trabajar en cualquier parte del país, pasa en su mayoría 1 a 2 años, después al obtener el título en provisión nacional la mayoría de los encuestados comenzó su actividad laboral después de un año.

Existe estabilidad laboral, el 80 % trabajan medio tiempo el 13 % medio tiempo los cuales se encuentran institucionalizados. El restante 7% se encuentra ha llamado, contrato, tiempo horario u otra modalidad.

Las funciones que desempeñan los médicos generales en la parte operativa, hacen énfasis en la medicina asistencial clínica, la atención de urgencias médicas, existe un centro materno infantil en la Red de Salud, por lo tanto, la medicina asistencial quirúrgica es poco frecuente.

26. RECOMENDACIONES

Las autoridades en salud, el Servicio Departamental en Salud (SEDES), los Gobiernos Departamentales, deben considerar a la Atención Primaria en Salud como una piedra angular en la política sanitaria, como marco para las prestaciones de servicios en atención en salud, que no se limite a la atención asistencial curativa, sino que sea interdisciplinaria y multisectorial

La Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, debería proceder a la revisión de la currícula de formación de pregrado, haciendo énfasis en fomentar las competencias en Atención Primaria en Salud ya que es el primer contacto que tiene el médico en formación en sus prácticas hospitalarias, internado rotatorio y servicio rural obligatorio en los centros de salud.

El Ministerio de Salud, debe velar el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, contar con los recursos humanos capacitados y necesarios para disminuir las desigualdades. Fortalecer las capacidades del personal en salud para la adecuada implementación de la atención primaria en salud, fomentar la capacitación continua y conocimiento del personal para la APS, fortalecer el trabajo directo con la comunidad y sectores sociales para promover la atención, apoyar el proceso de investigación en el sistema de salud.

La red 5 sur debe generar información mensual relacionada a la atención primaria en salud, donde se pueda monitorear el progreso real de la intervención y coordinación con los municipios, sectores sociales. Las capacitaciones continuas en atención primaria en salud deberían tener un componente más didáctico y dinámico para que el personal operativo

27. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe final del encuentro nacional de renovación de la APS, Bogotá, mayo del,2005.En.página.Web: www.col.ops/oms.org/eventos/2005/encuentroaps/memorias/default.htm. Documento de Trabajo ASS/DT 014-05 ¿Renovar la atención primaria en salud?
2. Norma de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel. Serie Documentos técnicos normativos La Paz Bolivia 2003
3. Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe y puede accederse a www.lachealthsys.org. Organización Panamericana de la Salud "Perfil del Sistema de Salud de Bolivia" 3ª Ed. Washington, D.C.: OPS, © 2008
4. Biblioteca Sede OPS – Catalogación de la fuente Organización Panamericana de la Salud La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Washington, D.C.: OPS, © 2002. Publicación Científica y Técnica No. 589 ISBN: 92 75 31589 2
5. OPS/OMS. Llamado a la Acción de Toronto 2006 – 2015. Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Ontario Canadá. 2005.
6. MSc. Miryam Gamboa Villarroel MS y D MSc. Hugo Ernesto Rivera Mérida POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD Ministerio de Salud y Deportes Diciembre, 2009 Sistematización y coordinación técnica OPS/OMS.
7. Dr. Nelson Quispe Ilaquita Responsable SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD APLICACIÓN DEL MARCO LEGAL LA LEY N° 475 DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL –PSSI.
8. OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.

9. Dra. Remedios Mamani Coordinadora Redes Urbanas Dr. Juan Alfredo Tarquino Nina Coordinador Técnico Red N° 5 Sur. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD A.S.I.S. – IMPLEMENTACIÓN DE LA SALA SITUACIONAL

10. DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm 8/10/2012

11. LEY No 3131 LEY DE 8 DE AGOSTO DE 2005 EDUARDO RODRIGUEZ VELTZE PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA Por cuanto, el Honorable Congreso Nacional, ha sancionado la siguiente Ley: EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL, DECRETA: LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO.

12. CDC/CLAISS/OPS. La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de la salud pública — Prueba piloto (documento de trabajo); abril 2000.

13. Salud familiar comunitaria intercultural, Documento Técnico Estratégico Versión Didáctica La Paz Bolivia 2013 Serie Documento Técnico – Normativo Publicación 304

14. La Paz: Unidad de Promoción de la Salud - Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social - Unidad de Nutrición - Proyecto de Implementación de la política SAFCI - Dirección General de Promoción de la Salud - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes - 2013©Ministerio de Salud y Deportes 2013

15. PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020. <http://www.planificacion.gob.bo> <http://www.minsalud.gob.bo>

16. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986.

17. "Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Distrito Capital Colombia 2007" FESP_Experiencia_SubNacional_Colombia-Bogota_2007. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PIER PAOLO BALLADELLI Representante OPS/OMS en Colombia.

18. INICIATIVA "SALUD PUBLICA EN LAS AMERICAS" Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

19. LA POLÍTICA SAFCI, SU ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS SALUDABLES. Puede obtenerse mayor información en <http://www.sns.gob.bo> o en la Dirección General de Promoción de la Salud.

20. Análida Elizabeth Pinilla-Roa. Evaluación de competencias profesionales en salud Skills assessment in health Rev. Fac. Med. 2013 vol. 61 No. 1: 53-70

21. Guillermo Fajardo Ortiz Roberto Antonio Olivares Santos. La atención a la salud en Canadá. Una perspectiva. Attention to health in Canada: A perspective. (22) Organización Panamericana de la Salud "Perfil del Sistema de Salud de Bolivia"3ª Ed. Washington, D.C.: OPS, © 2008.

22. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Bolivia. 3ra Ed. Washington DC. OPS 2008.

23. PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO PARA VIVIR BIEN 2011-2015 Puede obtenerse información en la siguiente dirección de internet <http://www.planificacion.gob.bo> <http://www.minsalud.gob.bo>

24. Normas de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel. Serie de documentos técnicos normativos de La Paz- Bolivia 2003
25. Organización mundial de la salud. Preparación de los profesionales de la atención de la salud para el siglo XXI. Suiza: OMS 2005
26. Diagnóstico Rápido Reestructuración de las Redes de Servicios de Salud Departamento de La Paz.
27. La Paz: Unidad de Promoción de la Salud - Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social - Unidad de Nutrición - Proyecto de Implementación de la política SAFCI - Dirección General de Promoción de la Salud - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes – 2013 ©Ministerio de Salud y Deportes 2013.
28. Guillermo Díaz Llanes. CONCEPTOS BÁSICOS DE COMPETENCIA LABORAL Escuela Nacional de Salud Pública. Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n809/infid2209.htm>.
29. Competencias Esenciales En Salud Pública: Un marco regional para las américas un marco Regional para las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. 1. Salud Pública. 2. Conocimiento. 3. Educación Basada en Competencias. 4. Gestión Del Conocimiento Para la Investigación En Salud. 4. América Latina. 5. Región Del Caribe. Título.
30. Atlas de salud del departamento de La Paz Quinquenal 2008 – 2012
31. Hernández E. Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población [tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández, 2017. Capítulos 7 y 8.

28.- ANEXOS

ANEXO 28.1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (adaptado al original Dr. Carlos Tamayo)

Preguntas para médicos y medicas generales									
OBJETIVO: Contar con datos de primera mano, a fin de completar el trabajo de campo para la investigación de la tesis maestra en Salud Pública mención Gerencia en Salud									
El estudio descansa en la calidad de sus respuestas, éticas exactas y sinceras.					ES ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANONIMA				
Dim.	Variables	RESPUESTAS							
1	Municipio								
2	Dirección del establecimiento								
3	Pertenece a la Seguridad Social	SI		NO					Marcar en el empleo más fijo o más antiguo
4	Pertenece al Sistema Publico	SI		NO					
5	Pertenece al Sistema Privado	SI		NO					
6	Sexo	Mas.		Fem.					
7	Edad							Años cumplidos	
8	Usted es Medico General	SI		NO					
9	Año en que egreso			año					
10	En qué Universidad realizo sus estudios								
11	Año en que logro título en provisión nacional			año					
12	En qué año inicio a trabajar después que se graduó			año					
13	Que funciones tiene en su trabajo								
14	Medicina Asistencial clinica	SI		NO					podrá marcar las que actualmente realiza
15	Medicina Asistencial quirurgica	SI		NO					
16	Urgencias Medicas	SI		NO					
17	Gestion y Administracion	SI		NO					
18	Docencia Universitaria	SI		NO					
	Podrá marcar las que actualmente realiza	Nunca	Ocasionalmente	Eventualmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	SI	NO	
19	Del 1 al 5 cuanto carga le asignaría a sus actividad actual	Promoción/visitas domiciliarias/ campañas							SI NO
20		Atencion a pacientes							SI NO
21		Enseñanza							SI NO
22		Actividades administrativas							SI NO
23	Situacion laboral	Estoy trabajando Institucionalizado		SI		NO			Por favor marque una sola respuesta.
24		Trabajo como consultor en línea		SI		NO			
25		Trabajo como consultor por producto		SI		NO			
26		Estoy realizando una pasantia		SI		NO			
27		Trabajo ha llamado		SI		NO			
28		Trabajo por contrato		SI		NO			
29		Solo vengo de apoyo -adscrito-		SI		NO			
30		Trabajo a Tiempo Completo		SI		NO			
31		Trabajo a medio tiempo		SI		NO			
32	Trabajo a tiempo horario		SI		NO				
33	Presto servicios simultáneos en la Seguridad Social		SI		NO				
34	Insentivos al desempeño y capacitaciones	Ha recibido capacitación relacionada a Atención Primaria en Salud en la gestión 2017		SI		NO			Por favor marque una sola respuesta.
35		Ha recibido capacitación relacionada a promoción en salud en la gestión 2017		SI		NO			
36		Ha recibido capacitación relacionada a políticas en salud en la gestión 2017		SI		NO			
37		Con frecuencia supera el horario de trabajo		SI		NO			
38		Recibe pago por trabajar sobre horas		SI		NO			
39	Recibe memorandus, cartas de felicitación		SI		NO				
40	Siente que su desempeño es recompensado		SI		NO				
41	Que actividades realizo en relacion a la APS	Ha realizado actividades de atención primaria en salud		SI		NO			
42		La coordinación con los sectores sociales es parte de APS		SI		NO			
43		Los programas de salud son parte de la APS		SI		NO			
44	Considera que la APS es:	a.- Es una estrategia		Seleccione las opciones más convenientes para usted					
		b. Una política en salud							
		c. Es multisectorial y no solo asistencial							
		d. Todos							
		e. No es útil en la actualidad							
		f. Ninguna							

Fuente: Instrumento: Encuesta adecuada del original Dr. Carlos Tamayo Caballero

ANEXO 28.2. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA (3, 5, 7)				
3. Promoción de la salud				
3.1 Apoyo a actividades de promoción de las normas e intervención a favor de comportamientos y ambientes saludables				
3.2 Desarrollo de alianzas sectoriales y extrasectoriales				
3.3 Planificación y coordinación nacional de estrategias de información, educación y comunicación social para fomentar la salud				
3.4 Reorientación de los servicios hacia la promoción				
3.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las intervenciones sobre la promoción de la salud				
5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública				
5.1 Definición nacional y subnacional de los objetivos en materia de salud pública				
5.2 Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública				
5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de sistemas de salud pública				
5.4 Gestión de la cooperación internacional en la salud pública				
5.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de políticas y de la planificación y gestión de la salud pública				
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de los servicios de la salud necesarios				
7.1 Evaluación del acceso a los servicios necesarios				
7.2 Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios de salud a la población				
7.3 Fomento y actuación para mejorar el acceso a los servicios necesarios				
7.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud				

Fuente. - Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ⁽¹⁸⁾

ANEXO 28.3. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de la salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Fuente: Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ⁽¹⁸⁾

28.4. ANEXO Diagrama de los tres ejes de desarrollo



Fuentes: Plan Sectorial de Desarrollo 2011 – 2015

ANEXO 28.5. ESTRUCTURA DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED 5 SUR

ESTRUCTURA DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD Nº 5 SUR						
RED	MUNICIPIO	NOMBRE DEL E.S.	IDENTIFICACION TIPO DE E.S.			
			CS	CSCC	2N	CAMBIO DE CATEGORÍA
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. OBRAJES	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. DIVINO MAESTRO	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. ALTO SEGUENCOMA	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. M.I. BELLA VISTA	1	1		1
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. BOLOGNIA	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. ALTO IRPAVI	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. ACHUMANI	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. COTA COTA	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. CHASQUIPAMPA	1	1		
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. MALLASA	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. MALLASILLA	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	C.S. BAJO LLOJETA	1			
RED 5 SUR	LA PAZ	HOSPITAL LOS PINOS			1	
TOTAL			12	1	1	1

Fuente: Servicio Departamental SEDES La Paz

ANEXO 28.6. CENTROS DE REFERENCIA RED DE SALUD 5 SUR



Fuente: Servicio Departamental SEDES La Paz

28.7 ANEXO POBLACION RED DE SALUD 5 SUR

AREAS	POBLACION POR GRUPO ETAREA												TOTAL 100 %
	< 1 AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	60 Y MAS AÑOS	
OBRAJES	274	273	273	273	273	1386	1417	1343	4302	1558	1131	1492	13995
ALTO OBRAJES	420	419	419	419	418	2128	2175	2062	6603	2392	1736	2291	21482
A. SEGUENCOMA	227	226	226	226	226	1148	1173	1112	3561	1290	936	1235	11586
BELLA VISTA	418	417	417	417	417	2120	2167	2054	6578	2383	1729	2282	21399
ACHUMANI	395	394	393	393	393	2000	2045	1938	6206	2248	1631	2153	20189
BOLOGNIA	195	194	194	194	194	988	1010	957	3065	1110	806	1063	9970
IRPAVI	141	141	141	141	141	716	731	693	2220	804	584	770	7223
COTA COTA	372	371	370	370	370	1883	1825	1825	5844	2117	1536	2027	18910
CHASQUIPAMPA	351	350	350	350	350	1779	1818	1724	5520	1999	1451	1915	17957
BAJO LLOJETA	90	90	90	90	90	457	467	442	1417	513	372	491	4609
MALLASILLA	23	23	23	23	23	117	119	113	362	131	95	126	1178
MALLASA	131	131	131	131	131	665	680	644	2064	748	543	716	6715
TOTAL	3037	3029	3027	3027	3026	15387	15627	14907	47742	17293	12550	16561	155213

Fuente: Servicio Departamental SEDES La Paz. SNIS

ANEXO 28.8. ASPECTOS IMPORTANTES DE LAS COMPETENCIAS LABORALES

ESQUEMA 2
ASPECTOS IMPORTANTES DE LAS COMPETENCIAS LABORALES



Fuente: Gestión por Competencia Laboral. INTECAP. 2003. p 39

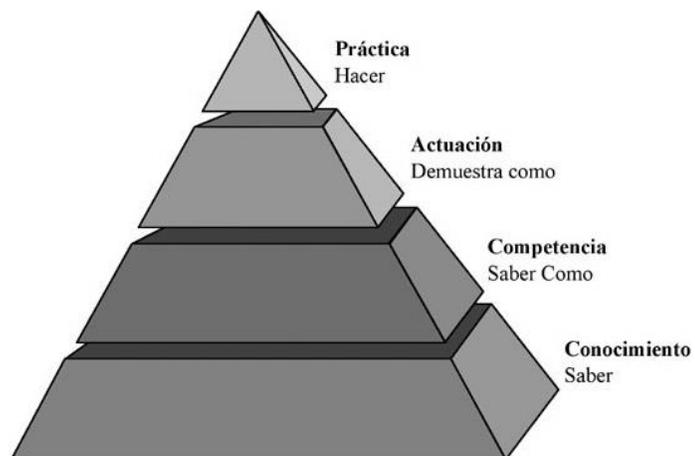
Fuente: Gestión por competencia Laboral. INTECAP. 2003

ANEXO 28.9. LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO

LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO				
DESAFIO 2	META 6	META7	META 8	META 9
Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones, para que estén a nivel de las necesidades de salud específicos de esas poblaciones	La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015	Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria en salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.	70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos en salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones	El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades

Fuente: Llamado a la Acción de Toronto

ANEXO 28.10. PIRAMIDE DE MILLER



Pirámide de Miller

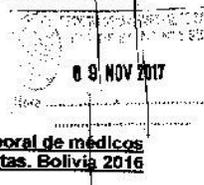
Fuente: Gestión por competencia Laboral. INTECAP. 2003

ANEXO 28.11. CARTA DE POST GRADO DIRIGIDA A LA RED DE SALUD 5 SUR



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD de Medicina
 INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD y DESARROLLO - IINSAD
 LA PAZ - Bolivia

La Paz 9 de noviembre de 2017



Unidad de Epidemiología Clínica

Dr. Juan Alfredo Tarquino
 Coordinador Red 5 Sur
 Presente. -

REF: Proyecto "Estudio de Mercado laboral de médicos generales y especialistas. Bolivia 2016"

Unidad de Epidemiología Social

Estimado Doctor:

Estamos emprendiendo desde la Unidad de Epidemiología Social del Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo -IINSAD-UMSA, un estudio que pretende generar información válida y confiable de la oferta de médicos y medicas con base a información primaria y secundaria que generan las instituciones públicas y privadas.

Unidad de Crecimiento y Desarrollo Infante Juvenil

Los resultados de este estudio pretenden fortalecer la política pública en Gestión de los Recursos Humanos en Salud. Para lograr nuestro objetivo es de imperiosa necesidad contar con información administrativa producida por las Redes de Salud.

En este contexto un tema principal es valorar las **COMPETENCIAS LABORALES EN EL EQUIPO DE SALUD DE LA RED 5 SUR**, cuyo responsable es el Dr. Dr. Luis Renán Escobar Vargas con C.I. 3387713 L.P cursando la Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en Salud.

Unidad de Parasitología Medicina Tropical y Medio Ambiente

La información solicitada consiste en:

- Información sobre la red 5 Sur y todos los centros médicos que la componen 1re, 2do nivel y convenio
- Información sobre el recurso humano de la red 5 sur.
- Además realizaremos sondeos, encuestas, entrevistas al personal clave.

A tiempo de garantizar el manejo ético y metodológico de los datos recibidos y no dudando de su cooperación, lo saludamos fraternalmente:

Dr. Carlos Luciano Cabañero
 RESPONSABLE UNIDAD
 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL
 IINSAD - FAC. MED. UMSA

Dra. Lidia del Pilar Rodríguez
 DIRECTORA
 Instituto de Investigación en
 Salud y Desarrollo - IINSAD
 Facultad de Medicina - UMSA

Calle Claudio Santivés s/n, Complejo Hospitalario de Miraflores, FRENTE AL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX
 T. / Fax: • 2246550 - 2612575 • Página Web: iinsad.fimert.umsa.bo

Fuente: Facultad de Medicina Post Grado UMSA

ANEXO 28.12. RECEPCIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS EN CENTROS DE SALUD DE LA RED 5 SUR

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA UNIDAD DE POST GRADO

RECOLECCIÓN DE DATOS CENTROS DE SALUD RED 5 SUR/ TESIS EN SALUD PÚBLICA/GERENCIA EN SALUD

N#	N# de encuestas Cuantitativas	N# de encuestas Cualitativas	Centro de Salud Red 5 Sur	Sello Centro de Salud
1	1		Centro de Salud Bajo Llojeta	
2	3	1	Centro de Salud Obrajes	
3	3		Centro de Salud Alto Obrajes	
4	1		Centro de Salud Mallasilla	
5	2		Centro de Salud Mallasa	
6	8		Centro de Salud Chasquipampa	
7	1	1	Centro de Salud Alto Seguencoma	

8	4		Centro de Salud Achumani	
9	1		Centro de Salud Alto Irpavi	
10	-	-	Centro de Salud Bella Vista	
11	2		Centro de Salud Cota Cota Rosales	
12	3	2	Centro de Salud Bologna	
13	1	1	Coordinacion	

Fuente: Centros de Salud Red 5 Sur La Paz

ANEXO. 28.13 COMPETENCIAS ESCENCAILES EN SALUD PUBLICA



Fuente: Formación de RRHH en salud desde la comunidad.