

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE LA APLICABILIDAD DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL DEL MUNICIPIO DE LA PAZ

Evaluation of indicators of the applicability of the intercultural community family health model in two hospitals Third level of the municipality of La Paz

1 Polo Andrade Sonia

1 ODONTÓLOGA Y MÉDICO CIRUJANO
Posgrado en Implantología Oral
Master en Salud Pública y Administración de Servicios de Salud
Master en Educación Superior
Especialista en Auditoría Médica y Gestión de la Calidad
(c) Doctorado en Salud Pública en la Universidad Andina Simón Bolívar y la Universidad Miguel Hernández de España.
Docente de Salud Pública Posgrado

Recepción: 20 de enero 2018
Aceptado: 2 de marzo 2018

RESUMEN

El presente trabajo de investigación está orientado a identificar el grado de aplicabilidad del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en dos hospitales piloto de la ciudad de La Paz.

El objetivo del Plan Nacional de Salud está centrado en la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, que asume los principios de integralidad, intersectorialidad, interculturalidad y participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud de bolivianos/as como un Derecho Fundamental garantizado por el Estado.

El Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es la nueva forma de hacer salud en el Sistema Sanitario Nacional, involucra a la persona, familia y comunidad en la prestación de servicios de salud de manera integral e intercultural a través de redes, articulándose con la medicina tradicional-ancestral, tanto en el establecimiento de salud como en la comunidad.

En el presente estudio participaron 2 servicios de salud: el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés y el Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, hospitales de tercer nivel de atención, seleccionados aleatoriamente para la aplicación de instrumentos de evaluación de indicadores de la aplicabilidad del Modelo de Salud.

La tabulación y análisis de datos mostró diferencias significativas en cuanto a la identificación de factores socioeconómicos tanto institucionales como de la misma población, como factores determinantes sobre la aplicabilidad del Modelo de Salud encontrándose insuficiencia en indicadores de proceso.

Permitiendo la necesidad de establecer Políticas sanitarias destinadas al fortalecimiento de procesos sanitarios en servicios de salud de tercer nivel de atención.

PALABRAS CLAVE:

Plan Nacional de Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, hospitales de tercer nivel.

SUMMARY

The present research work is aimed at identifying the degree of applicability of the Intercultural Community Family Health Model in two pilot hospitals in the city of La Paz.

The objective of the National Health Plan is focused on the elimination of social exclusion in health, through the implementation of the Single Intercultural Community Health System, which assumes the principles of integrality, intersectoriality, interculturality and social participation in decision-making in all levels of management and health care of Bolivians as a fundamental right guaranteed by the State.

The Intercultural Community Family Health Model is the new way of doing health in the National Health System, it involves the person, family and community in the provision of health services in an integral and intercultural way through networks, articulating with traditional medicine -ancestral, both in the health establishment and in the community.

Two health services participated in the present study: the Institute of Japanese Bolivian Gastroenterology and the Clinics Hospital of the city of La Paz, hospitals of the third level of care, randomly selected for the application of instruments to evaluate indicators of the applicability of the Health Model.

The tabulation and analysis of data showed significant differences in terms of the identification of socioeconomic factors, both institutional and of the same population, as determining factors on the applicability of the Health Model, finding insufficiency in process indicators.

Allowing the need to establish health policies aimed at strengthening health processes in health services of the third level of care.

KEYWORDS:

National Health Plan, Intercultural Community Family Health Model, third level hospitals.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural tiene como objetivo permitir el acceso de la población boliviana a los servicios de salud bajo el Sistema, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

En esta dirección, el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia considera que las mejoras en la salud tienen que ver con múltiples factores, los cuales se articulan en la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural bajo los principios de participación social, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad, la que se operativiza a través de la implementación del Modelo de Atención y el Modelo de Gestión Compartida en salud.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural es la forma de hacer salud en el Sistema Sanitario Nacional, involucra a la persona, familia y comunidad en la prestación de servicios de salud de manera integral e intercultural a través de redes, articulándose con la medicina tradicional-ancestral, tanto en el establecimiento de salud como en la comunidad.

Se trata entonces de dos modelos, que en su operativización buscan la democratización del saber médico y la interacción con el saber tradicional, originario y popular para que todos/as los/las actores/as tengan acceso a los espacios de poder y toma de decisiones, basados en los principios de solidaridad, reciprocidad y equidad en salud.

A su vez, la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural tiene como estrategia en la implementación de los dos modelos; la promoción de la salud, a través de la cual el equipo de salud y los/las actores/as sociales (persona, familia y comunidad) asumen actitudes-conductas de autoresponsabilidad sobre el autocuidado de su salud.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural no debe ser concebida como una estructura rígida totalmente acabada, sino más bien como un articulador entre las propuestas operativas y viables de Gestión Compartida de la Salud y los procesos de asistencia sanitaria, que son dirigidas a responder a las necesidades reales de la población, incidiendo su actuación en los factores

determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad.

El actual gobierno en ejercicio lanzó el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2015, promoviendo el desarrollo de un Plan Sectorial de Salud con 5 políticas esenciales, destinadas a fortalecer el pilar Bolivia Digna (3):

Política 1: Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI)

Esta política permitirá el acceso del cien por ciento de la población boliviana a los establecimientos de salud, bajo el Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en las personas, familias y comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación del nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

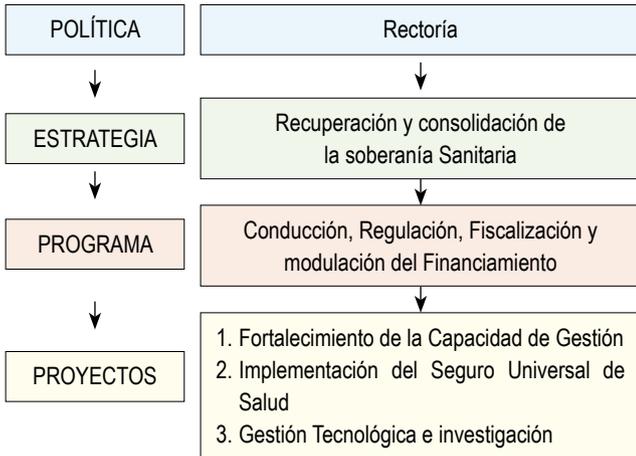


Política 2: Rectoría

Esta política establece el curso de acción para recuperar la soberanía sanitaria y la rectoría del sistema, liderizando las acciones de conducción, de regulación y ejercicio de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud.

Recuperar la soberanía y la rectoría del Sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del sector, proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. Destinada a promover el desarrollo de un marco jurídico

normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos.



Política 3: Movilización Social

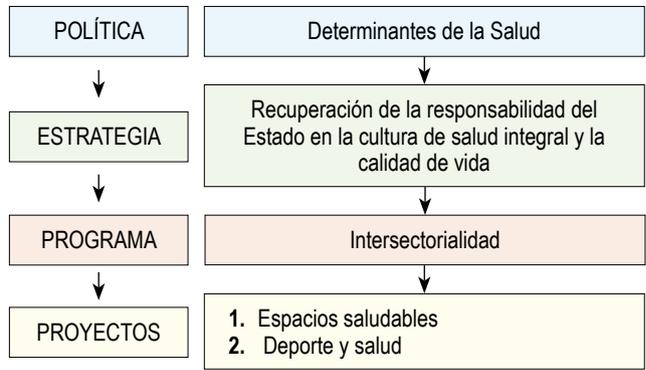
Esta política plantea la democracia sanitaria y el desarrollo de las capacidades y formas de participación y vigilancia de la sociedad civil en el quehacer en salud.

Promoviendo la ciudadanía activa, participativa y corresponsable del autocuidado de las personas de base comunitaria (gestión, movilización y control social) empoderando y movilizando Consejos de Salud en el nivel nacional, departamental y municipal.



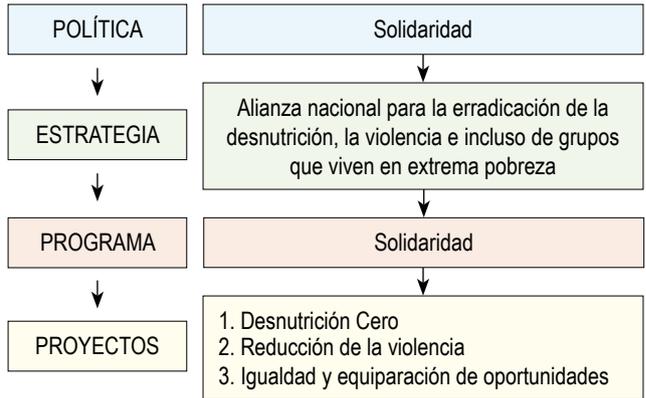
Política 4: Determinantes de la Salud

Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir articulada y coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del desarrollo socioeconómico y cultural, en los factores determinantes, como alimentación, calidad de vivienda, recreación, acceso a servicios básicos de educación, salud, saneamiento y seguridad, de tal forma que los proyectos de promoción generen empleo e ingresos, desarrollando un sistema comunitario global de seguridad social y desarrollo productivo.



Política 5: Solidaridad

Esta política desarrollará una alianza departamental para **la erradicación de la desnutrición**, violencia; la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos desprotegidos que viven en extrema pobreza.



ESTRATEGIAS

La propuesta estratégica del Ministerio de Salud indica entre sus postulados (7):

1. Universalización del acceso al sistema único, intercultural y comunitario de salud

Orientada ésta a superar toda forma de exclusión e inequidad en salud.

La implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, pretende el fortalecimiento de las redes de salud, el mejoramiento y optimización de la búsqueda de la Gestión de la calidad, con carácter intercultural, con enfoque de género y generacional. Esto implica el proporcionar Salud para todos. Con ello el 100% de la población Boliviana tendrá acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de salud.

2. Recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria

Mediante la revalorización de la rectoría del Ministerio de Salud y el rol fundamental en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permita garantizar la sostenibilidad financiera del sector, proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente.

3. Revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas

Como la consolidación de la responsabilidad compartida en salud.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural, asume la participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del involucramiento autónomo y organizado de la comunidad urbana y rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación-control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones desde dentro y fuera de los establecimientos de salud.

4. Recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida

Destinada a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación desde el punto de vista de la salud integral, cuya finalidad está centrada en alcanzar la calidad de vida de la población Boliviana.

5. Alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza

A partir del mejoramiento de los índices de desnutrición, violencia en todas sus formas y la inclusión social como premisa en la construcción de un Sistema Universal de Salud.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, de tipo descriptivo, transversal, estudio dirigido a evaluar el grado de aplicabilidad del Modelo de salud durante el segundo semestre de la gestión 2017.

En el presente estudio participaron dos hospitales de tercer nivel seleccionados aleatoriamente, de los cuales se extractaron las muestras correspondientes a usuarios que asistieron a las consultas en el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2017.

La confección de instrumentos de recolección ha estado sujeto a variables identificadas en el estudio, aplicando cuestionarios dirigidos a usuarios de ambos establecimientos de salud, de igual forma se aplicaron guías de observación de evaluación de procesos de asistencia sanitaria.

Muestra para los usuarios de los Servicios de Salud

El tamaño de la muestra para los usuarios de ambos hospitales ha sido determinado a través del empleo de fórmula para poblaciones finitas con un desvío del 4 % y un intervalo de confianza del 95 %. Aplicándose 105 encuestas dirigidas a los usuarios de ambos establecimientos de Salud que asistieron a los servicios de salud en el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2017.

El control de la calidad y análisis de datos se ha establecido a través de la selección de instrumentos debidamente llenados según instructivo.

Para establecer el control de calidad de los datos obtenidos tanto en la aplicación de encuestas como en la aplicación de las Guías de Observación, se ha previsto:

Para las encuestas

- Para algunas preguntas difíciles o delicadas, se procedió a la explicación del instrumento a fin de asegurar que la respuesta sea correcta.
- Se recurrió a dos supervisores ajenos a la institución para la aplicación y verificación del llenado de las encuestas.

Para las Guías de Observación

- Se observó y verificó el indicador al principio y otro al final para obtener el mismo tipo de

información. El análisis de los dos indicadores han proporcionado una idea de la consistencia y fiabilidad de las respuestas.

Para ambos instrumentos se ha recodificado un porcentaje de los cuestionarios y de las Guías de Observación para asegurar de que no existan errores o sesgos en el levantamiento de la información.

La metodología empleada nos ha permitido arribar a resultados estadísticamente significativos tanto en la aplicación de encuestas dirigidas a usuarios de ambos hospitales objeto de estudio, así como en la obtención de resultados matriciales de la aplicación de Guías de Observación del grado de aplicabilidad del Modelo Sanitario en los establecimientos de Salud.

Las Guías de Observación diseñadas para el efecto han permitido profundizar algunos de los resultados más relevantes de la investigación, proporcionando información cuantitativa respecto al cumplimiento de indicadores de gestión participativa, sala situacional de salud, interculturalidad e integralidad de la asistencia sanitaria entre otros aspectos que establecen la aplicabilidad del SAFCI en servicios de salud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El estadístico ANOVA ha permitido evidenciar que:

CUADRO N° 1 RESULTADOS DE ANOVA

Grado Ans

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	32.072	2	15,537	6,143	,006
Within Groups	67.286	28	2,529		
Total	99,358	30			

Test of Homogeneity of Variantes Grado Ans

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.966	2	28	,394

$F(2,27) = 6,143$; $P = 0,006$

El resultado es significativo, por lo que no se aceptan los supuestos. Realizados los correspondientes contrastes pos hoc, encontramos que:

X1 – X2	5,75;	P	≤ 0.005
X1 – X3	3.14;	P	≤ 0.009
X1 – X4	3.75;	P	≤ 0.025
X2 – X3	40.14;	P	≤ 0.048
X2 – X4	5,75;	P	≤ 0.024
X3 – X4	6.74;	P	≤ 0.029

Estos valores evidencian diferencias significativas, comprobando la ausencia de sistematicidad en la aplicabilidad de los procesos del actual modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en hospitales de tercer nivel de atención, ausencia que se evidencia desde el nivel central.

Observando que el mayor valor medio se encuentra en la relación X2 – X3 correspondiente al insuficiente conocimiento del Modelo Sanitario por parte del personal de salud y a la inaplicabilidad en los hospitales objeto de estudio por carencia de normas para la implementación en hospitales de alta complejidad.

1. Resultados de la aplicación de encuestas a usuarios

La metodología empleada nos ha permitido arribar a resultados estadísticamente significativos tanto en la aplicación de encuestas a usuarios de ambos Hospitales de tercer nivel, así como en la obtención de resultados matriciales de la aplicación de Guías de Observación del grado de aplicabilidad del Modelo Sanitario en los establecimientos de Salud.

En cuanto al grado de conocimiento del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; el 92 % de los usuarios encuestados desconoce el mismo y sólo el 8% conoce en su integridad.

En relación al grado de participación de la comunidad en las actividades de los servicios hospitalarios desde la etapa de planificación, organización, dirección, control y evaluación del grado de cumplimiento del Modelo Sanitario en servicios, se evidencia que sólo el 2% afirma la participación activa de la comunidad y el porcentaje restante 98% manifiesta la ausencia de la población usuaria en estos procesos.

El principio de intersectorialidad no se evidencia ya que el 86% de los usuarios encuestados afirma que no existe la interacción con otras instituciones que promuevan en conjunto la integralidad en la atención y sólo se efectiviza la atención de la dolencia específica motivo de consulta.

En relación al principio de interculturalidad, se advierte que el manejo idiomático por parte del personal está

ausente en un 70%, tan sólo el 30% habla el idioma nativo de la región.

En cuanto al grado de complementariedad entre la medicina tradicional y la académica se establece la ausencia de estos procesos desde el nivel gerencial.

Al referirnos al principio de integralidad del modelo Sanitario, se evidencia que el 57% de usuarios encuestados afirma que no existe el tratamiento como un todo complejo, que involucre la totalidad de relaciones entre el paciente, su familia, la comunidad, el medio ambiente y su cosmovisión, sólo el 43% manifiesta que existe en cierta medida y sólo en algunos casos.

De igual manera existe una falta de capacitación en los Recursos Humanos de salud referidos a la conceptualización del Modelo Sanitario, el modelo de gestión y atención, el personal de salud se dedica a la asistencia clínica sin tomar en cuenta la aplicación del Modelo de Salud.

La tabulación y análisis de datos mostró diferencias significativas en cuanto a la identificación de factores socioeconómicos tanto institucionales como de la misma población, como factores determinantes sobre la realidad de la falta de Programas de capacitación sobre el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el cómo operativizarlo tanto en el nivel gerencial como operativo en hospitales de tercer nivel de atención. Siendo evidente la ausencia de Políticas estatales para servicios hospitalarios de complejidad.

2. Resultados de la aplicación de Guías de Observación

La aplicación de la Guía de observación N°1 dirigida a identificar la presencia física de documentación institucional y conocimiento del contenido de la misma se ha podido evidenciar que; ambos hospitales cuentan con el D.S. 29601, cuentan con manuales del SAFCI, Reglamentaciones e instrumentos para su aplicabilidad entre otra documentación, empero el personal cuenta con conocimientos limitados respecto a su contenido.

Al observar el POA institucional se puede evidenciar que no existe inclusión presupuestaria para la aplicabilidad de la Política SAFCI, por lo que no se realizan actividades que promuevan el desarrollo de talleres de diagnóstico rápidos participativos, mesas municipales de salud con participación activa de las entidades locales y municipales de la región, programas re-

lacionados al desarrollo de la medicina tradicional y la adecuación intercultural del establecimiento de salud.

La aplicación de la Guía de observación N°2 referida a identificar la presencia de Gestión participativa refiere la aplicabilidad solamente del CAI de sector, siendo evidente la no aplicabilidad de la socialización de la Política SAFCI, ausencia de procesos de capacitación a la población en gestión participativa, ausencia de mesas locales de salud con amplia participación de las instituciones y organizaciones representativas.

En relación a los resultados obtenidos de la Guía de observación N°3, referida a la presencia de la Sala situacional de Salud, al revisar cuadros sistematizados se evidencia que existe la misión y visión institucional, el organigrama estructural y funcional, empero es evidente la insuficiente información referida a la vigilancia epidemiológica con canales endémicos, seguimiento sistematizado del POA, ausencia de pirámide poblacional, determinantes de la salud, entre otros aspectos que son imprescindibles para el mejoramiento de los indicadores hospitalarios que requieren ser permanentemente revisados y actualizados.

DISCUSIÓN

A principios de los años setenta, gracias al *Informe Lalonde*, se identificaron algunos de los elementos clave que influyen de manera determinante en la situación de salud: el estilo de vida, el medio ambiente, las características biológicas humanas y los servicios

de salud. Con esto se dio el primer paso para ampliar el concepto de salud que, hasta ese momento, estuvo circunscrito al ámbito médico (biologicista), para abarcar aspectos referentes al comportamiento de los seres humanos, lo cual llevó a ejecutar intervenciones vinculadas a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud.

Desde ese entonces, nuevos conocimientos ampliaron este marco conceptual básico, y en la década de los años ochenta, con la creciente afirmación de que los estilos de vida son influenciados significativamente por los entornos, la promoción de la salud comunitaria a nivel internacional comenzó a incluir factores que se sitúan más allá del campo de la salud, tales como los sociales, económicos y políticos. A partir de este momento, se comenzó a hablar de factores determinantes de la salud.

De hecho, en las últimas décadas, se han acumulado evidencias crecientes de que el aporte de la medicina y la atención en salud son muy limitados y que gastar más en atención sanitaria no producirá una gran mejoría en las condiciones de salud de la población. Paralelamente, hay claras y crecientes manifestaciones de que otro tipo de factores, tales como el acceso a educación, vivienda, alimentación e ingresos tienen una mayor repercusión en el estado de salud de la población.

CUADRO N° 2
BOLIVIA: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CON RELACIÓN
A DETERMINANTES DE SALUD
SEGÚN DEPARTAMENTO

Departamento	Incidencia de pobreza absoluta (%)	Porcentaje de población sin acceso a agua segura	Tasa de analfabetismo en mujeres > 15 años	Tasa de mortalidad infantil
Chuquisaca	61.5	46.1	34.8	71
La Paz	42.4	34.5	17.6	64
Cochabamba	39.0	46.1	21.2	72
Oruro	46.3	42.5	17.3	82
Potosí	66.7	56.0	40.0	99
Tarija	32.8	24.5	20.1	53
Santa Cruz	25.1	22.3	10.3	54
Beni	41.0	64.9	11.7	60
Pando	34.7	61.4	13.8	63
Bolivia	40.4	37.7	19.4	66

Fuente: Ministerio de Planificación del Desarrollo. Bolivia. Informe Progreso de los Objetivos del Milenio, 2016.

Así pues, con la denominación de determinantes de la salud, se designa el conjunto de condiciones y elementos que influyen en el estado de salud de individuos, familias y comunidades. Ahora bien, es necesario puntualizar que estas determinantes no actúan aisladamente, sino que son las interacciones complejas entre ellas, las que propician que tengan una amplia y profunda repercusión en la salud.

El Ministerio de Salud reconoce por orden de prioridad los siguientes factores determinantes:

Grupo 1:

- ▶ Ingreso
- ▶ Alimentación
- ▶ Vivienda

Grupo 2:

- ▶ Acceso a servicios básicos (educación, salud, saneamiento básico, energía.)
- ▶ Seguridad Social
- ▶ Medio Ambiente

En lo que hace a la relación entre vivienda y enfermedades, cabe señalar que el hacinamiento favorece la transmisión de enfermedades contagiosas tales como la tuberculosis, que la situación de la vivienda en relación a los ambientes de corrales o gallineros y los

materiales inadecuados de construcción favorecen la proliferación de vinchucas y con ello el riesgo de contraer el mal de Chagas se incrementa de manera significativa. En el trópico el no contar con aislamiento del medio ambiente acrecienta el riesgo de contraer malaria, hanta virus, leishmaniasis y otras patologías transmitidas por vectores.

Nuestra dependencia absoluta del medio ambiente, nos hace vulnerables a los grandes cambios ambientales, como el cambio climático, proceso con importantes consecuencias sobre la salud de las personas, tanto por las patologías emergentes como por las reemergentes que afectan actualmente a grupos poblacionales que, con anterioridad, no se habían visto expuestos a estas enfermedades, como por los cada vez más numerosos y severos desastres meteorológicos que se producen año tras año.

Finalmente el modelo Sanitario SAFCI si bien fue elaborado en un contexto dado hace más de 10 años, en el contexto actual nuevos paradigmas de la salud pública se hacen evidentes, nuevos perfiles epidemiológicos regionales y nacionales demandan un reajuste del modelo, o en su caso la estructuración de un nuevo modelo sanitario acorde a la realidad epidemiológica y a las normas vigentes nacionales e internacionales que bajo acuerdos multinacionales deben consolidarse en cada Estado.

ANEXO 1

ENCUESTA A USUARIOS

Señor Usuario de este Servicio hospitalario, rogamos a usted responder las siguientes preguntas con la mayor sinceridad, el fin del presente cuestionario será el de contribuir a mejorar la prestación de servicios.

Encierre en un círculo la opción u opciones elegidas.

1. Conoce usted la existencia del Modelo SAFCI y si se aplica en el servicio hospitalario

- a) Sí
- b) No

Especifique.....

2. Considera usted que la población que acude al servicio hospitalario participa en la etapa de Planificación, Organización, Dirección, Control y Evaluación de la aplicabilidad del Modelo de Salud?

- a) Sí
- b) No

Especifique.....

3. Encierre en un círculo las opciones que considere adecuadas. El personal de salud que le atendió le preguntó:

- a) Acerca de su dolencia motivo de consulta
- b) La necesidad de interactuar con otras especialidades
- c) La necesidad de hacer interconsulta con otros servicios hospitalarios
- d) Acerca de la necesidad de atender su dolencia física y su salud integral
- e) Ninguno
- f) Otros (Especifique)

4. ¿En qué idioma le han hablado durante la atención médica?

- a) Castellano
- b) Quechua
- c) Aymara
- d) Otro (Especifique)

5. ¿Le solucionaron el problema o la causa de consulta en el servicio Hospitalario?

- a) Sí
- b) No
- c) Parcialmente

6.- ¿Existe medicina complementaria como la medicina tradicional, a la implementada por el servicio hospitalario en su atención?

- a) Sí
- b) No

Especifique.....

7.- Conoce usted convenios entre el Hospital y las instituciones de la población que hayan contribuido al desarrollo de la salud de los usuarios?

- a) Convenio Hospital-Colegio
- b) Convenio Hospital-Alcaldía
- c) Convenio Hospital-Policía
- d) Convenio Hospital- ONGs
- e) Convenio Hospital-Gobernación de La Paz
- f) Convenio Hospital- Iglesia
- g) Convenio Hospital-Organizaciones sociales comunitarias
- h) Otros (Especifique)

8.- Ha recibido usted visita del personal de salud en su domicilio

- a) Entre 1 y 5 oportunidades
- b) Entre 6 y 10 oportunidades
- c) Entre 11 y 20 oportunidades
- d) Más de 21 oportunidades
- e) En ninguna ocasión

9.- Usted y su familia fueron capacitados por personal de salud en el modelo de salud durante la atención:

- a) Sí
- b) No

Especifique.....

10. ¿Qué dificultades o incomodidades ha tenido al solicitar atención en el Hospital?

.....
.....

Gracias por responder, su sinceridad contribuirá a mejorar los servicios Hospitalarios.

ANEXO 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN N°1

DOCUMENTACIÓN					
INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDARES	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Cuenta con D.S. 29601	Texto-medio físico	Conocimiento de la implicancia legal y administrativa de la norma			
Cuenta con R.M.0737	Texto-medio físico	Conocimiento de la implicancia legal y administrativa de la norma			
Cuenta con el instructivo de llenado y manejo de la carpeta familiar u otros instrumentos médicos aplicables en el tercer nivel de atención.	Texto-medio físico	Conocimiento del Manual procesos de implementación			
Cuenta con el Manual de implementación de la SAFCI, Guías de procedimiento de Gestión participativa Local, Municipal de salud y versión didáctica de la SAFCI	Texto-medio físico	Conocimiento de procesos de implementación de la SAFCI			
Cuenta con POA para la implementación de la Política SAFCI	POA de la SAFCI	Instrumento verificado y respaldado por inmediato superior Realización de Talleres DRP (Diagnósticos rápidos participativos)			
Tiene incluido en el POA municipal presupuesto para la implementación de la Política SAFCI	POA de Salud	Realización de Talleres de Análisis de Información en Salud con el municipio Organización de Mesas Municipales de Salud (3 anuales) Gastos de medicina tradicional y adecuación cultural			
Socializar la Política SAFCI y coordinar para la elección y posesión de ALS	Libro de Actas Lista de participantes Fotografías	Libro de actas firmados y sellados Número de ALS en municipio asignados al establecimiento de salud			

GUÍA DE OBSERVACIÓN N°2

GESTIÓN PARTICIPATIVA					
INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDARES	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Socializar la Política SAFCI y coordinar para la elección y posesión de ALS	Libro de Actas Lista de participantes Fotografías	Libro de actas firmados y sellados Número de ALS en municipio asignados al establecimiento de salud			
Capacitar en Gestión participativa a las ALS, autoridades municipales, juntas vecinales y otros	Libro de Actas Lista de participantes Fotografías	Actas de capacitación firmada por la estructura social e institucional			
Realización de los DRPs	Libro de Actas Lista de participantes Fotografías	Sistematización del DRP Socialización del SAFCI y la carpetización de las familias Matriz de enfermedades priorizadas por el municipio Priorización de necesidades por personal de salud			
Realización de Mesas municipales de Salud	Libro de actas Matriz de planificación POA de salud	Plan municipal de salud aprobado por la estructura social y autoridades municipales			

Realización del CAI de sector	POA Libro de actas Registros fotográficos	Acta del CAI firmada por estructura social			
		Presentación de indicadores y determinantes de la salud			
		Presentación y evaluación de acciones y actividades en salud integral desarrolladas durante el trimestre			
		Avances de la Política SAFCI			
		Presentación de proyectos intersectoriales			
		Presentación e informe de epidemiología hospitalaria			

GUÍA DE OBSERVACIÓN N°3

SALA SITUACIONAL					
INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDARES	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Elaboración de la Sala Situacional	Cuadros sistematizados	Misión y visión institucional actualizadas			
		Organigrama institucional y de la estructura social actualizadas			
		Croquis del municipio con grupos de riesgo identificados en la carpeta familiar			
		Demografía (pirámide poblacional actualizada)			
		Determinantes de salud (vivienda, servicios básicos, alimentación, medio ambiente, nivel de instrucción, ingreso familiar, riesgo familiar)			
		Interculturalidad (idioma hablado, médicos tradicionales certificados)			
		Vigilancia epidemiológica (cuadro de vigilancia epidemiológica, canales endémicos).			
		Cuadro de avance de la implementación de la carpeta familiar.			
Gestión institucional (seguimiento del POA)					

GUÍA DE OBSERVACIÓN N°4

ATENCIÓN INTEGRAL					
INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDARES	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Realización de atención integral en el establecimiento o en el domicilio	Expediente clínico Carpeta familiar Sala situacional	Historia clínica de cada miembro de la familia inserta dentro de la carpeta familiar			
		Actividades de Promoción de la salud			
		Actividades de prevención de la enfermedad			
		Actividades de Tratamiento con resolución			
		Actividades de rehabilitación			
		Perfil epidemiológico del establecimiento de salud			
		Plan de capacitación y educación en salud anual de acuerdo a sala situacional			

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alan, Dever 2012, Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud. Macon, Georgia, OPS,OMS.
2. Alfonso Gonzales Dagnino. Calidad Total en atención primaria de la salud. 3era. Ed. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos; 2010.
3. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento técnico-estratégico, versión didáctica. Pág. 16-35, La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2010.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Gestión Compartida Municipal en salud; Crisólogo Alemán Almendras; Susy Vargas Torres. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2012.
5. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Gestión Compartida en Salud para Autoridades Locales de Salud. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2014.
6. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Gestión Participativa. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2012.
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Desarrollo Comunitario en Proyectos de Salud- DESCOM SALUD. La Paz, Bolivia: Editorial Euro Express, 2014.
8. Ministerio de Salud y Deportes. INASES. Ley, Normas y Reglamentos para el ejercicio profesional médico. Pág. 9-25; La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2011.
9. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Seguros de Salud. Seguros Públicos de Salud.Col. UNICEF; La Paz, Bolivia: Editorial Kipus, 2015.
10. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública, 10ª Edición. Edit. Masson, Barcelona, 2012.