

SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE
LAS FACULTADES DE MEDICINA PARA INCLUIR
EN LOS PROCESOS FORMATIVOS, ASPECTOS
INHERENTES AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD Y LA INTERCULTURALIDAD.
EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA
BOLIVIANA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Serie de estudios
nacionales N° 3



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



ESTADO PLURINACIONAL
DE BOLIVIA



SISTEMATIZACIÓN DE LAS
EXPERIENCIAS DE LAS
FACULTADES DE MEDICINA PARA
INCLUIR EN LOS PROCESOS
FORMATIVOS, ASPECTOS
INHERENTES AL DESARROLLO DE
LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
Y LA INTERCULTURALIDAD.
EN EL MARCO DE LA POLÍTICA
PÚBLICA BOLIVIANA DE RECURSOS
HUMANOS EN SALUD –RHUS-



Investigación de Recursos Humanos en Salud
La Paz – Bolivia
2014

SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS FACULTADES DE MEDICINA PARA INCLUIR EN LOS PROCESOS FORMATIVOS, ASPECTOS INHERENTES AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA INTERCULTURALIDAD.
EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA BOLIVIANA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD –RHUS-

Dr. Carlos Tamayo Caballero

Ministerio de Salud - Bolivia
ORASCONHU

	FICHA BIBLIOGRÁFICA
	Bolivia. Ministerio de Salud, Unidad de Recursos Humanos. La Paz 2014.
	Mayor información en http://www.minsalud.gob.bo , Unidad de Recursos Humanos, Tel.: (591-2) 2486654, Plaza del Estudiante S/N

“SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS FACULTADES DE MEDICINA PARA INCLUIR EN LOS PROCESOS FORMATIVOS, ASPECTOS INHERENTES AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA INTERCULTURALIDAD. EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA BOLIVIANA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD – RHUS-“

Investigador:

Dr. Carlos Tamayo Caballero

Contraparte Técnica:

Gloria Villarroel Coronado

Gabriela Lima Bolívar

Rómulo Huánuco Cacharani

La Paz, Unidad de Recursos Humanos – Ministerio de Salud – 2014.

Esta publicación ha sido financiada por ORAS-CONHU, en el marco de la ejecución del proyecto PLAN SANITARIO DE INTEGRACIÓN ANDINA – Plan SIA del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, el mismo que cuenta con financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropiaada en Salud (CESTAS).

Esta publicación se enmarca dentro de la cooperación técnica conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

MINISTERIO DE SALUD
AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

Dra. Carla Andrea Parada Barba
VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD**

Lic. John Pardo Salas
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Lic. Ariel Molina Pimentel
JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

PRESENTACIÓN

El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -ORAS/CONHU-, es una instancia de integración Subregional, perteneciente al Sistema Andino de Integración, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos, promoviendo políticas y estrategias orientadas a disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión que prevalecen en los países de la subregión, avanzando hacia el acceso universal de salud.

Por su parte, la Agenda de Toronto, de la cual Bolivia es parte, promueve 5 desafíos con 20 metas y sus indicadores de medición. Estos desafíos se refieren a políticas y planes de largo plazo, plantea ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, procura promover iniciativas nacionales e internacionales, generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las organizaciones de salud y busca crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud.

El trabajo de investigación “Sistematización de las experiencias de las Facultades de Medicina para incluir en los procesos formativos, aspectos inherentes al desarrollo de la atención primaria de salud y la interculturalidad. En el marco de la política pública boliviana de Recursos Humanos en Salud – RHUS-“, se enmarca en el último desafío, cuyo objetivo es Evaluar el cumplimiento de las Metas N° 17, 18, 19 y 20 en cinco Facultades de Ciencias de la Salud de Universidades Públicas y dos facultades del Sistema Privado e identificar con los actores claves ejecutivos, docentes y estudiantes las condiciones y factores de desarrollo pleno de la política SAFCI, estrategia de la Atención Primaria de la Salud –APS- Renovada en los procesos formativos y roles. La presente publicación se constituirá en una herramienta útil de referencia en todos los niveles del sistema de salud y de la universidad boliviana, dentro del esfuerzo invertido para lograr cambios sustanciales en el desafío de garantizar el derecho a la salud.

CONTENIDO

1. Introducción.....	10
2. Antecedentes.....	11
3. Situación actual.....	15
4. Relevancia para el País y la Sub Región Andina.....	18
5. Bases Teórico metodológicos de la investigación.....	18
6. Objetivo.....	19
7. Metodología.....	20
8. Contexto del estudio.....	20
9.Resultados.....	21
9.1. Meta.....	22
9.2. Meta.....	25
9.3 Meta.....	26
9.4 Meta.....	29
9.5 La SAFCI en la formación médica.....	29
9.6 Qué es la Medicina tradicional ritualista.....	33
9.7 Cómo lograr integrar a la medicina tradicional y la medicina académica.....	34
10. Discusión.....	36
11. Conclusiones.....	39
12. Referencias Bibliográficas.....	41

La salud... un derecho para vivir bien

1. Introducción

Un hito fundamental para el posicionamiento del tema de Recursos Humanos –RRHH- en la agenda sanitaria de la región, se da como resultado de la consulta regional realizada por la Organización Panamericana de la Salud –OPS- en abril del 2005, orientada a caracterizar los retos que enfrentaban los países en esta materia. En la VII Reunión Regional de Observatorios de RHUS, realizado en octubre del 2005 en Toronto, se definen, a partir de esa consulta, los cinco desafíos; que constituyen el Llamado a la Acción por una Década de Recursos Humanos en Salud –RHUS- a partir de este hito se suceden una serie de eventos hasta el 2010 orientados a fortalecer la agenda de los RHUS como pilar fundamental del cambio.

La Agenda de Toronto promueve 5 desafíos con 20 metas, cada una de ellas con indicadores que son posibles de ser monitoreadas. El desafío 1 se refiere a políticas y planes de largo plazo para preparar a la fuerza laboral de manera que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional.

El desafío 2 pretende ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países.

El desafío 3 procura promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.

El desafío 4 Generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las organizaciones de salud, con el fin de fomentar ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

Finalmente, el **desafío 5** busca crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

La presente investigación incide en este último desafío, cuyo objetivo es Evaluar el cumplimiento de las Metas N° 17, 18, 19 y 20 en cinco Facultades de Ciencias de la Salud de Universidades Públicas y dos facultades del Sistema Privado e identificar con los actores claves ejecutivos, docentes y estudiantes las condiciones y factores de desarrollo pleno de la política SAFCI, estrategia de la Atención Primaria de la Salud –APS- Renovada en los procesos formativos y roles.

La metodología de abordaje está referida a un diseño descriptivo de corte cualitativo y cuantitativo con base a entrevistas, encuestas de tres instrumentos dirigidos a actores clave del proceso de formación académica del Recurso Humano en Salud; docentes, estudiantes que pertenecen a los departamentos de Salud Pública y/o Medicina Social, e informantes clave del sistema de salud, en conjunto orientado a los objetivos del estudio, con base a una muestra no aleatoria y por conveniencia. El análisis de los contenidos se centró en los programas analíticos de salud pública en cada una de las carreras.

Los resultados están visibilizadas en tablas, gráficas y cuadros que resume las expresiones y el análisis cualitativo de los contenidos, además; expresiones literales como ideas fuerza.

Por tratarse de un proceso evaluativo mostramos las 4 metas del desafío 5 comparadas con la línea de base¹ realizada en el 2007 y publicada por la OPS en el 2010.

Los resultados reflejan un avance importante en las cuatro variables; respecto a la meta17; renovación del currículo hacia la Atención Primaria de Salud –APS- el 100% de las carreras de medicina y enfermería consideran en la formación profesional estos contenidos con diferentes enfoques, énfasis, metodología y nivel de desarrollo.

Desde la perspectiva de informantes clave, **los estudiantes asumen que el 65% del contenido curricular considera la APS, los docentes el 75% y los expertos declaran que en su formación el contenido al menos llega al 80%**. Estos resultados permiten constatar un aumento de noventa y tres puntos porcentuales.

Respecto a la meta 18; Atención de Poblaciones sub-atendidas, se ha mantenido en el 100%, el avance consiste en la identificación de aspectos cualitativos que hace la diferencia; por ejemplo, está la profundización de programas de enfermería en el área rural, convenios para el accesos de estudiantes provenientes de municipios más vulnerables del ámbito rural, instalación de carreras de medicina en ámbitos con alto nivel de población migrante campo - ciudad, descendientes de padres indígenas, como son la ciudades de El Alto, Llalagua y población de mineros en la ciudad de Oruro. Estos avances se ven tanto en universidades públicas como privadas¹.

La meta 19, referida a la tasa de abandono sigue siendo un desafío, en promedio estimamos en **47,5% medidos** por la relación del número de estudiantes que ingreso y el número de titulados, sin discriminar otras variables atribuibles al abandono, o sea a la tasa de rendimiento final, repetición que hacen a la longitud de la carrera.

El comportamiento de la meta 20 respecto a la acreditación 3 de 5 carreras de medicina están plenamente acreditadas y percibimos una clara intención de buscar esta ventaja competitiva en las restantes, mientras que ninguna carrera de enfermería esta acredita, El Sistema Universitario cuanta con una instancia de evaluación y acreditación, con unidades en cada universidad pública. Esta condición facilita los procesos de acreditación.

2. Antecedentes

Las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos en salud de Toronto, está orientado a insertar en el concepto Renovado de Atención Primaria de la Salud que integre la capacidad de los profesionales de la salud y de la sociedad para reducir la inequidad en salud.

El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -ORAS/CONHU-, es una instancia de integración Subregional, perteneciente al Sistema Andino de Integración, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros,

¹ Es el caso de la Universidad Privada UniFranz que opera en la ciudad de El Alto, como un gran desafío.

² Expresión literal de un responsable de la unidad de promoción del Servicio Departamental de Salud

³ Aprobada por el DS 29601 del 11 de junio de 2008.

⁴ Hoy es la residencia médica con tres años que combina acciones comunitarias y clínicas; está

individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos, promoviendo políticas y estrategias orientadas a disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión que prevalecen en los países de la subregión, avanzando hacia el acceso universal de salud.

Existe un amplio consenso para enfrentar estos desafíos, entonces, es necesario fortalecer el *“Sistema de salud basado en APS que supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia, social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad”*² propuesta por la Organización Panamericana de la Salud –OPS-

En Bolivia (1982) a partir de la recuperación de la democracia, la Atención Primaria de Salud se constituye el eje central con la estrategia PIAAS junto a la movilización comunitaria, a partir del ajuste estructural (1986) aparece la época oscura para la salud caracterizada por el achicamiento del estado, la descentralización de la salud con una tendencia importante hacia la privatización y un enfoque individualista.

La transformación del sector inicia con una nueva forma de hacer política desde el gobierno (2006) un proceso de reivindicación de la salud. Hoy; la salud es un derecho humano reconocido en la Constitución Política del Estado Plurinacional Boliviano, está en pleno progreso la Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural como una estrategia inclusiva, universal, reconocimiento de las múltiples formas de hacer salud y recuperarla y concentrando los esfuerzos en la promoción de la salud con énfasis en sus determinantes inmersas en el ambiente social, cultural, político y económico, el acceso al agua potable, saneamiento y estilos de vida saludables. Estos paradigmas dicen que está vigente la Atención Primaria de Salud implícitamente.

A pesar del consenso existente y de los significativos esfuerzos realizados, Bolivia no ha logrado aplicar la APS como un eje articulador o como una estrategia de intervención plena, sin embargo; es importante reconocer que los componentes de la APS están implícitos en la Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural, se asume que; *“la SAFCI es la Atención Primaria de Salud a la boliviana”*²ⁿ con diferentes niveles de desarrollo, enfoques y énfasis en sus diferentes componentes además; en diferentes ámbitos del sistema de salud, incluso de establecimiento a establecimiento de salud, así como la existencia de las tensiones propias de los procesos de cambio.

Un factor crítico para avanzar en este proceso, es la disponibilidad y actitud del servidor público del sector, siendo esencial que este personal cuantitativa y cualitativamente este comprometido con el proceso de cambio que está sucediendo no solo en Bolivia sino en casi toda la región, este personal necesario, no solo para realizar las acciones de salud allí donde se requieren, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de atención basado en la interculturalidad más allá de la aplicación de la medicina tradicional.

Un hito importante encontramos en las reflexiones que surgen de la I Reunión Andina Ministerios de Salud y Entidades Formadoras, realizado en Lima Perú del 27 al 28 Agosto

² Expresión literal de un responsable de la unidad de promoción del Servicio Departamental de Salud

de 2014. En esta reunión se formularon preguntas generadoras de discusión como ¿Qué entendemos por formación orientada hacia la APS? Que implica contenidos curriculares, escenarios de práctica, perfiles de egreso.

Una formación hacia la APS *“Es tener apertura hacia lo que ocurre fuera de los establecimientos de salud, entender que en la salud intervienen otras variables como: vivienda, saneamiento, agua potable entre otros. Es un cuidado social, la APS debe iniciar desde la casa, los colegios. Estar vinculada a la investigación. Garantista del derecho a la salud sin exclusiones, sin desigualdades. Muy importante la mirada biopsicosocial y el trabajo con las familias con los componentes de la atención: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación”*³.

En el diseño del currículo es necesario tener una mirada a las determinantes sociales de la salud, participación ciudadana, coordinación intersectorial, todo esto tiene que ser congruente con los cambios que deben hacerse en los sistemas de salud. Debe quedar explícito los principios del APS en el currículo.

Sobre el perfil del médico y demás profesionales de la salud debe contener estrategias pedagógicas orientadas a la capacidad resolutive, al ciclo vital, valorar el componente de compromiso y actitud pro activa del personal de salud que va a realizar APS. Tener como escenarios de práctica principalmente los centros de salud vinculados a la comunidad local. APS no es sinónimo de consultorio, el alumno debe tener muy claro que APS no es un lugar sino una estrategia.

El marco conceptual de APS debe estar claro. La necesidad de una comunidad educativa superior, para el consenso entre universidades formadores de los RRHH y el Ministerio de Salud, donde las carreras explícitamente tengan contenidos de la APS.

Bolivia a través de su Ministro de Salud *“manifiesta el interés del Gobierno boliviano nacional en el mejoramiento de los niveles de salud de toda la población, tomando mayor atención en los sectores más vulnerables. Para ello un componente fundamental es la formación de recursos humanos altamente calificados y comprometidos con las aspiraciones de desarrollo social y cultural”*⁴.

El Sistema de Salud Boliviano⁵ considera como ejes principales de la Política de Salud a:

- Un Sistema de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.
- La Revalorización de la Salud en las Prioridades de Hombres, Mujeres, Familia y Comunidades.
- La Recuperación de la Responsabilidad del Estado en la Cultura de Salud Integral y la Cultura de Vida.
- Una Alianza Nacional para la Erradicación de la Desnutrición y la violencia.

Como elemento articulador al Sistema Sanitario de Salud Familiar Comunitaria, Intercultural –SAFCI-, que se constituye en una nueva forma de pensar, comprender y priorizar la promoción de la salud y previniendo la enfermedad.

La política SAFCI involucra al equipo de salud, la comunidad y sus organizaciones en acciones de gestión de la salud y de atención de la salud en establecimiento, domicilio y en la comunidad, de esta manera; se logrará fortalecer las redes funcionales de salud, una gestión de calidad de carácter intercultural, mejorar la extensión de coberturas de manera que toda la población boliviana tenga acceso a los servicios de salud. Las políticas de salud incluyen el desarrollo tecnológico en salud por medio de la

investigación, recuperando al mismo tiempo los invalorable conocimientos de la medicina tradicional.

Para los propósitos señalados, la política de recursos humanos propone:

- Desmontar el colonialismo y el liberalismo
- Producción y reproducción social
- Prácticas productivas
- El desarrollo y práctica de la Interculturalidad

Para los propósitos señalados se adopta como Líneas de acción la socialización de políticas de Estado, el fortalecimiento de la rectoría del MSD, la capacitación permanente del personal del sistema nacional de salud, la formación continua mediante la Residencia Médica SAFCI, la disposición de un Sistema de información y análisis para la toma de decisiones, la investigación cuantitativa y/o cualitativa y la creación del Centro de Formación, Capacitación y Actualización SAFCI.

En este contexto surge una propuesta de perfil profesional actualizado que deberá considerar aspectos como:

- Prevención, diagnóstico, recuperación, rehabilitación de la salud de las personas;
- Promoción de la salud, para lograr sociedades y medio ambientes saludables;
- Solución de problemas de salud en grupos humanos;
- Efectiva capacidad de gestión;
- Investigación;
- Compromiso con valores éticos y culturales de la sociedad.

Del mismo modo surge una propuesta de lineamientos de planes de estudio para las ciencias de la salud, que en esencia señalan:

- Basarse en bloques que integran las ciencias básicas con las clínicas;
- Contar como eje integrador a las desigualdades.
- Enfoque biológico, psicológico, cultural, político y social
- Hacer énfasis en el desarrollo de habilidades y destrezas (competencias).
- Inserción precoz en el trabajo con la comunidad
- Trabajo de interacción con la comunidad desde los niveles básicos hasta el el ultimo nivel.

Todos estos aspectos denotan un contenido de formación profesional en salud basado en la Atención Primaria de Salud, con al menos los siguientes ejes, promoción y prevención, participación social que involucre activamente a las organizaciones presentes en cada comunidad, generar compromisos y éticas profesionales vinculados a poblaciones más vulnerables y excluidas, generar una conducta intercultural, más allá de reconocimiento de la medicina tradicional.

3. Situación actual

En Bolivia más de 10 millones de habitantes en los 9 Departamentos con más de 1 millón de kilómetros cuadrados, (10 Hab/ Km²) aproximadamente, en este contexto se está experimentando un proceso de transición epidemiológica avanzada; importantes procesos de urbanización debidos al menos a dos mecanismos 1) migración campo – ciudad y 2) una transformación sostenida de territorios rurales en territorios urbanos, en consecuencia, los problemas dominantes de la salud están fuertemente vinculados a estos cambios importantes, como procesos de transculturización, adopción de estilos de vida de alto riesgo, profundización de los distintos tipos de violencia.

En relación a los Recursos Humanos en Salud –REHSUS- no logramos avances significativos, la precarización del trabajo es un común denominador, la apropiación de la política pública en salud es insuficiente o deficiente, la resistencia al cambio se nota en muchos sectores de salud, inadecua distribución dejando brechas significativas para alcanzar la equidad.

Estamos avanzando en otros aspectos, como la profusión de normas protectoras a grupos más vulnerables, distribución del bien común más equitativo, paulatino mejoramiento de la vivienda, acceso al agua potable y saneamiento, entre otras condiciones deberán ser fortalecidas y consideradas por el sistema de salud integrando y articulando este proceso a otros sectores para alcanzar la meta deseada del vivir bien.

Los procesos de urbanización y la migración son situaciones que no solo implican un fenómeno demográfico sino y fundamentalmente cultural y social. En este contexto la reducción general de las tasas de mortalidad y natalidad, fecundidad y el relativo envejecimiento de las poblaciones da condiciones epidemiológicas diferentes, en particular referidos a los estilos de vida de las poblaciones jóvenes que participan o no en formación académica universitaria.

En Bolivia la salud está reconocida por la Constitución Política del Estado como un derecho que garantiza el acceso gratuito al servicio de salud para toda la población y obliga al Estado a hacerse responsable de efectivizar este derecho. Asimismo, el Estado también garantiza la participación de la población en la gestión de salud, lo cual otorga a la población la posibilidad de participar en la determinación de los problemas del servicio de salud y su resolución⁶.

El Sistema Único de Salud –SUS- está en pleno proceso progresivo de implementación busca lograr que todo el sistema público, funcione de manera concertada, tenga la misma calidad, las mismas prestaciones y permita el acceso de todos los bolivianos y bolivianas a la atención médica gratuita.

La SAFCI³ es el marco general del funcionamiento del sistema nacional de salud, “se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud”

El Sistema Nacional de Salud, se define como “el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud”, establece tres niveles de atención:

³ Aprobada por el DS 29601 del 11 de junio de 2008.

Primer nivel, encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, en este nivel operan establecimientos de salud de baja complejidad, medicina tradicional y la intervención de médicos SAFCI.

Segundo nivel, comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico.

Tercer nivel, ofrece atención ambulatoria e internación, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad.

Currículo Universitario

Existe una voluntad política de autoridades facultativas en un cambio del currículo de formación universitaria –en cualquiera de sus niveles- están considerando estos cambios, vinculados a las transformaciones de la política pública fortalecida.

En Abril del 2011 se inicia un proceso de reformas del currículo universitario cuyo logro fue, que las universidades se comprometan a:

- Alinear los contenidos a las reformas que se está produciendo en el país con un componente importante de la interculturalidad como política pública.
- Estandarizar los contenidos con fines académico-administrativas.

Para este periodo la Salud familia, Comunitaria, Intercultural –SAFCI- está en pleno desarrollo, dos hitos que hacen posible que se fortalezca esta orientación política y cultural:

- 1) El desarrollo de una residencia en salud familiar y comunitaria⁴; los profesionales que logran graduarse y en algunos casos se constituyen en docentes universitarios e impulsores de los procesos de interculturalidad en el plano de las Redes de Salud instaladas en el sistema de salud;
- 2) Y la rica producción de recursos bibliográficos en torno a los procesos de articulación o complementación de la medicina tradicional con la medicina convencional, en particular a nivel de establecimiento de salud.

Pese a estos esfuerzos, es evidente la resistencia de gran parte de los profesionales en salud, asumimos que las razones fundamentales sea el desconocimiento de los procesos culturales con una visión inclusiva de sectores que históricamente han sido excluidos y por la deficiente o insuficiente formación médica con paradigmas que implican proceso inclusivos de las múltiples formas de hacer medicina, desde la promoción hasta la rehabilitación de la salud.

El proceso de reforma del sistema de salud en la última década, deja un vacío significativo en la gestión de los recursos humanos en salud, si bien avanzamos en el análisis de las determinantes de la salud, construcción de centros hospitalarios, seguros diversos que benefician a la población, la precarización del trabajo es una constante, debido: a) insuficiente mecanismo de selección de personal técnico; b) lucha constante por

⁴ Hoy es la residencia médica con tres años que combina acciones comunitarias y clínicas; está siendo consolidada y validada por varias universidades del Sistema Nacional de Universidades, con la nominación de médicos SAFCI.

institucionalizar los cargos; c) insuficiente o deficiente educación continua, con muy pocas posibilidades de articular con el sistema universitario y d) ausencia de una política de recursos humanos⁵.

Estas condiciones generan en el personal de salud, escasez de profesionales con altos niveles de especialización, sobrecarga de trabajo a expensas de procesos burocráticos y administrativos, desmotivación e insuficiente comprensión de las reformas que el gobierno está promoviendo desde el Ministerio de Salud. En este contexto el Ministerio de Salud propone:

- Implementar un mecanismo de transformación de RR.HH. del sistema antiguo al nuevo sistema de salud.
- Calificar y entrenar al personal no profesional (parteras, promotores, otros) con la visión del nuevo sistema de salud.
- Implementación de Equipos Multidisciplinarios para el Equipo de salud (otras áreas, sociólogos, antropólogos).
- Desarrollar procesos de acreditación de la formación de pregrado y postgrado para verificar la incorporación de contenidos de SAFCI.
- Impulsar la investigación científica mediante prácticas comunitarias e interacciones sociales en Salud en las universidades.
- Incremento y redistribución equitativo de recursos humanos en salud entre campo y ciudad. Además de la generación de incentivos para el área rural (plan de vivienda, bono de transporte, formación, otros).
- Implementar un sistema de evaluación de desempeño del personal de salud que incluya evaluación periódica que permita la continuidad recurso humano en salud en el sistema.
- Revisar los procedimientos y mecanismos del escalafón y categorización.
- Implementar una política de desarrollo de RRHH que proyecte a mediano y largo plazo la formación de profesionales, técnicos y especialistas acorde a la realidad y necesidad de la población. Con visión de promoción y prevención, enfatizando la medicina comunitaria y el SAFCI apoyada por el estado.
- Formación de especialistas en función a la necesidad de cada región, con rectoría del Estado con vocación de servicio y conciencia social. Además de reorientar el proyecto de la residencia médica SAFCI para la implementación de la Política SAFCI, a partir del 1er, 2do y 3er nivel de atención.

⁵ Está documentada la política de recursos humanos formulado con el apoyo de la OPS/Bolivia, que no está visiblemente aplicado y menos difundido en el sistema de salud.

4. Relevancia para el País y la Sub Región Andina

El Ministerio de Salud Boliviano dispondrá de información técnica cuantitativa y cualitativa relevante sobre el cumplimiento efectivo del Desafío N°5 (Metas 17, 18, 19 y 20) sistematizado en un documento técnico de tipo evaluativo descriptivo que le permitirá mejorar la toma de decisiones de las autoridades ejecutivas nacionales, analizar y formular estrategias de trabajo intersectorial con las Universidades Públicas y Privadas formadoras de recursos humanos en salud a través del Comité estratégico de apoyo a la Gestión de los RHUS y CENIDAI nacional.

Bolivia, se va desarrollando progresivamente en el ámbito de recursos humanos, manifestando su interés, a partir del involucramiento en el ORAS CONHU y participando activamente, a efectos de aprender de las experiencias exitosas de los países vecinos, como el de compartir su propia vivencia, en torno a su Plan de Desarrollo Sectorial, podrá ser articulada a la Política Andina de desarrollo y gestión de Recursos Humanos.

En ese entendido, el aporte que brinde Bolivia con el desarrollo de estas actividades de investigación contribuirá para las futuras determinaciones del ORAS CONHU.

5. Bases Teórico metodológicos de la investigación

Un sistema de salud basado en la APS inspirado en Alma Ata, es revisada para actualizarla en el marco de las reformas de estado que se están produciendo e incluir los alcances⁶ donde la Organización Panamericana de la Salud –OPS- propone “La Atención Primaria de Salud Renovada⁷” que incluye orientaciones estratégicas y programáticas en Atención Primaria de Salud con una visión renovada para el desarrollo de los sistemas de salud: la de los sistemas de salud basados en la APS, este documento de posición articula los componentes de una nueva estrategia para la renovación de la APS y esboza la secuencia de pasos que deberán seguirse.

Otro elemento sustantivo se constituye la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, la Declaración del Milenio y el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud propuesto por Lalonde.

En Bolivia se justifica el análisis de la atención a la salud en razón de los cambios que desde ya una década estamos desarrollando como producto de un nuevo paradigma para manejar las “cuestiones” del Estado Plurinacional Boliviano, los nuevos desafíos epidemiológicos en una franca transición; condiciones económicas favorables gracias a una gestión efectiva y eficiente en la política global del gobierno, sin llegar a lo concreto del sector salud, encontramos debilidades e inconsistencia en la conceptualización de la interculturalidad, como consecuencia una brecha importante en la puesta en práctica a partir de la articulación del sistema de atención académico con la atención cultural de la medicina tradicional ancestral vigente históricamente, persiste diferentes enfoques de la APS con un débil sistema de referencia y contra referencia, no solo en el sistema académico de atención, sino y, fundamentalmente la ausencia entre la medicina académica con la tradicional.

⁶ Los países miembros se reunieron en el 2003 para celebrar 25 años de la Conferencia de Alma Ata, allí decidieron examinar los valores y principios que inspiraron la Declaración de Alma Ata.

Las universidades están desarrollando nuevos conocimientos, metodologías y estrategias de intervención con avances significativos, sin embargo; es insuficiente para responder efectivamente al proceso de cambio que estamos viviendo y, permita incorporar nuevas y mejores prácticas médico sanitarias, un proceso de apropiación en estudiantes para que su desempeño se oriente fundamentalmente a fortalecer la capacidad de respuesta, la articulación con las organizaciones sociales, reducir las inequidades en salud persistentes. En este contexto el sistema de salud debe intervenir con estrategias que sea social y culturalmente aceptables, la propuesta de profundizar la renovación de la APS se justifica por al menos las siguientes razones:

- Los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir;
- La necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS;
- El desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS;
- El reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud;
- El creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

El Sistema Universitario reconoce implícitamente la necesidad de “Proponer al Gobierno Nacional y al Ministerio de Salud y Deportes⁷ la coordinación en las acciones de capacitación y formación de recursos humanos en el marco del Modelo SAFCI y exigir al Ministerio de Salud y Deportes desarrollar procesos de regulación del ejercicio de la medicina tradicional, precautelando la calidad de atención y la seguridad para la población que acude a esta oferta; tomando en cuenta que la práctica médica occidental cuenta con un marco jurídico actual representado por la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, además de encomendar a la Conferencia Nacional de Universidades la conformación de un grupo interdisciplinario para examinar y analizar críticamente el modelo SAFCI tanto en los aspectos organizativos como en los operativos incorporando una visión interdisciplinaria para su adecuado manejo⁸.

6. Objetivo:

Evaluar el cumplimiento de las Metas N° 17, 18 y 19 del 5to Desafío en cinco Facultades de Ciencias de la Salud de Universidades Públicas y dos facultades del Sistema Privado e identificar con los actores claves ejecutivos, docentes y estudiantes las condiciones y factores de desarrollo pleno de la política SAFCI, estrategia de APS Renovada en los procesos formativos y roles

⁷ Hoy solo Ministerio de Salud.

7. Metodología

Es un diseño cualitativo y cuantitativo con base en la aplicación de encuestas y entrevistas en profundidad orientado a los objetivos del estudio.

La muestra NO aleatoria por conveniencia, los sujetos o unidades de análisis se constituyeron los docentes y estudiantes de las 7 universidades, expertos médicos y enfermeras del sistema de salud público. El proceso está definido por etapas:

- Etapa 1: Negociación con actores clave para estandarizar agenda de entrevistas
- Etapa 2: Revisión documental y sistematización de los contenidos.
- Etapa 3: Elaboración, Validación y aplicación de la encuesta y entrevistas.
- Etapa 4: Vaciado de los datos para el análisis.
- Etapa 5: Análisis de los resultados y elaboración del informe.

La presentación de los resultados la definimos en dos formas, cuadros que expresan los aspectos cualitativos y expresiones textuales de los actores intervinientes en la presente investigación y gráficas que reflejan los aspectos cuantitativos.

Es importante mencionar que las autoridades facultativas expresaron su interés y apoyo al proceso investigativo, a pesar que de la no respuesta (80%) de docentes de universidades públicas y (35%) de las privadas, no afectó el proceso investigativo. Las entrevistas a informantes clave enriquecieron los resultados presentados. Por otra parte, los que en este periodo se realizaron se constituyó en una oportunidad para el análisis respecto a la renovación del currículo universitario y la incorporación de la interculturalidad en la formación médica. Estos eventos lo organizó el Ministerio de Salud, Servicios Departamental de Salud con actores universitarios.

8. Contexto del estudio

Concentramos los esfuerzos en los Departamentos de Medicina Social y Salud Pública de las facultades de medicina donde imparten asignaturas como: Medicina Social, Salud Pública, Medicina Preventiva, Epidemiología y Administración Sanitaria y en algunos casos Atención Primaria de Salud como asignatura, esta forma de organización curricular asume la conformación del perfil profesional en salud, no consideramos necesario incidir en los departamentos de medicina o cirugía a pesar que en ellos existen contenidos que hacen a la Atención Primaria de Salud.

9. Resultados

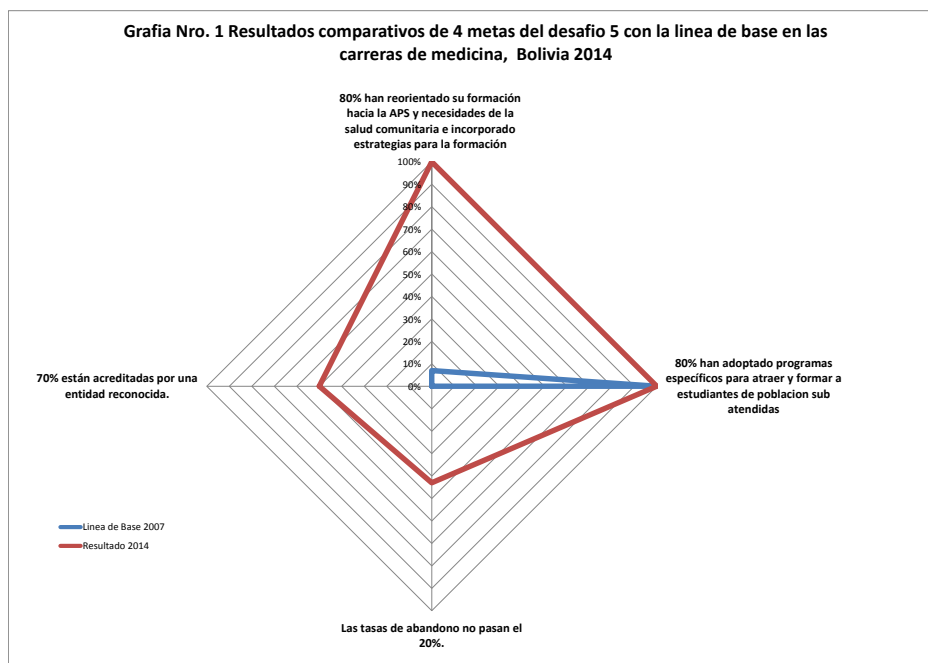
TABLA Nro. 1 Distribución de la Muestra por sexo y categoría, Bolivia 2014

Categoría	Sexo		TOTAL	Porcentaje
	Hombres	Mujeres		
Docentes	39	21	60	10,9
Expertos	69	86	155	28,1
Estudiantes	136	201	337	61,1
TOTAL	244	308	552	100,0

Logramos que 552 actores clave 60 docentes; 155 expertos servidores del sistema de salud y 337 estudiantes de medicina y enfermería de universidades públicas y privadas los que respondieron a los instrumentos y entrevistas, además; 14 autoridades universitarias atendieron nuestro pedido de ser entrevistados. Por razones prácticas las múltiples categorías de expertos las sintetizamos en tres grupos asumiendo las competencias y el tipo de desempeño que están realizando al momento de la consulta, 29 consultores, 53 médicos y médicas en servicio clínico y 73 funcionarios públicos. Del grupo de docentes son hombres 65% (n=39) y mujeres 35% (n=21): 201 estudiantes mujeres y 136 hombres.

El resultado está en el marco del desafío 5 cuyo objetivo es “crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud, para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población”.

Comparación de la línea de base



Globalmente existen avances significativos en todos los indicadores comparados con la evaluación del 2007, la posibilidad de medir el nivel de abandono de estudiantes por sí misma es una ventaja, en razón que para la línea de base estuvo ausente el dato; es posible que el indicador no haya tenido cambios sin embargo; la disponibilidad y acceso al dato ya es una ventaja comparativa, asumiendo que será posible el monitoreo del indicador.

Cuadro Nro. 1 Síntesis de los indicadores y a partir de revisión de contenidos del área de salud pública y medicina social, y registros de las carreras de medicina. Bolivia 2014.								
META	INDICADOR	UMSA	UNIFRANZ	UMSS	UNIVALLE	UTO	UTEA	UNSIGLOXX
17	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.	Implícitamente contiene contenidos de APS, con énfasis en los estilos de vida	Explicita la formación de APS	Explicita la formación de APS	Explicita en los contenidos	No está explícita	No explícita	Implícita, con énfasis en medicina social
18	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.	Tiene un convenio con municipios rurales para el ingreso libre de estudiantes del área rural.	Recibe a población migrante del área rural, y población rural.	Tiene convenios diferenciados para población rural.	Cumple con la norma nacional.	en Challapata y Huanani. Ingreso libre para los 10 mejores estudiantes a elegir la	Recibe a población migrante del área rural, y población rural.	Recibe a población migrante del área rural, y población rural.
19	Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.	26,60%	69,20%	15,10%	25,10%	36,50%	78,80%	83%
20	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.	Acreditada	En proceso de acreditación	Acreditada	Acreditada	No acreditada	No acreditada	No acreditada

9.1. Meta 17

“Esta meta se inserta en el concepto renovado de atención primaria de salud que integra la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud”⁹. En Bolivia, la Constitución Política del Estado Plurinacional establece que “El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”¹⁰. Al ser un mandato constitucional; la política incide en la necesidad de afrontar los determinantes sociales, culturales, económicos, medioambientales y políticos para lograr el vivir bien y la APS se expresa en la Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural. En consecuencia; las facultades de medicina y carreras de enfermería están adoptando en sus contenidos curriculares esta política de salud.

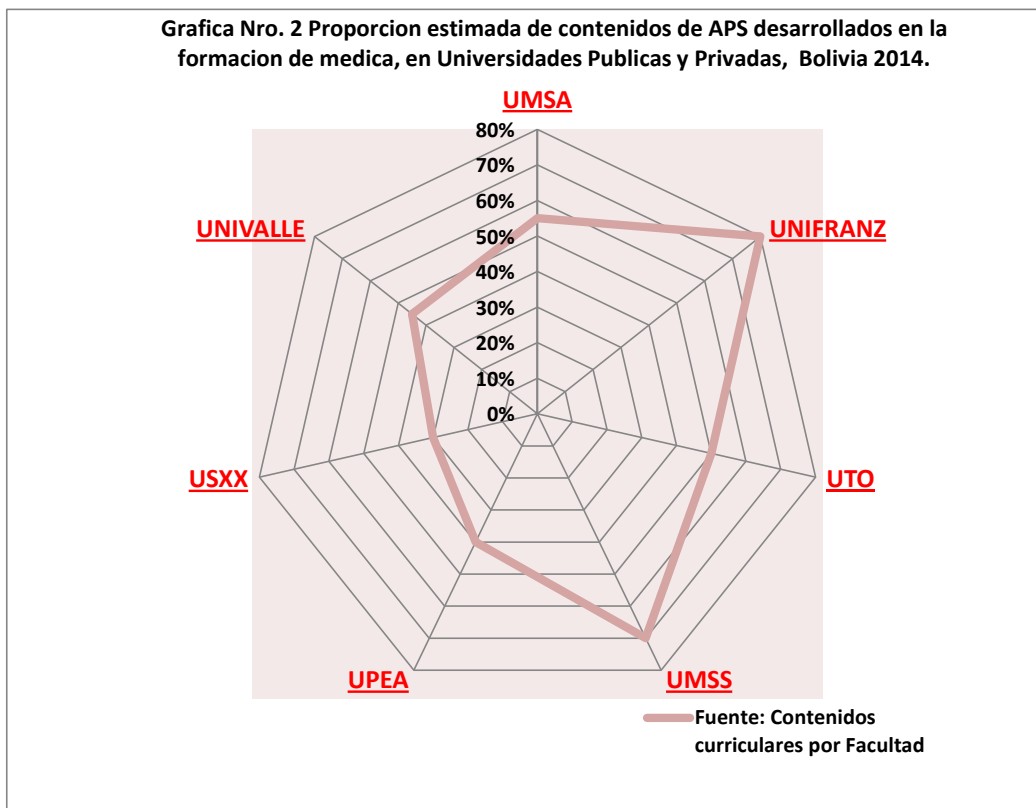
En la formación profesional de médicos y enfermeras el modelo biomédico sigue siendo dominante, concentran sus esfuerzos en lo fenomenológico, insisten en la causalidad biológica de los procesos de salud y enfermedad, en consecuencia el núcleo central del aprendizaje está en la enfermedad y su curación, en el “hospital” como único recurso para producir salud o remediarla consecuente a este enfoque existe un predominio de materias clínicas y quirúrgicas en una proporción promedio de 85%, mientras que las materias o contenidos de la medicina social, salud pública y APS ocupan un promedio estimado del 15%.

En este contexto las materias de medicina social en general están siendo minimizadas y dejan un “sin valor” en la percepción del estudiante de todo aquello que está relacionado a la formación social que permita una visión desde la salud y no desde la enfermedad.

Cuadro Nro. 2 Síntesis y estimaciones de variables relacionadas con la APS con base a los contenidos analíticos del área de Salud Pública de Universidades estudiadas en la carrera Medicina, Bolivia 2014

sinthesis	UMSA	UNIFRANZ	UNIVALLE	UMSS	UTO	UPEA	UNSIGLOXX
COMPETENCIAS ESPERADAS	Aplica técnicas de Educación y Comunicación Para la Salud en la Promoción de la salud	Los profesionales en salud, adquiriran un enfoque integral de la APS y Medicina Familiar, Social y Comunitario...Apoyando el desarrollo de las organizaciones comunales, como un modo de promover su participación en la salud realizando actividades de promoción y prevención.	El estudiante reacionara los principios de la Salud Publica con actividades preventivas y educacion en salud para utilizar en beneficio del individuo y la comunidad.	Describir la importancia de la salud familiar en el proceso salud-enfermedad de los integrantes de la familia. Identificar los determinantes biopsicosociales que actúan como factores de riesgo sobre en la salud familiar, los Programas de Atención Integral al niño/a como el PAI, el Programad de salud.	Identificar los factores que hacen a la salud publica, con énfasis en la comunidad mas vulnerable	El profesional de salud debe ser capaz de promover, resolver problemas de salud de forma preventiva	Debe se investigador con valores humanos y eticos promotr de la salu
Proporcion (%) de contenidos de APS	70%	80%	40%	75%	45%	30%	35%
Modulo expreso de APS	No	SI	Si	Si	No	No	No
Enfasis	Determinantes de la Salud	Salud Familiar	Promocion de la Salud	Contenidos formales de la Salud Publica	Organización Social	Organización y participación social	Politico y organización social
	Promocion de la Salud	Organización y participacion social	Investigacion de deteminates	Determinantes de ls salud	Enfermedades prevalentes	Programas de Salud	Programs de salud
	Salud Comunitaria	Promocion y prevencion	Salud Comunitaria ABC	Promocion y prevencion	Promocion y prevencion	Promocion y prevencion	Promocion y prevencion
	Enfermedades No transmisibles	Salud Familiar y Comunitaria intercultural	Enfermedades transmisibles	Investigacion social	Enfermedades prevalentes	Enfermedades transmisibles	
Interculturalidad	Desarrolla contenidos dispersos en diferentes unidades de Salud Publica, incluye SAFCI	Esta presente en los contenidos de forma transversal, no especificamente	No Tiene contenidos especificos	Esta transversalizada en varios temas de Salud Publica	No esta definido, existen contenidos difusos pero no explicitos	Noestan claros los contenidos, se aborda el tema en medicina social.	No esta definido, tienen modulos de medicina social sin abordaje especifico.

Con base al análisis de contenidos curriculares logramos una síntesis que no pretende ser exhaustiva, solo pretende ser orientadora, para valorar el avance en Atención Primaria de Salud en sus diferentes variables.



El indicador relacionado al porcentaje de universidades que han integrado en el currículo contenidos de APS; constatamos en el análisis de contenidos o sílabos que el 100% de la

formación médica y de enfermería contiene temas vinculados a la APS con proporciones, enfoques, énfasis, metodologías y desarrollo diferentes.

El porcentaje de universidades que cuentan con estrategias de formación interprofesional en las escuelas de ciencias de la salud y el porcentaje de universidades que tienen soporte financiero para la formación interprofesional, no es posible valorar siendo que no existe información al respecto.

Entre los esfuerzos institucionales para implementar la APS está la reunión de autoridades del Sistema Nacional de Universidades, que propuso generar un espacio de análisis y discusión, respecto de las transformaciones y reorientaciones que se están dando en el Sector Salud a nivel latinoamericano y en el Sistema Nacional de Salud del país (Modelo de Atención SAFCI, Sistema Único de Salud) y la relación que estas tienen con los planes globales de las asignaturas, la actividad docente y el compromiso social de la universidad pública boliviana con la población; surgen recomendaciones como: ¹¹

Dar visibilidad a contenidos en los planes globales que reflejen las políticas nacionales de salud y los programas nacionales de salud prioritarios, de manera de demostrar al Ministerio de Salud y Deportes, nuestra identificación y compromiso institucional con las mismas.

El actual modelo SAFCI debe ser socializado en la formación de estudiantes de pregrado.

Mayor orientación hacia las acciones de promoción, prevención y educación en salud.

Contacto precoz de los estudiantes con los servicios de salud de primer nivel de atención.

Estas recomendaciones han sido progresivamente implementadas por las facultades de medicina, sin lograr hasta la fecha valorar sus alcances y cumplimiento de compromisos.

Las manifestaciones de docentes reflejan discrepancias en la conceptualización de la APS en los procesos de formación de profesionales en salud, una proporción significativa asume como el “primer nivel de los servicios de salud”; “*la puerta de ingreso al sistema de Salud*”; otros asumen que la “*APS es la más económica*”; “*la atención de enfermedades de fácil resolución de los problemas de salud dominantes*”, o “*tiene influencia directa (únicamente) en enfermedades inmuno-prevenibles*”. Estas afirmaciones al parecer tienen implicaciones en la apropiación del concepto por parte de los estudiantes tanto de medicina como de enfermería.

9.2 Meta 18

La población sub atendida por razón de género, etnia, recursos económicos e inaccesibilidad geográfica; ha sido superada en las universidades públicas por los altos niveles de inversión de parte del Estado sin embargo; existe una brecha importante en el sostenimiento de estudiantes en las universidades por la ausencia de estrategias de remediación en la atención social a estudiantes del área rural, madres y padres, y los que por alguna razón es insuficiente su capacidad de gasto para atender los costos académicos y de sustento propio.

Es política de las universidades públicas cumplir con el porcentaje de universidades con programas específicos para estudiantes de poblaciones sub-atendidas, se expresa en aceptar a población con capacidades especiales.

En relación al porcentaje de programas específicos de formación de estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, que tienen escasos recursos, que viven a distancias geográficas inaccesibles, las universidades han adoptado la estrategia de descentralizar hacia el área rural las carreras de enfermería, mientras que las carreras de medicina, mediante convenios han logrado el acceso de poblaciones del área rural a las carreras de medicina, evitando un mecanismo de admisión que no deja de ser una importante limitante, cualitativamente este indicador esta cumplido, sin embargo; la proporción de estudiantes de esta cualidad es pequeña.

El problema radica que tanto en universidades públicas como privadas, el acceso no es suficiente, tanto es así que 100% de estudiantes con ingreso libre por el convenio, apenas llegan al 2do nivel, a juzgar por los informantes clave de las universidades esta deserción (abandono) se debe a:

- a) *Condiciones académicas disminuidas debido a su insuficiente preparación en el nivel medio escolar.*
- b) *Deficiente adaptación a las condiciones sociales que le ofrece el ambiente “nuevo” universitario.*
- c) *Insuficientes condiciones materiales de subsistencia, vivienda, alimentación y costos de académicos que implica cada carrera.*

TABLA Nro. 2 Distribución porcentual por sexo de la declaración de identidad étnica de estudiantes de medicina, Bolivia 2014.

Sexo	Declaración de Identidad étnica				Total	
	Aymara	Quechua	Guarani	Ninguna		
Femenino	Freq.	25	23	1	99	148
	%	48,1%	51,1%	50,0%	62,7%	57,6%
Masculino	Freq.	27	22	1	59	109
	%	51,9%	48,9%	50,0%	37,3%	42,4%
Total	Freq.	52	45	2	158	257
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

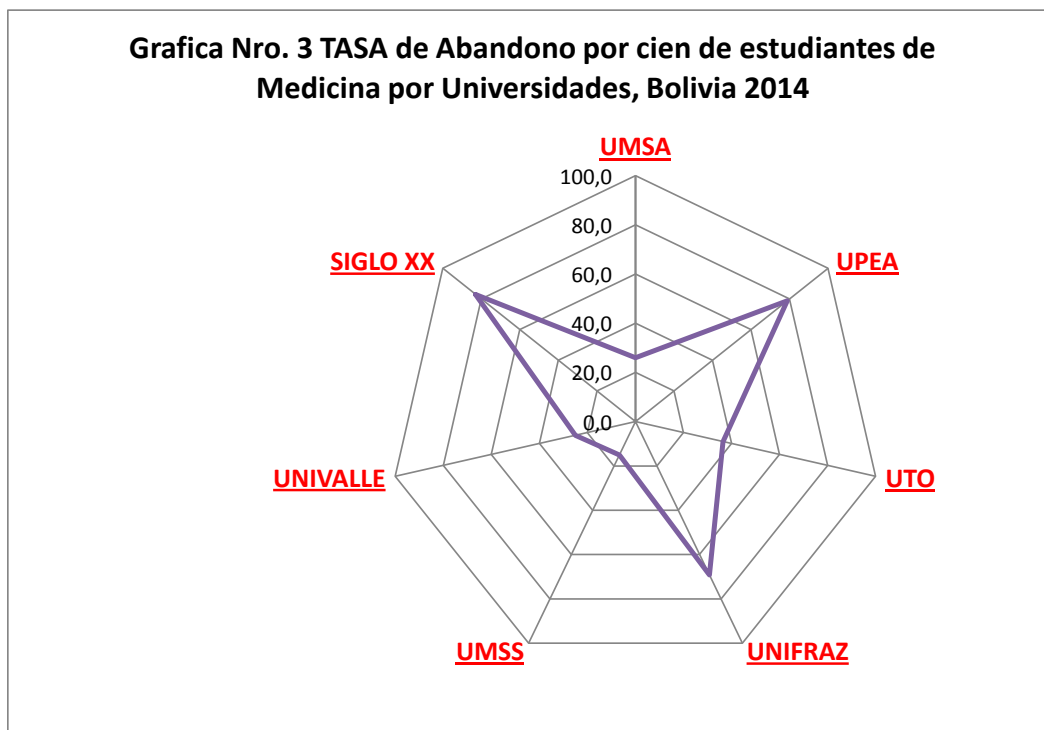
Más del 37 por ciento del total de estudiantes entrevistados (n=127) declara ser aymara o quechua, etnias mayoritarias en el territorio boliviano y del ámbito donde están las universidades operando. Este resultado ratifica que las universidades están generando oportunidades de acceso de poblaciones étnicas. La condición de género no establece diferencia significativa.

Al analizar por universidad existe una diferencia razonable, siendo que cada universidad trabaja en un contexto étnico específico, la UMSS trabaja en un ámbito quechua, de esta universidad el 34% declara ser quechua; mientras que en la UMSA y la UTO juntos llegan a 52,5% declara ser aymara.

9.3 Meta 19

El porcentaje de estudiantes de medicina y enfermería que abandonan la carrera tiene un comportamiento diferente, sin embargo, y pese a los esfuerzos en promedio no ha superado la meta esperada de no más del 20%. El promedio general de abandono esta en 48,7%, las carreras de medicina contribuyen con 47,7% y las carreras de enfermería con 48,6, cada universidad tiene su cuota parte como se observa en los gráficos correspondientes.

El resultado presenta un déficit importante entre los que ingresan y los terminan satisfactoriamente la carrera en el periodo de los 6 años formales en medicina y 5 años en enfermería; sin embargo es importante considerar los conceptos que deberán de ser analizados, como repetición, abandono, deserción y longitud de la carrera.



Abandono es cuando el estudiante deja de estudiar por un periodo por cualquier causa y retoma sus estudios al cabo de este periodo, en consecuencia no deja definitivamente de estudiar. A juzgar por los expertos y docentes universitarios se debe a los siguientes factores: a) *Académicas expresadas en repeticiones frecuentes, insuficiente adaptación a los métodos de enseñanza entre otros*; b) *Sociales, el embarazo no planificado frecuente*

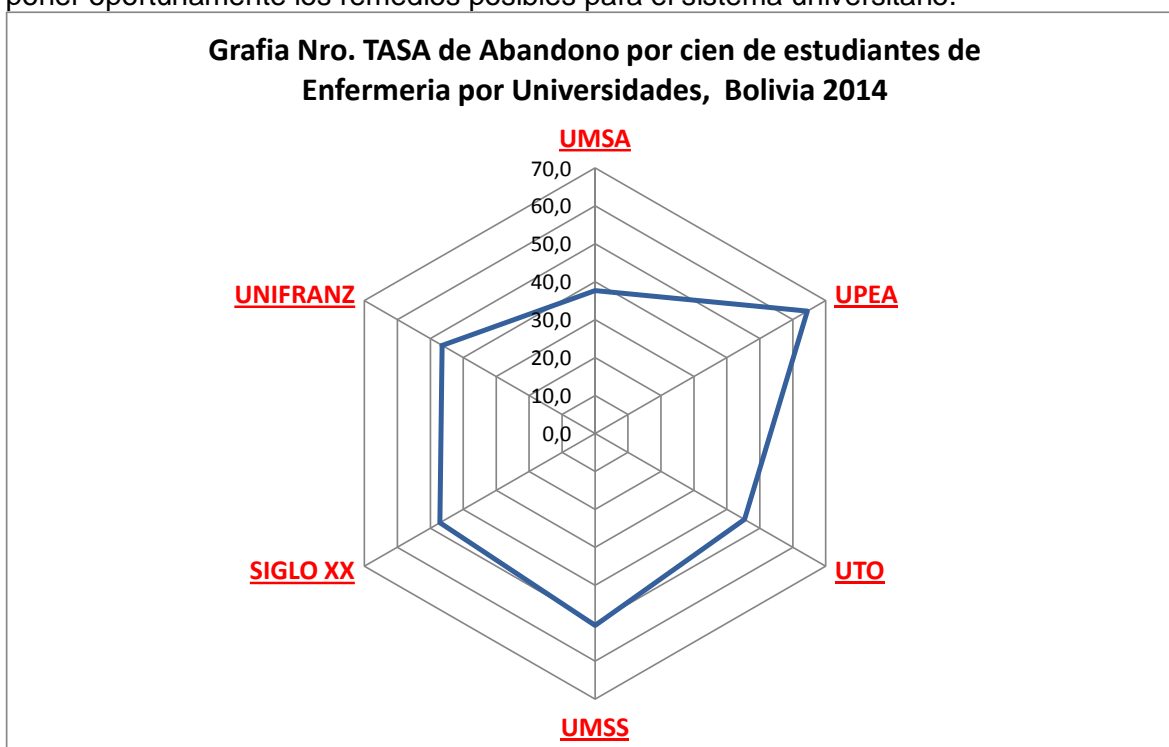
en adolescentes, la crianza de las y los hijos, insuficientes recursos para costear los costos de estudio, atención a la familia; c) Culturales, adaptación al nuevo medio, en particular los migrantes campo-ciudad, en otros caso problemas de tipo idiomático⁸. Estas variables no son posibles de controlarlas o mitigarlas en las condiciones actuales de operatividad social de las universidades.

Esta circunstancia afecta a la longitud de la formación de médicos y enfermeras, en promedio estimado para universidades públicas es de 10 años y para las privadas de 8,5 años que dura la carrera de medicina y 1 a 2 años más para las de enfermería.

Deserción, es cuando el estudiante deja definitivamente la carrera en algún nivel de su formación sin posibilidad de retornar, las razones más frecuentes son iguales a las del abandono y a estas condiciones se suma otra variable la migración de una a otra carrera o de una universidad a otra⁹ similar o cambia de orientación profesional.

Repetición, entendiéndolo como el “aplazo” en una o muchas materias que no son posibles recuperarlas en el tiempo considerando la normativa facultativa y universitaria. Esta variable es la que más contribuye negativamente a la longitud de la carrera que sumado al abandono afecta a la tasa de efectividad de la formación académica en medicina y enfermería.

Las universidades públicas en general no tienen un mecanismo de alerta temprana del abandono, repetición o deserción que permita identificar los factores que la determinan y poner oportunamente los remedios posibles para el sistema universitario.



⁸ Nos referimos al aprendizaje significativo que deja una brecha a las personas que estudian en una segunda lengua no es la originaria, el idioma que hablan sus padres.

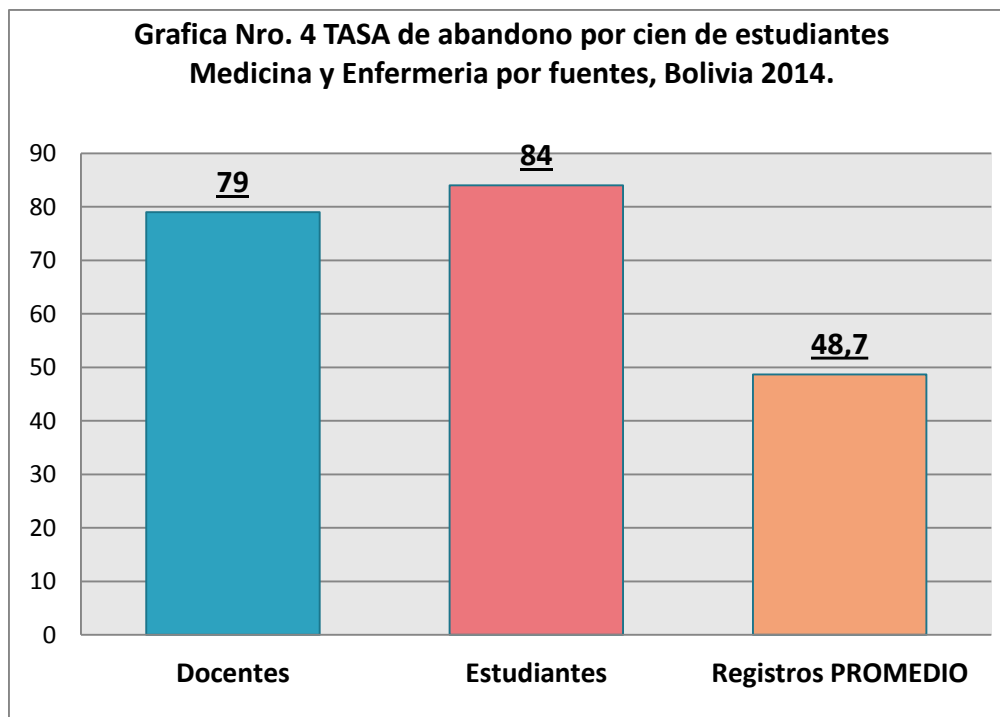
⁹ Se da en estudiantes que intentan reiterativamente ingresar en una universidad pública sin lograrlo, y toman la opción de una privada. Sin embargo siguen intentando y cuando se da, prefieren la universidad pública, fundamentalmente por razones económicas.

No evidenciamos diferencia significativa entre el abandono por carreras, sin embargo; parece tener mucha influencia las condiciones sociales, económicas y culturales de origen de los y las estudiantes y el contexto donde desarrollan sus actividades. Son las poblaciones estudiantiles que viven en contextos menos desarrollados los que más abandona sus estudios.

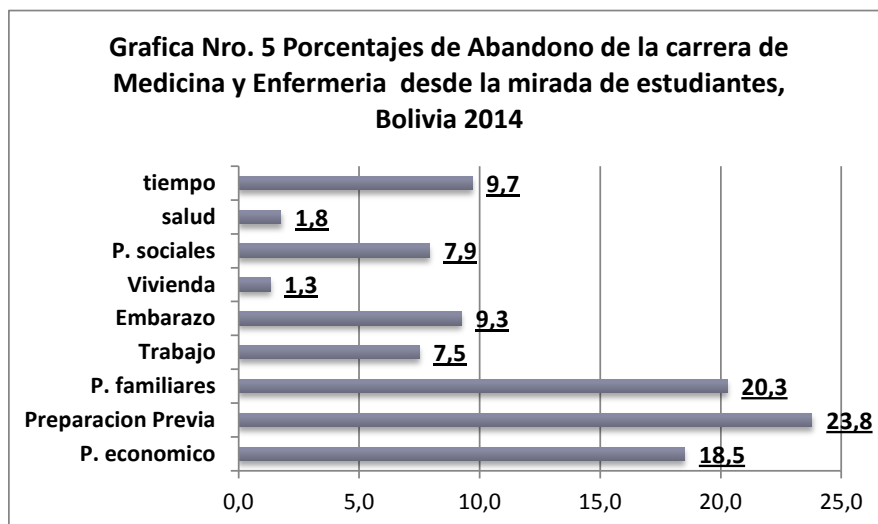
Los resultados dejan lecciones aprendidas como: a) es de urgente necesidad generar políticas sociales de protección a poblaciones vulnerables al abandono; b) generar un sistema de detección oportuna de casos de repetición reiterativa; c) profundizar y acompañar a estudiantes que ingresan por “convenio” liberándoles de mecanismos de ingreso.

El testimonio de autoridades facultativas nos dicen: “*el cien por ciento de estudiantes que ingresan a la facultad no llegan ni al tercer curso*”.... “*no se adaptan la medio*”.... “*están muy poco preparados*”..... “*no hay un plan de seguimiento*”..... “*no sabemos nada de ellos*”.

Estos testimonios es recomendable poner en la agenda de delas autoridades facultativas tanto docentes como estudiantiles.



Encontramos una relación de los datos obtenidos a partir de encuestas y/o entrevistas, mientras que los registros muestran una diferencia importante. Estos datos, como mostramos en la gráfica 3, nos señalan que las medidas para amortiguar el abandono deben ser tomadas en cuenta, mediante al menos dos medidas: 1) Generar un mecanismo de alerta temprana para realizar el seguimiento académico y generar medidas pedagógicas necesarias para mejorar el rendimiento académico y, 2) general políticas sociales que ataquen los factores que a juzgar por los estudiantes son posibles de intervenirlas. La grafía siguiente muestra desde la perspectiva de estudiantes las razones de abandono de sus compañeras y compañeros de estudio.



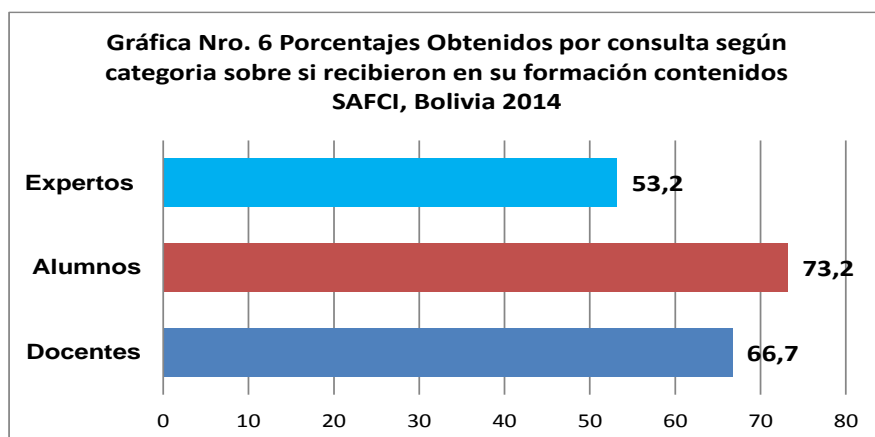
9.4 Meta 20

Las Universidades cuentan con una instancia de acreditación mediante el CUB, y en cada universidad funciona una unidad de evaluación y acreditación que acompaña los procesos de autoevaluación y acreditación externa.

En relación al porcentaje de facultades y/o escuelas de ciencias médicas acreditadas dos facultades de medicina están acreditadas, 1 está en la intención de hacerla y el resto no está en su agenda actual.

Respecto al porcentaje de escuelas de salud pública acreditadas; en ningún caso se presenta esta figura, siendo que las “unidades de salud pública” están incorporadas en la estructura facultativa, en consecuencia no tienen posibilidad de ser acreditadas de forma independiente.

9.5 La SAFCI en la formación médica



Más del 50% asume que ha recibido contenidos de la SAFCI durante su formación profesional, tanto de enfermeras como médicos tanto de universidades públicas y privadas.

Estos resultados se explican desde la corte de edad, son los últimos 10 años que se habla de la SAFCI como política, sin embargo, estuvo presente la salud familiar comunitaria, el avance en Bolivia es haber incorporado la interculturalidad.

Las proporciones declaradas por los docentes es de 31,46, por expertos de 50,4 y estudiantes de 44,2%.

Los expertos asumen que la atención primaria de salud es compatible solo con el primer nivel en un 54,6 % y en todos los niveles el 34,6%, el resto asume en todos los niveles y una proporción mínima 0,6% solo el 3er nivel.

El primer encuentro con actores “clave” de Universidades Públicas y Privadas y el Vice ministerio de Interculturalidad¹⁰ fue una oportunidad para el análisis de situación de la interculturalidad y la medicina tradicional en la formación profesional del sector salud, en este espacio surge el reconocimiento de que:

- Existe un evidente compromiso de articular la medicina tradicional en la formación de las y los médicos y enfermeras en las facultades de medicina.
- Asumir que la medicina tradicional y la académica es definitivamente complementaria, integradora de las culturas.
- La interculturalidad y la medicina tradicional es un mandato constitucional, en consecuencia, es mandatorio para todos.
- Es importante desarrollar convenios y acuerdos con las instancias de gobierno que corresponda a diferentes niveles, Ministerio de Salud, Servicios Departamentales de Salud y Municipios como entes rectores de la Salud Familiar y Comunitaria Intercultural –SAFCI-, con las entidades formadoras de los recursos humanos en salud.
- Es importante sistematizar las experiencias académicas en el nivel universitario que permita visualizar, ganar experiencia y documentarlas para valorar los alcances de estas experiencias.

En el marco de este evento se analizó los alcances y avances de la interculturalidad y la medicina tradicional en la formación médica, en este encuentro se firmó compromisos¹¹ que procuran incidir en el currículo de formación médica.

- Iniciar un proceso *adecuación*¹² del currículo para la incorporación de la interculturalidad en la formación de médicos, enfermeras de las diferentes universidades.

¹⁰ Realizada en la ciudad de Cochabamba los días 18 y 19 de Septiembre del año en curso.

¹¹ El documento de compromisos fue avalado por representantes universitarios tanto docentes como estudiantes de varias universidades públicas y privadas del Sistema Nacional de Universidades y la Dirección Nacional de Medicina Tradicional e Interculturalidad dependiente del Vice Ministerio de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud.

¹² Se usa el término de “adecuación” por la complejidad que implica el concepto de Re-Diseño curricular, es una expresión del Secretario Académico del Comité Universitario Boliviano.

- Realizar un taller metodológico para elaborar un protocolo a nivel nacional para aplicar investigaciones conjuntas organizado por la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad.
- Realizar un programa de formación – capacitación en interculturalidad a nivel nacional con énfasis en la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural –SAFCI- a nivel de docentes clave.
- Generar espacios de discusión y análisis de la Medicina Tradicional en el ámbito universitario a nivel local para que durante el desempeño profesional en servicio sea posible la articulación de la medicina tradicional.
- La Dirección General de Medicina tradicional e Interculturalidad va a movilizar recursos del Estado Plurinacional y la cooperación externa para realizar investigaciones.
- Promover desde la universidad estudios de corte antropológico de los saberes de médicos, médicas y parteras tradicionales como tesis e investigaciones desde las carreras o institutos.

Cuadro Nro. 3 Propuestas para la adecuación de contenidos de Interculturalidad en las carreras de Medicina y Enfermería, Bolivia 2014

TEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE POTENCIAL
Tranversalización de la Interculturalidad en Salud	Incorporar y desarrollar contenidos de la interculturalidad en pre grado y pos grado	Realizar talleres de sensibilización con docentes y alumnos	Departamento de Salud Publica
		Realizar dos talleres técnicos de estrategias educativas para la apropiación de la interculturalidad	Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo -IINSAD-
		Elaborar una propuesta para la sectorial de Facultades de Medicina del Sistema Universitario.	Oficina de Educación
	Generar evidencia científica de la Practica de la Medicina Tradicional en el marco de la SAFCI	Realizar una investigación sobre la efectividad de protocolos de la medicina tradicional	Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo -IINSAD-
		Realizar una investigación sobre la efectividad de prácticas seleccionadas en la medicina tradicional. Ensayos Clínicos	
	Articulación de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana	Fortalecer el plan de capacitación continua a médicos, parteras tradicionales.	Realizar una convocatoria a médicos y parteras tradicionales
Elaborar un plan de implementación y fortalecimiento de la Interculturalidad y la Medicina Tradicional en la Facultad de Medicina		Convocar un equipo responsable	Vice- Decano
		Organizar talleres de planificación	

Fortalezas:

Realizamos capacitaciones a médicos tradicionales impartidos por médicos tradicionales. Logramos certificar aproximadamente a 200 personas.

Logramos la promoción de Especialistas en Salud e Interculturalidad , Aproximadamente 250 profesionales en Bolivia.

Incorporamos en la Curricula de Fono Audiología y Salud Ocupacional un módulo de Interculturalidad.

Estamos en la fase inicial de la reforma y re - diseño curricular de la carrera de medicina.

Estamos en proceso de formación a nivel de diplomado en Salud e Interculturalidad SAFCI para profesionales del Sector Salud.

Creamos la carrera de Enfermería Obstétrica con enfoque intercultural (4to año)

Debilidades:

Insuficiente compromiso para aplicar la interculturalidad.

No contamos infraestructura de para la adecuación intercultural

Insuficiente carga horaria para docentes.

Ausencia de docentes especializados en tema de Interculturalidad y Medicina Tradicional.

Estamos en proceso de acreditamos la Residentes SAFCI por estar en un proceso de evaluacion de los procesos de formación y normativos.

Porque de la medicina tradicional en la política pública^{12,13}

No se trata de imponer, sobre poner o estar en contra de la SAFCI, se trata de DEBATIR LAS IDEAS, las formas y maneras de implementar la política pública.

Son las diferencias de visión de las culturas, cada comunidad tiene su propia visión. En el pasado la práctica ritual era CASTIGADA, lo vieron como “algo”, “misterioso, de brujas o brujerías”, y en esto se llevó los aspectos técnicos sin lograr valorarlos. Hechiceros, curanderos usaban un contexto ritual, para el manejo de las sustancias curadoras, las yerbas, maniobras, substancias minerales entre otros.

Fue un sincretismo entre lo religioso y las tradiciones creencias originarias, en este campo la iglesia católica se convierte en el más agresor, perseguía estas prácticas.

En este contexto como lograr la intersectorialidad entre el sistema de salud y la medicina tradicional, tenemos a la gestión participativa y la atención integral intercultural de la salud.

9.6 Que es la Medicina tradicional ritualista¹³

No somos nosotros mismos los que estudiamos nuestra historia, pero ahora es el tiempo, el mes de agosto es simbólico para nosotros, es en esta época que se manifiesta el espíritu, “la madre tierra”, su significado es el Pacchiri.... Ahora debemos preguntar para la educación ¿qué es el Pacchiri?.... Es una comunidad del altiplano.....allí hay una ceremonia que rescata las tradiciones.

¹³ Exposición del director del Servicio Regional de Salud de El Alto, el Municipio es uno de los más grandes en Bolivia con más de 1 millón de habitantes, con una tasa alta de crecimiento a expensas de la migración campo-ciudad. En la reunión técnica con médicos tradicionales y personal de salud del SERES El Alto.

El ritual inicia con una fase del día anterior o la víspera una fase de preparación, instrucciones de los que se debe llevar y traer.... Seguiremos porque es esto que los profesionales deben saber para entender mejor la medicina tradicional ritualista.

Para lograr en el “ajayo” es un ritual que se pide, analógicamente cuando se pide al espíritu, llamar al espíritu, es una forma de intercambiar energía, es una ceremonia específicamente para cada evento, para cada tipo de pedido..... es y debe ser un ritual natural, los colores tienen un significado específico, estos rituales solo son buenos para energía positiva, no se busca el mal, ni se logra castigar, lo que se busca en elementos positivos, pedir que nos vaya bien, que les vaya bien, que logren sus aspiraciones incluso materiales.

Los significados son diferentes, el latido del corazón, el uso de animales para el ritual, las bebidas que en general son espirituosas, que con el tiempo se han incorporado elementos propios de la dominación, como ser el singani, la cerveza, entre otros.

La medicina tradicional no entiende de las enfermedades culturales y sus formas de remediarlos, no logran integrar en su inconsciente el tema de la medicina tradicional, este paradigma NO hace posible la integración entre las medicinas, instalar un espacio cultural de la medicina, tienen sus características en simbología, espacio, esto hay necesidad de formalizarlo, así podremos evitar una práctica desleal, no ética de la práctica tradicional. El control, supervisión es importante para evitar plagios de la medicina tradicional, hacia una medicina complementaria, no excluyente.

“El deseo con resultado” se refiere al efecto de la medicina tradicional esperamos curaciones, efectos positivos como un símbolo que la energía natural está funcionando, desde la propia experiencia personal y colectiva, esto es posible si en horizonte está marcado por la unidad de la comunidad.

9.7 Cómo lograr integrar a la medicina tradicional y la medicina académica.

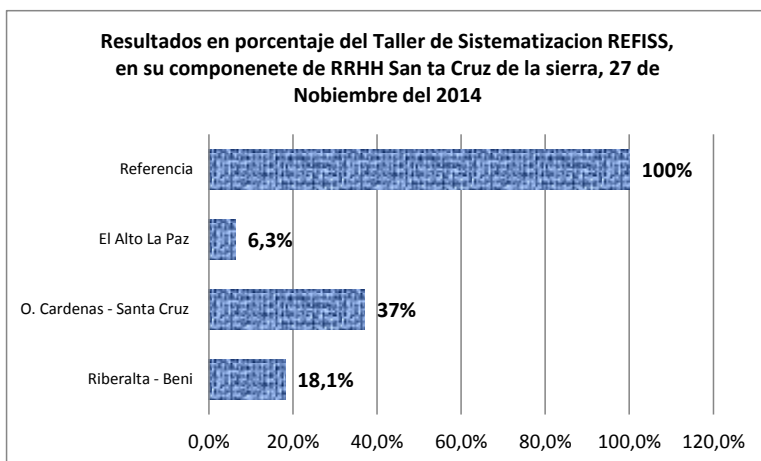
- Está delimitada la población cubierta y está documentada, es necesario sistematizarlas e incluirlas como contenido en las universidades.
 - Perfeccionar el registro y lograr un seguimiento de la práctica de la medicina tradicional.
- Lograr que funcione el sistema de referencia y contra referencia entre la medicina tradicional y académica, con base a los protocolos estandarizados y la aplicación funcional de la Redes de Salud.
 - Ver mecanismo como articular una red funcional de salud con incorporación de la medicina tradicional. Reconociendo múltiples prestadoras e intereses particulares.
- Identificar los mecanismos de derivar los pacientes con enfermedades culturales.
 - Desarrollar investigaciones para saber la eficacia de una práctica cultural de la medicina.
- Como segmentar y luego integrarlos a la población usuaria, creyente en la medicina tradicional.

- Buscar el cómo generar que los partos producidos “culturalmente” en los domicilios reduzcan los riesgos obstétricos.
- Ser medidos por una acción integral de la medicina, y, no solo por el hecho de coberturas intra hospitalaria independiente del nivel.
 - Lograr un *control*, seguimiento y monitoreo de la práctica inadecuada o mala práctica de la medicina tradicional.
- Generar o construir indicadores de la buena práctica de la medicina tradicional, cuando reconocemos que existe una mala práctica. (olla de aluminio, plantas contaminadas, manipuleo de plantas).
 - Integrar la medicina tradicional en los centros de salud que se defina en una reunión de alto nivel para implementar dos consultorios piloto.
- Sistema de referencia y contra referencia incluyendo protocolos, guías de atención.

Integrar la medicina convencional con la medicina tradicional a través de los consultorios piloto y elaborar protocolos de atención, reconocer las prácticas exitosas integradas por médicos convencionales y tradicionales en el ámbito de prácticas docente – asistenciales.

Rol de los médicos tradicionales establecido en la normativa indica para fines de la práctica médica las funciones del Consejo Nacional de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana es “Promover el desarrollo y fortalecimiento de la institucionalidad necesaria para la defensa de los derechos de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afro bolivianos, parteras, parteros y naturistas..... Establecer mecanismos de protección de los derechos de las médicas y médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afro bolivianos, parteras, parteros y naturistas”¹⁴.

Los resultados de la evaluación de tres Redes Funcionales Integradas de Salud – REFISS- realizadas en noviembre del 2014, muestra de los 14 atributos evaluados el que menos logros ha alcanzado es el referido al desarrollo de los Recursos Humanos, las tres Redes de Salud operan en el contexto de poblaciones altamente vulnerables, lo paradójico es que se encuentran en un estadio de una Red parcialmente integrada por ser suficientes pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red¹⁵. Es posible que esta condición sea compartida entre instituciones formadores de los RRHH y la gestión institucional.



10. Discusión

Vivimos un momento histórico que nos obliga a reorientar nuestros conceptos y alcances de la enseñanza de la medicina social y la salud pública y sobre todo en el marco de la nueva concepción de la salud y el rol indiscutible de las determinantes sociales, económicas y culturales en la salud de nuestra población, por ello es necesario abrir espacios de discusión y de consensos que permitan unificar criterios y acciones en nuestra área, de manera de aportar más eficazmente en la formación de los futuros médicos de Bolivia.

Tanto expertos en salud, docentes universitarios asumen que *“con el surgimiento del Nuevo Modelo de Atención Integral a las Familias en la Atención Primaria de Salud el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural –SAFCI-, el contenido académico de los “Planes Globales” o “Planes de Estudios” de las materias del área socio médica: Medicina Social y Salud Pública deben ser revisados, actualizados y adaptados en respuesta al nuevo modelo de salud y a la problemática de salud dominante de la región y del país y de este modo responder al perfil profesional del egresado de las Facultades de Medicina del Sistema de la Universidad Boliviana”*.

El análisis de la salud parte de lo establecido en la nueva Constitución Política del Estado en el Artículo 18 establece I) Todas las personas tienen derecho a la salud, II). El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, III). El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno¹⁶.

Sin embargo pese a los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud y las Instituciones formadoras de los Recursos Humanos aún no hemos logrado consolidar plenamente el enfoque de salud basado en APS. Existen diferentes niveles de desarrollo en cuanto a contenidos y métodos de abordaje; los énfasis difieren mientras unos se concentran en el desarrollo de programas de salud, otros profundizan respecto a la promoción y determinantes de la salud y enfermedad; otro aspecto que constatamos son las erradas conceptualizaciones de la Atención Primaria de Salud, asumen diversidad de opciones tales como: *“es el primer contacto de la población con un servicio de salud”*.... *“Se aplica*

solo en el primer nivel de salud”.... “cura las enfermedades simples”.... Esta situación genera al menos confusión en especial en los estudiantes que reproducen los conceptos.

“Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción”.

La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere un mayor énfasis en la promoción y la prevención. Esto se ha conseguido mediante la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, la focalización en las familias y las comunidades, el uso de información precisa en la planificación y la toma de decisiones, y la creación de un marco institucional que incentive la mejora de la calidad de los servicios.

El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos Humanos, al desarrollo de estrategias para gestionar el cambio con enfoque de la APS.

El paso siguiente para renovar la APS estriba en constituir una coalición internacional entre las partes interesadas. Las tareas de dicha coalición serán abogar por que la renovación de la APS sea una actividad prioritaria, desarrollar el concepto de los sistemas de salud basados en la APS, presentándolos como una opción políticamente factible y atractiva, así como encontrar fórmulas para capitalizar las actuales oportunidades que ofrecen la reciente celebración del 25º aniversario de la Declaración de Alma Ata y el consenso internacional sobre la necesidad de alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio y de fortalecer los sistemas de salud.

Al desarrollar el modelo de formación actual se define como función esencial del médico y la enfermera en la atención a la enfermedad, la prevención, la promoción de la salud y la rehabilitación, aspectos que conservan su vigencia en el plano conceptual y es sujeto de intervenciones comunitarias.

Aunque se plantea la idea de re-diseño curricular, el currículo elaborado es poco flexible para incorporar en toda sus dimensiones la Atención Primaria de Salud. En la encuesta realizada a los expertos, se aprecia que la mayoría de estos considera que la estructura del plan de estudios actual no es completa para la formación del Médico y la enfermera general. Estos opinan además, que el perfil del egresado no refleja con claridad las funciones y atribuciones para la aplicación de la política SAFCI y la interculturalidad.

Un dilema que es que el currículo obedece a una construcción reproductiva, con una carga importante a los aspectos biomédicos, y con poca trascendencia para el estudiante todo lo que se refiere al área de la Salud Pública y/o la Medicina Social. Es evidente la inclusión de contenidos referidos a la APS, sin embargo estos deben profundizarse y articularse con la enseñanza clínica de tal manera que la formación sea integral.

La mayoría de los expertos consultados consideran que no están correctamente articulados los estudios de la salud pública o medicina social con la formación clínica y lo que espera en particular del Sistema de Salud Público, la relación de la teoría - práctica muestra un desequilibrio evidente para la práctica social y comunitaria ligada o no a la investigación. La proporción estimada de horas prácticas comunitarias en relación con las teóricas en salud pública es de 5:1 Debe destacarse que el estudiante se pone en contacto con la comunidad desde el primer año de la carrera, sin embargo con el pasar de

los años esta pierde este contacto con la comunidad, para concentrar su carga horaria en el hospital.

Se evidencian dificultades de diseño en lo concerniente a la precisión del perfil profesional, a partir de los procesos de transformación que está sucediendo en el país, la lógica de la estructura curricular para lograr, con efectividad un titulado de calidad, el diseño de las competencias, los contenidos, los métodos de aprendizaje para el aprendizaje de la Atención Primaria de Salud, es insuficiente o al menos poco visibilizado. Se concluye que el currículo de estudios del Médico General Básico es pertinente solo en parte y se plantea la necesidad de una renovación sustantiva de este que tenga en cuenta todos los elementos señalados y otros que pudieran surgir en un estudio más profundo del asunto.

Una parte importante de expertos en salud coinciden al plantear que el perfil del titulado de la carreras de medicina y enfermería, deben reflejar acciones vinculados a la Atención Primaria de Salud, en programas de prevención, en acciones del programa de medicina familiar, en la cobertura de médicos SAFCI para la atención a la población.

11. Conclusiones

Durante el proceso de consulta a expertos y con base a los resultados de las encuestas evidenciamos que la APS sigue siendo una opción estratégica para el desarrollo de competencias profesionales en enfermeras, enfermeros, médicas y médicos que será posible articular con la Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural como política pública en el sector salud.

Es de vital significancia fortalecer los procesos de adecuación del currículo universitario en la formación de profesionales en salud, que se han iniciado con una evidente voluntad política de las autoridades para llevar a cabo.

Es importante generar espacios de análisis y discusión de la pertinencia de la APS en la formación profesional de tal manera que sea posible poner en la agenda de autoridades facultativas la Atención Primaria de Salud en su concepción renovada.

En el marco de la política pública de salud vigente es importante que la promoción de la salud, equidad de género, generacional, étnica y desarrollo humano, visibilizar el rol y el enfoque renovado de la APS.

Los procesos de reorientación del sistema de salud boliviano, genera una oportunidad propicia para profundizar y lograr evidencia científica con base a investigaciones de la pertinencia de la APS.

Reconocer que un sistema de salud basado en la APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Es importante ampliar el estudio a otras universidades de tal manera se consoliden un sistema de acompañamiento de las metas regionales en al ámbito de nuestro país que permita visibilizar la evolución que cada indicador y restablecer el observatorio de los recursos humanos de manera coordinada entre el Ministerio de Salud, OPS y Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.

Es importante retomar las recomendaciones de la I Reunión Andina Ministerios de Salud y Entidades Formadoras de los Recursos Humanos en Salud, referidos a que:

- En el diseño del currículo es necesario tener una mirada a los determinantes sociales de la salud, participación ciudadana, coordinación intersectorial, todo esto tiene que ser congruente con los cambios que deben hacerse en los sistemas de salud. Debe quedar explícito los principios del APS en el currículo de formación no solo de médicos y enfermeras, sino de todos los servidores públicos en salud y considerar la inter-sectorialidad.
- Sobre el perfil del médico y demás profesionales de la salud debe ser orientado a la capacidad resolutoria, al ciclo vital. Valorar el componente actitud (compromiso) del personal de salud que va a realizar APS.

- Tener como escenarios de práctica principalmente los centros de salud establecidos en comunidades prioritariamente rurales.
- APS no es sinónimo de consultorio, el alumno debe tener muy claro que APS no es un lugar sino una estrategia.

El perfil recomendado dice:

Es un médico general, con valores éticos y morales, con respeto por la vida y la dignidad de la persona, el medio ambiente y la naturaleza; con formación científica humanística e investigativa, en el ámbito de la promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades, recuperación, y rehabilitación de la salud de las personas, familias y comunidades, con un enfoque bio-psico-social-cultural-comunitario contribuyendo en equipo a la solución de las problemáticas prevalentes de salud, de manera integral, intersectorial, intercultural, con participación social; tiene capacidad para sensibilizar e influir en las instancias decisorias institucionales para mejorar las determinantes de salud, comprendiendo el proceso salud enfermedad de manera holística, desarrollando la articulación y complementariedad entre la medicina académica y tradicional.

12. Referencias Bibliográficas.

- ¹ Organización Panamericana de la Salud: La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud: “Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 -2015 en los países de la Región Andina”, Publicado en Mayo del 2010, Lima, Perú, 2010
- ² Organización Panamericana de la Salud “La renovación de la Atención Primaria en las Américas”.
- ³ I Reunión Andina Ministerios de Salud – Entidades Formadoras, Lima Perú 27 y 28 Agosto de 2014
- ⁴ Tapia Ramiro, (Ex - Ministro de Salud) Ministerio de Salud “1er Encuentro Nacional de Facultades de Medicina, Ministerio de Educación y Culturas y Ministerio de Salud y Deportes; 17–19/XII/2008, palabras de inauguración documento de sistematización.
- ⁵ Nogales Alberto, (Ex - Viceministro de Salud) Ministerio de Salud “1er Encuentro Nacional de Facultades de Medicina, Ministerio de Educación y Culturas y Ministerio de Salud y Deportes; 17–19/XII/2008, documento de sistematización.
- ⁶ Constitución Política del Estado Plurinacional Boliviano, Art.35, 36, 37; Gaceta oficial de Bolivia. La Paz, Bolivia 2010.
- ⁷ Organización Panamericana de la Salud, Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007.
- ⁸ 1° Reunión Sectorial del Área de Salud del Sistema de La Universidad Boliviana, Resolución No 09/2012 Art. 3, 4 y 5; del 2 DE Agosto del 2012, Cochabamba – Bolivia.
- ⁹ Organización Panamericana de la Salud, “Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 -2015 en los países de la Región Andina”, Lima Perú, Mayo del 2010.
- ¹⁰ Constitución Política del Estado Plurinacional Boliviano, Art. 42; inciso I y II, Gaceta oficial de Bolivia. La Paz, Bolivia 2010.
- ¹¹ Universidad Mayor de San Simón Facultad de Medicina “Dr. Aurelio Melean”- Departamento de Medicina Social y Familiar; I Reunión Nacional de Planificación Académica de los Departamentos de Medicina Social y Salud Pública del Sistema de la Universidad Boliviana. Informe Técnico, 28 Y 29 de Abril del 2011.
- ¹² Estrada Víctor (Director del Servicio Regional de El Alto) Sistematización del encuentro de medicina tradicional, Achocalla, septiembre del 2014.
- ¹³ Ballón Juan Luis – Medico Tradicional ritualista del Altiplano boliviano. Sistematización del encuentro de medicina tradicional, Achocalla Septiembre del 2014.
- ¹⁴ *Ley 459 del 13 de diciembre del 2013*, Gaceta oficial de Bolivia. La Paz, Bolivia 2014.
- ¹⁵ Organización Panamericana de la Salud, Serie Renovación de la Atención Primaria de la Salud en la Américas: Nro. 4; Redes Integradas de Servicios de Salud, Washington, D.C.: OPS, © 2010.
- ¹⁶ Constitución Política del Estado Plurinacional Boliviano, Gaceta oficial de Bolivia. La Paz, Bolivia 2010.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas