



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

**SEDE CENTRAL
Sucre-Bolivia**

**PROGRAMA DE ESPECIALIDAD SUPERIOR EN
“EPIDEMIOLOGÍA APLICADA A LA PROGRAMACIÓN LOCAL Y
VIGILANCIA DE LA SALUD”
MODALIDAD BLENDED-LEARNING**

Plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y vigilancia de la salud, en el área de influencia del Centro de Salud “Alto Cochabamba” Municipio de Cercado.

**Trabajo de Grado presentado para obtener el
Grado Académico de Especialidad Superior en
Epidemiología aplicada a la Programación local
y Vigilancia de la Salud**

POSTULANTE: Ana Rocio Castro Puma

COCHABAMBA – BOLIVIA

2015



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre-Bolivia

PROGRAMA DE ESPECIALIDAD SUPERIOR EN
“EPIDEMIOLOGÍA APLICADA A LA PROGRAMACIÓN LOCAL Y
VIGILANCIA DE LA SALUD”
MODALIDAD BLENDED-LEARNING

Plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y vigilancia de la salud, en el área de influencia del Centro de Salud “Alto Cochabamba” Municipio de Cercado.

Trabajo de Grado presentado para obtener el
Grado Académico de Especialidad Superior en
Epidemiología aplicada a la Programación local
y Vigilancia de la Salud

POSTULANTE: Ana Rocio Castro Puma

DOCENTE TUTOR: Dra. Rosario André Dalence

COORDINACIÓN ACADÉMICA: Dra. Rosario André Dalence

COCHABAMBA – BOLIVIA

2015

DEDICATORIA

A Dios:

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis Padres:

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis Hijos:

Por ser el motor de mi vida, fueron parte muy importante de lo que hoy puedo presentar, gracias por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con ellos, hacia parte de estos sacrificios.

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes:

Por su dedicación que con nobleza y entusiasmo, vertieron todo su apostolado en cada uno de nosotros

A mi Familia:

Por su paciencia, comprensión y por el apoyo de todos los momentos difíciles que viví en esta etapa.

RESUMEN

El Plan estratégico que presentamos en el trabajo para la comunidad de Villa Cosmos perteneciente al área de influencia del centro de salud de Alto Cochabamba, se ha realizado en conjunto con los dirigentes de la OTB, y con el persona de salud, que se desarrollara en el periodo 2016 al 2020.

En la primera parte del trabajo se identifican los referentes conceptuales, legales, normativos y metodológicos en los cuales se sustentara el plan estratégico.

En la segunda parte se realizó el análisis situacional describiendo características socioeconómicas, culturales, demográficas del ámbito territorial además de identificar las determinantes de salud. Siendo de mucha utilidad el perfil epidemiológico para la priorización de necesidades en salud, posteriormente se trazó las líneas de acción que se realizara en la programación local, vigilancia en salud y en la atención primaria en salud.

La tercera parte se realizó, los objetivos, actividades y resultados que se espera para cumplir el plan estratégico de atención en salud, se analizó los fortalecimientos, oportunidades, debilidades y amenazas con el que cuenta el centro de Salud Alto Cochabamba para poder lograr una transformación de los factores de riesgo y de las determinantes de salud de la zona, mejorando la calidad y estilo de vida de la población.

INDICE GENERAL

Parte I: REFERENTES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS

1. Marco Referencial	1
2. Marco Conceptual.	3
3. Marco Legal	9
4. Marco Normativo	11
5. Metodología	15

Parte II: ANÁLISIS SITUACIONAL

1. Contexto	16
1.1. Ámbito territorial	16
1.2. Características demográficas y del Medio Ambiente	18
1.3. Características socioeconómicas	22
1.4. Características socioculturales	24
2. Determinantes de salud	27
3. Perfil epidemiológico	32
4. Perfil salud y enfermedad	38
5. Respuesta institucional	39
6. Descripción de la problemática de salud	44
7. Necesidades de salud de la población	45
8. Actores relevantes y recursos de poder que controlan	50
9. Definición de las líneas de acción que orientaran el plan	53

Parte III: PROPUESTA

1. Momentos normativo y estratégico	54
1.3. Análisis FODA	55

1.4. Objetivos estratégicos	56
2. Momento táctico operacional	58
2.1. Matriz: Relación de las Áreas de Actividad con los Objetivos estratégicos, líneas de acción, resultados, indicadores y medios de verificación.	58
2.3. Cronograma (anexos)	
3. Programas que conforman el Plan Estratégico	61
3.1. Programa de Atención de los problemas prioritarios de salud de la población general del área seleccionada	61
3.2. Programa de manejo de determinantes en la comunidad	64
3.3. Programa Vigilancia en Salud	67
Bibliografía	70
Anexos	

PARTE I: REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS.

1. MARCO REFERENCIAL

Los estudios y planes relacionados el presente plan estratégico están referidos en las siguientes referencias:

El cuarto informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), refleja el esfuerzo del país frente al pacto mundial firmado en la Cumbre del Milenio el año 2000, de erradicar la pobreza en sus diferentes manifestaciones con el objetivo de alcanzar el desarrollo sustentable.

Bolivia se ha comprometido ante las Naciones alcanzar las metas del Milenio en el año 2015, dentro de los objetivos tenemos 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre. 2: Lograr la enseñanza primaria universal. 3: Promover la igualdad entre los sexos. 4: Reducirla mortalidad de los niños menores de cinco años. 5: Mejorar la salud materna. 6: Combatir el VIH/SIDA, EL Paludismo y otras enfermedades. 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Ello constituye una prueba de la voluntad política de establecer asociaciones más sólidas.

El Estado en su conjunto aún no asume que las mencionadas metas del milenio son un objetivo de país y no solamente del Sector Salud, aunque, reconoce que la exclusión social en salud es consecuencia en gran parte, de las insuficiencias en otros sectores (OPS/OMS 2.000 pag 23)¹. El Sector Salud reconducirá el proceso de Reforma sectorial bajo los paradigmas “Seguridad Humana”, “Desarrollo Sostenible”, “Derecho a la Salud” – explícito en nuestra Constitución Política del Estado y El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), un trabajo intersectorial, donde el compromiso de los diferentes actores es importante para lograr cambios en las determinantes de salud. (Benavides G. Fernando, pag. 120)².

En la Carta de Ottawa (Anexo1) emitida el año 1986 con el objetivo “Salud para todos el año 2000” señala que la promoción de la salud, es un proceso de capacitación para aumentar el control de la salud de cada uno y su mejoría, el sistema de salud debe de abogar para que en primer lugar los requisitos previos para la salud como son la paz, cobijo, educación, alimento, ingreso económico, justicia social, equidad y un ecosistema estable estén presentes, la promoción de la salud no solo se limitará a estas acciones sino que también se enfocara a elaborar una política de salud favorable. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida todos los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria. Por otra parte, “La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. (Amartya Sen,1998 pag 66.).

2. MARCO CONCEPTUAL

La concepción de salud ha evolucionado a través del tiempo, desde una mayor vinculación con las enfermedades y la muerte, hasta concepciones más relacionadas con las posibilidades de realización personal y colectiva, es decir, la salud y enfermedad son inherentes a la vida que expresan la forma como vive cada persona y cada población. La salud, la enfermedad, la vida, son procesos, por lo tanto cambian, mejoran o empeoran, se transforman permanentemente. (Menéndez OPS; 1992)³.

La Salud Pública ha sido definida como los esfuerzos organizados de una sociedad para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable. Es preocupación constante, conocer la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad; para ello se ha desarrollado un instrumento de diagnóstico que permite acercarse a la identificación de los problemas de salud, haciendo hincapié en los determinantes sociales, sobre los cuales el sector de la salud y las comunidades pueden influir para mejorarlos y modificarlos, y de esta manera evitar la enfermedad. Los Análisis de Situación de Salud ASIS (Virgolini – UASB pag. 49)⁴, como parte de la Salud Pública, conllevan una intención de intervenir, dirigidos a fortalecer las decisiones, e involucran un compromiso con la transformación de la salud de las poblaciones y, sobre todo, con la reducción de las inequidades sociales en salud, percibida como "un punto de encuentro", constituyendo no sólo un cuerpo de conocimiento sino, también, una organización social dirigida hacia la resolución de los problemas de la enfermedad en la comunidad y/o en el individuo, que necesita asumir decisiones en competencia con otros sectores públicos. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992.”. Es, por tanto, una organización político-técnica cuya principal característica es que opera a través del estado, dependiendo su alcance no sólo de sus posibilidades técnicas, ni tampoco de las condiciones socioeconómicas dominantes sino, también, de la orientación de sus acciones. (Menéndez: OPS; 1992. Pag. 42)⁵.

En Epidemiología se dan 3 modelos de causalidad, modelo de causa simple/efecto simple, causa múltiple/ efecto simple y causa múltiple/ efecto múltiple, éste último modelo provee un enfoque más equilibrado del desarrollo de la política sanitaria y nos ofrece

ventajas como: elevar el estilo de vida, el medio ambiente y la biología humana a un nivel de importancia equivalente al del sistema organizativo de atención médica, este modelo abarca los conceptos de salud holística y bienestar.

Los objetivos de la prevención, son mejorar la salud y procurar medidas de protección específicas como la inmunización, sanidad ambiental, protección de accidentes y riesgos de trabajo lo que implica prevención en un sentido convencional. (Dever, pag. 8- pag. 53)⁶.

La prevención deberá realizarse en los tres niveles:

- Prevención primaria con el objetivo principal de mejorar el nivel general de salud.
- Prevención secundaria o detección temprana y tratamiento de la enfermedad.
- Prevención terciaria o rehabilitación o recuperación del funcionamiento adecuado, con el objetivo de incorporar al individuo a la sociedad y vivir una vida satisfactoria y autosuficiente.

La planificación es un término muy amplio. En sentido estricto planificar es "pensar antes de actuar". Otra definición nos dice que es "una articulación entre el conocimiento y la acción", esto significa que la planificación no es un mero trabajo intelectual ni un mero quehacer espontáneo. El enfoque de la Planificación que propone Mario Rovere. "El enriquecimiento teórico conceptual y metodológico de la reflexión y el cálculo de todos aquellos sujetos que, individual o colectivamente, participan tomando decisiones trascendentales sobre el largo proceso que va desde el comienzo de la formación de un nuevo personal de salud hasta la generación de condiciones que permitan el mayor o menor aprovechamiento social de su capacidad de brindar servicios y participar activamente en los proceso de cambio y adecuación de esos servicios y en la expansión de sus propias posibilidades a través de oportunidades sistemáticas de aprendizaje y perfeccionamiento individual y grupal".(Rovere 2006 pag. 66)⁷.

En el enfoque que Rovere nos plantea, amplía tanto el sujeto como el objeto de la planificación y se involucra ya no sólo a los planificadores sino a la Escuela Médica, a los ejecutores directos de acciones de salud y a varias otras instancias de interés, como los gremios, los centros de investigación, etc., todos ahora dedicados a analizar e intervenir en los procesos cambiantes que eventualmente puedan llevar a la formación de un recurso humano más ajustado a las necesidades reales de salud de la población. El concepto de planificación propuesto por Rovere se relaciona totalmente con el análisis prospectivo, por la orientación normativa y por la limitación que genera en cuanto a la posibilidad de profundización del análisis en la etapa situacional, no se subordina a la planificación de salud por intervenir, más bien sobre un recorte que intersecta el mundo de la salud, de la educación, del trabajo y de la ciencia y técnica, lo cual la ubica en una dimensión intersectorial y otorga mayor visibilidad a todo el campo de los recursos humanos en salud.

Pero, por encima de estas ventajas potenciales, este abordaje encierra desde su generación un proceso híbrido de creación intelectual y aplicación práctica, a través del cual ha sido posible avanzar en la conceptualización de la planificación estratégica y así mismo, explorar nuevas líneas de cooperación técnica, con un nivel de participación que permite considerar hasta la producción final del documento como un trabajo colectivo y no exclusivamente del autor, obviamente con esto no pretendo restar valor a este último, sino por el contrario, realzar su capacidad de compaginar la creación científica con la amplia participación en un proceso de desarrollo a nivel internacional. (Matus 1980 pag. 35)⁸.

Con frecuencia el adjetivo "estratégico" se utilizó para calificar una acción, otorgándole énfasis en un sentido similar al que brinda el término "prioritario". El desarrollo de la planificación estratégica es un proceso en construcción. Este proceso de construcción colectiva busca reducir la distancia entre la reflexión y la acción, entre la investigación, el conocimiento y la práctica, y comprender mejor los procesos de cambio, reproducción y transformación en espacios micro y macro sociales. La planificación tradicional ha tenido más éxito (y perdura vigente) en marcar la cultura institucional que en la instalación de metodologías eficaces. Esta vigencia en la cultura en forma de imaginario normativo podrá estar reforzando los límites artificiales entre lo técnico y lo político,

generando pasividad y bajo compromiso, trasladando la resolución de todos los problemas y conflictos a un "nivel superior" de la Organización, y consagrando, en definitiva, una cultura autoritaria. Esto explica porque la discusión entre la planificación normativa y la estratégica resulta aún vigente.

El calificativo de estratégico, será entendido, para acciones o resultados que puedan considerarse un avance significativo en relación a poner el objetivo al alcance, avance que necesariamente debe considerarse como un cambio en la correlación de fuerzas entre dos o más actores sociales. Por lo tanto, cuando alguien afirma que tal cosa es estratégica, si está hablando realmente de proyectos o movimientos relevantes para alcanzar objetivos sociales conflictivos, o, de otro modo, si esos movimientos permitirán cambiar las correlaciones de fuerza actuales o futuras de una manera favorable para algún actor social.

Igualmente, deben de dotarse de niveles político-técnicos capaces de soportar los procesos de decisión de tipo operativo y táctico. La forma tradicional de trabajo en la vigilancia epidemiológica es sobre problemas bien estructurados, con actividades de observación, procesamiento y análisis de la información epidemiológica, por ello los soportes de SPO son adecuados para cualquiera de sus niveles operativos.

El plan estratégico de salud tiene puntos sobresalientes como el acceso universal a la salud, Medicina familiar comunitaria, seguro básico de salud y Red de servicios, mejorando así la calidad de vida de la población.

Los niveles estratégicos, que se corresponden a los niveles de dirección y decisión, son más exigentes ya que trabajan sobre los sistemas mal estructurados y necesitan los SDD. Por tanto, los sistemas de vigilancia de salud pública deben ser capaces de participar activamente: 1) en la mejora del estado de salud de la población identificando y aportando un análisis ajustado a la dimensión del problema y de la intervención. 2) en el desarrollo de los sistemas información para la toma de decisiones en los problemas bien y mal estructurados; 3) en la transformación de la información científica en información político-técnica para la toma de decisiones adecuadas a todos los niveles del sistema de

salud, de manera que exista una correspondencia entre los niveles del sistema y los de decisión político-administrativa (Matus 1980 pag. 89)⁹.

La vigilancia de la salud, en tanto concepto amplio unifica los criterios ambientales, epidemiológicos, sociales, de factores de riesgo y de la prestación de los servicios de salud para, que a través del análisis e interpretación de los datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, puedan ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas, incluyendo la disseminación de dicha información a todos los que necesitan conocerla, logrando una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control. (Benavides G. Fernando, pag 45)¹⁰.

Los sistemas de vigilancia de salud pública, como parte del sistema de decisión-control, se están dotando de un grado creciente de complejidad y en función de sus necesidades y orientaciones, de una estructura de información capaz de integrar, al menos, los datos procedentes de individuos y poblaciones, con datos procedentes de los servicios sanitarios y de otras administraciones, con la finalidad de reducir la incertidumbre en la toma de decisiones.

Desde una perspectiva individual y clínica, vigilancia, alude a una actitud responsable sobre el estado de salud de un individuo por parte de los agentes de salud. Esta actitud requiere de observaciones sistemáticas orientadas a la toma de decisiones sobre las medidas concretas que se deben implementar, en cada caso en particular, para la prevención, atención y mejoramiento del estado de salud. En cambio, para aludir al interés por vigilar el estado de salud de la población, y no el de un individuo en particular, se utiliza el término Vigilancia Epidemiológica.

La vigilancia epidemiológica implica un conjunto de actividades que permiten reunir información indispensable sobre el comportamiento de eventos de salud-enfermedad de la población y los factores que los condicionan, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir con el fin de orientar oportunamente el proceso de toma de decisiones sobre las medidas dirigidas a la prevención y el control de la enfermedad y a mejorar la calidad de la salud de la población. En concreto la vigilancia epidemiológica consiste en

monitorear los procesos de Salud/enfermedad en la población para prevención y mejora de la calidad de vida. (Ministerio de Salud de la Nación Marzo 2013 pag. 98)¹¹.

3. MARCO LEGAL

El sustento legal del presente plan estratégico para la comunidad de Villa Cosmos y siguiendo la jerarquía jurídica es el siguiente:

A nivel nacional la Constitución Política del Estado garantiza el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo, para el bienestar de las generaciones actuales y futuras, en el art.18 señala que todas las personas tienen derecho a la salud, sin exclusión ni determinación alguna, el sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social en el ámbito departamental municipal y local. En el art.35 el Estado en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo, y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud, el sistema de salud es único e incluye a la medicina natural y tradicional de las naciones y pueblos originarios y campesinos, art. 36 el estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. (Anexo 2).

El reconocimiento de los derechos de los/as adolescentes y jóvenes por parte del Estado Boliviano se ha dado desde la década de los 90, siendo el hito fundamental la promulgación del Código Niño, Niña y Adolescente 1999 (anexo 2) que establece: “un régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña y adolescente con el fin de asegurarle un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional u social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia” a nivel nacional y departamental.

A nivel nacional, departamental, municipal y local se promueve el acceso a los servicios de salud y a la prestación de servicios gratuitos está garantizado en la **Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002 - Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)** Creada con carácter universal y gratuito, para otorgar a nivel local las prestaciones de salud, a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

En Bolivia los municipios aplican la **Ley N° 3323 de 16 de enero 2006 - Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)** que permite atención de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad.

La **ley 475** en Bolivia se promulga en diciembre del 2013, con el objetivo de universalizar la atención integral en salud donde se integra el SUMI y SSPAM y SSR para ser operativizada en los departamentos, municipios y establecimientos de salud.

La Ley 1178 – SAFCO en el País tiene como objetivo Programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del Sector Público, nos habla también de las responsabilidades administrativas, penales, civiles y ejecutivas involucrando a todo servidor público de los departamentos y Municipios de Bolivia, sin distinción de jerarquía, asuma plena responsabilidad por sus actos rindiendo cuenta no sólo de los objetivos a que se destinaron los recursos públicos que le fueron confiados sino también de la forma y resultado de su aplicación.

El **decreto supremo N° 27746** (2004) es una modificación de la ley 2426 SUMI con el decreto supremo 26874 (2002) que aprueba que los recursos humanos administrativos y de apoyo a los establecimientos de salud puedan ser contratados con fondos de los Gobiernos Municipales.

En Bolivia y sus Departamentos, el Bono Juana Azurduy creado bajo el **Decreto Supremo N° 0066 de 3 de abril del 2009** que consiste en un incentivo económico que se beneficia toda mujer embarazada y en el periodo del puerperio como también los controles de todo niño a partir del nacimiento hasta sus dos años, el cumplimiento de estos controles son cancelados con bonos en los municipios y centros de salud a nivel local.

4. MARCO NORMATIVO

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 se basa sobre los logros sectoriales del periodo 2006-2009 y recoge las propuestas y demandas de los diversos sectores de la sociedad. Se constituye en un instrumento para transformar los desafíos en oportunidades, al mismo tiempo que es un llamamiento a la acción participativa colectiva de todos los interesados e involucrados en la construcción de un sistema único de salud y de la política sanitaria Familiar, Comunitaria Intercultural, que hagan posible el sueño del *Vivir Bien*.

Mandato Político y Social del Sector Salud

El mandato político y social del Sector Salud es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza e inequidad para Vivir Bien.

Visión del Sector Salud

En el año 2020, La población ejerce plenamente su derecho a la salud en igualdad de condiciones, ha mejorado su estado de salud integral y vive bien; accede a la atención universal gratuita en el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que cuenta con atención de calidad y redes de servicios funcionales.

Las personas, familias y comunidades desarrollan prácticas saludables y la gestión social participativa, en corresponsabilidad con el personal de salud y en interacción con los diferentes sectores de desarrollo.

El Ministerio de Salud, ejerce la rectoría sobre el Sector Salud en el marco de las autonomías, asegurando el cumplimiento de los objetivos sectoriales en todo el territorio.

Ejes de Desarrollo

Se establece los siguientes ejes de desarrollo que orientarán el accionar del Sector Salud para el periodo 2010-2020:

- Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural
- Promoción de la Salud y Movilización Social
- Rectoría y Soberanía en Salud

En cumplimiento a la Constitución política del estado CPE, el acceso universal a la salud sin exclusión ni discriminación, las políticas y estrategias nacionales están basadas en los ejes de desarrollo.

Sistema único intercultural y comunitario de salud tiene como estrategia la universalización del acceso al sistema único, intercultural y comunitario de salud a través del programa SAFCI Salud Familiar Comunitaria e intercultural, fortaleciendo las redes de salud, trabajando en la extensión de las coberturas y realizando gestión de calidad.

Promoción de la Salud y Movilización Social, tiene como objetivo estratégico Incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud.

En este sentido, el Sector Salud desarrollará procesos de Promoción de la Salud, como un conjunto de acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida, la armonía y el equilibrio entre la mujer, el hombre, la familia, la comunidad con la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual para Vivir Bien; a partir de la gestión participativa y movilización social, del control intersectorial de las determinantes en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades y el equipo de salud, y de la educación en salud para la vida.

Rectoría, tiene como objetivo estratégico recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector en el marco de las Autonomías, para asegurar el cumplimiento eficiente y efectivo de las políticas, programas y proyectos sectoriales en todo el territorio, tiene como proyectos el fortalecimiento de la capacidad de gestión, vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios y la implementación del Seguro Universal de salud.

El modelo sanitario de Bolivia SAFCI programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, (Decreto Supremo 29601) con el objetivo de contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria, fortalecer la participación social en la toma de decisiones en la gestión en salud, una atención integral tanto en la familia como en la comunidad respetando sus costumbres, valores de los pueblos originarios campesinos, teniendo como principios básicos: La Participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad, integralidad, trabajando de la mano a diario con el instrumento de la política SAFCI la implementación de la carpeta familiar, el cual permite realizar seguimiento de familias identificadas con factores de riesgo, y brindando a la familia dentro de la comunidad el derecho a la salud.

El Programa Bono Juana Azurduy de padilla (decreto supremo 066) establece los derechos fundamentales del acceso a la salud y desarrollo integral para disminuir la mortalidad materno-infantil y la desnutrición crónica en niños menores de 2 años, a través de las consultas de niño sano cada mes en todos los centros de Atención Primaria, garantizando así un seguimiento y un apoyo económico con el objetivo de mejorar la alimentación del niño en crecimiento.

Programa Multisectorial Desnutrición Cero, establece la Política de Alimentación y Nutrición en el Marco del Saber Alimentarse para Vivir Bien, con el objetivo de lograr que la población boliviana tenga un estado nutricional adecuado, asegurando el consumo de alimentos variados que cubra los requerimientos nutricionales en todo el ciclo de vida, mediante el establecimiento y fortalecimiento de programas de alimentación y nutrición culturalmente apropiados, disminuyendo la desnutrición en

menores de 5 años con la implementación de micronutrientes desde los 6 meses de edad, como ser las Chispitas Nutricionales, Nutribebé, vitamina A, sulfato de Zinc.

El Programa Mi Salud que actualmente está siendo implementada en todo el territorio Nacional, con el objetivo de cumplir la Actual Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con la atención domiciliaria a la población, carpetización e implementación del consultorio vecinal, realizando actividades de promoción y prevención conjuntamente con el comité local de salud.

5. METODOLOGÍA

La metodología del trabajo se realizó en 3 partes: la primera con una recolección de datos conceptuales, como epidemiología, vigilancia epidemiológica, programación local, planificación estratégica, datos referenciales que se tuvo en cuenta para trabajar en base a los objetivos del milenio, indicadores de pobreza y de inequidades sociales. El marco legal y normativo vigentes en nuestro País haciendo énfasis en los programas implementados y regulados por el Ministerio de Salud.

En la segunda parte del trabajo se identificó el área de estudio el cuál se describe geográficamente, a través de un croquis de ubicación e identificación de unidades ya sea educativas o de trabajo para la promoción y prevención de salud en las diferentes áreas de la zona con mayor afluencia de personas garantizando la cobertura máxima. Se identificó en la zona de estudio en la otb de Villa Cosmos factores de riesgo, se analizó las características de morbilidad y mortalidad de la zona, identificando de este modo los principales problemas de salud, el cual nos ayudó para la realización de nuestro perfil epidemiológico y por último en nuestra 3 etapa se pudo realizar un plan estratégico para la programación local en salud del problema identificado en la zona.

PARTE II: ANÁLISIS SITUACIONAL.

1. CONTEXTO DE LA COMUNIDAD DE VILLA COSMOS

La comunidad de Villa Cosmos ubicada en la zona Sud de Cochabamba, se caracteriza por ser una población migrante en su mayoría y con bajos recursos económicos donde la diferencia social y económica es muy notoria en la zona.

Considerada Zona de peligro o “Zona Roja” siendo habitada por clanes familiares de delincuentes, la dependencia al alcohol y algunas drogas es alta y la poca educación de las personas son determinantes para la salud de la zona.

La pobreza es un factor de riesgo, junto a los hábitos, el estilo y el modo de vida de los pobladores que predisponen a enfermedades infectocontagiosas, enfermedades no transmisibles, disminuyendo la calidad de vida.

El alto porcentaje de emigración internacional en la zona, tiene como resultado familias disfuncionales por el abandono de los progenitores dejando a los niños y adolescentes a cuidado de familiares.

La comunidad de Villa Cosmos cuenta con 10 manzanos de los cuales 8 son completas. Esta dentro del área de influencia del Centro de Salud Alto Cochabamba que tiene a su cargo 22 barrios o villas organizadas en OTB’s.

1.1. ÁMBITO TERRITORIAL

Se ha delimitado geográficamente el ámbito territorial que comprende la zona de Alto Cochabamba ubicada esta población sobre el cerro del mismo nombre en la zona Sud de la ciudad de Cochabamba dentro de la provincia y municipio de Cercado, provincia que se encuentra al suroeste del departamento.

La zona de Alto Cochabamba ubicada en la zona sudoeste de la Ciudad de Cochabamba, cuenta con 22 barrios o villas organizadas en 13 OTB's las cuales pertenecen al Distrito 6 y 8 del municipio cercado y tiene una población según el SNIS de 27.000 habitantes.

Tiene la siguiente distribución y delimitación geográfica:

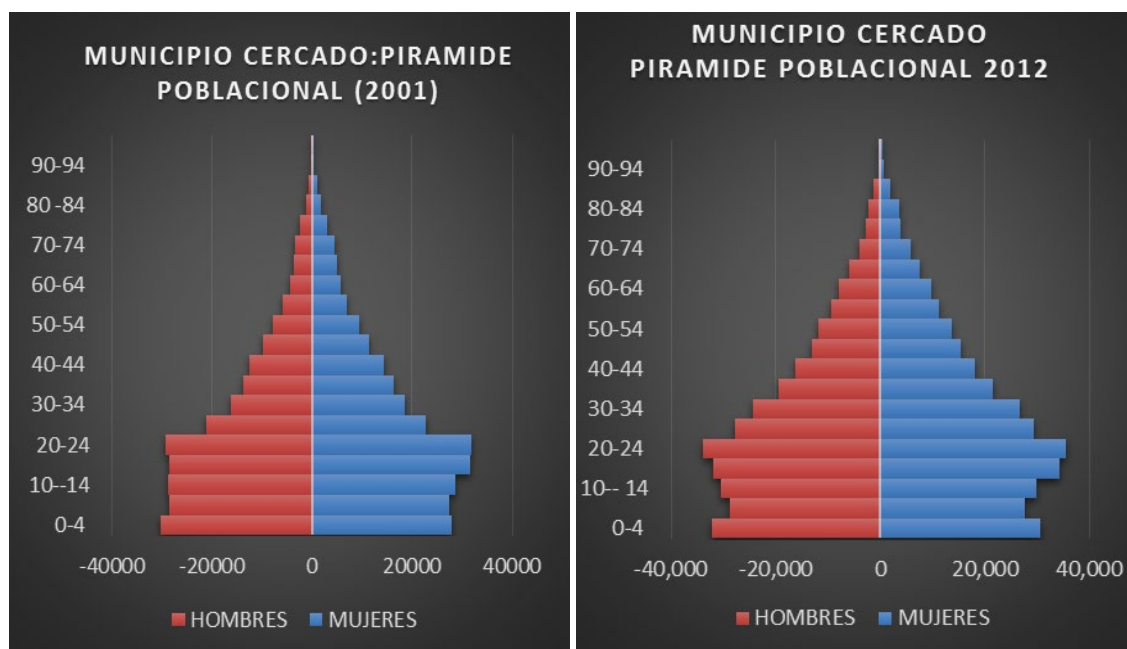
- Distrito 6: Villa Jerusalén, Villa Cosmos, Alto Cochabamba, Siglo XX.
- Distrito 8: Nueva Jerusalén, Chask'a Rummy, Alto San Miguel, Alto mirador, Plan 700, Villa potosí, Alto salvador, barrio 1° de Agosto, Barrio los olivos.

La comunidad de Villa Cosmos, está ubicada a unos 700 metros del centro de salud alto Cochabamba, institución pública de atención primaria, cuenta con 10 manzanos de las cuales 8 son completas y 2 medios manzanos, que colinda con otras OTB's. (ver croquis anexo 7) donde se identifican a 243 viviendas aproximadamente por tanto la población estimada es de 1.215 habitantes. Los límites de la zona son al Norte y oeste colinda con la Avenida Petrolera, al Sud con la avenida siglo XX y al este con la avenida Suecia.

1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DEL MEDIO AMBIENTE

1.2.1 Características demográficas

Grafico N° 1: Pirámide poblacional comparada según censo 2001- 2012 Municipio Cercado



FUENTE: CENSO 2001 Y 2012

En la pirámide se presenta la estructura por sexo y edad de la población para los periodos 2001–2012, se puede ver el cambio en la estructura por edad de la población en el periodo intercensal y en particular la disminución de la proporción de la población de menores de 15 años, con relación a la población adulta. Por tanto la pirámide poblacional se encuentra en un periodo de transición a ser regresiva o constrictiva.

La población del municipio de Cercado tiene una estructura joven, por el significativo porcentaje de personas menores de 15 años y el menor porcentaje de personas de 65 y más años. En el censo 2001, los menores de 15 años alcanzaron porcentajes de alrededor de 40% de la población total y las personas de 65 años o más de edad en ningún caso llegaron a constituir 5 % de la población total. Sin embargo en el año 2012 el porcentaje

de menores de 15 años disminuye cerca del 30% y el porcentaje de mayores de 65 aumenta a más de 6%.

Tasa de Dependencia:

La tasa de dependencia del municipio de cercado muestra una relación de personas menores de 15 y mayores de 65 dependientes de la población productiva, como se observa una transición demográfica la relación de dependencia también se ve afectada por la disminución del grupo etario menor de 15 años, debido a un descenso significativo de la natalidad según el censo 2012 y en comparación al censo 2001.

Crecimiento De La Población:

El crecimiento de la población con respecto del 2001 al 2012 en la provincia cercado es de 1.8%. El crecimiento de la población y su proyección hacia el futuro son de gran interés, debido a las múltiples relaciones que tiene con los aspectos ecológicos, sociales, económicos y en general con las condiciones de vida de la población. En el crecimiento de la población intervienen la natalidad, mortalidad y migración.

Tasa De Migración:

La tasa de migración para la provincia de Cercado es de 1.34, lo que significa que 1.4 personas por cada mil habitantes migran en el municipio, los movimientos migratorios desempeñan un papel importante en el crecimiento de la población pero su efecto puede ser breve, importante en el tiempo o nulo. La migración en la OTB de Villa Cosmos tiene un efecto negativo, debido a la emigración de padres de familia dejando sus hijos o la pareja, permitiendo la incidencia de los problemas sociales y las diferentes patologías, dato que se obtiene de las visitas familiares y la carpetización.

Distribución Espacial de la Población:

La densidad de la población es de 1616 h/km² y el grado de urbanización es al 100% según censo 2012 para el municipio cercado.

Tasa Global De Fecundidad:

El promedio de hijos por cada mujer es de 3.1 hijos en su periodo reproductivo de acuerdo al dato del Censo del 2001. Para el 2012 no se dispone de información, sin embargo cuando se comparan las pirámides se observan un achicamiento de la base de la pirámide, lo que muestra una menor fecundidad. La tasa en la OTB de villa cosmos varía por razones culturales, económicas y políticas de salud, al tener una zona con bajo nivel económico y educativo la tasa de fecundidad es mayor a la del municipio, esta diferencia puede llegar a disminuir a medida que los niveles de desarrollo económico y educativo se incrementen.

Tasa De Mortalidad Por Edad Y Sexo:

La Tasa de Mortalidad para hombres es de 14.3 fallecidos por cada mil habitantes y la TM para mujeres es de 11.9 fallecidos por cada mil habitantes. La relación de la tasa de mortalidad en hombres siendo mayor al de mujeres debido a los trabajos laborales de riesgo donde ocupan mayormente el sexo masculino, los accidentes de tránsito fatales en su gran mayoría son producidos también por el sexo masculino.

Tasa De Mortalidad Infantil:

Es de 44.3 fallecidos en menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos. Con las nuevas políticas de salud contribuimos a la disminución de la mortalidad infantil, aún existen muertes en este grupo etario, debido al bajo nivel educativo de los progenitores, la pobreza y a la baja cobertura de atención médica para la población demandante, situación visible en la zona de estudio.

Tasa De Mortalidad Materna:

Es de 62.1 fallecimientos maternos por cada 100000 nacimientos. La tasa de mortalidad materna en Bolivia, gracias a las políticas de salud y al seguro materno-infantil ha disminuido en relación a años anteriores, existiendo aun la mortalidad materna consecuencia de muchos factores predisponentes como la presencia de partos domiciliarios que en la zona va en aumento, la accesibilidad geográfica y otros.

Esperanza De Vida Al Nacer Por Sexo:

Para hombres de 63.7 y para mujeres de 68.7. Es un indicador para caracterizar las condiciones de vida, de salud, de educación, estas características nos muestra que la esperanza de vida es un indicador fundamental del desarrollo humano seleccionado por las Naciones Unidas.

1.2.2. Características del Medio Ambiente

El medio ambiente juega un papel importante para preservar la salud, la comunidad de Villa Cosmos está a una altura considerable sobre la ciudad de Cochabamba donde cada mañana la contaminación es visible y la respiración de aire contaminado tiene alta probabilidad de provocar patologías de tipo respiratorio.

La zona como tal no cuenta con fábricas de ningún tipo, pero la contaminación del suelo es alta, debido a la falta de contenedores, al recojo de basura por parte del municipio siendo ésta una vez a la semana, el agua potable que solo cuenta algunas viviendas comportándose de la misma manera el alcantarillado, por tanto se elimina y desecha la basura a la calle, conjuntamente la eliminación de excretas que lo hacen al aire libre, siendo éste un foco infeccioso, el mantenimiento del agua es en tanques que son compradas por las cisternas, las cuales suben diariamente a venderlos, la baja calidad de agua que venden y el mal hábito de tomar agua cruda favorecen la incidencia de

parasitosis intestinal, coadyuvado con la cultura y al grado de instrucción escolar de la madre o los adultos a cargo de los niños.

El cuidado de la naturaleza es casi nulo por parte de la población, la poca sensibilidad y socialización de la importancia de la naturaleza y el medio ambiente sobre la salud hace que la población no tome conciencia sobre este tema, que es un arma importante para poder mejorar el estado de la salud.

1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Dinámica de Producción y Comercialización

La población se dedica a la comercialización de productos de venta masiva al por menor, ya sea en la zona de Alto Cochabamba o en la “Cancha”.

Tenemos un porcentaje alto de familias que se dedican a la costura de pantalones y textiles de mano gruesa que luego es entregado a las empresas con un costo de 2 bolivianos por pantalón.

Datos que recolectamos de la carpetización de la zona de Villa cosmos:

Tabla n° 1: Relación de la población según ocupación en la comunidad Villa Cosmos 2015

TRABAJO LABORAL	NUMERO	PORCENTAJE
Albañil	591	30%
Costura	493	25%
Obreros De Fábricas	395	20%
Comerciantes Menores	198	10%
Ayudantes(Carpintería, Cerrajería, Mecánica)	99	5%
Chofer	94	5%
Otros	89	5%

FUENTE: CARPETAS FAMILIARES 2015

Un grupo mínimo de familias de condición económica más baja, se dedican los padres de familia a la Albañilería, Carpintería y obreros de Fábricas que están ubicados en la mayoría al otro extremo de la ciudad por tanto las familias están separadas casi todo el día, con una remuneración mínima que no llega a cubrir las necesidades de su familia ya que la mayoría vive en alquiler y el número excesivo de hijos que tienen.

Componentes de la Estructura Social del Área

La O.T.B tiene organización y está conformada por su directiva. Quienes trabajan directamente con el Distrito 6 por medio de organizaciones o sindicatos.

Club de madres: ubicado en el centro de integración SINAI, creado con la finalidad de ayudar a las madres de bajos recursos para la realización de manualidades, así poder recolectar cierto monto económico que va destinado a ellas mismas.

Juntas escolares: A cargo de los padres de familia gracias a la Reforma Educativa, para ser parte del proceso educativo de sus hijos.

Comité Cívico: conformado por los mismos dirigentes de la OTB, llegando a constituir una organización importante dentro de la zona, para tomar acciones en beneficio de la población.

1.4. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES:

Equipamiento Social

Tenemos al Hospital Cochabamba (2º nivel) y Hospital Viedma (3º nivel) como Referencia del Centro de Salud Alto Cochabamba y éste cuenta con una ambulancia que trabaja las 8 horas. Al no ser un centro de atención de 24 horas las mujeres o niños que requieren un servicio después de las 16 pm ya sea emergencias o urgencias deben trasladarse por medios propios a los Hospitales mencionados, incluyendo el centro Materno Alalay el cual por falta de personal no hay atención las 24 horas del día. Por tanto la Accesibilidad es poca para la población de la Zona, y aumentando así los partos domiciliarios que van aumentando en vez de decrecer.

La Zona como tal cuenta con Centros de Integración (ONG cristiana) que aportan mucho en la comunidad con respecto a la salud, realizan consultas para las mujeres y niños que están fuera del Seguro con apoyo del Centro de Salud para realizar tratamientos de acuerdo a la patología que presentan con apoyo económico en la compra de los medicamentos de un 90%.

En la zona existe guarderías y comedores, que albergan a un número considerable de mujeres y niños, por ejemplo el Centro de integración tiene 80 mujeres y 300 niños, la guardería de Mahanaim: 22 niños, Escuela Primaria Rene Crespo con 2 cursos paralelos de cada grado con 35 estudiantes en cada aula.

Organizaciones Sociales, de Liderazgo y de Representación Política.

La OTB está organizada a través de su directiva, cuenta con el Comité de Salud, con sindicatos de la línea de transporte 109, Funcionarios del centro de integración, comedor con su representación de la directiva, la organización de la junta escolar de la escuela Rene Crespo de nivel primario, las organizaciones sociales responden a la comuna de Valle Hermoso, al Distrito 6 quienes trabajan directamente con la alcaldía y el consejo municipal de salud para lograr los servicios básicos en toda la comunidad y así mejorar la calidad de vida.

Comportamientos Culinarios, Hábitos Alimenticios

La zona tiene las mismas costumbres culinarias al de la ciudad, preservando las comidas típicas del departamento, cuentan con puestos de comida en las “zonas comerciales” y restaurantes, las cuales tienen un servicio a medio día y por la noche, los hábitos alimenticios a partir de las 6 de la tarde son las comidas rápidas o conocido también como “Comida chatarra” siendo esta fuente de enfermedades no transmisibles y transmisibles teniendo un alto porcentaje de enfermedades diarreicas agudas en los niños menores de 5 años y también en los niños mayores a esta edad, contribuyendo este hábito en la prevalencia de enfermedades no transmisibles como las colesterolemia, la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, entre otros.

Niveles De Violencia

El fenómeno de la violencia en el departamento es un hecho significativo no solo por la magnitud y el impacto que tiene, sino fundamentalmente por el sufrimiento y dolor que causa a sus víctimas. Los niveles son altos de violencia en la zona, los datos que se pudo recolectar de las diferentes instituciones que están a cargo contra la violencia fueron datos en general de la zona sud de Cochabamba, en la comuna de Valle Hermoso donde se trabaja en conjunto con la Defensoría y el S.L.I.M.

- Violencia intrafamiliar: La violencia encierra aspecto psicológico, físico dentro de la familia, las cuales no son denunciadas debido a muchos factores que hacen de cada caso uno particular.

- Violencia contra la mujer: La Violencia psicológica, física y sexual contra el género femenino ha aumentado de manera considerable que día a día vemos en los medios de comunicación. Pero el número de denuncias no llegan a cubrir la realidad. Sobre todo la violencia sexual que ocurre hacia adolescentes por falta de seguridad social que existe en la zona, violaciones que no son denunciadas por miedo y vergüenza de las victimas todas ellas mujeres.

- Violencia contra la niñez y la adolescencia: Dentro de los acápite que se informa semanalmente al SNIS tenemos la violencia a los niños por descuido, en la gestión 2014 se reportó 68 casos por quemaduras, accidentes, traumatismos, contusiones entre otros, es muy difícil hacer la denuncia respectiva por que los niños debido a su corta edad no brindan información específica.

2. DETERMINANTES DE LA SALUD

Las determinantes de la salud en la comunidad de villa cosmos son factores de riesgo altamente influyentes en la salud entre los cuales describimos:

- Pobreza

Tabla n° 2: Ingreso Económico

DESTINO DE INGRESOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Le permite ahorrar	35	5
Satisface las necesidades	186	26
Satisface las necesidades básicas	290	40
A veces no alcanza	181	25
No alcanza	28	4
TOTAL	720	100%

FUENTE: CARPETAS FAMILIARES 2015

Es una determinante que influye sobre la estructura de la vivienda, el desempleo y los trabajos informales o no calificados, que son poco remunerados con ingreso económico bajo a medio llegando a cubrir las necesidades básicas, dato que se obtuvo de las carpetas familiares (ver tabla N° 2). Se observa un 40 % de las familias que el ingreso solo cubre las necesidades básicas, habiendo un 25 % de familias que refieren no les alcanza para cubrir las necesidades básicas de la vivienda.

○ Escolaridad

El área cuenta con el colegio Rene Crespo de nivel primario ubicado en la comunidad de Villa Cosmos, con alumnado en su mayoría de las OTB 's de Villa Cosmos, Alto Cochabamba y Villa Jerusalén, de fuente confiable pudimos analizar el tema de la asistencia en los escolares, siendo irregular y en algunos casos llegando al abandono en edades tempranas.

El bajo nivel instructivo de los padres de familia repercute en la salud de sus hijos limitándoles a un tratamiento adecuado durante las enfermedades debido al analfabetismo, un círculo vicioso que afecta a la familia en toda su integridad, un tema que está asociado a la pobreza.

Tabla nº 3: Bolivia: Asistencia escolar por sexo y edad censo 2001-2012

	TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR						
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DIF.%HYM
2001	2.746.050	1.393.403	1.352.647	79.71	81.05	78.32	2.73
6-14 años	1.875.932	955.715	920.217	91.41	91.99	90.82	1.17
15-19 años	870.118	437.688	432.430	54.46	57.16	51.73	5.43
2012	2.958.202	1.513.677	1.444.525	83.54	83.63	83.45	0.17
6-14 años	1.899.878	976.927	922.951	94.06	93.81	94.34	-0.53
15-19 años	1.058.324	536.75	521.574	64.66	65.10	64.2	0.91

FUENTE: INE-CENSO 2012

La tabla muestra la asistencia escolar en edades comprendidas de 6-19 años, donde vemos una gran diferencia en la tasa de asistencia de las edades de 6 a 14 con las edades de 15 a 19 años, existe un bajo porcentaje de asistencia en el último grupo etario ya que es una edad vulnerable a las deserciones escolares, pero existe también la inasistencia escolar en los otros grupos etarios, debido a muchos factores sociales que prevalecen en la zona.

- Emigración

La comunidad de Alto Cochabamba cuenta con un alto porcentaje de población migrante ya sea del área rural al área urbana, y la migración al exterior esta última dejando consecuencias sociales y familiares, como el abandono de sus hijos dejando a cargo, a los abuelos o a los hijos mayores que no sobrepasan la adolescencia, la delincuencia juvenil, el alcoholismo, drogadicción, y el descuido de los niños por parte de los progenitores incidiendo en la salud con un aumento de las enfermedades infecciosas.

Dato que se obtuvo de la zona a través de la carpetización de las cuales 87 familias se encuentran un solo progenitor o faltan los dos progenitores quienes salieron del país buscando mejor remuneración económica en el exterior, trabajos domésticos, construcción, agricultura y otros. Llegando muchas veces a la explotación laboral, sin ver las consecuencias que conllevan el abandono de los hijos en la etapa de crecimiento desarrollo dejando a cargo la crianza y educación de sus hijos a familiares como ser los abuelos en su gran mayoría.

- Consumo del Alcohol

Alto Cochabamba es una de las zonas consideradas de peligro “zona roja” por el alto grado de delincuencia que existe y por el consumo de alcohol en diferentes grupos etarios, factor de riesgo social para diferentes tipos de accidentes, violencia familiar, violencia sexual, relaciones sexuales inconscientes, embarazos no deseados, descuido en la familia repercutiendo en la salud de los niños, con frecuentes enfermedades transmisibles.

En la siguiente tabla se observa el comportamiento sobre el uso de alcohol que se inicia en edades de la adolescencia, en la secundaria, con edades comprendidas entre los 15 a 18 años. Si bien la encuesta y los resultados arrojan a nivel nacional, el comportamiento es similar en todos los departamentos.

Tabla n° 4: Comportamiento sobre el uso de alcohol en porcentaje, según grado escolar, Bolivia 2012

COMPORTAMIENTO DE USO	4°	5°	6°
Ingirió por lo menos una bebida que contenía alcohol en los últimos 30 días	14	19	25
Entre los estudiantes que han tomado alguna vez una bebida que contenía alcohol, el porcentaje de los que tomaron por primera vez una bebida que contenía alcohol antes de los 14 años	33.47	42,7	42.8
Entre los estudiantes que consumieron alcohol en los últimos 30 días, el porcentaje de los que habitualmente consumieron dos o más bebidas alcohólicas por día en el que bebieron	9,3	15.4	22
Entre los estudiantes que consumieron alcohol en los últimos 30 días, el porcentaje que habitualmente consiguió el alcohol que bebió a través de sus amigos	32.8	33	34.7
Bebió tanto alcohol que realmente se embriagó una o más veces en su vida	9.3	15.4	22
Entre los estudiantes que consumieron bebidas alcohólicas que estuvieron ebrios una o más veces en su vida, el porcentaje de aquellos que tuvieron contacto sexual	61.6	63.5	61.5
Ha tenido problemas con su familia o amigos, ha faltado a la escuela o se ha mezclado en peleas una o más veces como resultado de ingerir bebidas alcohólicas en su vida	9.6	12.2	17.4

FUENTE: ENCUESTA GLOBAL ESCOLAR DE BOLIVIA 2012-OPS-OMS PAG 34

Como nos muestra la tabla es necesario recalcar que el consumo de alcohol lleva a relaciones sexuales con o sin consentimiento, se calculó en base a los datos un promedio que da un resultados de 62.2% que tuvieron contacto sexual bajo los efectos del alcohol en los últimos 3 cursos de secundaria en colegio, teniendo una estrecha relación con el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual en esa edad.

- Contaminación del medio ambiente.

Al estar ubicado la zona sobre el Cerro alto Cochabamba, a una altura elevada se observa la contaminación del aire que día a día se ve y se respira en la ciudad de Cochabamba, la contaminación del suelo es por falta de contenedores de basura y recojo de basura por la zona, relacionado directamente con la educación de cada persona.

- Carencia de los servicios básicos

Existen viviendas que no cuentan con los servicios básicos como agua potable y alcantarillado, presentando pozo ciego para los desechos, y abasteciéndose con agua por las cisternas. Siendo esta una fuente de infección alta debido a la procedencia del agua vendida, que por sondeos algunos recolectan del río.

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

○ INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las enfermedades del aparato respiratorio se constituyen en un problema de salud pública a nivel mundial por las altas tasas de mortalidad y morbilidad.

El llegar a conocer las principales IRAs ayuda prevenirlas teniendo en cuenta cómo actúan y la etiología de las mismas, causadas por diversos agentes causales que afectan uno u otra zona de las vías respiratorias, cuyas manifestaciones clínicas son bastante evidentes y de alguna forma se repiten en cada una de ellas.

En nuestro país existen pocos estudios de laboratorio en los cuales se determine la etiología de las infecciones respiratorias agudas en niños y/o adultos. La incidencia de las IRAs se relaciona con las estaciones del año, la mayoría sobreviene durante la estación de invierno.

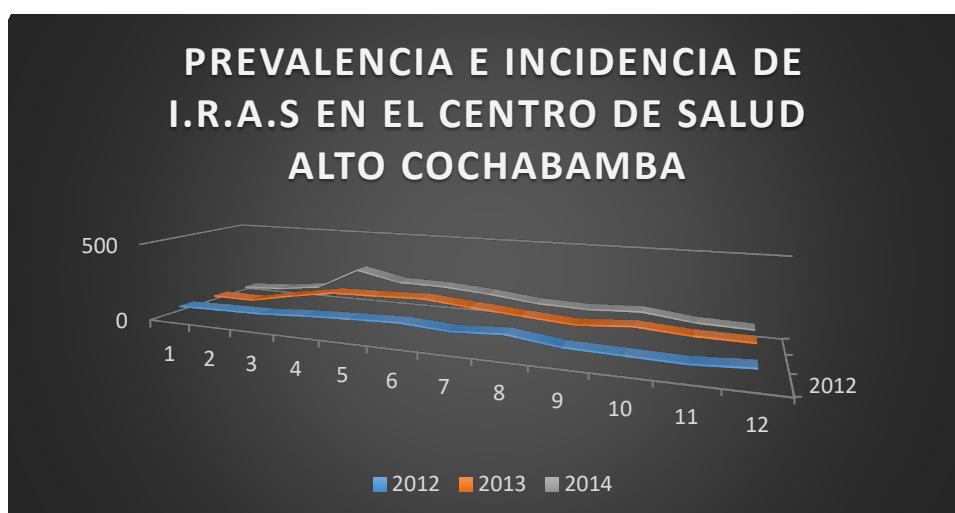
La incidencia es inversamente proporcional a la edad y los niños que frecuentan guarderías tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad, la zona de alto Cochabamba tiene guarderías, comedores y centros de integración que albergan niños susceptibles de padecer la infección debido al número de niños que tiene cada institución, siendo difícil evitar la transmisión directa, el cambio climático que se vive en la actualidad es un predisponente para la ocurrencia de la enfermedad debido a las altas y bajas temperaturas que registra el ambiente en un solo día.

Tabla n° 5: Número casos de IRAS en Alto Cochabamba 2012-2014

MESES	2012	2013	2014
ENERO	82	78	71
FEBRERO	87	75	86
MARZO	91	131	123
ABRIL	108	178	268
MAYO	119	185	206
JUNIO	128	195	201
JULIO	109	169	178
AGOSTO	126	145	144
SEPTIEMBRE	87	123	134
OCTUBRE	79	146	149
NOVIEMBRE	71	124	111
DICIEMBRE	89	119	101

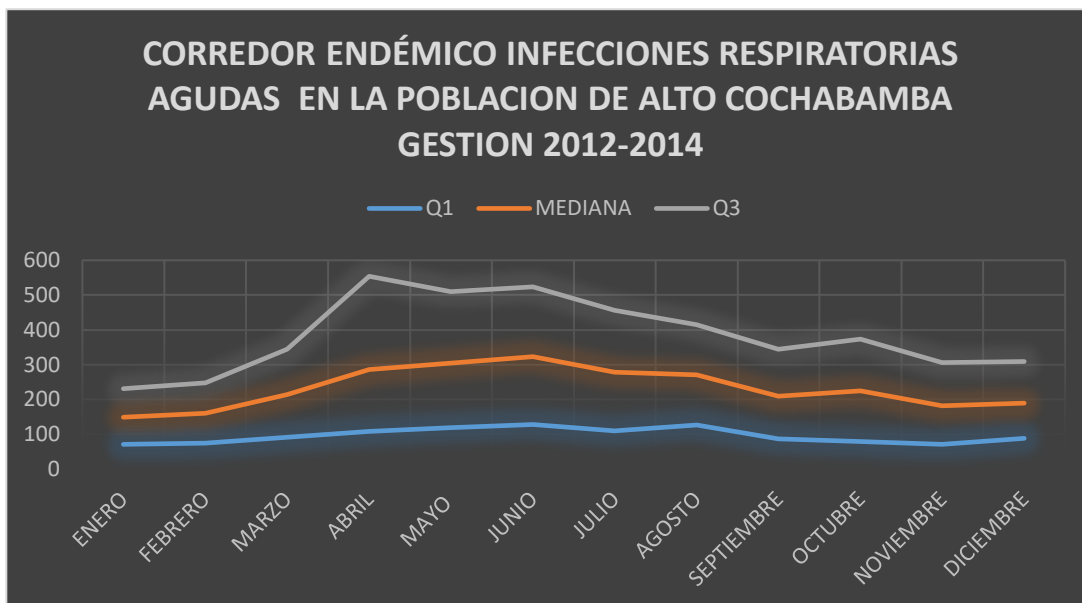
FUENTE: SNIS 2015

Grafico n° 2: Prevalencia e Incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas 2012-2014



FUENTE: DATOS SNIS 2014

Gráfico n° 3: Corredor Endémico de Infecciones Respiratorias Agudas de la gestión 2012 al 2014



FUENTE: DATOS SNIS 2014

Del 100 % de los datos obtenidos en los libros del SNIS, de la información semanal del centro de salud, de las infecciones respiratorias agudas corresponde a un 80% de los datos de niños menores de 5 años de la gestión 2012, 2013 y 2014, gracias al seguro público de salud, esto no significa que no existe IRAs en los otros grupos etarios, debido a la inasistencia en los centros de salud para atenderse ya sea por factor económico o factor tiempo, por tanto los datos no incluyen toda la población. El canal endémico nos delimita las zonas de éxito, la de seguridad y de alarma, con el cuál podremos trabajar y así analizar, si existe un número mayor de casos en el año 2016 -2020 podremos analizar y realizar plan estratégico para disminuir la prevalencia e incidencias del mismo.

○ ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

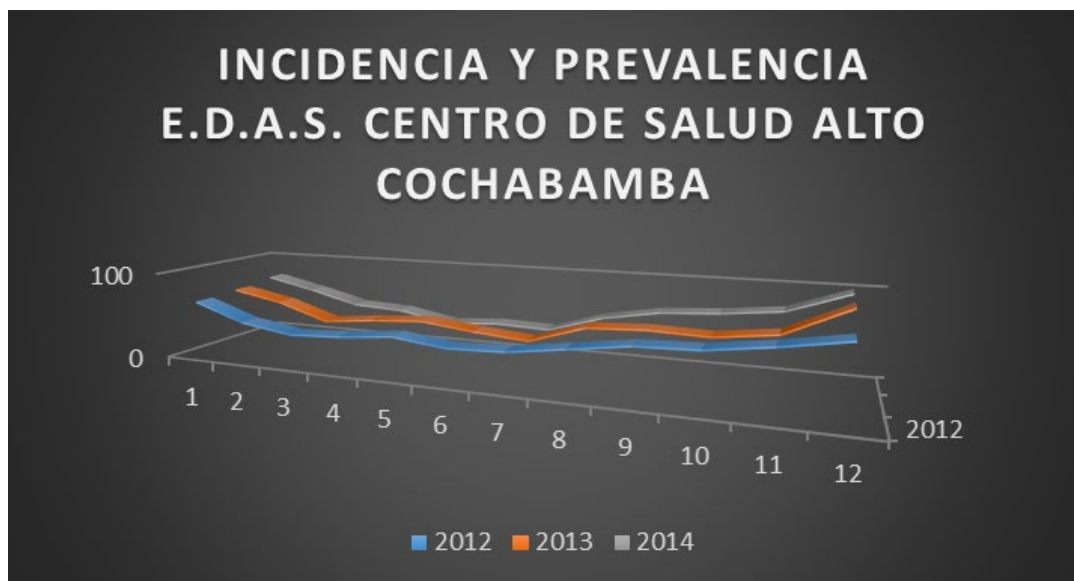
En Bolivia, las EDA se presentan en alrededor del 30% de la población total de niños menores a 5 años, produciéndose anualmente más de 12.000 muertes en la ciudad de Cochabamba similar a otras regiones de Bolivia, las EDA son una de las principales causas de consulta y hospitalización en la población infantil. En la zona de Alto Cochabamba, las consultas por EDA's tienen un alto porcentaje después de las IRAs debido a muchos factores causales: falta de servicios básicos como el Agua potable y alcantarilla, mala manipulación de los alimentos, hábitos higiénicos deficientes, estructura de las viviendas, presencia de animales en la casa, y el descuido por parte de los progenitores un alto porcentaje de niños que viven solos esperando la comida de algunos comedores de las zonas.

Tabla n° 6: Número casos de EDAS en Alto Cochabamba 2012-2014

MESES	2012	2013	2014
ENERO	65	68	74
FEBRERO	45	57	61
MARZO	36	38	46
ABRIL	39	44	43
MAYO	45	48	32
JUNIO	38	41	36
JULIO	40	36	34
AGOSTO	49	56	53
SEPTIEMBRE	58	59	64
OCTUBRE	60	57	68
NOVIEMBRE	69	65	75
DICIEMBRE	80	96	98

FUENTE:

Gráfico n° 4: Incidencia y Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas gestión 2012-2104



FUENTE: SNIS 2014

○ PARASITOSIS INTESTINAL

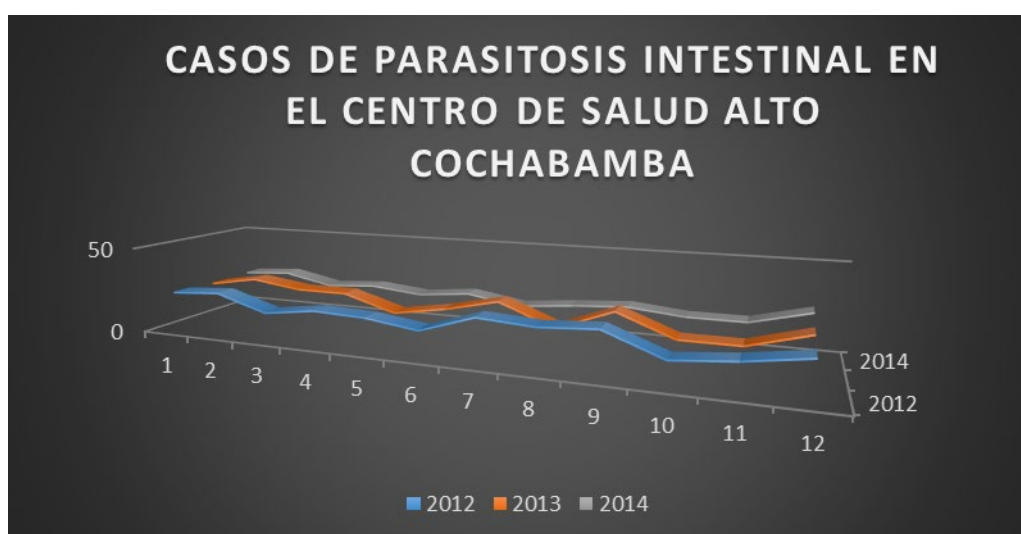
Las parasitosis intestinales es un enfermedad prevalente en el Centro de Salud Alto Cochabamba reflejo de las deficientes condiciones, económicas, de saneamiento, y educativas. La carencia de Servicios básicos, la contaminación del suelo y el descuido de los progenitores en niños menores de 5 años, la higiene personal, la costumbre de andar descalzo son factores predisponentes que permite la difusión de los nematodos intestinales, la deficiente higiene individual y la contaminación de manos, aguas y alimentos son las que facilitan la transmisión de protozoos

**Tabla n° 7: Número de casos de Parasitosis Intestinal en Alto Cochabamba
2012-2014**

MESES	2012	2013	2014
ENERO	23	22	27
FEBRERO	25	27	29
MARZO	16	23	19
ABRIL	20	23	21
MAYO	19	14	18
JUNIO	15	19	21
JULIO	25	26	16
AGOSTO	23	14	19
SEPTIEMBRE	25	26	21
OCTUBRE	13	14	18
NOVIEMBRE	12	14	15
DICIEMBRE	21	23	26

FUENTE: SNIS 2014

**Gráfico n° 5: Incidencia y Prevalencia de Parasitosis Intestinal en Alto
Cochabamba gestión 2012-2014**



FUENTE: SNIS- SOAPS 2014

4. PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD

Analizando el perfil epidemiológico, junto a las determinantes de salud, los factores que provocan las diversas morbilidades que son motivo de consulta en el centro de salud Alto Cochabamba, son de alta prevalencia en la zona, las IRAS, las EDAS y las Parasitosis intestinales no son resultado de una o dos causas, sino que hablamos de varios factores que juegan un papel importante en la familia y la comunidad como predisponentes para la existencia de este problema llegando a repercutir de manera importante en la salud y el desarrollo del niño siendo una edad vulnerable.

Identificamos los factores de riesgo que no solo influye a nivel personal sino que interviene el sistema Educativo y el ámbito familiar, analizando cada grupo se observa la interrelación entre uno y otro grupo, donde la educación es pilar fundamental y arma poderosa para prevenir no solo este grupo de infecciones transmisibles y no transmisibles, sino que con la educación podemos prevenir otras más.

La zona de Alto Cochabamba al ser una zona roja debido a la delincuencia, alcoholismo, drogadicción, muchos niños y adolescentes crecen solos, determinando ellos mismos lo que es bueno o malo, obteniendo valores o no de acuerdo a su entorno de amigos, el descuido y la ausencia de normas o reglas, la falta de respeto debido a la ausencia de los padres o de la figura materna o paterna, es una entrada con una invitación a las diferentes enfermedades prevenibles y también a los problemas sociales.

La pobreza es una determinante importante dentro de la zona donde rige el trabajo laboral poco remunerado y no calificado, obligando a los padres de familia estar fuera de casa, descuidando a su familia y dejando a cargo a sus hijos mayores el cuidado de sus hermanos más pequeños, ocurriendo accidentes y descuido total por la salud.

Los factores protectores nos permiten encarar el problema, para poder trabajar con ellos e incluirlas en la vida cotidiana de las familias, iniciando con los padres de familia y así

llegar a los hijos mayores para preservar la salud de los más pequeños educándolos y evitando transmisión de persona a persona.

5 LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

5.1. Descripción del equipamiento básico respecto a centros de recreación, escuelas, ambulancias y otros

La zona de alto Cochabamba cuenta con un centro de integración SINAI con quien actualmente se trabaja de forma continua realizando consultas, charlas, ferias, a todos los afiliados o inscritos, una institución sin fines de lucro que cuenta con infraestructura amplia donde ofrecen comedor y material escolar a los niños, adolescentes y material para el centro de madres, con respecto a salud, brinda un apoyo económico en el tratamiento para pacientes que no cuentan con ningún seguro estatal o privado, aportando el Centro con el 90% del tratamiento y el paciente con 10% preocupándose constantemente de la nutrición de los niños y la prevención de ITS y de los controles de PAP para las madres.

A unos metros del centro Sinai se encuentra la Guardería MAHANAIM, ofrece comedor para los niños y una estancia hasta el turno de la tarde. La infraestructura no es amplia pero cuenta con todos los servicios básicos de la zona, agua potable una vez a la semana y alcantarillado, luz y las dependencias todas en buen estado e higiene, la intervención en la promoción y prevención de la salud en la guardería se realiza periódicamente con los padres de familia y también con los niños.

La cancha deportiva y el parque infantil son centros de recreación ubicados en un lugar estratégico en la parada del micro 109, donde el comercio de tiendas de barrio y restaurantes es mayor en horas de la tarde y la noche. La cancha deportiva es de acceso gratuito el mantenimiento es nulo porque se observa basura y excremento de animales alrededor de toda la cancha llegando a ser un foco de enfermedades transmisibles, cercano a la misma el parque infantil de 3 o 4 juegos los cuales tampoco presentan

mantenimiento, un riesgo para los niños que juegan en la misma, siendo fuente de muchos accidentes en la zona.

Centro Educativo cercano la Escuela Rene Crespo de nivel primario, cuenta con un bastante alumnado, se observa en la escuela buena infraestructura y mantenimiento, presentan un botiquín con lo necesario pero no cuenta con una ambiente para las curaciones en caso de accidentes, los cuales son referidos inmediatamente al centro de salud Alto Cochabamba que se encuentra a uno 400 metros de distancia.

Comedores que están instalados en la OTB de alto porvenir, siglo xx, a cargo de la iglesia San Juan de Dios direccionado por los padres franciscanos, donde el principal objetivo es cubrir con el almuerzo de los niños y adolescentes con bajo nivel económico, también se realiza consultas a todos los niños, adolescentes y toda la población de los alrededores gracias a la creación de los consultorios vecinales donde la atención lo realiza un médico del proyecto Mi Salud siendo las consultas gratuitas y cubriendo los medicamentos a quienes tienen seguro público.

Dentro del equipamiento del centro está la Ambulancia que se usa para:

- Referencias de emergencia a los centros u hospitales ya mencionados.
- Recojo de vacunas
- Traslado de baciloscopías
- Comunidad

La comunidad de estudio en un 20% son calles asfaltadas en otro 80 % son de tierra, y la ambulancia no tiene problemas de llegar a las comunidades más alejadas en tiempos secos, pero en tiempo lluvioso las calles son casi intransitables por tanto muchas veces no llega a cubrir algunas zonas con su servicio, al igual que los transportes públicos que existen en la zona (anexo 7 croquis).

5.2 Oferta de servicios de salud

El centro de Salud Alto Cochabamba ubicado también en un lugar estratégico limitando con 3 OTBs al norte oeste y sud oeste con villa cosmos, al noreste con Villa Jerusalén al Sud este con Alto Cochabamba, cuenta con una infraestructura amplia de 2 pisos con lo necesario para una atención primaria de salud, cuenta con los servicios básicos como agua electricidad y alcantarilla, el servicio de ambulancia en caso de emergencias de pacientes que cubren al SUMI y al SSPAM, cuenta con farmacia solo primer turno, un problema para la población ya que a pesar de haber atención médica por la tarde las prescripciones no se pueden entregar por tanto en emergencias se envía a comprar al paciente para mejorar su estado de salud.

Los servicios de salud que tenemos en el área son:

- Centro de Salud Alto Cochabamba institución estatal de atención primaria en salud, con una población de 27000 habitantes en su gran mayoría migrante, El centro realiza atenciones a todo niño menor de 5 años, mujer embarazada y puérpera, mujer en edad reproductiva que desee realizar planificación familiar y adulto mayor, existe gran demanda de atención por parte de la población. El centro cuenta con 4 médicos, 3 de ellos 100% asistencial y 1 médico comunitario donde la atención es del 30% en consultorio y del 70% en comunidad, solo cuenta con un especialista de Ginecología, pero, todo embarazo a término o emergencias obstétricas son referidas a una segundo nivel o tercer nivel apoyándonos en el servicio de la ambulancia, la misma que se utiliza en emergencias pediátricas y geriátricas.

Deficiencias hay bastantes, no contamos con servicio de ecografía ni de laboratorio y referimos a nuestro centro de referencia para programa Renal y Chagas al Centro de Salud Alalay el cuál realiza una atención deficiente por la alta demanda de pacientes tanto de laboratorio como de ecografía.

- Centro de Salud Exaltación se encuentra a 500 metros de distancia, donde la atención no es gratuita pero es económica, cuenta con especialistas como pediatría y ginecología. (ver anexo 5).
- Hospital Harry Williams ubicado a 700 metros del centro de Salud Alto Cochabamba brinda atención de tercer nivel institución de convenio, donde se atiende emergencias de todo tipo, internación, partos, cesáreas y otros.
- En la misma zona contamos con servicio de Ecografía donde realiza ecografías obstétricas y abdominales sin informe, a un precio económico, llegando a satisfacer la necesidad de algunos pacientes con un servicio incompleto y sin valor médico.
- Existe una gran cantidad de personas que acuden a la medicina tradicional donde la complementación con la medicina académica da un resultado satisfactorio. Las creencias y nuestra cultura heredada por nuestros antepasados son: Dios de la tierra P'achamama”, llamar el ánimo de los lactantes e infantes, curanderos que masajean para “Estómago volcado” y en embarazadas para acomodar al feto que está en presentación pélvica.
- Matronas, Parteras, o tener simple conocimiento de cómo se realiza el parto “Familiares o Esposos”, es suficiente para que muchas madres se expongan a la atención de parto en el domicilio, sin tener la instrumentación ni las condiciones necesarias, existiendo un alto porcentaje de partos domiciliarios en la zona.
- La atención de las parteras tiene un costo llegando la tarifa a variar si el parto es normal 900 bolivianos y si se complica hasta 2000 bolivianos, Muchas familias prefieren pagar para ser atendidos con la calidez ya que exponen que en los centros de maternidad y los hospitales de 2 o 3 nivel estatales son tratadas sin ningún respeto.

El Bono Juana Azurduy ayudó a disminuir los partos domiciliarios pero la organización de los servicios de salud para satisfacer la demanda es pobre, la población de Alto

Cochabamba es grande y el servicio de salud que atiende no cuenta con salas de parto ni con instrumentación necesaria para una atención de parto institucional.

5.3 Accesibilidad geográfica

El Centro de Salud Alto Cochabamba al ser un centro de atención primaria refiere los pacientes de emergencia a los centros estatales donde la atención es gratuita para SUMI, SSPAM:

- Centro de salud alalay ubicado a 2 km llegando en 10 minutos aproximadamente en ambulancia, se refieren embarazadas en trabajo de parto y como está ubicado en la zona sud en horarios nocturnos acuden las embarazadas donde refieren que en ocasiones las puertas están cerradas y que hubo ocasiones en que el portero las rechaza porque no hay médicos para la atención. También referimos pacientes para la realización de ecografía y laboratorio de programas como Renal y Chagas.
- Hospital Cochabamba (2° nivel), ubicado a 3 km y medio del centro de salud llegando la ambulancia en un tiempo aproximado en 20 minutos al cuál referimos pacientes embarazadas en trabajo de parto o para cesárea y emergencias obstétricas, donde si son atendidos pero nunca recibimos una contra-referencia.
- Hospital Viedma ubicado a unos 5 km., donde llega la ambulancia en 25-30 minutos, las referencias al hospital son para pediatría, geriatría y emergencias obstétricas, donde se atienden a todos los pacientes

La atención según refieren los pacientes no es buena, la calidad no se puede juzgar pero la calidez que necesitan los pacientes no existe. Muchos tienen quejas del mismo pero ninguno denuncia, por tal razón una gran mayoría prefiere pagar e ir a una institución privada o hacerse atender en su domicilio.

El centro de salud Alto Cochabamba servicio de primer nivel, se atiende emergencias, consultas obstétricas, consultas pediátricas, geriátricas, curaciones, consultas externas con un costo de 5 bolivianos. En el área de enfermería se realiza el programa de inmunizaciones, atención de los programas vigentes en el departamento sin ningún costo.

El equipamiento del centro es básico cuenta con 4 consultorios médicos y 1 consultorio dental con sus camillas respectivas y sus lámparas para mejor examen físico del paciente, se cuenta con dos ecosonografía, esta se comparte entre los 4 médicos, equipos de curación, material necesario para la realización de PAP y para la introducción de DIU. No contamos con otoscopio, ecógrafo, laboratorio, material para una transfusión sanguínea.

6. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD

La comunidad de Villa Cosmos al ser una zona roja, debido al alto índice de delincuencia, alcoholismo, drogadicción, pobreza, enfermedades infectocontagiosas demuestra claramente la problemática tiene una base de tipo social y económica y es el efectos de muchas causas que afectan a la salud de la familia en su totalidad sin discriminación de edades.

Existe un alto porcentaje de familias con disfuncionalidad, afectando a los niños en su desarrollo y crecimiento, nutrición, infecciones respiratorias, gastrointestinales frecuentes, parasitosis intestinal e infecciones dermatológicas, resultado del abandono de los padres debido a dependencias como el alcohol, los horarios de trabajo, padres adolescentes, violencia intrafamiliar y la pobreza.

La migración de los padres a otros países es otro factor que llega a repercutir en la sociedad, con resultado negativo para el desarrollo de la misma y el crecimiento personal, debido a que los hijos se educan solos y por tanto caen en lo más fácil que es el alcoholismo, llevando a las jovencitas a su primera relación sexual y el embarazo en la adolescencia quienes con la inmadurez psicológica y poca responsabilidad el cuidado a su recién nacido o neonato es de bajo nivel produciéndole frecuentes enfermedades

infecciosas ya sea de tipo respiratoria o digestiva, llegando a complicarse y ser hospitalizados en un tercer nivel para su respectivo tratamiento o en el peor de los casos llegar a la mortalidad. El ciclo continua como un círculo vicioso, la educación pilar fundamental para prevenir esta y otras enfermedades.

Tenemos un alto índice de las Infecciones respiratorias Agudas, en todas las estaciones del año, sin ver una marcada diferencia de números de casos en verano e invierno que por historia es considerada una de las enfermedades transmisibles estacionales, pero vemos el producto del calentamiento global debido a que las IRAs siguen prevaleciendo en las estadísticas indistintamente de la estación del año que cursamos, la contaminación ambiental otro factor muy relacionado con nuestro problema que nos invita analizar las causas de los mismos, si bien es cierto que todos los problemas sociales mencionados son factores predisponentes que atentan contra el bienestar físico y psíquico de la persona sobre todo en las edades vulnerables niños menores de 5 años y adultos mayores a 60 años. Nuestra realidad es dura y si no hay un cambio de mentalidad coadyuvada con la educación, a diferentes niveles, el futuro de nuestras familias, incluyendo adolescentes y niños es incierto.

7. NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN

Las necesidades que tiene la población en estudio son varias de acuerdo a los indicadores de salud, indicadores sociales y de búsqueda de consenso, a partir de datos ya existentes.

Se trabajó de forma directa con los dirigentes de la OTB de Villa Cosmos, presidencia, vicepresidencia y secretario de salud a quienes se les entrevistó de forma abierta, para conocer su percepción ante la problemática de la comunidad, identificando los principales problemas con los actores sociales el dirigente, el secretario de salud, Directores de la Escuela y del centro de integración, conjuntamente el personal de salud a través de la lluvia de ideas o tormenta de ideas, llegando analizar cada uno de ellos por medio de grupos focales de 5 personas incluidas personal de salud, dirigentes e informantes claves, donde los intercambios personales, nos llevó sin duda a conflictos en temas como la religión o creencias u otros.

En los Indicadores de salud, se obtuvo datos de las consultas en el soaps teniendo en cuenta las atenciones tanto en consultorio como en comunidad, se identificó las enfermedades más frecuentes consultadas en los diferentes grupos etarios.

En los Indicadores sociales, se obtuvo los datos de la carpetización de la OTB de Villa Cosmos el cual se analizó cada determinante de salud, factores de riesgo encontrados en la familia los cuales predisponen a las diferentes tipos de enfermedades transmisibles o no transmisibles.

Búsqueda de consenso, se obtuvo los datos de las entrevistas a los dirigentes y los informantes claves, llegando a un consenso en el foro por medio de los grupos focales.

Identificación de Necesidades en salud de la población:

Se identificaron las siguientes necesidades en la población de Villa Cosmos con la participación social y del equipo de salud en la reunión trimestral del centro de salud Alto Cochabamba realizando el comité de análisis de información CAI.

1.- Atención del Centro de Salud Alto Cochabamba las 24 horas del día, con salas de internación y partos: es una necesidad de la zona debido a que las atenciones que se realizan son limitadas debido al poco personal médico que existe, además que los embarazos son cada vez más frecuentes en edades más tempranas las cuales no son atendidas en un hospital sino en el domicilio, debido a muchos factores, y uno de ellos el traslado desde la zona a los hospitales de referencia.

2.- Falta de Servicios básicos (Agua Potable y Alcantarilla): necesidad de toda la zona de influencia del centro de salud Alto Cochabamba y de la OTB de Villa Cosmos.

3.- Trabajar con una coordinación intersectorial tanto de la dirección del Centro de Salud como de los dirigentes de la OTB, porque hasta la fecha ambas partes están divorciadas

por tanto desconocen las actividades de ambos sectores, lo cual afecta al desarrollo de la zona.

Una vez identificados las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad, además de los factores de riesgo y las necesidades de la población, se procede a la priorización de los problemas de salud identificados en base a nuestro perfil epidemiológico.

Tabla n° 8: Matriz con el puntaje asignado a cada problema de salud

PROBLEMAS DE SALUD	CRITERIO	PUNTAJE MÁXIMO POSIBLE	PUNTAJE ASIGNADO
Infecciones Respiratorias Agudas	Magnitud	10	8
	Severidad	10	8
	Eficacia de la solución	1.5	1.5
	Factibilidad del problema	1	1
Enfermedades diarreicas agudas	Magnitud	10	6
	Severidad	10	7
	Eficacia de la solución	1.5	1.5
	Factibilidad del problema	1	1
Enfermedades Parasitarias	Magnitud	10	4
	Severidad	10	4
	Eficacia de la solución	1.5	0.5
	Factibilidad del problema	1	1

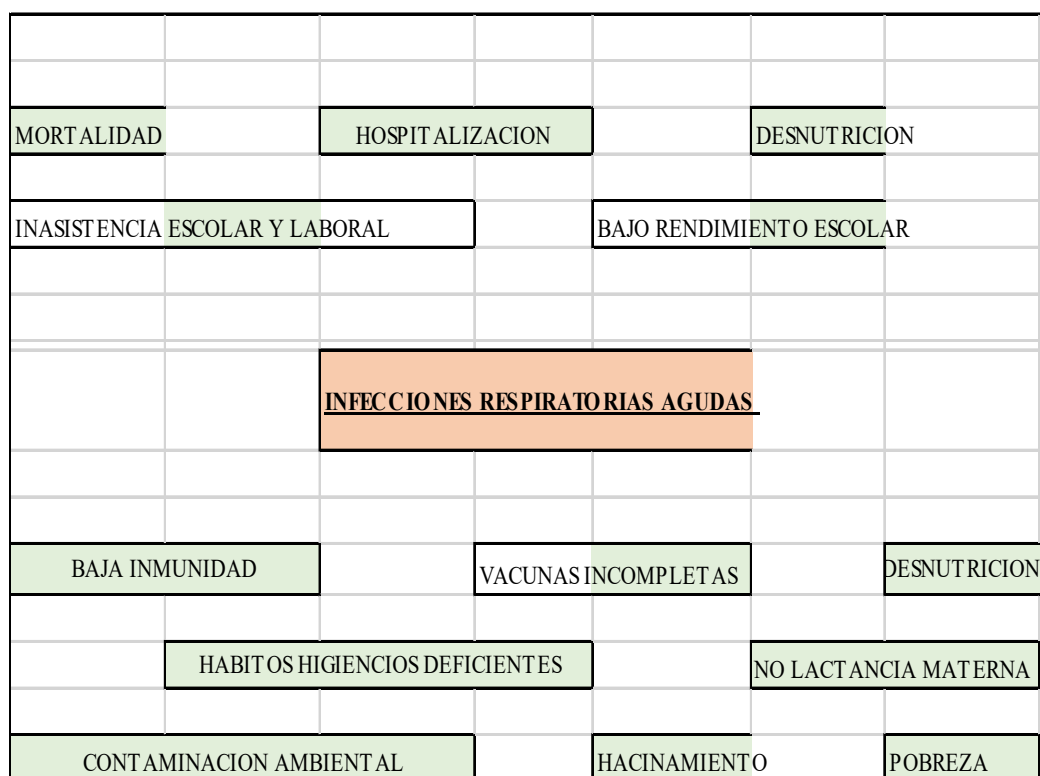
Tabla n° 9: Matriz de Priorización de los problemas identificados

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (PESO RELATIVO)	MAGNITUD DEL PROBLEMA A	GRAVEDAD DEL PROBLEMA B	EFICACIA DE LA SOLUCIÓN C	FACTIBILIDAD DEL PROBLEMA D	PUNTAJE TOTAL (A+B)C*D
Infecciones Respiratorias Agudas	8	8	1.5	1	<u>24</u>
Enfermedades Diarreicas Agudas	6	7	1.5	1	19.5
Enfermedades Parasitarias	4	4	0.5	1	4

Se puede observar en la matriz de priorización los 3 problemas identificados, en la que las Infecciones Respiratorias Agudas obtuvo un total de 24 puntos asignado en cuanto a su magnitud al ser un problema común con alta incidencia en la Otb. de Villa Cosmos, y altamente mortales si no se realiza el tratamiento correcto por tanto la Severidad también lleva un puntaje de 10 dentro de la matriz, como toda enfermedad transmisible es prevenible la eficacia de la solución es posible a nuestro problema y la factibilidad de solución o de intervención es factible en nuestros problemas identificados.

Posteriormente se identificó las causas y consecuencias del problema priorizado mediante el árbol de problemas a través de una lluvia de ideas

Árbol Problema



8. ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN

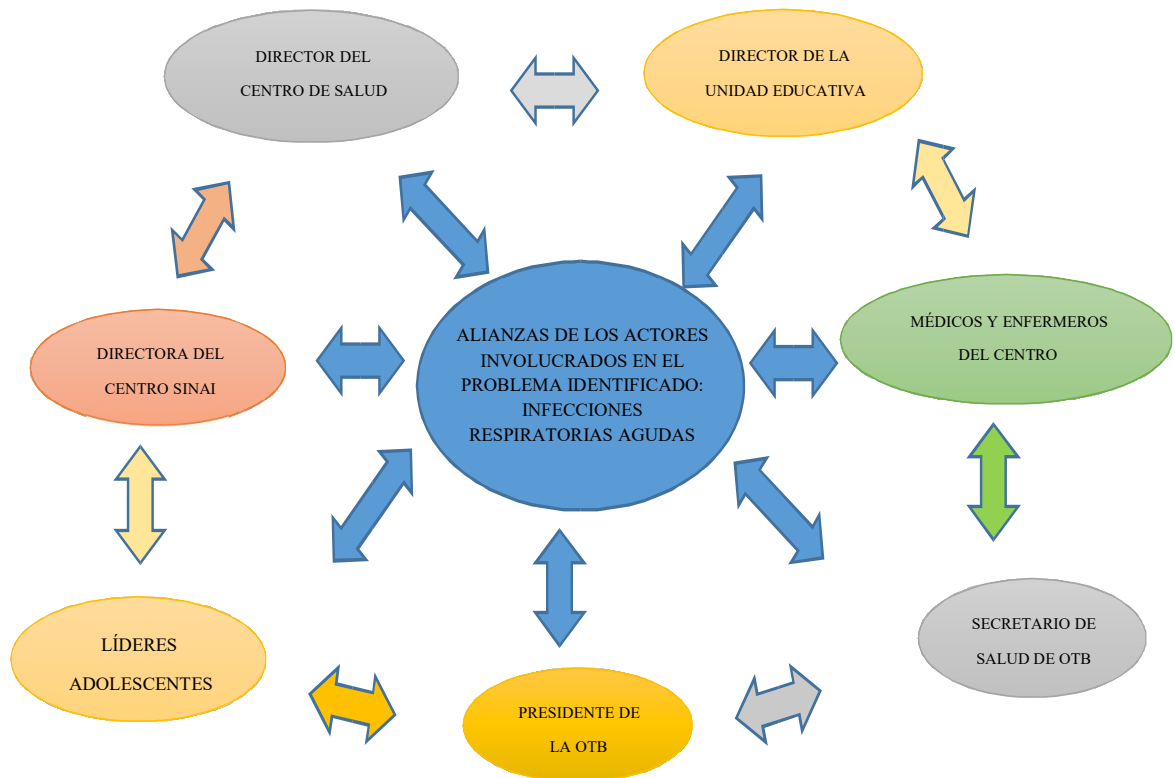
Tabla n° 10: Actores de la comunidad y Recursos de poder que controlan

ACTORES	RECURSOS QUE CONTROLA	ACTITUD FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD; FAVORABLE, DESFAVORABLE, NEUTRA, INDIFERENTE.
Director del Centro de Salud	Personal de salud capacitado	NEUTRA
Médicos y enfermeras del Centro	Atención de la población	FAVORABLE
Presidente de las OTB's	Población de la comunidad, infraestructura deportiva	NEUTRA
Secretario de Salud de las OTB's	Población de la OTB y prioridades de salud	FAVORABLE
Director de la Unidad Educativa	Población Estudiantil, infraestructura escolar	FAVORABLE
Directora del Centro Sináí	Centro de madres y de adolescentes	FAVORABLE
Directores de los comedores de las 2 zonas	Adolescentes – niños y padres de familia	FAVORABLE
Padres de familia líderes de la zona	Comunidad integrante de sus OTB's	FAVORABLE

Los actores ya mencionados dentro de la comunidad son importantes en la realización de un plan que ayude en el programa de prevención de las infecciones transmisibles como las respiratorias.

Para una efectiva acción intersectorial es necesario formar Alianzas estratégicas para que podamos ser parte de ellos, así lograr un cambio de actitud y en la mentalidad en la población.

- Primera alianza, Director del centro de Salud con su personal (médicos y enfermeras), Presidente y secretario de salud de la OTB, directores del colegio y del Centro Sinai, realizar una actividad invitando a todos los actores señalados para mostrar la realidad de las causas y consecuencias de las enfermedades transmisibles relacionadas con los problemas sociales
- Segunda alianza, Cada actor debe hacer partícipe a su institución o población, de la problemática existente en la zona quienes a su vez identificarán las causas principales de su área.
- Tercera alianza, Médicos, enfermeras y padres de familia líderes reunirse para exponer la problemática y cuál es su análisis desde su punto de vista.
- Cuarta alianza, trabajar por medio de charlas, grupos focales, grupos de ayuda en el centro de integración y en las sedes de la OTB's con los padres de familia sobre todo de padres adolescentes a cargo de los líderes y los Actores señalados.

Grafico n° 6: Modelo de Alianzas de actores involucrados en el problema de salud

9. LÍNEAS DE ACCIÓN QUE ORIENTARÁN EL PLAN

Tabla nº 11: Líneas de Acción y su relación con los ejes de la Política de salud.

EJES DE LA POLITICA DE SALUD	LINEA DE ACCION
Acceso universal al sistema único de salud	Lograr que el personal de salud aplique el modelo de atención de salud familiar, Comunitaria e intercultural en cumplimiento a la política Nacional de Salud
Promoción de la salud y movilización social	<p>Disminuir en un 20% la incidencia de las enfermedades transmisibles en el periodo de 5 años por la práctica hábitos saludables de la población y mediante acciones de promoción y prevención por el personal de salud.</p> <p>Consolidar la implementación de la sala situacional con el mapa de riesgo familiar útil para programar la visita domiciliaria y el uso de la carpeta familiar</p>
Rectoría	Lograr la coordinación intersectorial efectiva en la vigilancia epidemiológica de salud de la comunidad y realizar un correcto seguimiento

PARTE III: PROPUESTA DEL PLAN ESTRATEGICO DE SALUD

1. MOMENTO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO

1.1. VISIÓN

Al 2020 se ha mejorado el nivel de salud de la población de Villa Cosmos, con una atención médica de calidad, realizando seguimiento de manera integral a toda la población sin discriminación de grupos etarios, previniendo las enfermedades transmisibles de la zona.

1.2. ESTRATEGIA.-

La estrategia que utilizaremos para que se aplique una atención integral para toda la población, está basada en la intersectorialidad, esto significa trabajar con instituciones y organizaciones del sector público, sector privado, sociedad civil de la OTB y el equipo de salud del centro de atención primaria. La coordinación intersectorial facilita la ejecución de tareas complejas que van más allá del nivel local. La participación social involucra y vincula a todos los sectores y niveles políticos del ámbito local para favorecer el desarrollo de nuestra Estrategia local con el objeto de implementar los servicios básicos a la comunidad de Villa Cosmos ya que un solo sector no puede solucionar el problema que ocupa la atención. Este tipo de procesos implica involucrar a todos los sectores en el problema identificado y poder llevar a cabo acciones que respondan a las capacidades de los distintos actores participantes. También exige la aceptación de compromisos de las diferentes partes y la designación de puntos focales que coordinen la implementación de actividades de cada instancia participante. La cooperación entre sectores permite compartir recursos de forma más productiva, de acuerdo con las competencias y atribuciones de cada actor. Los resultados son mayores en la medida en que cada instancia participante, especialmente en el nivel local y comunitario, cuenta con poder y libertad de acción para identificar los problemas y desarrollar las soluciones que permitan alcanzar los objetivos.

1.3. ANALISIS F.O.D.A.

Tabla n° 12: Análisis Interno

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Personal profesional capacitado y comprometido	Deficiencia en la capacidad de trabajo intersectorial y abordaje al paciente de forma integral.
Sala situacional con clasificación de familias según riesgo que guía la programación de visitas domiciliarias y seguimiento	Falta de medicamentos básicos para la atención en salud
Proyecto MI SALUD vigente en Cercado.	Deficiente apoyo financiero para los programas y servicios.
Apoyo con un médico en el área de estudio	Falta de interés del personal de salud a cumplir acciones con la comunidad no se difunden resultados de niveles de salud
Aplicación del modelo SAFCI	Atención discontinua en el centro de salud (solo 12 horas)

Tabla n° 13: Análisis Externo

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Trabajo aislado de sectores públicos, privados y sociedad civil	Aprobación de nuevas políticas, decretos a nivel nacional, dirigidos a la atención integral como la implementación de la política SAFCI
Cambio de actores políticos y de dirigentes.	Posibilidad de alianzas intersectoriales con las diferentes instituciones y organizaciones dentro de la zona.
Escasa comunicación entre actores de instituciones y la sociedad civil	Existencia de organizaciones comunitarias como: centros de madres y otros
Falta de coordinación intersectorial	Apoyo por parte de estado plurinacional a la medicina comunitaria permitiendo introducir a todos los médicos del sistema a la realidad de la zona en estudio
	Relaciones de cooperación establecidas con instituciones, organismos locales de la zona

1.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.-

- Aplicar el modelo de atención de salud familiar, Comunitaria e intercultural en cumplimiento a la política Nacional de Salud, efectivizando el acceso universal a los servicios de salud gratuita a toda la población.
- Lograr que la población practique hábitos saludables mediante acciones de promoción y prevención por el personal de salud
- Consolidar la implementación de la sala situacional con el mapa de riesgo familiar útil para programar la visita domiciliaria y el uso de la carpeta familiar.
- Lograr la coordinación intersectorial efectiva en la vigilancia epidemiológica de salud de la comunidad y realizar un correcto seguimiento

1.4.1 MATRIZ DE EJES Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Tabla N° 14: Relación De Ejes Y Objetivos Estratégicos Del Plan Sectorial De Salud Y Áreas De Actividad Del Plan De Salud En El Nivel Local

Ejes	Objetivos estratégicos	Área de actividad 1	Área de actividad 2	Área de actividad 3
Acceso universal al sistema único de salud	Aplicar el modelo de atención de salud familiar, Comunitaria e intercultural en cumplimiento a la política Nacional de Salud, efectivizando el acceso universal a los servicios de salud gratuita a toda la población.	Programación Operativa local		
Promoción de la salud y movilización social	Lograr que la población practique hábitos saludables mediante acciones de promoción y prevención por el personal de salud Consolidar la implementación de la sala situacional con el mapa de riesgo familiar útil para programar la visita domiciliaria y el uso de la carpeta familiar Lograr la coordinación intersectorial efectiva en la vigilancia epidemiológica de salud de la comunidad y realizar un correcto seguimiento		Vigilancia de la salud (Transformación de las determinantes de la salud, mapa de riesgo y Fortalecimiento del primer nivel)	Fortalecimiento del nivel primario enfocado en la promoción de la salud, la vigilancia y la programación local.
Rectoría	Competencia del Ministerio de salud	Competencia del Ministerio de salud	Competencia del Ministerio de salud	Competencia del Ministerio de salud

La tabla muestra la relación de los objetivos estratégicos trazados con los ejes del plan sectorial de salud y el área de actividad donde se trabajará, el primer objetivo aplicar el modelo de atención comunitaria en cumplimiento de la política SAFCI está en relación con el acceso al sistema universal único de salud, el segundo, tercer y cuarto objetivo está en relación con la promoción de salud y movilización social para trabajar en el

fortalecimiento del nivel primario enfocado en la promoción, vigilancia y programación local.

2. MOMENTO TÁCTICO OPERACIONAL

2.1 Matriz de Relación de las áreas de Actividad con los Objetivos estratégicos, líneas de acción, resultados, indicadores y medios de verificación

Tabla N° 15: Relación De Áreas De Actividad Con Los Objetivos

Área de actividad	Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de verificación
Programación Operativa local	Aplicar el modelo de atención de salud familiar, Comunitaria e intercultural en cumplimiento a la política Nacional de Salud, efectivizando el acceso universal a los servicios de salud gratuita a toda la población	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en el modelo SAFCI al personal de salud y la comunidad • Programar y ejecutar visitas domiciliarias en POA • Atención médica de forma integral y seguimiento tanto en el centro de salud como en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal capacitado para el manejo de las diferentes enfermedades transmisibles según modelo SAFCI 	Numero de capacitaciones recibidas Número de visitas domiciliarias Número de atenciones medicas Numero de seguimientos realizados	Registro de las capacitaciones recibidas Registro estadísticos de atención a pacientes y seguimientos Carpetas familiares
Área de actividad 2 Vigilancia de la salud	Lograr que la población practique hábitos saludables mediante acciones de promoción y prevención por el personal de salud. Consolidar la implementación de la sala situacional con el mapa de riesgo familiar útil para programar la	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en control de determinantes de la salud al personal de salud y la comunidad • Programación de actividades de promoción y prevención en POA • Sistematizar las determinantes para clasificar el riesgo familiar y programar visitas domiciliarias • Promoción de la salud con charlas educativas, ferias de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • La población ejerce sus derechos y deberes en salud. • La población ejerce nuevos hábitos higiénicos saludables. • Carpetización en su totalidad y seguimiento de la zona a través del mapa de riesgo. • Sala situacional con el mapa de riesgo familiar actualizado 	% de familias con modificación de hábitos Número de familias carpetizadas % de población que ejerce su derechos 1 sala de situación implementada	mapa de riesgo con cambio de señalización de rojo a verde carpetas familiares registros de reclamos sede física de la sala de situaciones

	visita domiciliaria y el uso de la carpeta familiar				
Área de actividad 3 Fortalecimiento de la intersectorialidad en el primer nivel	Lograr la coordinación intersectorial efectiva en la vigilancia epidemiológica de salud de la comunidad y realizar un seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo de salud a nivel local con capacitación • Identificación de dirigentes y comité de salud para cumplimiento de compromisos asumidos • Difusión de resultados de la sala de situaciones en reuniones 	<ul style="list-style-type: none"> • Sector salud asume su rol de liderazgo • Personal de salud y comunidad capacitado en liderazgo • Comunidad conoce sus problemas y necesidades de salud • Compromisos cumplidos • Personal de salud sensibilizado 	número de organizaciones que participan de la gestión en salud % de población que conoce los problemas de salud % de compromisos cumplidos	Registro de las actividades comunitarias en el SOAPS Actas de reuniones Registro de participantes Actas de compromisos cumplidos

2.2. Matriz- Relación de objetivos estratégicos y actividades del Plan de Salud en el nivel local

Tabla N° 16: Relación de Objetivos Estratégicos y Actividades Del Plan De Salud En El Nivel Local

Resultados	Actividades	Tiempo	Responsable
Área de actividad 1 Programación Operativa local	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en el modelo SAFCI al personal de salud y la comunidad. • Ejecución de visitas domiciliarias • Atención médica de forma integral y gratuita tanto en el centro de salud como en la comunidad. 	Primer trimestre de cada año por 5 años Primer mes de cada trimestre de cada año por 5 años Primer mes de cada trimestre de cada año por 5 años.	Equipo de salud multidisciplinario
Área de actividad 2 Vigilancia de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en control de determinantes y cambio de hábitos de la salud al personal de salud y la comunidad • Ejecución de actividades de promoción y prevención • Identificación de las determinantes para clasificar el riesgo familiar y programar visitas domiciliarias • Charlas educativas, ferias de salud 	Dos veces al año por 5 años el 1 mes y el 7 mes Dos veces al año el 4 mes y el 10 mes anual Dos veces al año, el 4 mes y el 10 mes	Personal de salud Organizaciones de la comunidad, dirigentes de OTBs.
Área de actividad 3 Fortalecimiento de la intersectorialidad en el primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo de salud a nivel local con capacitación • Identificación de dirigentes y comité de salud para cumplimiento de compromisos asumidos • Difusión de resultados de la sala de situaciones en reuniones 	Anual el mes 1 dos veces al año e mes 6 y el mes 12 cada año por 5 años Dos veces al año el mes 6 y el mes 12 cada año por 5 años	Equipo de salud Organizaciones de la comunidad, dirigentes de OTBs.

La tabla nos muestra las diferentes actividades para las tres áreas del plan de salud, el tiempo y el responsable para cada una de ellas, con las cuales se lograrán alcanzar los objetivos.

2.3. Cronograma (Anexos)

3. PROGRAMAS QUE CONFORMAN EL PLAN ESTRATÉGICO

3.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN GENERAL DE LA COMUNIDAD COSMOS

3.1.1. Responsable técnico del programa.

- Equipo de Salud de Atención primaria, quienes trabajaran en coordinación con el médico Comunitario.

3.1.2. Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico

Se ha logrado disminuir la incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas en toda la población de Villa Cosmos realizando actividades de promoción y prevención tanto en comunidad como en consulta del centro de salud Alto Cochabamba.

3.1.3. Población beneficiaria por grupos etarios

Tabla n° 17: Población Por Grupo Etario

GRUPO ETARIOS	NÚMERO DE HABITANTES
Menores de 5 años	265
5- 9 años	183
10- 14 años	123
15-19 años	199
20-39 años	143
40-49 años	101
50-59 años	98
60 y más años	103
TOTAL	1215

Fuente: SNIS

3.1.4. Matriz de operacionalización e instrumentación de actividades, metas y recursos

Tabla n° 18: Matriz de operacionalización e instrumentación de actividades

Población por grupos etarios	Actividad	Cobertura	Concentración	Recursos humanos Hora/médico	Insumos/ Equipamiento
Menores de 2 años	Control Niño Sano	90%	1 consulta mensual	4consultas x hora /1 médico	Pesa, Tallímetro micronutrientes
2-5 años	Control Niño Sano	90%	1 consulta bimensual	4consultas x hora /1 médico	Pesa, Tallímetro micronutrientes
5- 9 años	Educación para preservar la salud y prevenir enfermedades transmisibles en las escuelas.	80%	1 charla educativa por mes en diferentes grados escolares	30-40 niños/ hora	Material educativo con cuadros didácticos y uso de la retroproyectora.
10-14 años	Educación salud sexual reproductiva para prevenir embarazos en este	70%	1 charla educativa por mes en centros de integración y el centro de salud alto	25 adolescentes/ hora	Uso de material didáctico con retroproyectora

15 a 19 años	Educación salud sexual reproductiva para prevenir embarazos en este	70%	1 charla educativa por mes en centros de integración y el centro de salud alto	25 adolescentes/ hora	Uso de material didáctico con retroproyectora
20-39 años	Educación salud sexual reproductiva para prevenir embarazos en este	70%	1 charla educativa por mes en centros de integración y el centro de salud alto	25 adolescentes/ hora	Uso de material didáctico con retroproyectora
40-49 años	Educación salud sexual reproductiva para prevenir embarazos en este	70%	1 charla educativa por mes en centros de integración y el centro de salud alto	25 adultos/ hora	Uso de material didáctico con retroproyectora
50-59 años	Educación salud sexual reproductiva para prevenir embarazos en este	70%	1 charla educativa por mes en centros de integración y el centro de salud alto	25 adultos/ hora	Uso de material didáctico con retroproyectora
60 y más años	Educación salud sexual reproductiva para prevenir embarazos en este	70%	1 charla educativa por mes en centros de integración y el centro de salud alto	25 adultos/ hora	Uso de material didáctico con retroproyectora

3.1.5. Evaluación

La evaluación del cumplimiento de metas será dos veces al año durante la realización de los CAI semestrales, la cual se realiza junto con el personal de salud, los dirigentes de la OTB, actores sociales estratégicos. La evaluación del programa será antes y después de iniciado el programa:

Se realizara un análisis de los casos reportados de las infecciones respiratorias agudas hasta la fecha de toda la población de la Otb de Villa Cosmos, a través de los datos estadísticos de los informes mensuales y semanales.

Al finalizar el programa se evaluara a través de una evaluación comparativa con el análisis que se realizó antes de iniciado el programa para evaluar si los resultados fueron los

esperados en la OTB. El monitoreo se efectuara de forma mensual por el personal de salud.

3.1.6. Financiamiento

- Sueldos y salarios del recurso humano financiado por el TGN
- Insumos y medicamentos financiados por el Municipio
- Transporte del personal financiado por el Municipio

3.1.7. Cronograma

Las actividades serán realizadas los días hábiles de la semana, durante la gestión y por 5 años.

3.2 PROGRAMA DE MANEJO DE DETERMINANTES EN LA COMUNIDAD VILLA COSMOS

3.2.1 Responsable técnico del programa.

- Equipo de Salud del centro de Alto Cochabamba con la coordinación del médico Comunitario del programa Mi Salud.

3.2.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico

Se ha logrado capacitar a todo el personal de salud y actores sociales para lograr una atención integral en la comunidad, y así modificar los hábitos en las familias mediante las actividades de promoción u prevención

3.2.3 Población beneficiaria por grupos etarios

Tabla n° 19: Población de la OTB de Villa Cosmos según grupo etario

GRUPO ETARIOS	NÚMERO DE HABITANTES
Menores de 5 años	265
5- 9 años	183
10- 14 años	123
15-19 años	199
20-39 años	143
40-49 años	101
50-59 años	98
60 y más años	103
TOTAL	1215

Fuente: SNIS 2015

3.2.4 Matriz de operacionalización e instrumentación de actividades, metas y recursos

Tabla n° 20: Matriz de operacionalización e instrumentación de actividades.

RESULTADO	ACTIVIDADES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Se ha logrado capacitar a todo el personal de salud y actores sociales para lograr una atención integral en la comunidad, y así modificar los hábitos en las familias mediante las actividades de promoción u prevención.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación al personal de salud y la comunidad sobre la identificación de determinantes de salud con factores de riesgo y el correcto seguimiento de las familias para realizar actividades de promoción y prevención • Programación de actividades de promoción y prevención en POA • Sistematizar las determinantes para clasificar el riesgo familiar y programar visitas domiciliarias Promoción de la salud con charlas educativas, ferias de salud	% de familias con modificación de hábitos Número de familias carpetizadas % de población que ejerce su derechos 1 sala de situación implementada	mapa de riesgo con cambio de señalización de rojo a verde carpetas familiares registros de reclamos sede física de la sala de situaciones	Familias interesadas en cambiar de hábitos

3.2.5 Evaluación

La evaluación del cumplimiento de metas será dos veces al año durante la realización de los CAI. Se realizará análisis de las carpetas familiares identificando las determinantes de salud con factores de riesgo en las familias, la evaluación después del programa se realizara mediante otro análisis de las carpetas familiares en las visitas de seguimiento, y hacer una comparación de ambos análisis.

El seguimiento se efectuara de forma mensual a través del monitoreo de actividades según la programación anual con el equipo de salud del Centro de Alto Cochabamba.

3.2.6 Financiamiento

- Sueldos y salarios del recurso humano financiado por el TGN
- Insumos y medicamentos financiados por el Municipio
- Transporte del personal financiado por el Municipio

3.2.7 Cronograma

Las actividades serán realizadas los días hábiles de la semana planificadas durante la gestión y por 5 años.

3.3 PROGRAMA VIGILANCIA EN SALUD

3.3.1 Responsable técnico del programa.

- Equipo de Salud y el médico Comunitario

3.3.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico

Se ha logrado trabajar en coordinación con los diferentes sectores sociales y el equipo de salud y así asumir su rol y responsabilidad dentro de la comunidad conociendo los problemas y necesidades de la población de Villa Cosmos

3.3.3 Población beneficiaria por grupos etarios

Tabla n° 21: Población de la OTB de Villa Cosmos según grupo etario

GRUPO ETARIOS	NÚMERO DE HABITANTES
Menores de 5 años	265
5- 9 años	183
10- 14 años	123
15-19 años	199
20-39 años	143
40-49 años	101
50-59 años	98
60 y más años	103
TOTAL	1215

Fuente: SNIS 2015

3.3.4 Matriz de operacionalización e instrumentación de actividades, metas y recursos

Tabla n° 22: Matriz de operacionalización e instrumentación

RESULTADO	ACTIVIDADES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Coordinación intersectorial efectiva	<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo de salud a nivel local con capacitación Identificación de dirigentes y comité de salud para cumplimiento de compromisos asumidos Difusión de resultados de la sala de situaciones en reuniones 	<p>número de organizaciones que participan de la gestión en salud</p> <p>% de población que conoce los problemas de salud</p> <p>% de compromisos cumplidos</p>	<p>Registro de las actividades comunitarias en el SOAPS</p> <p>Actas de reuniones</p> <p>Registro de participantes</p> <p>Actas de compromisos cumplidos</p>	Interés de otros sectores en participar en acciones de control de salud

3.3.5 Evaluación

La evaluación del cumplimiento de metas será dos veces al año durante la realización de los CAI. Semestrales con la presencia de los dirigentes de la OTB. en el Centro de Salud Alto Cochabamba.

El seguimiento se efectuara de forma mensual a través del monitoreo de actividades según la programación anual con el equipo de salud.

3.3.6 Financiamiento

- Sueldos y salarios del recurso humano financiado por el TGN
- Insumos y medicamentos financiados por el Municipio
- Transporte del personal financiado por el Municipio

3.3.7 Cronograma

Las actividades serán realizadas los días hábiles de la semana planificadas en cronograma, durante la gestión y por 5 años.

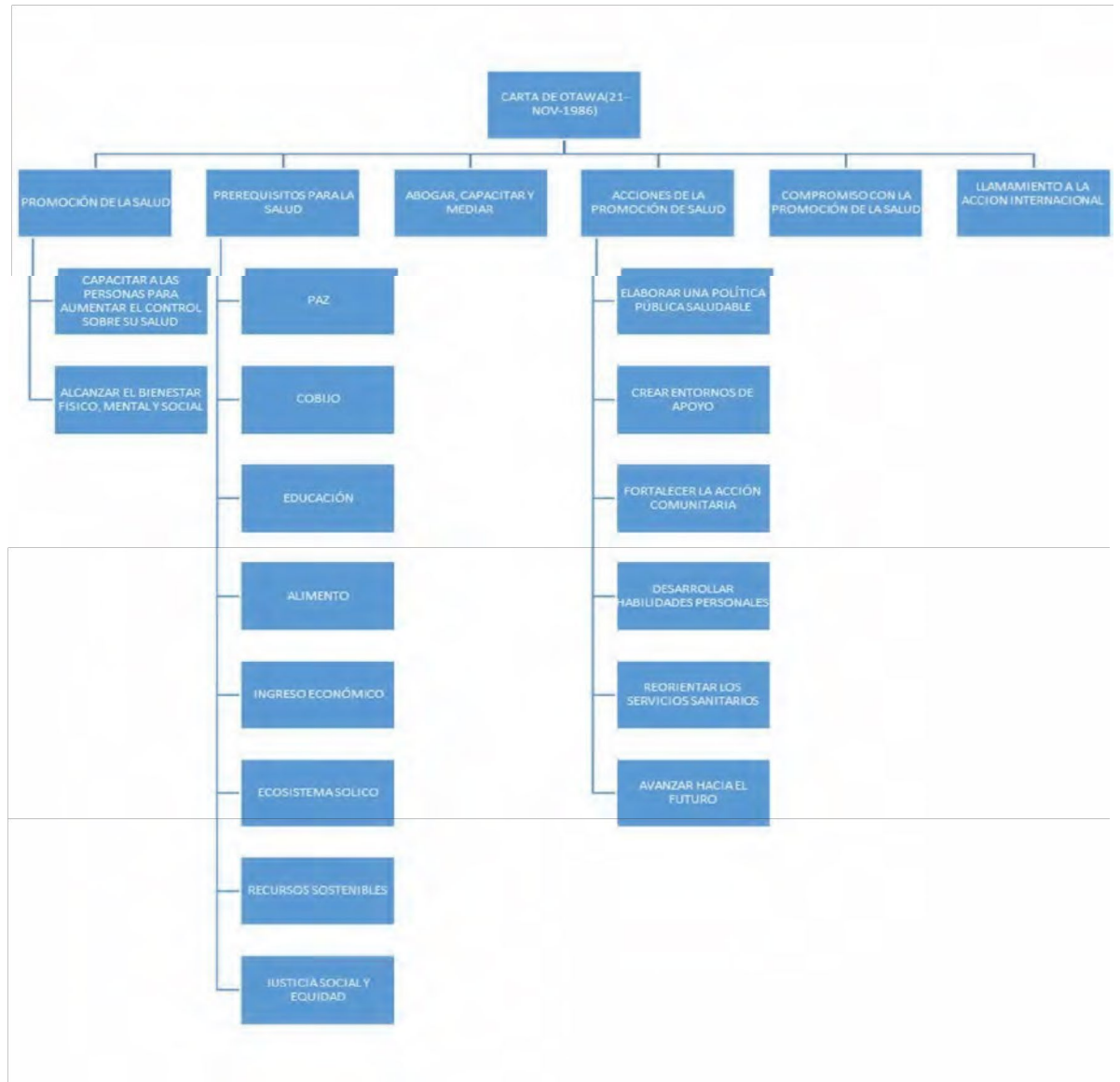
BIBLIOGRAFIA

1. Benavides G. Fernando, Segura Andreu; La Reconversión de la Vigilancia Epidemiológica en Vigilancia de Salud Pública, Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Información en Salud Pública
2. Dever Alan G.E. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud Organización Panamericana de la Salud 1991: 21- 26
3. Dever Alan, Modelo de causalidad. 1991
4. Dever Alan, Promoción de la salud y prevención. 1991
5. Matus Carlos Planificación de situaciones Fondo de cultura económica 1980
6. Matus, Carlos Adiós, Señor Presidente - Planificación, Anti planificación y Gobierno Editorial: Pomaire, Caracas, 1987. ISBN 10
7. Menéndez EL: Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible, en VV.AA: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992.
8. Ministerio de Salud de la Nación Guía para el fortalecimiento de la vigilancia en salud en el nivel local. Buenos Aires – Argentina; Marzo 2013
9. OPS/OMS objetivos del milenio, Washington, publicación 2.000
10. Rovere Mario Planificación estratégica de recursos humanos en salud: Organización Panamericana de la Salud Washington 2006 Segunda edición
11. Rovere. Mario R. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington D.C. – OPS. 1º ed. 1993; Serie de desarrollo recursos humanos en salud; 96
12. Virgolini Mario Análisis de la Situación de Salud: Separata proporcionada por la Dra. Alicia LAwrynowicz Módulo VII – Especialidad en Epidemiología – UASB

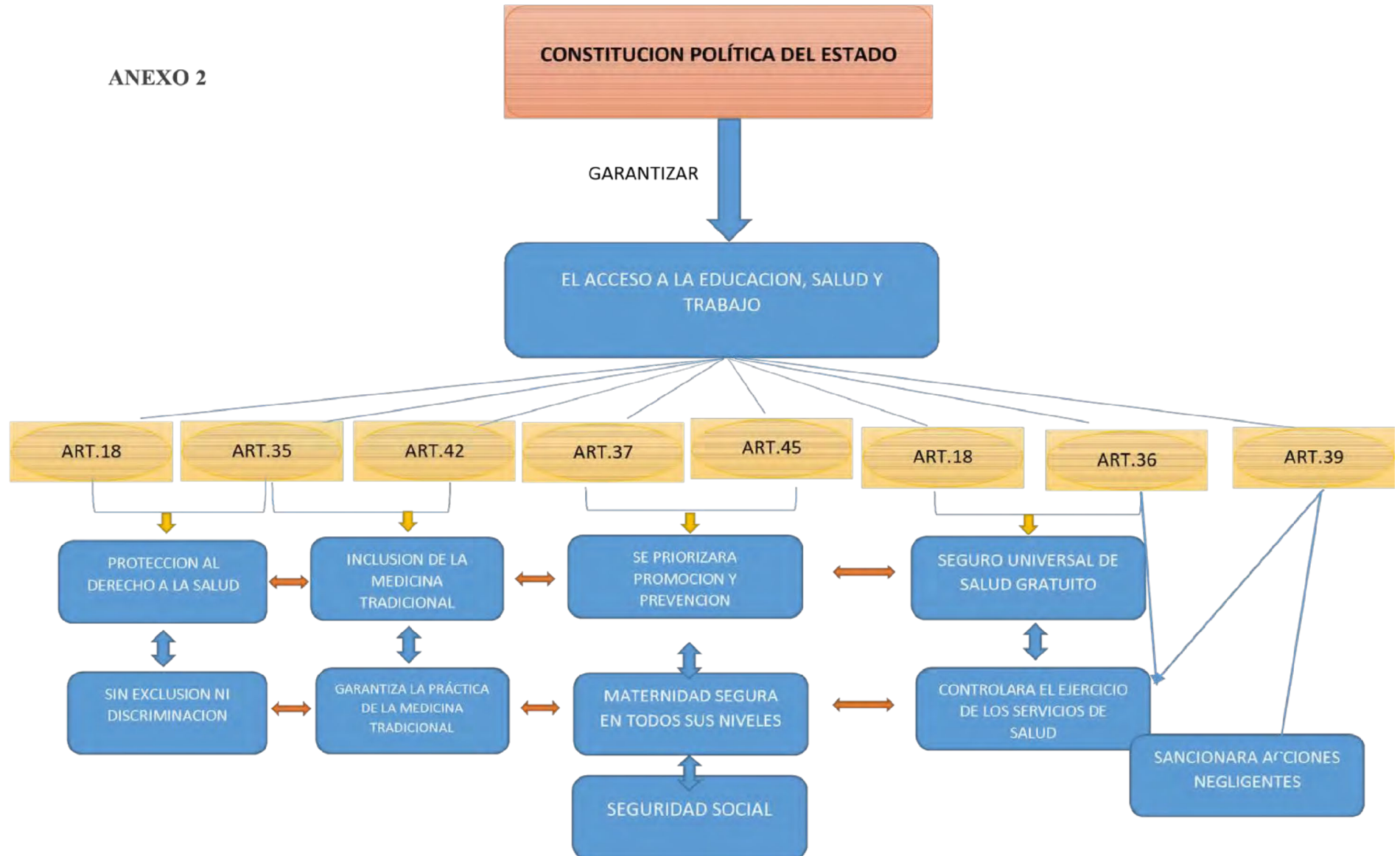
ANEXOS

ANEXO N° 1

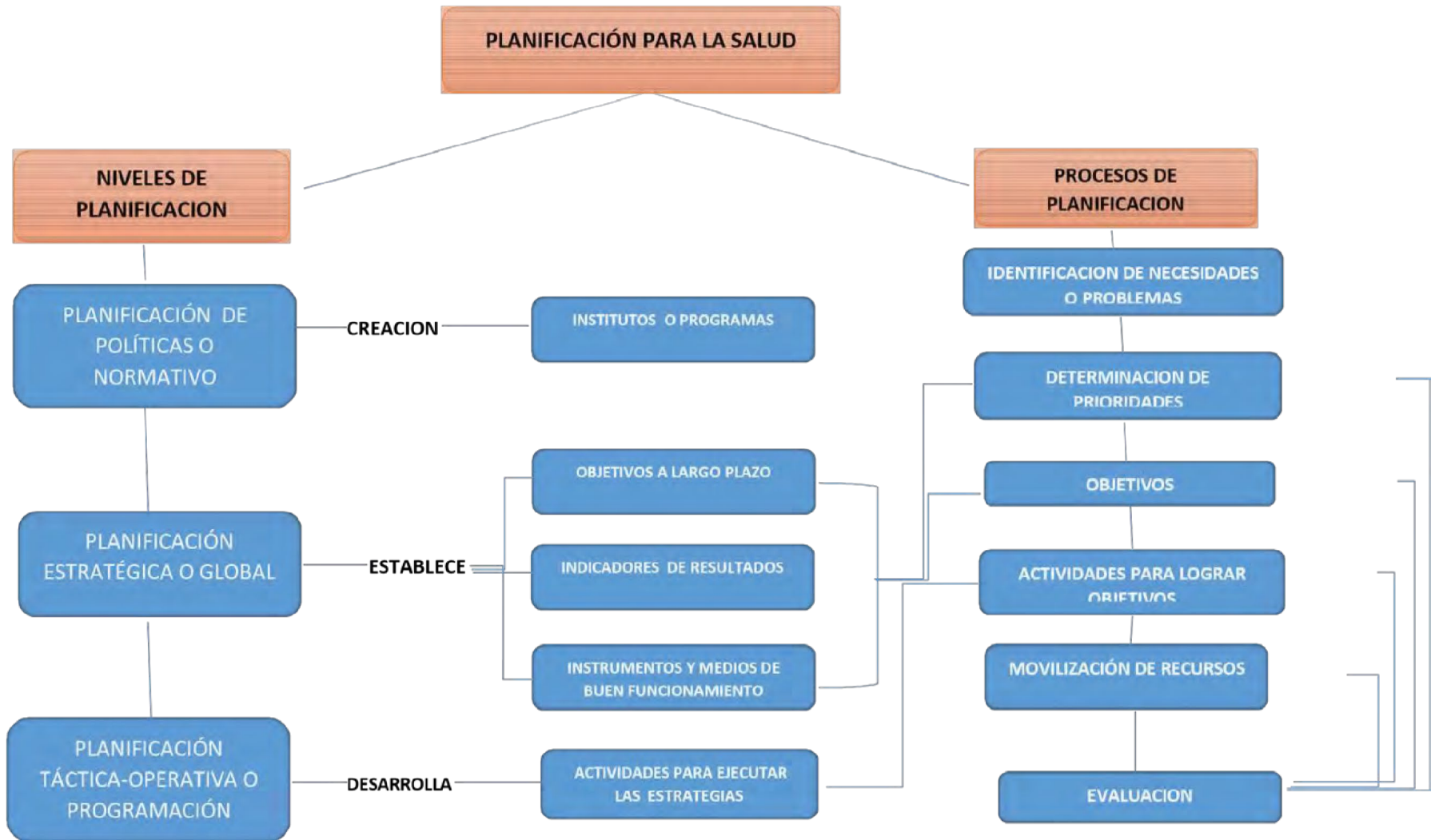
Gráfico n° 1: Carta de Ottawa



ANEXO 2



ANEXO Nº3



ANEXO 4.

Cuadro n°1: Matriz Marco Legal

Acuerdos. Convenios declaraciones OPS- OMS	Leyes Nacionales	Artículos relevantes vinculados a la protección y promoción de la salud	Artículos relevantes vinculados a la gestión departamental y municipal de los servicios de salud	Artículos relevantes vinculados a la programación local
Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo	Constitución política del estado	Art. 18 (educación sin discriminación)	Art. 37(gestión financiera)	Art. 45 (Seguridad social, Maternidad Segura,
		Art. 35 (I) (proteger el derecho a la salud para mejorar la calidad de vida)	Art. 40 (participación de la población en la gestión del sistema público)	Art. 22 (Derecho a la Salud Sexual y reproductiva)
		Art. 37(priorizará promoción y prevención)	Art. 41(gestionar medicamentos de mejor calidad)	Art. 24 (Protección a la Maternidad)
	Ley N° 2426 -21 de noviembre 2002 SUMI		Art.2 Responsabilidades. Art. 4 Cuentas Municipales de salud y fondo solidario Nacional	Art. 6 Directorio local de salud. Art. 11 Prioridad de recursos
	D.S. N° 0066 - 3 de abril 2009 B.J.A.	Art. 2 Disminuir la mortalidad materna infantil y desnutrición cero	Art. 6 Marco institucional, Gobiernos municipales	Art.3 Ejecución del bono, incentivo para los controles
	Ley 1178- SAFCO		Art. 15 Auditoria Interna. Art. 16 Auditoria Externa	
	Ley 29601-11 de junio 2008- SAFCI	Art. 4 Promoción de la salud como estrategia de la implementación SAFCI	Art. 10 Redes de servicio. Art. 11 Coordinación de redes . Art. 12 Red Municipal SAFCI	Art. 8 Carpeta Familiar, Historia Clinica

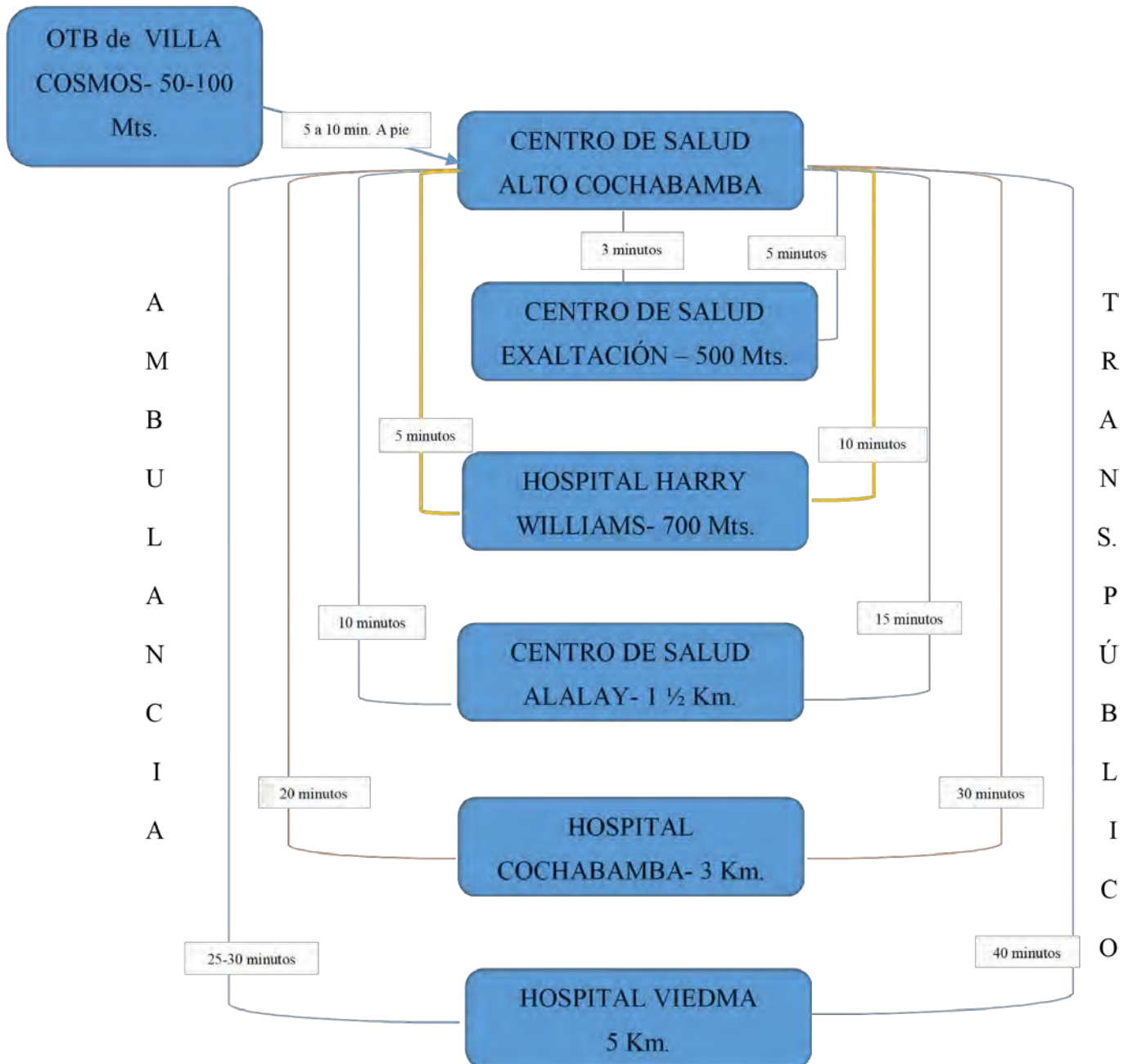
ANEXO 5.

Cuadro n°2: Matriz Marco Normativo

Leyes Nacionales	Artículos vinculados a la protección y promoción de la salud	Art. Vinculados a la gestión departamental y municipal de los servicios de salud	Art. Vinculados a la programación local
Ley 29601- SAFCI	Programa MI SALUD		Programa MI SALUD
D.S. 066- BONO JUANA AZURDUY DE PADILLA	Art. 2 disminuir la mortalidad materno-infantil y a desnutrición crónica	Art. 6 Marco institucional ART.7 Financiamiento	
Ley del funcionario público		Art. 3 Abarca a todos los servidores públicos. Art. 7 Derechos de los servidores públicos. Art. 8 Deberes de los servidores públicos.	Art. 13 promover políticas normas de conducta para la función de la colectividad
Ley 475	Art. 7 Acceso a la atención integral de salud Art. 6 Prestaciones de los servicios de salud		

ANEXO 6

Isocronas: Comunidad De Villa Cosmos



ANEXO N°7: Croquis Villa Cosmos

