

Gestión integral de redes descentralizadas de servicios de salud: la experiencia piloto de El Alto (Bolivia) para la reducción de la mortalidad materno-infantil

Daniel Holgado Ramos & Isidro Maya Jariego
Laboratorio de Redes Personales y Comunidades
Universidad de Sevilla

En este caso se describe una experiencia de descentralización y gestión integral de una red de servicios de salud en la zona de El Alto (Bolivia). Esta zona, con un alto índice de pobreza, cuenta con un hospital y ocho centros de salud. La falta de comunicación y de coordinación entre ambos servicios provocaba un déficit en la atención sanitaria a la población. A través de la transferencia de la gestión de estos recursos sanitarios a una Organización No Gubernamental se consiguió mejorar la coordinación y la comunicación dentro de la red sanitaria. Para ello se puso en marcha una red telemática de gestión de los usuarios, una comisión de coordinación y un equipo de agentes de salud. A lo largo de la iniciativa se diseñó un protocolo unificado de coordinación y derivación, se implantó un servicio de urgencias hospitalario y se inició un programa de atención a las mujeres embarazadas y los recién nacidos.

Bolivia es uno de los países americanos con peores indicadores de mortalidad materno-infantil. Las principales causas son las diarreas e infecciones respiratorias, así como la atención perinatal inadecuada¹. La mortalidad materna se debe sobre todo a hemorragias e infecciones vinculadas al parto y a complicaciones en el caso de abortos inseguros. La Reforma de Salud en Bolivia promueve la atención y el desarrollo de políticas destinadas a reducir las causas de mortalidad a través de dos estrategias principales:

1. Desde una perspectiva de la demanda, se busca garantizar que todas las mujeres tengan acceso a atención institucional durante el desarrollo del embarazo y la lactancia. Para ello, el Ministerio de Salud creó el Seguro Básico de Salud (SBS), anteriormente denominado Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Con ello, se elimina la barrera económica que impedía a las mujeres y a sus hijos el acceso en la práctica a servicios básicos de salud como la atención obstétrica y

durante el parto. La financiación del SBS parte de los municipios con cargo al Tesoro Público de la Nación. Además, el seguro cuenta con múltiples proveedores integrados en la red de servicios de salud (ONGs, Iglesia, Seguridad Social y entidades privadas).

2. En segundo lugar, desde la perspectiva de la oferta, la reforma se concentra en la reorganización de los proveedores de servicios básicos de salud, para mejorar su calidad, su eficiencia y la administración. Con esta estrategia se pretende lograr que el servicio esté más orientado hacia los resultados y hacia las demandas de la población, con el fin de aumentar la cobertura y la satisfacción de los usuarios.

En este último ámbito, se integra la experiencia piloto en la región de El Alto, que a través de la firma de un convenio, transfería la gestión integral de una red de servicios de salud en esta zona a una organización no gubernamental.

La Red de Servicios de Salud en El Alto

El Alto es la cuarta ciudad de Bolivia, con unos 568.922 habitantes en el año 2000 y una tasa de crecimiento anual de la población del

¹ Lavandez, F., Schwab, N. & Straatman, H. (2001). Redes Públicas, Descentralizadas y Comunitarias de Salud en Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9 (3), 183-189.

9.4 por ciento. Se trata de una población joven con una alta tasa de pobreza, en torno al 70 por ciento.

A pesar de estos indicadores, El Alto tiene una muy baja capacidad de oferta de servicios de salud. Además, la demanda de estos servicios es igualmente baja, especialmente en la atención materno-infantil durante el embarazo, el parto y los cuidados perinatales.

La red de servicios de salud de El Alto está compuesta por un hospital de segundo nivel -que atiende cuatro especialidades básicas: pediatría, ginecología, cirugía y medicina interna- y ocho centros de salud. Desde los servicios básicos de salud se deriva a los usuarios a las especialidades incluidas en el hospital, ya que estos centros sólo cuentan con atención primaria y enfermería. El hospital carece de servicio de urgencias, por lo que éstas son atendidas en los centros de salud y derivadas al hospital en caso necesario.

En este contexto, no funcionaba de forma adecuada la atención ambulatoria de los pacientes que necesitan revisión periódica (como es el caso de las embarazadas y los recién nacidos) ni de los pacientes con enfermedades crónicas. Por un lado, la sobrecarga y la falta de recursos daba lugar a una selección preferente de los pacientes que necesitaban una atención sanitaria inmediata. Por otro lado, la falta de comunicación y el hecho de no compartir el historial clínico de los pacientes entre el hospital y los centros de salud impedía un seguimiento ambulatorio adecuado de los pacientes del hospital.

Finalmente, a diferencia de los centros de salud, cuya gestión, financiación y titularidad era pública, el hospital seguía una política de autonomía financiera, aunque con subvención en algunos aspectos por parte del Estado. Esto implicaba que en el caso de los centros de salud, el SBS era suficiente para que las embarazadas y los recién nacidos fueran atendidos. En el caso del hospital, el usuario debía pagar una cuota adicional por los servicios de salud prestados. En la práctica se producía una reducción de la demanda de atención en el hospital y una sobrecarga de los centros de salud, teniendo además en cuenta que estos carecían de atención especializada.

Otras organizaciones prestaban servicios de salud de forma descentralizada y comunitaria. *Cáritas Bolivia* dispone en El Alto de un centro de vacunación, y *Médicos sin Fronteras* tiene un centro de diálisis y un

servicio de atención domiciliaria formado por un equipo de seis médicos generales.

Transferencia de la gestión de la red de servicios de salud

En el año 2003 se puso en marcha la transferencia de la gestión de la red de salud de la zona de El Alto por parte del Ministerio de Salud a una Organización no Gubernamental. Los objetivos de esta transferencia fueron los siguientes:

- Mejorar la colaboración y la coordinación en el tratamiento de los usuarios entre el hospital y los centros de salud, en especial en el caso de las mujeres embarazadas, la asistencia en el parto y los cuidados perinatales.
- Organizar la distribución de los pacientes, tratando de evitar la saturación de los centros de salud y mejorando el acceso al hospital.
- Crear una red telemática de atención a los usuarios, para compartir la información básica del paciente, como el historial clínico, el tratamiento, etcétera.
- Mejorar la coordinación con los servicios de salud comunitarios ofrecidos por *Cáritas* y *Médicos sin Fronteras*, entre otras organizaciones.
- Mejorar el procedimiento de gestión económica de los servicios de salud para evitar la repercusión de los costes del tratamiento en los usuarios.
- Crear un servicio especializado de atención al embarazo y los cuidados perinatales en los centros de salud, gestionado por el hospital.

La duración de la experiencia piloto fue de dos años. Durante este tiempo, la responsabilidad en la gestión económica de la red de salud seguía correspondiendo al Ministerio, aunque contando con el asesoramiento de la ONG. Esta última tenía competencias en la organización de los servicios y la gestión de su funcionamiento. Las principales iniciativas puestas en marcha

durante la experiencia piloto fueron las siguientes:

- *Comisión permanente de coordinación de la red de salud.* Este grupo estaba formado por los directores de los centros de salud y del hospital, el director de la experiencia piloto, un grupo de dos expertos en salud del contexto universitario, un representante de las iniciativas comunitarias que prestaban servicios de salud, y un miembro del Ministerio de Salud. Esta comisión tenía entre sus competencias la distribución de recursos, la reorganización de los servicios y la redefinición del rol de los facultativos para ajustarlo a la nueva estructura de la red de salud. También se encargaban de reasignar profesionales para garantizar la cobertura de la demanda de asistencia, además de evaluar el proyecto piloto.
- *Servicio telemático de gestión de los usuarios.* Se volcaron en un sistema electrónico los historiales clínicos de los pacientes y las estadísticas de atención sanitaria. Este servicio era accesible desde cualquier punto de la red de salud de El Alto.
- *Equipo de agentes de salud.* Se conformó un grupo de profesionales encargado de la asistencia a domicilio. También pusieron en marcha un plan de prevención y educación para la salud entre la población de El Alto, con especial incidencia en el caso de las mujeres embarazadas. El equipo se encargaba de las actividades de información de la red de salud.
- *Protocolo unificado de atención y derivación entre los diferentes centros de la red de salud.* Este protocolo regula tanto la atención primaria en los centros de salud como la derivación y el tratamiento de los pacientes en el hospital. También establece el procedimiento de comunicación entre los diferentes centros de la red.
- *Servicio de urgencias en el hospital.* Se creó un servicio para reducir la saturación de los centros de salud y eliminar intermediarios en la atención de los casos

que necesitan una respuesta rápida. En cada centro de salud se incorporó un médico de urgencias proveniente del hospital, para facilitar la atención rápida y el traslado efectivo al hospital en caso de que fuera necesario.

- *Servicio de atención ambulatoria de las embarazadas.* Se trata de un servicio gestionado por el hospital, en el que participan un médico generalista del centro de salud, un profesional de enfermería y un ginecólogo del hospital.
- *Subvención de la atención hospitalaria de los pacientes con menos recursos.* Cubre las necesidades del hospital sin perjudicar a los usuarios imposibilitados para hacer frente a los gastos del ingreso y los cuidados hospitalarios.

Resultados

El modelo de organización de los servicios de salud en los países desarrollados se enfrenta con serias dificultades de implementación en las zonas con escasez de recursos económicos. En el caso de El Alto se observan problemas de gestión y coordinación que dificultan el funcionamiento de la red de servicios de salud.

Los cambios en la gestión de la red aumentaron la eficiencia y la calidad de los servicios prestados, contribuyendo a una mejora de la atención integral a los usuarios. La mejora del funcionamiento se realizó a través de la descentralización de la gestión, la creación de recursos de coordinación y la conformación de equipos de trabajo en salud.

La reorganización de la red redujo la competencia entre el primer nivel de atención sanitario y el hospital, dando lugar a un enfoque de complementariedad, con niveles crecientes de integración de los recursos.

Como resultado, aumentó el número de pacientes derivados desde los centros de salud al hospital a través de los procedimientos estandarizados establecidos en el programa. También disminuyó la presión de la demanda en los centros de salud, sobre todo con las urgencias y las dolencias que requerían de atención especializada. Finalmente, aumentó el número de mujeres y de recién nacidos que recibieron atención perinatal desde los centros de salud.



Comentario del caso

Este caso describe una experiencia de descentralización de la gestión de una red de servicios de salud. La intervención consistió en fomentar la comunicación entre los facultativos y los centros que la forman. Una de las iniciativas fundamentales que se pusieron en marcha fue la creación de una red telemática, recogiendo toda la información de los usuarios de estos servicios. La plataforma electrónica era accesible desde cualquier punto del conjunto de servicios de salud de la zona de El Alto. Permitía el intercambio de información, el acceso a datos fundamentales del historial médico de los pacientes y la incorporación de nueva información sobre los tratamientos, las derivaciones y la situación actual de los pacientes.

La informatización de las redes de salud pública se ha convertido en una herramienta fundamental en la atención primaria y especializada. Por ejemplo, la informatización de las consultas de atención primaria en Andalucía se inició en 1986 y se ha implantado progresivamente a través de proyectos como el INCAS, ÉGIDAS o el más reciente Plan de Informatización de la Red de Atención Primaria. Durante este tiempo se han desarrollado aplicaciones que permiten la comunicación entre profesionales y facultativos del sistema de salud pública, sobre todo en el tratamiento del historial clínico, en el seguimiento del paciente y en la derivación a la atención especializada.

La buena comunicación y el establecimiento de una red de relaciones profesionales entre los facultativos de atención primaria y especializada es esencial para coordinar y dar continuidad al cuidado de los pacientes. El método tradicional de trabajo conjunto entre la atención primaria y especializada en España se basaba en el “volante” como canal de comunicación entre facultativos. Este sistema tiene una serie de inconvenientes, tales como la escasa calidad de la información, el retraso en la comunicación y la falta de información de carácter secundario. La única fuente de información era la transmisión oral del paciente. Como consecuencia, el usuario se enfrenta a dificultades para resolver sus dudas con diferentes profesionales, afectando negativamente a la continuidad de la atención.

Estrategias de trabajo en red en El Alto (Bolivia)

- Informatización de la historia clínica y mejora de la continuidad de la atención
- Descentralización y aprovechamiento de los recursos comunitarios de salud
- Comunicación permanente entre los diferentes niveles sanitarios
- Organización de la demanda general, especializada y de urgencias
- Programas específicos para embarazadas y recién nacidos
- Mejora de la accesibilidad y la igualdad de oportunidades

Parece que la solución pasa por la creación de redes de comunicación y trabajo coordinado entre los facultativos de atención primaria y especializada. La interconsulta y el establecimiento de canales de comunicación entre diferentes niveles asistenciales generan espacios comunes de trabajo.

Igualmente importante es la integración de recursos y la creación de redes comunitarias de atención en salud. En el caso práctico se hace referencia a la participación en la red de centros de salud de otros agentes comunitarios: es el caso de las ONGs que dan cuidados de salud en el entorno comunitario. Salgado de Snyder, Díaz-Pérez y González-Vázquez (2003) plantean un esquema de integración de recursos y creación de redes sociales y comunitarias en la atención en salud mental. Este modelo propone, más que una secuencia específica en la utilización de los recursos de salud disponibles, mantener de forma permanente canales de comunicación abiertos entre los miembros de la red de trabajo en salud. El modelo integra los canales tradicionales e informales de búsqueda de ayuda en salud mental (las redes de apoyo social, los autocuidados, las redes sociales, etcétera), y acerca dichos recursos a los canales formales de atención en salud (los médicos generales, el especialista, etcétera).

1. Describe la situación objeto de intervención e identifica las necesidades presentes en la comunidad.

El contexto de aplicación es una zona con un escaso nivel de desarrollo en El Alto (Bolivia). Como en el resto de Bolivia, es una zona en la que existe un nivel elevado de mortalidad materno-infantil, como consecuencia de una inadecuada atención médica perinatal. De un modo específico, El Alto también poseía deficiencias en la calidad de los servicios médicos prestados:

1. El hospital carecía de servicio de urgencias donde atender a los pacientes que requirieran atención especializada inmediata.
2. Había una escasa comunicación entre los centros de atención primaria y el hospital, lo que implicaba dificultades tanto a la hora de derivar pacientes que necesitasen atención especializada como en el seguimiento ambulatorio posterior.
3. Existían dificultades para acceder a los servicios del hospital, ya que era necesario poseer recursos económicos para recibir atención hospitalaria, lo que en la práctica implicaba una sobrecarga de la demanda en los centros de salud (totalmente subvencionados) y la selección de aquellos pacientes que necesitaran atención inmediata.

2. Enumera la finalidad, localiza la población diana y detalla los objetivos del programa.

La meta del programa es mejorar la atención perinatal a las mujeres y niños recién nacidos como forma de reducir la mortalidad materno-infantil en la zona. Para ello se decidió reorganizar la red de servicios de salud, a través de la descentralización en la gestión del servicio y su control por parte de una ONG. Los objetivos que se derivan de esta finalidad son los siguientes:

1. Mejorar la colaboración y la coordinación entre los centros de salud y el hospital en la atención a los usuarios.
2. Organizar adecuadamente la distribución de los pacientes en los diferentes servicios sanitarios, tratando de evitar la saturación en los centros de salud y mejorando la demanda de atención en el hospital.
3. Crear una red telemática de atención a los usuarios y de comunicación entre la red de servicios de salud, para facilitar el acceso a información básica del paciente (historial clínico, tratamiento, etcétera) y la comunicación entre los facultativos y los centros de salud.
4. Integrar en la red de salud a las organizaciones comunitarias que ofrecen servicios sanitarios.
5. Mejorar el procedimiento de autogestión económica de los servicios de salud para evitar su repercusión en el tratamiento de los usuarios.
6. Crear un servicio especializado de atención al embarazo y los cuidados perinatales en los centros de salud, gestionado por el hospital.

La población diana inicial eran las mujeres y los niños recién nacidos de la zona de El Alto. Sin embargo la reorganización de los recursos y servicios hizo que en la práctica mejorara la atención sanitaria para toda la población, ya que se trató de una intervención en todos los niveles de la red de salud. El programa movilizó recursos del sistema sanitario y recursos comunitarios, constituyendo un programa integral de atención a necesidades. Como veremos a continuación, los aspectos organizativos resultaron esenciales en la mejora de la efectividad de las prestaciones sanitarias. La atención perinatal mejora indirectamente, con la utilización de estrategias de mejora organizativa y mejora de la comunicación entre profesionales.

3. Identifica modelos teóricos donde ubicar la intervención así como posibles lecciones aprendidas desde otras experiencias previas.

El programa incide en la reorganización de los servicios de salud a través de la descentralización de su gestión hacia una organización comunitaria. Se trata de transferir competencias y capacidad de intervención y gestión a la comunidad. Tiene, por tanto, un componente de empoderamiento.

El concepto que subyace a esta intervención es el de capacitación comunitaria. Para mejorar la eficacia y la capacidad de atención sanitaria a los usuarios de la zona de El Alto se contó con la participación en el sistema de salud de diferentes agentes de la comunidad para implementar las actividades del programa. En otro lugar, hemos puesto de manifiesto la eficacia de contar con personas clave de la comunidad para mejorar la implementación de los programas (Maya Jariego & Holgado, 2006). La participación de la comunidad en la implementación de los programas de intervención permite lograr su capacitación en todo el proceso de intervención comunitaria.

Por otro lado, las redes de trabajo en salud permiten la coordinación de las diferentes intervenciones y la comunicación de información entre diferentes centros y facultativos para mejorar la derivación y la atención coordinada entre diferentes niveles del sistema de salud.

4. Comprueba si se pusieron en práctica estrategias para ajustar los modelos teóricos y experiencias prácticas a las características de la comunidad y al contexto de la intervención.

Para mejorar la intervención y la gestión de los servicios de salud en la zona de El Alto se creó una comisión de coordinación de la red de salud formada por agentes comunitarios, expertos en salud y agentes de la administración. Su finalidad era la de distribuir los recursos, redefinir el rol de los profesionales de la salud y reorganizar los servicios. Esta coalición comunitaria fue la encargada de supervisar la aplicación adecuada del plan de trabajo y la implementación del programa de descentralización de los servicios de salud. Desde esta comisión se evaluaron cada una de las actividades que se ponían en marcha. La participación de otras organizaciones comunitarias permitió mejorar la validez externa de las intervenciones así como mejorar su ajuste al contexto de intervención.

5. Analiza cómo afectan los aspectos organizativos al funcionamiento y gestión del programa.

En este caso los aspectos organizativos, son fundamentales, ya que la base del programa es la creación de un nuevo sistema de gestión que haga más eficaces las prestaciones sanitarias. Las dificultades del sistema para atender de forma adecuada las demandas de atención sanitaria de la población de El Alto, motivó la intervención para mejorar la organización de estos recursos. El programa consistió en último término en la intervención en los aspectos organizativos de la red de salud para mejorar su funcionamiento y su eficacia.

6.- Esquematiza el plan de acción del programa.

| Comunidad | Práctica | Resultados |
|---|---|--|
| <i>Necesidades de salud</i> - Mortalidad materno-infantil. - Falta de atención perinatal. - Falta de comunicación e integración de recursos. - Organizaciones comunitarias. | <i>Actividades Implementadas</i> <ul style="list-style-type: none">• Red telemática de usuarios.• Equipo de agentes de salud.• Protocolo de derivación.• Servicio de urgencias en hospitales.• Atención a embarazadas en centros de salud.• Descentralización.• Coaliciones comunitarias. | <i>Resultados</i> <ul style="list-style-type: none">• Mejora de la atención en salud en la zona de El Alto.• Disminución de la competencia entre los dos niveles de atención.• Mejora de la calidad en los servicios de salud. |

7. Localiza y describe el sistema de evaluación de la intervención propuesta.

La comisión interorganizacional es la encargada de realizar la evaluación del programa. Es de suponer que contaría principalmente con datos asistenciales y de satisfacción de los usuarios y los facultativos con la mejora en el funcionamiento de los servicios de salud. Para valorar la efectividad son fundamentales la disminución de la mortalidad materno-infantil y el aumento de la demanda de atención sanitaria en general y de la atención perinatal en particular.

8. Valora el resultado de las intervenciones.

Los datos ofrecidos indican que se mejoró en la calidad de la atención sanitaria en general y la atención perinatal a mujeres y recién nacidos. La redistribución de los recursos mejoró igualmente la demanda de atención entre los diferentes centros de la red sanitaria. Por otro lado, mejoró la comunicación de los facultativos del sistema de salud, ya que aumentaron las derivaciones que se producían a través de canales oficiales. La red telemática de información permitiría que la comunicación entre los centros fuese más inmediata y fluida. Por otro lado, disminuyó la percepción de competencia entre diferentes niveles asistenciales, modificando esta situación por un modelo de coordinación y colaboración en la atención y el tratamiento de los usuarios. Por otro lado, no se menciona la integración y la mejora en la colaboración con los recursos comunitarios externos al sistema de salud.

9. Incorpora medidas de cara a incrementar la calidad de las intervenciones en el futuro.

Cabe destacar el esfuerzo del programa por involucrar a la comunidad en la implementación del programa de descentralización a través de organizaciones que trabajaban en salud. Además se creó la figura de los agentes de salud como enlaces comunitarios entre el usuario y el sistema sanitario. Sin embargo es posible incorporar medidas destinadas a la mejora de la intervención:

- Se podría mejorar la evaluación de necesidades. Es cierto que se recabaron datos de mortalidad materno-infantil, o que se alude en el texto a las deficiencias en el funcionamiento de la red de salud, pero no se mencionan en ningún momento las *necesidades percibidas* por parte de la comunidad. Es decir, no se contó con la participación de la comunidad (los usuarios) en la evaluación del problema que dio pie a la iniciativa de descentralización de la red de salud.
- Aunque parte de las acciones tienen como población diana a las mujeres y los recién nacidos, es cierto que la mayoría de las medidas tienen por objeto mejorar la atención sanitaria de la población en general. Por tanto, sería esperable un mayor rigor y concreción de la población objeto de la intervención.
- Quizá el aspecto en el que más puntos débiles se observan en el programa es el sistema de evaluación. No se menciona una evaluación formativa del programa, que ofrezca datos del proceso de implementación que puedan ser utilizados en su mejora. Los resultados de evaluación ofrecidos provienen de datos epidemiológicos como única fuente. Aunque estos datos pueden aportar información relevante -sobre todo en la reestructuración de recursos comunitarios y servicios de atención, como los centros de salud-, no deben ser utilizados como la única fuente de valoración de la efectividad del programa. Por ejemplo, se podrían tener en cuenta datos como los casos concretos de intercambio de información sobre pacientes entre facultativos y el análisis de la implicación comunitaria en la mejora del sistema de salud: el conocimiento de los cambios en los recursos, el nivel de satisfacción con la nueva situación, etcétera).
- Por último, podría ser interesante realizar un análisis longitudinal de los cambios en la red social de contactos, así como los casos de coordinación y colaboración en la atención a los pacientes por parte de los centros y facultativos. De este modo, veríamos si los escasos y

débiles contactos entre diferentes centros y profesionales antes de aplicar el programa, aumentan y se dotan de contenido y calidad a medida que éste se implanta. De hecho, sería recomendable realizar este análisis a nivel organizacional (valorando el contacto y la relación entre servicios) y a nivel individual (con el contacto entre facultativos), para ver el impacto de las medidas adoptadas en diferentes niveles de la red asistencial.

10. En el caso en el que el programa hubiera alcanzado un nivel óptimo de éxitos, valora los requisitos necesarios para su continuidad.

Una medida que podría garantizar la continuidad de las actividades podría ser la consolidación de la comisión interorganizacional: una coalición comunitaria que trabaja en temas de salud y en la mejora de la prestación y la organización de servicios sanitarios para la comunidad. Por otro lado, la creación de un adecuado sistema de evaluación permitiría valorar de forma precisa los resultados del programa e introducir los cambios necesarios para mejorar su eficacia.

Resumen. Se describe un programa de descentralización de una red de servicios de salud en la zona de El Alto (Bolivia). El sistema de salud presentaba serias deficiencias que dificultaban la prestación de un servicio sanitario adecuado a la población. Se eligió como población diana a las mujeres y los niños recién nacidos, aunque las medidas adoptadas alcanzaban a toda la población usuaria de estos servicios. Para llevar a cabo el programa se creó una comisión interorganizacional en la que participaron diferentes agentes comunitarios, aunque la gestión del plan de descentralización recayera sobre una ONG de la zona. Uno de los principales cambios introducidos fue la creación de una red telemática de información sobre los usuarios que mejorara la comunicación y la coordinación entre diferentes niveles del sistema de salud. Los resultados muestran una mejora de la calidad en el servicio prestado, una adecuada redistribución de los recursos y una demanda más ordenada por parte de la comunidad.

Referencias

Maya Jariego, I. & Holgado, D. (2006). La potenciación comunitaria en la mejora de la implementación de programas. Un estudio de caso de prevención en el ámbito educativo. En G. Tonón. *Juventud y Protagonismo Ciudadano*. Espacio Editorial: Buenos Aires. Pág. 151-181.

Salgado-De Snyder, V.N., Díaz-Pérez, M.J. & González-Vázquez, T. (2003). Modelo de Integración de Recursos para la Atención de la Salud Mental en la Población Rural de México. *Revista de Salud Pública de México*, 45 (1), 19-26.

Para citar este artículo, utilice la siguiente referencia:

Holgado, D. & Maya Jariego, I. (2010). Gestión integral de redes descentralizadas de servicios de salud: la experiencia piloto de El Alto (Bolivia) para la reducción de la mortalidad materno-infantil. En Molina, J. L. & Maya Jariego, I. (2010). Elementos para el trabajo en red: apuntes desde el análisis de redes sociales. *REDES, Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales* <<http://revista-redes.rediris.es>>.

Disponible en: <http://personal.us.es/isidromj>