



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

-NORMA NACIONAL-

**RED MUNICIPAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIA
INTERCULTURAL
-RED MUNICIPAL SAFCI-
Y
RED DE SERVICIOS**



Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico – Normativos

LA PAZ — BOLIVIA

2008



MINISTERIO DE SALUD Y
DEPORTES

NORMA NACIONAL

**RED MUNICIPAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIA
INTERCULTURAL**

**-RED MUNICIPAL SAFCI-
Y
RED DE SERVICIOS**

“Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida”

Documentos Técnico – Normativos

LA PAZ – BOLIVIA

2008



<p>BO WA546 M665n No.97 2008</p>	<p>Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Red Municipal SAFCI y Red de Servicios./Ministerio de Salud y Deportes; Mary Elizabeth Tejerina Ortiz; María Cecilia Delgadillo Arcienega; Igor Pardo Zapata; Yuko Hiramatsu Yoshida; Jenny Soto Villalta; Omar Flores Velasco; Carla Marquez Cabezas; Gabriel Elías. Coaut. La Paz : Abbase, 2008.</p> <p>76p. : tab. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No.97)</p> <p>ISBN: 978-99905-972-2-6</p>
	<p>I. NORMAS BASICAS DE ATENCION A LA SALUD II. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL III. REDES MUNICIPALES DE SALUD IV. BOLIVIA 1. t. 2. Tejerina Ortiz, Mary Elizabeth; Delgadillo Arcienega, María Cecilia; Pardo Zapata, Igor; Hiramatsu Yoshida, Yuko; Soto Villalta, Jenny; Flores Velasco, Omar; Marquez Cabezas, Carla; Elias, Gabriel Coaut. 3. Serie</p>

NORMA NACIONAL DE LA RED MUNICIPAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL Y RED DE SERVICIOS

Depósito legal: 4-1-2770-08

ISBN: 978-99905-972-2-6

Autores:

Dra. Mary Elizabeth Tejerina Ortiz
Dra. María Cecilia Delgadillo Arcienega
Dr. Igor Pardo Zapata
Dra. Yuko Hiramatsu Yoshida

Dra. Jenny Soto Villalta
Dr. Omar Flores Velasco
Dra. Carla Marquez Cabezas
Dr. Gabriel Elías

Contribución y Revisión Técnica

Dra. Jaqueline Reyes Maldonado
Dr. Javier Luna Orozco
Dr. Renato Yucra Lizarazu
Dr. Jhemis Molina Gutierrez
Dr. Reynaldo Aguilar Alvarez
Dr. Félix Chuquimia Mamani
Lic. María Eugenia Lara Antezana

Dra. Alicia Aliaga Yana
Dr. Adolfo Zarate Cabello
Lic. Norma Quispe Portocarrero
Dr. Oscar Velásquez Encinas
Dr. Ramiro Asturizaga Rollano
Dr. Dante Erqueta Jimenez

Edición

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
Dra. Mary Tejerina Ortiz
Dr. Igor Pardo Zapata
Dra. Carla Marquez Cabezas

Dra. Jenny Soto Villalta
Dr. Fidel Cajías Rojas
Dra. Yuko Hiramatsu Yoshida

La Paz, Área Redes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Dirección de General de Salud, Ministerio de Salud y Deportes. 2008.

Documento impreso con el financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo — AECID a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo — PNUD

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se autoriza su reproducción total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad

IMPRESO EN BOLIVIA
ABBASE LTDA. 222-1639

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
VICEMINISTRO DE SALUD

Dr. Emilio Cusi Alvarez
**VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Miguel Aguilar Egüez
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Igor Pardo Zapata
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Dra. Jackeline Reyes Maldonado
JEFE UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

ÍNDICE

	Págs.
PRESENTACIÓN	9
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	11
ABREVIATURAS	13
INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO I – ASPECTOS FUNDAMENTALES	17
I.1 JUSTIFICACIÓN	17
I.2 MARCO DE REFERENCIA	19
I.3 SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL	20
A Principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural	21
B Modelo de Atención	22
C Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud	24
I.4 LA RECTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD	27
I.5 MEDICINA TRADICIONAL COMO POLITICA DE GOBIERNO	29
I.6. MARCO LEGAL	30
CAPITULO II - BASES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES DE SALUD	31
II.1. ANTECEDENTES	31
II.2. REDES DE SALUD, DETERMINANTES DE LA SALUD E INTERSECTORIALIDAD	32
II.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LAS REDES ¿DÓNDE SE CREA LA SALUD?	34
II.4 CONSTRUYENDO REDES DE SALUD BAJO LA LÓGICA DE VÍNCULACIÓN DE PERSONAS	36
A Grados de construcción de redes	38
B Grados de vinculación de las redes de personas	38
CAPITULO III - REGLAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE REDES DE SALUD	41
III.1 Del derecho de la población y la obligación del Estado de proteger la salud de la población	41
III.2 De la función de Rectoría del Ministerio de Salud y Deportes	41
III.3 De la Atención Primaria de Salud y la Salud Familiar Comunitaria Intercultural	41
III.4 De la Medicina Tradicional	41
III.5 De la cobertura y el acceso universales	42
III.6 De los niveles de los establecimientos de salud	42
III.7 De los requisitos para la prestación de servicios	42
III.8 De las Redes de Salud	42

III.9	De la territorialidad y la funcionalidad de las redes	43
III.10	De la población del área de influencia de las redes	43
III.11	De la organización territorial de la Red Municipal SAFCI	43
III.12	De los recursos	43
III.13	De los niveles de gestión administrativa gerencial para el funcionamiento de las Redes	44
III.14	De la interrelación entre Redes Municipales SAFCI	48
III.15	De la capacidad administrativa de las redes	48
III.16	Del perfil epidemiológico de las redes	49
III.17	De la vigilancia epidemiológica	49
III.18	Del sistema de información y registro	49
III.19	De la Caracterización de los Establecimientos de Salud – SAFCI	50
III.20	De la modalidad de pago de los seguros públicos al Establecimiento de Salud	50
III.21	De la Carpeta Familiar y el Expediente Clínico	50
III.22	De la Visita Domiciliaria	51
III.23	De la Referencia y el Retorno	51
III.24	De la Transferencia de Personas y Familias	51
III.25	De la Administración y Control	51
III.26	Del control social	51
III.27	De la Bioseguridad	51
III.28	Del equipo de salud	52
III.29	De la capacitación del personal	52
III.30	De la Integración docente Asistencial e Investigación	52
III.31	Del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio	52
III.32	De la investigación	52
III.33	De la gestión de la calidad	53
III.34	De la auditoria en salud	53
III.35	De la comunicación social	53
III.36	De la ética en el desarrollo de las funciones de las redes	53
III.37	De las normas clínicas	53
CAPITULO IV – RED DE SERVICIOS Y RED MUNICIPAL SAFCI		55
IV.1	RED DE SERVICIOS	55
A	Ámbito de acción de la Red de Servicios	55
B	Estructura organizacional de la Red de Servicios	56
C	Coordinador de la Red de Servicios	57
D	Perfil profesional del Coordinador de la Red de Servicios	57
E	Funciones del Coordinador de Red de Servicios	58

IV.2	RED MUNICIPAL SAFCI	59
A	Ámbito de acción de la Red Municipal SAFCI	59
B	Estructura organizacional de la Red Municipal SAFCI	60
C	Responsable Municipal SAFCI	60
D	Funciones del Responsable Municipal SAFCI	61
IV.3	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	62
IV.4	EQUIPO DE SALUD	63
A	FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD BASICO	64
B	PERFIL DEL EQUIPO DE SALUD	65
IV.5	OPERATIVIZACIÓN DE LA RED MUNICIPAL -SAFCI-	65
IV.6	PASOS PARA ESTABLECER LA ORGANIZACIÓN DE LA RED MUNICIPAL SAFCI	66
	PASO 1. Identificación, convocatoria y coordinación con las organizaciones sociales territoriales del Municipio	66
	PASO 2. Actualización del Módulo de Información Básica con las estructuras social e intersectorial	67
	PASO 3. Identificación de las necesidades de la comunidad	67
	PASO 4. Identificación de los recursos comunitarios y los recursos institucionales disponibles	67
	PASO 5. Definición de prioridades con identificación de grupos de alto riesgo	67
	PASO 6. Planificación de actividades	68
	PASO 7. Descripción de funciones y asignación o contratación de personal	69
	PASO 8. Instauración de bases para el tratamiento de rendimientos de trabajo comunitario e institucional	69
IV.7	RECURSOS FINANCIEROS	69
IV.8	FUNCIONES DE LA RED MUNICIPAL SAFCI	69
IV.9	CONTROL	72
A	Monitoreo y Seguimiento	72
B	Supervisión y Evaluación	72
IV.10	CRITERIOS DE SOSTENIBILIDAD	72
	BIBLIOGRAFIA	75
	ANEXO 1 MARCO LEGAL	77

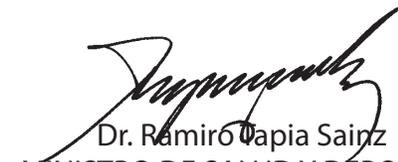
PRESENTACION

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural se constituye en la estrategia para lograr el Vivir Bien de las personas, las familias y las comunidades de Bolivia en el marco de las determinantes de la salud, por ello el Ministerio de Salud y Deportes con la premisa de “Movilizados por el derecho a la salud y a la vida para vivir bien” plantea el fortalecimiento de la Red de Salud con sus dos componentes la Red Municipal SAFCI, de concepción territorial y la Red de Servicios, de concepción espacial funcional, focalizando la atención en el hecho de que las redes tienen como uno de sus fines la conformación de redes de personas, para consolidar la interrelación entre el personal prestador de servicios de salud y las personas, familias y comunidades.

Si bien se promulgaron leyes, decretos y resoluciones que amparaban legalmente la existencia de las redes de salud, hasta el momento no se había elaborado una norma dirigida a definir, organizar y sistematizar su funcionamiento, por ello este documento establece la constitución del funcionamiento de la redes de salud para honrar la deuda social del Estado con la población boliviana, respetando las heterogeneidades que se expresan en la diversidad cultural, poniendo las redes de salud a disposición de la comunidad, considerando que estas redes se desenvuelven en un continuo de interrelacionamiento de personas que desarrollan sus actividades y su vida en el interior de familias, comunidades e instituciones.

El MSyD ejerciendo la rectoría del sector realizará todos los esfuerzos para que esta norma contribuya, mediante su aplicación, a la consolidación de un Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, en el que los componentes del subsistema público, del subsistema de seguros de salud a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro interactúen y aúnan sus esfuerzos para disminuir la exclusión en salud de los segmentos poblacionales más desprotegidos así como los altos índices de morbimortalidad, característicos de nuestro país y los que hasta el presente se han modificado muy lentamente.

Por lo expuesto solicitamos a todos los actores, institucionales y sociales a la pronta difusión y aplicación de esta norma para el beneficio de la salud de todos los bolivianos.



Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES



Resolución Ministerial **Nº 1036**

21 NOV. 2008

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Art. 158° de la Constitución Política del Estado, en concordancia con el Art. 2° del Código de Salud de la República de Bolivia; establece que la salud es un bien de interés público y que el estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en general y garantiza el ejercicio de derechos sin distinción de edad, raza, sexo o condición económica;

Que, el Art. 3 del Código de Salud, establece que es atribución del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes, definir las políticas nacionales de salud, normar, planificar, controlar y coordinar todas las actividades en todo el territorio nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que, la Ley de Organización del Poder Ejecutivo N° 3351 de 21 de febrero de 2006, establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud;

Que, mediante Cite: MSyD/USSyC/RS/0195/08 de 10 de noviembre del presente año, la Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, solicita al Viceministro de Salud, la emisión de una resolución ministerial aprobando los tres documentos que adjunta en medio magnético;

Que, mediante Nota Interna N° 4205 de fecha 10 de noviembre de 2008, el Viceministro de Salud, instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos la emisión de Resolución Ministerial aprobando la Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios; Norma Nacional de Caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel y la Norma Nacional de Referencia y Retorno;

Por tanto; El señor Ministro de Salud y Deportes con las atribuciones conferidas por Ley N° 3351 de 21 de febrero de 2006 de Organización del Poder Ejecutivo;

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Aprobar y poner en vigencia los tres (3) documentos que se detallan:

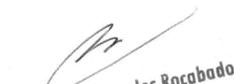
- ❖ Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios.
- ❖ Norma Nacional de Caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel.
- ❖ Norma Nacional de Referencia y Retorno.

ARTICULO SEGUNDO.- Es parte indisoluble de esta Resolución Ministerial, la Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios; Norma Nacional de Caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel y la Norma Nacional de Referencia y Retorno.

La Unidad de Servicios de Salud y Calidad, queda encargada del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dr. Fernando Villarreal Espindola
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Juan A. Nogales Rocabado
VICEMINISTRO DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Ramiro Zapata Dávalos
MINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES

ABREVIATURAS

AIEPI:	Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CNIDAI:	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación
CONEm :	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia
DILOS:	Dirección Local de Salud
D.S.:	Decreto Supremo
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
FONE	Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas
IRA:	Infección Respiratoria Aguda
LOPE:	Ley de Organización del Poder Ejecutivo
MSyD:	Ministerio de Salud y Deportes
MSyPS:	Ministerio de Salud y Previsión Social
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDS:	Plan de Desarrollo Sectorial
POA:	Plan Operativo Anual
PDM:	Planes de Desarrollo Municipal
RS:	Resolución Suprema
RCS	Responsable Comunitario de Salud
RR. HH.:	Recursos Humanos
SAFCI:	“Salud Familiar Comunitaria Intercultural”
SEDES:	Servicios Departamentales de Salud
SNIS:	Sistema Nacional de Información en Salud
SU SALUD:	Seguro Universal de Salud
TGN:	Tesoro General de la Nación
UNI:	Unidad de Nutrición Integral

NORMA NACIONAL

RED MUNICIPAL SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

-RED MUNICIPAL SAFCI - Y RED DE SERVICIOS

INTRODUCCION.

¿Cómo contribuir desde el sector salud, lo más eficazmente posible, a que el pueblo boliviano asuma la construcción de su futuro siendo protagonista activo de su historia y de su VIVIR BIEN?

Esta es la preocupación central del Ministerio de Salud y Deportes. En ese marco, la revalorización de la superestructura político-ideológica (descolonización y des-neoliberalización) respecto del patrón de desarrollo y de la estructura socio-sanitaria, ha permitido recuperar la capacidad sectorial para alcanzar sus propias metas de política establecidas en el Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2006 - 2010 y el impacto de la acción como una estructura institucional sectorial orientada a lograr las metas globales de incrementar los años de vida saludables de la población.

El Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2006-2010 "Movilizados por el derecho a la salud y la vida" se fundamenta en el ejercicio pleno de la ciudadanía, reivindicando una alternativa capaz de garantizar los derechos sociales y constitucionales, en la que el Estado asume la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud, desmercantilizando el Sistema Nacional de Salud para lograr el cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural.

Por otra parte la aplicación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, se establece como eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional impulsando la interculturalidad, la participación comunitaria, la integralidad y la intersectorialidad con el protagonismo de las organizaciones sociales territoriales y los otros sectores, con la conducción del Ministerio de Salud y Deportes como actor institucional y ente rector del sector salud.

Por todo lo expuesto el Ministerio de Salud y Deportes, por primera vez y dentro del proceso de recuperación de la Rectoría en cuanto a su responsabilidad de Regulación, presenta la Norma Nacional de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios, de cumplimiento obligatorio y cuya adecuación e implementación está a cargo de los Servicios Departamentales de Salud y Gobiernos Municipales.

En el primer capítulo se desglosan los aspectos fundamentales que tienen que ver con la nueva forma de pensar el sector salud; en el segundo capítulo se encuentran las bases ideológicas y filosóficas del desarrollo de las Redes de Salud; en el tercer capítulo se establecen las reglas para el funcionamiento de las redes; en el cuarto capítulo se describe la Red de Servicios y la Red Municipal SAFCI, estableciendo los lineamientos para su organización.

CAPITULO I

ASPECTOS FUNDAMENTALES

I.1 JUSTIFICACIÓN.

El Estado tiene, con la población boliviana, una deuda social sanitaria acumulada desde la colonia, agravada en los últimos 30 años por la llamada globalización a nivel mundial y por las políticas de corte neoliberal en salud implantadas a nivel nacional, que han significado la privatización del sector, la mercantilización de los servicios y el desarrollo del individualismo. Bajo este contexto, el Sistema Nacional de Salud no ha respondido a las necesidades y demandas de la población, por el contrario, ha reproducido la desigualdad y la injusticia social propias de la estructura socio económica neoliberal imperante. Además Bolivia, un país multicultural, no ha reconocido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas, originarios, campesinos y otros, ignorando hasta el presente sus sentires, conocimientos, prácticas y derechos, lo que ha producido su exclusión y autoexclusión del sistema.

La realidad boliviana en salud muestra algunos indicadores¹ que reflejan las condiciones actuales de la población, que se resumen de la siguiente manera:

- El 7,5 por ciento de los niños muere antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y/o curables; el 26,5 por ciento de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y de desarrollo psiconeuromuscular; el 67 por ciento de los niños menores de tres años tiene anemia y el 19 por ciento déficit de vitamina A.
- Un tercio de la población de niños de áreas rurales e indígenas, menores de tres años, tiene desnutrición crónica, que equivale al doble de la población de niños de la misma edad que viven en la ciudad.
- A pesar de los esfuerzos realizados, aún existen altas tasas de mortalidad infantil, siendo la actual de 54 por mil nacidos vivos y 27 de estos 54 corresponden a recién nacidos o niños menores de 28 días de vida, por lo que se puede deducir que la tasa de mortalidad neonatal continúa elevada en forma alarmante.
- La mortalidad materna de 230 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos es la más alta de América Latina, con un importante sub-registro.
- La atención del parto institucional alcanza el 63.2 por ciento de las embarazadas. En áreas urbanas este porcentaje llega al 77.7 por ciento y en áreas rurales al 38.6 por ciento.²
- La población no cubierta se encuentra en el área rural y en las zonas urbano-marginales, no accede a los servicios de salud por factores culturales, carencia de recursos o encontrarse lejos de los establecimientos de salud.
- El funcionamiento de las redes de servicios de salud no ha logrado satisfacer las expectativas generadas con el cambio del enfoque administrativo (distritos de salud) al enfoque resolutivo³ (redes de salud). Esta situación tiene varias causas, resaltando las siguientes:

1 ENDSA 2003

2 SNIS MSyD primer semestre 2008

3 MSYD Plan Nacional de Salud Integral para el niño niña de 5 años 2005 - 2008

1. La segmentación y la fragmentación⁴ del Sistema Nacional de Salud, afecta la rectoría del Estado, en este caso del Ministerio de Salud y Deportes, que se ha debilitado en cuanto a su capacidad de regulación y conducción permitiendo la creación de núcleos de poder paralelos con objetivos grupales, sectarios diferentes de los objetivos sectoriales y nacionales, produciéndose dispendio en el uso de recursos originando grados variables de ineficiencia, ineficacia e inequidad, principalmente, en las instancias operativas.
2. La descentralización⁵ de la Administración del Estado, divide⁶ la unidad de gestión de los componentes del sector salud, el Ministerio de Salud y Deportes tiene la atribución de definir políticas, normalizar y fiscalizar el Sistema Nacional de Salud y la dotación de recursos humanos, dando a las Prefecturas el poder de la administración y gestión en cuanto a los recursos humanos, en tanto que los Gobiernos Municipales quedan con la responsabilidad de la dotación, mantenimiento y renovación de infraestructura, equipamiento e insumos.
3. La gestión de los gerentes de las redes de salud y responsables (directores, jefes) de los establecimientos de salud ha sido afectada porque no cumplen con el perfil necesario para el cargo (formación académica en gerencia en servicios de salud) y en cuanto al área administrativa se hace más evidente la asignación de personal empírico.
4. El recurso humano del Sistema Nacional de Salud no conoce adecuadamente el cambio de enfoque de distrito sanitario a red de salud, lo que produce una distorsión en el funcionamiento de las redes.
5. El seguro público tiene procesos burocráticos que disminuyen el tiempo del personal de salud destinado a la atención de las personas, con el consecuente resultado de la insatisfacción.
6. La población no ingresa al sistema por los establecimientos del primer nivel y no respeta la regionalización distorsionando las funciones y capacidad resolutive que corresponden a los otros niveles.
7. Los servicios de salud se encuentran concentrados en el área urbana, en cuanto se refiere a mayor capacidad resolutive, a diferencia del área rural donde se encuentran dispersos y con capacidad resolutive limitada.
8. No existe una política de recursos humanos en cuanto a: a) programación de capacitación acorde al perfil epidemiológico del país y sus necesidades comunitarias, b) todavía es débil la coordinación con las instituciones formadoras, c) no se ha desarrollado una política de formación y distribución de estos recursos y d) tampoco existe una política de incentivos para el personal que trabaja en el área rural, necesidad prioritaria, ya que es el que llega a las comunidades excluidas.
9. Las instituciones formadoras de profesionales y de técnicos en salud no han adecuado sus programas curriculares al perfil epidemiológico del país y menos al nuevo modelo de atención, manteniendo una formación positivista, cartesiana, escolástica e individualista, orientada a la práctica liberal de la profesión. Por otra parte, históricamente, no ha existido un diagnóstico del perfil del recurso humano consensuado y adecuado a las necesidades reales de las personas familias y comunidades del país, mucho menos una coordinación entre instituciones formadoras e instituciones empleadoras de recursos humanos.
10. Los gobiernos municipales rurales, en su mayor parte, no han incorporado en su plantel institucional personal técnico para la ejecución en la gestión sanitaria.
11. Las organizaciones no gubernamentales tienden a desarrollar sus propios planes sin coordinar con las instancias rectoras locales.

4 La segmentación se refiere a las diferentes fuentes de financiamiento de los subsistemas de salud (Público, seguros a corto plazo, privado), la fragmentación a la existencia de unidades de salud que ofrecen el mismo servicio a una determinada población. OPS/OMS. Tercer Curso Internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud, Nicaragua.2007.

5 Ley 1551 de Participación Popular y Ley 1654 de Descentralización Administrativa.

6 Ley 1551 de Participación Popular, Gaceta Oficial 1994.

12. La medicina tradicional se ha mantenido alejada de la medicina académica, en lugar de complementarse, para disminuir la exclusión social en salud.
13. Finalmente los problemas de gobernabilidad municipal afectan la gestión técnica administrativa del sector salud, produciendo ineficiencia e ineficacia.

Frente a esta problemática, el Ministerio de Salud y Deportes ha elaborado, participativamente, el Plan de Desarrollo Sectorial 2006 – 2011, en el que una de las políticas principales es el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que se operacionaliza mediante el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud.

I.2. MARCO DE REFERENCIA.

El Plan Nacional de Desarrollo⁷ identifica cuatro perspectivas para el país:

- Bolivia Digna dirigida a sectores generadores de activos sociales y sectores generadores de condiciones sociales.
- Bolivia Democrática que se orienta a sectores que consolidan y reconstituyen el poder social comunitario y a sectores que consolidan y profundizan la democracia.
- Bolivia Productiva dirigida a sectores estratégicos generadores de excedentes, a sectores generadores de ingresos y empleo, sectores de infraestructura para la producción y sectores de apoyo a la producción
- Bolivia Soberana orientada a los sectores de relaciones exteriores y sector de relaciones económicas internacionales.

El Ministerio de Salud y Deportes como cabeza del Sector Salud se incluye principalmente en la perspectiva de Bolivia Digna, habiendo desarrollado en este sentido el Plan de Desarrollo Sectorial 2006 – 2010.

La **propuesta de cambio** se plasma en el paradigma “Movilizados por el Derecho a la Salud y a la Vida para VIVIR BIEN” del Plan de Desarrollo Sectorial que propone cinco Políticas: 1) Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, 2) Rectoría, 3) Movilización Social, 4) Determinantes de la salud, y 5) Solidaridad.

Las cinco Estrategias correspondientes se orientan a: 1) la Universalización del acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural 2) la recuperación de la soberanía sanitaria, el rol rector del Ministerio de Salud y Deportes, mediante el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión; 3) la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias 4) la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y calidad de vida y 5) la alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia, la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza.

Estas estrategias, se articulan en la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional, con la conducción del Ministerio de Salud y Deportes como actor institucional y ente rector del sector salud.

Este nuevo sistema de Salud tendrá el éxito esperado por la voluntad política manifestada por el Gobierno y la participación comunitaria efectiva y responsable. Por ello autoridades y

7 Plan Nacional de Desarrollo. Ministerio de Planificación para el Desarrollo. 2006.

técnicos nacionales, departamentales y municipales, de los diferentes sectores y de agencias de cooperación internacional, deben asumir esta política plasmada en el D.S. 29601 que operacionaliza la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, mediante las Redes de Salud.

**CUADRO N° 1
PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL 2006- 2011**



Fuente: Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2010. Publicación 1. Versión Ilustrada. 2ª. Ed. MSyD. 2007

I.3. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL.

Por disposición del Decreto Supremo N° 29601 se establece que el objetivo de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación comunitaria efectiva en la toma de decisiones en la gestión participativa y control social y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

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

La **salud familiar** está determinada por factores socioeconómicos, culturales, así como por condicionantes ambientales, biológicos, genéticos, psicológicos y de relaciones interpersonales, que se definen a escala micro social en el contexto del hogar.

Cumple una función social en el desarrollo armónico de sus integrantes, afronta constructivamente las crisis en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia. Como resultado de esa capacidad, en un momento determinado de su desarrollo, puede verse como producto de la multicausalidad recíproca entre las condiciones materiales de existencia, los procesos evolutivos, funcionales y estructurales de vida familiar, dentro de los cuales está inmersa la salud de los integrantes y del grupo. Se expresa en el modo particular en que la familia provee el consumo simple y ampliado como potenciadora de salud.

La **salud familiar comunitaria** se entiende como una política pública que busca incidir sobre factores determinantes y condicionantes de la salud que prioriza las familias y las comunidades, desarrollando su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

Por tanto la **acción comunitaria** establece la importancia de las relaciones de reciprocidad y redistribución de los bienes de consumo y la carga de trabajo colectivo en las comunidades. Esta práctica de reciprocidad nace al interior de las culturas andino-amazónicas, se consolida en una familia y se perenniza en el quehacer cotidiano de las mismas. Esta dimensión nos lleva a valorar el trabajo comunitario por su acción centrada en la “solidaridad” y en el proceso productivo orientado al mejoramiento de la calidad de vida de las familias y de los pueblos. Para mantener ello se deben mejorar las relaciones de producción a través de la creación de una economía solidaria y comunitaria, poner en practica tecnologías que posibiliten la sostenibilidad y la armonía con la naturaleza, generando conocimiento mediante la dimensión científica que exige compromisos para investigar en profundidad, los sentires, conocimientos y prácticas ancestrales de las culturas originarias.

GRAFICO N° 1
OBJETIVOS DE LA SAFCI



Fuente: Elaboración Propia

A. PRINCIPIOS DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL.

Los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, son la participación comunitaria, la integralidad, la interculturalidad y la intersectorialidad que la hacen un modelo teórico práctico

- **Participación comunitaria.** Es la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización de sus problemas de salud y sus determinantes; del diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de

promoción y prevención con desarrollo integral, comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

- **Intersectorialidad.** Es la intervención coordinada entre la población, el equipo de salud y representantes de los diferentes sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.
- **Interculturalidad.** Entendida como el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena, originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud de la población.
- **Integralidad.** Entendida como la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación armónica con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación, rehabilitación y recuperación de la salud de manera oportuna, eficiente y eficaz..

B. MODELO DE ATENCIÓN

“El modelo de atención de salud familiar comunitaria intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.”⁸

Por lo tanto, el modelo de atención se constituye en la forma de articular personas, familias y comunidades (ayllus, marcas, tentas, capitanías y otros) o barrios con el equipo de salud, a partir de una prestación con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su cosmovisión, procesos de comunicación fluidos y aceptación de la decisión del usuario (procedimientos, diagnóstico, tratamiento y prevención), por lo que la atención de salud no solo abarca la enfermedad, sino la persona en su ciclo de vida, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión.

•Se caracteriza por:

- Estar centrado en las personas, familias y las comunidades.
- Identificar las condiciones de las determinantes de salud de las personas, las familias y las comunidades promoviendo acciones intersectoriales para vivir bien.
- Desarrollar intervenciones basadas en necesidades de las personas, familias y comunidades.
- Enfocarse al riesgo individual, familiar y comunitario.
- Ofrecer y dar servicios de calidad, logrando la satisfacción de las personas, familias y comunidades, basadas en una:
 - Atención Integral (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación).
 - Atención Integrada (interrelación e interacción entre todas las partes del sistema)

- Atención Continua (de información, de relación, de gestión -continuo de atención – ciclo de vida)
- Atención Accesible (garantía de atención universal, sin barreras de acceso)
- Atención Oportuna (en el momento adecuado a las demandas de atención)
- Organizar las redes de salud, para garantizar la continuidad en la atención hasta la resolución de los problemas.
- Incluir acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación con carácter integral e intercultural en el establecimiento, en la familia y en la comunidad, teniendo como instrumentos la carpeta familiar y el expediente clínico, el Modulo de Información Básico (MIB), el diagnóstico situacional, la investigación participativa, la organización y movilización comunal o barrial, protocolos de atención, guías de la gestión participativa y control social y otros.
- Poseer enfoques epistemológicos de la biomedicina académica para establecer un solo sistema de salud a nivel nacional con atención gratuita que garantiza el acceso universal.
- Implementar y desarrollar los seguros públicos, quedando la responsabilidad de financiamiento y afiliación a cargo de los gobiernos municipales. La reglamentación de la afiliación y del sistema integrado de información será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.
- Establecer mecanismos de referencia y retorno entre la atención biomédica, indígena originaria campesina y otras, en la red de servicios y entre los establecimientos de salud mediante vínculos personales e institucionales, como principales elementos para asegurar la organización de la atención, su integralidad y la continuidad de la misma para la solución de los problemas.
- Generar relaciones de confianza entre el equipo de salud y personas, familias y comunidad, a partir de la continuidad de la atención (en lo posible 24 horas al día, 7 días a la semana, 30 días al mes y 365 días al año) y de flujos constantes y adecuados de información sobre los procesos de referencia y retorno que se realicen, mediante la utilización de instrumentos de registro para el acompañamiento individual y familiar (carpeta familiar, hoja de referencia y retorno).
- Articular y complementar, en una relación de poder simétrica e igualitaria, los conocimientos y prácticas de las diferentes medicinas (académica, indígena, originaria, campesina y otras) como elementos fundamentales de la calidad de atención, que al convivir con ellas como producto de concepciones epistemológicas (principios, valores y elementos culturales) de los pueblos indígenas y originarios, tienen la finalidad de extender la vida y la salud de los hombres y mujeres estantes y habitantes del territorio nacional.
- Organizar la atención de salud articulada en redes, estableciendo responsabilidades territoriales y de gestión de los establecimientos en comunidades, municipios y naciones indígenas, originarias y campesinas (PIOC) de acuerdo a los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Reconocer el derecho que tiene cada nación indígena originaria campesina a contar, mínimamente, con un equipo de salud (médico, odontólogo, enfermera o más, según sus necesidades), además de su propio sistema médico tradicional.
- Contar con un equipo de salud:
 - Multidisciplinario, generando un trabajo de desarrollo de su propia formación profesional (intradisciplinarietà), pero que además realiza una labor coordinada y sistemática con las otras profesiones (interdisciplinario), y cada profesional practica

la formación en otras disciplinas, hasta llegar a la transdisciplinariedad en su trabajo cotidiano.

- Que promueve y participa en acciones de intersectorialidad destinadas a identificar y modificar positivamente las determinantes socioeconómicas, ambientales y culturales que influyen en el desarrollo de la salud.
- Que promueve, se involucra y participa en la movilización y participación comunitaria de manera organizada.
- Que desarrolla sus acciones en el establecimiento de salud, en la comunidad y en el ambiente natural, de acuerdo a la capacidad resolutive específica a cada nivel.

El modelo de Atención SAFCI funciona a través de la Red de Salud, que comprende:

- **La Red de Servicios**, de concepción funcional, está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, articulados mediante el componente de referencia y retorno, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependientes de los subsistemas: público, de las cajas de salud a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, complementados con la medicina indígena/originario/campesina y a la estructura social en salud.⁹ Puede darse en un solo Municipio cuando tiene establecimientos de salud de los tres niveles, lo que supone capacidad resolutive resuelta, de lo contrario deben asociarse entre municipios o establecer mancomunidades (área rural), trascendiendo límites municipales, provinciales, departamentales y nacionales, para garantizar la capacidad resolutive.
- **La 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. Funciona bajo la conducción del Directorio Local de Salud – DILOS- y tiene como ejecutor al 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 personas, familias y comunidades de su área de influencia y fundamentadas en las necesidades de las mismas.
- **El Establecimiento de Salud** que es la unidad funcional básica de la prestación de servicios de salud, que tiene tres categorías:
 - Establecimiento de salud del primer nivel: Centro/Puesto SAFCI, Centro SAFCI con camas, policlínicos y policonsultorios SAFCI.
 - Establecimientos de salud de segundo nivel: hospital de segundo nivel.
 - Establecimientos de salud de tercer nivel: hospitales generales, hospitales especializados e institutos.

C. MODELO DE GESTIÓN PARTICIPATIVA Y CONTROL SOCIAL EN SALUD.

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

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

- a. Nivel local: es la unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión participativa y control social en la salud.
 - b. Nivel municipal. El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión participativa y control social en salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, seguros públicos, políticas nacionales de salud. Asimismo es responsable de la administración de las cuentas municipales de Salud. El Directorio Local de Salud, DILOS, debe elaborar su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.
 - c. Nivel departamental: constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un Departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales para la gestión de los servicios de salud, cumpliendo y haciendo cumplir las políticas nacionales de salud, normas de orden público en las instituciones y / o entidades que conforman el subsistema público, el de cajas de salud de los seguros a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro de su jurisdicción territorial, en directa y permanente coordinación con la estructura social.
 - d. Nivel nacional: representado por el Ministerio de Salud y Deportes, órgano rector de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular políticas, estrategias, planes y proyectos nacionales; así como de establecer las normas que rigen el sistema de salud en el ámbito nacional.
- **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, para ello 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 y 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 DILOS, 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 (DILOS), 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 del

nivel municipal con la Plan Departamental de Desarrollo; además de realizar el control social a la implementación de la misma en cuanto a las actividades de salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, una de sus funciones principales es el de conseguir el presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental/prefectural.

- e. **Consejo Social Nacional de Salud.** Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud y de las organizaciones sociales representativas del país. Es el articulador de las necesidades y propuestas en salud de los Departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar el control social a las acciones que esta instancia emprenda. Es responsable de vigilar el adecuado crecimiento vegetativo de los recursos humanos del Sistema Único SAFCI.
- La **estructura intersectorial:** Entendida como el espacio de deliberación con los representantes de los otros 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). Está conformada por:
 - a. **Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros y los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales.** Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres) donde se concretiza la gestión local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local existen dos tipos de espacios de deliberación que son:
 - **La Reunión General de Planificación** (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades o barrios, tengan o no establecimientos de salud, para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables.
 - **El Comité de Análisis de Información en Salud, CAI, comunal o barrial,** para seguimiento y control, que 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.
 - b. **Mesa Municipal de Salud.** Máxima instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la gestión en salud del municipio que incluye a otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el Municipio, para incorporarlas al Plan de Desarrollo Municipal y a la Programación Operativa Anual, constituyéndose a su vez en el espacio de seguimiento al desarrollo de los mismos.
 - c. **Asamblea Departamental de Salud.** Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Departamental, se constituye a su vez en el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA Departamental.

- d. **Asamblea Nacional de Salud.** Es la máxima instancia de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Sectorial de Salud y a su vez es el espacio de seguimiento al mismo.

I.4 LA RECTORIA¹⁰ DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.

El Ministerio de Salud y Deportes como la máxima Autoridad Sanitaria, cabecera del sector salud del país, se caracteriza por tener responsabilidades compartidas y responsabilidades exclusivas. Las primeras comprenden aspectos referidos al financiamiento, al aseguramiento, a la asignación /compra y a la provisión de servicios y las segundas comprenden la Regulación y la Conducción.

Si se entiende que la Rectoría es, tanto el ejercicio directo de las responsabilidades exclusivas, substantivas, propias e indelegables de la Autoridad Sanitaria, así como el ejercicio del liderazgo, de la armonización y de la vigilancia del cumplimiento de las funciones que suelen ser compartidas con entes públicos autónomos o descentralizados / desconcentrados y/o privados con o sin fines de lucro, es necesario establecer claramente en que consisten las responsabilidades exclusivas.

En el ejercicio de la responsabilidad de Regulación, elabora, desarrolla, perfecciona y aprueba la Legislación y el Marco Normativo, así como fiscaliza su cumplimiento con relación a los componentes de salud, seguros, servicios, recursos, bienes de consumo y la gestión en salud con participación efectiva de la comunidad. Esta responsabilidad de **Regulación** se operacionaliza mediante:

- La reglamentación de la atención a la salud, entendida como el conjunto de prestaciones garantizadas, proyectos, servicios, protocolos, garantía de la calidad, caracterización, habilitación, certificación y acreditación de establecimientos y del ejercicio profesional de salud, evaluación de tecnologías y de sus procesos de difusión, participación comunitaria en la gestión de la salud.
- La reglamentación de las intervenciones colectivas, poblacionales-territoriales, de protección al medio ambiente y sobre las determinantes de la salud, según las competencias definidas en la Ley de Organización del Poder Ejecutivo (Ley LOPE.)

En tanto que la responsabilidad de **Conducción** se caracteriza por:

- Análisis, seguimiento y evaluación de la situación de salud de la población y sus determinantes.
- Análisis e interpretación de la **historia** y del contexto **político social y económico** del funcionamiento de las instituciones y organizaciones que impactan en el sector salud y de las dinámicas y efectos de los procesos de cambio del sistema.
- Utilización intensiva y sistemática del método epidemiológico y de la investigación en salud pública para construir la **inteligencia sanitaria** de los procesos de formulación e implementación de la política sectorial.
- Priorización de poblaciones, problemas, proyectos e intervenciones y definición de los Objetivos Sanitarios de las políticas públicas nacionales.
- Construcción y negociación de un proceso integrado de planificación
- Movilización de recursos.

10 Levcovitz E. III Curso Internacional Desarrollo de Sistemas de Salud en América Latina. OPS/OMS-ASDI-UNFPA. Nicaragua 2007.

- Armonización y coordinación de la Cooperación Internacional en salud, obteniendo su alineamiento a las políticas públicas, a los planes de desarrollo y a los objetivos sanitarios nacionales.
- Participación política y técnica en los organismos internacionales.
- Implementación de los compromisos globales y regionales.
- Construcción de **acuerdos** y formación de alianzas de sustentación sociopolítica de los cambios (poderes legislativo, ejecutivo, jurídico, organizaciones sociales, etc.).
- Movilización de la **participación comunitaria** y fomento del **control social** en la definición de problemas prioritarios y estrategias de superación de los mismos.
- Rendición de cuentas a la sociedad y a las instituciones del Estado democrático: Poder Legislativo y Judicial, Fiscalías, Defensorías, etc.

En este sentido la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE) del año 2006, ha asignado funciones al Ministerio de Salud y Deportes que tienen como uno de sus fines la recuperación y el fortalecimiento de su Rectoría como máxima Autoridad Sanitaria del país¹¹, mismas que se detallan a continuación:

- Ejercicio de la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud.
- Formulación, ejecución y evaluación del cumplimiento de los planes de salud en el marco de las políticas de desarrollo del país.
- Regulación, planificación, control y conducción del Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional.
- Vigilancia del cumplimiento y primacía de las normas relativas a la salud pública.
- Garantía de la salud de la población a través de su promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación.
- Formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural con su modelo de gestión social en salud y su modelo de atención.
- Promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica, en el marco de la interculturalidad, con la adecuación cultural de los servicios.
- Formulación de políticas, estrategias y planes de nutrición y seguridad alimentaria en el marco de la soberanía nacional.
- Formulación de políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas con discapacidad.
- Formulación de políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas con un consumo problemático de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Promoción de la organización de instancias nacionales, departamentales, municipales y comunitarias, para el control social y revisión de políticas y estrategias de salud preventiva.
- Armonización de la cooperación internacional en el sector salud con las políticas, prioridades y normas establecidas por el Gobierno Nacional.
- Regulación del funcionamiento de las entidades formadoras y capacitadoras del sector salud, en coordinación con las universidades públicas y el Ministerio de Educación y Culturas.

11 Gaceta Oficial N° Ley N° 3351.LOPE del 21 de febrero de la gestión de 2006, en la Presidencia de S.E. Evo Morales Áima.

- Formulación de políticas y ejecución de proyectos que fomenten la cultura física, actividades deportivas, formativas, competitivas, profesionales y de recreación, promoviendo la salud física y mental.
- Elaboración y ejecución de proyectos de infraestructura y equipamiento, para la práctica del deporte y el desarrollo de la cultura física a nivel nacional.

I.5. MEDICINA TRADICIONAL COMO POLITICA DE GOBIERNO¹².

El Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es incluyente de la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos. Por ello el Ministerio de Salud y Deportes, tiene como visión que el Sistema Único SAFCI sea de acceso universal, respetuoso de las culturas indígenas y originarias, enriquecido con la medicina tradicional, inclusivo, equitativo, solidario y de calidad, descentralizado, conducido y liderado por el Ministerio de Salud y Deportes como cabeza de sector, que actúa sobre las determinantes de salud, con la participación de una población con hábitos saludables y pleno ejercicio de su derecho a la salud que promueve y se constituye en espacio de organización y movilización socio-comunitaria del Vivir Bien.

Por lo expuesto se ha creado el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad que tiene como misión el fortalecimiento de la medicina tradicional y su articulación y complementación en el Sistema Único SAFCI, en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural, de género e inclusión social.

FIGURA N°1



12 Boletín Informativo. MSD.

I.6. MARCO LEGAL

El marco legal de las Redes tanto Municipal SAFCI como la de Servicios se sustenta desde la implementación de la Atención Primaria de Salud, en 1984 y posteriormente con la instauración de los seguros públicos de salud que evidenciaron la importancia de la interrelación de los establecimientos de salud. Por ejemplo con el Seguro de Maternidad y Niñez, esta interrelación 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 pretendían garantizar el trabajo en redes, pero la actitud del personal no cambiaba a la misma velocidad de la emisión de las normativas, produciéndose un estancamiento, que se pretende superar si se implementa adecuadamente la SAFCI con la nueva forma de pensar la salud. El Marco Legal existente hasta la fecha se detalla en el Anexo 1 de este documento.

Por todo lo expuesto, este marco de referencia, da las bases para cambiar el proceso de la atención en salud, profundizando la conceptualización del trabajo en redes. En este sentido se necesita preparar y capacitar a los actores institucionales y sociales en la nueva lógica, para lograr en primera instancia el conocimiento, luego la práctica y finalmente el cambio de actitud, en relación a que tanto el equipo de salud como las personas, las familias y la comunidad, comprendan que son parte activa de una red que va más allá de lo que significa infraestructura, equipamiento o insumos.

CAPITULO II

BASES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES DE SALUD

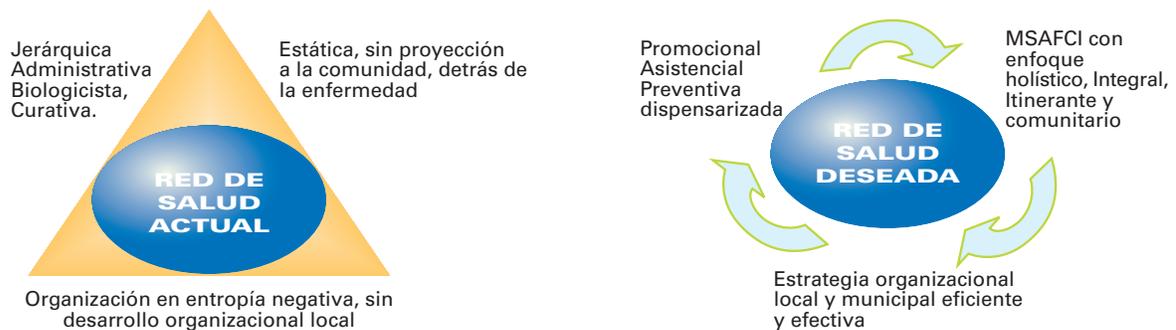
II.1 ANTECEDENTES.

Debido a que la fragmentación y la segmentación del sistema de salud producen ineficiencia e ineficacia por la dispersión en el uso de los recursos, no se han definido, claramente, las bases filosóficas y operacionales del funcionamiento de las redes, observándose, una debilidad del enfoque de la Atención Primaria de Salud, estrategia instaurada en nuestro país desde 1984¹³. Por ello el personal del subsistema público del sector salud que trabajó diecisiete años con un enfoque de Distrito Sanitario pasó al enfoque de Redes sin las herramientas metodológicas necesarias para adoptarlo, dándose lugar a un cambio de tipo nominal. También se incurrió en un error conceptual acerca de “redes” de salud, entendiéndolo a las mismas simplemente como el ámbito geográfico territorial con una población específica. Posteriormente se relaciona el concepto de redes con la referencia y contrarreferencia pero sin conseguir el cambio de la actitud del personal de salud en cuanto a sentirse parte de una red de salud.

Por otra parte el Sistema Nacional de Salud de nuestro país conformado por el subsistema público, subsistema de los seguros de salud a corto plazo y el subsistema privado organizaciones con y sin fines de lucro: iglesias, ONGs e instituciones privadas incorpora, recientemente, en términos de articulación y complementariedad, a la Medicina Tradicional con todos sus componentes como la medicina indígena originaria campesina y la autoayuda.

Por lo expuesto la construcción de redes de salud requiere el desarrollo de intervenciones que logran relaciones en ámbitos que vayan más allá del funcionamiento institucional, para obtener la articulación y la armonización mediante la generación de vínculos entre personas (red comunitaria, red institucional y red intersectorial).

**GRAFICO N° 2
VISION DE LA RED DE SALUD**



Fuente: Elaboración propia

II.2 REDES DE SALUD, DETERMINANTES DE LA SALUD E INTERSECTORIALIDAD.

Los indicadores de salud de nuestro país deben llevarnos al cuestionamiento objetivo para comprender que las acciones, el enfoque, la organización y por lo tanto el Modelo Sanitario aplicado hasta el momento no ha sido capaz de solucionar los problemas de salud de nuestra población.

Los diferentes niveles desde los cuales desarrollamos nuestro cotidiano trabajo (nivel operativo, gerencial, ámbito local, municipal, departamental o nacional) nos han enfrentado a todo tipo de retos para compensar las deficiencias sectoriales (déficit de personal, infraestructura y equipamiento) pero al pretender superar esas barreras, solos, como individuos, o en el mejor de los casos como sector (desde el Puesto o Centro de Salud, del Hospital, del SEDES o desde el mismo nivel rector) se ha comprobado que los esfuerzos aislados no son suficientes para conseguir los objetivos planteados que, en última instancia deberían apuntar a mejorar la situación de salud en nuestra comunidad, barrio, municipio o departamento.

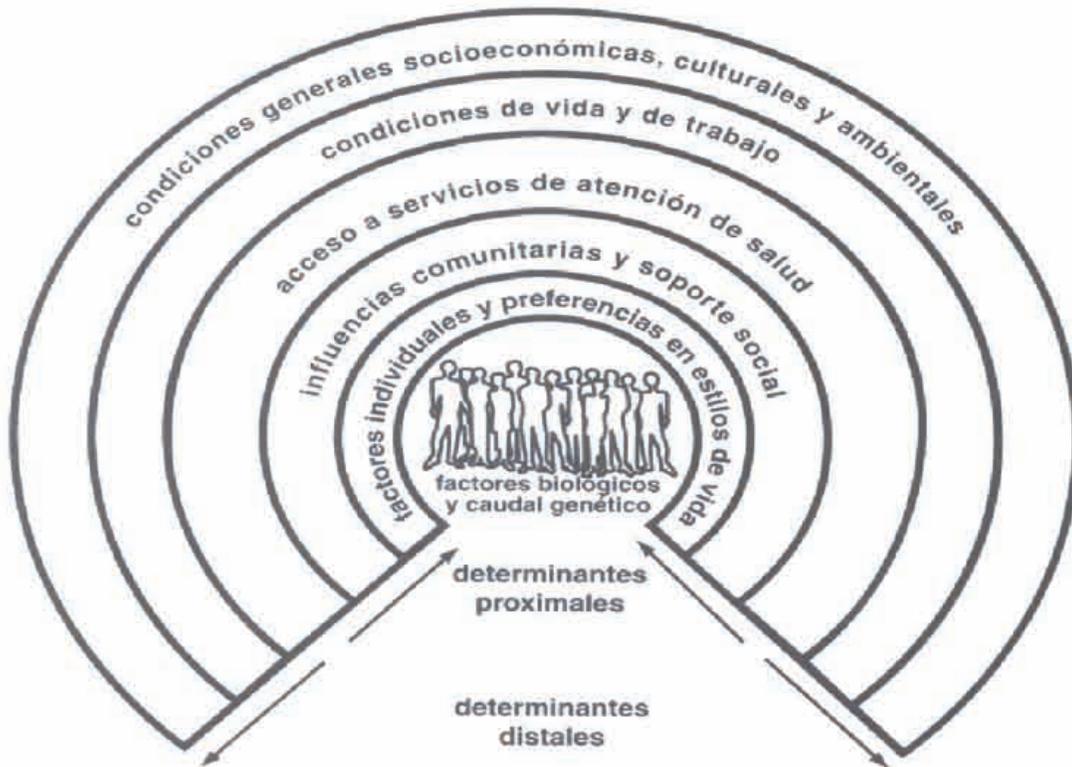
El equipo de salud no solo puede estar enfocado a la atención de la población cuando ésta adolece de un problema que afecta su salud, ya que ésta tiene un espectro de atención, disponibilidad y acción mas allá de la reparación del ser humano cuando está afectado por un mal. Por ello, es preciso reconocer a la salud como un proceso de equilibrio armónico biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y su entorno, es decir con su familia, su comunidad o barrio y la naturaleza, en una constante dinámica.

Hasta ahora la salud se entendía como el hecho de curar la enfermedad, como ejemplo, cuando una persona está enferma, todavía se tiene el concepto de que es necesaria la atención de un equipo de salud, un centro de salud, medicamentos, instrumental e insumos, de algunas medidas generales como el de mantenerse en reposo, etc. todo con la finalidad de que la persona se sane. **Pero, para que esta persona se mantenga sana y cada vez con mejores niveles de salud,** es preciso tomar en cuenta una serie de factores tales como: trabajo permanente, ingreso suficiente, vivienda adecuada, ambiente sociocultural favorable, caminos, producción de bienes, educación, organización comunal, buena nutrición, reconocimiento social, descanso, actividades lúdicas y de recreación, dotación de agua segura (agua potable, agua de riego, alcantarillado, cuidado de fuentes de agua), es decir toda una gama de características sociales y económicas, que harán que la persona tenga cada vez mejores condiciones de salud y un "vivir bien" permanentemente mejorado.

A todos estos factores que mejoran cada vez más las condiciones de salud de la persona, se los denomina DETERMINANTES DE LA SALUD

La intersectorialidad se operacionaliza mediante la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores, con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas. Reconociendo que lo que más influye en las condiciones de salud es la calidad del ambiente social en el que se desarrollan las personas y no solamente el acceso a los servicios de atención.

GRAFICO N° 3 DETERMINANTES DE LA SALUD



Fuente: Traducido y modificado de: Dahlgren y Whitehead, 1991.

Como se observa en el gráfico de Dahlgren y Whitehead, las determinantes de la salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas, actuando o interactuando en diferentes niveles de organización, determinando el estado de la salud de la población. Por lo tanto se reconoce la necesidad de adoptar un enfoque ecológico, integral y holístico de la salud. Existe un amplio rango de determinantes de la salud desde los determinantes proximales o microdeterminantes, que se asocian a características del nivel individual, y los determinantes distales o macrodeterminantes, asociados a variables de los niveles de grupo y sociedad, es decir poblacionales¹⁴.

En ese contexto resulta imprescindible modificar algunos preceptos reiterados constantemente, tanto en nuestra formación profesional (o técnica) como en nuestro ámbito laboral. Por ejemplo muy a menudo, la salud se considera como un producto de la atención médica. Sin embargo, el acceso a atención médica por sí solo no garantiza la salud, especialmente cuando las personas salen del establecimiento (Puesto, Centro u Hospital) y vuelven a las mismas condiciones que contribuyeron a desarrollar su enfermedad. Este es el dilema medular de personas, familias y comunidades que viven y trabajan en un ambiente poco saludable. Las causas raíz de la mala salud incluyen factores sociales, políticos y económicos, que se combinan y unen para crear y exacerbar grandes desigualdades en la salud y el bienestar. Los determinantes sociales que llevan a la desigualdad sanitaria entre una comunidad y otra son los bajos ingresos, la falta de servicios básicos y la vivienda inadecuada (entre otras), y la falta de acceso a los servicios de salud.

14 Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedad Unidad 1. Presentación y marco conceptual. Págs. 19-22. 2ª. Ed. OPS/OMS. 2002

Es cierto que a partir de la experiencia acumulada y a pesar de las múltiples falencias sectoriales así como de las condiciones socio-económicas estructurales debemos reconocer que los resultados alcanzados hasta el momento han sido insuficientes. No se trata de un postulado, si no más bien de una simple lectura de la realidad con la certeza de que debemos transformar, en lo que nos corresponde, el diario vivir de las personas, familias y comunidades, para, precisamente vivir bien.

Es importante que la participación de los sectores se considere desde el inicio, en la propia identificación de los problemas, para poder lograr que se reaccione integralmente ante los mismos. Esta es, sin lugar a dudas, una premisa para el pensamiento intersectorial que tiene que partir de los que trazan políticas, para llegar a los planificadores y los administradores.

No puede pretender, el sector salud, forzar dentro de su propio molde el quehacer de otros sectores, pero tampoco la realidad puede adaptarse a las características de las estructuras tradicionales. Hay que lograr las transformaciones en cada uno de los sectores que haga posible la acción integral, pero este es un proceso gradual que liderado de forma inteligente y adecuada por el sector salud, puede producir muy buenos resultados.

Sin embargo, la intersectorialidad no se desarrolla de igual forma en todas las regiones, en ocasiones porque el propio sector salud no ha comprendido la necesidad del concurso de otros sectores y por ende no se encuentra en capacidad de propiciarlo y colocarlo en la agenda de ellos y en otros, porque no se ha logrado la receptividad requerida en los decisores o ejecutores que se encuentran vinculados con los problemas que repercuten o determinan la presencia de problemas de salud.

Precisamente por esto, es importante insistir en la necesidad del enfoque intersectorial y su manejo, para lo cual es conveniente perfeccionar el conocimiento en materia gerencial de los funcionarios y directivos del sector salud, pues en ellos recae, en última instancia, la responsabilidad de lograr mejores resultados y transformaciones en enfoques y formas de actuación de toda la sociedad para mejorar las condiciones de vida y lograr el impacto deseado en el bienestar de la población.

Por lo tanto la construcción de redes deberá ir más allá del simple relacionamiento entre establecimientos de salud para convertirse en un entramado desde el sector hacia la comunidad, hacia otros sectores y viceversa.

Para mejorar la salud se debe actuar sobre las determinantes de la salud de la población boliviana, para lo cual se ha establecido realizar un diagnóstico participativo para viviendas saludables, asequibles a la población, tener un acceso al agua segura, realizar promoción para la soberanía alimentaria, mejorar la salud ambiental de las comunidades y población en general y accesibilidad al saneamiento básico y a la vez promover la recuperación de los valores comunitarios.

II.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LAS REDES ¿DÓNDE SE CREA LA SALUD?

En los párrafos precedentes marcamos la importancia de asumir el cambio del concepto de que “la salud es producto de la atención médica”, pues ya es aceptada por todos que la definición de salud es más amplia y más compleja porque requiere del abordaje de las determinantes de la salud, mismas que con el anterior modelo sanitario han permanecido como simples enunciados o como algo secundario en nuestro entender y hacer. Entonces podríamos responder que la salud se crea en el contexto de la vida cotidiana, desde el hogar, el barrio, la comunidad, el medio ambiente.

GRAFICO N ° 4 PROMOCION DE LA SALUD



En ese razonamiento la “salud se promueve mediante condiciones y estándares dignos de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, medios de descanso y recreación. Por lo tanto, la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud optimista frente a la vida y la aceptación de las responsabilidades que la vida nos da”.¹⁵

El equipo de salud debe también atender a su comunidad cuando las personas están sanas. Así como su labor es desvelarse y luchar por que una persona abandone su estado de enfermedad, de la misma manera y con la misma vehemencia, trabajará junto a sus comunidades en lograr el cambio de todas aquellas DETERMINANTES que mejorará su nivel de salud. Por esto la promoción de la salud, ahora, no se resume en acciones de simple capacitación de la comunidad o de hacer visitas domiciliarias para completar las actividades de algún “programa”.

Por lo tanto a partir de este nuevo enfoque de la salud donde la Promoción es la estrategia central, el equipo de salud se integra a las comunidades donde trabaja, los problemas de la comunidad son “sus” problemas. Por ello realiza un trabajo permanente de intersectorialidad con los diferentes sectores (educación, vivienda, medio ambiente, producción, justicia, etc.) que no se constituyen en acciones aisladas de “coordinación”, sino en verdaderos encuentros de permanente trabajo conjunto en busca de resultados.

Por otro lado el campo de la promoción se traduce en las acciones de educación para la salud enmarcada en los siete principios siguientes:

1. No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.
2. La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.

3. La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado.
4. La educación debe ser dialógica y participativa
5. La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma.
6. La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro.
7. La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

De esta manera el equipo de salud se constituye en un recurso más de la comunidad y deja de ser el personal asignado a la comunidad, para hacerse parte integrante de la misma, participando activamente de las reuniones de la organización social, apoya las decisiones comunales, camina junto a su comunidad en la gestión de sus proyectos, en las marchas y protestas reivindicativas haciéndose parte permanente y sostenida de la comunidad, para que la misma logre cada vez mejores niveles de salud y vivir bien.

Por estos motivos la promoción de la salud se constituye en una de las estrategias de implementación de la salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, como un proceso político de continua movilización social, para responder a la problemática de salud y sus determinantes. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales económicas y ambientales.¹⁶

En este sentido se define la Promoción de la Salud¹⁷ como un proceso político de movilización social que busca el involucramiento de los actores sociales en el abordaje de las determinantes, para modificar y mejorar las condiciones políticas, sociales, económicas, ambientales y otras, para que el equipo de salud cambie actitudes, conductas y prácticas de protección de la salud. Para lograr esto el equipo de salud:



II.4 CONSTRUYENDO REDES DE SALUD BAJO LA LÓGICA DE VÍNCULACIÓN DE PERSONAS.

El construir redes de salud implica la profundización del saber y el hacer para llegar a un saber hacer en relación al trabajo en redes, en la actualidad la cibernética nos ha demostrado que el trabajo en equipo tiene mejores resultados porque establece vínculos, que en el caso del sector salud son vínculos humanos, muy necesario para el tipo de desempeño laboral que se caracteriza por la interacción e interrelación entre personas (equipo de salud con personas, familias y comunidades).

Se ha hecho necesario establecer un nuevo enfoque que permita el cambio de configuraciones organizacionales tradicionales como la piramidal donde el poder produce discriminación al establecer jerarquías que van de arriba hacia abajo, de tipo elitista; por otro lado al descentralizar o desconcentrar la organización se ha producido la fragmentación organizacional produciendo el llamado "archipiélago" con la consecuente dispersión de metas y objetivos. Estos modelos han convertido a las organizaciones/

¹⁶ Decreto Supremo 11 de junio 2008, capítulo 1, artículo 4.

¹⁷ SAFCI. Documento técnico – estratégico. Versión Didáctica. Publicación 4. MSD. 2007

instituciones en campos de fuerzas en conflicto, produciendo un deterioro del clima organizacional con la consiguiente insatisfacción tanto de los proveedores de servicios de salud de los distintos ámbitos y niveles como de las personas familias y comunidades.

GRAFICO N° 5 CONSTRUYENDO REDES

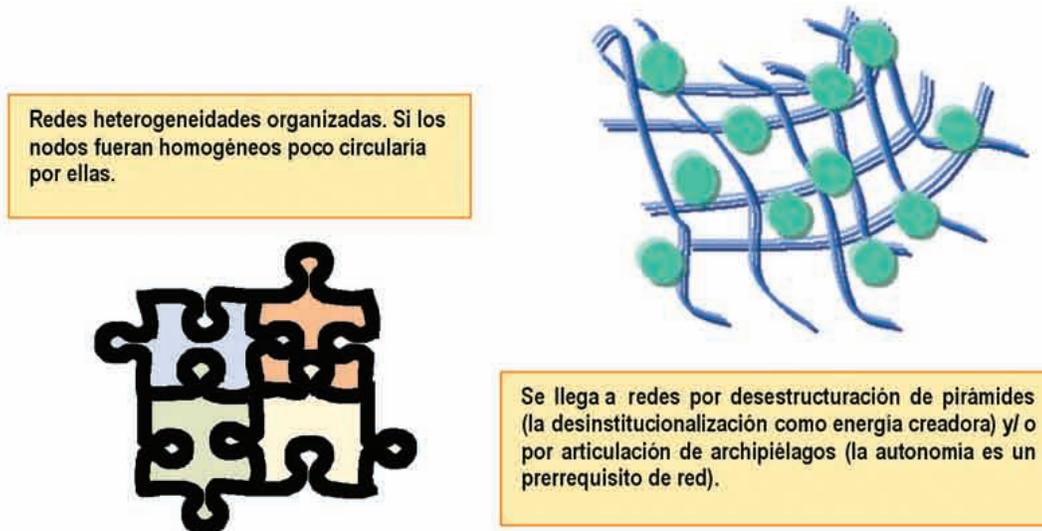


Fuente: Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2ª. Ed. OPS / OMS. 2005.

La construcción de Redes implica entender que trabajamos redes para, y no redes en sí; es decir, redes como medio, como una respuesta a los problemas de la población.

El concepto de redes no es nuevo para el sector salud, sin embargo en el pasado se ha tratado (desde una lógica sistémica) de aplicarlo como factor homogeneizador de realidades, en tanto que en un país como el nuestro, plurinacional y multicultural, la construcción de redes debe asumir la heterogeneidad que esto supone para organizar las redes de salud, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

GRAFICO N ° 6 CONFIGURACIONES ORGANIZACIONALES



Fuente: Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2ª. Ed. OPS / OMS. 2005.

A. ENFOQUES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS REDES.

El trabajo en redes debe considerar los siguientes enfoques:

- Enfoque de redes como “redes son redes de personas”.
- Enfoque de vida sana a través de la promoción de la salud (intersectorialidad).
- Enfoque preventivo de riesgos a través de la prevención de la enfermedad.
- Enfoque curativo a través de la medicina asistencial.
- Enfoque de recuperación de la salud mediante la rehabilitación.
- Enfoque de trabajo participativo y en equipo multidisciplinario.
- Enfoque de articulación y complementariedad de la medicina académica, la medicina tradicional y otras.
- Enfoque de la Salud como derecho de los sujetos

B. GRADOS DE VINCULACION DE LAS REDES DE PERSONAS.

Lo que se debe construir son REDES DE PERSONAS, porque se requiere un LENGUAJE DE VÍNCULOS, entendiendo que las REDES:

- No son elementos internos de sistemas, por lo tanto no es homogeneizador.
- Respetan la heterogeneidad y permiten imaginar heterogeneidades organizadas.
- Implican la generación de vínculos solidarios entre sus componentes.

GRAFICO N° 7
LAS REDES SON REDES DE PERSONAS



Además de esta abstracción cuando hablamos de redes no olvidemos que se trata de hablar de personas, porque éstas hacen a las instituciones (organizaciones), por ello pretendemos que se establezcan vínculos (algunos de los cuales suponemos que ya están determinados), para lo cual existe una secuencia natural en esta vinculación, de acuerdo a las características que se explican en el siguiente cuadro

**CUADRO N° 2
GRADOS DE VINCULACIÓN DE LAS PERSONAS**

GRADO	VINCULACION	SIGNIFICADO	VALOR
1	Reconocer	Incorporar al otro como interlocutor aún como adversario	Aceptación
2	Conocer	Conocimiento de lo que el otro es o hace	Interés
3	Colaborar	Prestar ayuda esporádica, situacional	Reciprocidad
4	Cooperar	Compartir actividades y/o recursos	Solidaridad
5	Asociarse	Compartir objetivos y proyectos basados en la asociación	Confianza

Fuente: Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2ª. Ed. OPS / OMS. 2005.

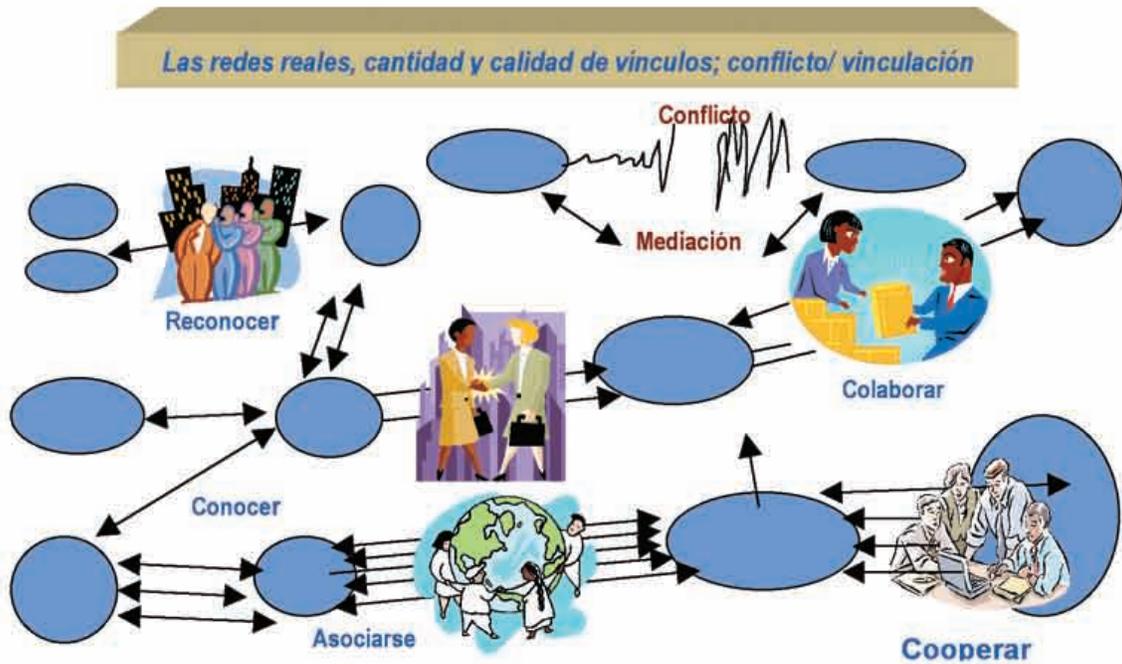
El reconocimiento es el primer paso para empezar a construir vínculos entre personas, entendido como la necesaria aceptación del otro, admitiendo que el otro puede decir algo importante. Una vez que reconocemos al otro, comienza el deseo de conocerlo como interlocutor válido para ser incluido en nuestra percepción; en la medida en que se profundiza el conocimiento se entra al ámbito de la colaboración estableciendo vínculos de reciprocidad, es decir, trabajar con.

Hasta ahora solamente nos referimos al trabajo espontáneo, no sistemático (entre personas, entre instituciones) que se da en determinadas circunstancias y que van generando la sensación de reciprocidad hacia el otro; avanzando más en la vinculación se inicia la percepción de problemas comunes, que requieren formas sistemáticas de enlace o sea operaciones conjuntas conocidas como cooperación (un compartir sistemático de actividades e intervenciones), iniciándose los vínculos de solidaridad.

Finalmente se establece la necesidad formal de asociación, en la que se comparten objetivos y proyectos que no solo representan la solución de problemas en forma conjunta sino que también implica un alto grado de confianza.

Es importante hacer notar que para reconocer al otro es necesario empezar por la aceptación de uno/a mismo/a como parte de una organización o grupo social.

GRAFICO N° 8
REDES COMO VINCULACIÓN DE PERSONAS



Fuente: Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2ª. Ed. OPS / OMS. 2005.

Estos son los vínculos que tienen que lograrse para que el funcionamiento de la red de salud se perfeccione y se implemente la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

CAPITULO III

REGLAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES DE SALUD

La Red de Salud, conformada por la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios, funciona de acuerdo a las siguientes reglas:

III.1. DEL DERECHO DE LA POBLACIÓN Y LA OBLIGACIÓN DEL ESTADO DE PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

La población de Bolivia tiene derecho al acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que brinda una atención integral, continua, integrada, equitativa, participativa y con control social, que prioriza la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación. De acuerdo a la Constitución Política, el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación alguna, con carácter coercitivo y obligatorio.

III.2. DE LA RECTORÍA DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

La Rectoría¹⁸ del Ministerio de Salud y Deportes que consiste en el ejercicio, como Autoridad Sanitaria, del LIDERAZGO, de la ARMONIZACIÓN y la VIGILANCIA del cumplimiento de las funciones que devienen de las Políticas Nacionales de Salud que, se manifiesta en la REGULACIÓN y CONDUCCIÓN del Sistema Nacional de Salud.

III.3. DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural se constituye en la piedra angular del Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2010, cuyos valores del derecho de la población a lograr el mayor nivel de salud alcanzable, mediante la aplicación de los principios bajo los cuales debe funcionar el Sistema Único SAFCI (participación comunitaria, interculturalidad, integralidad e intersectorialidad), hacen que la respuesta a las necesidades de la población se realice con servicios orientados a la calidad, la justicia social, la sostenibilidad, la equidad y bajo ninguna forma de exclusión social.

Para ello, deben focalizarse los componentes de la Atención Primaria de Salud: la cobertura y acceso universales, la importancia del primer contacto, la atención integral, integrada y continua, la orientación familiar y comunitaria, el énfasis en la promoción y en la prevención, la atención de calidad, los mecanismos de participación activa comunitaria, en un marco político, legal e institucional doctrinario y filosófico del Plan Nacional de Desarrollo, todo apoyado por normas y prácticas óptimas de organización y gestión, recursos humanos adecuados, acciones intersectoriales y alineamiento de la Cooperación Internacional.

III.4. DE LA MEDICINA TRADICIONAL.

La medicina tradicional indígena originaria campesina y la autoayuda, deben ser parte integrante de la Red de Salud, ya que es utilizada en mayor o menor grado

18 Levckovitz E. III Curso Internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud - Nicaragua, 2007

por los distintos estratos sociales de la población y especialmente por la población excluida, por ello es de vital importancia que se la articule con la medicina académica, complementando, de esta manera, la atención en el marco de la interculturalidad. Con este fin deben cumplirse todas las actividades que se han planificado para el efecto.

III.5. DE LA COBERTURA Y EL ACCESO UNIVERSALES.

El desafío fundamental del Ministerio de Salud y Deportes es el de garantizar a todos los bolivianos la Protección Social Universal en materia de salud, por ello se debe eliminar o reducir al máximo las desigualdades evitables en la cobertura y el acceso de los servicios, garantizando que cada persona, familia o comunidad reciba atención según sus necesidades.

III.6. DE LOS NIVELES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los niveles de los establecimientos de salud son tres, de diferentes características de acuerdo a la capacidad resolutive que ofrecen; están clasificados en establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, detallados y caracterizados en el Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos.

La interdependencia de estos tres niveles, deben proporcionar las características principales de la red que son la integración, la integralidad y la articulación de la atención, las mismas que se deben operacionalizar mediante el componente de Referencia y Retorno, para garantizar la capacidad resolutive del sistema.

III.7. DE LOS REQUISITOS PARA LA ATENCION INTEGRAL.

La atención integral, en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, requiere lo siguiente:

- Equipo de Salud constituido por los recursos humanos con habilidades y competencias para brindar servicios, en el marco de la interculturalidad (idioma, pertinencia cultural, espacios amigables), con sentido de pertenencia a un sistema / red, capaz de dar apoyo y respaldo en todos los niveles, logrando la satisfacción de la persona, la familia y la comunidad.
- Infraestructura, equipamiento e insumos que deben estar asignados de acuerdo a Norma de Caracterización de Establecimientos de Salud vigente.
- Organización de los servicios que debe estar adecuada a las necesidades de la población (horarios de atención, etc.)
- Componente de referencia y retorno que debe estar consolidado
- Reconocimiento y complementariedad con la medicina indígena originaria campesina y otros.
- Planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y control social

III.8. DE LAS REDES DE SALUD.

Las Redes de Salud deben estar conformadas por la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios, que deben establecer una interrelación entre establecimientos de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, etc.) pero ante todo instaurando redes de vinculación de personas, conformando tejidos de intercambio no solo de personas sino también de información, de saberes, de consejos, que se deben proyectar en y hacia las personas, familias y comunidades, expresadas en la concientización de la población en cuanto a su participación en la gestión de los procesos que tienen que ver con su desarrollo, debiendo producirse una emergente “democracia sanitaria”,

donde las redes de salud deben respetar la heterogeneidad, permitiendo imaginar heterogeneidades organizadas y generar, de esta manera, vínculos solidarios entre sus componentes para concebir las relaciones más allá de los grupos identificados.

III.9. DE LA TERRITORIALIDAD Y LA FUNCIONALIDAD DE LAS REDES

El atributo de territorialidad es propio de la Red Municipal SAFCI, ya que el territorio pertenece a la jurisdicción del municipio, por ello el equipo de salud debe desarrollar la Salud Familiar

Comunitaria Intercultural en el mismo con mayor énfasis.

La funcionalidad es característica de la Red de Servicios, porque interrelaciona los establecimientos e instancias de salud de diferentes niveles y/o subsistemas, que pueden estar ubicados en distintos municipios, por ello para asegurar su capacidad resolutoria, deben trascender límites municipales, departamentales, nacionales “rompiendo” la tradicional delimitación geopolítica.

III.10. DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA DE LAS REDES.

La población del área de influencia de las redes se caracteriza desde puntos de vista demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos, por lo que debe ser clasificada tomando en cuenta, por lo menos, las siguientes variables:

- Estructura por grupos de edad y distribución por sexo
- Crecimiento observado en la población en los últimos períodos censales
- Nivel socioeconómico
- Aseguramiento en salud
- Cultura y etnia
- Migraciones y variaciones estacionales.

III.11. DE LA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE LA RED MUNICIPAL SAFCI.

Cuando el Municipio está constituido por una ciudad y cuenta con macrodistritos (regionalización del INE) que se denominan subalcaldías, la Red Municipal SAFCI se debe organizar en Subredes, respetando, de esta manera la organización de las Alcaldías en Subalcaldías (Alcaldías de las ciudades de La Paz, Santa Cruz, Cochabamba, etc.).

III.12. DE LOS RECURSOS.

La Red de Servicios y la Red Municipal SAFCI deben estructurarse y funcionar en base a tres grupos de recursos:

- Recursos materiales a cargo de los gobiernos municipales compuestos por:
 - a. Infraestructura.
 - b. Equipamiento que incluye mobiliario sanitario y no sanitario, equipos fijos y móviles.
 - c. Insumos para atención directa al paciente e insumos para manejo por el equipo de salud, que incluyen medicamentos esenciales, reactivos para diagnóstico, documentación médica y administrativa.
- Recursos humanos dotados por las instancias jerárquicas de los subsistemas, asignados a los establecimientos de salud tomando en cuenta cantidad y calidad, categorías profesional, técnica y administrativa.

- Recursos financieros que provienen de diferentes fuentes:
 - Tesoro General de la Nación
 - Aportes de los asegurados para el funcionamiento de las cajas de salud de los seguros a corto plazo
 - Recursos de los municipios y prefecturas asignados en los presupuestos de los respectivos POAs
 - Coparticipación Tributaria
 - Recursos del IDH de los municipios y prefecturas
 - Fondo Solidario Nacional
 - Cooperación Internacional (donaciones).

III.13. DE LOS NIVELES DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA GERENCIAL PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES.

Cada Red debe tener claramente establecidos los siguientes niveles de gestión responsables de efectivizar su funcionamiento:

- El **Ministerio de Salud y Deportes**, responsable de la rectoría del sector salud para lograr el Vivir Bien de la población nacional, garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación alguna. Tiene entre sus atribuciones y funciones:
 - Implementación y desarrollo de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Modelo de atención, Modelo de gestión participativa y control social).
 - Diseño y elaboración normas.
 - Desarrollo de la Política de Gestión de Recursos Humanos.
 - Control (seguimiento, supervisión y evaluación) de la implementación de las Políticas Nacionales de Salud y de la aplicación de la normativa a nivel nacional mediante los SEDES y Municipios.
 - Toma de decisiones a partir de la información sistemática y sistematizada proporcionada por el Sistema Nacional de Información en Salud, SNIS, cuyas fuentes son las instancias departamentales, municipales y locales.
 - Fortalecimiento del componente de Información en Salud.
 - Asistencia técnica a los Gobiernos Municipales y a los Servicios Departamentales de Salud.
 - Conducción de la integración docente asistencial e investigación en salud.
- El Servicio Departamental de Salud que depende técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes y administrativamente de la Prefectura, se constituye en el máximo nivel de autoridad y de gestión técnica en salud del Departamento. Está encargado de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, coordinando y supervisando la gestión de las Redes de Salud (Red de Servicios, Red Municipal SAFCI) del Departamento, en directa y permanente coordinación y articulación con los gobiernos municipales, la estructura de la gestión participativa y control social (Consejos Sociales de Salud, Comités y Autoridades Locales de Salud) y la estructura de los espacios de deliberación intersectorial con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población de su ámbito territorial para vivir bien.

Tiene la siguiente estructura organizacional:

- Nivel de decisión: Dirección técnica.
- Nivel de control: Unidad de auditoría.
- Nivel de apoyo y asesoramiento: Unidad administrativa financiera, Unidad jurídica, Unidad de planificación, Consejo Técnico.
- Nivel operativo: Unidades operativas.

Su organización interna, sujeta a los techos presupuestarios establecidos por ley, contempla al menos las siguientes unidades operativas:

- Unidad de Redes de Salud
- Unidad de Promoción de la Salud y Salud Comunitaria
- Unidad de Seguros de Salud
- Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
- Unidad de Medicina Tradicional e Interculturalidad.
- Unidad de Deportes y hábitos saludables.

Esta estructura debe conformarse de acuerdo a las necesidades de cada departamento, manteniendo la organización interna mínima establecida en los anteriores párrafos, permitiendo un mejor relacionamiento y coordinación entre niveles de acuerdo a la normativa vigente y en sujeción a las normas del Sistema de Organización Administrativa (SOA), considerando el Plan Nacional de Desarrollo (PND), Plan Departamental de Desarrollo (PDD), presupuesto aprobado por la Ley Financiera y el Plan Estratégico Institucional (PEI).

Las atribuciones del SEDES son:

- Cumplimiento de las Políticas Nacionales de Salud, con su implementación en base a las prioridades y perfil epidemiológico regionales, así como también de las normas de orden público (Ley N° 1178, etc.), de los seguros públicos de salud, normas técnicas, administrativas y jurídicas para el funcionamiento de las Redes de Salud (dotación, mantenimiento y renovación de infraestructura, equipamiento e insumos de los establecimientos de salud y de los recursos humanos, etc. de los subsistemas público, de las cajas de salud a corto plazo, privado con o sin fines de lucro).
- Implementación de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural en el Departamento en base a la coordinación y articulación de los subsistemas de salud público, de las cajas de salud de los seguros a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, con el fin de lograr el Sistema Único SAFCI.
- Impulso y fomento del funcionamiento del Consejo Social Departamental de Salud (gestión participativa y control social en salud) y la Asamblea Departamental de Salud (espacio deliberativo intersectorial), así como de las correspondientes instancias municipales y locales.
- Planificación en base a diagnósticos situacionales periódicos de la situación de los establecimientos de salud (infraestructura, equipamiento, insumos y recursos humanos) del departamento.
- Seguimiento, supervisión y control al desempeño de los equipos de salud de las Redes de Servicios y Redes Municipales SAFCI del Departamento, en base al cumplimiento de la normativa nacional, especialmente la Norma Nacional de Referencia y Retorno y la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud.

- Consolidación de la calidad de la atención en salud a personas, familias y comunidades de su jurisdicción, de la implementación y mantenimiento de los procesos de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de la salud.
 - Control y vigilancia de farmacias y laboratorios Institucionales y privados, así como de las boticas comunales.
 - Operacionaliza de la Política Nacional de Medicina Tradicional e Interculturalidad.
 - Generación de alianzas estratégicas con otros sectores para dar respuesta a las demandas sociales sobre las determinantes de salud con recursos concurrentes concordados y priorizados, con la comunidad según el contexto
 - Implementación y desarrollo pleno de la Gestión Participativa y Control Social en los niveles departamental, municipal y local.
 - Implementación y desarrollo de la gestión de recursos humanos en términos de dotación, selección, asignación, capacitación y evaluación del desempeño, en coordinación con los Directorios Locales de Salud y la estructura social (Consejo Municipal de Salud, Comités Locales de Salud).
 - Vigilancia de la compatibilidad horaria y de carga horaria, de la institucionalización de los cargos, de la correlación entre el puesto de trabajo y el técnico o profesional que lo ocupa.
 - Convocatoria, selección y designación del Coordinador de la Red de Servicios de acuerdo a reglamento vigente.
 - Impulso y desarrollo de actividades docentes asistenciales y de investigación en base a normas establecidas.
 - Suministro de información veraz y oportuna al componente nacional de información en salud.
 - Articulación en salud con los gobiernos municipales de su ámbito territorial.
 - Control a la Alcaldías de la dotación, mantenimiento y renovación de la infraestructura, equipamiento e insumos a los establecimientos de salud.
 - Coordinación con los gobiernos municipales, DILOS, Comités y Autoridades Locales de Salud para garantizar la interrelación entre establecimientos de salud así como el monitoreo y la evaluación de la referencia y retorno.
- El Directorio Local de Salud, DILOS, como máxima autoridad en salud del ámbito municipal, es la instancia de dirección que hace efectivo el ejercicio de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural en su jurisdicción, siendo su autoridad y competencia intransferible, técnica y administrativamente coordina con el Ministerio de Salud y Deportes y el servicio departamental de Salud para cumplir las políticas nacionales de salud, garantizando su cumplimiento y alineamiento adecuándolas a la realidad local.

El Directorio Local de Salud, DILOS, está conformado por los siguientes representantes:

- El/la Alcalde/esa Municipal o su representante legal (Responsable Municipal SAFCI, Director Municipal de Salud o Oficial Mayor de Desarrollo Humano), quien ejerce la presidencia.
- El/la Director/a Técnico de Salud o su representante con poder de decisión (Coordinador de la Red de Servicios o Responsable o Director del

establecimiento de salud del Municipio).

- Un representante del Consejo Social Municipal de Salud en consenso con el Comité de Vigilancia.

El Responsable Municipal SAFCI debe participar en las reuniones del DILOS, con derecho a voz cuando no representa al /la Alcalde/a, cuando representa a esta autoridad con designación (Memorandum) tiene derecho a voz y voto. También participara en el DILOS un representante de los establecimientos de salud con derecho a voz.

El Responsable o Director del establecimiento de salud que representará al Director Técnico del SEDES es el que se encuentra en el establecimiento más cercano a la Alcaldía.

En las alcaldías urbanas y rurales con Subalcaldías se conformarán los Sub DILOS, cuya organización y funcionamiento se desarrolla en los mismos parámetros del DILOS.

El Director Técnico del SEDES o el Coordinador de Red de Servicios pueden delegar su representación ante el Sub Dilos a uno de los responsables o Directores del establecimiento de salud de ese segmento territorial municipal.

Las atribuciones y funciones del DILOS son:

- Elaboración de su reglamento interno, contemplando la corresponsabilidad de la gestión participativa adecuada al contexto socio-cultural, en el marco de la normativa nacional.
- Implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, y sus modelos: Modelo de Gestión Participativa y de Control Social en Salud y Modelo de Atención. Fomento de la conformación y funcionamiento de la estructura social comunitaria: Consejo Municipal de Salud, Comités Locales de Salud y Autoridades Locales de Salud.
- Asegurar la conformación y trabajo de la Mesa de Salud Municipal cada cuatro meses, para:
 - o Elaborar, definir, y controlar el avance del Plan de Desarrollo Municipal de Salud, buscando acuerdos y consensos sobre las necesidades-prioridades y presupuestos identificados por actores sociales e institucionales.
 - o Elaborar, aprobar, controlar y reprogramar el avance y ejecución de la Programación Anual Operativa.
 - o Evaluar la situación de salud del municipio y la ejecución presupuestaria sobre salud.
- Control para que los acuerdos resueltos en la Mesa de Salud Municipal sean insertados en el PDM, tomando en cuenta las determinantes de la salud y el perfil epidemiológico social, ejecutado mediante el POA municipal.
- Inserción en el PDM de los acuerdos a los que se ha llegado en la Mesa de Salud Municipal y su ejecución mediante el POA municipal.
- Implantación y desarrollo de los seguros públicos de salud en todas sus modalidades a nivel Municipal.
- Coordinación, articulación y control de los recursos de la Red Municipal SAFCI.
- Gestión de proyectos de cooperación técnica y financiera.
- Coordinación y control a los organismos de cooperación para su alineamiento al PDM y a los POAs.

- Seguimiento al desempeño de todo el equipo de salud del municipio según la Ley 1178 y normas del Ministerio de salud y Deportes.
- Evaluación cuatrimestral de la situación de salud del municipio y de la ejecución presupuestaria.
- Promoción y consolidación de acciones y espacios para la gestión participativa y control social en salud.
- Evaluación del rendimiento de todo el equipo de salud del municipio, según la Ley 1178 y normas del Ministerio de Salud y Deportes
- Aprobación de la recepción definitiva de proyectos de inversión pública para su envío a la instancia gubernamental correspondiente.
- Control y gestión tanto de la dotación, adecuada distribución como del desempeño de los recursos humanos del sistema de salud (subsistemas público, cajas de salud de los seguros a corto plazo, privado con o sin fines de lucro) al interior de la Red Municipal SAFCI.
- Dotación de recursos del IDH en base a la normativa del Ministerio de Salud y Deportes. (D.S. 29565)
- Convocatoria, selección y designación del Responsable de la Red de Salud Municipal SAFCI en el marco de la normativa vigente.
- Fomento y desarrollo de la articulación y complementariedad con la medicina indígena originaria campesina.
- Definición, elaboración, ejecución y seguimiento a la Estrategia Municipal de Salud en el marco de la SAFCI y el PDM.
- Asegura el cumplimiento de la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud y de la Norma Nacional de Referencia y Retorno en estrecha coordinación con el Coordinador de la Red de Servicios, representante del SEDES en su jurisdicción.

III.14. DE LA INTERRELACIÓN ENTRE REDES MUNICIPALES SAFCI.

La interrelación de las Redes Municipales SAFCI debe efectivizarse con el fin de fortalecer la capacidad resolutoria de la Red de Servicios, esta interrelación debe regularizarse mediante convenios entre Alcaldías, para el tratamiento financiero y de gestión. El cumplimiento de estas acciones está bajo la responsabilidad del Coordinador de la Red de Servicios, quien necesariamente debe desarrollar sus acciones conjuntamente los Responsables Municipales SAFCI de los municipios bajo su responsabilidad y las correspondientes representaciones de la estructura social.

III.15. DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA DE LAS REDES.

Para asegurar la atención por los establecimientos de salud, la red para su funcionamiento, debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- Definición del tamaño de la población.
- Definición del área geográfica.
- Existencia de una unidad de conducción técnica administrativa con equipo adecuado para la administración general de los recursos y servicios, que aplique la reglamentación vigente y garantice el funcionamiento de los establecimientos de salud de las Redes Municipales SAFCI.
- Existencia de un Sistema de Información en Salud dependiente del SNIS, que genere información actualizada, oportuna y confiable sobre la producción de

servicios y la situación de salud (vigilancia); esta información es el insumo para el análisis epidemiológico gerencial y la toma de decisiones en el proceso de gestión.

- Dotación básica de recursos materiales y humanos para ejecutar las acciones programadas.
- Capacidad de gestionar y coordinar la ejecución de los recursos financieros
- Capacidad de articular las actividades de atención de la salud con la estructura social y la estructura intersectorial.
- Capacidad de control de los recursos bajo su responsabilidad mediante la aplicación de la normativa vigente.

III.16. DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS REDES

El perfil epidemiológico de las redes al conceptualizar su entorno, orienta respecto al tipo de los problemas de salud que los establecimientos deben resolver, considerando los siguientes aspectos:

- Factores condicionantes y determinantes: demografía, ambiente, cultura y etnia, características socioeconómicas, educación, hábitos saludables y costumbres.
- Problemas prioritarios.
- Daño a la salud.

III.17. DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Tendencias se basa en la conformación de Comités de Análisis Situacional de la Salud, ASIS. A nivel local debe identificar y/o actualizar el perfil epidemiológico, realizando vigilancia comunitaria como principal actividad.

La vigilancia epidemiológica se basa en la observación sistemática y continua de la frecuencia y distribución de las enfermedades y del desempeño de las determinantes de la salud y sus tendencias en la población. Para la operacionalización el Ministerio de Salud y Deportes ha desarrollado instrumentos de uso obligatorio, tales como la notificación inmediata, diaria, semanal, mensual y otros.

La vigilancia permite focalizar, tres tipos de problemas: factores de riesgo, morbilidad y mortalidad, el equipo de los establecimientos de salud debe ser responsable entre otras actividades de: a) llenado de las fichas epidemiológicas, b) notificación de casos sospechosos y casos confirmados de eventos sujetos a vigilancia, de acuerdo al reglamento sanitario internacional, que especifica las enfermedades objeto de vigilancia determinadas por OPS/OMS¹⁹ y su control, y c) disminuir el subregistro y la omisión.

III.18. DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO.

Para asegurar la calidad del dato, tarea importante para contar con información válida, confiable y oportuna, el equipo de salud de los establecimientos debe utilizar los instrumentos de registro del SNIS de captación, sistematización, consolidación y retroalimentación, para el análisis, vigilancia de la salud y la toma de decisiones en gerencia.

19 Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedad Unidad 4. Vigilancia en Salud Pública. Págs. 10-20. 2ª. Ed. OPS/OMS. 2002

III.19. DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD – SAFCI.

La caracterización de los establecimientos de salud debe constituirse en el cimiento sobre el que se gestiona la calidad de los servicios de salud, está determinada en el Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud.

III.20. DE LA MODALIDAD DE PAGO DE LOS SEGUROS PÚBLICOS AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

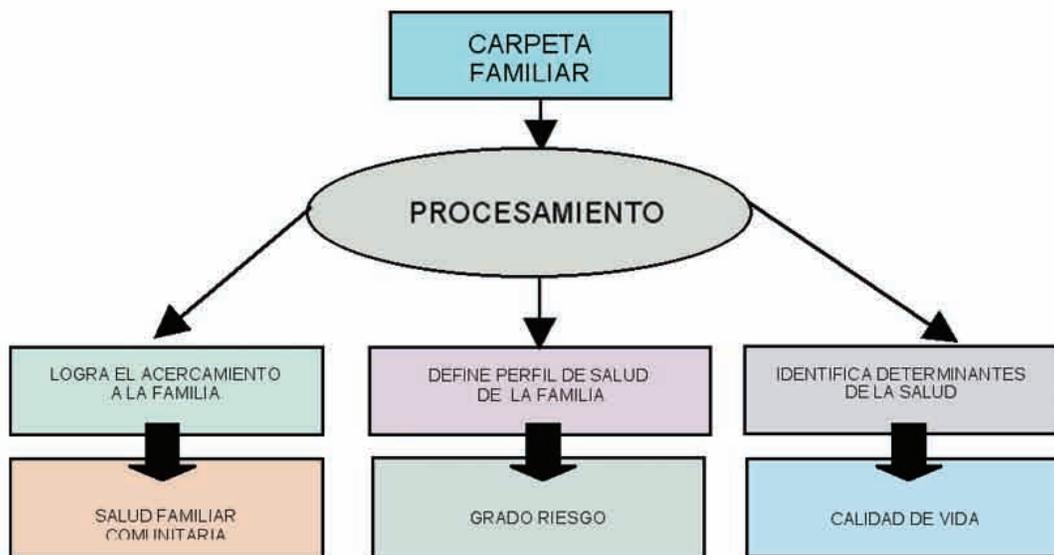
De acuerdo a normativa vigente el Ejecutivo del Gobierno Municipal debe realizar la cancelación por concepto de prestaciones otorgadas de los seguros públicos, directamente al propio establecimiento de salud, en los plazos previstos y una vez cumplidos los procedimientos administrativos estipulados.

En caso de problemas de gobernabilidad municipal no se congelan las cuentas municipales de salud, por lo que se realizará la cancelación respectiva previo trámite correspondiente (Presentación de Recibos de las Prestaciones Establecidas en Salud, Informe Económico Financiero del Manejo de Saldos) con la autorización del Responsable Municipal SAFCI y/o del Coordinador de la Red de Servicios.

III.21. DE LA CARPETA FAMILIAR²⁰ Y EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

La **Carpeta Familiar**, instrumento esencial de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, establece la situación de las determinantes de la salud de las familias y comunidades, realizando el seguimiento de su estado de salud y garantizando el ejercicio de sus derechos a la Salud. Por ello su implementación y administración es de carácter obligatorio para el equipo de salud de todos los establecimientos del primer nivel y de los equipos móviles.- coordinando con la estructura social y las propias familias.

FIGURA N° 2



FUENTE: INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR. MSyD 2008.

El **Expediente Clínico**, como parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrado por el equipo de salud y es uno de los elementos para la afiliación al seguro público de salud, debe elaborarse para cada uno de

20 Ver INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR. Publicación 11. MSyD. 2007

los componentes de la familia, es propiedad del establecimiento de salud y de la persona por lo que es un documento estrictamente confidencial. Se constituye en el documento base para la Auditoría Médica.

III.22. DE LA VISITA DOMICILIARIA.

La visita domiciliaria, medio de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, debe asegurar la interacción directa entre la persona/familia/comunidad y el equipo de salud, estableciendo una red de personas, para la provisión de insumos que sirvan en la planificación, es una actividad que debe ser cuidadosamente programada a fin de obtener resultados que respondan a objetivos previamente definidos y en el marco de la SAFCI.

III.23. DE LA REFERENCIA Y EL RETORNO.

El personal de salud debe referir a todo paciente que requiera atención de mayor capacidad resolutive (por ejemplo emergencias obstétricas, neonatales, de accidentes de tránsito, consulta de especialidad, etc.), así mismo el establecimiento que recibe al paciente debe retornarlo a su establecimiento de origen, una vez solucionado el problema.

Esta actividad debe estar enmarcada en la Norma Nacional de Referencia y Retorno, que articula los establecimientos de salud en base a criterios de accesibilidad territorial, población, cobertura y capacidad resolutive para preservar la calidad de atención y en su caso la vida de la persona referida. Este componente se debe medir en base a los indicadores de la Norma.

III.24. DE LA TRANSFERENCIA DE PERSONAS Y FAMILIAS.

Si la persona o la familia cambian de lugar de residencia, el equipo de salud debe transferirlos, a simple solicitud escrita al establecimiento de salud correspondiente al nuevo domicilio de los solicitantes.

III.25. DE LA ADMINISTRACIÓN Y CONTROL.

La administración y control de las redes está regida por la Ley N° 1178 del Sistema de Fiscalización Administración y Control, SAFCO, por lo que se debe establecer su aplicación para garantizar la transparencia en el uso de los recursos. La responsabilidad de su cumplimiento está a cargo de equipo de salud y de las instancias intermedias y jerárquicas.

III.26. DEL CONTROL SOCIAL.

El control social debe ser realizado en los diferentes niveles de atención y ámbitos de gestión por la Autoridad Local, el Comité Local de Salud, los Consejos Municipal, Departamental, Nacional Sociales de Salud, que son los representantes legítimos de la estructura social. El control social se ejecuta mediante la observación, vigilancia y la toma de decisiones.

III.27. DE LA BIOSEGURIDAD.

El establecimiento de salud debe cumplir la normativa vigente sobre Bioseguridad para evitar la contaminación medioambiental y la transmisión de infecciones, velando por la salud de la población en general y del equipo de salud en particular, utilizando los procedimientos, de acuerdo a norma, para el tratamiento, por ejemplo, de los desechos biológicos (sangre, tejidos, etc.).

III.28. DEL EQUIPO DE SALUD.

El equipo de salud debe desarrollar sus funciones en base a las siguientes aptitudes y actitudes:

- Aptitudes técnico clínicas para resolver oportuna y satisfactoriamente los problemas de salud de las personas, de acuerdo a la capacidad resolutoria del establecimiento de salud en el que desempeña sus funciones.
- Capacidad y actualización para responder a los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el trabajo en redes con el nuevo enfoque de “redes son redes de personas”.
- Conocimientos, habilidades y actitudes favorables en la aplicación de procesos participativos y transdisciplinarios en el accionar de la salud.
- Respeto y actitud favorable hacia la articulación y complementariedad de culturas médicas diferentes y, a su vez, promover estos valores entre los miembros del equipo de salud.

III.29. DE LA CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD.

De acuerdo a la Norma Básica de Sistema de Administración de Personal, (Ley N° 1178), es responsabilidad de las instancias de gestión intermedia y jerárquica de los diferentes niveles, capacitar y/o actualizar al equipo de salud de forma continua en cuanto a normas, protocolos y guías de atención, además de realizar el seguimiento y evaluación de su aplicación. Por ello deben elaborar el correspondiente programa de capacitación, entrenamiento y supervisión capacitante.

III.30. DE LA INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL E INVESTIGACIÓN.

El equipo de salud debe desarrollar la integración docente asistencial e investigación en base a la normativa del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, CNIDAI, por ello deben coordinar con las instancias formadoras de recursos humanos en los niveles que correspondan.

III.31. DEL SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO.

El Servicio Social de Salud Rural Obligatorio debe ser apoyado en su desarrollo por el equipo de salud. Los gobiernos municipales deben incorporar e su presupuesto los gastos de alimentación y vivienda en su presupuesto para los ejecutores de este servicio, provenientes de las universidades públicas. El taller de inducción a cargo de los SEDES debe realizarse respetando tiempos pedagógicos (por lo menos cada 6 meses).

III.32. DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Las instancias de gestión deben responsabilizarse de la coordinación con las instituciones que pueden apoyar al equipo de salud en el desarrollo de la investigación, en sus modalidades y tipos más adecuadas al establecimiento de salud, priorizando las investigaciones operativas, las activo-participativas y la investigación – acción, por lo tanto el establecimiento de salud debe realizar por lo menos una investigación en forma anual o bianual, publicándola en Revista Médica Científica reconocida.

III.33. DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD .

La gestión de calidad²¹ debe adoptarse como práctica de gestión o gobierno de sistemas sociales u organizaciones de salud, basada en enfoques de calidad (estructura, procesos y resultados), respondiendo a criterios de eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, oportunidad, de compromiso, de participación interna, de consideración y atención a las necesidades y demandas de las personas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad.

Debe operacionalizarse mediante la implementación de la normativa elaborada por el Ministerio de Salud y Deportes y que es de aplicación obligatoria por el equipo de salud.

III.34. DE LA AUDITORIA EN SALUD.

La auditoria en salud como herramienta para diseñar, implantar y desarrollar sistemas de garantía y de control de la calidad, es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, que debe implementarse de acuerdo al Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica, publicado por el MSyD, de acuerdo a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico.

III.35. DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL.

La comunicación social en salud, entendida como una actividad de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigida a la población, debe ser programada y ejecutada por cada uno de los establecimientos de las redes de salud en forma obligatoria y adecuada a la población de su jurisdicción, en coordinación con la estructura social y en el marco de la interculturalidad.

III.36. DE LA ÉTICA EN EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DE LAS REDES.

Es una condición indiscutible que engloba términos de responsabilidad, confidencialidad, respeto a la diversidad cultural, a la persona y a la comunidad, por lo que el equipo de salud debe desarrollar una actitud en este marco por las características tan peculiares de su función asistencial.

III.37. DE LAS NORMAS CLÍNICAS.

Las normas clínicas, que incluyen protocolos, fichas técnicas, y guías, elaboradas por el Ministerio de Salud y Deportes y aprobadas en consenso con las Sociedades Científicas deben ser de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud..

esa población²², ya que su objetivo principal es la solución a sus problemas de salud, asegurando la capacidad resolutive del sistema.

Como uno de los fines primordiales de la RED DE SERVICIOS es el de garantizar la capacidad resolutive, los establecimientos de salud deben articularse y coordinar entre sí mediante la Referencia y el Retorno. Cuando esta característica no se da en un municipio, entonces el municipio realiza convenios con establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive más avanzada ubicados en los municipios más accesibles.

La coordinación interinstitucional, la vinculación de personas, la integración operativa, la interculturalidad y la participación comunitaria se plantean por tanto, como un cambio que permite mejorar la calidad de los servicios, tomando en cuenta que para asegurar la capacidad resolutive se debe contar con:

- la eficiencia en el uso de los recursos.
- la capacidad instalada.
- el desempeño de los recursos humanos.
- la sostenibilidad del financiamiento.
- la organización, gestión y provisión de los servicios.
- la articulación de sus componentes mediante la referencia y el retorno.
- la incorporación de las organizaciones sociales a los procesos de toma de decisiones
- la medición del grado de satisfacción de las personas familias y comunidades.

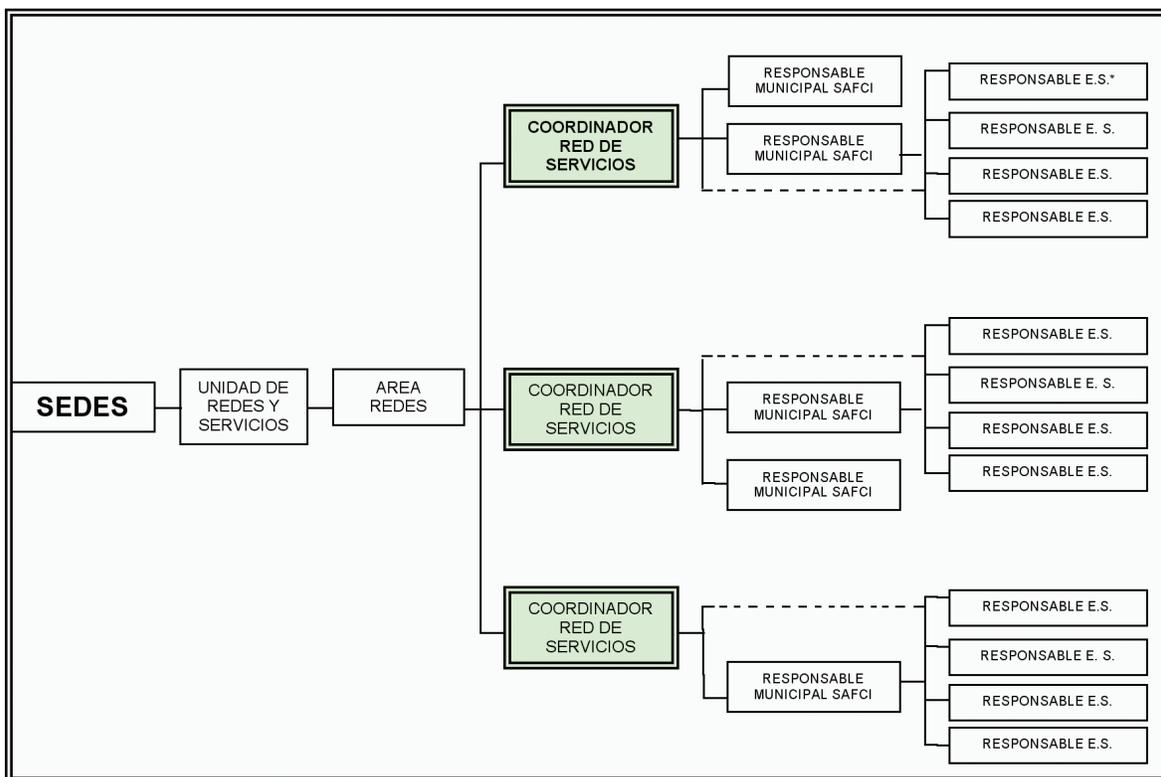
B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA RED DE SERVICIOS.

La base de la Red de Servicios son los establecimientos de salud que se encuentran en cada municipio, conducidos por el Responsable Municipal SAFCI, quien si bien depende financieramente del Municipio, coordina funcional y operativamente con los responsables de los establecimientos de salud de su jurisdicción y forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios de quien depende.

En cada Departamento la Prefectura tiene al Servicio Departamental de Salud como el ente responsable del sector, donde se encuentra la Unidad de Redes y Servicios, que entre sus funciones tiene la gestión con los Coordinadores de las Redes de Servicios del Departamento, que se encuentran bajo su dependencia.

En el organigrama N° 1 se puede apreciar un ejemplo de la estructura organizacional de la Coordinación de la Red de Servicios y su interrelación tanto con estructuras jerárquicas como con las estructuras operativas.

ORGANIGRAMA N° 1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA RED DE SERVICIOS



Fuente: Elaboración propia. 2008
(*). E.S = Establecimiento de Salud

C. COORDINADOR DE LA RED DE SERVICIOS.

El Coordinador de la Red de Servicios es el responsable técnico de la coordinación en los tres niveles de la red de Servicios, para lo que interactúa con los Responsables Municipales SAFCI, dependiendo orgánica y funcionalmente del Servicio Departamental de Salud. Su equipo técnico está conformado por al menos: un profesional en salud pública, un estadístico y un conductor.

Los gastos de funcionamiento de la coordinación así como la remuneración del equipo están a cargo del SEDES, que debe asignar el correspondiente presupuesto en su POA.

Selecciona el lugar de su base trabajo tomando en cuenta la mejor ubicación para el desarrollo de sus funciones de coordinación (accesibilidad geográfica, técnica, administrativa, etc.).

D. PERFIL PROFESIONAL DEL COORDINADOR DE LA RED DE SERVICIOS.

El perfil profesional del Coordinador de la Red de Servicios es el siguiente:

- Debe ser médico u otro profesional en salud, con título en Provisión Nacional y curso de post-grado, en Salud Pública, SAFCI o similar.
- Con, al menos, cinco años de trabajo en el subsistema público de salud o en el de las cajas de salud de los seguros a corto plazo.
- Debe estar institucionalizado.

- Debe contar con las siguientes capacidades.
 - Liderazgo en gestión participativa de la salud.
 - Visión integral en la atención de la persona en todo su ciclo de vida.
 - Competencias para la aplicación de procesos participativos en educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Actitud favorable hacia la articulación y complementariedad de las diversas culturas, promoviendo, a su vez, estos valores entre los miembros de la red.
 - Capacidad de trabajo multidisciplinario y en equipo, para contribuir a la solución de problemáticas de salud de manera integral e intersectorial, con alianzas estratégicas entre autoridades de salud, estructura social y otros sectores.
 - Actitud favorable para promoción y organización de la gestión en salud (participación comunitaria).
 - Competencias para el control de las acciones en salud (monitoreo, supervisión, evaluación).
 - Capacidad de articulación de las Redes Municipales SAFCI bajo su jurisdicción.

E. FUNCIONES DEL COORDINADOR DE LA RED DE SERVICIOS.

Las funciones de la Coordinador de la Red de Servicios son:

- Cumplimiento de la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y articulación con el Plan de Desarrollo Departamental y el Plan de Desarrollo Municipal, en lo que a salud se refiere, del municipio o los municipios a su cargo.
- Seguimiento, supervisión y evaluación de la calidad de atención proporcionada por el equipo de salud dentro y fuera del establecimiento de salud.
- Coordinación con las Redes Municipales SAFCI bajo su jurisdicción, haciendo cumplir las normas técnicas de atención y de regulación de los seguros públicos en los subsistemas público, de seguros de salud a corto plazo, privado con o sin fines de lucro y la complementación con la Medicina Tradicional.
- Suscripción de los compromisos de gestión con los establecimientos de salud de la(s) Red(es) Municipal(es) SAFCI de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud y Deportes.
- Elaboración del diagnóstico situacional de la Red y el Plan de Acción, con los responsables de la Redes Municipales SAFCI.
- Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento del POA y los planes de acción institucional, intersectorial y de gestión participativa y control social en salud.
- Implementación y gestión de la Carpeta Familiar y el Expediente Clínico.
- Implementación, seguimiento y evaluación del componente de Referencia y Retorno.
- Actualización de la información de su Red para la realización de informes técnicos y participación en los Análisis de Situación en Salud (ASIS), para asistir a los Comités de Análisis de la Información (CAI).
- Coordinación e incentivación de la participación intersectorial de las organizaciones sociales territoriales con los equipos de salud y representantes de los otros sectores.
- Asistencia técnica a la implementación de los procesos de comunicación, educación y gestión participativa y control social en salud.
- Coordinación intersectorial para la prevención y asistencia de los desastres.

- Abogacía para la generación de alianzas estratégicas con otros sectores, para dar respuesta a las demandas sociales sobre las determinantes de la salud

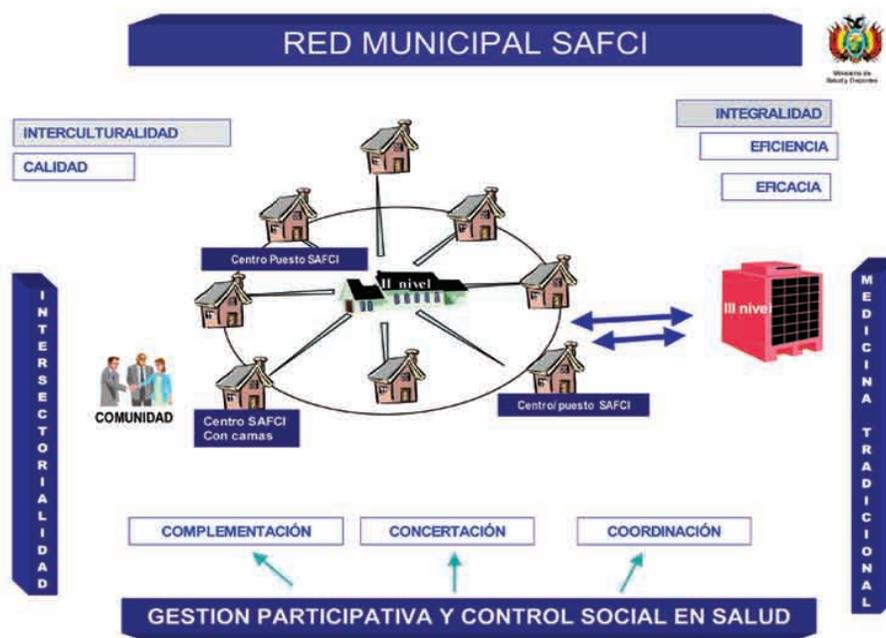
IV. 2. RED MUNICIPAL SAFCI.

La Red Municipal SAFCI, de concepción territorial, es el otro componente de la Red de Salud, es la estructura 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 personas, las familias y las comunidades de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma, satisfaciendo su demanda de acuerdo a su perfil epidemiológico.

Desarrolla **atención integral en salud** (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de las personas, familias y comunidades) con la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores con **gestión descentralizada**, siendo responsable ante el ente rector por los resultados obtenidos en relación a los indicadores de salud previamente insertados en el POA.

Puede tener en su interior subredes municipales con sus correspondientes insatancias sociales e intersectoriales, como es el caso de los grandes municipios urbanos. (La Paz, El Alto, Santa Cruz, etc.)

GRAFICO N° 4



Fuente: Elaboración propia.

A. ÁMBITO DE ACCIÓN DE LA RED MUNICIPAL SAFCI.

Ubicada en un Municipio, sus establecimientos de salud funcionan con enfoque de red, garantizando la distribución equitativa y el uso eficiente y efectivo de sus recursos, en función de una atención integral, continua, eficaz y efectiva, la actualización y el intercambio de tecnologías y experiencias, la complementación recíproca entre la medicina académica y la medicina tradicional, rescatando saberes, sentires y prácticas que deriven en el logro de la satisfacción de las personas, familias, comunidades.

B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA RED MUNICIPAL SAFCI

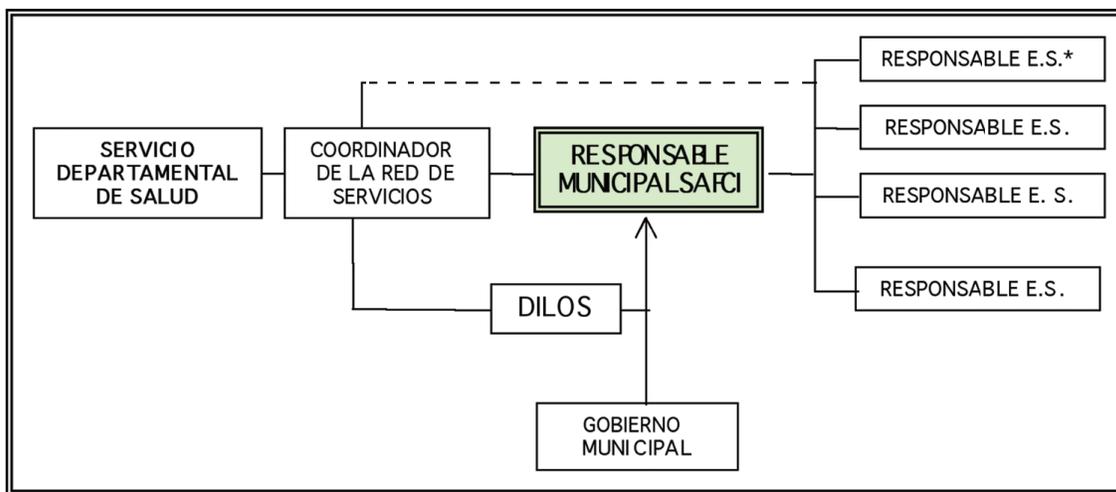
La estructura organizacional de la Red Municipal SAFCI, es de tipo horizontal, comprende a los responsables de los establecimientos de salud y al Responsable de la Red Municipal SAFCI que depende del Gobierno Municipal, coordina con las estructuras social e intersectorial además de formar parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios.

El Directorio Local de Salud - DILOS- , máxima autoridad de gestión en salud dentro el Municipio, está conformado por el Alcalde Municipal o su representante, el Director técnico de SEDES o su representante y el representante de la estructura social correspondiente.

El Responsable Municipal SAFCI se constituye en la instancia técnico administrativa del funcionamiento de la Red Municipal SAFCI, y depende funcionalmente del Coordinador de la Red de Servicios.

La base de la estructura organizacional de la Red Municipal SAFCI es el establecimiento de salud, encargado de otorgar la atención integral en salud.

ORGANIGRAMA N° 2 ORGANIGRAMA DE LA RED MUNICIPAL SAFCI



Fuente: Elaboración propia, 2008

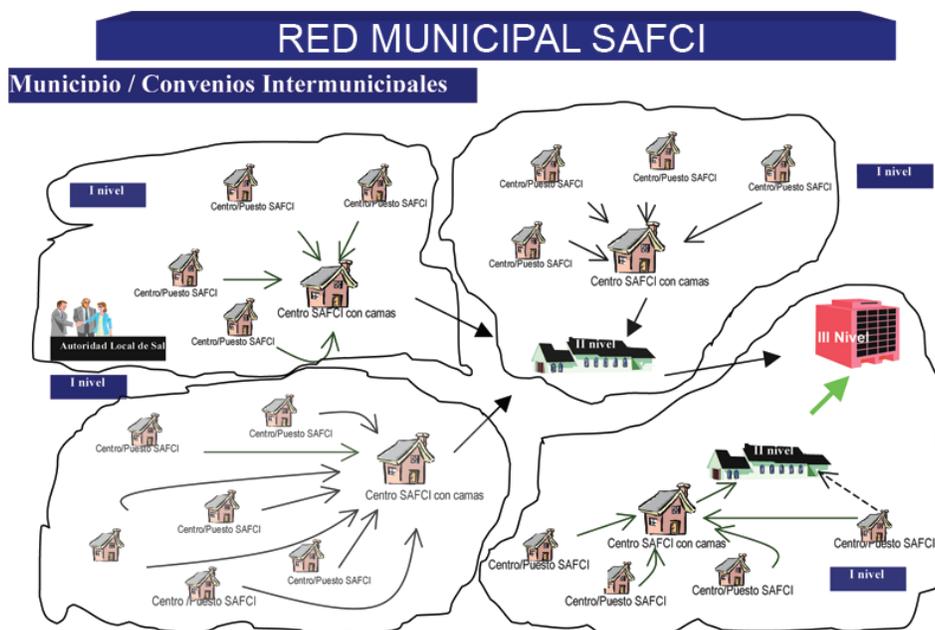
C. RESPONSABLE MUNICIPAL SAFCI.

El Responsable Municipal SAFCI como responsable técnico y administrativo del funcionamiento de la Red Municipal SAFCI:

- Depende orgánica y funcionalmente del Gobierno Municipal.
- Forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios en cuanto a los asuntos de su municipio se refiere.
- Su perfil corresponde a un profesional de las Ciencias de la Salud, Ciencias Económicas y Financieras o de Ciencias Sociales, con experiencia de trabajo en el sector salud de por lo menos tres años y título de postgrado en Salud Pública, SAFCI o similar.

- Debe estar institucionalizado.
- Debe contar con las siguientes capacidades.
 - Liderazgo en gestión participativa de la salud.
 - Visión integral en la atención de la persona en todo su ciclo de vida.
 - Competencias para la aplicación de procesos participativos en educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Actitud favorable hacia la articulación y complementariedad de las diversas culturas, promoviendo, a su vez, estos valores entre los miembros de la red.
 - Capacidad de trabajo multidisciplinario y en equipo, para contribuir a la solución de problemáticas de salud de manera integral e intersectorial, con alianzas estratégicas entre autoridades de salud, estructura social y otros sectores.
 - Actitud favorable para promoción y organización de la gestión en salud (participación comunitaria).
 - Competencias para el control de las acciones en salud (monitoreo, supervisión, evaluación).
 - Capacidad de articulación de las Redes Municipales SAFCI bajo su jurisdicción.

GRAFICO N° 5



Fuente: Elaboración propia,

D. FUNCIONES DEL RESPONSABLE MUNICIPAL DE SALUD.

Sus funciones son:

- Implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, los seguros públicos de salud (SPAM, etc.), normas nacionales vigentes.
- Seguimiento, supervisión y evaluación de la calidad de atención proporcionada por el equipo de salud dentro y fuera del establecimiento de salud y de la gestión de la Red Municipal SAFCI en el marco de la normativa vigente.
- Asegura la capacidad resolutoria en su jurisdicción territorial del nivel que le corresponda, mediante la aplicación de la Norma Nacional de Referencia y Retorno.

- Cumplimiento de la planificación municipal de salud a través de los compromisos de gestión de la Red Municipal SAFCI.
- Elaboración del diagnóstico situacional de la Red Municipal SAFCI y el Plan de Acción, con los responsables de los establecimientos de salud y la participación del Coordinador de la Red de Servicios, para la elaboración del POA y su incorporación al PDM .
- Coordinación con los establecimientos de salud de su jurisdicción para la complementación y articulación entre la medicina académica y la medicina tradicional.
- Control de la realización del censo, catastro y registro de los médicos tradicionales.
- Ejecución de la capacitación y actualización institucional y social sobre normativas vigentes y temáticas, técnico-clínicas prioritarias de la Red Municipal SAFCI.
- Elaboración, seguimiento y evaluación del POA con el Coordinador de la Red de Servicios, las estructuras sociales y de los otros sectores.
- Implementación y seguimiento de las políticas de soberanía alimentaria, así como de la Unidad de Nutrición Integral (UNI).
- Presentación de informes al DILOS, Consejo Social Municipal y al Coordinador de la Red sobre los resultados de supervisión y evaluación de la Red Municipal de SAFCI
- Implementación y seguimiento de la aplicación del Sistema de Administración de Personal (dotación, evaluación del desempeño, movilidad de personal, capacitación productiva y registro).
- Elaboración y actualización del Módulo de Información Básica y del diagnóstico situacional de la Red, con los responsables de los establecimientos de Salud y la estructura social correspondiente.
- Seguimiento y evaluación de la aplicación de la Carpeta Familiar
- Seguimiento y evaluación del componente de Referencia y Retorno.
- Garantía de la sostenibilidad de los subsistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica en la Red Municipal SAFCI o Subred.
- Ejecución de los Análisis de Situación en Salud (ASIS) y de los Comités de Análisis de Información (CAI) tanto de la Red Municipal SAFCI como de los establecimientos de salud, en los que debe incluirse los CAI comunitarios.
- Seguimiento y evaluación a la implementación del Sistema de Afiliación a Seguros Públicos, SASP.
- Seguimiento y evaluación a la implementación del Sistema Informático de Administración y gestión de medicamentos, SALMI, SIAL en las farmacias institucionales municipales, FIM y Boticas Comunales.

IV.3. ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Es la unidad básica operativa de la Red, responsable de otorgar la atención en cuanto a promoción de la salud, prevención, curación y recuperación de la enfermedad. Su caracterización organización y funciones están claramente definidas en la Norma de Caracterización de Establecimientos de Salud. Esta a cargo del Responsable del Establecimiento de Salud, a quien se elegirá mediante promoción interna o concurso de méritos y examen de competencia.

La aplicación del Modelo de Atención en el Establecimiento de Salud²³ debe considerar:

23 Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Serie Documentos Técnico – Normativos. Pub. N° 4. MSD. 2007.

- A la persona, la familia como parte de una comunidad o barrio, donde cada uno cumple roles y responsabilidades, sin olvidar que la familia es el núcleo de la atención en salud.
- Brindar atención en salud que acepte y respete lo que la persona y la familia siente, conoce y practica para solucionar sus problemas de salud.
- Los acuerdos y la concertación con la comunidad o barrio para establecer, por ejemplo horarios de atención, tiempos de espera mínimos, adecuación cultural de espacios físicos y otros.
- Trabajar con la red conformada por los diferentes establecimientos de salud, independientemente de sus características de capacidad resolutive.
- Contar con capacidades necesarias para el manejo técnico clínico de los problemas de la persona, la familia y la comunidad o barrio.
- Las adecuaciones de normas y protocolos de atención definidas por el Ministerio de Salud y Deportes de acuerdo a la realidad de la comunidad o barrio.
- La evaluación de las acciones de implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, conjuntamente con la comunidad.

IV.4. EQUIPO DE SALUD

Es el conjunto de recursos humanos con saberes y funciones diferentes que en forma multi e interdisciplinaria desempeñan sus labores dentro y fuera del establecimiento de salud, que corresponden a un objetivo común, articuladamente con la estructura social e intersectorial, para satisfacer las necesidades de las personas, las familias y las comunidades que se encuentran en el área de influencia del establecimiento; está conformado por profesionales y técnicos del área de salud, del área social y del área administrativo financiera.

Los equipos de salud de la Red Municipal SAFCI deben ser suficientes en cuanto a número y competencia, y asignarse de acuerdo al perfil del nivel de atención del establecimiento de salud, en el que cumple sus funciones. Deben estar institucionalizados. El equipo de salud básico está conformado por:

- Un/a médico/a.
- Un/a odontólogo/a.
- Un/a enfermero/a.
- Un/a profesional en el área social.
- Un/a técnico/a de salud. (Auxiliar de enfermería, biotecnólogo, etc.)
- Un/a auxiliar administrativo/a.
- Un/a chófer/manual

Para la dotación de los recursos humanos mencionados debe considerarse además del financiamiento del TGN, la utilización los recursos del IDH de las prefecturas y gobiernos municipales(D.S. N° 29565).

La rotación de los componentes del equipo de salud de los establecimientos de la Red Municipal SAFCI, debe realizarse bajo las siguientes condiciones:

- A solicitud expresa del integrante del equipo de salud.
- Previa evaluación del desempeño.

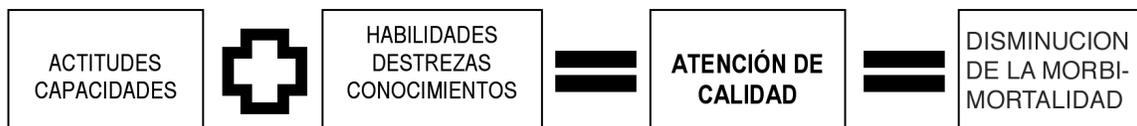
- Por requerimiento justificado de la Red Municipal SAFCI, por ejemplo necesidad de personal calificado para determinada función.
- El movimiento se realiza en acción concertada entre el responsable del establecimiento de salud, el Responsable Municipal SAFCI, el Coordinador de la Red de Servicios y la representación de la estructura social.

A. FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD BASICO.

- Aplica la norma de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con su modelo de Gestión Participativa y Control social, y su modelo de Atención.
- Ejecuta procesos de promoción de la salud que se constituye en una estrategia fundamental que el equipo de salud desarrolla consistentemente de la siguiente manera:
 - Promueve la movilización y empoderamiento de hombres y mujeres para exigir su derecho a la salud.
 - Coordina con las autoridades comunales para iniciar un proceso de involucramiento con sus comunidades, es decir que a partir de reunirse con la junta de vecinos, el sindicato o cualquier organización representativa y tradicionalmente reconocida por la comunidad, es que se inicia una forma de trabajo permanente con la misma.
 - Comienza una lucha al lado de su organización social para mejorar las determinantes de la salud, pero no de una manera “voluntaria”, sino como parte de sus funciones, elaborando proyectos, gestionando financiamiento ante la alcaldía u otra fuente, junto a la organización social.
 - Desarrolla, con la organización social, acciones consistentes y planificadas para mejorar las condiciones de vida de personas socioeconómicamente vulnerables (ancianos, niños huérfanos, viudas, familias en mayor carestía, personas con discapacidad, etc.), gestionando ante autoridades municipales, prefecturales o del gobierno central acciones que sean necesarias y que sobrepasen la potencialidad de la misma comunidad, además de fomentar, en sus comunidades, acciones de solidaridad, reciprocidad y trabajo comunal.
 - Realiza abogacía como parte de sus funciones en su trabajo de promoción de la salud.
- Ejecuta procesos de prevención y tratamiento de la enfermedad.
- Implementa la carpeta familiar en base a las visitas domiciliarias.
- Participa en los espacios de gestión participativa y control social local en la planificación, ejecución y control en: asambleas de planificación, CAIs y otros, de acuerdo a usos y costumbres, en corresponsabilidad con el Comité Local de Salud, y otras Autoridades Locales de Salud y otras autoridades, donde se:
 - Identifiquen problemáticas de salud.
 - Analicen las determinantes de la salud y el perfil epidemiológico.
 - Tomen decisiones para implementar alternativas de solución, tomando en cuenta recursos, tiempo y responsables.
 - Conozcan e informan sobre el funcionamiento administrativo y económico financiero del establecimiento de salud, especialmente el funcionamiento de la farmacia institucional municipal y boticas comunales, horarios de atención, presencia del equipo de salud en el establecimiento o en la comunidad y el estado de sus activos fijos.
- Otorga atención integral en salud, con adecuación cultural.

- Elabora y ejecuta proyectos sectoriales e intersectoriales en forma conjunta con la comunidad.

Estas funciones bien realizadas permiten al equipo de salud desarrollar las competencias necesarias para una atención de calidad que se grafican de la siguiente manera:



En forma detallada se describen las competencias:

- Desarrollar sus acciones en concordancia a los procesos de transformación de la realidad donde se desempeña
- Efectuar un trabajo conjunto con la comunidad o barrio para solucionar los problemas de salud.
- Incorporar a la familia en los procedimientos de atención, para lograr la confianza de la persona.
- Comunicarse con la persona y familia de manera adecuada y oportuna, preferentemente en el idioma de la región.
- Ejercer su rol técnico integrándose al equipo multidisciplinario, de acuerdo a su formación y experiencia.
- Efectuar alianzas estratégicas con las autoridades en salud, autoridades de otros sectores y con la comunidad o barrio.

B. PERFIL DEL EQUIPO DE SALUD.

El perfil que se requiere de los/las integrantes del Equipo de Salud, se resumen de la siguiente manera:

- Aptitudes técnico clínicas para resolver oportuna y satisfactoriamente los problemas de salud para las personas, familias y comunidades.
- Estar capacitados y actualizados para responder a los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el trabajo en redes con el nuevo enfoque de "redes son redes de personas".
- Tener conocimientos, habilidades y actitudes favorables en la aplicación de procesos participativos en el accionar de la salud.
- Ser respetuoso y de actitud favorable hacia la articulación y complementariedad de culturas médicas diferentes y, a su vez, promover estos valores entre los colegas de sus respectivas profesiones.

IV.5. OPERATIVIZACIÓN DE LA RED MUNICIPAL SAFCI-

La operativización de la Red Municipal SAFCI se sustenta en su capacidad resolutive y se basa en la articulación institucional, social e intersectorial.

Componente institucional. Está conformado por el equipo de salud de todos los establecimientos que se encuentran en la Red Municipal SAFCI y por el Responsable Municipal SAFCI y el Coordinador de la Red y de Servicios.

Componente comunitario. Representado por la Autoridad Local de Salud, el Comité Local de Salud y el Consejo Social Municipal de Salud.

Componente Intersectorial. Representado por los espacios de deliberación y toma de decisiones correspondientes a las asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros y la Mesa Municipal de Salud donde participan representantes de los componente institucional y social y de otros sectores.

IV.6. PASOS PARA ESTABLECER LA ORGANIZACIÓN DE LA RED MUNICIPAL SAFCI.

Los pasos para establecer la RED MUNICIPAL SAFCI requieren de enfoques básicos necesarios para su adecuado funcionamiento, el enfoque sistémico identifica los componentes que interactúan en su organización y funcionamiento. Por ello el proceso se ha ordenado en pasos que deben llevar a efecto en forma secuencial o paralela el Responsable Municipal SAFCI conjuntamente con el equipo de salud, para lograr la adecuada implementación de las redes con el enfoque SAFCI .

Paso 1. Identificación, convocatoria y coordinación con las organizaciones sociales territoriales del Municipio.

Actividades:

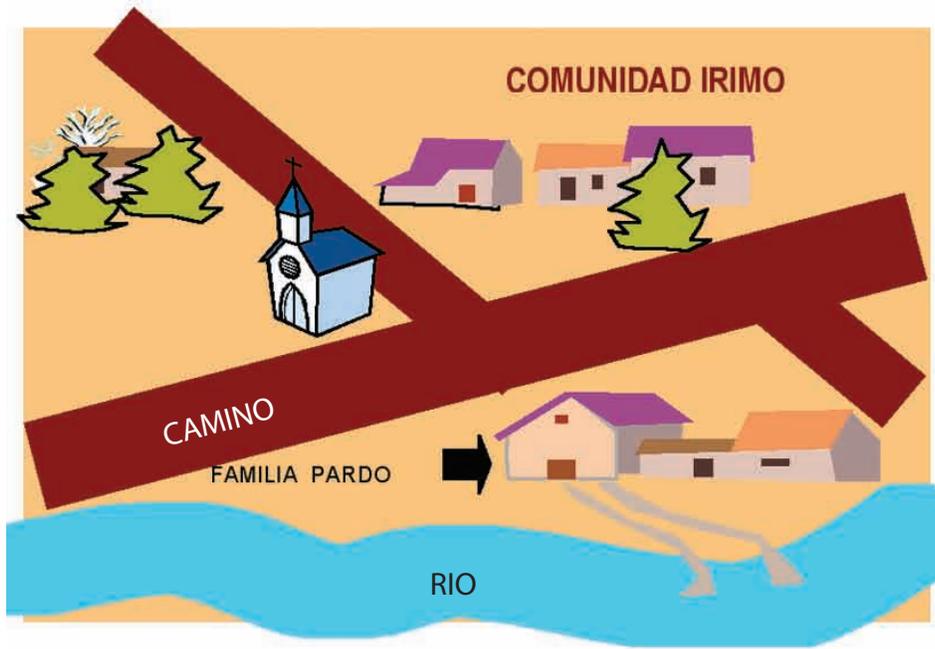
- Identificación de las organizaciones sociales territoriales y otras instancias sectoriales.
- Convocatoria a las Autoridades Locales de Salud y Comités Locales de Salud.
- Convocatoria para la instauración del Consejo Social Municipal y de la Mesa de Salud Municipal.

Paso 2. Actualización del Módulo de Información Básica con las estructuras social e intersectorial.

Actividades:

- Descripción del Municipio, categoría de la estructura socioeconómica, factores culturales y demográficos.
- Definición de la jurisdicción de cada establecimiento de salud en forma conjunta.
- Mapeo de las áreas de influencia de los establecimientos de salud. Figura 10.
- Definición de las isócronas de los establecimientos de salud.

GRAFICO N°6



Fuente: Instructivo para el llenado y aplicación de la carpeta familiar.

Paso 3. Identificación de las necesidades de la comunidad.

Actividades:

- Asamblea en el área de influencia de cada establecimiento de salud para la:
 - Elaboración del diagnóstico situacional de los determinantes de la salud (educación, saneamiento básico, vivienda, justicia, producción, etc.), perfil epidemiológico, sociocultural y económico.
 - Identificación de los riesgos y las necesidades en el marco de la persona, la familia, la comunidad.
 - Selección de indicadores: de estructura, proceso y resultado; sociodemográficos y de riesgo.

Paso 4. Identificación de los recursos comunitarios y los recursos institucionales disponibles.

Actividades:

- Identificación de recursos comunitarios e institucionales.
- Definición de indicadores institucionales y comunitarios.
- Identificación de fuentes de información.

Paso 5. Definición de prioridades con identificación de grupos de alto riesgo.

Actividades:

- Definición de prioridades de los problemas comunitarios de salud.
- Determinación de factores de riesgo (salud y desastres naturales).
- Determinación de intervenciones (planes de contingencia) para el

tratamiento de los factores de riesgo identificados.

- Identificación de metas en los grupos de alto riesgo.
- Determinación de actividades de seguimiento a las actividades de intervención en los grupos de alto riesgo..

Paso 6. Planificación de actividades.

Actividades:

- Identificación y planificación de actividades basadas en las características y necesidades de la comunidad.
- Diagnóstico situacional de los establecimientos de salud, utilización del Módulo de Información Básica.
- Programación anual operativa y programación anual individual.
- Definición de requerimiento de recursos y comparación con los recursos disponibles.
- Programación de las actividades de los componentes de Promoción de la Salud.
- Programación de las actividades de los componentes de Prevención de la Enfermedad.
- Programación de las actividades de los componentes de atención asistencial en base a la población del área de influencia de cada establecimiento de salud, mediante:
 - Determinación de metas de cobertura
 - Determinación de las competencias del equipo de salud y definición de su plan de actividades.
 - Identificación de número de visitas domiciliarias y elaboración de cronograma correspondiente.
 - Identificación de los establecimientos para operacionalizar la referencia y retorno.
- Programación de acciones de control en el marco de la gestión participativa y control social en salud.
 - Implementación de un área de información y apoyo para las personas, familias en cada establecimiento de salud, con representante acreditado por la instancia social correspondiente.
 - Aplicación de encuestas para evaluar la satisfacción de personas que son atendidas por el equipo de salud dentro y fuera del establecimiento.
 - Programación de la supervisión capacitante.
 - Aplicación de la autoevaluación del desempeño.
 - Evaluación de media gestión y fin de gestión.
 - Programación de rotaciones internas de los integrantes del equipo de salud.
- Definición del cronograma de actividades con la comunidad.
- Elaboración de un plan de actividades de coordinación para la articulación y complementación con la medicina tradicional

Paso 7 Descripción de funciones y asignación o contratación de personal.

Actividades:

- Implementación del Manual de Funciones.
- Convocatoria, selección y contratación de personal administrativo y de apoyo en acuerdo con el DILOS.
- Aplicación de la Norma Básica del Sistema de Administración Personal (Ley 1178)

Paso 8 Instauración de bases para el tratamiento de rendimientos de trabajo comunitario e institucional

Actividades:

- Concertación de las bases de aplicación del rendimiento del equipo de salud y de la comunidad.
- Elaboración del cronograma de actividades comunitarias e institucionales.
- Monitoreo continuo del rendimiento comunitario e institucional

IV.7. RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros para el funcionamiento deben estar incorporados en el presupuesto del Ministerio de Salud y Deportes, las Prefecturas y Municipios. El porcentaje del presupuesto asignado tanto por el Municipio como por la Prefectura, debe ser no menos del 20%, además del porcentaje asignado para el seguro público considerando que el trabajo actual en salud engloba las determinantes de la salud, debiendo inscribirse en el POA y presupuesto correspondientes de cada una de estas instituciones.

Los recursos IDH deben ser adecuadamente distribuidos, en cuanto al presupuesto para las actividades intersectoriales, éste debe ser el resultado de la coordinación con las instituciones pertenecientes a los otros sectores.

El coordinador de la Red de Servicios es el responsable de garantizar que los recursos financieros se programen e incorporen en el POA correspondiente.

IV.8. FUNCIONES DE LA RED MUNICIPAL SAFCI

Las funciones de la Red Municipal SAFCI, desarrolladas por el Equipo de Salud de los diferentes niveles, se han sistematizado de acuerdo a lo detallado en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 2
FUNCIONES DE LA RED MUNICIPAL SAFCI

COMPONENTE	FUNCIONES
A. Atención SAFCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación y seguimiento de los contenidos de la SAFCI en lo relacionado a: <ol style="list-style-type: none"> A) Promoción de Salud. B) Prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación. 2. Adecuación de la oferta de servicios de salud según el ámbito y el nivel de atención y los mecanismos de su entrega a la población. Ver Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud. 3. Garantía de la Calidad de Atención, mediante: <ul style="list-style-type: none"> Adecuación de protocolos clínicos según nivel de atención. Implementación del Programa Local de Garantía de Calidad. Implantación de mecanismos que aseguren la satisfacción de la persona, familia y comunidad. Implementación de instrumentos de control de la calidad de los servicios ofrecidos. 4. Referencia y Retorno <ul style="list-style-type: none"> Implementación de la Norma Nacional de Referencia y Retorno. Aplicación de los instrumentos de seguimiento al proceso de Referencia y Retorno. Evaluación del componente de Referencia y Retorno. 5. Transferencia de las personas y sus familias en caso de cambio de residencia, para ello se debe coordinar con la estructura social de la comunidad para información. 6. Organización de la red comunitaria para el acercamiento, articulación y complementariedad entre medicina académica y medicina tradicional mediante la referencia y el retorno
B. Gestión administrativa	<ol style="list-style-type: none"> 7. Elaboración del POA en relación al Plan de Desarrollo Municipal, así como del Plan de Contingencias. Programación Operativa Técnica y del Plan de Trabajo de cada establecimiento de salud de la Red Municipal SAFCI. 8. Suscripción y cumplimiento de los compromisos de gestión 9. Desarrollo de los Recursos Humanos mediante la implementación de la Norma Básica del Sistema de Administración de Personal, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> Gestión y administración de recursos humanos según ámbitos de atención y normas establecidas por el nivel nacional. Implementación de Programas de Capacitación y de Desarrollo de recursos humanos (motivación, etc.) en base a necesidades locales. 10. Aplicación de la Norma Básica de Bienes y Servicios. (Ley 1178) 11. Aplicación del Sistema Nacional Único de Suministros (SNUS, SIAL, SALMI). 12. Abogacía para la construcción, refacción y renovación de la infraestructura con adecuación cultural. 13. Fortalecimiento de la red de establecimientos de salud mediante:

	<p>Aplicación de la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud.</p> <p>Cumplimiento o adecuación a la Norma de Habilitación de Establecimientos de Salud</p> <p>Elaboración del Flujograma de Atención en cada establecimiento de salud.</p> <p>Adecuación del Manual de Procesos y Procedimientos para la Provisión de Servicios y del Manual de Funciones del equipo de salud del establecimiento, según nivel de atención.</p> <p>Desarrollo de la acreditación de los establecimientos de salud, mediante la aplicación del Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud.</p> <p>14. Elaboración, suscripción, seguimiento y evaluación de Convenios o Contratos para la atención de los seguros públicos y de los acuerdos establecidos en los convenios.</p> <p>15. Implementación de la Auditoria en salud mediante: Cumplimiento de mecanismos y criterios de auditoria técnica y administrativa. Aplicación de criterios para la auditoria. Rendición periódica de informes de auditoria para retroalimentación del proceso.</p> <p>16. Definición de mecanismos de Control de Calidad de insumos y medicamentos.</p>
C. Promoción de la salud	<p>17. Involucramiento del equipo de salud con los actores sociales en el abordaje de las determinantes mediante: Realización de alianzas estratégicas Definición de los mecanismos de expresión de la participación social. Identificación y priorización de problemas y necesidades Formulación y Gestión de Proyectos que responden a los problemas y necesidades de salud, realizadas por el gobierno municipal. Fortalecimiento de mecanismos de deliberación de grupos comunitarios, institucionales e intersectoriales. Implementación de acciones para el desarrollo de hábitos saludables y auto cuidado en salud.</p>
D. Gestión participativa y control social en Salud.	<p>18. Participación efectiva de la comunidad en la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación mediante la aplicación de las Guías de Gestión participativa y control social en Salud.</p> <p>19. Control (monitoreo, seguimiento, supervisión y evaluación) al cumplimiento de los indicadores trazadores establecidos en los Compromisos de Gestión y el Plan de Acción.</p> <p>20. Fortalecimiento de mecanismos que aseguren la calidad, oportunidad y el análisis de la información en salud como base para la toma de decisiones.</p>
E. Gestión intersectorial	<p>21. Aplicación de la guía local y municipal en gestión participativa y control social, en la que se plantean los pasos a seguir para la gestión intersectorial.</p> <p>22. Conformación de la Mesa de Salud.</p> <p>23. Articulación de recursos de los sectores.</p>
F. Gestión de la integración docente asistencial e investigación.	<p>24. Coordinación con las instancias de formación de recursos humanos, de la universidad pregrado y postgrado, de las escuelas técnicas de salud.</p> <p>25. Implementación de la integración docente asistencial e investigación.</p> <p>26. Desarrollo de una investigación operativa o una investigación acción, en forma anual o bianual.</p>

G. Gestión del financiamiento de los Establecimientos de Salud.	27. Fortalecimiento de la implementación del seguro público. 28. Canalización de los recursos financieros de la Cooperación Externa de acuerdo a necesidades reales. 29. Garantía del estricto cumplimiento de las leyes y decretos que determinan los recursos financieros otorgados tanto a Municipios como a Prefecturas, destinados al funcionamiento de las redes de servicios, redes municipales SAFCI y establecimientos de salud. 30. Aplicación de la norma para el seguimiento del manejo transparente de los recursos financieros.
--	--

IV.9. CONTROL.

La función CONTROL se realiza con la estructura social y se inicia en la planificación cuando se establecen los tipos, tiempos y espacios, que están claramente determinados en el cronograma de actividades. Los tipos de control que se aplican en la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios son monitoreo, seguimiento, supervisión y evaluación de las actividades promocionales, preventivas y asistenciales, mientras que desde el punto de vista administrativo se incluye balance y auditoria.

A. MONITOREO Y SEGUIMIENTO.

La Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes, realiza el seguimiento a los SEDES, estas instancias conjuntamente los Gobiernos Municipales y las instancias locales correspondientes, realizan tanto el monitoreo del desempeño del equipo de salud y desarrollo de los procesos, como el cumplimiento de los indicadores trazadores establecidos en los Compromisos de Gestión, en la Programación Anual Operativa y en el Plan Estratégico.

B. SUPERVISION Y EVALUACIÓN.

La supervisión debe ser por niveles, programada (obligatoria y periódica) y de tipo capacitante, de modo que se refuercen las fortalezas, se disminuyan las debilidades, con retroalimentación inmediata.

La evaluación debe ser programada, de media y fin de gestión, cumplir sus objetivos propios y los de medición del POA y el Plan Estratégico; los resultados deben ser socializados y usados en la toma de decisiones.

Asimismo en cada Municipio, se controlarán participativamente los resultados y avances de la implementación del modelo. El propósito de esta estrategia es fortalecer el monitoreo local y la capacidad comunitaria y municipal en la toma de decisiones, así como enriquecer el criterio de manejo de actividades de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y la responsabilidad de las autoridades en la implementación de la misma.

Las actividades establecidas en la programación operativa de las unidades responsables de la implementación del modelo, estarán incluidas en el Sistema de Gerencia de Proyectos (SGP) y el Sistema de Seguimiento por Resultados (SISER) del MSyD, para su medición y seguimiento físico y financiero.

IV.10. CRITERIOS DE SOSTENIBILIDAD.

La sostenibilidad de la SAFCI se garantiza con:

- La concientización de los integrantes del equipo de salud y las personas, familias y comunidades sobre la importancia del cambio en cuanto al enfoque de redes, en

sentido de que son redes de personas, por que esto implica el cambio de actitud frente a la concepción de salud en el marco de las determinantes.

- El financiamiento necesario incorporado en los presupuestos del Ministerio de Salud y Deportes, de las Prefecturas y de los Municipios.
- El manejo eficiente de los recursos IDH asignados por el gobierno central a prefecturas y municipios.
- Las actividades de aplicación del modelo deben ser incorporadas en los planes operativos anuales - POA- de las instancias correspondientes, responsables de su implementación.
- La corresponsabilidad de las personas, las familias, las comunidades y las organizaciones sociales territoriales en la aplicación de la SAFCI en la medida de su empoderamiento.
- La transparencia técnico - administrativa de las Redes Municipales SAFCI.
- El financiamiento de la Cooperación Internacional, obtenidos principalmente para el municipio con abogacía y negociación, principalmente para los municipios más vulnerables.

BIBLIOGRAFIA.

1. Plan de Desarrollo Sectorial. 2006 a 2011. Ministerio de Salud y Deportes. 2007
2. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Serie Documentos técnicos Normativos. Pub. 4. MSyD. 2007.
3. Levcovittz E. Gobernanza y Conducción Política del Sector. III Curso Internacional Desarrollo de Sistemas de Salud en América Latina. OPS/OMS-ASDI-UNFPA. Nicaragua 2007.
4. Instructivo para el llenado y aplicación de la Carpeta Familiar. Publicación 11. MSyD. 2007.
5. Plan Nacional de Desarrollo. Ministerio de Planificación y Desarrollo. Bolivia. 2006.
6. Rovere Mario R.. Redes de Salud; los grupos; las instituciones; la comunidad 2ª. Edición. Editorial El Agora. 2006
7. Rovere Mario R. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Washington DC OPS/OMS. 2006
8. Cardona J.M. Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base – PROHISABA. BOL/B7-310/98/245. Asistencia Técnica para la Elaboración de una Herramienta de Planificación y Evaluación de las Redes de Salud. Informe 1ª. Fase: Octubre Diciembre 2006 CREDES / BCEOM. 2006.
9. Lineamientos Metodológicos para la realización de Análisis Funcionales de las Redes de Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3.
10. Niveles de atención y estructuración urbano rural de las redes de servicio. Foro Abierto de Políticas de Salud. OPS / OMS. 2005.
11. Kudelka A. Participación Comunitaria y Control Social. Salud Pública Boliviana. N° 58. Pág. 85. 2005.
12. Andrade L. Sistema de salud en Brasil: Normas, Gestión y Financiamiento. Ed. UVA. 2002.
13. Lavadenz F. Redes descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. 2002.
14. Redes de servicios y redes sociales para el desarrollo de la salud materna y neonatal. UNAP. MSyPS . Ed. El Gráfico. 2001.
15. Planificación Estratégica en la gestión en salud. Proyecto ACDI/SCI: Desarrollo de Capacidades para la Reforma de Salud en Bolivia. 2000.
16. Paco R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie Paltex Salud y Sociedad. N° 4. OPS / OMS 2000.
17. Dabas E. Perrone N. Redes en Salud. OPS/OMS. 1999.
18. Desarrollo de la capacidad y conducción sectorial en salud (una propuesta operacional). OPS / OMS. 1998.
19. Vaughan P. Morrow R. Salud Comunitaria. Ed. Latinoamericana. 1997.

LEYES Y DECRETOS

Ley N° 1178 SAFCO

Ley N° 1551 Participación Popular

Ley N° 1654 Descentralización Administrativa

Ley N° 3323 Seguro de Salud para el Adulto Mayor

D.S. N° 28968 Reglamento del Seguro de Salud para el Adulto Mayor

D.S. N° 29601 Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

ANEXO N° 1

MARCO LEGAL.

- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, 1948. En sus tres primeros artículos proclama la igualdad de las personas en dignidad y derechos sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen, posición económica o de nacimiento estableciendo su derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
- LEY 1257 de 11 de Julio de 1991 reconoce el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo OIT, sobre los pueblos indígenas.
- LEY 3760 de 7 de noviembre de 2007, eleva a rango de Ley la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas a través de los cuales se reconoce el derecho de estos a su autodeterminación, a partir de sus especificidades culturales, identitarias, políticas y organizativas, por lo cual se apoya la revalorización de la medicina indígena originaria campesina y su proceso de articulación y complementariedad con la medicina académica occidental.
- LEY 1615 CONSTITUCION POLÍTICA DEL ESTADO, 1995. En sus Artículos 158 y 164 establece que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población y que las normas relativas a la salud pública tiene carácter coercitivo y obligatorio.
- LEY 15629 – CODIGO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE BOLIVIA (18 JULIO 1978). Regula jurídicamente las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud, contempla derechos y deberes de médicos y pacientes.
- LEY N° 1178 LEY DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL GUBERNAMENTAL, (20-VII-1990). Establece la normativa que asegure la administración transparente de los recursos del Estado y la responsabilidad por la función pública.
- LEY N° 1551 DE PARTICIPACIÓN POPULAR, 1994. Concede a las Organizaciones Territoriales de Base y a la Sociedad Organizada la participación en la administración de los servicios públicos, transfiere la infraestructura física de los establecimientos de salud a las Municipalidades y las responsabiliza de su administración y control, permitiéndoles fiscalizar, supervisar, cambiar o ratificar autoridades del área de salud pública por gestión directa o a solicitud de las Organizaciones Territoriales de Base y del Comité de Vigilancia.
- LEY N° 1654 DE DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA, 1996. Autoriza al prefecto administrar, supervisar y controlar los RRHH y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de servicios personales de educación, salud y asistencia social.
- LEY N° 2028, DE MUNICIPALIDADES, 1999. Concede la autonomía municipal para contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas, mediante la otorgación de prestaciones de salud, construyendo, equipando y manteniendo la infraestructura de salud, normando, regulando y fiscalizando la prestación de servicios públicos, suministrando, administrando y supervisando el uso de equipamiento, mobiliario, material didáctico, medicamentos, alimentos y otros insumos que usan los servicios de salud bajo su tuición.
- Ley N° 1737, Ley del Medicamento, del 17 de diciembre 1996. Establece que la política nacional del medicamentos del estado Boliviano, deberá cumplir con el objetivo de lograr el abastecimiento regular y permanente de los medicamentos esenciales en el Sistema Nacional de Salud.

- Ley N° 2426, Seguro Universal Materno Infantil, del 21 de noviembre del 2002. Establece como mecanismos la implementación la red de servicios y la creación del Directorio Local de salud para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud.
- Ley N° 3250, del 6 de diciembre 2005. Ampliación del SUMI para mujeres en edad fértil así como la obligatoriedad en la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino.
- Ley N° 3323, Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM), 2005. Establece el aseguramiento público a todos los Adultos Mayores de 60 años que no tengan ningún otro seguro de salud.
- Ley N° 3351 de 21 de Febrero de 2006, de organización del Poder Ejecutivo, establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, en la implementación de un modelo de Gestión y Atención en Salud.
- DECRETO SUPREMO No 28748 (20 junio 2006). Establece el marco de financiamiento para la complementación de medidas de aseguramiento público en salud, según lo establecido en el D.S. N° 28421 del 21 de octubre de 2005.
- DECRETO SUPREMO No 29272 de 12 de Septiembre de 2007, aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2006 -2011 estableciendo entre los objetivos de la estrategia Bolivia Digna la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- DECRETO SUPREMO No 29322 (24 de octubre 2007). Modifica el artículo 2 del D.S. N° 28421 del 21 de octubre de 2005, referido a la distribución del impuesto directo a los hidrocarburos – IDH.
- DECRETO SUPREMO No 29601 (11 de junio 2008). Define la estrategia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con sus dos modelos: de atención y de gestión.
- DECRETO SUPREMO No 28968, Decreto Reglamentario del SSPAM, del 2006.
- DECRETO SUPREMO No 25233, Establece El modelo básico de organización atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, 1998.
- DECRETO SUPREMO No 25235, Reglamento de la Ley del Medicamento, del 2002.
- DECRETO SUPREMO No 26873, del Sistema Nacional Único de Suministros, del 2002.
- DECRETO SUPREMO No 23318 – A Reglamento de Responsabilidad por la función Pública.
- DECRETO SUPREMO No 29190, Norma Básica del sistema de Administración de Bienes y Servicios,
- DECRETO SUPREMO N° 26875 (2002). Define la estructura del Sistema de Salud; establece la conformación de las redes de salud municipal y departamental., correspondiendo los establecimientos de primer y segundo nivel la red municipal, siendo su responsable operativo el Gerente de Red; define que los establecimientos de primer nivel son el ingreso exclusivo al sistema de salud, los que están reforzados por las redes sociales cuya responsabilidad es el desarrollo de la gestión social en su comunidad y su articulación con la red de servicios de salud para garantizar el ejercicio del derecho a la salud, participando en la elaboración de los Planes Operativos anuales de los establecimientos; establece la obligatoriedad de contar con recursos humanos que opten al cargo por concurso de méritos y examen de competencia a partir de marzo del 2003
- DECRETO SUPREMO N° 27746 (27 septiembre 2004). Aprueba que los recursos humanos administrativos y de apoyo a los establecimientos de salud pueden ser contratados con fondos de los Gobiernos Municipales.
- Resolución Ministerial N° 0486 (9 octubre 2001). Dispone la incorporación obligatoria de prácticas y tecnologías e de instrumentos de información en la práctica

asistencial obstétrica y neonatal área adecuar la atención del parto en el marco de la interculturalidad, en todos los niveles de atención

- Resolución Ministerial N° 0034, (29 enero 2003). Aprueba la Política Nacional de Medicamentos que contempla la inclusión de normativa para los productos naturales utilizados en la Medicina Tradicional.
- Resolución Ministerial N° 0091, (27 febrero 2003). Aprueba el Programa de Salud Oral en todos los niveles de atención y garantiza su aplicación inmediata en el Sistema Nacional de Salud.
- Resolución Ministerial N° 0446 (agosto 2003). Aprueba el reglamento del DILOS máxima autoridad en salud a nivel municipal, con atribuciones de representar al sistema nacional de salud ante el Concejo Municipal.
- Resolución Ministerial N° 0902 (20 diciembre 2004). Aprueba el Reglamento para el ejercicio de la Medicina Tradicional.

Bolivia Digna, Soberana y Productiva

 PARA VIVIR BIEN