

## MEMORIA Junio 2021



**Situación actual de la Atención Primaria de Salud del sistema público en el municipio de Sacaba (Cochabamba-Bolivia), dentro del contexto del proyecto “Thani Warmi” con la prevención de cáncer de cuello uterino**

**Situación actual de la Atención Primaria de Salud del sistema público en el municipio de Sacaba (Cochabamba-Bolivia), dentro del contexto del proyecto “Thani Warmi” con la prevención de cáncer de cuello uterino**

## **CRÉDITOS**

### **Investigadores responsables (UMSS):**

- María Patricia Rodríguez de Villarpando (Investigadora UMSS)
- Carla Sonia Ascarrunz Mendivil (Investigadora INCISO / UMSS)

### **Investigadores responsables PCAT:**

- Christine Cecile Leyns (Universidad de Gante - Bélgica)
- Jenny Virginia Magne Anzoleaga

### **Colaboradores:**

- Veronique Fontaine (Colaboradora científica - Universidad Libre de Bruselas)
- Daniel Perez Cueto Eulert (Director Regional de Louvain Cooperación)
- Fernando Fuertes Sanchez (Coordinador de campo PCAT)
- Tania Vargas Rivero
- Andrea Torrico Ferruffino
- Pedro Surriabre Dick
- Kevin Montano Ticona
- Alex Stephan Villazon Torrico
- Valentin Raúl Quinteros Condoretty
- Alex Ojeda (Informático)
- Luís Antonio Villarroel Peñaranda (Equipo de estadística)
- Rafael Gómez (Equipo de estadística)

### **Equipo de encuestadores:**

- Guely Beltran Marin (encuestador)
- Jimena Colque Mamani (Encuestadora)
- Luz Maria Gutierrez Godoy (encuestadora)
- Mariela Nogales Cobarrubias (encuestadora)
- Mariela Veizaga Terrazas (Encuestadora)
- Mirtha Viracocha Torrico (Encuestadora)
- Nelson Daga Jimenez (Encuestadora)
- Rocio Alba Rosa Espinosa (Encuestadora)
- Rocio Vidal Loza (encuestadora)
- Rocio Zelina Calcina Bautista (encuestadora)

### **Equipo CIES:**

- Fuantina Ugarte
- Shirley L. Rasguido Pairumani
- Karen Ariana Vargas Vargas

### **Personal Médico de apoyo CIES:**

- Jacqueline Claire
- Franz Vignola
- Eva Nuñez
- Maria del Carmen Astullas
- Hans Vignola Teran

### **Comité revisor y comité editorial:**

- Christine Cecile Leyns (Universidad de Gante - Bélgica)
- María Patricia Rodríguez de Villarpando (Investigadora UMSS)
- Carla Sonia Ascarrunz Mendivil (Investigadora INCISO / UMSS)
- Vivian Camacho Hinojosa
- Giancarlo Villa Díaz

**Primera Edición: Junio de 2021**

## MEMORIA

### **Situación actual de la Atención Primaria de Salud del sistema público en el municipio de Sacaba (Cochabamba-Bolivia), dentro del contexto del proyecto “Thani Warmi” con la prevención de cáncer de cuello uterino**

<b>Antecedentes.....</b>	<b>7</b>
La Atención Primaria de Salud (APS) en el mundo .....	7
La Atención Primaria de Salud en Bolivia y el modelo SAFCI .....	8
Programa de control de cáncer cérvico uterino y su impacto en la prevención de esta enfermedad en Bolivia .....	10
<b>Introducción .....</b>	<b>11</b>
Estrategia para evaluar la Atención Primaria de Salud en Bolivia .....	11
Las funciones esenciales de la Atención Primaria.....	11
Las funciones complementarias de la atención primaria.....	13
Estrategia para implementar la prevención del cáncer de cuello uterino .....	14
<b>Metodología .....</b>	<b>16</b>
Descripción y contexto del área de estudio .....	16
Características poblacionales.....	17
Vivienda y acceso a servicios básicos .....	18
Metodológicamente el proyecto consta de dos componentes: .....	19
Procedimientos de recolección de datos.....	20
Análisis de datos.....	20
Oferta de la Auto Toma (AT).....	21
Muestreo y análisis de laboratorio.....	21
<b>Resultados.....</b>	<b>22</b>
A. La Situación de la Atención Primaria de Salud en el municipio de Sacaba, Cochabamba .....	22
Descripción de los participantes.....	22

Descripción general de los resultados .....	22
Análisis de datos de la encuesta .....	23
B. Sensibilización y tamizaje para prevención de cáncer cérvico uterino.....	42
Estrategia para llegar a las comunidades.....	42
Socialización del proyecto.....	42
Capacitación del personal de salud .....	42
Capacitaciones a promotoras de salud.....	42
Equipo de trabajo de campo .....	43
Estrategias de comunicación .....	43
Campañas de sensibilización y auto toma (AT) .....	43
Rango de edad de la población en estudio .....	44
Prevalencia de VPH-AR.....	44
Prevalencia de VPH-AR por edad.....	46
Estrategia de entrega de resultados y seguimiento .....	47
Hallazgos Clínicos.....	47
Porcentaje de seguimiento por distrito .....	48
Cuidado de la salud reproductiva .....	49
Papanicolaou en los últimos tres años .....	49
Uso de anticonceptivos .....	50
<b>Discusión y conclusiones.....</b>	<b>51</b>
Opiniones sobre el proyecto .....	53
<b>Anexo.....</b>	<b>54</b>
Cronograma trabajo campo Thani Warmi.....	54
<b>Referencias.....</b>	<b>55</b>

## **Presentación del proyecto y el material**

Con referencia al proyecto “Thani Warmi”, sin duda fue muy beneficioso para las mujeres de diferentes condiciones sociales, que tuvieron la oportunidad de descubrir su estado de salud con referencia al Cáncer Cérvico Uterino. Principalmente, la comodidad de la técnica o método de la toma de muestras fue la que motivó a las mujeres de participar en este proyecto. Al conocer sus resultados muchas mujeres fueron tratadas médicamente a tiempo, de alguna manera se puede decir que el proyecto ha prevenido la muerte de mujeres con este tipo de cáncer que es muy frecuente entre nuestras mujeres.

**Lic. Dora Claros**  
**Secretaria de la Madre Tierra**  
**Gobierno Autónomo Municipal de Sacaba**

En mi calidad de Secretario General de la Sub Central El Temporal, que aglutina 11 Organizaciones sociales, que en 2019 trabajamos con el proyecto de Auto Toma del Cáncer Cérvico Uterino, para muchas mujeres de nuestro sector, las doctoras más su personal de la UMSS de medicina, nos ayudaron con trabajo. Gracias que vuelva el proyecto para Sacaba.

**Julio García Céspedes**  
**Organizaciones Sociales**

En la mayoría de las comunidades rurales, como en la mayor parte del país, las mujeres no disponen de información culturalmente apropiada sobre cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual. Las barreras culturales (miedo de las mujeres a ser atendidas por un doctor hombre), geográficas (muchas comunidades están alejadas de los centros de salud que disponen del equipamiento para realizar un diagnóstico) y económicas (el costo de los estudios para la detección temprana del cáncer de cuello uterino no siempre es accesible para productoras agropecuarias), limitan severamente el acceso de hombres y mujeres indígenas a servicios e información integrales de salud y derechos sexuales y reproductivos. El aporte del proyecto al desarrollo Humano y el bienestar de la población, a través de la detección temprana del Virus del Papiloma Humano permitió salvar las vidas de muchas mujeres.

**Lic. Shirley Rasguido**  
**Socióloga del Proyecto**

El proyecto Thani Warmi (Mujer Sana) fue un gran apoyo para que nuestro personal de salud de los Establecimientos de Primer Nivel reciba capacitación en Salud Sexual Reproductiva, infección de VPH y su prevención en coordinación con las Organizaciones Sociales (Promotores y líderes comunitarios) UMSS, CIES puedan realizar la identificación temprana del Cáncer Cérvico Uterino mediante el método de la Auto Toma, sobre todo a la población del área rural del Gobierno Autónomo Municipal de Sacaba, este tamizaje ha servido para que nuestras mujeres sacabeñas accedan a un tratamiento oportuno sobre todo en la fase inicial de esta terrible enfermedad.

Agradecemos infinitamente a las personas que han hecho posible que este trabajo de tamizaje sea un éxito, así mismo, estamos con toda la predisposición de seguir apoyando estas iniciativas de prevención en Salud para nuestra población sacabeña.

**Lic. Osvaldo López Quiroga**  
**Director 1 Administración Salud Municipal**  
**Gobierno Autónomo Municipal de Sacaba**



## La Atención Primaria de Salud (APS) en el mundo

Desde la propuesta de Salud como **Derecho Humano** en 1948 (NU, 1948), el enunciado de “**Salud para todos en 2000**” en Alma Ata – Kazajistán en 1978 (Alma Ata, 1978) mediante la Atención Primaria de salud (APS) como estrategia para lograrlo, hasta su reafirmación en la Conferencia Mundial sobre APS en Astaná (Astana, 2018) en 2018, el mundo reconoce la importancia de fortalecer la atención primaria de salud como base de un sistema de salud sostenible para alcanzar la **cobertura sanitaria universal** (CSU).

Los fundamentos esenciales para lograr la CSU descritos en la **Declaración de Alma Ata** son: la **intersectorialidad**, la **igualdad**, un nuevo orden económico internacional, la participación individual y comunitaria y la obligación de los gobiernos para cuidar la salud de sus pueblos (Alma Ata, 1978).

**La atención primaria en salud** es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo bajo el espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Alma Ata, 1978).

Hay amplia evidencia desde países de altas, medianos y bajos recursos que **sistemas de salud basados en la atención primaria de salud** consecuentemente son más **equitativos, eficientes** y que obtienen mejores resultados de salud (Starfield, 2005; Macinko, 2009; WHO, 2018). No obstante, en **2008** la **OMS** en su **informe mundial** (OMS,2008) identificó que falta avanzar hacia una APS funcional para **lograr el derecho a la salud**, habiendo anualmente 100 millones de personas que caen en la pobreza al costear la atención sanitaria (Xu, 2007) y teniendo servicios

de mayor calidad para personas con más recursos y menos necesidades (Gwatkin,2004; Hanratty, 2007).

Como causa principal se identificó la **segmentación y fragmentación** de sistemas de salud con un enfoque **hospitalario y curativo**. Una gran proporción de los recursos se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de **prevención y promoción de la salud**, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial (Fries, 1992). Se constató que cada país tendría que desarrollar su propia estrategia de atención primaria formando **Equipos de Atención Primaria (EAP)** que pueden dar respuesta a desafíos universales (OPS, 2010):

1. **Acceso** para todas las personas de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago (**Cobertura Universal**).
2. El **primer contacto** con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas.
3. **Atención integral e integrada** ofreciendo un rango de servicios disponibles suficiente para responder a las necesidades de salud de la población.
4. Garantizando **educación y promoción de la salud**, fortaleciendo las capacidades de las personas en el **autocuidado**.
5. **Atención adaptada** a la actual y futura realidad.
6. **Orientación familiar y comunitaria**, incluyendo la salud pública e identificando riesgos, problemas y prioridades.
7. **Participación activa de la comunidad** para promover estilos de vida saludables y fomentar habilidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, gestión y evaluación de sus problemas de salud.

8. **Corregir** los principales factores que causan **inequidad** y asegurarse que todas las personas sean tratadas con **dignidad y respeto**.
9. **Recursos humanos** con habilidades y conocimientos adecuados.
10. **Acciones intersectoriales** para abordar los **determinantes sociales de la salud\***.

\*Los **determinantes sociales de la salud** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local y tienen un impacto importante sobre las diferencias injustas y evitables en salud dentro y entre los países (OMS, 2008).

**La Atención Primaria en Salud** es una estrategia para todos los niveles de atención de salud, que promueve la salud como **construcción social**, que involucra a las comunidades y equipos de salud comunitarios de base, que trabajan y coordinan con la medicina tradicional ancestral. Esta propuesta está vigente desde hace 42 años (Alma Ata, 1978); (Astana, 2018). Es urgente tomar en cuenta las recomendaciones de la **Comisión de Alto Nivel, 2018, “Alma Ata 40 años”** (OPS, 2019; Recomendaciones Astana, 2018) para avanzar hacia la **Salud Universal** en la región de las Américas y abordar temas complejos como la **Interculturalidad, la descolonización y el buen Vivir**, como ideas transversales que ayudan a sentir y pensar desde otra perspectiva, para comprender y convivir con respeto sin importar las diferencias (Lalander, 2018).

**La salud popular** (<https://phmovement.org/>) en Latinoamérica puede apoyar en crear sistemas de salud **inclusivos, integrales e integrados**; exigiendo a los gobiernos cumplir con el compromiso de salud gratuita y universal para todos. Estamos acostumbrados a derivar el cuidado de nuestra salud a una figura de **autoridad** que debe decidir sobre nuestros procesos de salud-enfermedad. Dejar esta responsabilidad en manos ajenas muchas veces es inevitable, y tener que lidiar con ello dentro de un sistema de salud **deshumanizado y mercantilista**

**es angustiante**. Frente a esto, basándonos en las propias comunidades, encontramos el cuidado de la vida digna como fuente de salud. Decía el Dr. Ernesto Guevara (Declaración de Vallegrande, 2017) con gran lucidez que la primera enfermedad a erradicar es la “Injusticia Social”.

**Salud en manos del pueblo:** desde la Salud Popular se revalorizan **las prácticas saludables** en armonía y convivencia con la Madre Tierra, el autocuidado, el encariñamiento con la vida, la relación con el mundo espiritual propio de cada pueblo y **el respeto a los saberes ancestrales** para sostener la comunidad (Declaración de Chiapas, 1997). La fortaleza de luchar juntos y organizados por nuestros derechos; son elementos constituyentes de esta construcción que no trae recetas ni manuales, simplemente voluntades valientes al servicio de ese ser “Nosotros Juntos” (Nuqanchik Kanchik [Quechua]).

## **La Atención Primaria de Salud en Bolivia y el modelo SAFCI**

En la región denominada como Qullasuyu, hoy Bolivia, **la medicina tradicional** fue practicada durante miles de años, remontándose hasta culturas como la Uru Chipaya, Viscachani y otras, siendo justamente sucesores de los pueblos indígena originarios campesinos de la actualidad. Las prácticas de medicina tradicional fueron desarrolladas por las culturas de acuerdo con su relacionamiento con el medio ambiente en el que además identifican a sus divinidades como parte del contexto inmediato. Actualmente, en Bolivia hay 36 naciones indígenas, siendo las más numerosas las poblaciones altiplánicas quechuas y aymaras. Sus médicos tradicionales internacionalmente conocidos son los Kallawayas, que tienen su propia lengua y cuyo origen se remonta hasta la cultura Tiahuanacota (1100 B.C. to 900 A.D), forman parte de un grupo étnico situado en el noreste del departamento de La Paz. Ina Rösing define al **Kallawaya**, como un especialista religioso, cuyos servicios son solicitados por individuos o comunidades para sanar con plantas y/o rituales (Alderman, 2016).

En 1492, los españoles colonizaron el continente y persiguieron al médico tradicional bajo el cargo de brujería. Los médicos occidentales, que dominaron la salud en Bolivia desde la colonización, introdujeron en 1530 la idea de que el cuerpo humano puede ser purificado químicamente y poco a poco abandonaron el uso de hojas, flores y raíces, dando lugar a la industria farmacéutica (Omar, 2007). Viendo la ineficacia de la medicina española durante las epidemias de viruela, sarampión y neumonía entre 1586 y 1589, la población latinoamericana cristianizada volvió a sus prácticas ancestrales (Bermúdez, 2001). Además, los conocimientos tradicionales contribuyeron a la medicina moderna, por ejemplo, la quinina, usada por los kallawayas para tratar la malaria.

La primera **facultad de medicina** en Bolivia, se creó en **1804** en la ciudad de Potosí (“La plata”). En **1938** se creó el **Ministerio de Salud** con un sistema de salud centrado en hospitales, los derechos de los ciudadanos estaban limitados a la élite literaria masculina. En 1952, Víctor Paz Estensoro, extendió los derechos civiles para todos los bolivianos, ampliando los derechos a la educación y atención médica. En **1953**, se creó el sistema de **seguridad social** para todos los empleados, proporcionando atención básica por policlínicos (Alderman, 2016). Este fue el inicio de la Atención Primaria de Salud (APS) en la medicina occidental en Bolivia, que se fortalece desde **1976** con la formación de **especialistas en APS**, llamados médicos familiares (Suárez, 2006). A pesar de estos avances existe una población no asegurada que acude a hospitales en caso de enfermedad. La atención de salud en la comunidad fue limitada a intervenciones de salud pública con el fin de proteger a la población de la ciudad contra enfermedades de los pobres, ofreciendo vacunas y tratamiento para tuberculosis entre otros.

A partir de **1983**, bajo la influencia de la declaración de Alma Ata, el sistema de salud comenzó a descentralizarse formando SILOS (Sistemas Locales de Salud). Estos SILOS formaron redes funcionales de salud basadas en la APS con la participación comunitaria a través de comités de salud populares elegidos por la comunidad (Bermúdez, 2001). La **crisis económica** profunda de los años ochenta, afectó este cambio prometedor. La deuda externa se incrementó y el gobierno

aceptó un “Plan de Ajuste Estructural” a costa de una **reducción de la inversión en educación y salud**. En los años noventa, la descentralización del poder a los municipios (1995, ley de la **descentralización**) y a la población (1994, ley de participación popular), empoderó a los movimientos sociales y las poblaciones indígenas (Kohl, 2003). Las movilizaciones sociales contra la privatización del agua y el gas, llevaron a la elección del primer presidente indígena Evo Morales, en diciembre de 2005 y la revalorización de las naciones indígenas con el **estado plurinacional de Bolivia (2009)**, que garantiza la igualdad y la participación de todos los bolivianos en la sociedad (Artaraz, 2012).

En 2008 el decreto supremo N° 29601, introduce el nuevo modelo sanitario de Bolivia: el **modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI)**, acatando los principios formulados en la declaración de Alma Ata, poniendo la Atención Primaria de Salud como base del sistema de salud boliviano. Los actores directamente involucrados, son el personal de salud, los médicos tradicionales ancestrales, la persona, familia y la comunidad. Esta es la forma de articular el **equipo de salud** (que complementa de manera recíproca la medicina académica y tradicional) con las personas, familias y comunidades, a partir de acciones de **promoción de la salud, prevención, diagnóstico, control, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad** de manera pertinente, oportuna, idónea, eficaz y eficiente; con **igualdad de poder, respeto y valoración**. Se respeta a la Madre Tierra y al cosmos, a las organizaciones comunitarias en la gestión participativa y control social; promoviendo la atención integral de salud con enfoque intercultural; en el marco del Vivir Bien. Se basa en los principios de: participación social, interculturalidad, intersectorialidad e integralidad (SAFCI, 2013).

- La **participación social**: identificar y priorizar las necesidades de salud y desarrollar, implementar y seguir planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario en salud.
- La **interculturalidad**: una colaboración respetuosa entre la medicina biomédica y tradicional, para resolver los problemas de salud de manera equilibrada y efectiva.

- La **intersectorialidad**: para abordar los determinantes sociales de la salud que causan inequidad como es la educación y la vivienda, a través de alianzas y programas estratégicos.
- La **integralidad**: incluye a la persona en relación con su familia, comunidad, ambiente y mundo espiritual para lograr procesos eficientes y efectivos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación.

El principal objetivo de esta política es eliminar la exclusión social en salud. Se garantiza la inclusión de las prácticas tradicionales de salud y la participación de la sociedad organizada en todo el sistema de salud. Bolivia es el único país de la región de las Américas que cuenta con un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y una ley que regula estas prácticas (Estado Plurinacional de Bolivia, 2013). Esta ley tiene como misión el fortalecimiento de la medicina tradicional y su complementariedad dentro de la política SAFCI. El modelo de atención SAFCI, incluye los principios promulgados en la declaración de Alma Ata y la nueva política internacional de **salud integrada centrada en la persona**, en el centro del sistema de salud. Desde marzo 2019, se inició la implementación del **Seguro Único de Salud (SUS)** como paso importante hacia la cobertura sanitaria universal (CSU).

**Salud integrada centrada en la persona (OMS, 2018)**: atención enfocada y organizada según las necesidades de salud y expectativas de personas y comunidades y no según sus enfermedades. La **Atención centrada en el paciente** es limitada al individuo que busca atención, mientras que atención centrada en las personas incluye la atención individual pero también la atención a la salud de personas en sus comunidades y su papel importante en adaptar políticas y servicios de salud (WHO, 2018).

## Programa de control de cáncer cérvico uterino y su impacto en la prevención de esta enfermedad en Bolivia

La incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino son uno de los más altos de Latinoamérica con 38.5 y 19.0 por 100,000 mujeres respectivamente (Bruni, 2019). Estos datos son alarmantes, sin embargo, son evitables. El cáncer cérvico uterino, puede ser prevenido por un tamizaje y un tratamiento de lesiones pre cancerígenas oportuno. El tamizaje tradicional es desarrollado mediante la citología (Papanicolaou, PAP) tomado anualmente. No obstante, solo de 9% a 28% de las mujeres, participan de este tamizaje (Bruni, 2019), en las zonas rurales la participación es aún más baja que en las zonas urbanas, siendo la población más afectadas la de menos recursos económicos y por ende con mayor riesgo de sufrir cáncer cérvico uterino (Dzuba, 2005). Esto es aun peor ya que 50% a 80% de las mujeres que recibieron un papanicolaou no tienen un seguimiento.

El programa nacional actual para la prevención del cáncer cérvico uterino en Bolivia, indica que una después de haber tenido dos PAP's anuales negativos (que significa sin lesiones) puede espaciar su control de PAP a uno cada tres años (Tapia, 2009). No obstante, el tamizaje basado en citología, que es el caso con el papanicolaou, tiene desafíos importantes con retrasos largos en la entrega y/o pérdidas de resultados (Dzuba, 2005).



# Introducción

## Estrategia para evaluar la Atención Primaria de Salud en Bolivia

*El Seguro Único de Salud (SUS) aún se encuentra en proceso de implementación, por lo cual no se cuenta con evaluaciones ni referencias de avance nacional actualizados. Así mismo no hay estudios que miden el impacto de la política SAFCI hasta la fecha. Mediante el estudio de la funcionalidad de la atención primaria de salud, planteado dentro del proyecto Thani Warmi, se quiere proporcionar datos para identificar hasta donde se llegó y a dónde avanzar con ambos la política SAFCI y el SUS.*

El **PCAT (Primary Care Assessment Tool = Instrumento para asesorar la Atención Primaria de Salud)**, es un conjunto de cuestionarios que permite evaluar la funcionalidad de la Atención Primaria de Salud (APS), desde la perspectiva del personal y de los usuarios de los servicios de salud. El instrumento fue desarrollado en 1998 por la Dra. Barbara Starfield en la escuela de salud pública Johns Hopkins Bloomberg.



Esta herramienta (PCAT) fue contextualizada y adaptada en Iberoamérica, desde 2005 se realizaron procesos de adaptación transcultural en España (Pasarín, 2007) y Brasil (Harzheim, 2006), seguidos por Argentina (Berra, 2013) y Uruguay (Pizzanelli, 2011), supervisados por la Dra. Starfield. Después,

otros cinco países (Ecuador, Bolivia, Colombia, Chile y México) condujeron procesos similares con colaboración de al menos dos investigadores de los cuatro primeros países. Los fuertes vínculos entre los países que desde 2010 conforman la Colaboración Iberoamericana IA PCAT apoyaron a un proceso de armonización y actualización Iberoamericana durante 2016 y 2017 (Ponzo, 2018).

Hay otros instrumentos que evalúan la APS, pero el PCAT es considerado como el más completo, evaluando las funciones esenciales y las funciones complementarias. Las funciones esenciales refieren a las estructuras y procesos dentro de los establecimientos de salud para brindar una atención de calidad. Mientras que las funciones complementarias tienen que ver con la relación del centro de salud con la persona, la familia y la comunidad (D'avía, 2017). El instrumento no mide los **resultados** de los servicios de salud, que sería una medición de la salud de la población que se podría hacer en una encuesta adicional o con datos de las historias clínicas. No obstante el PCAT mide la estructura o los recursos en los servicios de salud y los procesos de prestación de servicios. la relación entre la estructura, los procesos y los resultados en salud ya fueron descritos en (Donabedian, 1982).

### Las funciones esenciales de la Atención Primaria

Las funciones esenciales de la APS son:

#### 1. Acceso.

El acceso a una atención en salud tiene que ser **oportuno, de alta calidad y calidez**. En un sistema funcional, la puerta de entrada es el primer nivel con centros de salud cercanos a la vivienda de la persona, en un horario oportuno y en una manera culturalmente adecuada. Las barreras que pueden frenar el acceso pueden ser **geográficas, financieras, organizacionales y culturales**.

El desafío del modelo de SAFCI para fomentar el acceso a la APS, fue enorme en un sistema centrado en hospitales y atención asistencial curativa. Bolivia tiene un sistema de salud altamente fragmentado y distribuido entre el segmento público, el seguro de corto plazo y el sistema privado. El segmento público atiende a casi el 80% de la población, nació desde **programas verticales** para enfermedades como tuberculosis, Chagas o problemas específicos como desnutrición cero y anticoncepción, sin una oferta de servicios para toda la población. El modelo SAFCI tiene el potencial de romper las barreras culturales, acercar la salud a la vivienda de las personas y bajar, junto con el SUS, la barrera financiera.

## 2. Longitudinalidad.

La longitudinalidad hace referencia a **una relación en el transcurso de la vida** con el proveedor o centro de salud, es la confianza y entendimiento que los individuos y comunidades tienen con su centro o personal de salud. La gente reconoce **un lugar, un individuo** o equipo como fuente de su atención en salud. Un **equipo de salud** brinda una mayor capacidad resolutive (integralidad) y acceso cuando la atención está coordinada adecuadamente. Mientras que la relación con un personal de salud conocido es importante para lograr una mayor cobertura de acciones preventivas y menos hospitalizaciones por condiciones que se podría haber resuelto en el primer nivel (Starfield, 1998). Un **personal continuo** también percibe mejor las necesidades del paciente y reconoce más fácilmente problemas de salud psicosociales o de comportamiento (Lambrew, 1996). Las características del modelo SAFCI, fomentan la relación duradera en el marco de la **horizontalidad**, corresponsabilidad y **respeto mutuo** entre la población y el equipo de salud.

## 3. Integralidad.

La integralidad es la provisión de todos los servicios necesarios para cubrir la mayor parte de las necesidades de la población bajo su cuidado, enfocada en los **servicios de prevención, promoción, curación y revalidación**. Para evaluar si un servicio será provisto en un primer u otro nivel, se tiene que analizar la frecuencia del problema y si la frecuencia es suficientemente alta, para que el personal de salud pueda mantener su competencia en manejarlo (Starfield, 1998).

Dependiendo del lugar la frecuencia de los problemas es diferente, por ejemplo, dengue en

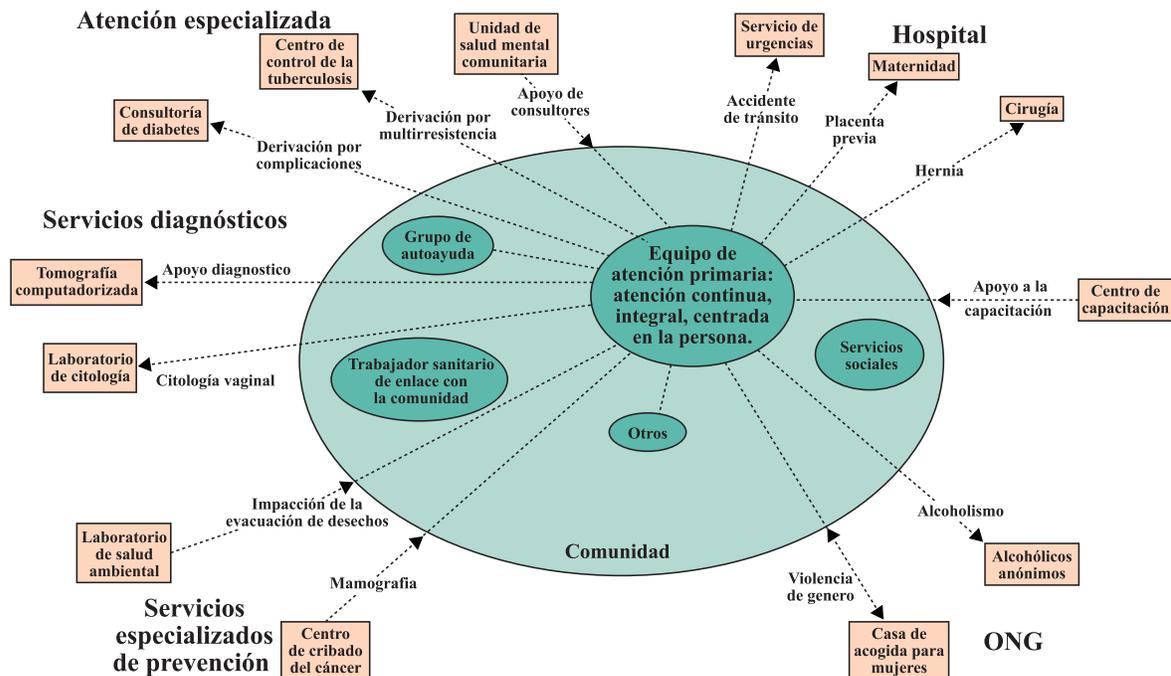
las zonas bajas y Chagas en los valles, necesitando paquetes de servicios diferentes de acuerdo a los lugares y contextos. Además, los **problemas de salud cambian** en el tiempo, por ejemplo la prevalencia de enfermedades no transmisibles como diabetes aumentó. En el primer nivel se necesita competencias para manejar problemas de salud de todas las partes del cuerpo, incluyendo el ámbito psicosocial. Para cumplir esta tarea compleja, se necesita una **alta capacidad resolutive**, pero también habilidades para trabajar en **equipo, coordinar, comunicarse y educar** a los pacientes, entre otros (Frenk, 2010). El modelo SAFCI promueve ampliar el concepto de atención asistencial, incluyendo actividades de promoción de la salud y prevención con el manejo de problemas mediante procedimientos y técnicas culturalmente adecuadas.

## 4. Coordinación

La cuarta función de la Atención Primaria en Salud, hace referencias a la coordinación, siendo esencial para lograr las otras funciones, por ejemplo, la coordinación del trabajo en equipo para lograr la **longitudinalidad e integralidad**. La coordinación incluye el buen manejo de la información médica del paciente como las vacunas recibidas, anticoncepción, resultados de laboratorio o rayos X, tratamientos crónicos e información de visitas a especialistas. Conociendo la historia clínica del paciente ayuda a proporcionar servicios según las necesidades del paciente (Figura 1).

La APS coordina la atención en todo el sistema de salud incluyendo la **referencia** a especialistas. El primer nivel de atención es el eje central para coordinar toda la atención en salud que el paciente puede necesitar durante el curso de su vida (WHO, 2018). Para cumplir este papel, la **contrarreferencia** o el resultado de la visita al especialista y los resultados de exámenes complementarios como del Papanicolaou tienen que llegar oportunamente a este primer nivel (Bolivia, 2013). Un primer nivel funcional es beneficioso para el paciente y además ayuda a no duplicar exámenes, ahorrando tiempo al paciente y **recursos** al estado. El sistema nacional de información en salud, la ley de referencia - contrarreferencia y las redes funcionales de salud, son elementos que apoyan la coordinación a nivel regional. Además, que en Bolivia hay la necesidad de coordinar y complementar la atención en salud entre la medicina académica y la medicina tradicional ancestral.

**Figura 1. La Atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos**



## Las funciones complementarias de la atención primaria

### 1. Enfoque familiar

Por la salud de un individuo, es necesario conocer y trabajar con su familia para identificar los riesgos de salud y los recursos para el cuidado a la persona. El modelo SAFCI apoya con la carpeta familiar, la visita familiar y las salas situacionales. Esto ayuda a identificar riesgos personales o familiares, pero también los determinantes sociales de la salud. Los datos brindados por la comunidad pueden mejorar el acceso, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación de los servicios del centro de salud. El modelo SAFCI promueve Acciones intersectoriales para identificar e intervenir sobre los factores de riesgo personal, familiar, comunitario y ambiental.

### 2. Orientación comunitaria

En la comunidad también hay riesgos para la salud por ejemplo, perros sueltos en las calles, falta de alcantarillado, presencia de vinchucas, pero también hay recursos para cuidar la salud tales como una comunidad solidaria formada en salud, curanderos con convicción de ayudar a su comunidad por ser considerada como su familia grande. El personal de salud puede fortalecer

las capacidades de familias y comunidades para cuidar su salud e identificar oportunamente problemas mediante la educación en salud. En el nuevo modelo de salud, reconocido como deseable por la OMS, la atención centrada en las personas significa una relación estrecha y proactiva entre los servicios de salud y las comunidades a las que sirven.

Ejemplo desde la Agronomía: la **dimensión comunitaria intercultural** nos lleva a valorar el trabajo comunitario de subsistencia solidario y recíproco para mejorar la calidad de vida de las familias. Para mantenerlo, se debe mejorar las relaciones de producción mediante una economía solidaria y comunitaria. Esta economía necesita tecnologías desde un diálogo inter-científico, respetuoso de la ancestralidad, para ser sostenible y en armonía con la naturaleza. Mediante la **ciencia al servicio del pueblo**, se genera conocimiento basado en los sentires, conocimientos y prácticas ancestrales de las culturas indígena originaria campesinas. Por ejemplo, el calendario agrícola ritual,

presente dentro de la medicina ancestral, apoya la producción de alimentos saludables libre de agrotóxicos. Así podemos observar el lazo entre los cuidados de la Madre Tierra, producción de alimento sano, determinantes sociales de salud y la salud de las poblaciones.

### 3. Competencia cultural

Para que el equipo de salud trabaje con familias y comunidades, se necesita una relación **horizontal de confianza y de mutuo respeto**, basado en un entendimiento sociocultural, que significa que se pueden comunicar de una manera adecuada a la cultura local. Esta relación, promueve la atención integral con enfoque intercultural en salud que impulsa el **diálogo de saberes**, necesario para una salud integral e incluyente, sobre todo con los pueblos indígenas que han sido históricamente marginados. El modelo SAFCI retoma esta orientación ya que está centrado en la persona, la familia, la comunidad, el medio ambiente, la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual, adaptado a la población, sus sentires, conocimientos/saberes y sus prácticas.

### Estrategia para implementar la prevención del cáncer de cuello uterino



El cáncer cervical o cáncer de cuello uterino se define como el crecimiento y desarrollo anormal de células en secciones del cuello uterino o cérvix (sección que conecta el útero a la vagina). Este crecimiento de tejido (neoplasia) suele ser lento y no presenta síntomas en sus primeras etapas. El cáncer de cuello uterino casi

siempre es causado por la infección persistente por algunos genotipos del virus del papiloma humano, llamados de alto riesgo (VPH -AR). La infección del VPH-AR se transmite principalmente por contacto sexual y afecta a 8 de cada 10 personas (hombres y mujeres) en algún momento de la vida. Aunque la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí solas, y las lesiones precancerosas se resuelvan espontáneamente, existe el riesgo para todas las mujeres, que la infección por VPH-AR se vuelva crónica y las lesiones precancerosas progresen en cáncer cervical invasivo entre 15 y 20 años.

Debido a la historia natural de la infección por VPH y el desarrollo de la enfermedad, la OMS recomienda un enfoque integral para la prevención de la infección y el control de lesiones preneoplásicas y neoplásicas. Este enfoque incluye componentes de educación comunitaria, movilización social, vacunación, detección, tratamiento y cuidados paliativos.

La prevención primaria consiste en evitar la infección por VPH mediante la promoción y previsión como la educación sobre prácticas sexuales seguras, incluido el retraso del inicio de la actividad sexual y el uso de condones. La vacunación contra el VPH en niñas de 9 a 14 años, antes del inicio de su vida sexual es una estrategia de prevención primaria ampliamente adoptada.

En la prevención secundaria se contempla el tamizaje de mujeres en riesgo mediante la detección del VPH-AR, a partir de los 30 años de edad y/o la búsqueda de células cervicales anormales por citología (Papanicolaou) y lesiones precancerosas por Inspección Visual al Acido Acético (IVAA), seguida de la colposcopia y tratamiento para extirpar células o lesiones anormales (Figura 2).

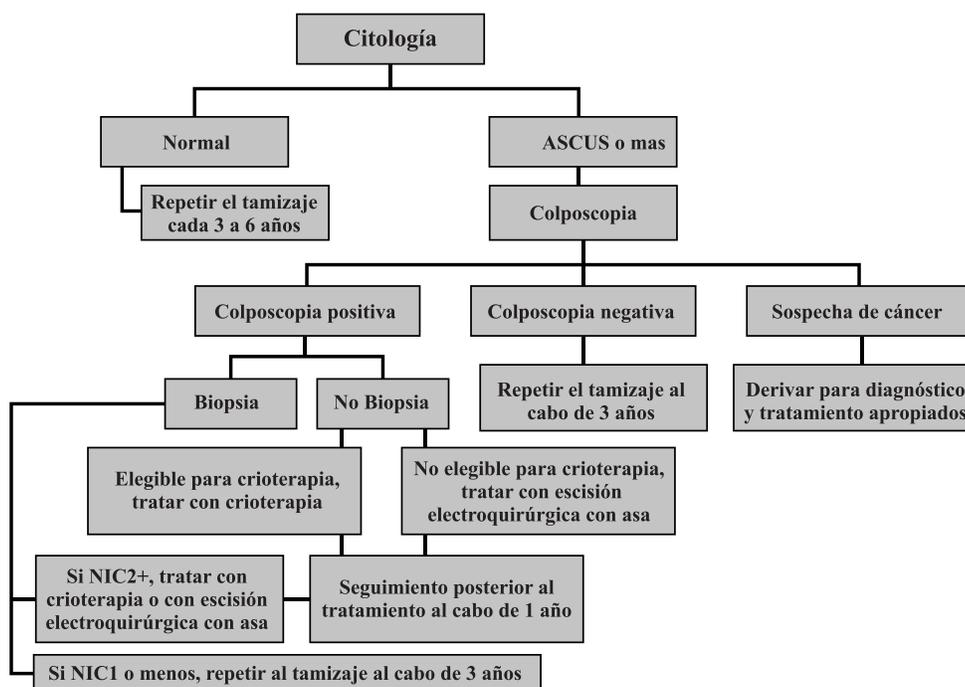
La prevención terciaria consiste en el tratamiento de cáncer invasivo que incluye; cirugía, radioterapia y quimioterapia.

El cáncer cervicouterino es la enfermedad que cumple con los 10 criterios propuestos por Wilson and Jugner para organizar un programa de cribado eficiente y efectivo. Esto nos permite analizar si un programa de tamizaje cumple con estos criterios.

A continuación los 10 criterios propuestos por Wilson and Jugner y la realidad Boliviana:

1. Un **problema de salud importante**. En Bolivia, cada día mueren tres mujeres a causa del cáncer de cuello uterino (CACU).
2. Un **tratamiento aceptado**. El tratamiento temprano es una cauterización o una conización, que son intervenciones poco invasivas bajo anestesia local.
3. **Disponibilidad** de instalaciones para **diagnóstico y tratamiento**: para CACU: son disponibles y gratuitos en Bolivia (2).
4. Una **fase latente reconocible**: La progresión desde una lesión CIN3 hasta cáncer invasor puede llevar aproximadamente 10 años.
5. **Una prueba o examen adecuado**: tradicionalmente se usa el papanicolaou que tiene una sensibilidad aceptable, más aún cuando se combina con ácido acético para visibilizar lesiones. En este estudio se usó, la auto-toma, que como tamizaje para la detección del virus del papiloma humano.
6. **La prueba debe ser aceptable para la población**. La aceptabilidad en Bolivia del Papanicolaou es baja, llegando a una cobertura que difícilmente supera el 15% especialmente en área rural. No obstante, la aceptabilidad puede mejorar mediante un mejor relacionamiento entre los centros de APS y la comunidad y una mejor coordinación para que los pacientes reciban oportunamente sus resultados.
7. **La historia natural de la enfermedad debe ser adecuadamente entendida**. Hay una clasificación clara de las fases pre-cancerosas y la duración de cada fase. Más de 90% de los casos sigue la misma historia natural de la enfermedad.
8. Debe haber **una política acordada sobre quienes tratar** como pacientes. El tratamiento depende de las alteraciones encontradas en la citología en caso de tamizaje con PAP y de los resultados de la colposcopia.
9. **El costo** de la búsqueda de un caso debe estar equilibrado desde el punto de vista económico en relación con los posibles gastos en atención médica en su conjunto.
10. La búsqueda de casos debe ser un proceso **continuo** y no un proyecto de «una vez por todas».

Figura 2. Algoritmo de toma decisión para identificar pacientes a riesgo de CCU



## Descripción del área de estudio

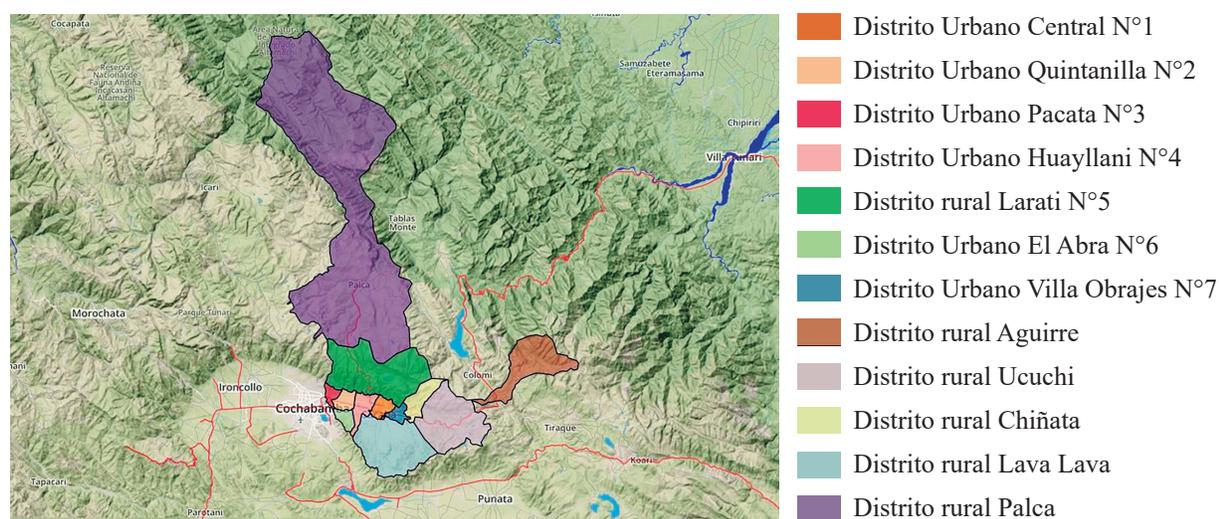
Sacaba es la primera sección municipal de la provincia Chapare. Está a una altura de 2620 a 4520 m.s.n.m. Limita al norte con el municipio de Villa Tunari, al este con el municipio de Colomi, al sur con los municipios de San Benito y Tolata y al oeste con los municipios de Cochabamba y Tiquipaya. Su temperatura promedio es de 19°C. Históricamente se registran tres fundaciones :

*En el año 1210 el Inca **Khapaj Yupanki** habría fundado por primera vez el pueblo quechua de Sacaba durante el dominio quechua del Kollasuyo. En 1560 se registra una nueva fundación por el conquistador Diego Alemán, como parte del **Virreinato del Perú** para proteger a los viajeros expedicionarios contra ataques de las tribus —Chuis y Poconas— en su viaje hacia el oriente en busca del oro del Gran **Paititi**, fundándose también el Tambo de Kjurú Pampa (hoy Curubamba) como asiento de expediciones.*

*La tercera y definitiva fundación se registra el 29 de junio de 1761, con el nombre de Villa de San Pedro de Sacaba por encargo del virrey **Manuel de Amat** al comisionado de la **real audiencia de Charcas** el Capitán **Joseph Nicolás Maldonado Sotomayor**, procediéndose al trazo de la plaza 6 de Agosto. (<https://es.wikipedia.org/wiki/Sacaba>).*

El municipio de Sacaba está organizado en 12 distritos, seis distritos urbanos: D-1 Central, D-2 Quintanilla, D-3 Pacata, D4 Huayllani, el D-6 o El Abra y el D-7 Villa Obrajes, tanto el D-6 y el D-7 forman parte de la denominada Región Metropolitana Kanata. Y por último, seis distritos rurales; D-5 Larati, Chiñata, Aguirre, Ucuchi, Lava Lava y Palca. Los idiomas predominantes son el castellano y el quechua.

### Mapa 1.- Distritos que forman parte del municipio de Sacaba



Fuente: [https://geo.gob.bo/download/?w=GobMunicipal&l=distrito\\_municipal\\_Sacaba\\_CBA](https://geo.gob.bo/download/?w=GobMunicipal&l=distrito_municipal_Sacaba_CBA)

## Características poblacionales

El Instituto Nacional de Estadística (CENSO, 2012), registró una población de 17246 habitantes de los cuales 48,7% son varones y 51,3% mujeres, entre ellas el 54% se encuentra en edad fértil (15 – 49 años). La distribución por edad, presenta una población joven, agrupada de la siguiente manera: de 0-5 años 12,5%; población en edad escolar, de 6-19 años, 30%; población en edad de trabajar, entre 20- 59 años, 49,6%; y los adultos mayores, de 60 años y más, representan el 7,9% (Tabla N°1).

**Tabla N°1** Sacaba población por grupo etario

Grupos de edad	Total	Hombres	Nujeres
0 - 3	14.420	7.253	7.167
4 - 5	7.146	3.566	3.580
6 - 19	51.700	26.059	25.641
20 - 59	57.284	27.961	29.323
40 - 59	28.300	13.305	14.995
60 y mas	13.616	5.886	7.730
<b>Total</b>	<b>172.466</b>	<b>84.030</b>	<b>88.436</b>

Fuente: INE – CNPV 2012

Los migrantes (nacidos en otro lugar o en el exterior) en Sacaba, para el Censo de 2012, representaban el 31,4% de la población. En cuanto a su lugar de residencia solo 1,9% declaró que vive fuera del municipio de Sacaba (otro departamento o en el exterior).

La tasa de asistencia escolar es de 89,3%, mientras que 10,7% no asiste o no especificó si lo hace. En cuanto a la atención en salud, el Censo de 2012, registró en Sacaba que el 50,8% (Tabla N° 2) de la población recurre a soluciones caseras o se auto-medica, para atender su salud.

**Tabla N°2** Sacaba población por lugar de atención en Salud

Salud	Total	Hombres	Nujeres
Caja de Salud (CNS, COSSMIL, u otras)	32.337	15.342	16.995
Seguro de salud privado	19.150	9.464	9.686
Establecimientos de salud público	109.572	52.473	57.099
Establecimientos de salud privado	39.329	18.779	20.550
Medico tradicional	21.628	10.492	11.136
Soluciones caseras	82.507	39.044	43.463
La farmacia o se automedica	102.825	49.996	52.829

Fuente: INE – CNPV 2012

En el caso de las mujeres, el 48% de ellas, declaró que principalmente atiende su salud en un establecimiento de salud pública, soluciones caseras o recurre a auto-medicación.

## Vivienda y acceso a servicios básicos

El Censo registró 47536 viviendas particulares con ocupantes presentes, el 9,1% (Tabla N° 3), no cuenta con energía eléctrica. 59% accede al agua por cañería de red, mientras que 40,9% se la puede considerar carenciada en este servicio básico, debido a que se provee de agua de pileta pública, carro repartidor, pozos, o fuentes naturales. En el caso de la eliminación de excretas, el registro se realizó solo de 37263 viviendas (10273 es la diferencia), en este caso el 74% utiliza el alcantarillado o el pozo séptico para la eliminación y 25,4% lo hace en un pozo ciego o en algún espacio de la comunidad.

**Tabla N° 3** Sacaba Ocupación de la vivienda

Viviendas	Total
Numero de viviendas particulares	53.648
Numero de viviendas colectivas	324
Viviendas ocupadas con personas presentes	47.536
<b>Total</b>	<b>53.972</b>

Fuente: INE – CNPV 2012

Respecto a la eliminación de la basura, 66,2% utiliza el servicio de recojo municipal o deposita en los contenedores destinados para este fin, mientras que 33,8% utiliza algún espacio de la comunidad, la quema o entierra. El 85,5% de las viviendas usa el gas como principal combustible para cocinar. Según el índice de necesidades básicas insatisfechas el 36,3% de la población es pobre (Tabla N° 4).

**Tabla N° 4** Sacaba Población por condición de necesidades básicas insatisfechas

Condiciones de necesidades básicas insatisfechas		Población	Distribución porcentual
<b>POBLACIÓN TOTAL (Objeto de estudio)(2)</b>		168.328	100
<b>NO POBRE</b>	NBS	48.562	28,8
	Umbral	58.681	34,9
<b>POBRE</b>	Moderado	53.663	31,9
	Indigente	7.184	4,3
	Marginal	238	0,1
<b>Porcentaje de población Pobre</b>			<b>36,3</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas; Censo 2012

## Marco general del estudio Thani Warmi

En fecha 31 de mayo de 2019, mediante convenio suscrito entre la UMSS – ULB – CIES – INCISO – ASI-APS se realizó el Proyecto Sinergia “Thani Warmi - Mujer Sana”, proyecto piloto generado por las expectativas de los anteriores proyectos PRD “Mejoramiento de la detección y el seguimiento de lesiones precancerosas y cancerosas del cuello uterino en la región de Cochabamba en Bolivia” (2014-2018) y ASDI “ ¿Cómo cuidamos nuestro cuerpo lo que vemos y lo que no vemos? “(2017-2018). Este proyecto se ejecutó en el municipio de Sacaba con el objetivo de fortalecer el sistema de salud integrado que abarque los diferentes componentes de la atención médica y permita a la población evaluar de mejor manera los riesgos para la salud.

Este proyecto articuló alianzas entre el Instituto de Investigaciones Biomédicas IIBISMED de la Facultad de Medicina, el Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales INCISO de la Universidad Mayor de San Simón (UMSS) sobre la base de un convenio marco entre la UMSS y la Universidad Libre de Bruselas (ULB). ASI APS BOL, CIES-Cochabamba, y Louvain Coopération (LC) formaron parte de esta alianza.

Las primeras tareas desarrolladas se orientaron a generar una red de diálogo entre los socios del proyecto, las autoridades municipales y el Consejo Municipal de Sacaba (COMUSA). Este último incluye a representantes del sistema de salud del Municipio de Sacaba con sus médicos comunitarios y a las organizaciones sociales de base como la Federación Departamental de Mujeres Campesinas Indígena Originarias “Bartolina Sisa”, dirigentes locales de distintas instancias en las comunidades y barrios. Un acuerdo de trabajo se firmó entre el Gobierno Autónomo Municipal de Sacaba con autoridades de la UMSS.

El proyecto contó con el apoyo financiero del Programa de Cooperación a la Investigación Científica ARES – CCD / UMSS – ULB para la gestión 2018 – 2019 y con la aprobación del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón.

### **Metodológicamente el proyecto consta de dos componentes:**

- a. El diagnóstico de la atención primaria en salud con la aplicación de la encuesta PCAT al personal de salud y población.
- b. Tamizaje y seguimiento de mujeres a riesgo de cáncer cervical mediante la detección de VPH-AR con la estrategia de “auto toma” después de una sensibilización sobre la importancia de la prevención. Este tamizaje incluyó el levantamiento de datos gineco obstétricos y una encuesta sobre cuidado de salud reproductiva.

#### **A. DIAGNÓSTICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA PCAT**

La encuesta PCAT fue aplicada sobre la funcionalidad de los centros de salud a dos tipos de población, los proveedores de salud y a la población en general del municipio de Sacaba.

La encuesta a **proveedores de salud**, tenía la meta de llegar a todo el personal de los 21 establecimientos de salud, pretendía incluir a médicos, enfermeras y personal administrativo. Un cuestionario de auto llenado en papel, fue entregado a los responsables de cada centro de salud durante el Comité de Análisis de Información (CAI) de junio 2019.

La encuesta dirigida a la **población**, se aplicó en base a un muestreo basado en el número (n) poblacional de las zonas de influencia de los 21 establecimientos de salud de primer nivel de la red de Sacaba, con un error de 10% (por limitaciones en el presupuesto). Se calculó un total de 1050 encuestas, asignando 43 a 52 encuestas por puesto o centro de salud. La encuesta estaba dirigida a personas mayores de 18 años. Esta encuesta fue levantada por un programa open *source* para uso en teléfonos Android e informatizada por un sociólogo con especialización en informática.

Para lograr este trabajo se analizó en el equipo de Thani Warmi la necesidad de contratar 10 encuestadores bajo supervisión de un **coordinador de campo**. Para garantizar la calidad del trabajo se lanzó una convocatoria a estudiantes universitarios de las carreras de sociología, antropología y psicología, se llevó a cabo un taller de capacitación el 10 de junio del 2019 en el auditorio del Instituto de Ciencias Sociales-Universidad Mayor de San Simón (INCISO-UMSS). Se inscribieron 22 personas para someterse a la selección basada inicialmente en los siguientes criterios: una evaluación oral del idioma quechua (17 de los 22 inscritos cumplían con este requisito), la disposición de tiempo completo y contar por un móvil con un sistema Android que soporte la aplicación de la encuesta. Un segundo filtro de selección fueron las intervenciones y aportes de los participantes en el taller. Así se selecciono al equipo de encuestadores.

Considerando que una parte importante de la población del municipio de Sacaba habla quechua, el coordinador del trabajo de campo elaboro una versión de la encuesta PCAT en quechua, la cual fue

mejorada con los aportes de los encuestadores. Las dificultades en la comprensión de algunas preguntas y la extensión de la encuesta condujeron a la reducción de la escala likert original de 1-4 a 1-3, reemplazando ‘generalmente sí’ y ‘generalmente no’ con ‘a veces’. Las opciones finales fueron: Sí, sin duda; A veces; No en absoluto y no sé. Es importante remarcar que fue necesario que los encuestadores tuvieran la habilidad de reformular algunos ítems en el momento de la entrevista.

## **Procedimientos de recolección de datos**

La planificación del trabajo de campo se adecuó al cronograma de las campañas de auto tomas, sin embargo, solo 50 % de las encuestas se trabajó simultáneamente con las campañas. En este sentido, se contó con una nueva planificación de los lugares a tomar las muestras. Para llegar a la población de los distintos centros de salud, se tomó previamente contacto con algunos dirigentes. El municipio y la dirección administrativa de salud municipal emitieron una carta para comunicar su apoyo y conocimiento de la encuesta PCAT para facilitar la aceptabilidad de la intervención.

Cada encuestador realizó 105 encuestas. Para aumentar la diversidad sociodemográfica de la muestra, se tomó en cuenta el mapa de distribución de la población que dispone cada establecimiento de salud. Se realizaron 5 a 8 encuestas en torno al centro de salud, y las otras en zonas más distantes.

El levantamiento de la encuesta se adaptó a las dinámicas cotidianas de la población, considerando sus horarios de trabajo y labores de casa o campo, que son distintos en ámbitos urbano y rurales. Por ejemplo, muchas encuestas en áreas rurales se realizaron por la mañana haciendo labores de la casa y/o con realizando tareas agrícolas. Para lograr mayor participación y motivación se tuvo que asistir a las reuniones de los sindicatos que se desarrollan los fines de semana. También, se buscó aprovechar las fiestas de agosto en el distrito de Palca y sus respectivas comunidades.

Inicialmente cada pareja de encuestadores fue asignada a diferentes puntos de levantamiento de información. Sin embargo, la distancia entre los puntos no era favorable para el acompañamiento y la verificación de la aplicación correcta de las encuestas por el supervisor. Este aspecto motivó al coordinador del trabajo de campo, a poner más énfasis a la seguridad de los encuestadores, principalmente en áreas periurbanas o lugares denominados “zonas rojas”, donde los celulares son el primer objeto de robo, además los perros que siempre están al acecho de una persona extraña. Se decidió trabajar por sectores con todo el equipo hasta cumplir el número de encuestas requeridos, para luego pasar a otro sector. Así la recolección de datos fue en grupos más grandes. La contratación de un transporte facilitó bastante este modo de trabajar.

## **Análisis de datos**

Los datos de las encuestas fueron transferidos de la aplicación Android al formato del programa de estadística SPSS. La valoración y el análisis de los datos obtenidos, fue realizada según los procedimientos descritos en los manuales del PCAT de John Hopkins. Los datos de proveedores y de la población, fueron analizados por separado. Adicionalmente al análisis de las encuestas por establecimiento de salud (21 establecimientos), los datos fueron analizados por distritos (12 distritos) para identificar patrones por zonas y diferenciales entre las zonas rurales y urbanas.

## **B. SENSIBILIZACIÓN Y TAMIZAJE PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

**Población objetivo:** el tamizaje estuvo dirigido a mujeres de bajos ingresos económicos que residen en comunidades rurales o áreas periurbanas del municipio de Sacaba.

Los criterios de participación para el tamizaje por AT fueron: inclusión de mujeres entre 25 y 55 años; se excluyó a mujeres embarazadas o con histerectomía, mujeres en tratamiento con óvulos o menstruando. Todas las mujeres que aceptaron su participación respondieron a un formulario gineco-obstétrico y

cuidado de la salud reproductiva. El número de muestras disponibles fue de 3000. Se aplicó un muestreo no probabilístico y por conveniencia por área geográfica, en base a la población femenina registrada en el Censo de Población y vivienda 2012, con un error del 5%. La participación voluntaria en el tamizaje por auto toma siempre implicó la firma de un consentimiento informado.

### **Oferta de la Auto Toma (AT).**

El tamizaje de mujeres a riesgo se basó en la detección de VPH-AR por técnicas de biología molecular en muestras de células cérvico / vaginales tomadas por la propia mujer (Auto-Toma). En las mujeres VPH-AR positivas se realizó un triaje por Papanicolaou e IVAA para detectar lesiones preneoplásicas.

Los lugares de toma de muestra fueron los centros de salud locales, también se habilitaron espacios en unidades educativas, sedes sindicales, cooperativas de agua y casa por casa.

El equipo de campo para las campañas de sensibilización, auto toma y la aplicación de la encuesta fue multidisciplinario, con participación comunitaria. Este equipo estuvo conformado por profesionales de las instituciones socias (médicos, biólogos, sociólogos), promotores de salud capacitados (mujeres dirigentes y de base de las comunidades) y personal de salud de la red de salud de Sacaba como médicos comunitarios (médicos Mi Salud) y enfermeras. Las tareas del equipo fueron: sensibilizar, orientar a las mujeres en las comunidades y ofertar la Auto Toma (AT).

### **Muestreo y análisis de laboratorio.**

A cada promotor o personal de salud se entregó material de muestreo que consistía en una bolsa plástica que contenía un cepillo cervical, más un tubo de muestreo (con solución de preservación de muestra) previamente enumerados. Además, se les entregó los formularios de consentimiento informado y la encuesta.

Se adaptó cubículos cubiertos para la toma de muestra, después de una explicación, la entrega de la bolsa de muestreo y el llenado de sus formularios, se les invitó a ingresar al cubículo y tomarse la muestra. Las muestras cérvico / vaginales recolectadas con el cepillo cervical por las mujeres fueron depositadas en un tubo colector luego de una verificación de la buena obtención de muestra. Los tubos fueron introducidos en una bolsa plástica más la hoja de identificación personal y formularios, conservados a temperatura ambiente y transportados al laboratorio de Virología de la Facultad de Medicina de la UMSS para su respectivo análisis.

El análisis de la muestra se realizó mediante la detección del DNA viral por la técnica de Captura de Híbridos (CareHPV Quiagen) que detecta 14 genotipos de VPH de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68). Los resultados fueron entregados en un lapso no mayor de un mes, con la colaboración del personal de los diferentes centros de Salud. En algunos casos con la ayuda de convocatorias realizadas por las promotoras y dirigentes. Los resultados fueron entregados en sobre cerrado.

Seguimiento.- El seguimiento de mujeres VPH-AR positiva estuvo a cargo del médico del proyecto (CIES) en coordinación con el personal de cada centro de salud. Se acordó fechas de atención en los mismos centros de salud; para su control y seguimiento las pacientes VPH-AR positivas fueron contactadas vía telefónica con varios intentos de contacto, solicitando que asista directamente a su centro de salud o al CIES. El seguimiento implicó exámenes de IVAA y Papanicolaou. Las mujeres con IVAA y PAP sospechoso fueron sometidas a colposcopia y biopsia (solo en caso de hallazgos de lesiones preneoplásicas) para el estudio histopatológico. En algunos casos las pacientes fueron referidas al Hospital México para procedimientos de histerectomía y/o conización.

## A. La Situación de la Atención Primaria de Salud en el municipio de Sacaba, Cochabamba.

### Descripción de los participantes

La encuesta al personal de salud se aplicó a 113 proveedores, se llegó a 18 de los 21 establecimientos de salud. No fue posible incluir al personal del Centro de salud San Juan de Dios debido a que se encontraba en proceso de separación del hospital México para constituirse en un centro de primer nivel. Los centros de salud de Chalviri y Tutimayu no respondieron a la convocatoria.

La encuesta a los usuarios se aplicó a un total de 1110 personas en las zonas de influencia de todos los centros de salud de primer nivel del municipio de Sacaba, entre junio y agosto de 2019. De los participantes, 61% habla ambos idiomas (quechua y español), 24% solamente quechua y 15% solamente español. La edad mediana de las personas es 44.14 años y 2 tercios son mujeres. Del total, 14.7% salieron bachiller y 49.1% no terminaron la educación primaria. En la tabla N° 5, se encuentra la descripción de la muestra dividida por zona de influencia de los 21 centros o puestos de atención primaria de Sacaba. En algunos casos por la diferente distribución de población el número de encuestas varió. Por ejemplo en la zona de influencia del puesto de salud Pisy, se tomó 43 encuestas, mientras que en la zona del C.S. Palca se entrevistó a 82 personas. De las personas entrevistadas, 89.3% acude al centro de salud público del municipio Sacaba, 3.2% acude a un seguro de salud de corto plazo, 4.9% a un servicio particular y 2.6% a un servicio público de otro municipio. La atención en los centros de salud Quintanilla y San Juan de Dios están sobre representados ya que incluyen respectivamente el uso del hospital Solomon Klein y el hospital México.

Es necesario señalar que el Seguro Único de Salud (SUS) fue lanzado el mes de marzo de 2019, esta es una probable causa por la que, al momento de

la encuesta, 79.8% de los participantes que acuden a servicios públicos estaban inscritos en el SUS. Durante el último año 21.3% declaró haber tenido problemas para pagar por la atención de su salud. Respecto a la distancia a de los centros de salud, 72% manifestó que tiene que caminar menos de 30 minutos y 91.8% menos de una hora para llegar a su centro de salud. En cuanto a la calificación de la atención, 81.3 % califica positivamente a su centro de salud, regular (37.4%) y buena (43.9%).

### Descripción general de los resultados - índices

En este acápite se presentan los resultados de tres índices (Tabla 5):

- 1. Índice de Atención Primaria, IAP.** Se entiende como la funcionalidad de la atención primaria basado en sus funciones esenciales que son el acceso, la longitudinalidad, la coordinación y la integralidad. Se calcula tomando el promedio de las características mencionadas.
- 2. Índice de Enfoque Familiar, comunitario e idoneidad cultural.** Se entiende como las funciones complementarias, ampliando el servicio de salud a la familia y la comunidad, con un abordaje cultural y lingüísticamente adaptado a las poblaciones atendidas. Se calcula tomando en cuenta el promedio del enfoque familiar, de la orientación comunitaria y de la idoneidad cultural, que es entendido como las competencias necesarias para entender y comunicarse con las poblaciones bajo su responsabilidad.
- 3. Índice de Atención Primaria Extendido (IAPE) (Tabla 5).** Se entiende como el promedio de las siete características anteriormente mencionadas: el acceso, la longitudinalidad, la coordinación, la integralidad, el enfoque familiar, la orientación comunitaria y la idoneidad cultural.

Cada uno de estos índices y características de la atención primaria de salud se los presenta teniendo en cuenta los siguientes diferenciales:

- a. Área rural-urbano
- b. Distritos
- c. Establecimiento de salud.

**Tabla N° 5. Número de entrevistadas con el PCAT en las zonas de influencia de los 21 centros de salud del municipio de Sacaba.**

	N° de encuestas en la zona de influencia del C.S./P.S	N° de personas que indican que usan el C.S./P.S. para su APS	IAPE
C.S. San Juan de Dios/ H. Mexico	52	87	2.4
C.S. Quintanilla/ H. Solomon Klein	52	62	2.5
<b>C.S. Aguirre</b>	<b>51</b>	<b>48</b>	<b>3</b>
C.S. Guadalupe	51	34	2.5
C.S. Huayllani	52	37	2.3
C.S. El Abra	51	35	2.3
<b>C.S. Sapanani</b>	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>3</b>
<b>C.S. Larati</b>	<b>51</b>	<b>46</b>	<b>3</b>
C.S. Palca	82	81	2.2
C.S. Chalviri	50	44	2.1
C.S. Catachilla	52	36	2.3
C.S. Tutimayu	49	36	2.5
<b>C.S. Ucuchi</b>	<b>50</b>	<b>37</b>	<b>2.8</b>
C.S. Melga	51	54	2.5
P.S. Villa al mar	44	44	2.3
P.S. Ichucollo	55	53	2.3
<b>P.S. Kaluyo Chico</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>2.7</b>
P.S. Pislí	43	36	2.4
C.S. Alalay	63	50	2.3
C.S. Tuscapijio	54	43	2.4
C.S. Pacata	52	34	2.5

IAPE= Índice de Atención Primaria de Salud extensa; C.S.= Centro de Salud; P.S.= Puesto de Salud; APS= Atención Primaria de Salud

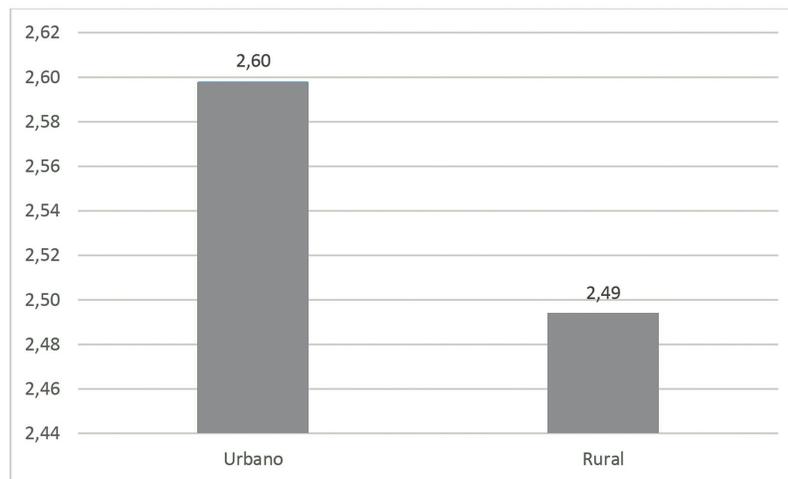
### **Análisis de datos de la encuesta**

En este acápite se presentan los resultados de dos índices: 1. Índice de Atención Primaria (IAP) y 2. Índice de Enfoque Familiar, comunitario e idoneidad cultural (IEFC).

#### 1. Índice de Atención Primaria (IAP)

Se ha determinado el valor del Índice de atención primaria para el área urbana y rural del municipio de Sacaba. Los resultados son presentados en el gráfico 1.

**Gráfico 1.** Índice de atención primaria para el área urbana y rural del Municipio de Sacaba

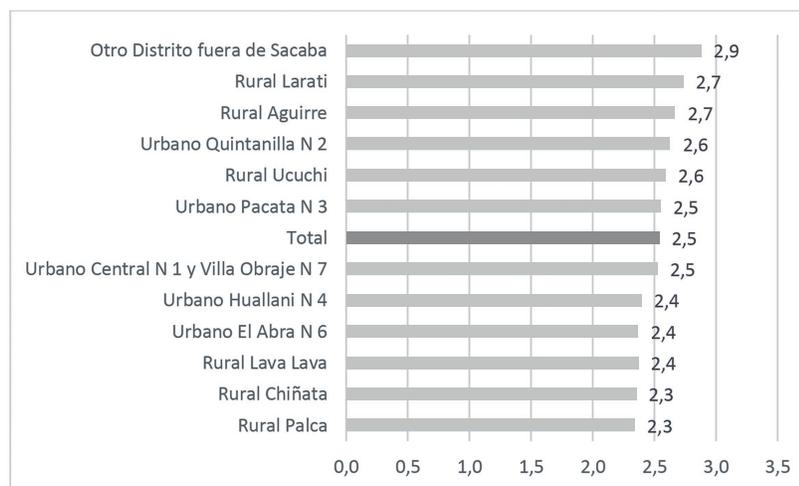


**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

Se observa una diferencia significativa<sup>1</sup> en los valores del Índice de Atención Primaria (IAP) para el área urbana y rural. El IAP del área urbana es superior al del área rural.

Los valores del IAP se han diferenciado para los Distritos del Municipio de Sacaba. El gráfico siguiente muestra los resultados.

**Gráfico 2.** Índice de atención primaria por Distrito del Municipio de Sacaba



**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

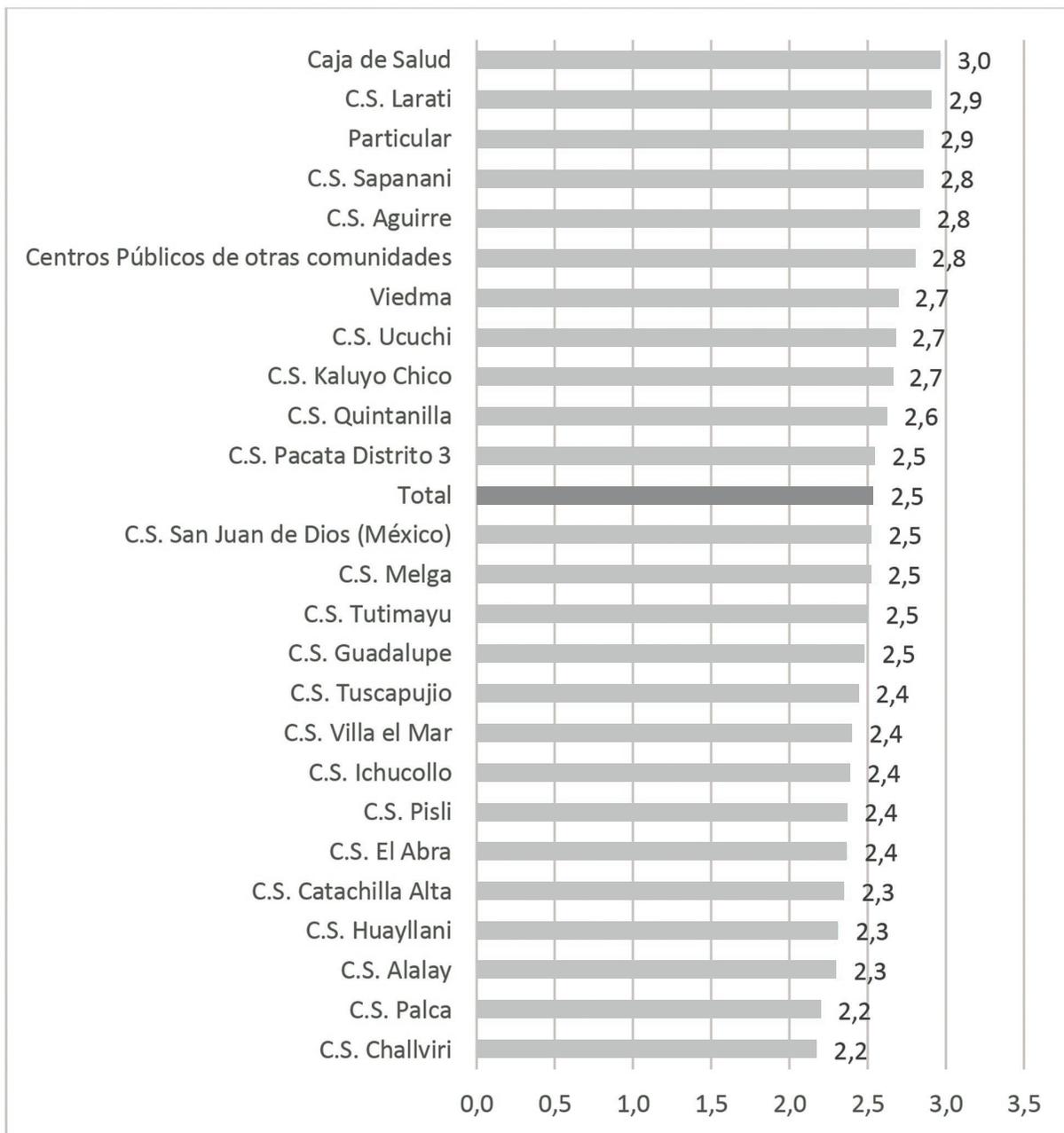
El valor del IAP global del municipio es igual a 2,5. Se debe notar que la categoría otros Distritos fuera de Sacaba que incluyen el Hospital Viedma, caja de salud y consultorios privados tiene el valor más alto igual a 2,9.

Los 2 distritos que tienen un IAP por encima del promedio del Municipio son: Larati, Aguirre, los 2 distritos que tiene el IAP más bajos son Palca y Chiñata.

<sup>1</sup> t=3,559 y un p-value igual a 0,000

Se ha determinado el IAP por Establecimiento de Salud. Los datos son presentados en el gráfico siguiente.

**Gráfico 3.** Índice de atención primaria por Establecimiento de Salud



**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

La Caja de Salud tiene el IAP más alto, igual a 2,9. Los establecimientos de Larati, Sapanani y Aguirre tiene valores el IAP altos y comparables con la Caja de Salud y consultorios privados. Los Establecimiento de Salud con los valores de IAP más bajos son los Centros de Salud de: Chalviri, Palca, Alalay, Huayllani y Catachilla Alta.

Este índice, IAP, resulta del promedio de 4 características que son los Índices de: Acceso, Logitudinalidad, Coordinación e Integralidad, los que se presentan a continuación para el municipio de Sacaba:

a) Acceso

El acceso a salud tiene dos dimensiones estudiadas: la utilización del ES como componente de proceso y la **accesibilidad** como componente de estructura.

Para la dimensión de utilización se considera tres ítems (a manera de ejemplos):

- b1. *¿Usted se hace un control de salud cuando no está enfermo en este establecimiento de salud?*
- b2. *¿Usted va a este establecimiento de salud cuando se enferma?*
- b3. *¿Usted o su familiar va primero a este establecimiento de salud cuando necesita un especialista?*

2. Para la dimensión de accesibilidad (algunos ítems como ejemplo):

- c1. *¿Su establecimiento de salud abre los sábados o domingos?*
- c4. *Cuando su establecimiento de salud está abierto ¿puede recibir de manera rápida una orientación por teléfono?*
- c6. *Si usted se enferma sábado o domingo cuando su establecimiento está cerrado ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?*
- c10. *¿Tiene que esperar mucho tiempo para sacar ficha (turno/cita) en su establecimiento de salud?*
- c12. *Para ir a su establecimiento de salud, ¿tiene que dejar de trabajar o pedir permiso en su trabajo o escuela?*

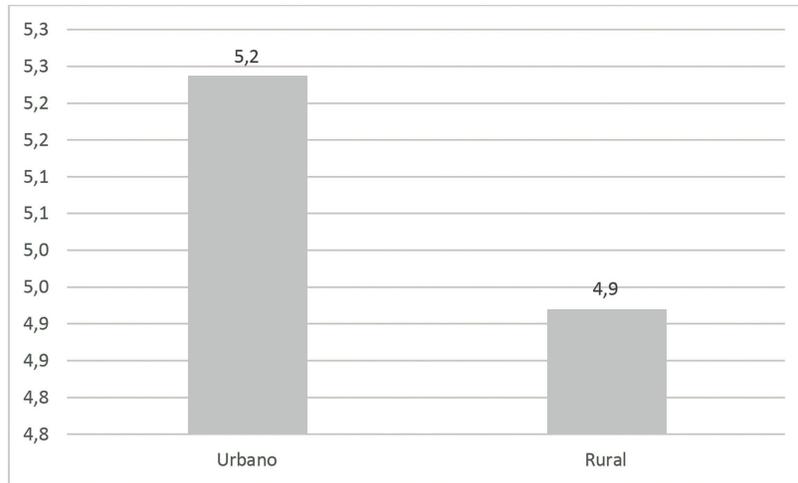
A partir de los ítems anteriores se han construido dos índices de acuerdo a la metodología.

Ib1Ib3: Índice utilización

Ic1Ic12: Índice de acceso

A partir de estos dos índices se ha calculado el Índice de Acceso. El gráfico 7 muestra el resultado para el área urbana y rural del Municipio de Sacaba.

**Gráfico 4.** Índice de Acceso para área urbana y rural

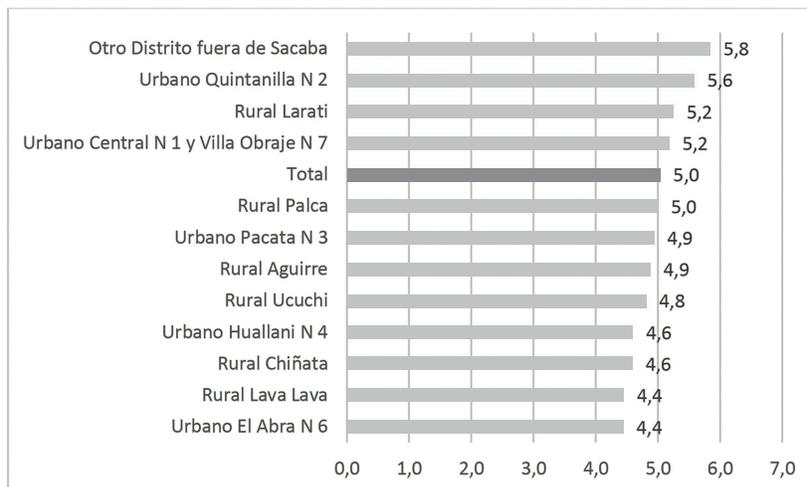


**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

Se observan diferencias estadísticamente significativas<sup>2</sup>, en efecto el Índice de Acceso a los establecimientos de salud en el área urbana es mayor al del área rural.

El Índice de Acceso ha sido calculado para cada uno de los Distritos del Municipio de Sacaba. El gráfico 5 muestra el resultado.

**Gráfico 5.** Índice de Acceso según Distrito



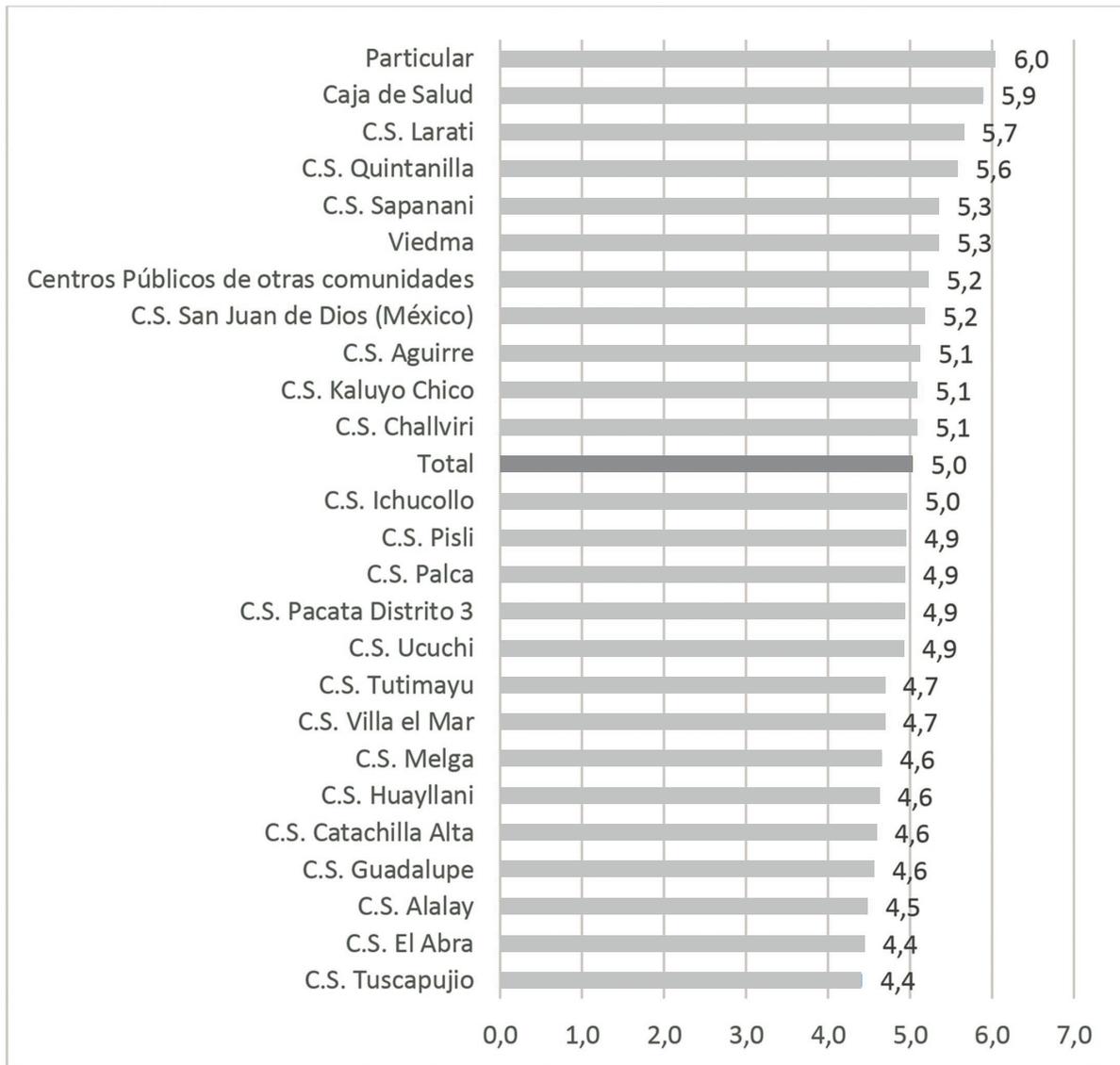
**Fuente.** Elaborado en base a PCAT 2019.

El Índice de acceso global para el Municipio de Sacaba es igual a 5,0. Los Distritos que tienen valores del Índice mayores al promedio son: Quintanilla N 2, Larati y Central N1 y Villa Obraje N 7. Los Distritos que tienen el valor del Índice de acceso más bajo son: El Abra, Lava Lava, Chiñata, Huayllani N4.

<sup>2</sup> t= 4,805 y un p-value igual a 0,000

El Índice de Acceso ha sido calculado para cada uno de los Establecimientos de Salud de Sacaba. El gráfico 6 muestra el resultado

**Gráfico 6.** Índice de Acceso según Establecimiento de Salud



**Fuente:** Elaboración en base a PCAT 2019.

El Índice de acceso global para el Municipio de Sacaba es igual a 5,0. Los Establecimientos de Salud que tienen valores del Índice mayores al promedio son: Centros particulares, Caja de Salud, Larati, Quintanilla. Los Establecimientos de salud que tienen el valor del Índice de acceso más bajo son: Tuscapujio, El Abra, Alalay, Guadalupe, Catachilla Alta, Huayllani.

#### b) Longitudinalidad

La longitudinalidad tiene dos dimensiones estudiadas: **doctor o establecimiento de salud** como componente de proceso y la **atención longitudinal** como componente de estructura.

Para la primera dimensión (algunos ítems como ejemplo):

- a1. *¿Hay algún doctor o establecimiento de salud al que usted va habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?*
- a2. *¿Hay un doctor o establecimiento de salud donde lo/la conocen mejor como persona y a su familia?*

Para la segunda dimensión (algunos ítems como ejemplo):

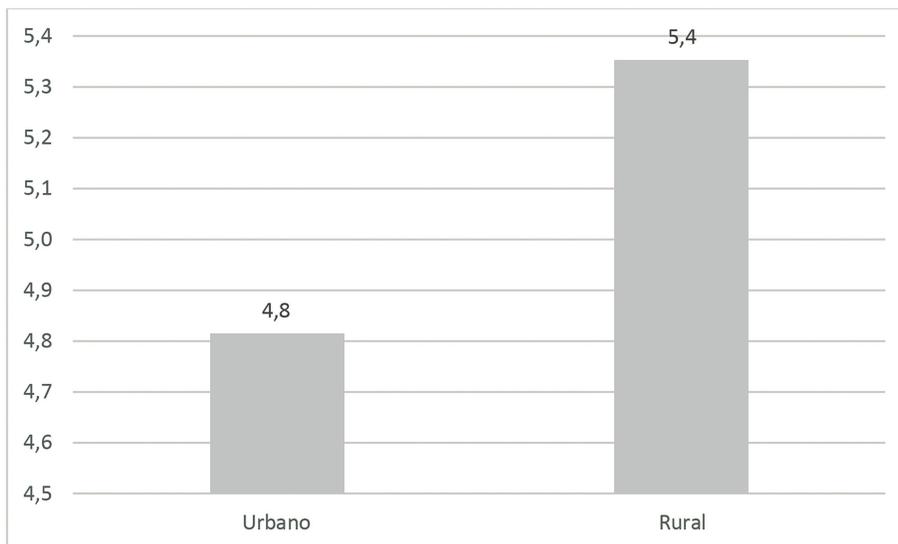
- d1. *Cuando va a su establecimiento de salud, ¿siempre lo/la atiende el mismo médico o enfermera?*
- d2. *¿Cree que el personal de salud comprende lo que usted dice o pregunta?*
- d3. *El personal de salud ¿le da una respuesta clara a sus preguntas?*
- d14. *Si una persona no puede caminar (o es muy enfermo) ¿el médico iría a su casa para atenderlo?*
- d15. *¿Quisiera usted cambiar a otro centro de salud?*

A partir de los ítems anteriores se han construido dos índices de acuerdo a la metodología.

IA: Índice; ID1D15: Índice de longitudinalidad

A partir de estos dos índices se ha calculado el Índice de Longitudinalidad. El gráfico 10 muestra el resultado para el área urbana y rural del Municipio de Sacaba.

**Gráfico 7.** Índice de Longitudinalidad para área urbana y rural



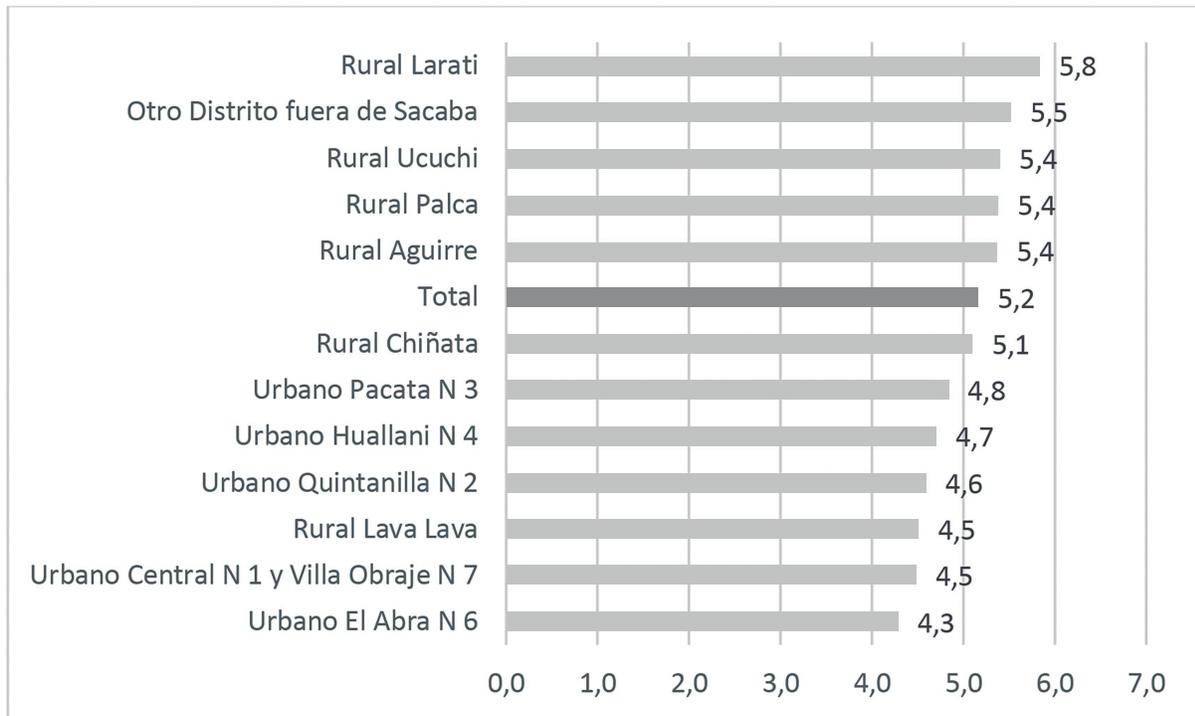
**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

Se observan diferencias estadísticamente significativas<sup>3</sup>, en efecto el Índice de Longitudinalidad a los establecimientos de salud en el área rural es mayor al del área urbano.

<sup>3</sup> t= -5,985 y un p-value igual a 0,000

El Índice de Longitudinalidad ha sido calculado para cada uno de los Distritos del Municipio de Sacaba. El gráfico 8 muestra el resultado.

**Gráfico 8.** Índice de Longitudinalidad según Distrito

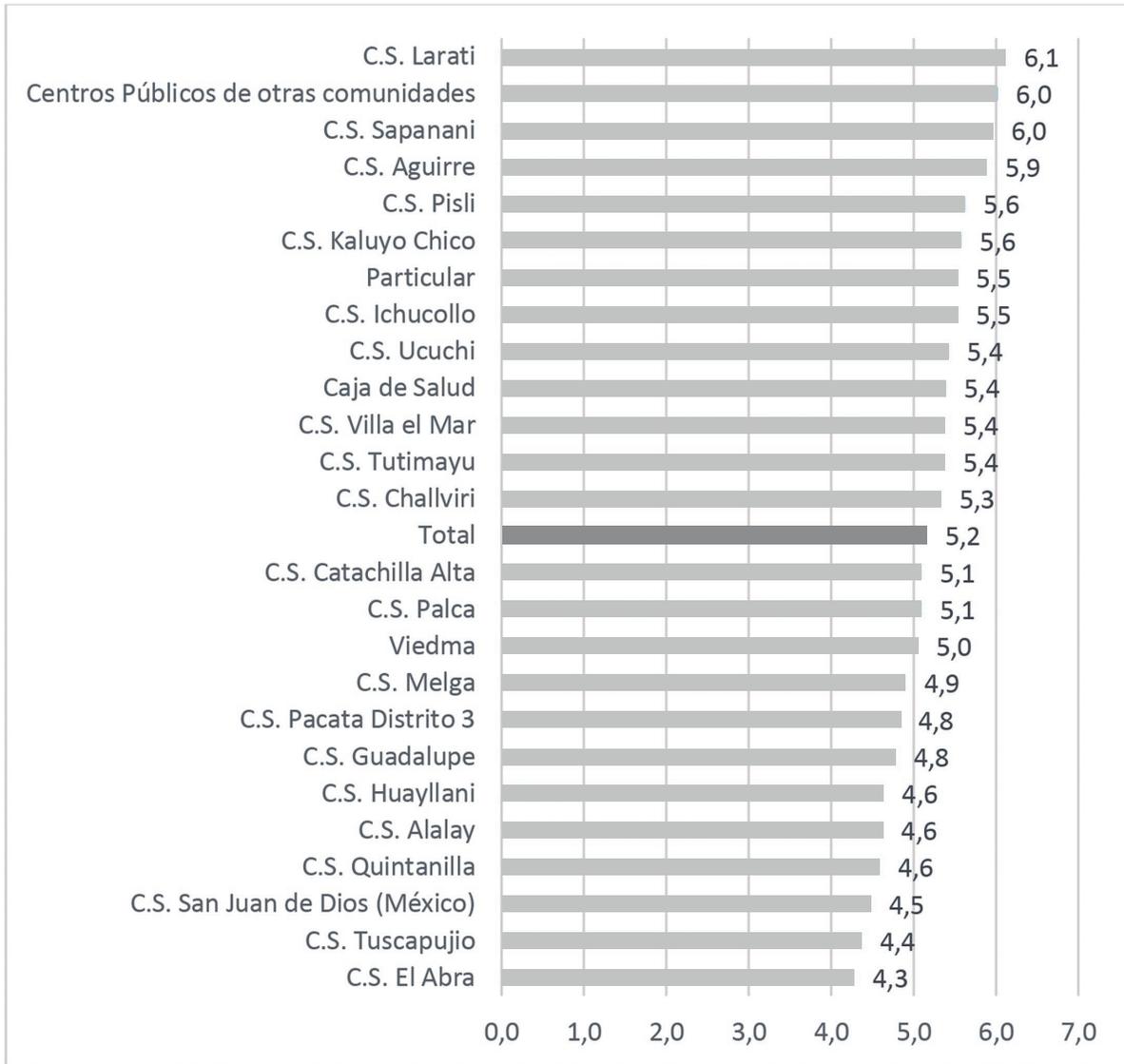


**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

El Índice de Longitudinalidad global para el Municipio de Sacaba es igual a 5,2. Los Distritos que tienen valores del Índice mayores al promedio son: Larati, Ucuchi, Palca. Los Distritos que tienen el valor del Índice de Longitudinalidad más bajo son: El Abra, Central N1 y Villa Obraje, Lava Lava y Quintanilla.

El Índice de Longitudinal ha sido calculado para cada uno de los Establecimientos de Salud de Sacaba. El gráfico 9 muestra el resultado.

**Gráfico 9.** Índice de Longitudinal según Establecimiento de Salud



**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

El Índice de Longitudinalidad global para el Municipio de Sacaba es igual a 5,2. Los Establecimientos de Salud que tienen valores del Índice mayores al promedio son: Larati, Centros públicos de otras comunidades, Sapanani, Aguirre. Los Establecimientos de salud que tienen el valor del Índice de Longitudinalidad más bajo son: El Abra, Tuscapuquio, Quintanilla, Alalay, Huayllani.

### c) Coordinación

La coordinación tiene dos dimensiones estudiadas: la **coordinación** del ES como componente de proceso y los **sistemas de información** como componente de estructura.

Para la dimensión de coordinación (algunos ítems como ejemplo):

- e6. ¿Su médico/a le mandó al especialista?
- e7. ¿Su médico/a sabe que tuvo esa consulta con el especialista?
- e8. ¿Su médico/a le recomendó algunos lugares/ médicos para atender este problema?
- e9. ¿Algún personal de salud de su centro de salud le ayudó a conseguir la cita para esta visita?
- e10. Su médico/a ¿preparó alguna información por escrito para el especialista
- e11. ¿Su médico/a o enfermero/a conoce los resultados de esa consulta?
- e13. ¿Su médico/a sabe si usted está contenta con la atención del especialista?
- e14. ¿Usted avisa a su médico cuando usted ha visitado emergencias?

Para la dimensión de sistemas de información (algunos ítems como ejemplo):

- f2. ¿Usted puede ver su historia clínica si lo desea?
- f3. ¿Siempre encuentran su historia clínica cuando consulta al médico?
- f3\_1p\_2p.
- f3\_3p. ¿En este establecimiento de salud tienen datos sobre su salud en la computadora o en otro aparato electrónico?

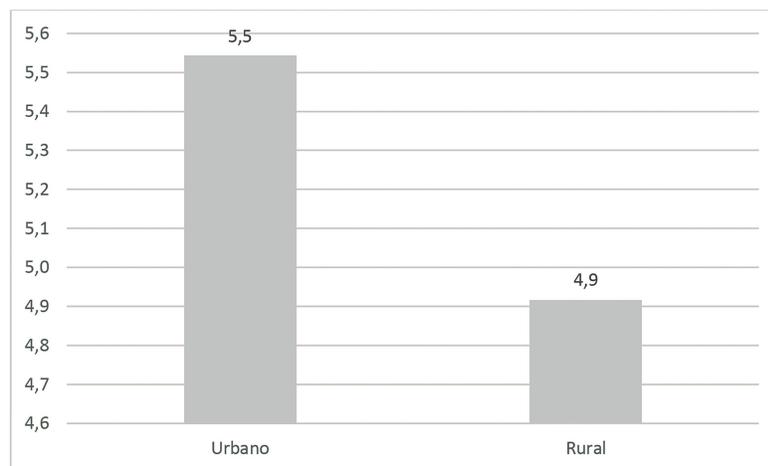
A partir de los ítems anteriores se han construido dos índices de acuerdo a la metodología.

IE1IE14: Índice coordinación

IF2IF3: Índice de sistemas de información

A partir de estos dos índices se ha calculado el Índice de Coordinación. El gráfico siguiente muestra el resultado para el área urbana y rural del Municipio de Sacaba.

**Gráfico 10.** Índice de Coordinación para área urbana y rural



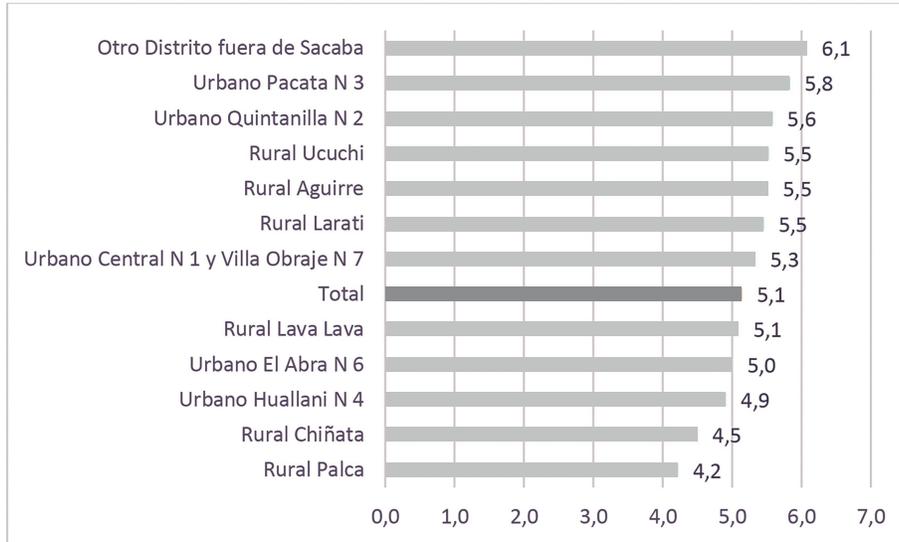
**Fuente.** Elaborado en base a PCAT 2019.

Se observan diferencias estadísticamente significativas<sup>4</sup>, en efecto el Índice de Coordinación a los establecimientos de salud en el área urbana es mayor al del área rural.

<sup>4</sup>  $t=6,165$  y un p-value igual a 0,000

El Índice de Coordinación ha sido calculado para cada uno de los Distritos del Municipio de Sacaba. El gráfico 11 muestra el resultado.

**Gráfico 11.** Índice de Coordinación según Distrito

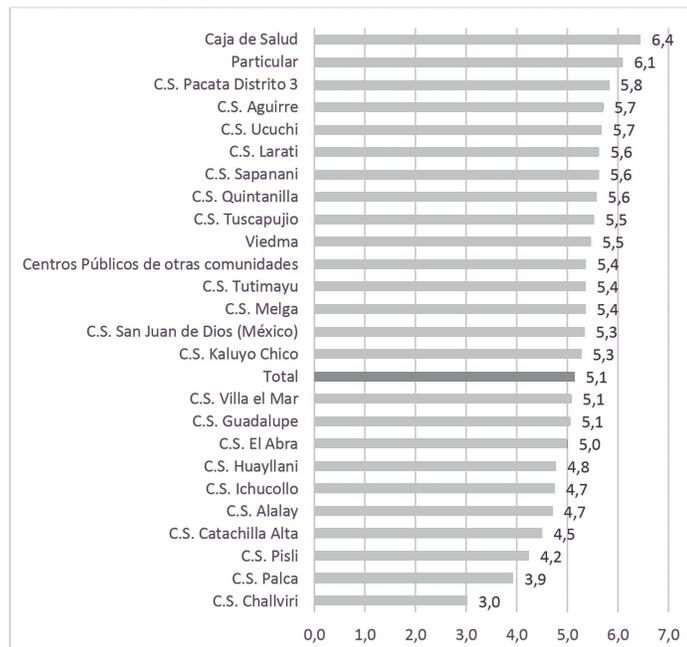


**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

El Índice de Coordinación global para el Municipio de Sacaba es igual a 5,1. Los Distritos que tienen valores del Índice mayores al promedio son: Pacata N3, Quintanilla N2, Ucuchi y Aguirre. Los Distritos que tienen el valor del Índice de Longitudinalidad más bajo son: Palca, Chiñata, Huayllani.

El Índice de Coordinación ha sido calculado para cada uno de los Establecimientos de Salud de Sacaba. El gráfico 12 muestra el resultado.

**Gráfico 12.** Índice de Coordinación según Establecimiento de Salud



**Fuente.** Elaborado en base a PCAT 2019.

El Índice de Coordinación global para el Municipio de Sacaba es igual a 5,1. Los Establecimientos de Salud que tienen valores del Índice mayores al promedio son: Caja de Salud, Particular, Pacata Distrito 3. Los Establecimientos de salud que tienen el valor del Índice de Coordinación más bajo son: Chaviri, Palca, Pislí, Alalay.

d) Integralidad

La integralidad tiene dos dimensiones estudiadas: **servicios disponibles** del ES como componente de proceso y los **servicios recibidos** como componente de estructura.

Para la dimensión de servicios disponibles (algunos ítems como ejemplo):

g2.	<i>Hay orientación sobre métodos para no embarazarse</i>
g3m.	<i>Hay colocación de T de cobre o implante anticonceptivo (chip)</i>
g7.	<i>Hay lavado de oídos</i>
g8.	<i>Hay tratamiento de los dientes</i>
g10.	<i>Hay orientación sobre el consumo de cigarrillos</i>
G16G16_2.	<i>Hay atención para tristeza o preocupaciones y sustos o miedos</i>
g20.	<i>Miden el nivel de azúcar en pacientes que pueden tener diabetes</i>

Para la dimensión de servicios proporcionados (algunos ítems como ejemplo):

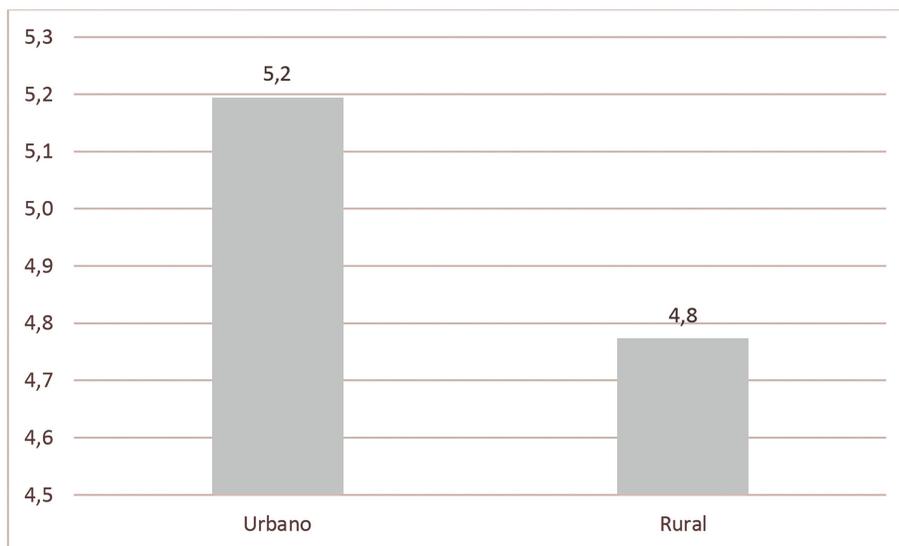
h1.	<i>Le hablan de comida, descanso y actividad física adecuados</i>
h4.	<i>Le hablan sobre como evitar quemaduras por electricidad, agua caliente o fuego</i>
h9.	<i>Le hablan sobre como evitar violencia sexual</i>
h12.	<i>Le hablan sobre como evitar caídas en los adultos mayores</i>

IIG21IG25: Índice servicios disponibles

IH1IH13: Índice de servicios recibidos

A partir de estos dos índices se ha calculado el Índice de Integralidad. El gráfico 13 muestra el resultado para el área urbana y rural del Municipio de Sacaba.

**Gráfico 13.** Índice de Integralidad para área urbana y rural

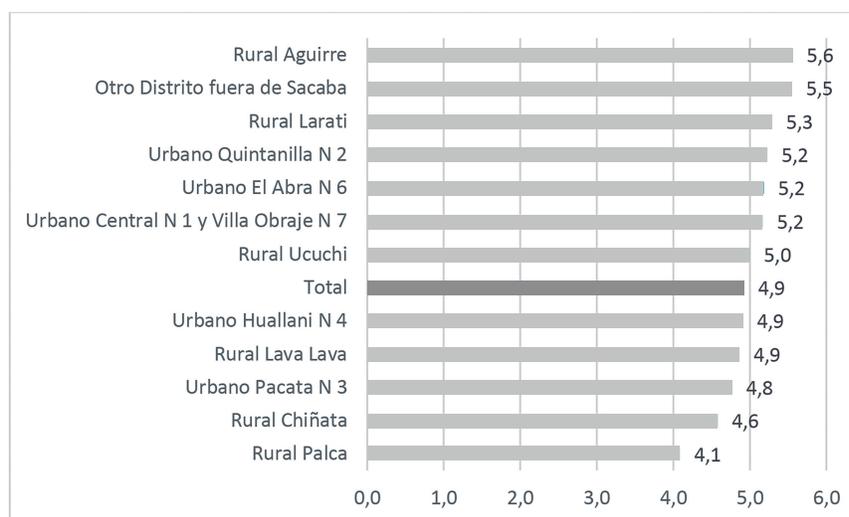


**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

Se observan diferencias estadísticamente significativas<sup>5</sup>, en efecto el Índice de Integralidad a los establecimientos de salud en el área urbana es mayor al del área rural.

El Índice de Integralidad ha sido calculado para cada uno de los Distritos del Municipio de Sacaba. El gráfico 14 muestra el resultado.

**Gráfico 14.** Índice de Integralidad según Distrito



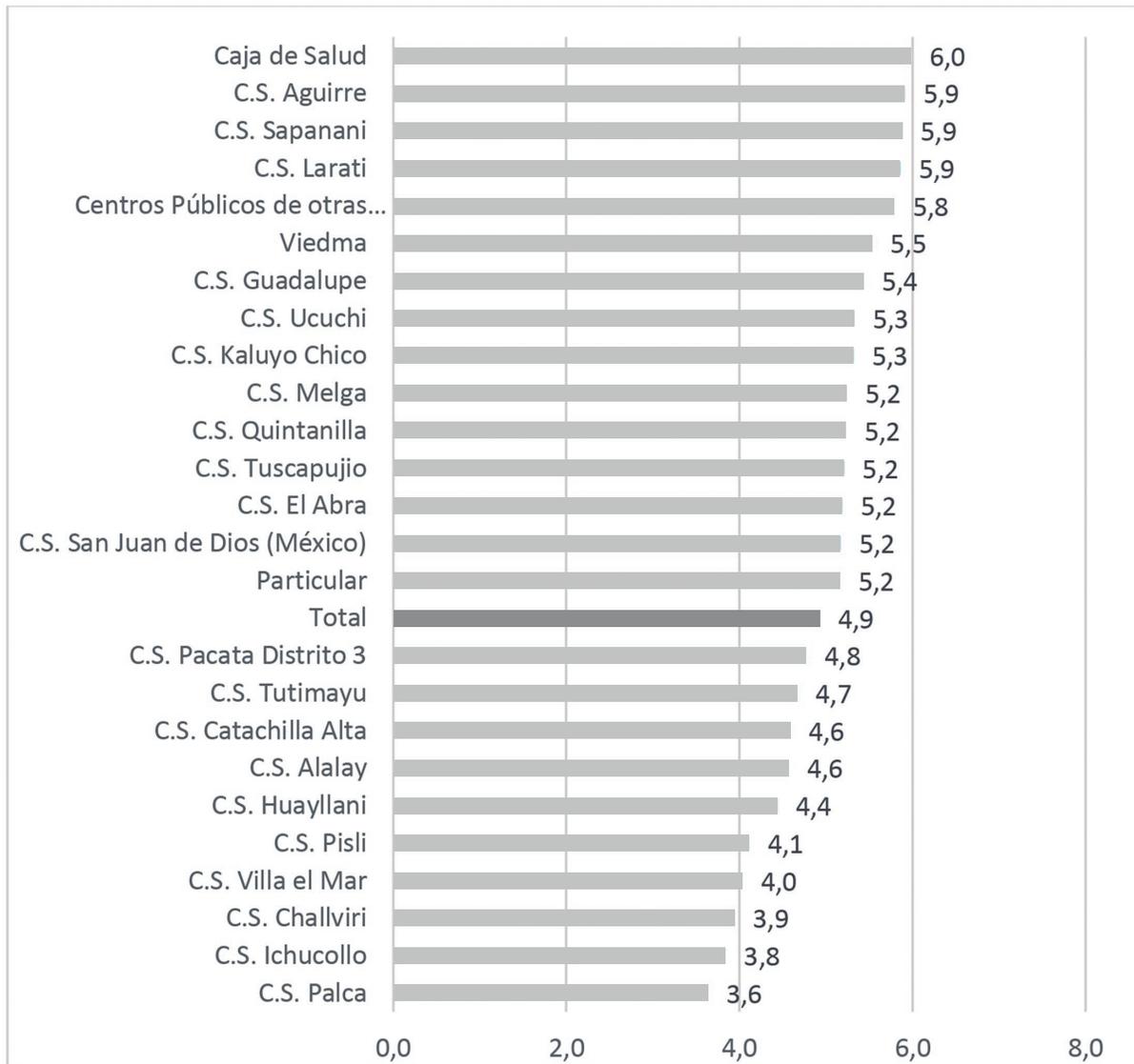
**Fuente:** Elaboración en base a PCAT 2019.

El Índice de Integralidad global para el Municipio de Sacaba es igual a 4,9. Los Distritos que tienen valores del Índice mayores al promedio son: Aguirre, Larati, Quintanilla. Los Distritos que tienen el valor del Índice de Integralidad más bajo son: Palca, Chiñata, Pacata N 3.

<sup>5</sup> t= 4,816 y un p-value igual a 0,000

El Índice de Integralidad ha sido calculado para cada uno de los Establecimientos de Salud de Sacaba. El gráfico 15 muestra el resultado.

**Gráfico 15.** Índice de Integralidad según Establecimiento de Salud



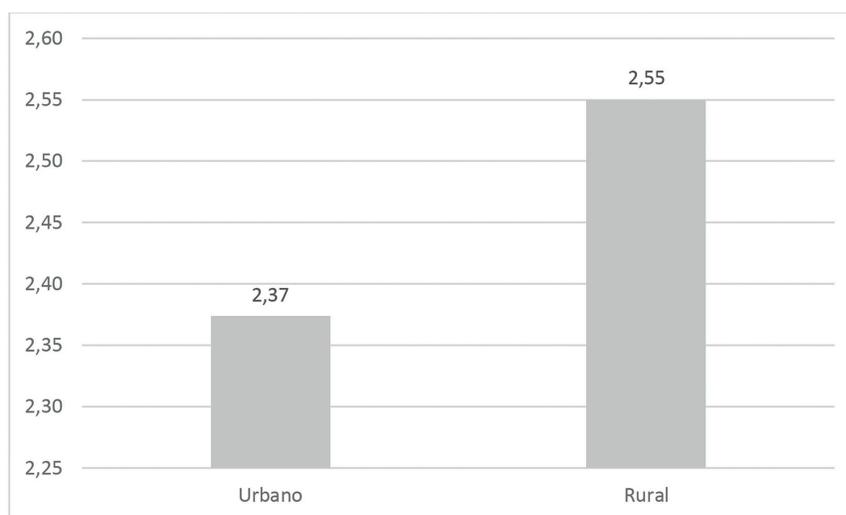
**Fuente.** Elaborado en base a PCAT 2019.

El Índice de Integralidad global para el Municipio de Sacaba es igual a 4,9. Los Establecimientos de Salud que tienen valores del Índice mayores al promedio son: Caja de Salud, Aguirre, Sapanani. Los Establecimientos de salud que tienen el valor del Índice de Integralidad más bajo son: Palca, Ichucollo, Chalviri.

## 2. Índice de Enfoque Familiar, Comunitario e Idoneidad Cultural

En la construcción del índice se han considerado variables relacionadas con el enfoque familiar del servicio, el enfoque comunitario y la idoneidad cultural diferenciando entre al área urbana y rural. Los resultados son presentados en el gráfico 16.

**Gráfico 16.** Índice de Enfoque familiar y comunitario del Municipio de Sacaba

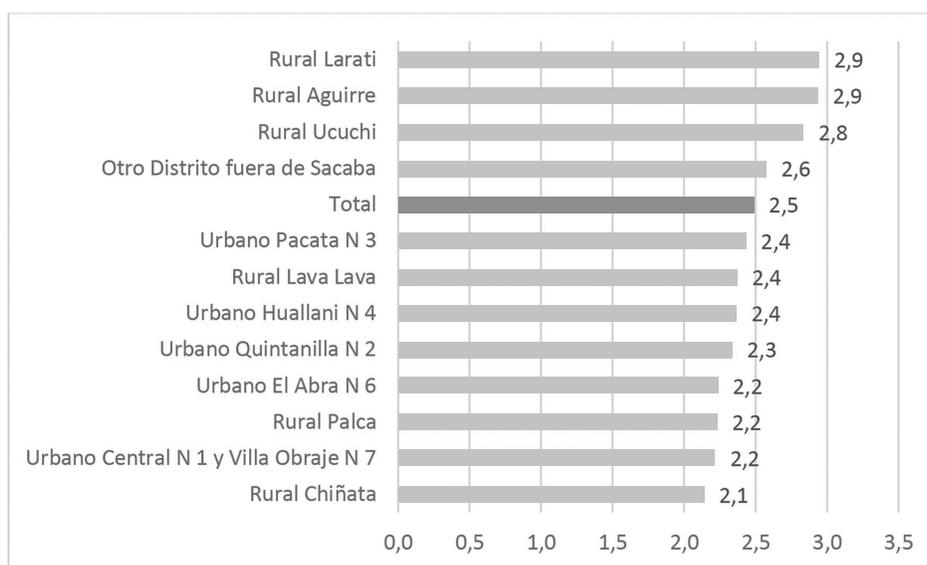


**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

Se observa diferencias estadísticamente significativas<sup>6</sup> para los valores del Índice de enfoque familiar y comunitario (IEFC). El valor del IEFC es superior en el área rural comparativamente al área urbana.

El índice del enfoque familiar, comunitario y la idoneidad cultural ha sido calculado diferenciando los distritos. Los resultados son presentados en el gráfico 17.

**Gráfico 17.** Índice de Enfoque familiar y comunitario del Municipio de Sacaba por Distrito



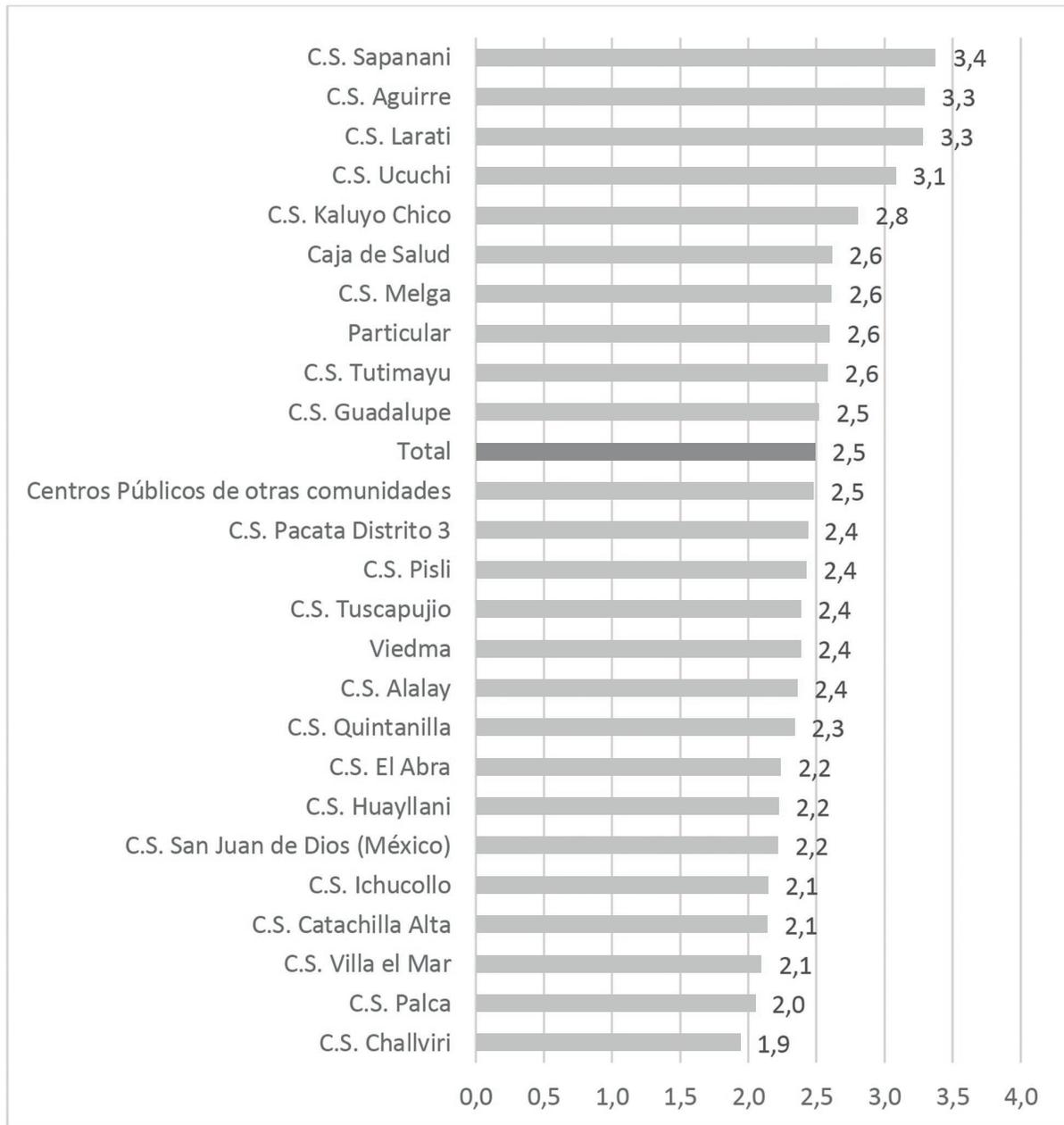
**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

El valor promedio del Índice de enfoque familiar, comunitario e idoneidad cultural (IEFCI) para el Municipio de Sacaba es igual a 2,5. Existen 4 Distritos que tienen un IEFCI por encima del promedio: Larati, Aguirre, Ucuchi. Los Distritos con los niveles más bajos del IEFCI son; Chiñata, Central N1 y Villa Obraje N7, Palca y El Abra.

<sup>6</sup>  $t = -3,706$  y un p-value igual a 0,000

El índice del enfoque familiar, comunitario y la idoneidad cultural ha sido calculado diferenciando los Establecimientos de Salud. Los resultados son presentados en el gráfico 18.

**Gráfico 18.** Índice de Enfoque familiar y comunitario del Municipio de Sacaba por Establecimiento de Salud



**Fuente:** Elaborado en base a PCAT 2019.

Los Establecimientos de Salud que tienen los valores más altos del Índice de Enfoque familiar, comunitario e idoneidad cultural son: Sapanani, Aguirre, Larati, Ucuchi. Los Establecimientos de Salud con el valor más bajo de IEFC son Chalvini, Palca Catachiilla Alta.

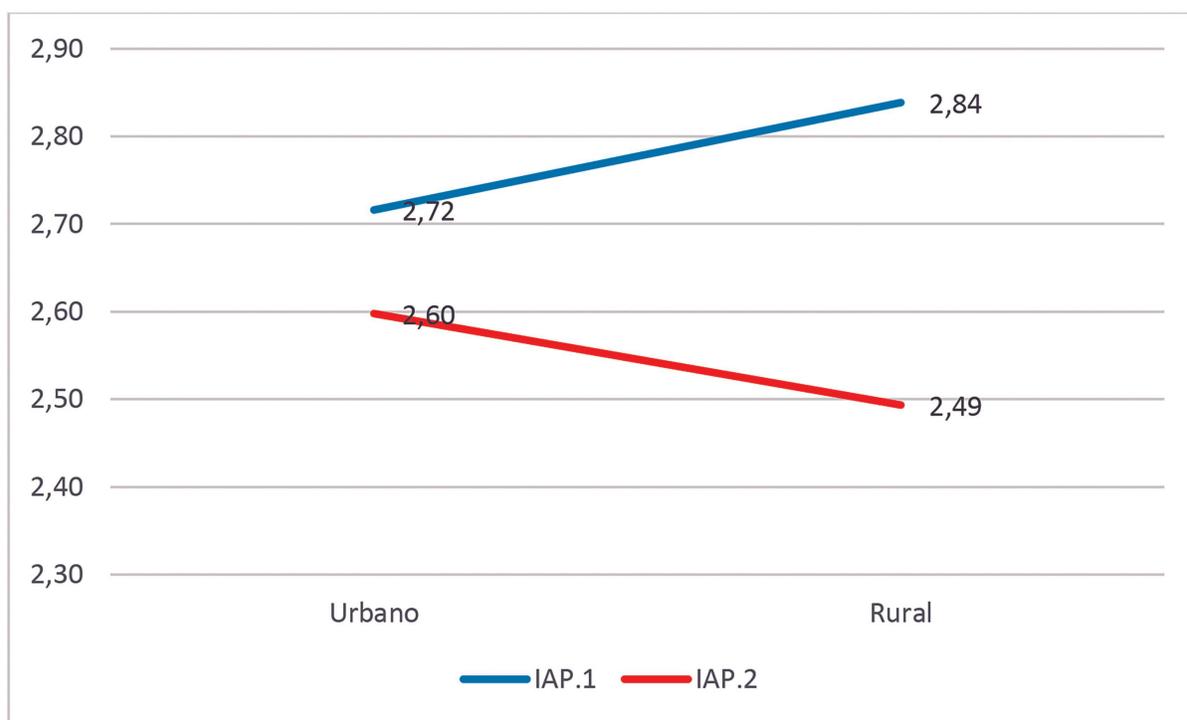
## Comparación de las percepciones de proveedores y usuarios

En esta sección, se comparan los índices de atención primaria, índice de atención primaria extendida y el índice de atención primaria, Enfoque familiar comunitario e idoneidad cultural entre las valoraciones de los proveedores y los usuarios.

### a) Comparación del Índice de Atención Primaria

El valor del Índice de Atención Primaria para los proveedores de salud igual a 2,79 es superior al valor estimado del índice por los usuarios igual a 2,53. El gráfico 19 muestra la diferencia observada diferenciando los establecimientos de salud del área urbana y rural del Municipio de Sacaba.

**Gráfico 19.** Índice de Atención Primaria. Proveedores y usuarios según área urbana y rural

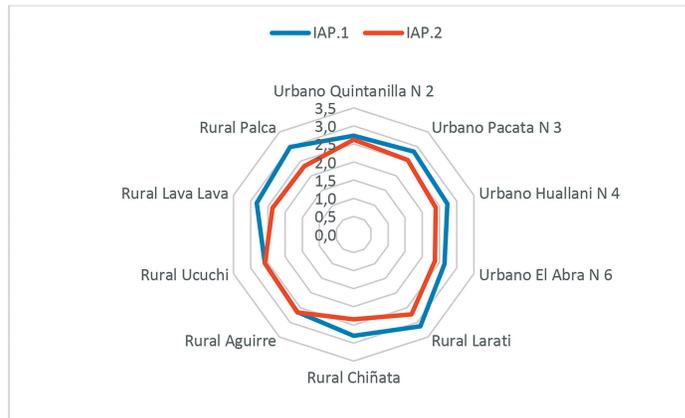


**Fuente.** Elaborado en base a PCAT 2019.

La diferencia del Índice de Atención Primaria entre proveedores y usuarios es más importante en el área rural comparado al área urbano.

Se han realizado las estimaciones del Índice de Atención Primaria para proveedores de salud y los usuarios diferenciando los Distritos del Municipio de Sacaba. El gráfico 20 muestra los resultados de las estimaciones del índice. Se debe notar que no se consideran el distrito Urbano Central 1 y Villa Obrajes N 7 y los otros Distritos fuera del Municipio de Sacaba debido a que no se tienen datos del índice para proveedores.

**Gráfico 20.** Índice de Atención Primaria. Proveedores y usuarios según Distrito



Fuente: Elaborado en base a PCAT 2019.

IAP1 corresponde a la estimación del Índice de Atención Primaria de los proveedores de salud y IAP2 corresponde al grupo de usuarios. En general se observa un valor del Índice de Atención Primaria de los proveedores más alta que los usuarios. En los Distritos de Rural Ucuchi y Rural Aguirre los valores son prácticamente similares.

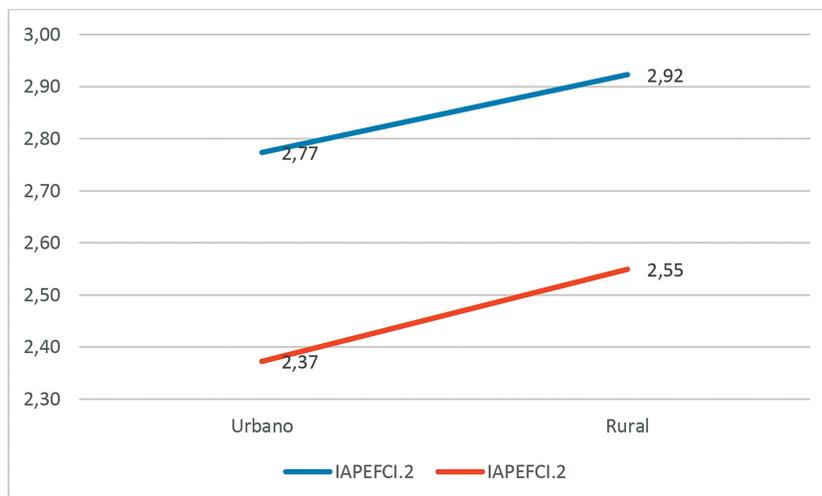
Las comparaciones de las percepciones de los proveedores y usuarios para el Índice de Atención Primaria a nivel de Establecimientos de salud, en general son diferentes. Los proveedores dan una valoración más alta.

b) Comparación del Índice de Atención Primaria, Enfoque Familiar, Comunitario e Idoneidad Cultural

El Índice de atención primaria Enfoque Familiar Comunitario e Idoneidad Cultural para proveedores igual a 2,87 es superior al de los usuarios igual a 2,49. Se debe notar que esta diferencia es más alta comparativamente a las diferencias observadas para el Índice de Atención Primaria y el Índice de Atención Primaria Extendida.

El gráfico 21 muestra las diferencias del Índice de Atención Primaria Enfoque Familiar Comunitario e Idoneidad Cultural.

**Gráfico 21.** Índice de Atención Primaria Enfoque Familiar Comunitario e Idoneidad Cultural. Proveedores y usuarios según área urbana y rural

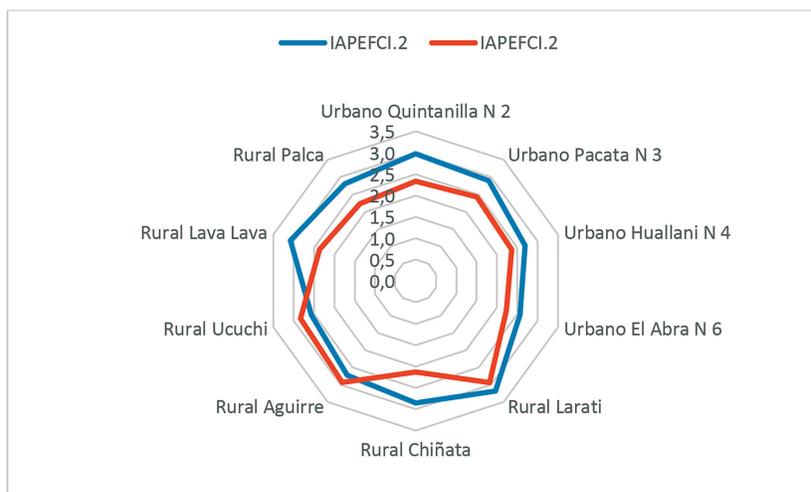


Fuente: Elaborado en base a PCAT 2019.

Las diferencias entre el área urbana y rural son prácticamente iguales.

El gráfico 22 muestra las diferencias del Índice comparando los proveedores de salud y usuarios diferenciando por Distrito.

**Gráfico 22.** Índice de Atención Primaria Enfoque Familiar Comunitario e Idoneidad Cultural. Proveedores y usuarios según Distrito

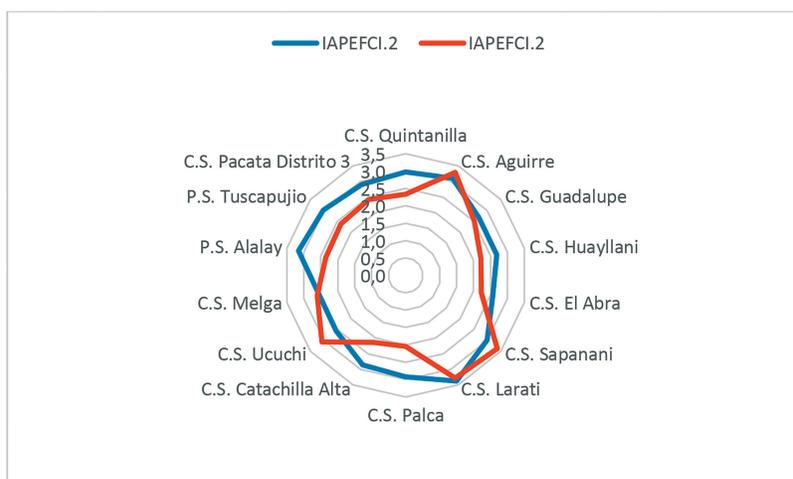


**Fuente.** Elaborado en base a PCAT 2019.

Las estimaciones de los Distritos Rural Ucuchi y Rural Aguirre tiene Índices más altos para los usuarios comparativamente a los proveedores.

El gráfico 23 muestra las diferencias del Índice comparando los proveedores de salud y usuarios diferenciando por Establecimiento de salud.

**Gráfico 23.** Índice de Atención Primaria Enfoque Familiar Comunitario e Idoneidad Cultural. Proveedores y usuarios según establecimiento de salud



**Fuente.** Elaborado en base a PCAT 2019.

En los establecimientos de salud de Ucuchi, Sapanani y Aguirre se tienen estimaciones mayores para los usuarios comparativamente a los proveedores de salud.

## **B. SENSIBILIZACIÓN Y TAMIZAJE PARA PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

### **Estrategia para llegar a las comunidades**

Para alcanzar los resultados del proyecto Thani Warmi, se trabajó bajo los enfoques: comunitario integral, de género en el desarrollo y procesos de empoderamiento. Dos aspectos fueron trabajados y consolidados: a) “Red de dialogo” entre el equipo técnico del proyecto, autoridades municipales, de salud, y la sociedad civil organizada. b) Construcción de conocimientos basados en la sensibilización y/o concienciación de la situación que se aborda para coadyuvar en la intervención social y la participación comunitaria en el proceso.

### **Socialización del proyecto**

Se realizaron presentaciones del proyecto entre autoridades, el personal de salud, y en reuniones de organizaciones sociales así como cabildeo con líderes y dirigentes. Esta actividad no solo informó, sino, también permitió generar una red de diálogo entre los participantes. Este proceso más la comunicación masiva mediante entrevistas en televisión y radio permitió obtener los siguientes productos:

- Una amplia socialización del proyecto.
- Acuerdos de trabajo interinstitucional.
- Un cronograma consensuado de intervención en las comunidades.
- Alianzas estratégicas con las organizaciones sociales de base para el desarrollo de las capacitaciones a promotoras de salud, campañas de sensibilización, auto toma y aplicación de encuestas.
- Cursos de capacitación y actualización al personal de salud

Los acuerdos de trabajo entre socios y el Municipio de Sacaba ayudaron a: la apertura de los centros de salud y la participación del personal en los eventos de capacitación, campañas de sensibilización, tamizaje, seguimiento y la participación en la encuesta PCAT.

Consensuar un cronograma de intervención en las comunidades ha permitido que el personal de salud, la dirigencia comunitaria y el equipo de trabajo de campo se movilice para alcanzar las metas de tamizaje y aplicación de encuestas (ver anexo cronograma).

### **Capacitación del personal de salud**

Los cursos de capacitación y actualización orientados al personal de salud combinaron las siguientes modalidades: dos cursos con asistencia masiva de médicos y enfermeras, capacitaciones locales en los centros de salud antes y durante las intervenciones y pasantías en CIES.

Los temas abordados fueron: cáncer cervical actualización, virus del papiloma humano, prevención de cáncer cervical, métodos de tamizaje que incluye Papanicolaou , IVVA, y métodos moleculares de detección de VPH, introduciendo la Auto Toma como una alternativa estratégica de tamizaje en la prevención de cáncer cervical.

### **Capacitaciones a promotoras de salud**

Se capacitaron mujeres de las comunidades y médicos del programa “Mi Salud” para las campañas de Auto Toma y aplicación de la encuesta PCAT. En la capacitación se abordaron los siguientes ejes temáticos: el Virus del Papiloma Humano y su relación con el cáncer cervical, prevención y presentación de la estrategia de la Auto Toma. También se explicó sobre el manejo de materiales, estrategias de campaña educativa y técnicas de registro de datos. El lenguaje de comunicación fue principalmente en español, se contó con el apoyo de un profesional para la traducción en quechua en caso necesario. El proyecto proporcionó los materiales para la encuesta y el trabajo de campaña educativa (cartilla, trípticos, carteles con contenidos en la temática), que fue entregada en una bolsa con la identificación del proyecto.



### Equipo de trabajo de campo

Se conformó un equipo multidisciplinario y transdisciplinario. Participaron miembros de las instituciones socias que incluyó, médicos, sociólogos, biólogos y bioquímicos, además de otros colaboradores. También participaron médicos y enfermeras de los centros de salud y promotores de salud (mujeres y varones) previamente capacitados (tabla N° 5). El conocimiento de las familias, comunidades y las relaciones ya establecidas con la población por parte de los médicos del programa mi “Mi salud”, y de las promotoras, sobre todo en las áreas rurales, fue importante para generar confianza y un mejor acercamiento a la población.

**Tabla N° 6.** Sacaba 2019 Número de promotores en salud que participaron en el proyecto.

Promotores		Frecuencia	%
Comunarios y/o dirigentes		34	56,7
Personal de salud, médicos, enfermeras		26	43,3
<b>Total</b>	64 personas	60	100

**Fuente:** Base de datos Thani Warmi

### Estrategias de comunicación

En el municipio de Sacaba, existe un continuum rural urbano por el estilo de vida y la movilidad de la población, en algunos casos con una doble residencia. Para la comunicación fue fundamental la identificación de líderes y la participación de profesionales del proyecto en espacios de reunión masiva (asambleas, reuniones de sindicatos y otros). Fue fundamental el uso de teléfonos móviles y la aplicación de WhatsApp utilizado por las organizaciones sociales y las mujeres de las comunidades.

### Campañas de sensibilización y auto toma (AT)

Se organizaron ocho campañas de cinco días de trabajo (ver anexo 1 cronograma de intervenciones), las muestras se recogieron en 37 puntos de intervención, el lugar de referencia fue en la mayoría de los casos los centros de salud de las comunidades.

El trabajo coordinado entre los sociólogos, médicos del proyecto con los líderes comunitarios y directores y/o personal de salud más el trabajo en avanzada de las promotoras, permitió concentraciones de mujeres en los puntos de campaña. Esta coordinación y la predisposición de las mujeres durante las campañas, permitió recoger paralelamente a la AT, muestras para Papanicolaou y también que se realicen procedimientos IVAA en los centros de salud. Algunas mujeres, fuera de rango de la edad, se favorecieron únicamente de PAP y/o IVAA.

En 5 meses de intervención se obtuvieron en total 3.075 muestras. Es interesante observar que 7 mujeres se tomaron su muestra dos y hasta tres veces en lugares distintos (6 duplicados y un triplicado). Únicamente tres muestras fueron rechazadas por muestra insuficiente o falta de datos en el formulario. Estas 10 muestras (0.36%) fueron detectadas durante el registro o análisis de laboratorio y depuradas de la base de datos.

Si bien la recolección de muestras se realizó por comunidades, para sintetizar los datos espacialmente se congregaron en distritos. El número de muestras recolectadas por distrito esta descrita en la tabla N° 6.

**Tabla N° 7. Sacaba 2019 Número de muestras por distrito**

<b>Distritos</b>	<b>n° muestras</b>	<b>Porcentaje</b>
Distrito Urbano Central N°1	246	8,0
Distrito Urbano Quintanilla N°2	343	11,2
Distrito Urbano Pacata N°3	156	5,1
Distrito Urbano Huayllani N°4	85	2,8
Distrito rural Larati N°5	207	6,7
Distrito Urbano El Abra N°6	470	15,3
Distrito Urbano Villa Obrajes N°7	258	8,4
Distrito rural Chiñata	340	11,1
Distrito rural Aguirre	128	4,2
Distrito rural Ucuchi	51	1,7
Distrito rural Lava Lava	459	15,0
Distrito rural Palca	300	9,8
otros	22	0,7
<b>Total</b>	<b>3065</b>	<b>100,0</b>

\* se excluyeron muestras rechazadas

Fuente: Base de datos Thani Warmi

### Rango de edad de la población en estudio

Si bien el objetivo del tamizaje fueron mujeres entre 25 y 55 años, en la práctica se incluyeron algunos casos de mujeres fuera de ese rango de edad, ya que ellas alegaron su “derecho” a realizarse la prueba, estar casadas, tener hijos, ante su perseverante insistencia se autorizó la Auto Toma en algunos casos. La media de la edad es 36,85 años, la moda 25 años; la edad mínima 17 años y la máxima 60 años. Como se observa en la tabla N° 7, el número de mujeres fuera del rango previsto es mínimo, donde el 96.4% de la población corresponde al rango de edad programado.

**Tabla N° 8. Sacaba 2019 Número de muestras por grupo de edad**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Menores a 25 años	60	2,0
25 - 55	2958	96,4
56 años y más	25	0,8
Sin edad declarada	25	0,8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos Thani Warmi

### Prevalencia de VPH-AR

La tabla N° 8, muestra los resultados por comunidad, detallando en número de mujeres VPH positivas y su prevalencia en la comunidad.

El número de muestras VPH AR positivas sin considerar el rango de edad fue de 280/3065 (9,14%). El promedio de la prevalencia en los grupos analizados fue de 9,90 %. Se encontraron prevalencias bajas como 0 a 4 %, principalmente en zonas rurales y prevalencias elevadas en áreas urbanas periurbanas que van desde 9% a 17.8 %.

**Tabla N° 9.** Sacaba 2019 Prevalencia de VPH-AR en la poblacion total.

Comunidad	Tamizaje (numero)					Prevalencia VPR-AR(%)
	Total de Muestras	Duplicadas	Rechazadas	Total muestras validas	VPR-AR+	
Abra	110			110	5	4,5
Aguirre	128			128	8	6,3
Alalay	253	2		251	19	7,6
Buena Vista	114			114	9	7,9
Catachilla	220			220	18	8,2
Chacacollo	122		1	121	13	10,7
Challviri	36			36	3	8,3
Chimboco	145			145	14	9,7
Curubamba	33		1	32	6	18,8
Entre Rios	60			60	4	6,7
Guadalupe	50			50	8	16,0
Huayllani	72			72	7	9,7
Ichucollo	65			65	8	12,3
Kaluyo	43			43	2	4,7
Korihuma 1	35			35	4	11,4
Korihuma 2	58			58	4	6,9
Larati	91	1		90	3	3,3
Lava lava	59			59	9	15,3
Lomas 14 de Agosto	60			60	5	8,3
Lopez Rancho	12			12	1	8,3
Melga	27			27	2	7,4
Molle Molle	29			29	5	17,2
Pacata	100		1	99	13	13,1
Palca	127			127	9	7,1
Pisli - Palca Grande	29			29	5	17,2
Pucara	89			89	8	9,0
Puntiti	35			35	1	2,9
Quintanilla	63			63	4	6,3
Sacaba Central	90			90	16	17,8
Sapanani	143	3		140	11	7,9
Tuscapujio	170			170	17	10,0
Tutimayu	120			120	13	10,8
Ucuchi	24			24	2	8,3
Villa Mar	11	1		10	0	0,0
Villa Obrajes	208			208	15	7,2
Villa Paraiso	21			21	0	0,0
Otro*	23			23	9	39,1
<b>TOTAL</b>	<b>3075</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>3065</b>	<b>280</b>	<b>9,1</b>

\* Incluye muestras de areas urbanas no programadas

Fuente: Base de datos Thani Warmi

El análisis de la información agrupada por distritos se muestra en la Tabla N° 9.

**Tabla N° 10.** Sacaba 2019 Prevalencia de VPH-AR por distrito.

<b>Distritos</b>	<b>n° muestras</b>	<b>VPH-AR pos</b>	<b>Porcentaje</b>
Distrito Urbano Central N°1	246	30	12,2
Distrito Urbano Quintanilla N°2	343	32	9,3
Distrito Urbano Pacata N°3	156	21	13,5
Distrito Urbano Huayllani N°4	85	7	8,2
Distrito rural Larati N°5	207	14	6,8
Distrito Urbano El Abra N°6	470	36	7,7
Distrito Urbano Villa Obrajes N°7	258	20	7,8
Distrito rural Chiñata	340	31	9,1
Distrito rural Aguirre	128	8	6,3
Distrito rural Ucuchi	51	4	7,8
Distrito rural Lava Lava	459	41	8,9
Distrito rural Palca	300	27	9,0
otros	22	9	40,9
<b>Total</b>	<b>3065</b>	<b>280</b>	<b>9,1</b>

**Fuente:** Base de datos Thani Warmi

La prevalencia de VPH-AR en los distritos clasificados como urbanos es ligeramente superior (9.8%), a la encontrada en los distritos rurales (8.2%). Las prevalencias más altas están en el distrito Central N° 1 con 12.2% y Pacata D-3 con 13.5%.

### Prevalencia de VPH-AR por edad

El análisis de prevalencia por edad muestra que la prevalencia de VPH-AR disminuye con la edad. Siendo en promedio la prevalencia 8.8% de VPH-AR en mujeres de 25 a 45 años. Esta prevalencia parece aumentar ligeramente en mujeres mayores de 56 años de edad (Tabla N° 10).

**Tabla N° 11.** Sacaba 2019 Prevalencia de VPH-AR por rango de edad

<b>Grupo de edad</b>	<b>Resultado VPH-AR</b>		
	<b>n° de muestras</b>	<b>n° muestras VPH-AR positivo</b>	<b>%</b>
Menores a 25 años	60	11	18,3
25 - 35	1449	166	11,5
36 - 45	914	57	6,2
46 - 55	592	44	7,4
56 años y más	25	2	8,0
<b>Total</b>	<b>3040</b>	<b>280</b>	<b>9,2</b>

**Fuente:** Base de datos Thani Warmi

## Estrategia de entrega de resultados y seguimiento

Los resultados del test de VPH, como los de PAP fueron entregados en un lapso no mayor a 1 mes, en sobre cerrado. Estos sobres fueron devueltos por el personal de salud encargado bajo dos listas, una contenía la nómina total de mujeres que participaron en la campaña como constancia del compromiso de entrega de resultados de los test realizados y otra nómina de las pacientes positivas con el dato de referencia (N° celular), para facilitar la convocatoria al seguimiento respectivo.

El seguimiento de mujeres VPH-AR positivas fue principalmente realizado por el médico de CIES. La participación de los médicos mi Salud y en muchos casos las enfermeras, jugó un rol crucial en el contacto con las mujeres para el seguimiento.

Para el seguimiento se implementó dos estrategias, convocar a las mujeres VPH-AR positivas a CIES o a su Centro de Salud para realizar el PAP e IVAA como triaje.

Pacientes con lesiones de bajo grado (LIE-BG o PAP II) inflamatorio o un IVAA sospechoso fueron referidas a colposcopia y en algunos casos se tomó una biopsia dirigida para el estudio histopatológico. La colposcopia y la biopsia se realizaron inicialmente en CIES y luego en el hospital México. Para los tratamientos que consistían en crioterapia, conización o histerectomía las paciente fueron derivadas a centros de referencia como el hospital México o Viedma.

## Hallazgos Clínicos

De las 280 mujeres VPH-AR positivas (de todas las edades), 118 (42.3%) tuvieron seguimiento por solo PAP o IVAA (11%), la mayoría (88.9 %) por ambos procedimientos.

El número de casos de lesiones NICI, se encuentra más frecuentemente en mujeres jóvenes (25-30 años). La frecuencia de mujeres con lesiones de tipo NIC II, es mayor en el rango de edad de 45 a 63 años. Por el contrario en mujeres de entre 46 y 55 no se detectó lesiones de bajo grado pero sí se encontró un caso con lesion de alto grado (NIC II), como se puede ver en la Tabla N° 11.

**Tabla N° 12.** Sacaba 2019 Casos con lesiones preneoplásicas

Grupo de edad	Tipo de lesiones (histopatología)		
	NIC I	NIC II	NIC III
Menores a 25 años	1	0	0
25 - 35	10	6	0
36 - 45	5	3	1
46 - 55	3	0	0
56 años y más	0	0	0
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

**Fuente:** Base de datos Thani Warmi

Con este triaje se logró detectar a 19 mujeres con lesiones de bajo grado (NIC I) y 10 mujeres con lesiones de alto grado (NIC II y III). En la figura 3, se muestra una síntesis de tamizaje y seguimiento.

Por otro lado 139 mujeres VPH-AR negativas se realizaron el PAP e IVVA, (Tabla N° 12). De las mujeres que se realizaron el PAP, 7,1% (20/281) fueron detectadas con lesiones de bajo grado. Se detectó un ASCUS que fue VPH-AR negativo pero IVAA positivo. Aproximadamente el 48.9% (129/264) de las mujeres que se hicieron el IVAA, fueron positivas, probablemente relacionado a una infección.

**Tabla N° 13.** Sacaba 2019 Casos positivos para PAP e IVAA en mujeres VPH-AR positivos y negativos

Mujeres en seguimiento	PAP				IVAA	
	n	PAP II	PAP III	ASCUS	n	Pos
VPH Positivas	109	96	10*	1	114	60
VPH Negativas	172	155	10*		150	69
Total	281	251	20		264	129

\*LIE BG (Lesiones intraepiteliales de bajo grado)

Fuente: Base de datos Thani Warmi

<b>Papanicolaou clase I</b>	Ausencia de células anormales.
<b>Papanicolaou clase II</b>	Alteraciones celulares benignas, generalmente causadas por proceso inflamatorios.
<b>Papanicolaou clase III</b>	Presencia de células anormales (incluyendo NIC 1, NIC 2 y NIC.
<b>Papanicolaou clase IV</b>	Citología sugestiva de malignidad.

### Porcentaje de seguimiento por distrito

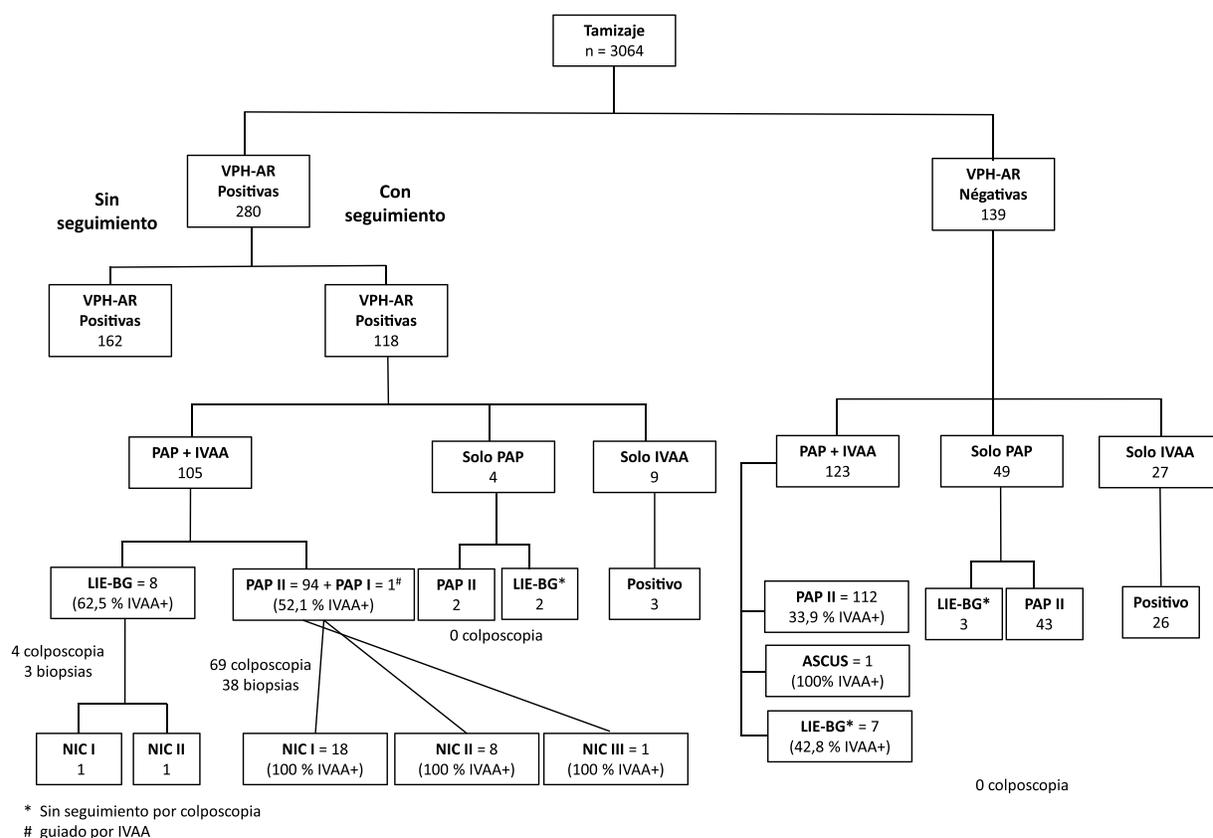
De las 280 mujeres VPH-AR positivas, 118 tuvieron al menos un test de triaje. El proyecto se enfocó principalmente en seguimiento de mujeres de 25 años o mayores. El seguimiento a mujeres en este rango de edad fue de 42.5%. El porcentaje de seguimiento en general fue de 43.7% (tabla N° 13).

**Tabla N° 14.** Sacaba 2019 Seguimiento de pacientes VPH- AR positivas

Distritos	HPV Pos	Seguimiento	% seguimiento
Distrito Urbano Central N°1	30	5	16,7
Distrito Urbano Quintanilla N°2	32	18	56,3
Distrito Urbano Pacata N°3	21	10	47,6
Distrito Urbano Huayllani N°4	7	5	71,4
Distrito rural Larati N°5	14	6	42,9
Distrito Urbano El Abra N°6	36	18	50,0
Distrito Urbano Villa Obrajes N°7	20	8	40,0
Distrito rural Chiñata	31	17	54,8
Distrito rural Aguirre	8	7	87,5
Distrito rural Ucuchi	4	2	50,0
Distrito rural Lava Lava	41	12	29,3
Distrito rural Palca	27	11	42,3
otros	9	3	33,3
Total	280	122	43,7

Fuente: Base de datos Thani Warmi

**Figura N° 3.** Sacaba 2019 Síntesis de Resultados de Tamizaje y Seguimiento



### Cuidado de la salud reproductiva

La encuesta gineco obstétrica y prácticas del cuidado de la salud reproductiva, muestra los siguientes resultados: de las 3.065 mujeres que se realizaron la Auto Toma, 98 no respondieron a la encuesta, por este motivo se presentan los datos de 2.967 mujeres encuestadas.

### Papanicolaou en los últimos tres años

La prueba de Papanicolaou es el método más utilizado para la prevención de cáncer cérvico uterino, y es promocionado por los centros de salud, generalmente en campañas anuales. A la consulta ¿se realizaron la prueba en los últimos tres años?, casi la mitad señaló que no lo hizo. En el grupo de edad 25 – 55 años, la diferencia entre las que realizaron PAP y aquellas que no lo hicieron es solo 2,4% (Tabla N° 14).

**Tabla N° 15.** Sacaba 2019 Mujeres que se realizaron Papanicolaou en los últimos tres años.

Grupo de edad	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Menores a 25 años	21	36,8	37	63,2	57	100
25 - 55	1432	51,2	1365	48,8	2797	100
56 años y más	12	50,0	12	50,0	24	100
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>50,9</b>	<b>1413</b>	<b>49,1</b>	<b>2878</b>	<b>100</b>

Se excluyen 77 casos que no respondieron a la pregunta

Fuente: Base de datos Thani Warmi

## Uso de anticonceptivos

Para conocer el uso de métodos de planificación familiar, se consultó sobre el uso de anticonceptivos a las mujeres que tienen menstruación, 36,2 % señaló que usan anticonceptivos (Tabla N° 15). Los métodos anticonceptivos especificados que más usan son los inyectables y el implante en el brazo.

**Tabla N° 16.** Sacaba 2019 Actualmente ¿usa algún método anticonceptivo?

Anticonceptivo	n	%
Calendario/ritmo	86	3,3
Inyectable	249	9,5
T de cobre/DIU	151	5,7
Implante en el brazo	186	7,1
Otro	281	10,7
Ninguno	1676	63,8
<b>Total</b>	<b>2629</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos Thani Warmi

Nota: Se excluyen 19 casos sin respuesta

En la población de estudio, el 6,1% de las mujeres señaló que no se ha embarazado. Entre las que si se embarazaron (2.791 casos), el promedio de embarazos es de 3,89, el número mínimo de embarazos es 1 y el máximo 16 (Tabla N° 16).

**Tabla N° 17.** Sacaba 2019 Número de embarazos por grupo de edad

Numero	Menores a 25 años		25 - 46		47 años y más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	13	22,4	158	6,7	10	1,9	181	6,1
1	14	24,1	306	12,9	22	4,1	342	11,6
2 - 3	26	44,8	954	40,4	105	19,7	1085	36,7
4 - 5	5	8,6	623	26,4	140	26,3	768	26,0
6 y mas	0		323	13,7	255	47,9	578	19,6
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>2364</b>	<b>100</b>	<b>532</b>	<b>100</b>	<b>2954</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos Thani Warmi

El embarazo empieza a edad temprana, puesto que entre las menores a 25 años se registraron mujeres que tuvieron 4 a 5 embarazos; en el caso de las mujeres de 47 años y más, el 47,9% ha tenido 6 o más embarazos (Tabla N° 16).

Por otro lado, entre las 2.791 mujeres que se embarazaron, 1.162 mujeres (41,6%) declararon haber tenido pérdidas o fracasos. El promedio de fracasos es 1,49, el mínimo 1 y el máximo 10.

Con respecto a la relación parto normal / cesárea, 66,2% señaló haber tenido parto normal y 33,8% cesárea. Otra consulta realizada fue respecto al parto domiciliario, 28,1% declaró haber tenido algún parto en su domicilio u otro lugar que no sea un centro de salud.

En cuanto al control médico durante su último embarazo, 85 mujeres no respondieron la pregunta, entre las que respondieron, 86,9% declara haber asistido a su control médico.

## *Discusión y conclusiones*

El proyecto Thani-Warmi se inicia con el propósito de realizar un diagnóstico para identificar elementos que permitan reforzar los primeros niveles del sistema de salud con enfoque comunitario, aplicando una estrategia contextualizada de prevención de cáncer cérvico uterino.

El proyecto es fruto de la sinergia entre universidades, organizaciones de la sociedad civil y el municipio de Sacaba.

La participación comunitaria es un eje de la Atención Primaria en Salud.

Las organizaciones de base en las comunidades acumulan un conjunto de factores que actúan sinérgicamente para atender múltiples necesidades como ser: problemas de servicios básicos, infraestructura comunitaria, temas educativos entre otros. Con el proyecto Thani Warmi palpamos de cerca la potencialidad de la organización social para trabajar colaborativamente con los centros de salud. En general hay un vínculo cercano entre los médicos y enfermeros comunitarios y la población tanto a nivel familiar como comunitario. En la comunidad este personal de salud participa de reuniones y actividades colectivas y aprovecha de estas oportunidades para educar y orientar a la población, en temas de salud.

Dirigentes, personal de salud y equipo técnico mancomunamos los esfuerzos para alcanzar la meta de llegar a las mujeres para la prevención de cáncer cervical.

Para lograr este diálogo entre la comunidad, las autoridades locales, el personal de salud y equipo técnico fue fundamental consensuar una visión común sobre la meta y su importancia por cada actor. Con la visión compartida se logró un proceso colaborativo tomando en cuenta los sentires, pareceres, valorando el conocimiento y la experiencia de cada actor involucrado. El enfoque transdisciplinar es una oportunidad para asumir estos proyectos combinando la experticia de cada disciplina con los saberes locales, incluyendo las experiencias organizativas de manejo del consenso y la disidencia. En la práctica concreta del proyecto fue necesario lidiar con estos aspectos y encontrar maneras para que los conflictos particulares de la coyuntura política no afecten las metas.

El enfoque de atención primaria como eje fundamental para trabajar con familias, comunidades y abordar temas de prevención fue fortalecido con la Ley SAFCI y la Ley contra la Discriminación durante más de 10 años. Se observaron los logros de poner la salud más cercana a la población con 21 centros y puestos de salud en los 12 distritos de Sacaba y la atención domiciliaria.

Algunos centros, a pesar de sus dificultades (distancia, poco personal, infraestructura), logran obtener la confianza de las familias y comunidades como ejemplo: Sapanani, Larati, Aguirre y Ucuchi. Se observó que algunas comunidades colaboran, habilitando espacios para la atención de la salud. Estos son indicadores de la capacidad de gestión en salud de las organizaciones sociales.

Esta participación y gestión de la comunidad ya fue articulada durante la renovación de la atención primaria en (1978, Alma Ata) y sigue reconocido como base de un sistema de salud funcional para lograr salud integral centrada en la persona (2008, OMS) y en el camino hacia acceso universal a la salud.

Bolivia tomó pasos importantes hacia esta salud universal con el bono Juana Azurduy de Padilla, una estrategia para alcanzar una atención oportuna a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años, y con la ley 475, que incluye atención a las personas mayores a 60 años. Además en marzo 2019 se inicio el seguro unico de salud con un paquete de servicios de salud disponible para toda la población Boliviana independientemente de su edad.

Por otro lado, el programa “Mi Salud” ha logrado romper la barrera tradicional entre el personal de salud y la comunidad. El personal “Mi Salud” ve la salud individual y familiar, ubica personas que necesitan seguimiento en la comunidad en un mapa situacional que esta visualmente disponible en cada centro de salud.

El cuestionario PCAT da una imagen de la funcionalidad de los diferentes centros de salud de primer nivel de Sacaba. Tres centros de salud se destacan por un funcionamiento superior en casi todas las funciones de la atención primaria (Larati, Sapanani y Aguirre). Sería interesante explorar las características de estos centros en mayor profundidad para tomarlos como modelo. Los resultados de la encuesta son una base para identificar las fortalezas y puntos a trabajar por cada centro de salud.

Esta estructura fortalecida ha permitido introducir una nueva estrategia de tamizaje para la prevención de cáncer cérvico uterino como un proyecto piloto. Hemos costatado que la coparticipacion de la comunidad con el personal de su centro de salud cercano se costituye en una ventaja.

El interes por parte de las mujeres en adoptar una forma de muestreo diferente al clásico procedimiento del PAP , permite romper barreras socio-culturales. En este estrategia es necesaria la participación del personal de salud para entregar la información sobre los procedimientos, el significado del test y la correcta interpretacion de resultados y realizar el seguimiento a las mujeres con riesgo de cáncer cérvico uterino.

Desde ese punto de vista la adopción de cualquier estrategia de prevención en los centros de primer nivel debe implicar una excelente relación comunidad – centro de salud. Que parece estar fortalecida en las áreas rurales y que tiene que ser mejorada en las áreas urbanas.

Un ejemplo de lo señalado, es el centro de salud Aguirre que ha demostrado una buena comunicación entre el personal de salud y la organización social con sus promotoras seleccionadas. Esta comunicación ha permitido una mejor convocatoria en las campañas, generando confianza con la población. La implicación del personal ha permitido un buen seguimiento de las señoras en riesgo de cáncer cérvico uterino.

## Opiniones sobre el proyecto

“En un inicio han rechazado la auto toma porque pensaron que iba a ser lo mismo que el Papanicolau, que iban a ir a un consultorio que el médico les sacaría la prueba y que iba a tardar el resultado, que es la principal preocupación de las señoras. El día de la auto toma se han sorprendido porque ni diez minutos ha sido, por eso para el año han pedido más cupos” (Entrevista promotora del Distrito 2).

“Las mujeres se han convencido que la auto toma nos hacemos con manos propia, han avisado a sus conocidas y ellas han venido a preguntarme y decirme que querían hacerse la auto toma, pero no es suficiente saber que tenemos el virus (Entrevista a Rosa Olguin, Promotora Tuskapujyu).

Entre Papanicolaou y auto toma, yo prefiero la auto toma porque es más fácil y es menos doloroso (Usuaría del Distrito Ucuchi).

Lo importante del proyecto es que ha beneficiado a muchas mujeres, sobre todo gente humilde, las mujeres que vienen de las comunidades y que a veces tienen temor hasta de preguntar (Dirigente de El Abra).

El Proyecto Thani Warmi, trabajo en el municipio de Sacaba distrito Lava Lava en beneficio de las mujeres con el laboratorio de identificación de casos de cáncer de cuello uterino de auto toma, donde había mucha participación porque se hizo coordinación con las organizaciones locales, instituciones, insumos adecuados, el equipo realizó un trabajo incondicional. Felicitarles por la gentileza y apoyo que brindaron en su momento (Florinda Arnez Asociación de Regantes).

### **En mi comunidad ha sido una ayuda grande ya que la mayoría de las mujeres no van al médico porque:**

1. Por miedo a que le toque el médico
2. En el Centro de salud reciben malos tratos o los resultados tardan mucho
3. Sus maridos por machistas no dejan ir a sus controles.

Por tanto este proyecto piloto Thani Warmi para detectar el virus del papiloma humano, ha sido una gran bendición para todas las comunidades. (Sra. Delicia Ledezma Promotora de Salud el Abra).

**Cronograma trabajo campo Thani Warmi**

**Proyecto de sinergia ares**

Nº	Lugar	Capacitación Promotoras	Campañas Auto Toma	Numero de Promotoras	Mi Salud	Mues. Prom.	Mues. Med.	Numero de Muestras
<b>1</b>	Melga	16/04/2019	22 al 26 de abril	1	0	60	60	120
	Aguirre, Ocuchi			1	1	60	60	120
	Tutimayu		6 al 10 mayo	3		180		180
	Catachilla, Chiñata			3		180		180
<b>2</b>	Tuscapujyo Lava Lava alta	17/05/2019	20 al 24 de mayo	6	2	312	108	420
	Alalay Lava Lava Baja		10 al 14 de junio	7	2	372	108	480
<b>3</b>	Sapanani	05/07/2019	8 al 13 de julio	5	1	254	51	305
	S.klein D2, D3			2		114		114
	Larati		29 al 31 de julio y 1-2 de agosto	7	1	315	51	366
	Villa Mar (Chimboco, Huayllani, San Jacinto)			2		115		115
<b>4</b>	Palca	12/08/2019	12 al 18 agosto	4		200		200
	Charliviri			2	1	100	50	150
	Ichicollo			1	1	50	50	100
	Kaluyo Chico			2		100		100
	Pisli			1		50		50
						<b>2462</b>	<b>538</b>	<b>3000</b>

# Referencias

- Alderman, J. (2016). The path to ethnogenesis and autonomy: Kallawayaya-consciousness in plurinational Bolivia (Doctoral dissertation, University of St Andrews).
- Artaraz K. (2012). Bolivia: Refounding the Nation. London: PlutoPress.
- Bermúdez, H., Salinas, W., Espada, A., & Muñoz, V. (2001). Reforma del sistema de salud de Bolivia, 1999. *Revista de Salud Pública*, 3(1s), 85-94.
- Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., de Oliveira, M., Starfield, B., Harzheim, B. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(1):30-9. 5.
- Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Gómez, D., Muñoz, J. et al. (2019). ICO/IARC information centre on HPV and cancer (HPV information centre). Human papillomavirus and related diseases in the world. Summary Report, 17.
- D'Avila, O. P., Pinto, L. F. D. S., Hauser, L., Gonçalves, M. R., & Harzheim, E. (2017). The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 855-865.
- Declaración de Moisés Gandhi, Chiapas 1997, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/906/90618647002.pdf>.
- Declaración de Alma Ata (1978), Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
- Declaración de Astaná. (2018). Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>.
- Declaración de Vallegrande 2017, Encuentro Internacional del Pensamiento del Che Médico, que organizamos y escribimos a los 50 años de su siembra histórica en Bolivia: <http://prensaindigena.org/web/pdf/DeVallegrande.pdf>
- Donabedian, A., Wheeler, J. R., & Wyszewianski, L. (1982). Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical care*, 975-992.
- Dzuba, I. G., Calderón, R., Bliesner, S., Luciani, S., Amado, F., & Jacob, M. (2005). A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 53-63.
- Estado plurinacional de Bolivia. (2009) Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz: Gobierno Boliviano.
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2013). Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico – Estratégico, versión didáctica.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A. et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Fries JF et al. (1992). Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
- Galindo P. (2002). Entre el hambre y la comida basura. CAES, Madrid.
- Gwatkin, D. R., Bhuiya, A., & Victora, C. G. (2004). Making health systems more equitable. *The Lancet*, 364(9441), 1273-1280.
- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. (2007). How close have universal health services come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37: 89-109.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. (2006). Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. 2006;22:1649-59. 4.

- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Primary Care Assessment Tools. [https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html).
- kohl B. (2003). Restructuring Citizenship in Bolivia: El Plan de Todos. *International Journal of Urban and Regional Research*. June 2003;27.2:337-351.
- Lalander, R., & Lenza, C. (2018). La transmodernidad y el tiempo sociohistórico en el proceso descolonizador del Estado Plurinacional de Bolivia. *Revista de Estudios Sociales*, (65), 48-60.
- Lambrew J, Defriese G, Carey T, Ricketts T, Biddle A. (1996) The effects of having a regular doctor or access to primary care. *Med Care* 1996;34:138-51.
- Lezama, J. L. (1991). La escuela culturalista como crítica de la sociedad urbana. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 225-259.
- Macinko J, Starfield B, Erinosh T. (2009). The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009; 32(2): 150-171.
- Monge, S. C. (2009). Algunas consideraciones sobre el lenguaje común y el lenguaje técnico. *Káñina*, 33(4).
- MSD, 2008. Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia.(2008). Decreto Supremo N° 29601. Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural.
- MSD, 2013. Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia. (2013). Guía de tamizaje de cancer de cuello uterino de mama. [https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area\\_Continuo/LIBRO%20GUIA%20TAMIZAJE.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_Continuo/LIBRO%20GUIA%20TAMIZAJE.pdf).
- MSD, 2013. Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia. (2013). La política safci, su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables. Disponible en: [http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi\\_intervencion/safci.pdf](http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/safci.pdf).
- MSD, 2013. Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia. (2013). Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia. [https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss\\_redes\\_Referenciaseguro.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss_redes_Referenciaseguro.pdf).
- MSD, 2013. Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia. (2013). Reglamento del Programa de Salud Familiar. Disponible en: <http://controlsocial.net/Leyes/Ley-475/Reglamento-SAFCI>.
- MSD, 2013. Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia.(2013). Ley N° 459: Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. La Paz - Bolivia: Ministerio de Salud; 2013, 19 de diciembre. L-459.
- MSD, 2015. Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia. (2015). Decreto supremo de Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. La Paz - Bolivia: Ministerio de salud; 2015, 1 de Julio. DS-2436.
- Naciones Unidas, 1948. La declaración Universal de derechos humanos. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
- Ochoa, M. G. S. L. H., & Guerra, W. C. (2003). BOLIVIA: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDSA. Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud y Deportes (MSD). La paz Bolivia.Estadística. 2003:185–6.
- Omar, D. (2007). Botiquín Básico Mixto. Safe the children. Cochabamba, Bolivia 2007.
- OMS, 2002. The World Health Report 2002- Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World health Organization, 2002.
- OMS, 2008. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Disponible por: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) (ultimo acceso 15 de marzo 2021)
- OMS, 2008. Organización Mundial de la Salud: Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud. [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/).
- OMS, 2010. People centred care in low- and middle-income countries - meeting report. Geneva, World Health Organization, 2010.

- OMS, 2018. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>.
- OPS, 2010. Organización Panamericana de la Salud. (2010). Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf).
- OPS, 2013. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Disponible por: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331_spa.pdf?sequence=1) (ultimo acceso 15 de marzo 2021)
- OPS, 2019. Bolivia lanza campaña de prevención integral del cáncer de cuello uterino.
- OPS, 2019. Organización Panamericana de la Salud. (2019) 57.o Consejo Directivo, 71.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=49644-cd57-inf-5-s-atencion-primaria&category\\_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49644-cd57-inf-5-s-atencion-primaria&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es).
- OPS, Recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel “Alma Ata 40 años”, para la Organización Panamericana de Salud, para descargar: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50960>.
- Osorio, M. P., Flores, A. D. R., & Mesa, A. I. T. (2019). Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. *Revista Finlay*, 9(4), 291-305.
- Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. 2007. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 39(8):395–401. 3.
- Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez A. 2011. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*. 27(3):187–9.
- Ponzo J, Berra S, Giraldo- Osorio A, Pasarín MI, Leyns C, Vélez-Álvarez C et al. 2018. Armonización iberoamericana de los instrumentos PCAT para la evaluación del primer nivel de atención. *Rev Panam Salud Publica*. 42:e80. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.80>.
- Quechua, idioma, significa “nosotros somos”, implica el ser juntos, el ser colectivo para constituirmos Comunidad de Vida.
- Salud de los Pueblos. Sitio web global del Movimiento mundial por la Salud de los Pueblos, traducido al inglés, español, francés y árabe: <https://phmovement.org/>.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3): 457-502 26.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press, USA.
- Suárez-Cuba, Miguel A. (2006). “Medicina Familiar en Bolivia: 30 años de evolución.” *Bol Mex His Fil Med* 9.2 (2006): 59-63.
- Tapia Sainz R, Vidal Aranda R, Pardo Zapata I, Reyes J. (2009). Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009–2015. <http://bolivia.unfpa.org/content/plan-nacional-de-prevención-control-y-seguimiento-de-cáncer-de-cuello-uterino-2009-2015>.
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo interculturalidad crítica*, 75, 96.
- World Health Organization, 2018. Monitoring Health For The SDGs. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs*, 26(4), 972-983.

