

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

**UNIDAD DE POSTGRADO**



**“SITUACIÓN DE LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN  
LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ADECUADA CONTINUIDAD DE LA  
ATENCIÓN DE LAS PERSONAS, FAMILIA Y COMUNIDAD EN LA RED  
FUNCIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD-REFISS- NORTE  
CENTRAL. LA PAZ – BOLIVIA 2017”**

**Postulante: Lissete Bautista Machicado**

**Tutor: Msc. Carlos Tamayo Caballero**

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER  
SCIENTIARUM EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN GERENCIA EN SALUD**

**La Paz – Bolivia**

**2017**

## CRÉDITOS

<b>Nombre Completo</b>	<b>Cargo</b>
Dra. Silvia Olivares L.	Coordinadora Técnica - Red Norte Central
Lic. María E. Antequera	Responsable Salud Pública
Lic. Enriqueta Patzi Parra	Trabajadora Social
Lic. Yuri P. Gómez García	Administrador
Lic. Carmen Peña y Lillo	Responsable Nutrición
Tec. Sonia Gamarra	Responsable Estadística
Sra. Doris Vidaurre	Apoyo Logístico
Sra. María Teresa Solís Pereira	Secretaria
Sr. Jorge Nina	Conductor
Dr. Arturo Beltrán Orozco	Odontólogo

## DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico primeramente a Dios, a mis padres y mi hermana quienes me apoyaron e incentivaron dándome fuerzas para seguir adelante con mi trabajo.

*“La salud es la unidad que da valor a todos los ceros de la vida” (Bernard Le Bouvier de Fontenelle, 1657 - 1757).*

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis más sinceros agradecimientos a mi familia por todo el apoyo que me brindaron durante mi formación y también a las siguientes personas:

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

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

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

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

Dra. Silvia Olivares, Coordinadora de la Red Norte Central y todo el equipo técnico, por la generosa colaboración en el suministro de información.

Muchas gracias.

## **Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas**

<b>APS</b>	Atención Primaria de la Salud
<b>COMUSA</b>	Consejos Municipales de Salud
<b>COLOSAS</b>	Consejos locales de salud
<b>CPE</b>	Constitución Política del Estado
<b>D.S.</b>	Decreto Supremo
<b>DIMUSA</b>	Dirección Municipal de Salud
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>MOF</b>	Manual de Organización y Funciones
<b>ONGs</b>	Organización No Gubernamentales
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PDS</b>	Plan de Desarrollo Sectorial
<b>PDM</b>	Planes de Desarrollo Municipal
<b>PEI</b>	Plan Estratégico Institucional
<b>PES</b>	Plan Estratégico de Salud
<b>POA</b>	Plan Operativo Anual
<b>POAi</b>	Plan Operativo Anual individual
<b>REFISS</b>	Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos
<b>RISS</b>	Redes Integradas de Servicios de Salud
<b>SAFCI</b>	Salud Familiar Comunitaria Intercultural

<b>SALMI</b>	Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
<b>SEDES</b>	Servicios Departamentales de Salud
<b>SIAL</b>	Sistema de Información y Administración Logística
<b>SICE</b>	Sistema de Información Clínico-Estadístico
<b>SICOFS</b>	Sistema Informático de Control Financiero en Salud
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional de Información en Salud
<b>SNUS</b>	Sistema Nacional Único de Suministro
<b>SOAPS</b>	Software de Atención Primaria en Salud
<b>SOREH</b>	Software de Recursos Humanos en Salud
<b>SSCP</b>	Seguridad Social de Corto Plazo
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva

## INDICE GENERAL

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>12</b>
<b>2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>14</b>
2.1. Antecedentes.....	14
2.2. Justificación .....	19
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
3.1. Evolución del concepto de salud .....	22
3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud.....	24
3.3. El actual sistema boliviano de salud .....	24
3.4. Los procesos históricos de evolución de la Red de Servicios de Salud.....	27
3.5. Marco Legal Boliviano en Salud .....	28
3.6. Las Redes de Salud .....	35
3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS .....	41
3.8. La Política Nacional SAFCI dentro del modelo operacional de la Atención Primaria en Salud (APS).....	45
3.9. La Política Departamental respecto a las Redes Funcionales de Salud .....	48
3.10. La Política Municipal con respecto a Redes en Salud.....	53
3.11. La Atención Primaria de Salud y las Redes Funcionales Integradas de Servicios De Salud .....	55
3.12. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI.....	57
3.13. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud .....	58
3.14. Sistema Nacional de Referencia y Contra Referencia.....	61
3.15. Medicina Tradicional.....	63
<b>4. CONTEXTO DEL MUNICIPIO</b> .....	<b>66</b>
4.1 Aspectos Generales Municipio de La Paz .....	66
4.2. Contexto Red Norte Central .....	71

<b>5. MARCO TEÓRICO MECANISMOS DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ADECUADA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS, FAMILIA Y COMUNIDAD.....</b>	<b>81</b>
<b>6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>112</b>
<b>7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>113</b>
<b>8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>114</b>
<b>9. OBJETIVOS .....</b>	<b>114</b>
9.1. Objetivo General.....	114
9.2. Objetivos Específicos .....	114
<b>10. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>115</b>
10.1. Contexto o lugar de las intervenciones.....	115
10.2. Técnica de Recolección de Datos .....	115
10.3. Estructura del Instrumento .....	116
10.4. Composición del Instrumento .....	116
10.5. Proceso de Relevamiento de Datos y Análisis .....	117
10.6. Proceso Investigativo.....	118
10.7. Mediciones .....	119
<b>11. RESULTADOS .....</b>	<b>123</b>
<b>12. DISCUSIÓN.....</b>	<b>132</b>
<b>13. CONCLUSIONES.....</b>	<b>136</b>
<b>14. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>137</b>
<b>15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>139</b>



## ANEXO 1

### INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Estructura del Sistema de Salud.....	25
<b>Tabla 2.</b> Procesos Políticos Nacionales.....	28
<b>Tabla 3.</b> Redes de Salud Municipal.....	29
<b>Tabla 4.</b> Articulación de las políticas sugeridas con el Plan de Desarrollo Municipal “La Paz 2040”.....	55
<b>Tabla 5.</b> Superficie del Municipio de La Paz, por área.....	67
<b>Tabla 6.</b> Municipio de La Paz: Indicadores de pobreza, según Macrodistrito, 2012.....	70
<b>Tabla 7.</b> Municipio de La Paz: Persona que atendió la enfermedad o accidente, según Macrodistrito, 2012.....	71
<b>Tabla 8.</b> Municipio de La Paz: Lugar de atención de la enfermedad o accidente, 2012.....	71
<b>Tabla 9.</b> Municipio de La Paz: Indicadores Socio demográficos, 2012.....	71
<b>Tabla 10.</b> Indicadores principales de Salud. Municipio de La Paz, 2016.....	71
<b>Tabla 11.</b> Estructura de Redes del Municipio de La Paz, 2016.....	71
<b>Tabla 12.</b> Población de la Red Norte Central, según distrito municipal, 2016.....	73
<b>Tabla 13.</b> Cobertura poblacional de la seguridad social a corto plazo.....	74
<b>Tabla 14.</b> Disponibilidad de establecimiento de salud en la Red Norte Central según niveles de complejidad.....	78
<b>Tabla 15.</b> Disponibilidad de recursos humanos para la salud en Redes Urbanas, Municipio de La Paz, SEDES La Paz, gestión 2012.....	79
<b>Tabla 16.</b> Disponibilidad de Recursos Humanos para la salud en Redes Urbanas del municipio de La Paz, SEDES La Paz, gestión 2012.....	80
<b>Tabla 17.</b> Matriz de problemas causas y soluciones.....	119
<b>Tabla 18.</b> Indicadores relacionados con la gestión y coordinación.....	121
<b>Tabla 19.</b> Porcentaje de rendimiento general de la variable de coordinación y continuidad de la atención.....	122

## ANEXOS 2

### INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Organización del sector Salud.....	17
<b>Figura 2.</b> Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud.....	26
<b>Figura 3.</b> Relación entre fragmentación y desempeño de los Servicios de Salud.....	41
<b>Figura 4.</b> Organigrama de la Unidad de Redes de Servicios de Salud.....	52
<b>Figura 5.</b> División Política del Municipio de La Paz.....	66
<b>Figura 6.</b> Pirámide poblacional del Municipio de La Paz, 2016.....	68
<b>Figura 7.</b> Tendencia del Índice de Desarrollo Humano, Bolivia 2013.....	70
<b>Figura 8.</b> División Político Administrativa, Red Norte Central, 2016.....	73
<b>Figura 9.</b> Isócrona Red Norte Central, 2016.....	76
<b>Figura 10.</b> Diagrama de alertas para interpretación de resultados REFISS.....	117
<b>Figura 11.</b> Proceso Investigativo Participativo.....	118
<b>Figura 12.</b> Cumplimiento de los indicadores de la variable de gestión y coordinación.....	123
<b>Figura 13.</b> Cumplimiento de los indicadores de la variable del cuidado.....	124

## ANEXOS 3

### INDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> Superficie total, por macrodistrito y distrito, municipio de La Paz, 2012.....	67
<b>Anexo 2.</b> Proyección poblacional al 2012 por Macrodistrito.....	73
<b>Anexo 3.</b> Disponibilidad de establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel de Atención, Según Distrito Municipal. 2016.....	76
<b>Anexo 4.</b> Plan de acción.....	141
<b>Anexo 5.</b> Propuesta de Herramienta REFISS mejorada.....	141

## RESUMEN EJECUTIVO

Conocer la importancia de los mecanismos de coordinación asistencial en los Servicios de Salud para la adecuada continuidad de la atención de las personas, familia y comunidad en la Red Norte Central de la ciudad de La Paz en la gestión 2016. El estudio que se realizó es de tipo Retrospectivo, Transversal, Descriptivo observacional orientado a una investigación acción participativa. El diseño incluyó dos fases: cuantitativo y cualitativo, utilizando los datos registrados en el instrumento aplicado que fue propuesto por la Organización Panamericana de la Salud -OPS/Bolivia- utilizado en experiencias previas en el contexto nacional sobre las Redes Funcionales Integrales de Salud. La funcionalidad e integración de la red de salud se midió a partir de una serie de preguntas de verificación, basada en un modelo ideal de una Red Funcional de Servicios de Salud, construido sobre evidencias y buenas prácticas recolectadas por la OPS/OMS. La estructura de la encuesta está organizada por los siguientes niveles: a) ámbitos, b) atributos y c) Indicadores. La población de la Red Norte Central es de 215.968 que está compuesta de 31 establecimientos del sector público, seguridad social a corto plazo y privado en los tres niveles de atención. En la gestión 2016 se realizaron 7122 referencias de 14 establecimientos de salud de primer nivel hacia un establecimiento de mayor capacidad resolutive. La atención de la población siguiendo los cuadros de procedimientos para la atención integrada al continuo del curso de la vida en el primer nivel de atención son lineamientos que deben ser cumplidos para brindar una atención con calidad a toda la población.

## 1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

Al respecto, con base en la creación de un documento teórico sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la OPS/OMS<sup>1</sup> diseñó una herramienta genérica que permite analizar la funcionalidad y el grado de integración de las redes e incorpora todos los componentes, características y principios que postula la APS<sup>2</sup> renovada. Ésta herramienta llamada Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud (REFISS), para su aplicación en Bolivia, fue adecuada y contextualizada a la realidad del país.

El objetivo fundamental de las REFISS<sup>3</sup> es el desarrollo y la construcción de las redes funcionales y de este modo contribuir a mejorar la calidad de vida y el Vivir Bien de las personas, las familias y la comunidad entera, a través de un sistema de salud que resuelva los problemas oportunamente, aliado con una comunidad que promueve la participación de todos en el logro de su bienestar.<sup>4</sup>

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

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

La legislación vigente establece que el gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud, es el garante de la salud y su mandato fundamental es contribuir de forma efectiva a la protección social y garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Según el artículo 18º de nuestra Carta Magna<sup>6</sup> aprobada en el año 2009, todos los bolivianos tienen derecho a la salud y al mismo tiempo esta suprema norma determina que la salud es un fin y una función esencial del Estado.

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

<sup>2</sup> Atención Primaria en Salud

<sup>3</sup> Redes Funcionales de Servicios de Salud

La intención de la nueva política de gobierno es ejecutar medidas y tareas públicas de salud a fin de garantizar un derecho consagrado en nuestra suprema ley y responder en el espíritu del nuevo paradigma del proceso de cambio asumido, a las necesidades y genuinas pretensiones en salud del pueblo boliviano.

Por tanto, el objetivo de esta tesis es realizar el análisis situacional de las tareas efectuadas por la Red Norte Central del municipio de La Paz en la gestión 2016, con respecto a la Situación de los mecanismos de coordinación asistencial en los servicios de salud para la adecuada continuidad de la atención de las personas, familia y comunidad; ésta tarea reviste gran importancia por tratarse de una estrategia que permite el enfoque integral de las necesidades poblacionales en salud y la resolución conjunta de las mismas propiciando la inclusión social en favor de la población boliviana.

## **2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

### **2.1. Antecedentes**

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

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>4</sup>, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina “factores determinantes básicos de la salud” y señala que son los siguientes: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y

---

<sup>4</sup> El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976 y el 1º de diciembre de 2007 fue ratificada por los 157 Estados.

vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género.<sup>8</sup>

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

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

En este sentido, considerando la realidad nacional y el contexto social boliviano, el once de junio de dos mil ocho, se promulgó el Decreto Supremo N° 29601<sup>9</sup> que establece que el modelo de atención y de gestión en salud es el de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

Desde esa fecha con el objetivo de actuar sobre las determinantes de la salud, el modelo SAFCI<sup>5</sup> se instituye como la estrategia primordial a fin de alcanzar el paradigma del Vivir Bien para todos los bolivianos y sus familias, así como para los habitantes de las comunidades rurales de nuestro país.

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

---

<sup>5</sup> Salud Familiar Comunitaria e Intercultural



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

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

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

Por lo cual el 21 de noviembre de 2008, la máxima autoridad en salud emite la Resolución Ministerial N° 1036 que aprueba la Norma Nacional de Redes Municipales de Salud -SAFCI y Redes de Servicios<sup>10</sup> de cumplimiento obligatorio y puesta en práctica también por los Servicios de Salud de los gobiernos subnacionales sean municipales o de la gobernación respectiva.

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

Continuando el proceso de descentralización iniciado en la década del 90, con la promulgación de la Ley de Marco de Autonomías “Andrés Ibáñez”<sup>12</sup> se ha estructurado de diferente manera el sector salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

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

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

Del mismo modo los municipios son los responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria, mismas que son supervisadas por los Consejos Locales de Salud (COLOSAS), Consejos Municipales de Salud (COMUSAS) o la Autoridades Locales de Salud (ALS), en el que participan de representantes de los diversos actores en salud, como ser el SEDES<sup>6</sup>, alcaldes municipales y miembros del control social y la sociedad civil organizada.

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

Los actores importantes del sub sector de la salud pública en el que se mencionan algunas de sus atribuciones, ver Figura 1 (Anexo 2).

---

<sup>6</sup> Servicio Departamental de Salud

Así descrita, la compleja Red Nacional de Establecimientos de Salud de Bolivia, está constituida por seis subsectores: el Público, la Seguridad Social de corto plazo, las instituciones privadas con fines de lucro, los centros de la Iglesia, las ONG's<sup>7</sup> y la medicina tradicional. Su dirección está a cargo de los Coordinadores o Responsables que deben velar por la planificación, gestión y evaluación integral e integrada del área de su competencia asignada.

Todos estos actores establecen tres tipos de Redes de Salud, la primera es la Red Municipal SAFCI, conformada por los centros de primer y segundo nivel de prestación de servicios de salud, el cual es dirigido por el Coordinador de Red que es nombrado por el respectivo SEDES.

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

Y la Red Nacional de Salud conformada por las dos anteriores.

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

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

Si bien cada Red es una estructura funcional, vale la pena aclarar que en ella convergen también diversas condiciones geográficas, sociales, culturales,

---

<sup>7</sup> Organismos No Gubernamentales

económicas, políticas, religiosas, por citar las más importantes, pero no la totalidad.

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

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

## **2.2. Justificación**

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

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

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

Por lo tanto la presente tesis permitirá conocer las actuales características del funcionamiento de las redes de servicios de salud de la Red Norte Central de la ciudad de La Paz y su rol en el cumplimiento de la provisión de este derecho

humano fundamental como es la salud a la población de esta urbe planteando consecuentemente acciones correctivas.

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

Consecuentemente, mediante la aplicación de una herramienta validada para medición del atributo 5 del REFISS, la presente tesis contribuye a analizar aspectos inherentes a:

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

La coordinación de Redes Urbanas son los brazos operativos del Servicio Departamental de Salud La Paz, la cual es una Institución desconcentrada del Gobierno Autónomo del Departamento de La Paz, que veía por el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente.

El actual modelo de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural tienen como estrategia a la promoción de la salud y se operativiza en las Redes de Salud Funcionales con el modelo de gestión y atención a través de las Coordinaciones de Red Norte Central las cuales tienen al equipo de gestión como punto de enlace entre las autoridades rectoras y las unidades operativas del sistema de salud departamental.

En este contexto las actividades realizadas por los gestores de las Coordinación de Red van encaminadas a coadyuvar a la implementación de las políticas sanitarias vigentes en el ámbito de su jurisdicción, desarrollando procesos de supervisión, asesoría y mejora continua de la calidad de atención de los servicios todo en el marco de los lineamientos del SEDES.

La Red Norte Central, es una institución Pública dependiente del SEDES La Paz que implementa la Política departamental de salud SAFCI en el marco de la Constitución Política del Estado Plurinacional, facilitando procesos de gestión pública, sanitaria, epidemiológica, desarrollando estrategias para el sustento del VIVIR BIEN, bajo los principios de Honestidad, Equidad, Calidad, Intersectorialidad, Interculturalidad y Participación Social.

Su ámbito jurisdiccional comprende a 14 Establecimientos de salud públicos que abarcan una población total de 215.968 habitantes comprendidas entre el Macrodistrato III Periférica y Macro distrito Central.

La selección de este tema de investigación se justifica por la magnitud y trascendencia de los problemas del Sistema de Referencia y Contrareferencia de las Redes de Servicios de Salud de la Red Norte Central de la ciudad de La Paz, que durante mucho tiempo de funcionamiento ha afectado a la población con consecuencias graves por el incumplimiento del derecho humano fundamental de la salud, de ahí que se justifique el esfuerzo para realizar este estudio.

El Sistema de Referencia y Contrareferencia, es un conjunto de normas, procesos e instrumentos administrativos y asistenciales mediante los cuales se garantiza el acceso a los diferentes niveles de atención, por el que una vez resuelto el problema de diagnóstico y tratamiento, el paciente es devuelto al establecimiento de Salud que lo refirió, lo que demuestra el fortalecimiento del vínculo cuando se cumple, y que cada servicio de Salud, valora y reconoce la existencia de otros servicios, mostrando el respeto que existe por el trabajo de los demás.

A nivel Internacional se ha reconocido que llevar a cabo actividades verticales e independientes unas de otras para atender la salud de las madres de los recién nacidos/as, no han tenido el impacto deseado; por ello, es importante ver a la salud con el enfoque del Continuo de la atención.

Esta visión integradora evita rupturas entre la salud de las madres y niños/as, lugares de atención y tipo de atención lo que permite organizar mejor las intervenciones. Este enfoque rescata el concepto de ciclo de vida y reconoce que salvar vidas implica ver al sistema de salud integralmente, es decir, los establecimientos trabajando en conjunto con la comunidad.

El continuo de cuidado materno-neonatal-niñez, adolescencia y adulto mayor promueve el acceso universal, a “paquetes de prestaciones”, a lo largo del ciclo de la vida y en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud con una perspectiva de red funcional.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Evolución del concepto de salud**

*«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».* La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del

19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.<sup>13</sup>

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

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

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

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



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

### **3.2. Definición de Servicios Integrales de Salud**

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

### **3.3. El actual sistema boliviano de salud**

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

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

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

2. El **segundo nivel de atención** alcanza la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de

medicina interna, cirugía, pediatría, gineco - obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente traumatología.

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

Ver Tabla 1 (Anexo 1) donde es posible observar los diferentes componentes del Sistema Público de Salud en Bolivia y sus principales funciones y atribuciones, comenzando desde el nivel central hasta los gobiernos municipales y locales que participan en el Sistema de Salud.<sup>19</sup>

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

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

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

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

La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el SEDES, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación es

responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.

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

En su estructura, el Sistema Nacional de Salud comprende los subsectores público, privado, de la seguridad social de corto plazo, las instituciones de convenio con y sin fines de lucro y el sector de la medicina tradicional, según es posible ver en la figura 2 (Anexo 2).

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

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

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

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

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

Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos provenientes de la coparticipación tributaria, IDH<sup>8</sup> municipal y recursos externos.

### **3.3.1. Red de Servicios de concepción funcional**

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

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

Desde su proclamación en 1978, la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido un tema ampliamente debatido. Su descripción multifacética en la declaración de Alma-Ata<sup>20</sup> es un excelente ejemplo de un compromiso bien elaborado pero ambiguo: tan difícil de repudiar como de acordar para su implementación.

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

En el encuentro Iberoamericano de 2007, el presidente español José Luis Rodríguez Zapatero le preguntó a su homólogo boliviano cómo le podía ayudar a

---

<sup>8</sup> Impuesto Directo a los Hidrocarburos

mejorar la salud. La respuesta lacónica del primer mandatario Evo Morales “necesito ambulancias”<sup>22</sup> reflejaba la necesidad urgente de su país para mejorar el acceso a los servicios de salud pero también pudo haber expresado su incertidumbre acerca de cómo seguir adelante.

En 2006, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia presentó un plan para rediseñar la política sanitaria.<sup>23</sup> Una revisión de tal documento deja ver una fuerte voluntad política y nuevas ideas interesantes: los autores hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos. Sin embargo, también se observan contradicciones evidentes, por ejemplo, mientras el acceso adecuado es eliminado como un determinante clave de la salud, aún es visto como objetivo a seguir, ver tabla 2 (Anexo 1).

### **3.5. Marco Legal Boliviano en Salud**

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

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

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

**Tabla 1 Redes de Salud Municipal**

Norma	Año	Propósito
<b>Constitución Política del Estado</b>	2009	Establece las Bases fundamentales del Estado, derechos, deberes y garantías. La Estructura y organización funcional del Estado. En el ámbito de la salud define que: <i>“Toda persona tiene los derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad; así como a la seguridad social”</i>
<b>Código de Seguridad Social</b>	1956	Basado en los principios de solidaridad, universalidad, economía, unidad legislativa y de gestión. Está vinculada con el trabajador bajo el concepto de “Tesis laboral”, es decir, <i>“...la protección de los trabajadores dependientes, sujetos a horario y sobre todo a salario”</i> .
<b>Decreto Ley N° 15629 Código de salud<sup>24</sup></b>	1978	Código de Salud: asigna la responsabilidad de la <i>“definición de la política nacional de salud, la norma, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción”</i> . Además, establece la <i>“...regulación jurídica de las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población...”</i> , como parte de sus funciones.
		Municipaliza el país, redistribuye los recursos económicos de forma proporcional al número de

<p><b>Ley N° 1551 de Participación Popular</b></p>	<p>1994</p>	<p>habitantes. Da legitimidad a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), cuya representación se expresa a través de los Comités de Vigilancia, cuyas funciones son fiscalización, planificación participativa y la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades propias de cada región. Se transfiere a título gratuito a favor de los gobiernos municipales, el derecho de propiedad de la infraestructura de los servicios públicos de salud y su mantenimiento.</p>
<p><b>D.S. 29894 Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional Evo Morales<sup>25</sup></b></p>	<p>2009</p>	<p>Establece la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, así como las atribuciones de la Presidenta o Presidente, Vicepresidenta o Vicepresidente y de las Ministras y Ministros. Define la estructura y atribuciones específicas de los ministerios, entre ellos del Ministerio de Salud.</p>
<p><b>LEY N° 031 Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez</b></p>	<p>2010</p>	<p>Define a los Gobiernos Autónomos y sus fines:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover y garantizar el desarrollo integral, justo, equitativo y participativo del pueblo boliviano, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo nacional.</li> <li>2. Favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando su diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización.</li> </ol>

		Además, define las funciones en salud de los diferentes niveles del Estado. Entre las competencias a nivel departamental está planificar la estructuración de Redes de Salud Funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política SAFCI.
<b>Ley N° 777 Ley Del Sistema De Planificación Integral Del Estado – SPIE<sup>26</sup></b>	2016	Establece el proceso de planificación del desarrollo integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Su ámbito de planificación comprende a las entidades territoriales autónomas, entre ellas a los gobiernos municipales.
<b>DECRETO SUPREMO N.º 24447 - Reglamento de las Leyes N.º 1551 de Participación Popular y N.º 1654 de Descentralización Administrativa<sup>27</sup></b>	1996	Determina los criterios para la creación de Distritos Municipales y la asignación de recursos.
<b>Ley N.º 2235 Ley del Diálogo 2000<sup>28</sup></b>	2001	Define la distribución de Recursos del Diálogo 2000 para el ámbito de la salud pública.



<p><b>LEY N.ª 1178</b> <b>Ley de</b> <b>Administración y</b> <b>Control</b> <b>Gubernamentales</b> <b>(SAFCO)<sup>29</sup></b></p>	<p>1990</p>	<p>Tiene como objetivo regular los Sistemas de Administración y Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública con el objeto de programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del sector público.</p>
<p><b>Decreto Supremo</b> <b>N.º 018 1- Normas</b> <b>Básicas del</b> <b>Sistema de</b> <b>Administración</b> <b>de Bienes y</b> <b>Servicios SABS,</b> <b>Sistema de la Ley</b> <b>(SAFCO)<sup>30</sup></b></p>	<p>2009</p>	<p>Establece los principios, normas y condiciones que regulan los procesos de administración de bienes y servicios y las obligaciones y derechos que derivan de éstos, en el marco de la Constitución Política del Estado<sup>Error! Bookmark not defined.</sup> y la Ley N° 1178; y establece los elementos esenciales de organización, funcionamiento y de control interno, relativos a la administración de bienes y servicios.</p>
<p><b>Decreto Supremo</b> <b>29601 - Nuevo</b> <b>Modelo de</b> <b>Atención y</b> <b>Gestión en Salud,</b> <b>Modelo de Salud</b> <b>Familiar</b> <b>Comunitaria</b> <b>Intercultural</b> <b>SAFCI</b></p>	<p>2008</p>	<p>Tiene el objetivo de contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria, traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud.</p>

<b>R.M. 737 Reglamento de la SAFCI</b>	2008	Establece el proceso de planificación en salud, por el cual los actores sociales, de salud y otros sectores, definen acciones concertadas, partiendo de un diagnóstico de sus necesidades de acuerdo con las determinantes socioculturales y económicas de la población. Pone énfasis en la programación de corto plazo y visión de mediano y largo plazo, en función del Sistema de Planificación en sus respectivos niveles de gestión, teniendo como resultado la incorporación del componente de salud en el plan de desarrollo municipal, departamental y nacional.
<b>LEY 475 - Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia<sup>31</sup></b>	2013	Establece y regula la atención integral, la protección financiera en salud de la población de los grupos etarios que no se encuentren cubiertos por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo. Determina el acceso a los servicios de salud integral e intercultural. Se define la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud.
<b>LEY N° 1737 - Ley De Medicamento<sup>32</sup></b>	1996	Regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos, y productos medicinales naturales y tradicionales.

<p><b>Ley 459 - Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana<sup>33</sup></b></p>	<p>2013</p>	<p>Regula el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud. También regula la estructura, organización y funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación; y los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos. Además, promueve y fortalece el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.</p>
<p><b>Ley 223 - Ley General para Personas con Discapacidad<sup>34</sup></b></p>	<p>2012</p>	<p>El objeto de la presente Ley es garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.</p>
<p><b>Ley 004 - Ley De Lucha Contra La Corrupción, Enriquecimiento Ilícito E Investigación De Fortunas “Marcelo Quiroga Santa Cruz”</b></p>	<p>2010</p>	<p>Establece mecanismos, y procedimientos en el marco de la Constitución Política del Estado<sup>6</sup>, leyes, tratados y convenciones internacionales, destinados a prevenir, investigar, procesar y sancionar actos de corrupción cometidos por servidoras y servidores públicos y ex servidoras y ex servidores públicos, en el ejercicio de sus funciones, y personas naturales o jurídicas y representantes legales de personas jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras que comprometan o afecten recursos del Estado, así como recuperar el patrimonio afectado</p>

		del Estado a través de los órganos jurisdiccionales competentes.
<b>Decreto Supremo N° 25233<sup>35</sup></b>	1998	Establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud. Define la necesidad de impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutive en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.
<b>Resolución Administrativa Departamental N° 586/2014 - Manual de Organización y Funciones (MOF) del Servicio Departamental de Salud La Paz.<sup>36</sup></b>	2014	Establece la estructura de la institución, define los niveles jerárquicos, y las responsabilidades existentes, en atención a parámetros de organización administrativa. Como Visión establece que el SEDES afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de Redes funcionales, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política SAFCI.

### 3.6. Las Redes de Salud

Las Redes de Servicios de Salud que se define como un conjunto integrado, interconectado e interdependiente de servicios de salud, con una capacidad de

resolución, organizada en forma escalonada por niveles de complejidad, con oferta diferenciada y evitando duplicidades existentes en un espacio geográfico específico. Son responsables de producir un mejor estado de salud para su población.<sup>37</sup>

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

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

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

### **3.6.1. Funciones de la Red**

La Red debe contar con los elementos esenciales para su implementación y puesta en operación, conformando un conjunto de establecimientos y servicios de salud de variados niveles de complejidad, articulados funcionalmente con un esquema apropiado de relación administrativa, con el fin de asegurar la atención de salud y enfermedad, del individuo, la familia y la comunidad, con oportunidad, calidad y calidez, en proporción a la complejidad de la demanda de un ámbito geográfico-poblacional determinado, con la capacidad de expresar una

organización apropiada de los servicios públicos, iglesias, ONGs., privados, medicina tradicional y la comunidad organizada, para dar una respuesta a la particular dinámica y expresión de los problemas de la salud de su población.<sup>38</sup>

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

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

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

### **3.6.2. Componentes de la Red de Salud**

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

- **Recursos humanos.** El número de personal asignado a la Red, por nivel de atención diferenciado, entre personal de prestación de servicios asistenciales promocionales, preventivos y apoyo administrativo.

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

### 3.6.3. Principios de la Red de Salud

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

- **Universalidad**, establecida en la Ley 475 y sus Decretos reglamentarios, así como el acceso universal a los otros programas del MS. Desde el 11 de junio del 2008, el Decreto Supremo N° 29601.
- La **integración de la red de servicios**, que incorpora el análisis de todos los actores institucionales e intersectoriales que trabajan en la prestación de actividades de salud en el Municipio, focalizando las instituciones públicas Seguridad Social, proveedores de salud privados lucrativos y no lucrativos, para estructurarlas y orientarlas en un modelo de atención propio de la Red y el manejo conceptual y operativo de los sistemas de referencia y retorno.
- El acceso equitativo de la población a los servicios de salud.  
La desigualdad en salud es un término empleado comúnmente en algunos países para indicar diferencias sistemáticas, evitables e importantes. Sin embargo, existe cierto tipo de ambigüedad acerca del término, ya que mientras que unos lo emplean para transmitir un sentido de injusticia, otros lo emplean para dar a entender "desigual" en un sentido puramente matemático. A esto se añade el problema de la traducción a algunos idiomas, donde sólo existe un término disponible para traducir tanto "inequality" como "inequity". Para evitar confusión, la OMS ha elegido los términos "equity" (equidad) e "inequity" (inequidad) para la Estrategia Europea de Salud para Todos.



- **Enfoque de salud integral**, que orienta las acciones de salud pública local, incorpora la educación y promoción de la salud, control sanitario del ambiente, protección específica contra enfermedades prevenibles, detección precoz y prevención de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la rehabilitación.
- **Planificación participativa**, que orienta la gestión compartida con participación de la comunidad popular en salud, para garantizar la presencia de todos los actores sociales en salud en las decisiones que le competen.
- **Continuidad y permanencia**, expresa que la Red de salud garantiza la continuidad de la atención, a través de instrumentos de seguimiento único al paciente en todo el curso de vida y al interior de la Red; asimismo, la Red al tener un centro de referencia de segundo nivel, a través de este garantiza la atención permanente durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

#### **3.6.4. Conformación de Redes De Salud**

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

#### **3.6.5. Puerta de Entrada al Sistema de Salud**

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

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

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

Se refieren:

- a) ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema;
- b) clarificar la demanda;
- c) brindar información sobre la situación de salud del individuo que consulta;
- d) realizar procedimientos diagnósticos de baja complejidad;
- e) realizar tratamientos;
- f) coordinar con otras disciplinas;
- g) realizar tareas de prevención; y
- h) registrar la información en historias clínicas unificadas de manera de garantizar la coordinación y la continuidad de la atención prestada<sup>40</sup>.

### **3.7. Fragmentación de los servicios de salud y las RISS**

La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por ende del bajo desempeño general de los sistemas de salud. Puede generar por sí misma o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos<sup>41</sup>, ver figura 3 (Anexo 2).

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

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

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

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

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

Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico, duplicaciones de las pruebas diagnósticas y llenado de múltiples formas

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

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

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

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

Según el Ministerio de Salud, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) pueden definirse como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población*

*definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.*

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

1. Modelo asistencial:

- Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
- Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

2. Gobernanza y estrategia:

- Un sistema de gobernanza único para toda la red.

- Participación social amplia.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

### 3. Organización y gestión:

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

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

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

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

En esta coyuntura la Constitución Política de Bolivia aprobada en 2008, en su (Artículo 18) señala el derecho a la salud que tienen todas las personas y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a los servicios de salud, sin exclusión

ni discriminación alguna. También se determina constitucionalmente que el sistema de salud es único, universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Y se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad. A su vez el sistema de salud se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

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

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

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

### **3.8.1. Los principios de la política SAFCI**

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

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

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

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

### **3.8.2. La estrategia de la política SAFCI**

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

Los mecanismos de la promoción de la salud:

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



### **3.8.3. Los componentes de SAFCI**

- **La gestión participativa y control social**, que es la interacción de los actores sociales e institucionales para tomar decisiones sobre las acciones de salud de manera eficiente, armónica y equilibrada, dirigidas a transformar determinantes de la salud, reorientar los servicios de la salud, fortalecer la medicina tradicional y generar hábitos de protección de la salud, a través de la planificación, ejecución-administración y seguimiento-control social, se aplica mediante:
- **La atención integral intercultural en salud**, que es la forma de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad pertinente y oportunamente con capacidad resolutive de enfoque de red, horizontalmente con respeto y valoración de sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas en el marco de la complementariedad, reciprocidad con la medicina tradicional y se aplica mediante: La aplicación de la estrategia y componentes de la SAFCI, está liderada por la Dirección General de Promoción de Salud, sus unidades, programas y proyectos.

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

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

La estructura política en salud a nivel departamental está establecida por la Ley Integral de Salud N° 475 y la Ley Marco de Autonomías N° 031.12

Previo a la descripción de las mencionadas leyes, es preciso hacer una remembranza de cómo se creó el Servicio Departamental de Salud (SEDES), es así que debemos referirnos al Decreto Supremo N° 25233, de 27 de noviembre de

1998. El mencionado decreto se creó con el objeto de establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 y las disposiciones vigentes en la materia de salud.

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

En el Capítulo II. Gestión Descentralizada de Salud. Artículo 5º, indica que entre los Principios de Gestión Descentralizada de Salud, se encuentra el inciso c) que se refiere a la “Organización Operativa por Redes de Servicios. Los servicios de salud se prestan mediante redes, constituidas por establecimientos estructurados por niveles de atención y escalones de complejidad. La red se organiza en base a criterios de accesibilidad geográfica, población y capacidad resolutive. Los establecimientos de la red de servicios se articulan e intercomunican entre sí mediante subsistemas y, específicamente mediante el subsistema de referencia y contra referencia. Para conformar una red debe contarse, por lo menos, con establecimientos de primer y segundo nivel de atención”<sup>36</sup>

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

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

servicios; instrumentar el proceso de acreditación, certificación y evaluación de los establecimiento de salud”.

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

La Ley N° 475 menciona a las Redes funcionales, en su Capítulo II Requisitos para el acceso, prestaciones, capacidad resolutive de los establecimientos de salud, provisión de prestaciones y medios de promoción de la salud. Artículo 5°.- (Registro de beneficiarias y beneficiarios) Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley N° 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud. Artículo 6°.- (Acceso a los servicios de salud integrales e interculturales) El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A lo largo del MOF, se aprecia que las distintas Unidades de Sedes, tienen relaciones de coordinación intra institucional con la Unidad de Redes de Servicio de Salud, todo esto en aras de evaluar el grado de cumplimiento, brindar soporte técnico, o supervisar la aplicación de las normas, metodologías e instrumentos del Sistema de Información en Salud de las Redes Integrales Funciones de Servicios de Salud (RIFSS) y de los establecimientos de salud, etc.

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

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

- Desarrollar la capacidad técnica y de gestión en los niveles de conducción y operativo, para el cumplimiento de la política sectorial, normas y programas, que fortalezcan los Redes Integrales y Funcionales de Servicios de Salud, la oferta de servicios con capacidad resolutive, equidad, eficiencia y calidad, en beneficio de la población. El Organigrama de la Unidad de Redes de Servicio de Salud, ver figura 4 (Anexo 2).

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

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

Con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, los Gobiernos Autónomos Municipales asumieron como responsabilidad la infraestructura, insumos y gastos operativos de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción. Al mismo tiempo, las municipalidades son las responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria<sup>45</sup>.

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

En la Ley 475 Capítulo III **FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD** Artículo 10, hace referencia a la “Cuenta Municipal de Salud”, la cual está a cargo de los Gobiernos Autónomos Municipales. En su

artículo N° 10, refiere que la Cuenta Municipal de Salud estará destinada a financiar las prestaciones que sean demandadas en establecimientos del primer segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal. Asimismo, aclara que no existen pagos intermunicipales. Los costos son asumidos por el municipio donde se da la prestación. Además, señala en este mismo artículo que en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en las Cuentas Municipales de Salud, serán reasignados a las mismas para la siguiente gestión o podrán ser utilizados para la contratación de recursos humanos, fortalecimiento de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, o en programas especiales de salud.

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

<p>LEY N° 475          Capitulo          Artículo 7          (Acceso a la Atención Integral de Salud)</p>	<p>Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la Política SAFCI.</p>
---	--

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

<p>Reglamento para la gestión Administrativa De La Ley N° 475 Capítulo III Artículo 9. (Complementación de los Servicios de Salud en Redes Funcionales)</p>	<p>Los SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales deberán coordinar la conformación de Redes Funcionales que establezcan la complementación de los servicios de salud que garanticen la otorgación de las prestaciones de acuerdo a la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de acuerdo a la Norma de Referencia y Contrarreferencia vigente emitida por el Ministerio de Salud</p>
---	--

Es menester referirnos a al **Plan de Desarrollo Municipal "La Paz 2040"**, que en el campo de la salud busca fortalecer e impulsar un sistema de salud integral, moderna, incluyente, inclusiva, eficiente, intercultural, con calidad y calidez. Es así que en este plan hacen mención entre sus acciones estratégicas el fortalecimiento de las Redes de Salud articulado con el **Plan La Paz 2040**. Ver tabla 4 (Anexo 1).

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

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

La declaración de Alma-Ata sostiene que la Atención Primaria de Salud, *“...debe mantenerse mediante un **sistema integrado, funcional** y de sistemas de*



*referencia...”, “...conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados”<sup>47</sup>.*

La declaración de Montevideo<sup>48</sup> establece que “...los modelos de atención de salud deben...” “...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”<sup>49</sup>

La Agenda de Salud para Las Américas<sup>50</sup> menciona que: “fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos”

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

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

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

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

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

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

### **3.12. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI**

#### **3.12.1. Las Redes Funcionales Integradas de Salud (REFFIS)**

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

La Coordinación Técnica de Red, es la instancia de supervisión periódica, encargada de verificar el cumplimiento adecuado de los procesos técnicos implícitos a la atención de las personas beneficiarias, entre ellas: la correlación clínica administrativa de los establecimientos de salud<sup>9</sup>; además, es la instancia de supervisión permanente encargada de verificar el cumplimiento de normas vigentes de calidad de atención en los establecimientos de salud correspondientes.

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

### **3.12.2. Planificación Municipal Participativa en Salud**

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

- Gobierno Autónomo Municipal
- La Comunidad
- El Sector Salud

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

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

### **3.13. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud**

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

#### **3.13.1. La estructura estatal**

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

### **3.13.2. La estructura social**

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

#### **a. AUTORIDAD LOCAL DE SALUD.**

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

#### **b. COMITÉ LOCAL DE SALUD.**

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

#### **c. CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD.**

Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del

DIMUSA, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DIMUSA); una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el POA, para las necesidades de salud de la población de su municipio.

d. CONSEJO SOCIAL DEPARTAMENTAL DE SALUD.

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

### **3.13.3. La estructura intersectorial**

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

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

General de Planificación (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades o barrios, tengan o no establecimientos de salud; para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables.

#### **3.13.4. El Comité de Análisis de Información en Salud, CAI, Comunal o Barrial**

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

#### **3.13.5. Atención Integral y Continua**

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

#### **3.13.6. Capacidad Resolutiva**

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

### **3.14. Sistema Nacional de Referencia y Contra Referencia**

La finalidad de la Red de Servicios es asegurar la capacidad resolutiva del sistema, y se encuentra conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; dependientes de los subsistemas: público, seguro de salud a corto plazo y privado, con o sin fines de lucro, articulados mediante el

componente de referencia y contra referencia, complementados con la Medicina Tradicional y la Estructura Social en Salud.

#### **3.14.1. Referencia y Contra Referencia**

El instrumento normativo que regula el componente de referencia y contra referencia, es la Norma Nacional de Referencia y Contra Referencia, que establece reglas y subcomponentes que deben cumplirse por las diferentes instancias institucionales e intersectoriales<sup>52</sup>.

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

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

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

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

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

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

### **3.15. Medicina Tradicional**

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

#### **3.15.1. Médicas y Médicos tradicionales ancestrales**

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



### **3.15.2. Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y Afrobolivianos.**

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

### **3.15.3. Partera o partero tradicional**

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

### **3.15.4. Naturistas**

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

### **3.15.5. Interculturalidad, Medicina Tradicional, Atención en los Servicios de Salud**

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

personas y de éstas con la naturaleza, donde el respeto a los derechos humanos de todo orden es deseable, posible y alcanzable.

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

#### **3.15.6. Salud y Enfermedad en un Contexto de Interculturalidad**

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

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

- Se debe fomentar la implementación de un número suficiente de servicios de salud con prácticas interculturales, incluyendo traductores, promotores de salud y médicos tradicionales, de manera que los usuarios tengan la

opción de ser atendidos también, si así lo solicitan, por la medicina tradicional.

- Se debe fomentar actividades y programas de fortalecimiento y difusión de la medicina tradicional en las familias, evitando su elitización y comercialización.
- Se debe impulsar la incorporación del parto intercultural en todos los servicios materno-infantiles a nivel urbano, y a nivel rural la capacitación de la totalidad de las parteras empíricas.

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

#### **4. CONTEXTO DEL MUNICIPIO**

##### **4.1 Aspectos Generales Municipio de La Paz**

###### **Superficie**

El Municipio de La Paz tiene una superficie total de 3020 km<sup>2</sup>, en la cual se define que un 95% es rural y un 5% urbana.<sup>54</sup> Ver Anexo 3.

###### **División Política**

El Municipio de La Paz se encuentra dividido en 23 distritos (2 Rurales y 21 Urbanos) y nueve macrodistritos, ver figura 5 (Anexo 2).

###### **Macrodistritos urbanos**

Los Macrodistritos urbanos suman siete y se hallan en el extremo Sur del municipio, concentran la mayor parte de la población.

## **Macrodistritos rurales**

Los Macrodistritos Hampaturi y Zongo, corresponden al área rural del municipio y ocupan la mayor superficie del mismo. Ver tabla 5. (Anexo 1)

## **Características Físico Naturales**

La topografía en las áreas circundantes al municipio es sumamente variada, desde la cumbre de la cordillera de Los Andes con alturas superiores a los 6000 msnm a los valles profundos de Los Yungas y Zongo, donde se desciende a 900 msnm.

El Municipio de La Paz, pertenece al área de influencia de los sistemas hidrográficos del Río La Paz, hacia el sur y del Río Zongo hacia el norte, separados ambos por la Cordillera Real; el Río La Paz desemboca en el río Boopi y luego en el río Alto Beni, para confluir finalmente en el Río Beni, afluente del Amazonas.

La cuenca del río de La Paz, cuenta con 5 cuencas hidrográficas: Choqueyapu, Orkojahuirá, Irpavi, Achumani, Huayñajahirá y 4 sub cuencas importantes: Apumalla, San Pedro, Kalahahirá y Achocalla que confluye.

El clima de La Paz ha sido caracterizado como “Clima tropical de alta montaña”, o “Tropical de ritmo diario”. Las características de circulación atmosférica global producen un desplazamiento de la Zona de Convergencia Intertropical, originando en el territorio paceño, un invierno seco, con ausencia de lluvias, esto provoca que la humedad durante los meses de mayo hasta octubre sea menor. Los fenómenos atmosféricos están íntimamente ligados a procesos energéticos; por lo tanto la radiación solar disponible en una región, determina las variaciones de los otros elementos climáticos. La cuenca del valle de La Paz de acuerdo a su latitud en la zona tórrida ecuatorial tiene un grado de radiación pronunciado, el cual se incrementa en radiación ultravioleta por la baja densidad atmosférica, debido a las características altitudinales del Municipio<sup>55</sup>.

## **Características demográficas**

Según Censo 2012 del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Departamento de La Paz tenía 2.765.874 habitantes para el 2012; para el 2016 la proyección de población alcanzará a 2.842.031 habitantes y para el municipio de La Paz 925.376 de habitantes.

La distribución de habitantes por área es de 921.050 habitantes en el área urbana que equivale a un 99.5% y 4.325 habitantes en el área rural que equivale a un 0.5%. Ver figura 6 (Anexo 2).

El 68% de la población del municipio de La Paz, en edad productiva (15-64 años).

La edad promedio en La Paz es 33 años en 2016, tres años por encima de los media nacional (30 años).

Se advierte un proceso de envejecimiento de la población, fenómeno de las grandes ciudades, cuyo efecto es un cambio en la tipología de servicios y en el gasto público.

El municipio de La Paz para el Censo 2012 contaba con una población de 794.014 habitantes<sup>56</sup>, donde el macrodistrito más populoso es Max Paredes con más de 180 mil habitantes, seguido por los macrodistritos Periférica y Cotahuma ambos con más de 170 mil personas, mientras que los menos poblados son los macrodistritos rurales de Hampaturi y Zongo.

## **Crecimiento intercensal**

Los datos históricos a partir de los censos realizados por el INE muestra que a principios del Siglo XX, La Paz era la ciudad con mayor población en el país, con una tasa de crecimiento intercensal de 3.2%, esta situación se mantuvo hasta principios de los años 90 aunque se presenta un desaceleración en ritmo de crecimiento poblacional.<sup>57</sup>

Analizando específicamente el Municipio de La Paz, se pudo observar que entre los censos de 1992 y el 2011 la población en general creció en un 10.8%, La

población de varones como mujeres creció en un 10.8%. La población de varones como mujeres creció a tasas similares (10.9% y 10.7%). Los grupos de edad que más crecieron fueron los comprendidos entre los 4 y 59 años, y más de 70 años, seguidos de los grupos entre 20 y 29 años. En este periodo intercensal ya se mostraba que la tasa de crecimiento de menores de 0 a 4 años era negativa.

Las proyecciones efectuadas por el INE, para el periodo 2001 y 2012 muestran un descenso constante de la tasa de crecimiento<sup>58</sup> entre los años 2001 y 2006, tendiendo a ser horizontal a partir de allí hasta la fecha, con una tasa que se sitúa entre el 0.03 y 0.04%, mientras que en el Censo de Población Vivienda en el 2012 fue de 0,3%.

### **Proyección población por macrodistrito**

En este sentido se puede ver que los macrodistritos de Max Paredes (20.76%), Periférica (20.07%), Cotahuma (19,32%), Sur (16,05%), San Antonio (14,59%) y la zona central (8,11%) son los que se concentran mayor número de habitantes en el Municipio. Entre los Macrodistritos de Mallasa (0.64%), Hampaturi (0.26%) y Zongo (0,21%) no alcanzan al 1% de la población de Paz. Ver Anexo 3.

### **Población del municipio por sexo según grupos de edad**

El 31% de la población es menor de 20 años, lo que representa un grupo importante de población joven, mientras que la población de 20 a 59 años corresponde al 49% de la población que se encuentre en edad productiva. La proporción de niños entre 0 y 4 años en el Municipio de La Paz, alcanza 9.8%.

El 10% de la población tiene más de 60 años, comparativamente con el Municipio de El Alto en el cual sólo el 6% de la población es mayor de 60 años (un incremento de un 3,5% respecto al censo 2001), lo que nos habla de un aumento en la expectativa de vida del Municipio de La Paz, mayor que el municipio vecino de El Alto.

El promedio de Edad en el Municipio es de 29 años superior a la media nacional de 24 años, que se explica por el hecho de que toda la población urbana

concentrada tiene una mayor esperanza de vida por mejores condiciones de sus determinantes de Salud.

### **Índice de Desarrollo Humano (IDH) municipal.**

El índice de Desarrollo Humano (IDH) se define como un indicador multidimensional de capacidades esenciales para el bienestar de las personas que comprende tres componentes o dimensiones: la longevidad (esperanza de vida al nacer), nivel educacional (combinación de la tasa de alfabetización, tasa de matriculación y años promedio de escolaridad) y el nivel de ingresos (índice de consumo per cápita). Ver figura 7 (Anexo 2)

### **Pobreza**

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz ha presentado en su anuario estadístico del 2012 la situación de pobreza por Macro Distritos que se detalla en la tabla 6 (Anexo 1).

La incidencia de pobreza medida por ingresos en el municipio de La Paz alcanzó a 33,8% el año 2012, lo que significa que existen aproximadamente 293 mil personas cuyo nivel de ingreso per cápita es inferior al valor de una canasta de alimentos y otras necesidades básicas (línea de pobreza). Los macrodistritos con una mayor población pobre según los datos de este indicador son los localizados en el sector rural del municipio, 64,6% de la población en Zongo y 42,7% de la población en Hampaturi. En el caso de los macrodistritos urbanos se identifica a Periférica con el mayor porcentaje de pobres (42,0%) y por otro lado los macrodistritos con menos población pobre son Centro, Mallasa y Sur, con 25,3% 27,1% y 28,2% respectivamente.

### **Acceso a los servicios de salud**

Como se ve en el cuadro siguiente, a partir de la Encuesta Municipal a hogares 201210, la atención a las enfermedades o accidentes que sufrieron las personas durante el 2012 fue realizada en su mayoría por un médico (79,0%) y en un 6,4% de los casos no recibió atención alguna. El macrodistrito donde la mayor cantidad de personas acude a un médico es el macrodistrito Centro (89,6%) y

donde menos acuden a la atención especializada es en el área rural (66,7% en Hampaturi y 65,6% en Zongo). Ver tabla 7 (Anexo 1)

Por otro lado, los lugares donde acude la gente con mayor frecuencia para tratar sus enfermedades o accidentes son los hospitales públicos o el hospital general (36,5%) lo que muestra que no se tiene la cultura o costumbre de acudir a los centros y postas de salud de primer nivel, que deberían ser los lugares de atención en primera instancia y donde acude solamente un 16% de las personas. Ver tabla 8 (Anexo 1).

Adicionalmente se puede mencionar que la tasa de mortalidad infantil del departamento de La Paz alcanza a 38,73 por mil nacidos vivos, la esperanza de vida en el departamento es de 67,2 años, siendo superior en el caso de las mujeres. Ver tabla 9 (anexo 1).

### **Indicadores de Salud**

En la tabla siguiente se muestran los indicadores de salud para el municipio. La esperanza de vida es de 67,9 años y se encuentra por encima de la media nacional. Y algunos de los indicadores principales. Para mayor detalle ver tabla 10 (Anexo 1).

### **Estructura de los Servicios de Salud del Municipio**

El municipio de La Paz cuenta en su territorio con cinco redes urbanas, a saber la Red N° 1 - Sur Oeste; la Red N° 2 - Nor Oeste; la Red N° 3 - Norte Central; la Red N° 4 - Este y la N° 5 o Red Sur. Ver tabla 11 (Anexo 1).

#### **4.2. CONTEXTO RED NORTE CENTRAL**

La Red Norte Central, es una entidad pública que forma parte del SEDES La Paz, encargada de cumplir complejas funciones sociales, administrativas y políticas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.



## Reseña Histórica

Ubicado al norte de la ciudad, el Macrodistrito III. Cuenta con importantes zonas como Achachicala, Vino Tinto, Limanipata, 27 de Mayo, 5 Dedos, Santiago de Lacaya, Rosasani, La Merced y Chuquiaguillo. Achachicala significa “Viejo=achachi; cala=piedra” se constituye en uno de los barrios más tradicionales de la zona norte en la urbe paceña hasta 1930 tenía una relación con el Distrito denominado Chacaltaya, siendo a inicios del siglo XX que logra una independencia como zona.

El barrio Central Agua de la Vida fue fundado el 20 de octubre de 1933, este sector es un pilar de la migración a estos lugares ya que en esos tiempos muchas zonas no contaban con servicios básicos, entre ellos agua potable sin embargo el descubrimiento de agua de vertiente pozos hizo que muchas personas vayan en busca del líquido vital hasta estos lugares.

El Plan autopista su aparición es gracias a la construcción de la autopista. Este barrio que se halla ubicado en una de las curvas de la Autopista La Paz –El Alto, que tiene una relación directa con vecinos que estaban en albergues en al Av. Perú, estación central.

El barrio paceño del Calvario, en la tradicional Zona Norte de La Paz, está ubicado en las faldas del cerro que los antiguos aimaras denominaron Choquehuanca y que hacia fines del asentamiento incaico y el primer ingreso español al poblado prehispánico de Chuquiapu constituyó uno de los dos adoratorios principales de la cuenca. La fiesta zonal es el 3 de mayo, Día de la Cruz, que dicho en aymara es “Siway Sawa.

Kochapampa es el lugar de las vertientes y los pozos profundos, que se encontraban esos lugares donde se tenía una gran actividad de pastoreo. El barrio de Kochapampa, se constituye junto a las zonas de río Minasa, Villa el Carmen, Calajawira y Chuquiaguillo, como paso obligado para ir los Yungas.<sup>59</sup>

## **Aspectos Generales**

La Red Norte Central, es una entidad pública que forma parte del SEDES La Paz, encargada de cumplir complejas funciones sociales, administrativas y políticas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

## **Distribución Geográfica**

Geográficamente la Red Norte Central ocupa 22 km<sup>2</sup> del territorio urbano paceño y tiene una extensión de 201.16 hectáreas de superficie total.

En su conformación forman parte la Zona Central, Zona El Rosario, Zona Miraflores, Villa Fátima, Plan Autopista, Achachicala, Zona 18 de mayo, Vino Tinto, Villa Pabón, Alto Miraflores Villa de la Cruz, Villa El Carmen y la Zona Tejada Sorzano.

La Red Norte Central está conformada por cinco Distritos Municipales: Distrito Municipal N° 1 que comprende parte de la Zona Central, Distrito Municipal N° 2, Distrito Municipal N° 11, Distrito Municipal N° 12 y Distrito Municipal N° 13. Ver figura 8 (Anexo 2).

## **Población de la Red Norte Central**

La Red Norte Central es la de mayor concentración poblacional pues de acuerdo a las proyecciones oficiales con las que se trabaja en la Red, se tiene un número de 215.968 habitantes. El crecimiento poblacional fue de 0,6%, con respecto a 2015. Ver tabla 12 (Anexo 1).

De la población total 113.881 pertenecen al sexo femenino y 101.648 son varones; 22.516 son adultos mayores de 60 años, se proyecta 21.264 niños menores de 5 años. Se aprecia que existen 57.569 MEF, de estas se tuvo 6.923 embarazadas y 6.652 partos.

## **Población de la Red Norte Central cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo**

Según la información del Anuario Estadístico 2012 del Instituto Nacional de Seguros de Salud<sup>60</sup> (INASES) y de las estimaciones de población que anualmente calcula el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en base al Censo de Población y Vivienda 2012 establecen que el 50.9% de la población de la Red está cubierta, formalmente, por los entes gestores de la seguridad social, con 109.928 afiliados. Ver tabla 13 (Anexo 1).

## **Situación de Salud en la Red Norte Central**

Dentro de la Red Norte Central, en los Distritos Municipales 1 y 2, 4 de cada 100 personas se encuentran en la línea de pobreza. Y si hablamos del Macrodistrato de la Periférica, esta cifra se incrementa a 50% de habitantes que se encuentran en el rango de pobreza.

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

La cobertura en el nivel secundario en La Paz se asemeja a la segunda mayor del país. Además, ha mostrado una tendencia creciente en el tiempo; la tasa de cobertura neta aumentó a 63,4% en 2008.

En La Paz, la mortalidad infantil para 2008 era de 63 niños por cada mil nacidos vivos. Esto significa, que en ese año murieron 4.453 niños antes de cumplir su primer año.

En la Red se atendieron institucionalmente 6.652 partos el 2016, lo que significa que el porcentaje de atención de partos atendidos por personal de salud capacitado fue de 62,7%.

Es importante recocer los siguientes indicadores de la gestión<sup>9</sup>, tal como la prevención del Cáncer Cérvico Uterino que llego en el 2016 a 19.890<sup>10</sup> casos que equivale al 40 %; de un total de 6.688 referencias un promedio 557 y 396 contra referencias y un promedio de 33, en la gestión se logró 5,9% de efectividad de contra referencias muy por debajo de la norma.

### **Disponibilidad de establecimientos de salud**

El Distrito Municipal N° 1 que cuenta con una población de 56.540 habitantes y dispone de seis establecimientos de salud, de los cuales dos son centros de salud ambulatoria correspondientes al sub sector público (C.S. Juancito Pinto y C.S.I. Asistencia Pública); un centro de salud ambulatoria correspondiente a la Iglesia Católica (CEMSE) y por parte de la Seguridad Social de Corto Plazo se dispone de un centro de salud ambulatoria (Caja CORDES), un policlínico (Policlínico Manco Kapac - CNS) y un centro de Salud Integral (CSBP).

El Distrito Municipal N° 2, con 28.292 habitantes, para la atención de la salud de la población en este distrito existen tres establecimientos de salud correspondientes únicamente a la Seguridad Social de Corto Plazo: dos policlínicos (Policlínico Villa Fátima y Policlínico Miraflores - CNS) y un Centro de Salud Integral (CBES).

El Distrito Municipal N° 11 de la Red Norte Central, que cuenta con una población de 57.275 habitantes y dispone de cinco establecimientos de salud. Al respecto, los cinco centros de salud ambulatoria correspondientes al sub sector público son C.S. Plan Autopista, C.S. Achachicala, C.S. 18 de Mayo, C.S. Vino Tinto, C.S. Agua de la Vida; y por parte de la Seguridad Social de Corto Plazo se cuenta con un policlínico (Pol. Central - CNS).

El Distrito Municipal N° 12 de la Red Norte Central cuenta con una población de 41.768 habitantes y dispone de cinco establecimientos de salud de primer nivel

---

<sup>9</sup> Los datos corresponden a la presentación de la Rendición de Cuentas realizada en la presente gestión por el equipo de coordinación de la Red Norte Central – La Paz.

<sup>10</sup> Presentación en el CAI, muestra un total de 20559 casos y un porcentaje de cobertura del 36%.

que corresponden al sub sector público (C.S. San Juan Lazareto, C.S, Alto Miraflores, C.S. Las Delicias Central y C.S. Calvario) y un establecimiento municipal de segundo nivel de atención (Hospital la Merced).

Finalmente, el Distrito Municipal N° 13 de la Red Norte Central cuenta con una población de 27.644 habitantes y dispone de dos establecimientos públicos de primer nivel de atención (C.S. San José Natividad y C.S. Chuquiaguillo) y dos establecimientos de segundo nivel de atención (Hospital Arco Iris y Hospital San Francisco de Asís). Ver figura 9 (Anexo 2).

Es la Red que concentra la mayor cantidad de establecimientos de tercer nivel de referencia local y nacional. Tenemos el Complejo Miraflores que posee varios establecimientos de salud especializados, como ser: Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, Instituto Nacional del Tórax, Instituto Nacional Oftalmológico. Además hospital de la Mujer, Hospital del Niño y el Hospital de Clínicas Universitario.

El Hospital Obrero N° 1, el Materno Infantil, el Hospital Militar COSSMIL. Además de los policlínicos del Caja Nacional de Salud como ser: Policlínicos Manco Kapac, Central, Miraflores, Villa Fátima, Especialidades La Paz.

Así mismo debemos destacar la presencia de centros oncológicos privados como ONCOVIDA, ONCOMED, Centro Oncológico de Diagnóstico.

### **Infraestructura Sanitaria**

Con relación a la disponibilidad de establecimientos de salud de primer nivel, la red dispone de 31 establecimientos, de los cuales 18 son centros de salud ambulatoria, 1 centro de salud integral, 9 policonsultorios y 2 centros de salud con características particulares. También cuenta con 4 establecimientos de segundo nivel. Ver Anexo 3.

Tratándose de población mayoritariamente concentrada, para el análisis de disponibilidad de establecimientos de salud del primer nivel de atención se establece como patrón referencial de rendimiento 6 visitas domiciliarias/día/por establecimiento de salud del primer nivel de atención, sin tomar en cuenta que el

45.8% de la población de la Red Urbana N° 3 Norte Central está cubierta por el seguro social obligatorio de corto plazo y que esta población es mayoritariamente urbana, se observa que en general los establecimientos de salud de primer nivel de atención son suficientes para cumplir con las visitas domiciliarias. En efecto, con 31 establecimientos de salud de primer nivel de atención, el 100% centros de salud, se podría producir anualmente 55.800 visitas domiciliarias, cuando el promedio de familias de la Red es de 43.079 hogares. La producción de visitas podría incrementarse debido a que una mayor proporción de la población está protegida por la seguridad social de corto plazo, alrededor de un 45,8%.

### **Distribución de los Establecimientos de Salud según el Nivel de Atención**

#### **Primer Nivel de Atención:**

- ✓ **Publico:** Plan Autopista, Achachicala, 18 de Mayo, Agua de la Vida, Alto Miraflores, El Calvario, Juancito Pinto, Bartolina Sisa, Asistencia Pública, San José Natividad, San Juan Lazareto, Villa Fátima Delicias, Delicias Central, Vino Tinto, Chuquiaguillo, Penitenciario Miraflores.
- ✓ **ONGs:** Promujer 3 de Mayo y Prosalud La Paz.
- ✓ **Seguridad Social:** Caja Cordes, Banca Privada, Policlínico Villa Fátima, Policlínico Central, Policlínico Miraflores, Policlínico Manco Kapac.
- ✓ **Iglesia:** San Francisco de Asis, CEMSE, San Antonio de Padua.
- ✓ **Privado:** Instituto Nacional de Nefrología.

#### **Segundo Nivel de Atención**

- ✓ **Seguridad Social:** Banca Estatal de Salud
- ✓ **GAMLP:** Hospital Municipal La Merced
- ✓ **Privado:** Hospital Arco Iris.

### **Tercer Nivel de Atención**

- ✓ **Publico** Hospital de Clínicas, Hospital de la Mujer, Hospital del Niño, Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, Instituto Nacional de Oftalmología, Instituto Nacional del Tórax, COSSMIL. Ver tabla 14 (Anexo 1).

### **Recursos Humanos para la Salud en la Red Norte Central**

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

Si empleamos la tasa de densidad de recursos humanos para la salud propuesta por la OMS a las redes urbanas de La Paz, obtenemos una disparidad entre el primer nivel de salud donde obtenemos una tasa de 0,4% y en cambio si incluimos el tercer nivel este nos muestra una tasa de 1.6., misma que evidencia una mayor concentración de recursos humanos.

Para un mejor estudio de la existencia de recursos humanos en áreas urbanas de la ciudad de la Paz, debemos tomar en cuenta al 49.1% de la población, que es el porcentaje de población que no está protegida por la seguridad social de corto plazo.

El contingente del recurso humano en la Red tiene un verdadero desequilibrio en la asignación y por lo tanto en su distribución, debido a que el tercer nivel concentra una mayor cantidad de personal de salud, según estimaciones representa el 60.65%, segundo nivel 18.10% y primer nivel 21.25%.

Representando el personal administrativo un 29.69%, que junto a las auxiliares de enfermería representarían el 50% de los recursos humanos en salud.

## **Disponibilidad de recursos humanos para la salud en Redes Urbanas del SEDES La Paz**

Para una mejor distribución de recursos humanos para la salud en las redes urbanas del departamento de La Paz se toma en cuenta solamente la población que no está cubierta por los entes gestores de la seguridad social de corto plazo que representa el 49.1% de la población total del departamento.

Dada esta situación el cálculo de la tasa de densidad de recursos humanos para la salud no se incluye a las auxiliares de enfermería, a diferencia de lo que sucede en las redes rurales en las que las auxiliares de enfermería tienen un papel importante en la prestación de servicios y se las toma en cuenta en el cálculo de lo que llamamos Tasa Modificada de Densidad de Recursos Humanos para la Salud.

En consecuencia, para las redes urbanas, la Tasa de Densidad de Recursos Humanos para la Salud, en apego a los que establece la OMS, resulta de la suma de médicos y licenciadas en enfermería por 10.000 habitantes.

La Red Norte Central de acuerdo con los resultados proyectados del Censo de Población y Vivienda, cuenta con una población de 215.968 habitantes, de la misma, el 50.9% está protegida por alguno de los entes gestores del seguro social obligatorio de corto plazo (109.928), mientras que el 49.1% (106.040) no accedería a este beneficio, siendo la potencial población para ser atendida por el servicio de salud del sector público.

La tasa de densidad de recursos humanos para la salud para la Red Norte Central es de 0.18 médicos por 1000 habitantes y de 1.9 profesionales en salud por 10.000 habitantes.

La Red Norte Central necesitan urgentemente la asignación de nuevos ítems de médicos, tratando de alcanzar, ya no la meta de 1 médico por 1.000 habitantes que hemos usado para las redes rurales que trabajan con comunidades dispersas, sino a la meta de 1 médico para 2.000 habitantes pues estas redes trabajan con población concentrada. Ver tabla 15 (Anexo 1).



La disponibilidad promedio de médicos es igualmente mejor en el municipio de El Alto, 0.8 médicos por 1.000 habitantes; frente a la disponibilidad promedio de 0.6 médicos por 1.000 habitantes en las redes urbanas del municipio de La Paz.

### **Distribución de los Recursos Humanos del subsector público departamento de La Paz**

En la siguiente Tabla, se observa la disponibilidad de recursos humanos para la salud en redes urbanas del Municipio de La Paz, en la gestión 2012. Ver tabla 16 (Anexo 1).

Al interior de la Red y del municipio se evidencia la inequidad en la distribución de recursos humanos de salud en el departamento de La Paz, con una aglutinación mayor de recursos humanos en las áreas urbanas de La Paz y El Alto y una menor disponibilidad de estos recursos en las redes rurales del departamento.

En relación a la Tasa de densidad de recursos humanos para la salud en las redes urbanas del municipio de La Paz llega a 6.5 por 10.000 habitantes, esta tasa sube 22.9 si se incluyen los recursos humanos de los hospitales de 3er nivel de atención, tasa muy próxima al mínimo recomendable por la OMS. La tasa promedio de densidad de recursos humanos para la salud es de 10.6 por 10.000 habitantes en las redes urbanas y esta tasa promedio es aún más baja en las redes rurales del departamento de La Paz, pues baja a 3.8 por 10.000 habitantes.

El promedio de médicos es de 0.6 por 1.000 habitantes en las redes urbanas de La Paz, lo que significa un promedio de 1.714 habitantes por 1 médico, mientras que esta disponibilidad sube a 637 habitantes por 1 médico, si en el cálculo se agregan los médicos de los hospitales de 3er nivel de atención. Es pues evidente que existe cierto déficit en la disponibilidad de médicos para las redes urbanas de La Paz.

La disponibilidad promedio de médicos en el subsector público del departamento de La Paz es de 0.6 médicos por 1.000 habitantes, vale decir que se dispone de 1 médico para atender las necesidades de salud de 1.563

habitantes, disponibilidad promedio más o menos aceptable, pero que esconde inequidades importantes al interior de las redes de salud del departamento, así ejemplo vemos que el promedio de disponibilidad de médicos en las redes urbanas del municipio de La Paz la disponibilidad de médicos es de 1.6 médicos por 1.000 habitantes.

## **5. Marco Teórico mecanismos de coordinación asistencial en los servicios de Salud para la adecuada continuidad de la atención de las personas, familia y comunidad**

La Conferencia Internacional sobre "Atención Primaria en Salud" convocada por la OMS y UNICEF realizada en 1978 en Alma-Atá, ciudad de Kazajstán, entonces ubicada en la Unión Soviética, dio origen a una singular Declaración, que clamaba por un nuevo orden mundial, que permitiera *salud para todos* a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Recomendamos la lectura del texto "Alma-Ata 25 años después de *David Tejada*<sup>61</sup> quien relata los resultados de esa reunión: cómo su financiamiento, asumido por la URSS, formó parte de la confrontación chino soviética, y cómo a su juicio la traducción final del término *Primary Health Care* por Atención Primaria en Salud (APS), fue el inicio de una serie de pasos que conducirían al fracaso e inoperancia de esa estrategia. Según *Tejada*, el término que debió ser usado era "Cuidado Integral de la Salud" que reflejaría mejor la condición de estrategia de la APS, mientras que "atención" reducía la APS a simple asistencia médica básica. En esa Conferencia, liderada por *Haldfan Mahler*, Director de la OMS y gran sanitarista danés, se planteó el objetivo de Salud para Todos, "en el marco de un nuevo orden económico mundial", utilizando a la APS como estrategia que involucraba al menos los siguientes componentes fundamentales:

1. Acceso y cobertura universal al cuidado de la salud.
2. Educación, organización y participación de la comunidad.
3. Integralidad de la atención.
4. Acción intersectorial para la salud.

5. Financiamiento adecuado.
6. Formación de recursos humanos apropiados.
7. Tecnologías suficientes.

Varias décadas después de la reunión de Alma-Atá, se han realizado muchas reuniones y comisiones para analizar las causas que impidieron conseguir salud para todos y por qué la banalización de la APS. En algunos de estos encuentros se planteó su relanzamiento, desarrollando una interesante propuesta de "Sistemas de Salud basados en APS". Revisemos algunas de las conclusiones de esas comisiones a ver si aprendemos las lecciones y evitamos que en treinta años más tengamos que volver a analizar por qué no hay salud para todos.

- No hubo una adecuada comprensión del concepto de APS.
- No hubo suficiente compromiso político de los gobiernos.
- No se logró reorientar hacia la salud el modelo de atención, que permaneció centrado en atención a la enfermedad.
- No se logró aumentar la capacidad resolutive del nivel primario de atención.
- Fue muy difícil concretar la intersectorialidad.
- No se tomaron en cuenta las necesidades de desarrollo de recursos humanos para viabilizar la APS.

Un elemento importante en el fracaso de la APS fue la ausencia o instrumentalización de la participación, ese es otro tema que ha sido cooptado por las organizaciones internacionales, y en general por el pensamiento hegemónico, todo el mundo habla de participación, pero no la hay en realidad. La participación es un problema de poder, de capacidad real de las organizaciones sociales para decidir. Participación, redistribución del poder y capacidad de decisión son factores clave para una verdadera participación transformadora, que empodere.

Conclusión, el término APS fue reducido por el pensamiento hegemónico, todo el sector de la salud hablaba de APS, pero nadie la entendía ni aplicaba. Hoy

que se plantea la recuperación de la APS para reorientar los sistemas de salud y cambiar el modelo de atención, las preguntas de *Mahler* tienen plena vigencia.<sup>62</sup>

## MODELO DE ATENCIÓN

El **Modelo de Atención** está organizado en redes de salud que a su vez están compuestas por:

- **La Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Red Municipal SAFCI)** establecida en el Municipio con territorio y población propios, conformada básicamente por establecimientos de primer nivel, aunque puede contar en su territorio con hospitales de segundo y tercer nivel. El ejecutor es el Responsable Municipal SAFCI que forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios. Se la reconoce como la estructura orgánica operativa de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentadas en las necesidades de las misma<sup>63</sup>

- **La Red de Servicios de Salud** es el conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que pertenecen a los subsistemas público, cajas de salud de los seguros a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina indígena originaria campesina y a la estructura social en salud, con el fin de garantizar la capacidad resolutive de la red, puede trascender límites municipales y/o departamentales.<sup>64</sup>

- **El Establecimiento de Salud** que es la unidad funcional básica de la prestación de servicios de salud, tiene tres categorías:

- Establecimiento de salud del Primer Nivel: Centro/Puesto SAFCI, Centro SAFCI con camas, policlínicos y poli consultorios SAFCI.
- Establecimientos de salud del segundo nivel: Hospital de Segundo Nivel.

- Establecimientos de salud del Tercer Nivel: Hospitales Generales, Hospitales especializados e Institutos.

### **MODELO DE GESTIÓN PARTICIPATIVA Y CONTROL SOCIAL EN SALUD**

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud fortalece la participación social efectiva para la toma de decisiones, reconociendo como estructura social a la Autoridad Local de Salud, el Comité Local de Salud, el Consejo Social Municipal de Salud, el Consejo Social Departamental de Salud y el Consejo Social Nacional de Salud.

En el marco de la intersectorialidad se reconocen como instancias de diálogo, consulta, coordinación de acuerdos y consensos para la toma de decisiones a los Espacios de Deliberación: Asamblea Nacional de Salud, Asamblea Departamental de Salud, Mesa Municipal de Salud, Asambleas locales, Ampliados, Reuniones, Juntas, Cumbres, Cabildos.<sup>65</sup>

#### **¿Qué es una red de servicios de salud?**

Una red integrada de servicios de salud es una red de organizaciones que presta o hace lo necesario para garantizar servicios de salud de forma continua y coordinada a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos, y por el estado de salud de la población a la que sirve.<sup>66</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que **las redes son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la atención primaria a nivel de los servicios de salud**, por cuanto contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales: cobertura y acceso universal; primer contacto; atención integral, integrada y continua; cuidado apropiado; organización y gestión óptimas, y acción intersectorial, entre otros.<sup>67</sup>

**El concepto de redes de servicios de salud se refiere a la organización de los servicios sanitarios** para resolver los problemas de salud de la población.

A este efecto, implica establecer cómo se vinculan los diversos niveles de atención y complejidad, los servicios y las instituciones.

**Las redes en el sector público funcionan cuando el Estado asume la responsabilidad respecto de la población que se atiende en ellas.** Para establecer las responsabilidades (y que éstas puedan ser cumplidas) es fundamental que los efectores públicos (hospitales y centros de atención primaria de la salud) conozcan las características de la población: datos de identificación, localización de las familias, cobertura de salud, características y necesidades sociales y sanitarias.

De acuerdo con la OPS, algunos de los **atributos esenciales para el adecuado funcionamiento de una red de servicios** de salud son:

1. Población/territorio a cargo definido, y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias sanitarias, para la determinación de la oferta de servicios del sistema.

2. Oferta adecuada y bajo un único paraguas organizacional de establecimientos y servicios de salud (servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos).<sup>68</sup>

3. Primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.

4. Mecanismos de coordinación asistencial entre todos los niveles de atención.

5. Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio.

6. Sistema de gobernanza participativo y unificado para toda la red.

7. Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico (laboratorio y radiología, por ejemplo).

8. Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.

9. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red.

10. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema.<sup>69</sup>

### **NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

A comienzos de la década de los 80 se produce uno de los cambios más importantes del Sistema de Salud, se implementa en Bolivia, como consecuencia de la Declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria de Salud que con la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud, se conforman las áreas y los distritos de salud, enfatizando la importancia, por primera vez de los establecimientos del primer nivel, acercándolos a la población desprotegida, posteriormente se instauran los seguros públicos, para luego cambiar el enfoque del sistema, predominantemente administrativo (distritos de salud), al enfoque de redes centrado en la capacidad resolutive. Desde ese hecho las instituciones de salud en sus diferentes instancias se organizaron espontáneamente para responder en forma adecuada y oportuna a las necesidades de referencia de los establecimientos de salud.

El sistema de referencia y contra referencia es el conjunto de mecanismo mediante los cuales se articula y complementa los establecimientos del Sistema Único de Salud que incluye los diferentes subsectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua integral y de calidad, dentro de la Red Funcional de Servicios de Salud garantizando el acceso al establecimiento de salud.

Su objetivo es contribuir al fortalecimiento de las Redes Funcionales de Servicios de Salud.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural considera a la salud como un derecho fundamental de bolivianas y bolivianos, constituyéndose en la nueva forma de pensar, comprender y hacer la salud; vincula, involucra y articula el equipo de salud, a la persona, a la familia, a la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de atención y gestión participativa y control social en salud, mediante

la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación; revaloriza, articula y complementa las medicinas existentes en el país (particularmente las medicinas originarias, indígenas, campesinas) tanto en la atención como en su interacción, mediante la aceptación, respeto y valoración de los sentires, conocimientos y prácticas.<sup>70</sup>

Respecto a la Normativa que rige al componente Referencia y Contra referencia se detalla los siguientes antecedentes. En el Reglamento del SUMI destinado a otorgar prestaciones para para la protección de la madre y el niño con la cual se diseñó el formulario de Referencia y Contra referencia (Formulario N°6) para el manejo administrativo.

El Modelo de Gestión del SNS<sup>xi</sup> establece la existencia de tres niveles de atención en salud, donde los centros de primer nivel tienen capacidades para resolver problemas de salud que se enmarcan en el autocuidado de la salud, consulta ambulatoria e internación de tránsito. En este nivel se encuentran el puesto de salud, el consultorio médico, el centro de salud con camas de tránsito y el policlínico.

El segundo nivel incluye la atención que requiere consulta ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas: gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Este nivel de atención es el hospital básico de apoyo.

El tercer nivel incorpora modalidades de atención que corresponden a una capacidad de resolución mayor e incluye la consulta ambulatoria de mayor complejidad y la hospitalización de especialidades y subespecialidades, sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

Así, el Sistema de Salud Boliviano es un sistema segmentado con tres subsectores: el privado, la seguridad social de corto plazo y el público.

---

<sup>xi</sup> SNS: Sistema Nacional de Salud



## **Requisitos para el Funcionamiento de la Referencia y Contra referencia**

Los requisitos para el funcionamiento de la Referencia y Contra referencia son:

- A. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.
- B. Criterios de referencia y Contra referencia.
- C. Procedimientos específicos de la Referencia y Contra referencia.
- D. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.

La Red Funcional de Servicios de Salud del Sistema Único de Salud está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles, que cuentan con diferentes capacidades resolutivas, además de pertenecer a los distintos subsistemas (público, cajas de salud de los seguros a corto plazo, privado con y sin fines de lucro).

El Equipo de Salud de cada uno de los establecimientos de los tres niveles, en el marco de la gestión participativa y control social en salud de acuerdo al nivel, es el responsable de realizar las acciones de referencia y Contra referencia de usuarios.

## **Comité de Referencia y Contra referencia**

El Comité de Referencia y Contra referencia es una instancia interinstitucional que debe analizar, monitorear y evaluar la aplicación de la norma de Referencia y Contra referencia y su cumplimiento con enfoque de Calidad e Interculturalidad.

El SEDES de cada departamento es el responsable de la conformación de sus Comités de Referencia y Contra referencia para su implementación, análisis y evaluación. Acorde a la estructura de las Redes Funcionales de Servicios de Salud, así mismo deberá realizar las gestiones necesarias para dar funcionalidad a este. De ser necesario se podrá convocar a otros sectores para poder fortalecer el sistema en caso que los comités vean necesario.

Las recomendaciones del Comité de Referencia y Contra referencia deben ser tomadas en cuenta para mejorar el Sistema Único de Salud en cada uno de

los niveles de gestión, en base a competencias y capacidades u otros problemas estructurales o sub- componentes incluidos en la norma.<sup>71</sup>

Se reconocen básicamente los siguientes comités:

- a) **A nivel de la Red Funcional de Servicios de Salud**, se debe conformar un Comité de Referencia y Contra referencia encabezado por el Coordinador de la Red en representación del SEDES, el o los responsables municipales de salud de la Red de cada municipio, el Director del hospital de segundo nivel, representante en salud del o de los gobiernos autónomos municipales, representante del o los consejos sociales municipales en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 4 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el Comité de Análisis de Información (CAI) de Red.
  
- b) **A nivel Departamental**, se debe conformar un Comité de Referencia y Contra referencia encabezado por el Director del SEDES, directores de hospitales de segundo y tercer nivel, representante en salud de la Asociación Municipal del departamento, Representante del consejo social departamental en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 2 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el CAI Departamental.
  
- c) **A nivel Nacional**, se debe conformar un Comité de Referencia y Contra referencia encabezado por el o la Ministra de Salud y Deportes, Directores de SEDES, Representante de Directores de hospitales de tercer nivel,

representante de la Federación de Asociaciones Municipales, Representante del Concejo Social Nacional en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Tiene un carácter normativo, de evaluación y gestión. El Comité Nacional desarrollará su reglamento y considerará los indicadores pertinentes para evaluar su funcionamiento. Los resultados de su liberación serán expuestos y analizados en el CAI Nacional y Congreso Nacional de Salud si amerita.

**d) Operativamente los subsectores en salud**, diferentes al público, deberán conformar sus comités acordes a su estructura, que responde a los comités propuestos anteriormente y deben ser incorporados paulatinamente al Sistema Único de Salud.

Sus principales funciones son:

- Elaborar el reglamento del Comité de Referencia y Contra referencia.
- Asegurar y garantizar el cumplimiento de la norma de Referencia y Contra referencia.
- Es la instancia que evalúa la aplicación de los procedimientos en forma periódica mediante reuniones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo a un cronograma.
- Se podrá convocar y solicitar información de otras instancias de acuerdo a necesidad y requerimiento.
- Podrá conformar otros sub- comités de acuerdo a la necesidad de cada Red Funcional de Servicios de Salud.
- Gestionará recursos para el buen funcionamiento del sistema de Referencia y Contra referencia.

## **B. Criterios de Referencia y Contra referencia**

Para la referencia del paciente se tienen los siguientes criterios:

### **a) Toma de decisiones:**

La referencia que se origina cuando el problema de salud del paciente requiere de diagnóstico y/o tratamiento que supera la capacidad resolutive del establecimiento o la instancia comunitaria al que asistió, puede ser de las siguientes formas:

- Atención médica de urgencia o emergencia debiendo realizar el traslado de acuerdo a la Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias.
- Transferencia externa, por requerimiento del médico tratante que envía a otro profesional cuyo concurso pueda ser necesario para la atención del paciente.
- Cuando el tratamiento que necesita el paciente tiene especificidades que superan el nivel de atención del establecimiento.

En el siguiente cuadro se observa el proceso para la toma de decisiones.

### **b) Selección del establecimiento para la referencia.**

Se toman en cuenta los siguientes criterios:

**Capacidad Resolutiva:** El establecimiento de salud al que el paciente es referido debe tener la capacidad para resolver el motivo de la referencia de acuerdo a su cartera de servicios, el médico tratante se podrá guiar en la lista de prestaciones por nivel de atención.

**Accesibilidad:** El establecimiento de salud elegido para la referencia debe ser el más cercano y accesible a través de vías de comunicación y transporte convencionales (ambulancia y transporte).

**Oportunidad:** El paciente debe ser referido en el momento que lo establezcan las Normas de Atención Clínica. Previa a la referencia debe haber comunicación ya sea de forma directa o mediante el centro coordinador de emergencia en caso que exista, con el establecimiento receptor, de mayor capacidad resolutive.

**Control del usuario en el traslado:** El establecimiento de salud debe garantizar que el usuario motivo de la referencia sea controlado durante su traslado hasta su recepción en el establecimiento de destino.

En caso de urgencia el paciente debe ser estabilizado y acompañado durante su traslado por un integrante calificado del equipo de salud y uno de sus

familiares según la Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias.

### **c) Destino del Paciente Referido.**

Una vez identificado el establecimiento de destino, en la hoja de referencia se debe anotar claramente el establecimiento y/o unidad o servicio del mismo, donde se envía al paciente, existiendo las siguientes alternativas:

- **Servicio de Emergencia o Urgencia:** El paciente es referido a este servicio de acuerdo al cuadro clínico del usuario.

- **Servicios ambulatorios:** El paciente es referido a otro establecimiento, cuando su problema de salud requiere de exámenes complementarios o procedimientos de mayor tecnología o tratamiento especializado o interconsulta.

- **Otros destinos:** son las unidades nutricionales, de rehabilitación, servicios legales como Defensorías de la Niñez, Adolescencia y la Mujer, etc., de acuerdo a las necesidades del paciente.

## **C. Procedimientos generales de la Referencia y Contra referencia.**

### **a) Referencia desde Establecimientos de Salud de Primer Nivel**

Todo el equipo de salud debe conocer los protocolos de atención vigentes por nivel de atención; lista de cartera de servicios de los establecimientos de mayor capacidad resolutoria de su Red de Servicios de Salud.

El responsable del establecimiento de salud, o en su ausencia el/la integrante del equipo de salud que lo reemplaza, previa evaluación del paciente y al determinar la necesidad de referirlo, debe explicar al paciente, al familiar o acompañante en forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios; para lo cual, debe llenar el Formulario N°1-Referencia donde el paciente o familiar debe también firmar este formulario como parte del consentimiento informado y referir al paciente con esta documentación. En situación de Urgencia/Emergencia, marcar REFERENCIA DE URGENCIA, llenar en el formulario de referencia la información más relevante, firmar.

Previo al traslado del paciente debe realizarse la comunicación al establecimiento receptor, en caso que la comunicación no sea posible, se debe anotar en el expediente clínico del paciente y en el formulario de referencia, sin que esta situación sea causa para demorar la referencia del paciente.

La recepción del paciente en el hospital debe ser realizada obligatoriamente por un médico de planta, no así por otro miembro del equipo de salud.

La no aceptación de usuarios por cualquier motivo debe estar descrita en la hoja de referencia del paciente con firma y sello de quien rechaza mencionada referencia, también se registra en el cuaderno respectivo del SNIS-VE<sup>xii</sup>, para que el establecimiento justifique esta falta de atención, así como deberá explicar al paciente esta situación y derivara inmediatamente a otro establecimiento de salud que corresponda para salvaguardar la salud del paciente.

#### **b) Referencia desde un establecimiento de segundo nivel**

Cuando un servicio de un hospital de segundo nivel ha decidido realizar la referencia de un paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive debe comunicarse previamente con el establecimiento receptor, también debe explicar al paciente, familiar o acompañante de forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios, para lo cual debe llenar el Formulario N°1- Referencia, y el paciente o familiar también debe firmar este formulario como parte del consentimiento informado y referir al paciente con documentación.

Si la referencia es urgente o existiera dificultades para la comunicación efectiva, estos detalles deben ser descritos en el expediente clínico, así mismo en el formulario de referencia y enviar al paciente inmediatamente.

La recepción del paciente en el hospital debe ser realizada obligatoriamente por un médico de planta, no así por otro miembro del equipo de salud.

La no aceptación de usuarios por cualquier motivo debe estar descrita en la hoja de referencia del paciente con firma y sello de quien rechaza mencionada referencia, también se registra en el cuaderno respectivo del SNIS -VE, para que el establecimiento justifique esta falta de atención, así como deberá explicar al

---

<sup>xii</sup> SNIS – VE: Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica

paciente esta situación y derivara inmediatamente a otro establecimiento de salud que corresponda para salvaguardar la salud del paciente.

### **c) Referencia Comunitaria**

Cuando la referencia la realiza el Médico Tradicional, partera, Agente Comunitario de Salud o Promotor de Salud, u otros involucrados se debe utilizar el Formulario N°3 - Referencia y Contra referencia Comunitaria.

Una vez resuelto el problema de salud del usuario referido, el establecimiento receptor contra refiere al establecimiento de origen o más cercano a su domicilio, siguiendo el procedimiento respectivo, para ello se utiliza el Formulario N°2 -Contra referencia/Epicrisis, que se entrega al usuario o familiar, explicándoles que asista y entreguen esta documentación al personal de salud del establecimiento

La Contra referencia mejora la capacidad resolutive en la red de servicios y la comparación del diagnóstico final respecto al diagnóstico inicial, la valoración y el tratamiento realizados, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el establecimiento de salud, para mejorar el criterio técnico y médico del personal de salud en establecimiento.

### **d) Contra referencia Comunitaria.**

Una vez resuelto el problema de salud del usuario referido, el establecimiento receptor lo contra refiere al Médico Tradicional, partera, Agente Comunitario de Salud, Promotor de Salud u otro que realizo la referencia, para lo que se debe llenar el segundo cuerpo del Formulario N°3 - Referencia y Contra referencia comunitaria, en una forma clara, sencilla y precisa, consignando el diagnóstico final y las actividades de seguimiento que se debe realizar.

### **e) Formularios de Referencia y Contra referencia**

Estos formularios tienen un original y dos copias: la primera amarilla y la segunda verde, de preferencia en papel químico, este documento debe contar con los mismos datos llenados, firmas y sello del médico, sello del establecimiento.

### **Formulario de Referencia**

- a) Original establecimiento que refiere
- b) Copia 1 Amarilla - establecimiento receptor
- c) Copia 2 Verde - comité de Referencia y Contra referencia de la Red.

Una vez que el paciente es recibido en el establecimiento de referencia, el médico receptor tiene que firmar y sellar con sello personal e institucional el original y las dos copias.

a) El original retorna con ambulancia o con el personal de salud que acompañó la referencia, al establecimiento que dio origen a la referencia.

b) La primera copia (amarilla) se queda en el establecimiento receptor y debe ser parte del expediente clínico del paciente.

c) La segunda copia (verde) una vez dado de alta el paciente, será enviado con la copia celeste del formulario de Contra referencia al comité de Referencia y Contra referencia.

### **Formulario de Contra referencia**

- a) Original establecimiento que contra refiere
- b) Copia 1 Amarilla - establecimiento que realizó la referencia inicial.
- c) Copia 2 Celeste - comité de Referencia y Contra referencia de la Red.

Una vez que el paciente es dado de alta, el paciente o familiar tiene que firmar el original y las 2 copias.

a) El original se queda en el establecimiento de salud que recibió la referencia en el expediente clínico.

b) La primera copia (amarilla) se entrega al paciente o familiar y este debe entregar al establecimiento de Salud que realizó la referencia.

c) La segunda copia (celeste) una vez dado de alta el paciente, será enviado con la copia verde del formulario de referencia al comité de Referencia y Contra referencia.

### **Formulario - Referencia y Contra referencia comunitaria**

Este formulario tiene características especiales ya que debe ser llenado por el agente comunitario de salud (ACS), médico tradicional, partera u otros.



Consta de un original dividido en tres partes por líneas dentadas que faciliten su corte y separación.

- a) Parte 1: Comprobante
- b) Parte 2: Referencia Comunitaria
- c) Parte 3: Contra referencia Comunitaria

La Parte 1: Comprobante y la Parte 2: Referencia Comunitaria debe ser llenada por el ACS, médico tradicional, partera u otro personal que refiere al usuario al establecimiento de salud más cercano a su domicilio. La persona que realiza la referencia comunitaria debe cortar por la línea punteada y separar la Parte 1-Comprobante y lo archiva para su seguimiento posterior y entrega las 2 partes restantes (Parte 2 Referencia Comunitaria y Parte 3 Contra referencia Comunitaria) para que el usuario o su familiar lo presenten al personal del establecimiento de salud.

Una vez resuelto el problema de salud, el personal del establecimiento de referencia, corta y separa por la línea punteada la Parte 2, Referencia Comunitaria, la archiva con el expediente clínico y la parte 3, Contra referencia Comunitaria, debidamente llenada, firmada y sellada, se devuelve al usuario o familiar, para que este sea entregado a la persona que lo refirió, una vez llegue a su comunidad.

### **SUB COMPONENTES DE LA REFERENCIA Y RETORNO**

Son imprescindibles para lograr que el proceso sea de más alta calidad.

Los SEDES<sup>xiii</sup> y los Gobiernos Municipales elaboran, anualmente, un plan para asegurar el equipamiento y los insumos de estos subcomponentes.

#### **➤ SUBCOMPONENTE DE INFORMACIÓN**

Para la información son necesarios los instrumentos de registro de datos así como la tecnología informática.

---

<sup>xiii</sup> SEDES: Servicio Departamental de Salud, son órganos desconcentrados de los Gobiernos Autónomos Departamentales, que tienen estructura propia e independencia de gestión administrativa. Decreto Supremo N°25233 del 27 de Noviembre 1998.

## **A. REGISTRO**

El registro se realiza en los siguientes documentos:

- 1. Expediente Clínico del paciente:** se coloca la correspondiente nota en la que se explica los detalles de la referencia.
- 2. Formulario N° 1 – Referencia:** es llenado por el médico/a o integrante del equipo de salud que refiere al paciente.
- 3. Formulario N° 2 - Retorno:** es llenado por el médico responsable del tratamiento del paciente.
- 4. Formulario N° 3 - Boleta Comunitaria de Referencia y Retorno:** es llenado por las instancias comunitarias que realizan la referencia; el retorno es llenado por el médico del establecimiento de salud una vez resuelto el problema del paciente, enviándolo a su comunidad.
- 5. Formulario N° 4 - Registro Mensual de Referencia y Retorno:** usada por el personal de salud encargado de administrar la información en salud, sirve para realizar seguimiento y control de la calidad del componente de Referencia y Retorno.
- 6. Formulario N° 5 - Registro Mensual de Diagnósticos de Referencia y Retorno:** usado por el personal encargado de administrar la información en salud, sirve para realizar el seguimiento y el control de la calidad del componente de Referencia y Retorno.
- 7. Formulario N° 6 - Registro Trimestral de Referencia y Retorno:** usado por el personal de salud encargado de administrar la información en salud, sirve para realizar el seguimiento y el control de la calidad del componente de Referencia y Retorno.

## **B. TECNOLOGÍA INFORMÁTICA.**

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) en sus distintas instancias (local, municipal, departamental y nacional) debe incorporar en el software correspondiente los informes sobre referencia y retorno.<sup>72</sup>

## ➤ **SUBCOMPONENTE LOGÍSTICO.**

### **A. COMUNICACIÓN**

Las características de este subcomponente difieren según la ubicación de los establecimientos de salud. En las ciudades cuenta con líneas telefónicas, líneas de fax, Internet, teléfonos celulares y radios, en tanto que en las poblaciones y comunidades rurales la radiocomunicación es la que existe en todos los establecimientos de salud. Por ello los hospitales de referencia de las ciudades deben contar con radiocomunicación.

Este subcomponente además de coordinar la referencia y el retorno del paciente, facilita las consultas entre los establecimientos de salud.

### **B. ISOCRONAS.**

Es la representación gráfica que incluye mapas, distancias y tiempos de desplazamiento, información primordial para el traslado de pacientes entre establecimientos de salud de la Red Municipal SAFCI<sup>xiv</sup> y la Red de Servicios, se distinguen tres categorías:

1. Entre el Puesto/Centro SAFCI y las comunidades o barrios de su área de influencia.
2. Entre establecimientos de salud de un mismo nivel.
3. Entre establecimientos del primer nivel y los hospitales de referencia de segundo y tercer nivel.

### **C. TRANSPORTE.**

En las ciudades este subcomponente está centralizado, existe un número piloto de teléfono del servicio de ambulancias para el transporte de los pacientes.

En las poblaciones y comunidades rurales son los municipios los encargados de proveer los insumos y el transporte en ambulancia, para pacientes de emergencia, para ello es importante la actuación del Coordinador de la Red de Servicios y del

---

<sup>xiv</sup> SAFCI: Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, Política establecida bajo el Decreto Supremo N° 29601 del 11 de Junio del 2008

Responsable Municipal SAFCI. En algunas regiones del país principalmente en las regiones amazónicas se realiza la provisión de lanchas, deslizadores, etc.

La ambulancia está bajo la responsabilidad del Centro SAFCI con camas, su mantenimiento debe estar a cargo del Municipio.

#### **D. OXÍGENO**

Este medicamento, es un insumo fundamental, tanto para la estabilización del paciente, como para la atención durante su traslado, los responsables de los establecimientos de salud así como el Responsable Municipal SAFCI deben garantizar su existencia en los establecimientos de salud.

#### **E. INSUMOS**

La gestión para la existencia de los insumos necesarios es de responsabilidad tanto del responsable del establecimiento como del Responsable Municipal SAFCI, debiendo encontrarse en situación de disponibilidad inmediata para la atención de la estabilización del paciente y durante su traslado.

#### **➤ SUBCOMPONENTE DE CAPACITACIÓN**

La capacitación de todo el personal en los procedimientos y flujos de la Referencia y Retorno es importante para el éxito de su funcionamiento. Por ello debe ser cuidadosa y participativamente elaborada y programada, de modo que los actores institucionales y comunitarios se involucren no solo en el desarrollo de la referencia y el retorno de pacientes sino también en el funcionamiento de la Red de Servicios.

#### **A. RESPONSABILIDAD DE LA CAPACITACIÓN.**

La capacitación del equipo de salud de los establecimientos está a cargo del Coordinador de la Red de Servicios, el Responsable Municipal y los directores de hospitales de segundo y tercer nivel de atención, quienes identifican y priorizan los contenidos del programa de capacitación.

## **B. CONTENIDO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.**

El contenido del programa de capacitación se basa en la presente norma, los protocolos de atención, de vigilancia epidemiológica y otros temas que fortalezcan las capacidades de los componentes de los equipos de salud, para mejorar su desempeño.

### **➤ SUBCOMPONENTE DE CONTROL**

#### **A. MONITOREO**

Las instancias de Coordinación de la Red de Servicios, Responsable Municipal SAFCI, responsables de establecimientos de salud, la Unidad de Redes de los SEDES y la Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes son los responsables del control del funcionamiento del componente de Referencia y Retorno en los diferentes niveles de atención, para ello eligen los indicadores de proceso que se van a monitorear. Para ello se eligen los indicadores de proceso que se van a monitorear y evaluar este componente en los Comités de Análisis de la Información (CAI).<sup>73</sup>

#### **B. SUPERVISIÓN**

Cada una de las instancias mencionadas para el monitoreo, también son responsables de la supervisión capacitante que debe ser planificada y programada, utilizando técnicas e instrumentos que permitan realizar una retroalimentación inmediata.

Entre algunas herramientas que se pueden usar durante esta actividad están:

- Observación directa.
- Encuesta al personal de salud
- Encuestas a pacientes y familiares.

Los temas de la supervisión serán: organización, flujo de Referencia y Retorno, difusión y conocimiento de normas, capacitación, gestión logística,

manejo del sistema de información y registro, sistema de comunicación y transporte; en el área asistencial la oportunidad y pertinencia de la Referencia y el Retorno y el cumplimiento de las normas y protocolos de atención.

### **C. EVALUACIÓN**

La evaluación debe realizarse en todos y cada uno de los niveles de atención y de gestión, en las reuniones de análisis de la situación de salud, Comités de Referencia y Retorno de los Hospitales y de las Redes de Salud, en base a los indicadores. Se realizarán comparando indicadores de resultado del diagnóstico con los obtenidos al final de la gestión para establecer conclusiones y recomendaciones para la retroalimentación.

Estas actividades deben estar consignadas en los Programas Operativos Anuales.

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **REFERENCIA**

Es la remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional.

#### **CONTRA REFERENCIA**

Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar con la atención integral.

#### **CRITERIOS DE REFERENCIA**

Son los argumentos o parámetros, incluidos en las Normas y protocolos de atención vigentes.

## **CAPACIDAD RESOLUTIVA**

Son las habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos en sus diferentes niveles de atención según su complejidad, para diagnósticas, tratar y resolver los problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología a su alcance, contribuyendo de esta manera, a la solución del problema de salud que aflige a la persona.

## **ESTABLECIMIENTO REFERENTE**

Es el de menor capacidad resolutiva que refiere usuarios a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva.

## **ESTABLECIMIENTO RECEPTOR**

Es el establecimiento de mayor capacidad resolutiva que recibe al usuario referido de otro establecimiento de menor capacidad resolutiva.

## **URGENCIA**

Es todo accidente o proceso patológico de mayor capacidad resolutiva que recibe al usuario referido de otro establecimiento de menor capacidad resolutiva.

## **EMERGENCIA**

Es todo proceso patológico que sin poner en riesgo inminente la vida requiere auxilio y atención inmediata de la vida requiere auxilio ya atención inmediata, ya sea porque la persona que lo padece sufrió un trauma físico, siente dolor intenso, presenta una crisis psicoemocional o puede sufrir complicaciones serias en las próximas 48 horas.

## **REFERENCIA ADECUADA**

Evalúa la necesidad y oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva, cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado.

## **REFERENCIA JUSTIFICADA**

Dependiendo la necesidad de un diagnóstico y/o tratamiento especializado.

## **REFERENCIA OPORTUNA**

Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber agotado su capacidad resolutoria según los procesos y procedimientos establecidos en la norma remite al usuario a un nivel de mayor complejidad previendo la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso.

## **TRANSFERENCIA**

Remite de un servicio a otro dentro del mismo establecimiento de salud.

## **CONTRA REFERENCIA ADECUADA**

Al establecimiento de salud que origina la referencia cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado una vez que este recibió el diagnóstico, tratamiento y manejo correspondiente según normativa, para que se le pueda realizar el seguimiento al tratamiento y control respectivo.

## **REFERENCIA COMUNITARIA**

Es la referencia realizada por una partera, médico tradicional, agente comunitario de salud (ACS), la comunidad, barrio, manzano, zona, ayllu, markas, tentas capitánias, federaciones, sindicatos, colonias u otro a un establecimiento de salud de primer nivel, cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado.

## **CENTRO COORDINADOR**

El Ministerio de Salud y Deportes a través de la URSSyC desarrolla la normativa específica de caracterización, implementación y usos del centro coordinador de emergencia y urgencia médicas (CCEUM).<sup>74</sup>



## **EXPEDIENTE CLINICO**

Es el conjunto de documentos e iconograficos evaluables que constituyen el Expediente Clinico de una persona que recibida o recibe atencion en un establecimiento de salud.

Su manejo debe ser escrupuloso, pues en el se encontraran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera el estado de salud- enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento.

### **CONDICIONES BASICAS DEL EXPEDIENTE CLINICO**

- Veracidad
- Carácter Científico
- Integridad
- Sujeción a la norma
- Secuencialidad
- Disponibilidad
- Exclusividad
- Unicidad
- Codificación

### **FINALIDAD**

- Asistencial
- Docencia
- Investigación
- Gestión y Planificación de Recursos
- Información
  - Administración
  - Jurídica legal
  - Control de calidad asistencial
  - Comunicación

## TIPOS DE EXPEDIENTE CLÍNICO

- **Expediente Clínico de Hospitalización.-** Es aquel que incluye los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa y hospitalización al cual se agregan los documentos del alta, una vez que se cumple la misma lo conforman: historia clínica, formularios de consentimiento informado, órdenes médicas, notas de evolución, interconsulta e informes de juntas médicas, informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica, elementos quirúrgicos.
- **Expediente Clínico de Consulta Externa.-** Es aquel que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa realizado en el establecimiento, con o sin hospitalización lo conforman: historia clínica, formularios de consentimiento informado, órdenes médicas, notas de evolución, interconsultas e informes de juntas médicas, informes de exámenes de laboratorio, gabinete de patología, elementos de enfermería
- **Expediente Clínico de Emergencia.-** Es aquel que incluye todos los documentos relacionados con la atención y hospitalización del paciente, por el tiempo que permaneció internado en el servicio o unidad de emergencias del establecimiento. Incorpora también la documentación referida a alta, referencia a otro servicio de internación y certificado de defunción en caso de fallecimiento del paciente lo conforman: historia clínica, formularios de consentimiento informado, órdenes médicas, notas de evolución, interconsulta e informes de juntas médicas, informes de exámenes de laboratorio, gabinete patología, elementos de enfermería.

## HISTORIA CLÍNICA

Documento central del expediente clínico, el responsable de su elaboración es el Médico Tratante, en los hospitales de enseñanza ésta puede ser elaborada por delegación del médico tratante al médico residente de la unidad o servicio donde se hospitalizó al paciente o por el estudiante de último

año que se encuentra cumpliendo su internado rotatorio bajo supervisión del médico de planta quien dará su conformidad estampando su nombre, sello y firma.

## **EPICRISIS**

Constituye el resumen de todo el contenido del expediente clínico y debe ser llenada en formularios expresamente diseñados bajo el siguiente ordenamiento

- Datos generales idem que en la Historia clínica
- Fecha de ingreso y de alta hospitalaria
- Diagnóstico de ingreso y egreso
- Motivo de alta
- Resumen de la evolución
- Lista de problemas clínicos pendientes
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendación para vigilancia ambulatoria
- Enfermedades colaterales y hábitos
- En caso de defunción causa de muerte acorde a certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

Es un documento de suma utilidad no solo por razones estadísticas sino para fines de estudio e investigación, porque permite un análisis rápido de un caso en particular o de un crecido número de casos siempre y cuando se conserven archivos de copias de epicrisis ordenados por patologías, en los respectivos servicios donde son atendidas.<sup>75</sup>

## **LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL**

La Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, es una medida social que constituye una base amplia para la construcción del Sistema Único de Salud y que establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población boliviana que no cuenta con aseguramiento en alguna de las entidades del Seguro de Salud Obligatorio a corto plazo.

Inicialmente, los beneficios se extienden a menores de cinco años; embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad; brindándoles servicios integrales de promoción de la salud así como de prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, evitando el gasto de bolsillo de las personas y principalmente el riesgo de ocurrencia de gasto catastrófico en salud, que es una de las causas que empobrecen a las familias. También se hace énfasis en la atención de salud reproductiva en mujeres en edad fértil.

Un aspecto importante que debemos destacar en el contenido del Manual, es la inclusión de las prestaciones de hemodiálisis para pacientes con insuficiencia renal crónica y servicios de rehabilitación física y de salud mental.

El Ministerio de Salud, responsable de la rectoría del sistema nacional de salud, tiene la atribución y responsabilidad de reglamentar y actualizar las prestaciones de salud que serán brindadas en los diferentes niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutive y tecnología existente en el país.

**Traslado de Emergencias.-** Los establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel de Atención del área rural podrán aplicar la prestación para cubrir el traslado de pacientes referidos a un hospital de mayor resolución por vía terrestre o fluvial en casos de urgencia o emergencia, utilizando un medio de transporte propio, del servicio público o de la Comunidad.

El Gobierno Autónomo Municipal a través del Área Técnica de Salud y en coordinación con los responsables de los establecimientos de salud de su jurisdicción, deberá establecer, actualizar y autorizar ANUALMENTE el pago de esta prestación cumpliendo los siguientes requisitos generales:

- Definición del monto total a pagar por la prestación de acuerdo al tipo de vehículo y combustible a utilizarse, distancias a recorrer, pago de peajes,

etc. (NO SE RECONOCEN VIÁTICOS O ESTIPENDIOS DE FUNCIONARIOS).

- Identificación del medio o los medios de transporte que serán utilizados por el personal de salud (ambulancia o embarcación propia, vehículo o embarcación de servicio público o vehículo o embarcación particular de un miembro de la comunidad)
- Identificación de los hospitales de referencia correspondientes de acuerdo a la Red Funcional de Servicios establecida por el SEDES respectivo.
- Detalle de otros documentos que el Gobierno Autónomo Municipal considere pertinente para el descargo de los traslados que serán realizados. (facturas, recibos, bitácoras, etc.).

El personal de salud que acompaña al paciente durante el traslado está obligado a ADJUNTAR al documento de DESCARGO DE TRASLADO DE EMERGENCIAS una copia de la BOLETA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA con firma o sello del Hospital que recibió al paciente como requisito para solicitar el pago mensual de la prestación.

El traslado de emergencias estará sujeto a auditoría médica y/o financiera cuando lo determine la instancia de fiscalización correspondiente.

Los establecimientos de salud de ciudades intermedias y ciudades capitales NO PODRAN APLICAR ESTA PRESTACIÓN debiendo proporcionar el servicio de ambulancias con otros recursos. El gobierno autónomo municipal deberá asignar recursos y establecer las partidas y montos correspondientes para el pago de choferes, combustible, lubricantes, repuestos y mantenimiento de los mismos, debiendo preverlos e inscribirlos en el POA y presupuesto municipal y del establecimiento de salud.

Se considera como FRAUDE VOLUNTARIO el registro y declaración de la prestación TRASLADO DE EMERGENCIAS cuando las mismas no cuenten con

los requisitos establecidos por el gobierno autónomo municipal así como su aplicación por establecimientos de salud de primer y segundo nivel de ciudades intermedias y ciudades capitales u Hospitales de 3er nivel. Los infractores serán sancionados de acuerdo a la normativa vigente. <sup>76</sup>

## **EL ENFOQUE DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN EL CURSO DE LA VIDA**

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, como parte principal de la red funcional de salud, tiene la tarea de desarrollar procesos de educación y promoción de la salud, orientación, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales (en la familia, en la comunidad y en el establecimiento) de tipo ambulatorio, de internación de tránsito, con servicios básicos complementarios de diagnóstico, articulados con la medicina transfusional, mediante el componente de referencia y contra referencia, para contribuir a mantener y mejorar la salud de la población, enmarcándose en el cuidado de su salud física, mental, social, espiritual, cultural y ambiental.

La Red de Servicios de Salud se articula con la red social y sus acciones son desarrolladas por el equipo de salud del establecimiento, en coordinación y articulación con los actores comunitarios, aceptando, respetando, valorando y compartiendo sentimientos, conocimientos, saberes y prácticas, de acuerdo con su cultura y su cotidianidad, adecuando culturalmente el espacio físico, equipamiento, mobiliario, indumentaria, horarios y protocolos de atención.

Es también importante el desarrollo de competencias del personal para mejorar la capacidad resolutive de cada nivel de atención. El desarrollo de habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos de los diferentes niveles, permite diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología (infraestructura, equipamiento e insumos) a su alcance, contribuyendo de esta manera, a la solución de los problemas de

salud prioritarios de la población. Ante la aparición de alguna complicación, puede ser necesario referir al/ la paciente a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive. Si fuera así, se activara el sistema de referencia y Contra referencia como un componente articulador de la Red de Servicios.

En la actualidad, el enfoque del “Continuo de Atención” contribuye a brindar atención integral en salud a la población; según este servicio, la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, (sobre todo en la salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niño/a y adolescente), reconociendo que el mejorar el estado de salud de un “momento” del continuo, repercute favorablemente en el siguiente. Además, el enfoque del continuo de atención promueve la integración de los diferentes ámbitos de atención: hogar, la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de salud. Estos Servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades.

Este nuevo enfoque se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo, la política de salud familiar comunitaria intercultural del Ministerio de Salud; Programa Desnutrición Cero; Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia, seguro social para el Adulto mayor (SSPAM) y pretende contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En Bolivia, el continuo de la atención incluye dos componentes novedosos: La Atención Integral al escolar (niño/a de 5 a 12 años) y en las personas adultas mayores (mayor de 60 años o más), con lo cual el enfoque abarca prácticamente todas las fases del curso de la vida.

Los cuadros de procedimientos permiten que el personal de salud aplique de manera sistemática y ordenada, una serie de acciones basadas en la evidencia, durante la atención en los servicios de salud.

La capacitación del personal de salud, en estos procedimientos, es el punto de inicio de la operativización del enfoque del continuo de atención, reconociendo que será necesario, a corto plazo, desarrollar y/o fortalecer otras actividades que permitan una plena información de este enfoque.

Los cuadros de procedimientos incorporan la aplicación de conceptos de calidad durante la atención al curso de la vida y contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes, aptitudes y practicas respecto al cuidado y mantenimiento de la salud, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y en el hogar.

La atención integral, para cada momento del curso de la vida, incluye la detección de signos y síntomas (señales) simples, que permiten realizar una o varias clasificaciones y realizar el tratamiento oportuno y adecuado que corresponde a esta clasificación. El tratamiento, de acuerdo a la severidad de la clasificación, puede ser: referencia o tratamiento en el hogar. Si el tratamiento debe ser realizado en el hogar, este consiste en el tratamiento específico (medicamentos) en caso de que sea necesario; orientación sobre prácticas adecuadas, promoción de la salud y el desarrollo, identificación y prevención del maltrato; orientación sobre cuando volver de inmediato o cuando volver para control.

Los cuadros de procedimientos emplean el formato de “algoritmos” y siguen siguiente secuencia:

- Preguntar y/o determinar y/u observar (signos y síntomas con elevada sensibilidad y especificidad).
- Evaluar
- Clasificar
- Determinar el tratamiento
- Tratar (tratamiento médico considerando el contexto y el tipo de recursos humanos; referencia - si es necesaria- , medidas preventivas; promoción de la salud).

En el marco de la política SAFCI, los cuadros de procedimientos se constituyen en la herramienta operativa que facilita la atención integral, sistematizada y de calidad para la atención de:

- Las y los adolescentes
- Mujer en edad fértil-mujer durante el embarazo, parto y puerperio



- Recién nacido/a y al menor de 2 meses de edad (AIEPI<sup>xv</sup> neonatal)
- Niño/a de 2 meses a menor de 5 años de edad (AIEPI-NUT<sup>xvi</sup> clínico)
- Niño/a de 5 años a menor de 12 años de edad
- Personas adultas mayores a partir de los 60 años de edad (valoración geriátrica breve)<sup>77</sup>.

## 6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La puesta en práctica de las redes integradas de servicios de salud en las américas, tienen como fundamento en el “nuevo paradigma” de renovación de los sistemas de salud.<sup>78</sup>

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

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

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

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

---

<sup>xv</sup> AIEPI: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

<sup>xvi</sup> AIEPI-NUT: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el marco de la meta “Desnutrición Cero”

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

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

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

## **7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad los Mecanismos de Coordinación Asistencial en los Servicios de Salud para la adecuada continuidad de la Atención de las personas, familia y comunidad en la Red Norte Central de la ciudad de La Paz, no tienen el funcionamiento adecuado según la Norma establecida.

El sistema de salud presenta fallas estructurales en diferentes aspectos como en la rectoría, aseguramiento, financiación y prestación de los servicios de salud, poniendo barreras a la atención, desincentivando el uso de los servicios y reduciendo las estrategias de salud pública, con lo cual se dio el deterioro de los indicadores de salud, pese a la alta tasa de cobertura de aseguramiento en el país, que no siempre se traduce en acceso efectivo y oportuno a los servicios.

## **8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Será que los Mecanismos de Coordinación Asistencial en los Servicios de Salud para la adecuada continuidad de la Atención de las personas, familia y comunidad cumplen la Normativa Nacional vigente en la Red Integral de Servicios de Salud -REFISS- Norte Central. La Paz - Bolivia, 2017?

## **9. OBJETIVOS**

### **9.1. Objetivo General**

Analizar la importancia de los Mecanismos de Coordinación Asistencial en los Servicios de Salud para la adecuada continuidad de la atención de las personas, familia y comunidad en la Red Integral de Servicios de Salud -REFISS- Norte Central. La Paz - Bolivia, 2017.

### **9.2. Objetivos Específicos**

- Verificar la existencia de la gestión y coordinación del cuidado de la salud de las personas, familia y comunidad en la Red Integral de Servicios de Salud -REFISS- Norte Central. La Paz - Bolivia, 2017.
  
- Evaluar el desarrollo del cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad en la Red Integral de Servicios de Salud -REFISS- Norte Central. La Paz - Bolivia, 2017.
  
- Proponer mejoras a la herramienta de los mecanismos de coordinación del cuidado de la salud de las personas, familia y comunidad en la Red Integral de Servicios de Salud -REFISS- Norte Central. La Paz - Bolivia, 2017, para la adecuada recolección de datos.

## **10. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio se realiza en la Red Norte Central que se encuentra situado en la ciudad de La Paz en un territorio delimitado y con población asignada por el Servicio Departamental de Salud La Paz, los datos fueron recolectados en instalaciones del Centro de Salud Lazareto donde se encuentra la Coordinación de la Red Norte Central, donde fueron otorgados por el personal responsable de dicha instalación.

El diseño del estudio es de tipo Descriptivo Observacional orientado a una investigación acción participativa. Incluyó dos fases: cuantitativa y cualitativa<sup>xvii</sup>.

### **10.1. Contexto o lugar de las intervenciones**

El estudio se realiza en la Red Norte Central que se encuentra situado en la ciudad de La Paz en un territorio delimitado y con población asignada por el Servicio Departamental de Salud La Paz, los datos fueron recolectados en instalaciones del Centro de Salud Lazareto donde se encuentra la Coordinación de la Red Norte Central, donde fueron otorgados por el personal responsable de dicha instalación.

### **10.2. Técnica de Recolección de Datos**

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

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

---

<sup>xvii</sup> Lo cuantitativo basado en la recolección de datos a partir de una encuesta y lo cualitativo a partir de la aplicación de dos técnicas investigativas, grupos focales y entrevistas en profundidad.

La encuesta fue administrada a informantes clave del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz y ejecutivos de la Red de Salud N° 3 - Norte Central de la ciudad de La Paz.

### **10.3. Estructura del Instrumento**

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

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

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

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

### **10.4. Composición del Instrumento**

El instrumento está compuesto por los siguientes elementos:

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

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

### **10.5. Proceso de Relevamiento de Datos y Análisis**

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

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

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

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

El análisis de resultados se realizó mediante el paquete Excel.

Los resultados fueron interpretados empleando un diagrama de alertas que asigna el COLOR VERDE a toda condición ÓPTIMA, el COLOR AMARILLO a la condición de ALERTA y el COLOR ROJO si se trata de una condición NO DESEADA o DE EMERGENCIA, ver figura 10 (Anexo 2).

De los 14 atributos REFISS, para fines de la presente tesis fue seleccionado el atributo 5 referido a verificar si la Red Norte Central del municipio de La Paz que tiene como objetivo el Analizar la importancia de los Mecanismos de Coordinación Asistencial en los Servicios de Salud para la adecuada continuidad de la atención de las personas, familia y comunidad de la Red Norte Central, en el municipio de La Paz en la gestión 2016.

### **10.6. Proceso Investigativo**

Según muestra el Figura 11, por tratarse de una investigación enmarcada en la investigación acción participativa, ha sido necesario considerar en fases y momentos investigativos, ver figura 11 (Anexo 2)

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

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

- d) Fase de Recolección de datos:** Se realizó en dos momentos: a) en una reunión con grupos focales donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos y b) en el proceso de verificación de los datos en los establecimientos y unidades de gestión de la Red de Salud.

**e) Fase de Análisis:** En dos momentos, a nivel de laboratorio con base a las recomendaciones de expertos de la OPS/Bolivia y en reuniones con personeros de la Red de Salud y del SEDES La Paz. En esta fase se verificaron las fuentes y se consolidaron los datos obtenidos en el trabajo grupal.

**f) Fase de elaboración del Plan:** Realizada en un taller conjunto con participación de expertos de la Red de Salud, personeros del SEDES La Paz y cursantes de la maestría.

Para este fin se utilizó matrices de planificación normadas por el Ministerio de Salud. Ver tabla 17 (Anexo 1)

## **10.7. Mediciones**

Las mediciones fueron realizadas en dos etapas, la primera en una reunión efectuada con grupos focales del SEDES La Paz, donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos los cuales fueron plasmados en el llenado de la Herramienta REFISS; y la segunda etapa correspondiente al proceso de verificación de los datos efectuado con el apoyo de la Coordinación de la Red Norte Central con sede en el centro de Salud San Juan Lazareto en Miraflores.

### **10.7.1. Unidad de Observación**

Corresponde a la Red Norte Central de la ciudad de La Paz, cuya información se encuentra consolidada y disponible en la Coordinación de la Red con sede en el Centro de Salud San Juan Lazareto, en la Av. Tejada Sorzano, Miraflores.

### **10.7.2. Marco Muestral**

Los aspectos a investigar corresponden al atributo 5 de la Herramienta REFISS, el cual está compuesto por 2 criterios y sus variables, mismos que se detallan a continuación:



Para analizar el atributo 5, se tomaron en cuenta las variables que señala la Herramienta:

### **Variables Dependientes**

- Violencia
- Practicas alimentarias
- Desnutrición
- Control en expendio de alimentos
- Adicciones

### **Variables Independientes**

- Educación
- Vivienda
- Trabajo
- Ingreso
- Salud Ambiental
- Género
- Interculturalidad

Dados los criterios y las variables del atributo 5 de la herramienta REFISS, enunciadas en el Anexo 1, el criterio de investigación se planteó de forma dirigida a la investigación de los principales factores que inciden en la suficiencia de coordinación de acciones intersectoriales en salud en la Red Norte Central del municipio de La Paz.

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

Finalmente se procedió a validar la herramienta REFISS para medición del atributo 5 en la Red Norte Central.

### 10.7.3. Plan de Análisis

El plan de análisis relacionado con la gestión y coordinación del cuidado de la salud de las personas, familia y comunidad en la Red Norte Central del municipio de La Paz en la gestión 2017, incluye los indicadores, ver tabla 18 (Anexo 1)

### 10.7.4. Análisis Estadístico

En esta sección se describe y analiza los resultados de la investigación de campo. Para ello, se emplean los resultados del instrumento aplicado para la recolección de información de la Red Urbana N° 3 Norte Central del Municipio de La Paz, según las variables e indicadores planteados, los cuales a su vez se constituyen en preguntas relacionadas con estos indicadores.

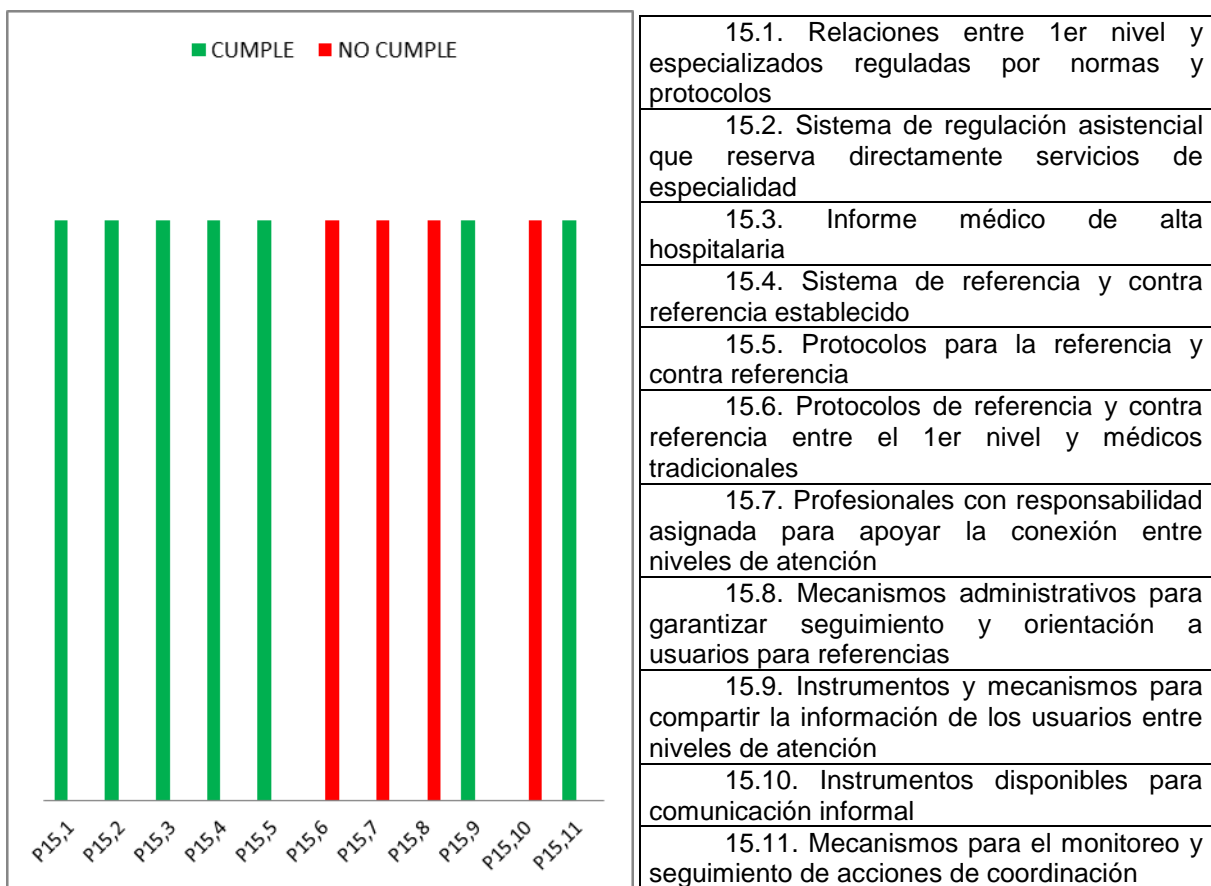
El porcentaje del rendimiento general de la variable de gestión y coordinación del cuidado de la salud de las personas, familia y comunidad en la Red Norte Central del municipio de La Paz en la gestión 2017, es de 68.8% como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla N°19 Porcentaje del rendimiento general de la variable coordinación y continuidad de la atención, Red Norte Central – La Paz 2017.**

<b>PROMEDIO GENERAL DE VARIABLES CUMPLIDAS</b>	68.8	
Revisar los niveles de coordinación entre niveles y otros prestadores de salud, y los responsables del cuidado de la salud de las personas, familia y comunidad.		

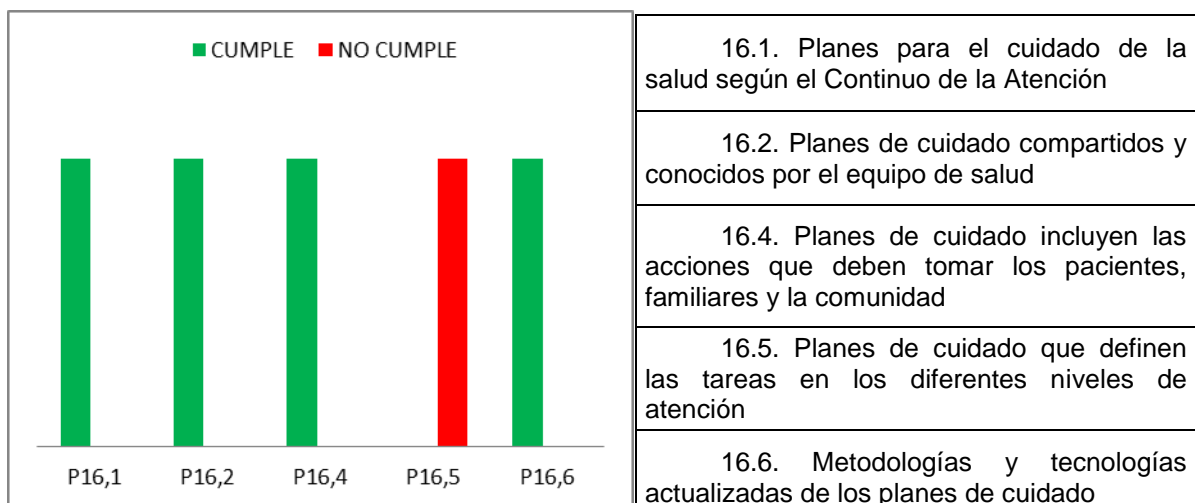
Se puede establecer que el nivel de cumplimiento de los indicadores definidos previamente en la variable estructura y organización no se cumplen en su totalidad, debido a que cuatro indicadores identificados no se cumplen adecuadamente en esta Red, tal como se puede observar en la siguiente figura:

**Figura N°12 Cumplimiento de los indicadores de la variable de gestión y coordinación del cuidado en la Red Norte Central del municipio de La Paz en la gestión 2017**



Se puede establecer que el nivel de cumplimiento de los indicadores definidos previamente en la variable estructura y organización no se cumplen en su totalidad, debido a que uno de los indicadores identificados no se cumplen adecuadamente en esta Red, tal como se puede observar en la Figura N°13 .

**Figura N°13 Cumplimiento de los indicadores de la variable del cuidado a la salud en la Red Norte Central del municipio de La Paz en la gestión 2017**



## 11. RESULTADOS

### Variable de Gestión y Coordinación del Cuidado

Dentro de los ámbitos de abordaje de las Redes Funcionales Integrales de Servicios de Salud, el modelo asistencial que incluye la variable de gestión y coordinación del cuidado.

Por lo tanto los resultados presentados en cuanto a esta variable en el estudio realizado en la Red Norte Central del municipio de La Paz en la gestión 2016 son los siguientes:

- Relaciones entre 1er nivel y especializados regulados por normas y protocolos de atención y gestión.

Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable, se reconoce tres niveles de atención, según su capacidad resolutive.

En la Red Norte Central del municipio de La Paz, las relaciones entre el primer nivel y los servicios especializados están reguladas por normas y

protocolos de atención y gestión que faciliten el flujo de los pacientes en los diferentes niveles de la Red.

- Existe sistema de regulación asistencial que reserva directamente servicios de especialidad.

A través de Normas y protocolos existe un sistema de regulación asistencial que permite al primer nivel de atención reservar directamente servicios de atención especializada, análisis clínicos, diagnóstico por imágenes, atención hospitalaria electiva y los demás servicios ofrecidos por la Red.

En la Red Norte Central del municipio de La Paz, los formularios establecidos por Norma como el de Referencia y Contrarreferencia para realizar las Interconsultas con las diferentes especialidades y los formularios D8 y D9 para exámenes complementarios se cumplen para facilitar la atención de los pacientes desde el primer nivel de atención.

- Existe Informe médico de alta hospitalaria.

La epicrisis es un documento de suma utilidad, no solo por razones estadísticas sino para fines de estudio e investigación, porque permite un análisis rápido de un caso en particular o de un crecido número de casos, siempre y cuando se conserven archivos de copias de epicrisis ordenadas por patologías, en los respectivos servicios donde son atendidas. Asimismo, tiene carácter de informe resumido, motivo por el cual debe entregar una copia al paciente en el momento del alta, con énfasis en las indicaciones y/o recomendaciones que creyera convenientes y que el paciente deba cumplir.

En la Red Norte Central existen Hospitales de 2do y 3er nivel de atención los cuales si emiten informes médicos de alta hospitalaria, según esta establecido en la Norma Técnica para el manejo del expediente clínico.

- Está establecido un sistema de referencia y contra referencia.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos del Sistema Único de Salud, que incluye los diferentes sub sectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro de la Red Funcional de Servicios de Salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive en caso que el usuario requiera tratamiento, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico.

En el estudio de campo realizado en la Red Norte Central del municipio de La Paz se constató que los Establecimientos de Salud de 1er y 2do nivel cuentan de manera física con las Normativa Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

- Existen protocolos para la referencia y contra referencia

Dentro de la Normativa Nacional Vigente referente a protocolos establecidos para los diferentes niveles de atención incluyen los protocolos de referencia y contrarreferencia, estos se encuentran distribuidos en todos los niveles de atención de la Red Norte Central del municipio de La Paz.

- Los protocolos incluyen la referencia y contra referencia del 1er nivel y médicos tradicionales.

La SAFCI tiene como estrategia la promoción de la salud, la cual se operativiza a partir de cuatro mecanismos: educación para la vida, participación social, alianzas estratégicas y reorientación de los servicios de salud con interculturalidad, lo que incorpora en la norma implementación oportuna de la referencia y contrarreferencia entre la medicina académica y la medicina tradicional.

En el estudio de campo realizado en la Red Norte Central se pudo verificar que no existen médicos tradicionales por lo tanto no se cumplen los protocolos de referencia y contrarreferencia del 1er nivel a médicos tradicionales.

- Hay profesionales con responsabilidad asignada para apoyar la conexión entre niveles de atención

El equipo de salud debe ser entendido como un conjunto de personas que dentro del modelo de atención y enmarcados en los 4 pilares de la Política SAFCI y entre ellos existe un tipo de relacionamiento horizontal donde las potencialidades de sus capacidades se complementan y hacen sinergia para dar respuesta a los usuarios.

Representar el soporte importante para el funcionamiento del componente de Referencia y Contrarreferencia; quienes como parte de sus funciones y responsabilidades coadyuvaran a fortalecer este componente.

El funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia depende de la capacidad del personal de salud para realizar las referencias y realizar el seguimientos de las contrarreferencias por lo cual se necesita personal que sea capacitado para realizar la función del control de las referencia y contrarreferencias, lo que se verificó en la Red no existe personal que sea capacitado y designado exclusivamente para cumplir con esta función.

- Existen mecanismos administrativos para garantizar seguimiento y orientación a usuarios para referencias.

Todo el equipo de salud debe conocer los protocolos de atención vigentes por nivel de atención; lista de cartera de servicios de los establecimientos de mayor capacidad resolutive de su Red de Servicios de Salud.

Según la Ley 475, las prestaciones de salud cubren los costos de referencia y contrarreferencia pero solo para la población asegurada que incluso tiene excepciones para los diferentes diagnósticos emitidos, pero por otro lado en la red

norte central no existen mecanismos administrativos para garantizar los seguimientos y orientaciones al usuario para las referencias en el caso de pacientes que no son cubiertos por algún tipo de seguro.

- Existen instrumentos y mecanismos para compartir la información de los usuarios entre niveles de atención.

El responsable del establecimiento de salud, o en ausencia el/la integrante del equipo de salud que lo reemplaza, previa evaluación del paciente y al determinar la necesidad de referirlo, debe explicar al paciente, al familiar o acompañante de forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios; para lo cual, debe llenar el Formulario N° 1 y el paciente o familiar debe también firmar este formulario como parte del consentimiento informado y referir al paciente con esta documentación.

Existen Formularios de referencia y contrarreferencia los cuales tienen un original y dos copias, el cual se debe ser llenado con firmas y sello del médico y sello del establecimiento.

En la Red Norte Central se verifica que los establecimientos de salud cuentan con estos formularios y que están llenados de forma correcta cumpliendo con todos los requisitos que dictamina la normativa vigente.

- Disponibles instrumentos para comunicación informal (correo electrónico, Internet, teléfono, WhatsApp).

Dentro de la tecnología informática se cuenta con el Software de Atención Primaria en Salud – SOAPS, Para el primer nivel de atención y el Sistema de Información Clínico Estadístico – SICE para el segundo y tercer nivel de atención, herramientas informáticas desarrolladas por el SNIS a partir de los procesos de sistematización (cuadernos, hojas de registro), que contemplan los procesos de Referencia y Contrarreferencia y todo software o sistema que genere e implemente el Ministerio de Salud para su utilización.



En la Red Norte Central no cuenta con una red de Internet implementada en cada establecimiento de salud, el 70% de los Establecimientos de Salud de 1er nivel cuentan con líneas de telefonía fija y por otro lado no cuentan con números corporativos en caso de Emergencia.

- Implementados mecanismos para el monitoreo y seguimiento de acciones de coordinación.

Se realiza control a la aplicación de la norma de Referencia y Contrarreferencia a través del monitoreo, supervisión y evaluación del Sistema involucrando a la comunidad y autoridades locales municipales, departamentales y Nacionales.

El monitoreo es una actividad de control periódica al cumplimiento de los indicadores establecidos, para que estos sean evaluados posteriormente en los Comités de Análisis de la Información.

Después de realizado el control del logro de los resultados propuestos y cumplimiento de los indicadores en los compromisos de gestión se realiza el seguimiento de estos.

En la Red Norte Central se realizan Comités Técnicos de manera mensual y los resultados son analizados en los Comités de Análisis de la Información, lo cuales están registrados en un libro de actas que maneja la Trabajadora Social de la Red.

Los resultados obtenidos en la Red Norte Central según el estudio de campo realizado a través de los reportes realizados en los formularios 301 y 302 es consolidado por el personal estadístico de la Red lo cual posibilita tener un dato exclusivo sobre la referencia y contrarreferencia debido a este dato se plantea que la proporción de referencias realizadas en la gestión 2016 fue de 18% de referencias realizadas de establecimientos de primer nivel a segundo nivel de

atención por el contrario el porcentaje de contrarreferencias es de 5.7% cuando el indicador nos demuestra que debería ser mayor a 80% y que solo el 10 – 15% de las consultas atendidas deberían ser referidas a establecimientos de mayor capacidad resolutive.

### **Variable de desarrollo del cuidado a la salud**

- Implementados planes para el cuidado de la salud según el Continuo de la Atención.

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, como parte principal de la red funcional de salud, tiene la tarea de desarrollar procesos de educación y promoción de la salud, orientación, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales (en la familia, en la comunidad y en el establecimiento) de tipo ambulatorio, de internación de tránsito, con servicios básicos complementarios de diagnóstico, articulados con la medicina transfusional, mediante el componente de referencia y contra referencia, para contribuir a mantener y mejorar la salud de la población, enmarcándose en el cuidado de su salud física, mental, social, espiritual, cultural y ambiental

En la Red Norte Central están implementados planes para el cuidado de la salud centrado en las personas para los diferentes grupos reconocidos según el enfoque del Continuo de la Atención y en el Curso de la Vida, lo que se verificó con la existencia de la Norma en cada establecimiento de salud de 1er nivel de atención y con los formularios establecidos por Norma.

- Planes de cuidado son compartidos y conocidos por el equipo de salud en todo nivel de atención

Es importante el desarrollo de competencias del personal para mejorar la capacidad resolutive de cada nivel de atención. El desarrollo de habilidades y

destrezas del equipo de salud de los establecimientos de los diferentes niveles, permite diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología (infraestructura, equipamiento e insumos) a su alcance, contribuyendo de esta manera, a la solución de los problemas de salud prioritarios de la población. Ante la aparición de alguna complicación, puede ser necesario referir al/ la paciente a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive. Si fuera así, se activara el sistema de referencia y Contra referencia como un componente articulador de la Red de Servicios.

En la actualidad, el enfoque del “Continuo de Atención” contribuye a brindar atención integral en salud a la población; según este servicio, la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, (sobre todo en la salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niño/a y adolescente), reconociendo que el mejorar el estado de salud de un “momento” del continuo, repercute favorablemente en el siguiente. Además, el enfoque del continuo de atención promueve la integración de los diferentes ámbitos de atención: hogar, la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de salud. Estos Servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades.

Los Cuadros de Procedimientos permiten que el personal de salud aplique de manera sistemática y ordenada, una serie de acciones basadas en la evidencia, durante la atención en los servicios de salud.

- Planes de cuidado incluyen las acciones que deben tomar los pacientes, familiares y la comunidad

En Bolivia, el continuo de la atención incluye dos componentes novedosos: La Atención Integral al escolar (niño/a de 5 a 12 años) y en las personas adultas mayores (mayor de 60 años o más), con lo cual el enfoque abarca prácticamente todas las fases del curso de la vida.

La capacitación del personal de salud, en estos procedimientos, es el punto de inicio de la operativización del enfoque del continuo de atención, reconociendo que será necesario, a corto plazo, desarrollar y/o fortalecer otras actividades que permitan una plena información de este enfoque.

En la Red Norte Central el personal fue capacitado en el Continuo de la Vida para el cual se realizó un taller con todo el personal y en el que se entregaron certificados de asistencia con valor curricular.

- Los planes de cuidado definen claramente la división de tareas en los diferentes niveles de atención

En el Manual de Funciones de los diferentes de Establecimientos de Salud no están delimitadas las funciones que deben cumplir según las normas del continuo de la vida.

- Se implementa metodologías y tecnologías actualizadas de los planes de cuidado

Los cuadros de procedimientos incorporan la aplicación de conceptos de calidad durante la atención al curso de la vida y contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes, aptitudes y prácticas respecto al cuidado y mantenimiento de la salud, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y en el hogar.

En la actualidad en la Red Norte central el único Centro de Salud de primer nivel de atención que cuenta con el Software para atención primaria en salud es Achachicala, se continua en proceso de implementación de este software en la totalidad de la Red para llevar a cabo un trabajo más consolidado, siendo importante que estos temas se tratan en los Comités de Análisis de la Información de la Red.

## 12.. DISCUSIÓN

En esta sección se realiza la discusión de los resultados obtenidos en el estudio de campo. Para ello se emplea el documento “Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.: OPS, © 2010

Además, se toma como referencia un estudio acerca del Manual Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Red Pública de prestación de Servicios de Salud - Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, Santiago de Cali, Marzo de 2014.

La discusión se centrará tanto en los indicadores en los que se obtuvieron resultados positivos como en los negativos en la Red Urbana N° 3 Norte Central del Municipio de La Paz.

En términos generales, las situaciones que requieren de mayores niveles de coordinación asistencial se observan en problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias, y por lo tanto requieren de modelos de co-provisión de servicios. Los instrumentos o mecanismos de coordinación tradicionalmente utilizados por las organizaciones sanitarias se basan en la normalización de los procesos/resultados y la adaptación mutua. Las guías de práctica clínica y los protocolos de atención son ejemplos de instrumentos de coordinación basados en la normalización de los procesos. Este tipo de mecanismos pueden utilizarse eficazmente cuando las interdependencias entre los profesionales no son elevadas, la variabilidad en la respuesta a las intervenciones médicas entre pacientes es mínima y la programación de la atención resulta fácil. Por otra parte, la adaptación mutua, es decir, la coordinación del trabajo mediante mecanismos de coordinación orgánicos que favorecen la comunicación entre profesionales que intervienen en un mismo proceso asistencial, es más eficaz para coordinar la atención de problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias.

Ejemplos de esta última forma de coordinación son los grupos de trabajo interdisciplinarios, los diseños organizacionales matriciales y la gestión de casos.

Pero, sin duda, el mayor facilitador de continuidad de la organización es su sistema de información vertical. BSA tiene una intranet con 10 años de experiencia, que resuelve la agregación de datos clínicos y administrativos a través de una historia clínica compartida, que reúne la historia clínica electrónica de AP, de AE y de ASS y atención domiciliaria, accesible desde todos los puntos de la red así como desde el domicilio de los pacientes atendidos, y que comparten el servicio de radiodiagnóstico por imagen digital y el laboratorio. La intranet corporativa es además un instrumento de ayuda a la toma de decisiones (disponibilidad de protocolos y guías clínicas), a la gestión del conocimiento (conocimiento compartido) y a la traducción de los objetivos estratégicos en flujo adecuado de pacientes (visión de los circuitos de derivación más próximos al domicilio del paciente). La disponibilidad de todos los datos clínicos y administrativos en el sistema de información permite la elaboración de cuadros de mando integral, de acceso para todos los profesionales con actualización diaria de los datos. Todos los servicios disponen de información sobre actividad asistencial, consumo de recursos, información económica y de recursos humanos, o información cualitativa (indicadores clínicos de excelencia) a tiempo real.

Como podemos observar la realidad de Cali podemos realizar una comparación con la realidad de la Red Norte Central del municipio de La Paz, mediante el estudio de campo que se realizó el cual nos demostró que existen deficiencias en los mecanismos de coordinación y continuidad de la atención para la persona, familia y comunidad debido a que la Normativa vigente esta socializada en la Red.

La Red en la última reunión del Comité Técnico se decidió llevar a cabo la capacitación de estas normas con el personal para que de esa manera se pueda dar solución a los problemas detectados después del estudio.

La actual política de salud con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Es necesario entonces definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

El Sistema de Referencia y Contra referencia se desarrolla teniendo como marco normativo el contenido del Decreto 4747 de 2007.

La Red de prestación de servicios, es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Teniendo en cuenta que la normatividad vigente aplica para todas aquellas entidades que tengan a cargo el pago de servicios de salud prestados a una población, es competencia del Departamento del Valle del Cauca cumplir con los requisitos mínimos, para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, en razón al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para lo cual se requiere:

- ✓ Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y

accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.

- ✓ Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
- ✓ Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- ✓ Diseño, organización y documentación del Sistema de referencia y contrarreferencia, que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

El Gobierno Departamental de Valle de Cauca, en cumplimiento de los compromisos contraídos con el Ministerio de Salud, se permite divulgar la Red Pública en un modelo de Prestación de Servicios organizado en Redes Integradas e Integrales de Salud, en el contexto de alianzas público - privadas, con enfoque regional, reordenando las Empresas Sociales del Estado de Baja, Mediana y Alta complejidad, para garantizar su viabilidad técnica y financiera.

El Departamento del Valle del Cauca configuró la red de prestadores públicos en el antiguo Sistema Nacional de Salud, adaptando la prestación de servicios a los conglomerados poblacionales formados según la regiones geográficas donde las características sociales, culturales, económicas de la población, así como los medios de producción son similares, caracterizando la complejidad de los hospitales al número de habitantes de las ciudades y a las costumbres de las personas de moverse en la búsqueda de mercados mayores.

Con el proceso de adaptación a la Ley 100 de 1993, la totalidad de hospitales públicos hicieron su conversión a Empresas Sociales del Estado- ESE- manteniendo el nivel de atención histórico. Algunas ciudades intermedias, donde



el hospital era de mediana complejidad crearon en los últimos años unas nuevas ESE de primer nivel, es el caso de Cartago, Buga, Buenaventura, Tuluá y Palmira.

### **Implicación de Resultados**

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

### **Audiencias Interesadas en los Resultados**

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

## **13.CONCLUSIONES**

La proporción de referencias realizadas en la gestión 2016 fue de 18% de referencias realizadas de establecimientos de primer nivel a segundo nivel de atención por el contrario el porcentaje de contrarreferencias es de 5.7% cuando el indicador nos demuestra que debería ser mayor a 80% y que solo el 10 – 15% de las consultas atendidas deberían ser referidas a establecimientos de mayor capacidad resolutiva; por lo tanto se demuestra que los Mecanismos de Coordinación Asistencial en los Servicios de Salud para la adecuada continuidad de la atención de las personas, familia y comunidad de la Red Norte Central, de la

ciudad de La Paz en la gestión 2017, no tienen el funcionamiento adecuado según la Normativa legal vigente en el país.

En el 90% se cumplen los protocolos establecidos según normativa para llevar a cabo la atención integrada al continuo del curso de la vida según su visión de atención horizontal a la población atendida en el primer nivel de atención.

Conjuntamente con personal de la Red Norte Central se trabajó en la elaboración de un Plan de acción que permita tomar decisiones e implementarlas en la formulación del Programa de Operaciones Anual 2018. Ver Anexo 3.

La modificación de la Herramienta REFISS, se trabajó en base a las observaciones realizadas durante el estudio en la Red Norte Central, la cual optimizara el uso de dicha herramienta para posteriores estudios. Ver Anexo 3.

#### **14.RECOMENDACIONES**

Luego de haber concluido con la presente investigación se sugiere considerar las siguientes recomendaciones:

1. Es prioritario utilizar los resultados de la evaluación de los mecanismos de coordinación y continuidad de la atención para la persona, la familia y la comunidad, para llevar a cabo procesos de retroalimentación destinados a mejorar la situación en la Red Norte Central del municipio de La Paz.
2. Se recomienda incorporar al POA 2018 presupuesto para la compra de equipos de comunicación para tener una coordinación oportuna con los establecimientos de mayor capacidad resolutive y realizar referencias con calidad.
3. Coordinar con las autoridades correspondientes del Servicio Departamental de Salud para que se pueda implementar el Software de Atención primaria

en Salud (SOAPS) para llevar a cabo una información con todas las medidas de seguridad informática.

4. Realizar cursos de capacitación sobre los protocolos de atención integrada al continuo del curso de la vida al individuo, familia y comunidad en la Red Norte Central y realizar sus respectivas evaluaciones que pueden ser trimestrales para llevar a cabo un mejor control.

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- <sup>1</sup> A. Barrios, O. Méndez; C. Holder; et al. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011 Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33808/9789568246082-spa.pdf>
- <sup>2</sup> CEPAL. Perfil Epidemiológico de América Latina y el Caribe. 2011
- <sup>3</sup> OPS-Redes integradas, servicios de salud-Serie Atención Primaria de Salud Renovada, No. 4. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas 2010.
- <sup>4</sup> OPS/OMS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Marco Teórico de la Herramienta REFISS.
- <sup>5</sup> OPS Bolivia, ¿Cómo usar la herramienta REFISS? Disponible en: [http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1712:herramientarefiss&Itemid=490](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1712:herramientarefiss&Itemid=490) Consultado en fecha: 15/5/2017.
- <sup>6</sup> Estado Plurinacional de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado. 2009
- <sup>7</sup> J. García-Ramírez; C. Vélez-Álvarez. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas, Rev. salud pública. 15 (5): 731-742, Colombia, 2013.
- <sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud, Office de las Naciones Unidas, Alto Comisionado para los Derechos Humanos, El derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31.
- <sup>9</sup> Decreto Supremo N° 29601. Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Decreto Supremo del 11 de junio de 2008

---

<sup>10</sup> Ministerio de Salud. Norma nacional. Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Red de Servicios. Serie: Documentos Técnico-Normativos, N°97. La Paz, 2008.

<sup>11</sup> C. Ledo; A. Soria (2011). El Sistema de Salud de Bolivia. Salud Pública México. 2011; 53supl 2:S109-S119. Disponible en formato PDF en: <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/7Bolivia.pdf>, consultado en fecha: 15/5/2017.

<sup>12</sup> Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 031. Ley Marco De Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”. Ley de 19 de Julio de 2010.

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> consultado en fecha: 20/5/2017.

<sup>14</sup> E. Echeverri (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. Revista Facultad Nacional – Salud Pública, Bogotá. 2006 mar; 24 (número especial): 80-95.

<sup>15</sup> D. Gracia. Fundamentos de bioética, Editorial Eudema, Madrid, 1989, p. 36.

<sup>16</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integrales de Servicios de Salud. Concepto, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Pub. OPS-OMS, Washington, 2010.

<sup>17</sup> Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Salud (2006). Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) proyectado para el quinquenio 2006-2010, Pub. Ministerio de Salud, La Paz.

<sup>18</sup> Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.

---

<sup>19</sup> Marco de Asociación País (MAP). Estrategia de implementación del marco de Asociación País en el Sector Salud – Bolivia, Pub. MAP, La Paz, 2013.

<sup>20</sup> Artículo VII de la Declaración de Alma-Ata respecto a la Atención Primaria de Salud (APS), 6 – 12 de septiembre de 1978.

<sup>21</sup> World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978.

<sup>22</sup> M. Ibarriaga; Promesa de 700 ambulancias para Evo Morales. El Mundo 23-1-2007; XVIII (6246).

<sup>23</sup> Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Bases para el Plan estratégico de Salud 2006-2010. 2006. La Paz, Bolivia, Ministerio de salud y deportes Bolivia

<sup>24</sup> Código de salud de la República de Bolivia, 18 de julio de 1978, capítulos 1 al 4. Gestión Hugo Banzer Suarez.

<sup>25</sup> Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. 144 artículos. Gestión Evo Morales 07-02-09

<sup>26</sup> Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 777. Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE. Ley 21 de enero de 2016.

<sup>27</sup> Decreto Supremo N° 24447 de 20 de diciembre de 1996 - Reglamentación Complementaria de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa

<sup>28</sup> Gaceta Oficial del Estado de Bolivia Ley N° 2235. Ley del Diálogo 2000. Ley de 31 de julio de 2001

<sup>29</sup> Ley N° 1178 - Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO). Ley de 20 de julio de 1990

---

<sup>30</sup> Decreto Supremo N° 0181. Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO). Decreto Supremo de 28 de junio de 2009

<sup>31</sup> Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley N°475. Ley De Prestaciones De Servicios De Salud Integral Del Estado Plurinacional De Bolivia. Ley de 30 de diciembre de 2013

<sup>32</sup> Ley N° 1737. Política Nacional del Medicamento. Ley de 17 de Diciembre de 1996

<sup>33</sup> Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia .Ley N° 459. Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Ley de 19 De Diciembre de 2013.

<sup>34</sup> Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 223. Ley General para Personas con Discapacidad. Ley de 2 de marzo de 2012.

<sup>35</sup> Decreto Supremo N° 25233 de 27 de Noviembre de 1998. Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

<sup>36</sup> Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Manual de Organización y Funciones del Servicio Departamental de Salud 2015.

<sup>37</sup> Foro internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud. Bogotá, Colombia, 11-13 de junio del 2003

<sup>38</sup> Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Implementación del Modelo de Gestión: Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS Módulo de Inducción 2003 Disponible en: <https://es.scribd.com/document/146681067/Sumi-3#> Consultado el 25 de Mayo 2017.

<sup>39</sup> I. Ase; J. Burijovich. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

- 
- <sup>40</sup> Saltman R, Rico A, Boerma W, editores. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Londres: European Observatory on Health Systems and Policies and Open University Press; 2006.
- <sup>41</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington, 2008.
- <sup>42</sup> Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB y Morgan KL Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2):20–6.
- <sup>43</sup> Ministerio de salud y deportes Bolivia. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico 2013.
- <sup>44</sup> Ministerio de Salud .Política Sanitaria Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. 2013
- <sup>45</sup> Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. La salud en el Municipio de La Paz. 2013
- <sup>46</sup> Estado Plurinacional de Bolivia. Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N° 475. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral
- <sup>47</sup> Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978. Geneva: WHO.
- <sup>48</sup> Declaración de Montevideo para el periodo 2008-2017, (párrafo 49)
- <sup>49</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS, 2007
- <sup>50</sup> Ministros de Salud de las Américas. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio 2007.



- 
- <sup>51</sup> Ministerio de Salud Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud. 2015
- <sup>52</sup> Ministerio de Salud. Norma Nacional de Referencia y Retorno 2008
- <sup>53</sup> Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base.1999
- <sup>54</sup> Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, Pacto Fiscal, marzo 2017
- <sup>55</sup> Lorini J., Clima, Historia Natural de un valle en los Andes. La Paz. 2010
- <sup>56</sup> Instituto Nacional de Estadísticas. Características de Población. 2013
- <sup>57</sup> Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Modelo Municipal de Salud. 2014
- <sup>58</sup> Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Jayma: el Plan de la ciudad. Diagnóstico Municipal. 2007-2011
- <sup>59</sup> Historia de 100 barrios paceños (Contadas por los propios vecinos) La edición de Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) La Paz, diciembre de 2009
- <sup>60</sup> Instituto Nacional de Seguros de Salud. Anuario Estadístico. 2012.
- <sup>61</sup> Plan de Desarrollo Sectorial 2010 a 2016. Ministerio de Salud y Deportes. 2010
- <sup>62</sup> Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico – estratégico, versión didáctica. Ministerio de Salud y Deportes. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. La Paz. Prisa, 2011. Pag.26.
- <sup>63</sup> Tejada D. Alma-Ata; 25 años después. Rev Perspectivas Salud (OPS). [Internet]. 2003 [citado 2012 Feb 18];8(2):1-3.
- <sup>64</sup> Dr. Oscar Feo Istúriz Lic. Carlos Feo Acevedo, Dra. Patricia Jiménez. Pensamiento contrahegemónico en salud, Venezuela, 2012
- <sup>65</sup> Maceira D. Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta, Argentina. 2010

---

<sup>66</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integrales de Servicios de Salud. Concepto, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Pub. OPS-OMS, Washington, 2010.

<sup>67</sup> Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas. Washington, D.C.; 2010.

<sup>68</sup> Gracia, Daniel. Fundamentos de bioética, Editorial Eudema, Madrid, 1989, p. 36.

<sup>69</sup> Echeverri E. (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. Revista Facultad Nacional – Salud Pública, Bogotá. 2006 mar; 24 (número especial): 80-95.

<sup>70</sup> Paganini JM. Los Sistemas Locales de Salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud.

<sup>71</sup> Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Salud (2006). Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) proyectado para el quinquenio 2006-2010, Pub. Ministerio de Salud, La Paz.

<sup>72</sup> Norma Nacional de Referencia y Contra referencia, Ministerio de salud La Paz Bolivia 2013.

<sup>73</sup> Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.

<sup>74</sup> Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: propuesta del plan estratégico 2008 - 2012. Serie de documentos de planificación de la OPS. [monografía en Internet]. Washington, D.C: OPS; 2007 [citado 23 mayo 2013]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>

---

<sup>76</sup> Manual de aplicación de Prestaciones avanzando al Sistema Único de Salud, Ministerio de Salud 2015.

<sup>77</sup> Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida Adolescente-Mujer en edad fértil-Mujer durante el embarazo, parto y puerperio Recién nacido/a- niño/a menor de 5 años- niño/a de 5 años a menor de 12 años de edad- personas adultas mayores, Cuadros de Procedimientos para el primer nivel de atención Bolivia 2013

---

## ANEXOS

### ANEXOS 1

**Tabla 1. Estructura del Sistema de Salud**

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

<b>Gobernación</b>	Formula, aprueba y establece las condiciones para la implementación del Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
<b>Gobierno Municipal</b>	Formula y ejecuta participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
<b>Gobierno Autónomo Indígena Originario o Campesinos</b>	Formula y aprueba planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el riesgo, promoviendo la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la norma SAFCI.

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

## **Tabla 2. Los Procesos Políticos Nacionales**

<b>I. La revolución (1952)</b>	Instituye el voto universal, la nacionalización de la minería, la reforma agraria y la reforma educativa. Se inaugura un nuevo periodo en la historia boliviana. La reforma implicó el desplazamiento de la burguesía y con ella el inicio de la participación de los campesinos y proletariados. En 1956 se funda la Seguridad Social. Y la Constitución de 1967 determina que toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad; destacando el derecho a la salud individual y colectiva.
--------------------------------	---

<p><b>II. El gobierno de la UDP (1983)</b></p>	<p>Se logró implementar la estrategia de responsables populares de salud que involucro a la comunidad organizada en actividades de prevención; las campañas de vacunación con una participación masiva de la ciudadanía; y el Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS), se hallaba organizado en un contexto regionalizado de servicios, cuyo actor principal es el área de salud, este plan contemplo niveles institucionales de activación, fortificados por las organizaciones populares; el fortalecimiento de los programas verticales; la implementación de los comités populares de salud y la participación social.</p>
<p><b>III. La descentralización administrativa (1994)</b></p>	<p>Se desarrolló con las Leyes de Descentralización Administrativa (Nº 1654), de la participación popular (Nº 1551) y de Municipalidades de los Gobiernos Municipales en cuanto a la salud y la participación de la población organizada en las decisiones; así como la generación de una instancia municipal tripartita compuesta por el sector salud, Gobierno Municipal y el Comité de Vigilancia como máxima instancia de gestión en salud.</p>

<p><b>IV. Procesos políticos de la década (2000)</b></p>	<p>Los movimientos sociales ocurridos a principios de esta década, así como: la guerra del agua (Cochabamba), octubre negro y motín policial (El Alto – La Paz), recondujeron las políticas del estado. Estos procesos políticos influyeron en las determinantes estructurales de la salud, generando espacios de gerencia pública para el desarrollo de las políticas en beneficio de las poblaciones más excluidas del país. La más importante la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.</p>
<p><b>V. Proceso constituyente (2006)</b></p>	<p>Surge de las demandas sociales que buscan responder al agotamiento y fracaso del modelo neoliberal, a la insurgencia de nuevas propuestas y actores sociales y a la exclusión social, política y económica de las Naciones y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos mediante la refundación del Estado. En salud el proceso constituyente debatió temas relacionados al derecho a la salud, como: el acceso universal, la descentralización y autonomías, la intersectorialidad, la participación y movilización social, la interculturalidad y el financiamiento en salud.</p>

**Tabla 3. Articulación de las políticas sugeridas con el Plan de Desarrollo Municipal “La Paz 2040”**

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

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



**Tabla 4. Superficie del Municipio de La Paz, por área**

Área	Superficie (Has)	%
Urbana	18,009,82	7,40
Rural	183,180,84	92,6
<b>TOTAL</b>	<b>201,190,66</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

**Tabla 5 Municipio de La Paz: Indicadores de pobreza, según Macrodistrito, 2012**

DETALLE	MUNICIPIO	MACRODISTRITO								
		COTAHUMA	MAX PAREDES	PERIFÉRICA	SAN ANTONIO	SUR	MALLASA	CENTRO	HAMPATURI	ZONGO
Incidencia de pobreza por ingreso	33,8	29,4	37	42,1	33,1	28,2	27,1	25,3	42,7	64,6
Incidencia de insatisfacción en salud	40,7	43,6	39,3	43,5	41,0	36,6	55,2	35,2	71,4	62,2
Incidencia de pobreza por NBI	19,7	18,5	22,3	20,5	19,5	19,5	33,6	9,9	76,0	69,5

**Fuente:** Encuesta Municipal de Pobreza 2012

**Tabla 6 Municipio de La Paz: Persona que atendió la enfermedad o accidente, según Macrodistrito, 2012**

QUIÉN LO ATENDIÓ DEBIDO A ESTA ENFERMEDAD O ACCIDENTE	MUNICIPIO	MACRODISTRITO								
		COTAHUMA	MAX PAREDES	PERIFÉRICA	SAN ANTONIO	SUR	MALLASA	CENTRO	HAMPATURI	ZONGO
Médico	79,0	77,2	80,5	83,2	82,6	84,4	70,4	89,6	66,7	65,6
Enfermera/ Auxiliar de enfermería	3,0	2,7	1,0	4,7	2,8	1,9	-	-	5,3	7,5
Responsable o promotor de salud	1,7	1,2	2,2	0,4	1,1	2,5	-	0,8	0,8	5,4
Farmacéutico	3,1	4,4	4,8	2,3	2,0	2,5	-	3,0	3,8	1,6
Un familiar	4,6	4,4	4,5	4,7	3,1	1,9	3,7	3,0	8,3	8,6
Naturista/ Curandero	1,3	0,7	1,0	0,8	0,3	1,9	-	-	6,1	3,2
Otra persona	0,9	1,7	1,0	0,8	0,8	0,6	-	0,8	-	-
No le atendieron	6,4	7,6	5,1	3,1	7,3	4,4	25,9	3,0	9,1	8,1

**Fuente:** Encuesta Municipal a hogares, del Sistema de Monitoreo y Ajustes del JAYMA PDM 2012 (SISMA)

**Tabla 7. Municipio de La Paz: Lugar de atención de la enfermedad o accidente, 2012.**

LUGAR DE ATENCIÓN	MUNICIPIO	MACRODISTRITO								
		COTAHUMA	MAX PAREDES	PERIFÉRICA	SAN ANTONIO	SUR	MALLASA	CENTRO	HAMPATURI	ZONGO
Hospital General	15,4	14,6	18,5	16,9	19,9	12,4	5,0	10,0	14,2	9,9
Otro hospital público	21,1	21,3	18,9	20,6	13,0	21,6	40,0	28,5	27,5	28,1
Puesto, posta o centro de salud	16,0	13,0	15,5	8,9	19,6	12,4	15,0	3,1	21,7	35,7
Caja Nacional de Salud (CNS)	16,7	16,5	16,2	20,6	21,8	19,0	10,0	24,6	5,8	3,5
Clínica/Hospital privado	15,4	17,3	15,8	19,8	12,4	17,7	15,0	23,1	9,2	6,4
Consultorio/médico particular	4,1	4,0	4,7	3,6	5,1	3,3	10,0	2,3	2,5	4,1
Farmacia	3,6	4,3	4,4	2,0	4,2	4,6	-	3,9	4,2	0,6
Su casa	5,6	7,2	5,1	4,0	2,7	2,6	5,0	1,5	15,0	9,9
Otro lugar	2,2	1,9	1,0	3,6	1,2	6,5	-	3,1	-	1,8

**Fuente:** Encuesta Municipal a hogares, del Sistema de Monitoreo y Ajustes del JAYMA PDM 2012 (SISMA)

**Tabla 8. Municipio de La Paz: Indicadores Socio demográficos, 2012**

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

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadísticas

**Tabla 9 Indicadores Principales de Salud. Municipio de La Paz. 2016**

INDICADOR	VALOR
Esperanza de vida al nacer	67,95 años
Tasa Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	51 x 1000 nacidos vivos
Cobertura Parto Institucional	75%
Cobertura del Cuarto Control Prenatal	53%
Cobertura Atención de Neumonías (menores 5 años)	72 x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura Diarreas (menores 5 años)	30 x 1000 Men. de 5 a.
Cobertura de DPT/3ra. dosis pentavalente (menores de 1 año)	86%
Cobertura 3ra. Dosis de hierro (menores 2 años)	64%

**Fuente:** Datos SNIS e INE

**Tabla 10 Estructura de Redes del Municipio de La Paz. 2016**

Redes Municipio La Paz	Población	Niveles de Atención			Nº De Familias	Establecimientos de 1er Nivel Necesarios Para 6 Visitas Domiciliarias Diarias	Brecha
		1er	2do	3er			
<b>Red 1 Suroeste</b>	148.336	35	2	0	29.667	21	14
<b>Red 2 Noroeste</b>	160.799	17	1	1	32.160	23	(6)
<b>Red 3 Norte Central</b>	215.968	31	2	0	43.079	30	1
<b>Red 4 Este</b>	112.704	15	1	0	22.541	16	(1)
<b>Red 5 Sur</b>	127.385	22	2	0	25.477	18	4
<b>Total</b>	<b>765.192</b>	<b>120</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>152.924</b>	<b>106</b>	<b>14</b>

**Fuente:** Diagnóstico de Salud del Municipio. 2013

**Tabla 11 Población de la Red Norte Central, Según Distrito Municipal. 2016**

Redes urbanas de salud	Total Habitantes
<b>Total Red</b>	<b>215.968</b>
Distrito - 1	56.540
Distrito - 2	28.292
Distrito – 11	57.275
Distrito – 12	41.768
Distrito – 13	27.644

**Fuente:** Coordinación de Red Norte Central

**Tabla 12 Cobertura poblacional de la seguridad social a corto plazo**

Red de salud	Población estimada según (censo 2012)	Población no asegurada		Población asegurada (2012)	
		Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
<b>Norte Central</b>	215.968	106.040	49.1	109.928	50.9

Fuente: Anuario INASES gestión 2011 y Censo de Población y Vivienda 2012

**Tabla 13. Disponibilidad de establecimientos de salud en La Red Norte Central según niveles de complejidad**

Redes Municipio La Paz	Población	Niveles de Atención			Nº De Familias	Establecimientos de 1er Nivel Necesarios Para 6 Visitas Domiciliarias Diarias	Brecha
		1er.	2do.	3er			
Red Norte Central	215.968	1			43.079	30	1
<b>Total Municipio</b>	<b>765.192</b>	<b>20</b>			<b>152.924</b>	<b>106</b>	<b>14</b>

Fuente: Base a datos del CPV 2012 y del SNIS del SEDES La Paz

**Tabla 14. Disponibilidad de recursos humanos para la salud en Redes Urbanas. Municipio de La Paz. Sedes La Paz. Gestión 2012**

Redes Departamento La paz	Población	Nº de Médicos	Número de Enfermeras	Número de aux. de Enf.	Total, médicos y enfermeras	Tasa de densidad de RR. HH para la salud x 10.000 hab.	Médicos X 1000 hab.
R. Urbanas La Paz	375.427	219	26	182	245	6.5	0.6
Hospitales 3r nivel L.P.		370	246	365	616		
<b>Subtotal de La Paz Urb.</b>	<b>375.427</b>	<b>589</b>	<b>272</b>	<b>547</b>	<b>861</b>	<b>22.9</b>	<b>1.6</b>
Redes Urbanas El Alto	416.781	326	116	340	442	10.6	0.8
Redes Rurales	1.092.902	291	129	637	420	3.8	0.3
<b>Total departamento</b>	<b>1.885.110</b>	<b>1.206</b>	<b>517</b>	<b>1.524</b>	<b>1.723</b>	<b>9.1</b>	<b>0.6</b>

**Fuente:** Base a datos del CPV 2012 y SNIS-SEDES La Paz 2012

**Tabla 15. Disponibilidad de Recursos Humanos para la salud en Redes Urbanas del Municipio de La Paz. Sedes La Paz. Gestión 2012**

Redes Departamento La paz	Pob.	Nº de Médicos	Número Enfermeras	Número Aux. Enf.	Total, médicos y enfermeras	Tasa de densidad RR. HH x 10.000 hab.	Médicos X 1000 hab.
R. Urbanas La Paz	375.427	219	26	182	245	6.5	0.6
Hospitales 3r nivel L.P.		370	246	365	616		
<b>Subtotal de La Paz Urb.</b>	<b>375.427</b>	<b>589</b>	<b>272</b>	<b>547</b>	<b>861</b>	<b>22.9</b>	<b>1.6</b>
Redes Urbanas El Alto	416.781	326	116	340	442	10.6	0.8
Redes Rurales	1.092.902	291	129	637	420	3.8	0.3
<b>Total departamento</b>	<b>1.885.110</b>	<b>1.206</b>	<b>517</b>	<b>1.524</b>	<b>1.723</b>	<b>9.1</b>	<b>0.6</b>

**Fuente:** Base a datos del CPV 2012 y SNIS-SEDES La Paz 2012.

**Tabla 16. Matriz de Problemas Causas y Soluciones**

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

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



**Tabla N°17 Indicadores relacionados con la gestión y coordinación**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR MULTIPLICADOR	UTILIDAD	PERIODICIDAD DEL ANALISIS
% de cumplimiento de reuniones del Comité de Referencia y Contrarreferencia al año (mínimo dos veces al año)	N° de reuniones del Comité de Referencia y Contrarreferencia realizadas	N° de reuniones del Comité de Referencia y Contrarreferencia programadas	X100	Lograr la participación en la toma de decisiones	Según sea Nacional minio 1 año, a nivel departamental mínimo 2 veces y a nivel de Red mínimo 4 veces al año
% de establecimientos que aplican la Norma	N° de establecimientos de salud que aplican la norma	N° de establecimientos de salud	X100	Garantizar la aplicabilidad de la normativa para responder de manera adecuada a la urgencia y emergencia precautelando la salud del o los usuarios	Anual
% de referencias adecuadas recibidas	N° de referencias con manejo adecuado de pacientes	N° total de referencias recibidas	X100	Mide las referencias que cumplieron con los procedimientos y protocolos de atención	Anual
% de referencias Oportunas recibidas	N° de referencias oportunas	N° total de referencias recibidas	X100	Mide las referencias de pacientes que llegaron a tiempo al establecimiento de origen analizando las demoras	Anual
% de referencias justificadas recibidas (Valor aceptable > 80%)	N° de referencias justificadas	N° total de referencias recibidas	X100	Mide la justificación de la Referencia del establecimiento de receptor	Anual
% de referencias respecto al total de consultas (Valor aceptable 5 - 10%)	N° total de referencias realizadas	N° total de consultas	X100	Estima la capacidad resolutive del establecimiento que realiza la referencia	Anual

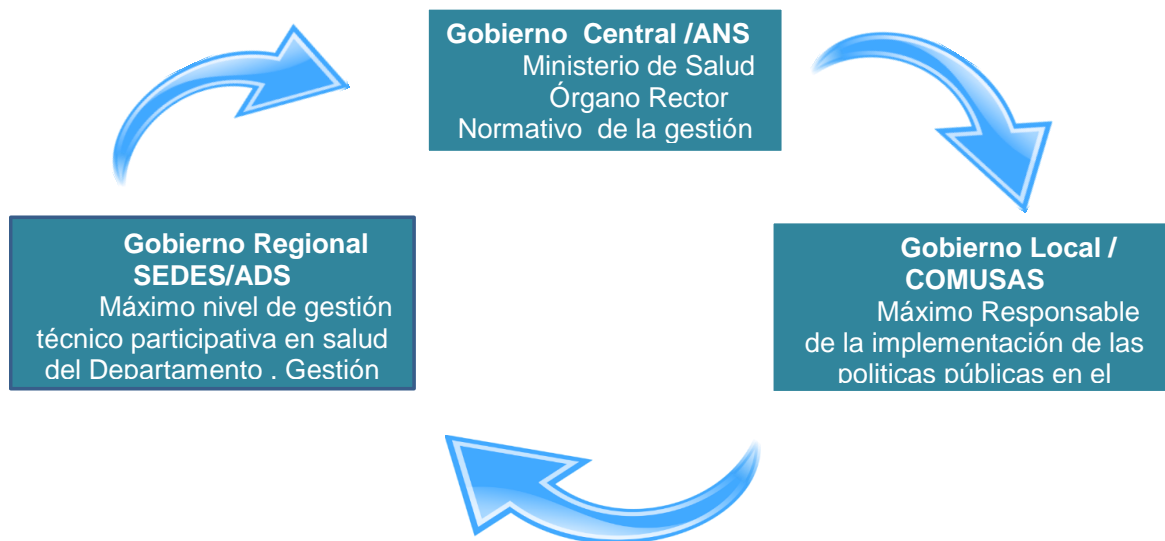
% de Contrarreferencias realizadas	N° de Contrarreferencias realizadas	N° de referencias recibidas	X100	Mide el funcionamiento de la referencia recibida respecto a las consultas	Mensual
% de Establecimientos de salud que cuentan con la totalidad de formularios del continuo de la vida	N° Total de formularios	N° Total de formularios entregados a los establecimientos de Salud	X100	Verificar si todos los establecimientos cuentan con todos los formularios según la Normativa vigente	Anual
% de Establecimientos de Salud que brindan atención integral al continuo de la vida	N° de Establecimientos de 1er Nivel con atención integral al continuo	Total de establecimientos de salud de la Red Norte Central	X100		

**Fuente:** Norma de Referencia y Contrarreferencia – Herramienta REFISS

---

## ANEXOS 2

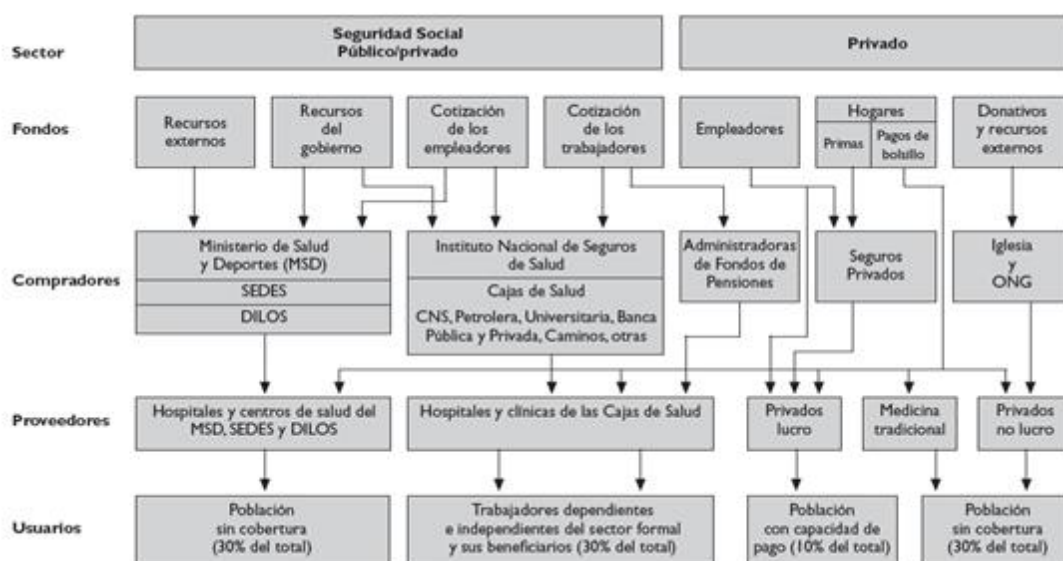
**Figura 1. Organización del Sector Salud**



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

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

**Figura 2 Estructura y Organización del Sistema Boliviano de Salud**



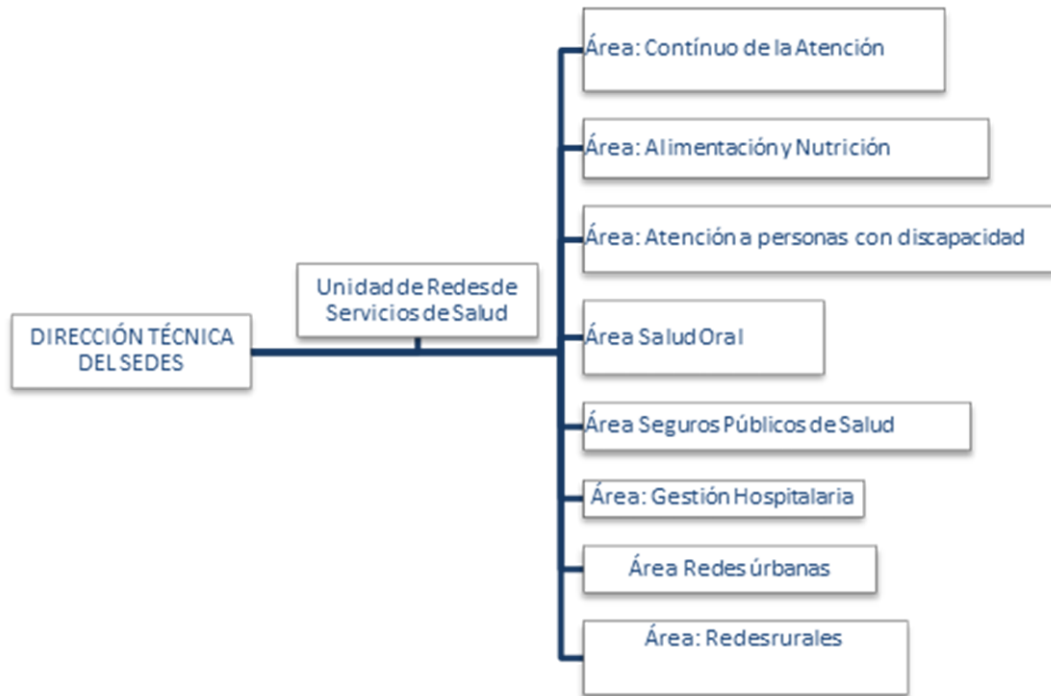
**Fuente:** Sistema de Salud de Bolivia, Carmen Ledo, 2011

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



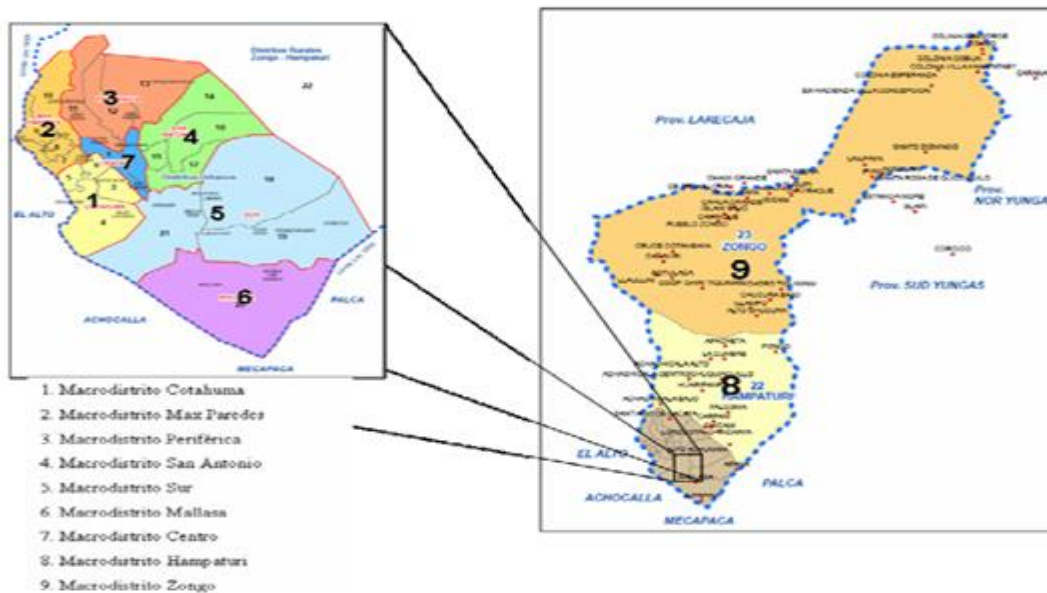
**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington, 2008.

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



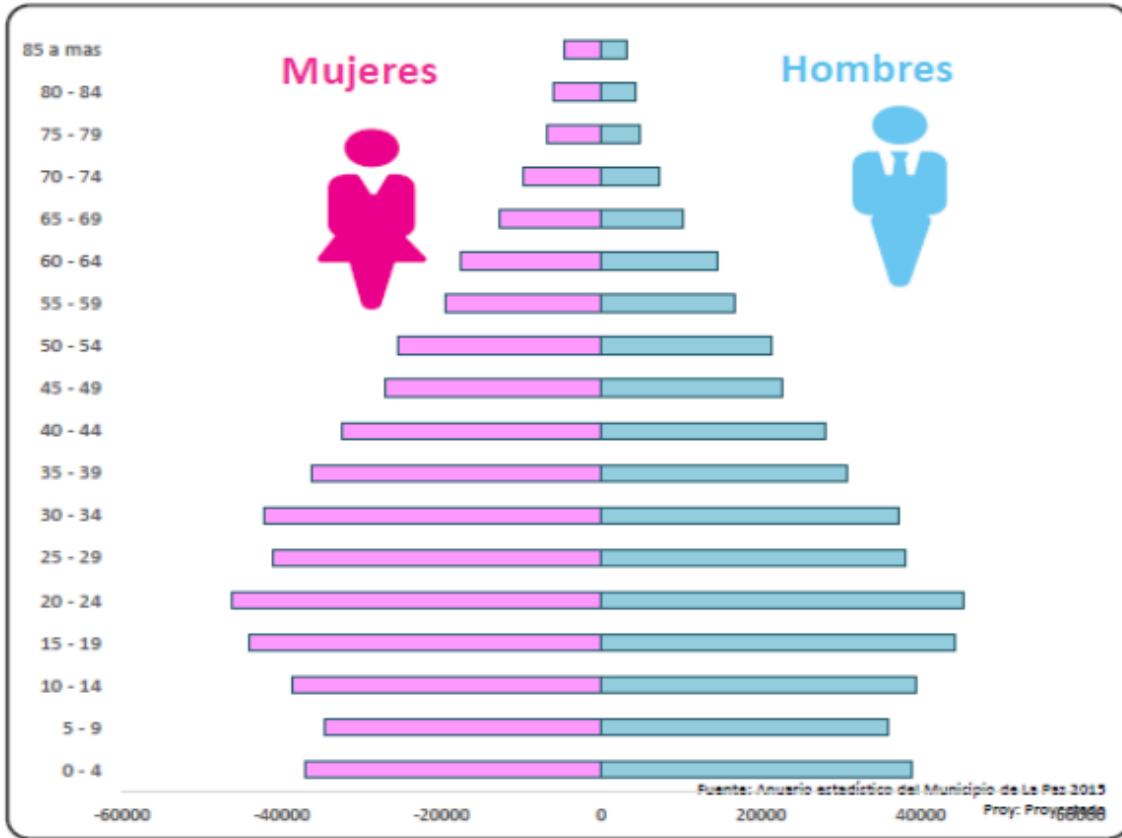
Fuente: MOF SEDES 2015

**Figura 5. División Política del Municipio de La Paz**



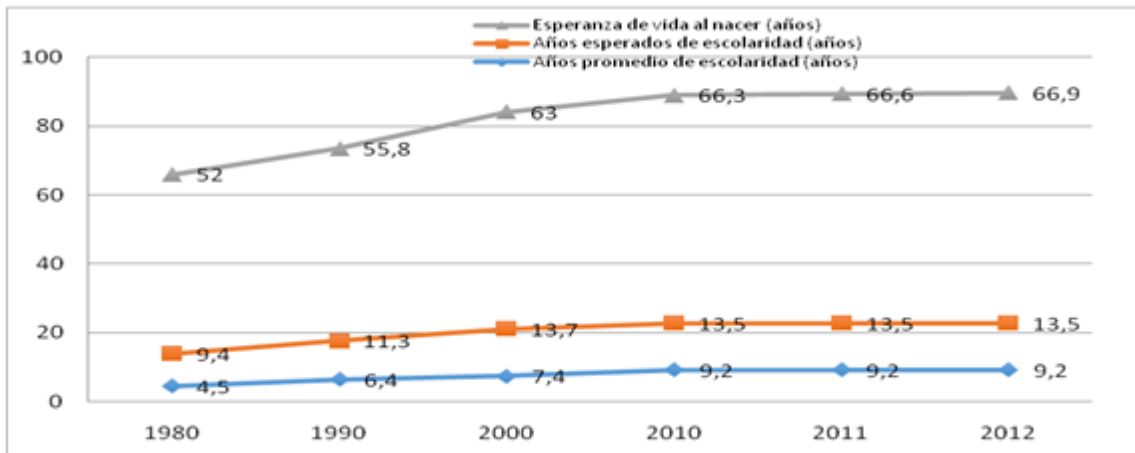
Fuente: Plan Municipal 2007-2011

**Figura 6 Pirámide Poblacional Municipio La Paz. 2016 (proy)**



Fuente: Datos Proyección INE 2016 y Anuario Estadístico del Municipio de La Paz

**Figura 7 Tendencia del Índice de Desarrollo Humano. Bolivia. 2013**



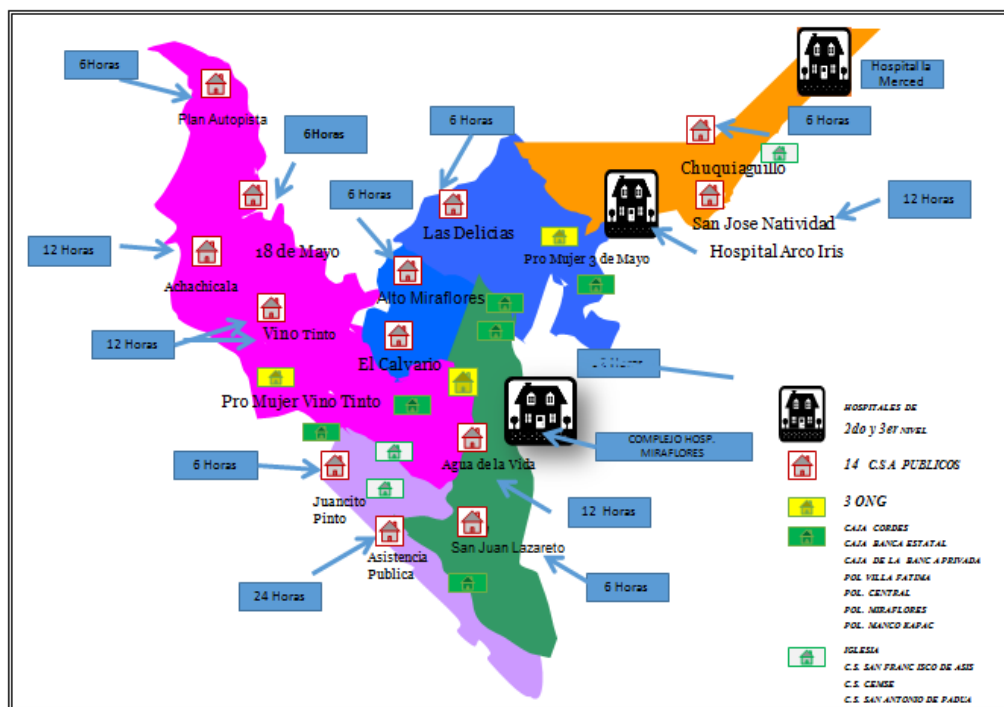
Fuente: Dirección de Salud 2014

**Figura 8 División Político Administrativa. Red Norte Central. 2016**



Fuente: Coordinación de Red Norte Central

**Figura 9 Isócrona Red Norte Central. 2016**



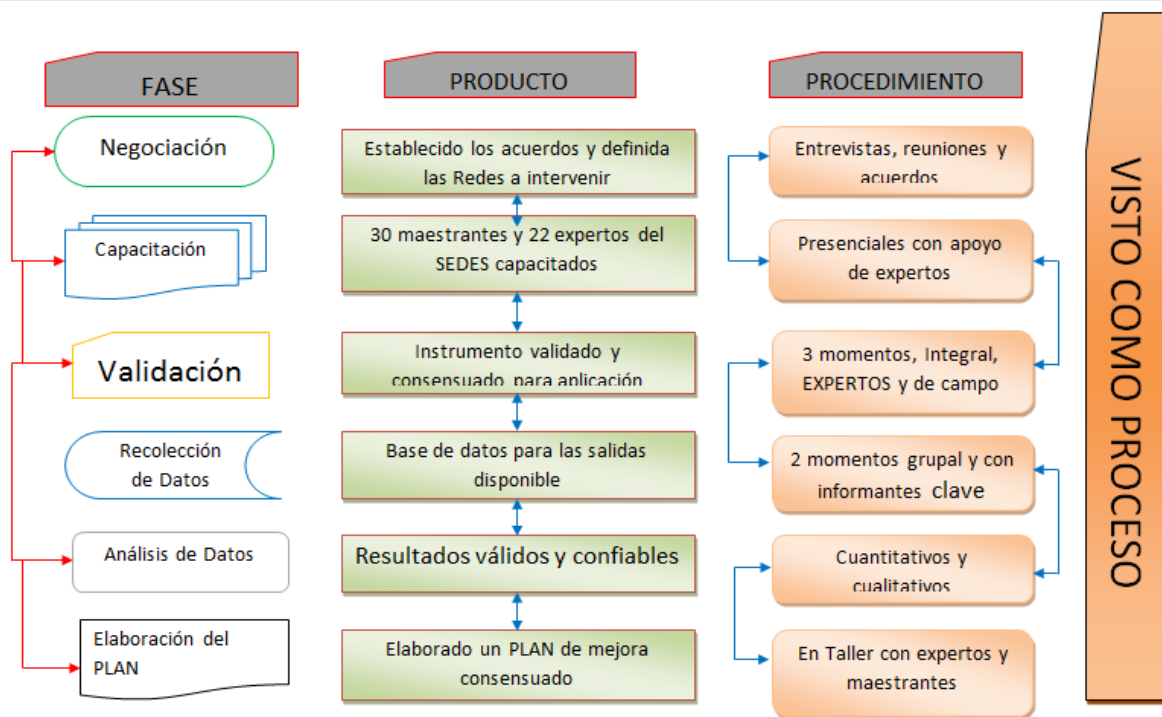
Fuente: Coordinación de Red Norte Central.

**Figura 10. Diagrama de Alertas para Interpretación de resultados REFISS**

Símbolo	Escala de Valores	Condición	Interpretación	Acciones
	>85%	OPTIMO	Condición deseable	De sostenibilidad
	51% a 85%	ALERTA	Condición Intermedia	Mejora del Plan
	<50%	EMERGENCIA	Condición NO deseada	Intervención Inmediata

**Fuente:** Herramienta REFISS

**Figura 11. Proceso Investigativo Participativo**





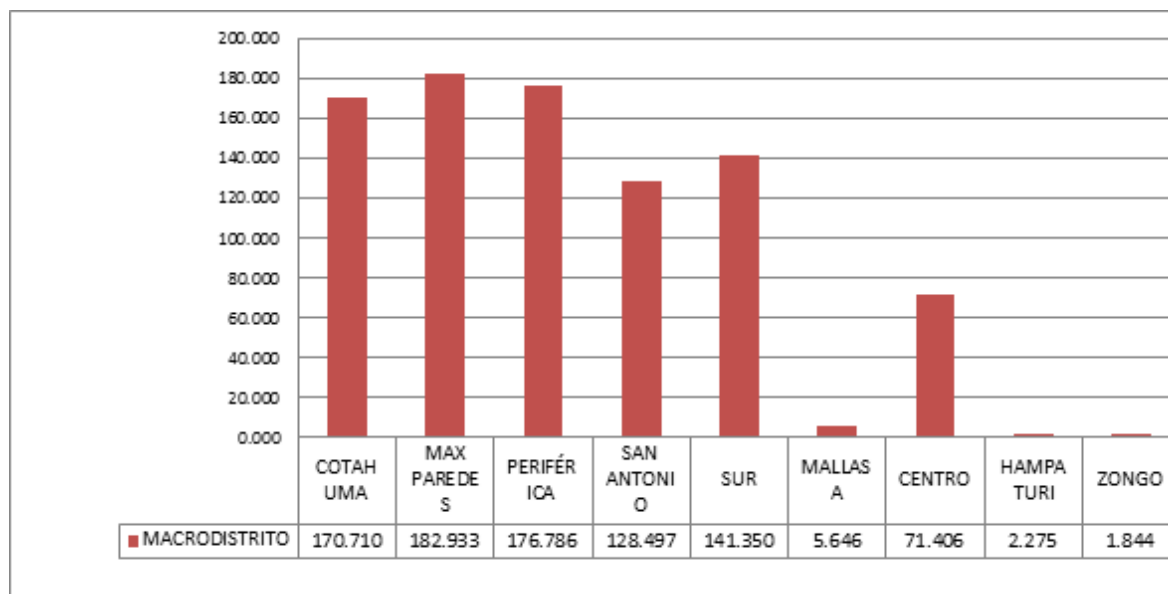
### ANEXOS 3

#### Anexo 1 Superficie total, por macrodistrito y distrito, municipio de La Paz, 2012

Macrodistrito y Distrito	M <sup>2</sup>	Ha	Km <sup>2</sup>
<b>Cotahuma</b>	30.304.862	1328	30
<b>Distrito 3</b>	2.851.121	1.058	3
<b>Distrito 4</b>	10.585.042	157	11
<b>Distrito 5</b>	15.879.951	128	2
<b>Distrito 6</b>	1.288.748	128	1
<b>Max Paredes</b>	12.906.420	1.288	13
<b>Distrito 7</b>	1.577.995	157	2
<b>Distrito 8</b>	1.605.430	160	2
<b>Distrito 9</b>	2.812.998	281	3
<b>Distrito 10</b>	6.909.998	690	7
<b>Periférica</b>	16.825.359	1.681	17
<b>Distrito 11</b>	8.264.328	826	8
<b>Distrito 12</b>	3.434.388	343	3
<b>Distrito 13</b>	5.126.643	512	5
<b>San Antonio</b>	13.167.700	1.316	13
<b>Distrito 14</b>	2.722.831	272	3
<b>Distrito 15</b>	1.530.696	153	2
<b>Distrito 16</b>	4.193.149	419	4
<b>Distrito 17</b>	4.721.023	472	5
<b>Sur</b>	51.438.761	5.143	51
<b>Distrito 18</b>	15.803.626	1.580	16
<b>Distrito 19</b>	18.732.484	1.873	19
<b>Distrito 21</b>	16.902.671	1.690	17
<b>Mallasa</b>	33.217.439	3.321	33
<b>Distrito 20</b>	33.217.439	3.321	33
<b>Macrodistrito Centro</b>	4.998.753	499	5
<b>Distrito 1</b>	2.256.231	225	2
<b>Distrito 2</b>	2.742.522	274	3
<b>Hampaturi</b>	475.997.486	47.599	476
<b>Distrito 22</b>	475.997.486	47.599	476
<b>Zongo</b>	1.386.844.599	138.685	1.387
<b>Distrito 23</b>	1.386.844.599	138.685	1.387

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2012

## Anexo 2 Proyección poblacional al 2012 por Macrodistrito



Fuente: INE 2012

## Anexo 3 Disponibilidad de establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel de Atención, Según Distrito Municipal. 2016

Distrito Municipal	Nombre Establecimiento(Actual)	Dirección del Establecimiento	Responsable Del Establecimiento
Distrito Municipal N°1	Centro De Salud Juancito Pinto	Calle Murillo y Graneros	Dr. Wilfredo Conde Andrade
Distrito Municipal N°1	Policlínico Manco Kapac	Avenida Manco Kapac	Dr. Mario Jauregui Padilla
Distrito Municipal N°1	CEMCE	Av. Sucre Calle Pichincha S/N° edif. Cemse	Lic. Federico Escobar Loza
Distrito Municipal N°1	C.S. I. Asistencia Publica	Avenida Simón Bolívar Nro. 1519	Dra. Jacqueline Cruz A.
Distrito Municipal N°1	Caja Bancaria Privada	Calle Capitán Ravelo	Dra. Iván Daniel Encinas
Distrito Municipal N°1	Caja Cordes	Avenida Arce Nro. 2419	Dr. O. Ronald Gandarillas Alvarez
Distrito Municipal N°1	C. S. San Antonio De Padua	Calle Sagarnaga Y Murillo N°68	Madre Araceli Revuelta Aries
Distrito Municipal N°1	C.S. Penitenciario Miraflores	Calle Díaz Romero Y Argentina	Dra. Olivia Milenca Castro Cornejo

<b>Distrito Municipal N°1</b>	C.S. Intercultural Bartolina	Calle Pisagua N°650 Final Ingavi	Dra. Elena Mamani Gutierrez
<b>Distrito Municipal N°2</b>	Policlínico V. Fátima	Calle Matías Terrazas	Dra. Mylene Teran Miranda
<b>Distrito Municipal N°3</b>	Clínica Pro Salud La Paz	Pasaje Busch Entre Carrasco y Pasoskanki	Dr. Gonzalo Maldonado
<b>Distrito Municipal N°2</b>	Policlínico Miraflores	Calle Nicaragua S/N esquina Argentina.	Dr. Javier Caballero Rendon
<b>Distrito Municipal N°2</b>	Instituto Boliviano Nefrología	Calle Jarrezon N°1957	Maria De Los Angeles Teran
<b>Distrito Municipal N°2</b>	Caja Bancaria Estatal	Calle Panamá a media cuadra de Plaza Uyuni S/N	Dr. Edgar Eduardo Flores
<b>Distrito Municipal N°11</b>	C.S. Plan Autopista	Manzano Central Polifuncional	Dra. Mirna Zulma Barrero Ponce
<b>Distrito Municipal N°11</b>	C.S. Achachicala	Avenida Chacaltaya, Frente A Escuela Industrial	Dr. Francisco Javier Macuaga Centellas
<b>Distrito Municipal N°11</b>	C. S. 18 De Mayo	Barrio Grafico Calle 3 Nro. 104	Dr. Víctor Jimenez Alvares
<b>Distrito Municipal N°11</b>	C. S. Vino Tinto	Avenida Baltazar De Salas Nro. 51	Dr. Edgar Laura
<b>Distrito Municipal N°11</b>	Centro De Salud Agua De La Vida	Final Colon y La Bandera	Dra. Jacqueline Adela Evia
<b>Distrito Municipal N°11</b>	Policlínico Central	Calle Ingavi esquina Junín Frente Canciller	Dr. Walter Miranda Aguirre
<b>Distrito Municipal N° 12</b>	C.S. San Juan Lazareto	Av. Tejada Sorzano Y San Salvador	Dra. Cristina Modesta Bazan De Antelo
<b>Distrito Municipal N° 12</b>	C. S. Alto Miraflores	Calle Uria Rodriguez Y Adriana Pariente	Dr. Soria Yahuita Walter
<b>Distrito Municipal N° 12</b>	C.S. Las Delicias Central	Calle San Jose, Esquina Tipuani S/N	Viviana Centellas Choque
<b>Distrito Municipal N° 12</b>	C.S. V.F. Las Delicias	Avenida Las Delicias Y Yanacachi	Dra. Ivonne Beatriz Romay Ossio
<b>Distrito Municipal N° 12</b>	C. S. Calvario	Av. Periferica Al Lado De Colegio Manuel Barea	Dr. Enrique Fernando Garcia Mendoza
<b>Distrito Municipal N° 12</b>	C.S. Pro Mujer 3 De Mayo	Avenida Periferica Esquina Costanera Nro. 1658	Dra. Cecilia Villarroel

<b>Distrito Municipal Nº 12</b>	Hospital La Merced	Calle Aspiazco S/N A Dos Cuadras De Adepcoca	Dra. Daniela Quiroga C.
<b>Distrito Municipal Nº 13</b>	C.S.San Josev Natividad	Costanera Y Calle 20	Dr. Humberto Espinoza Garnica
<b>Distrito Municipal Nº 13</b>	Hospital San Francisco De Asis	Calle 1 y Costanera	Dr. José Antonio Castillo
<b>Distrito Municipal Nº 13</b>	C.S. Chuquiaguillo	Avenida La Paz y Cotapata Nro.11	Dra. Marianela Vargas Valdivia
<b>Distrito Municipal Nº 13</b>	Hospital Arco Iris	Avenida 15 De Abril	Dr. Ramiro Narvaez Fernandez
<b>Distrito Municipal Nº 13</b>	Central Miraflores	Calle Costa Rica Av. Busch S/N	

**Fuente:** Coordinación de Red Norte Central.

## Anexo 4 Propuesta de la herramienta REFISS mejorada

### Atributo 5: Coordinación y continuidad de la atención

Descripción del atributo. La Red cuenta con mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo en los servicios de salud, mediante la adecuada gestión y manejo del cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad. MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA

Criterios del atributo			Fuente de verificación	Observaciones
	SI	NO		
<b>15. Gestión y coordinación del cuidado</b>				
15.1. ¿ La referencia entre el primer nivel de atención y los servicios especializados del segundo y tercer nivel están regulados por normas, protocolos de atención y gestión que faciliten el flujo de los pacientes en los diferentes niveles de atención en la Red?				
15.2. ¿Existe un sistema de regulación asistencial que permite al primer nivel de atención reservar directamente servicios de atención especializada, análisis clínicos, diagnóstico por imágenes, atención hospitalaria electiva y los demás servicios ofrecidos por la Red?				
15.4. ¿Está establecido un sistema de referencia y contra referencia entre los niveles de atención?				
15.6. ¿Los protocolos incluyen la referencia y contra referencia de pacientes entre los establecimientos del sistema de salud del primer nivel y los médicos tradicionales?				
15.7. ¿Existe un comité de Referencia y Contrarreferencia específicamente establecido en la Red?				
15.8. ¿Existen mecanismos administrativos para garantizar seguimiento y orientación adecuados a los usuarios para las referencias entre los diferentes niveles y servicios?				
15.9. ¿Existen instrumentos y mecanismos para compartir la información de los usuarios (internos y externos) entre niveles de atención?				
15.10. ¿Están disponibles instrumentos para la comunicación informal (correo electrónico, Internet, teléfono, WhatsApp, Instagram, etc.) entre los diferentes puntos de la Red Funcional?				

15.11. ¿Están implementados mecanismos para el monitoreo y seguimiento de las acciones de coordinación?				
<b>16. Desarrollo del cuidado a la salud:</b>				
16.1. ¿Están implementados planes para el cuidado de la salud centrado en las personas para los diferentes grupos reconocidos según el enfoque del Continuo de la Atención y en el Curso de la Vida?				
16.2. ¿Los planes de cuidado son compartidos y conocidos por el equipo de salud en los diferentes niveles de atención?				
16.4. ¿Los planes de cuidado incluyen las acciones que deben tomar los pacientes, familiares y la comunidad (responsabilidades compartidas)?				
16.5. ¿Los planes de cuidado definen claramente la división de tareas entre el personal de salud en los diferentes niveles de atención y de otras instancias?				
16.6. ¿Se implementa metodologías y tecnologías actualizadas en el marco de los planes de cuidado centrados en la persona?				

## Anexo 5. Plan de Acción

### MATRIZ DE PROBLEMAS CAUSAS Y SOLUCIONES Zona/Comunidad: RED NORTE CENTRAL

Fecha de Elaboración de la Información:

05/17

Gobierno Autónomo Municipal de: LA PAZ

Nº	Problema de Salud	Determinantes	Soluciones				
			¿Qué haremos? (soluciones específicas)	¿Cómo lo haremos? (propuestas de acción)	¿Con qué recursos lo haremos?	¿Cuándo lo haremos? (tiempo)	¿Quiénes son responsables?
	Deficiente funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	<p>Insuficiente conocimiento de la Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia</p> <p>Insuficiente personal que realice control y monitoreo de Referencias y Contrarreferencias</p> <p>Deficiente funcionamiento del Comité de Referencia y Contrarreferencia de la Red</p> <p>Ineficiente sistema de comunicación para referencia y contrarreferencia de pacientes</p>	<p>Taller de capacitación</p> <p>Designar personal de los establecimientos de salud para seguimiento y control continuo de este sistema</p> <p>Reactivar Funcionamiento del Comité</p> <p>Gestionar ante GAMLP, COTEL LP y ENTEL instalación de líneas telefónicas y números corporativos para los centros de la red</p>	<p>Distribución de la Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia a los Establecimientos de Salud</p> <p>Reunión de consenso entre directores de Establecimientos de Salud y el Coordinador de la Red</p> <p>Capacitación del personal, inclusión de Jefes de Departamento (Hospitales de 2do nivel) y directores de cada establecimiento (1er nivel), apertura de libros notariados de actas</p> <p>Remitir notas de solicitud de compra y ampliación de redes de comunicación para los establecimientos de salud</p>	<p>Solicitud de material impreso al Ministerio de Salud</p> <p>Al ser personal de salud del mismo establecimiento no será necesario la gestión de nuevos ítems</p> <p>POA 2017. GAMLP, SEDES LP</p> <p>GAMLP, SEDES LP</p>	<p>Segundo semestre 2017 a 2018</p>	<p>Ministerio de Salud. SEDES LP, GAMLP, Coordinación de Red, COMUSA. COLOSA. Centros de Salud</p>

	<p>Inadecuado cumplimiento de las Normas del Continuo de la Vida</p>	<p>Deficiente capacitación al personal de salud encargado</p> <p>Insuficientes formularios del continuo en los centros de salud de 1er nivel</p>	<p>Efectuar capacitación trimestral</p> <p>Realizar proyección estadística y cálculo de formularios necesarios para impresión, según población total y grupo etáreo</p>	<p>Proponer cronograma de capacitación trimestral, cumplimiento a cargo de Directores de Establecimientos de 1er nivel</p> <p>Realizar impresión de formularios</p>	<p>POA 2018, GAMLP, Recursos de cada establecimiento de salud.</p>	<p>Segundo semestre 2017 y 2018</p>	<p>Coordinación de Red, Responsables de Establecimientos de 1er y 2do nivel de atención</p>
--	--	--	---	---	--	-------------------------------------	---