



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLIVAR

**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, Programación Local y Vigilancia de la salud en la
localidad de Parotani**

**Trabajo presentado para obtener el grado Académico
de “Especialidad Superior en Epidemiología aplicada
a la programación local y vigilancia de la salud”**

POSTULANTE: Tatiana Rosario Mejía Echalar

**COCHABAMBA - BOLIVIA
2019**



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLIVAR

**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, Programación Local y Vigilancia de la salud en la
localidad de Parotani**

**Trabajo presentado para obtener el grado Académico
de “Especialidad Superior en Epidemiología aplicada
a la programación local y vigilancia de la salud”**

POSTULANTE: Tatiana Rosario Mejía Echalar

DOCENTE TUTOR: Dra. Rosario André Dalence

COORDINADORA ACADÉMICA : Dra. Rosario André Dalence

**COCHABAMBA - BOLIVIA
2019**

AGRADECIMIENTOS:

El éxito de un trabajo depende del esfuerzo de todos los involucrados. Afortunadamente ellos apoyaron sin reparo este desafío.

A mis docentes, por darme la oportunidad de superarme científicamente, ser mejor ser humano les ofrezco mi gratitud, a mis compañeros de trabajo, a mi tutora Dra. Rosario André Dalence, por su apoyo y dedicación

A mi mamá que siempre me acompaña, mi hermanos y amigos, aquellos que están cerca de mí, pero también a los que están lejos, que siempre me brindaron su apoyo, preocupación y por qué siempre están presentes.

A todos mis más sinceros agradecimientos.

DEDICATORIA

- *A Dios, por su amor, fortaleza espiritual, por ser paciente, por perdonarme cuando no pensaba en sus enseñanzas.*
- *A mis Mama, por todo su amor, esfuerzo y confianza que me ha dado, logrando hacer de lo que lo que hoy soy.*
- *A mis familiares, por su apoyo incondicional.*
- *A la Universidad Andina Simón Bolívar, por la oportunidad que me dieron de lograr tan bella especialidad.*

RESUMEN

Este trabajo de grado, muestra el diseño de un plan estratégico para la atención de la salud, basado en la Programación Local y Vigilancia de la Salud en la Localidad de Parotani, del Municipio de Sipe Sipe, que corresponde del período 2018 al 2022.

En la Parte I se proporcionará información referente a marco conceptual, legal, normativo y metodológico que sustentan el desarrollo del plan.

En la parte II se desarrolla un análisis situacional, con relevamiento del área geográfica, contexto poblacional de la Localidad de Parotani, tomando en cuenta del ámbito territorial, las características demográficas, medio ambientales y socioeconómicas, descripción de determinantes de salud y su relación con el estado de salud de la población, además del perfil epidemiológico, donde las principales patologías son las enfermedades infecto contagiosas, transmisibles. Se describe las necesidades de nuestra población objeto de estudio así como la priorización de Problemas de la salud y las líneas de acción a tomar.

En la Parte III, se hará la Propuesta del plan estratégico y programas de atención a los problemas prioritarios de salud.

INDICE

Plan estratégico, programación local y vigilancia de la salud en la Localidad de Parotani

	Pg.
PARTE I - REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS	1
1. Marco referencial	1
2. Marco conceptual	3
3. Marco legal	8
4. Marco Normativo y regulatorio	11
5. Metodología	14
 PARTE II – ANÁLISIS SITUACIONAL	 15
1. CONTEXTO	15
1.1. Ámbito territorial	15
1.2. Características demográficas y del medio ambiente	17
1.2.1. Composición por edad y sexo	17
1.2.2. Relación de Dependencia	19
1.2.3. Crecimiento Poblacional	19
1.2.4. Tasa Migratoria	19
1.2.5. Distribución Espacial por Tramos	20
1.2.6. Dinámica Poblacional	20
1.2.7. Tasa Bruta de Natalidad	20
1.2.8. Tasa Global de Fecundidad	20
1.2.9. Tasa de Mortalidad por Edad y Sexo	20
1.2.10. Tasa de Mortalidad Infantil	21
1.2.11. Tasa de mortalidad Materna	21
1.2.12. Esperanza de Vida al Nacer	21
1.2.13. Esperanza de Vida al Nacer por Sexo	22
1.2.14. Características Medio Ambientales	22
1.3. Características socioeconómicas	23
1.4. Características socioculturales	25
1.4.1. Equipamiento Social	25
1.4.2. Religión y Costumbres	27
1.4.3. Comportamiento Culinario	28
1.4.4. Violencia en la Comunidad	28
2. DETERMINANTES DE LA SALUD	29
3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	32
4. PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD	38
5. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	40
5.1. Descripción del equipamiento básico respecto a centros de	40

recreación, escuelas, ambulancias etc.

5.2.	Oferta de servicios de salud	40
5.3.	Accesibilidad geográfica	41
6.	DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD	43
7.	NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN	44
7.1.	Necesidades en Salud de la Población	44
7.2.	Priorización de Problemas en Salud de la Población	45
8.	ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN	50
9.	DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN QUE ORIENTARÁN EL PLAN	51
PARTE III – PROPUESTA		52
1.	MOMENTOS NORMATIVO Y ESTRATÉGICO	52
1.1.	Visión	52
1.1.1.	Matriz. Relación con el Plan Sectorial de Salud	53
1.2.	Estrategia	54
1.2.1.	Construcción de Alianzas Estratégicas	55
1.3.	Análisis FODA	56
1.4.	Objetivos estratégico	57
1.5.	Líneas de acción	57
2.	MOMENTO TÁCTICO OPERACIONAL	58
	Matriz: Relación de las Áreas de Actividad con los Objetivos estratégicos, líneas de acción, resultados, indicadores y medios de verificación	
2.1.	Matriz- Relación de objetivos estratégicos y actividades del Plan de Salud en el nivel local	59
2.2.	Matriz - Resumen del Plan	61
2.3.	Matriz - Resumen del Plan	64
2.4.	Cronograma de actividades	68
3.	PROGRAMAS QUE CONFORMAN EL PLAN ESTRATÉGICO	69
	Programa de Atención de los problemas prioritarios de salud de la población general del área seleccionada	
3.1.	Programa de Atención de los problemas prioritarios de salud de la población general del área seleccionada	69
3.1.1.	Responsable técnico del programa	70
3.1.2.	Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico	70
3.1.3.	Objetivos	70
3.1.4.	Límites de espacio y tiempo	71
3.1.5.	Población beneficiaria por grupos etarios	71
	Matriz de Operacionalización e instrumentación de actividades, metas y recursos.	
3.1.6.	Matriz de Operacionalización e instrumentación de actividades, metas y recursos.	72
3.1.7.	Evaluación	74
3.1.8.	Financiamiento	74

3.2.	PROGRAMA: VIGILANCIA EN SALUD	74
3.2.1	Responsable técnico del programa	74
3.2.2.	Resultado global esperado de acuerdo al Plan Estratégico	74
3.2.3.	Población beneficiaria por grupos etareos	75
3.2.4.	Objetivos	75
3.2.5.	Límites de espacio y tiempo	76
3.2.6.	Descripción del programa	76
3.2.7.	Evaluación	77
3.2.8.	Financiamiento	77
3.2.9.	Matriz de Operacionalización de resultados y actividades	78
	Programa- Optimización de los servicios de nivel	
3.3.	primario para la programación local y la vigilancia de la salud	78
3.3.1.	Breve descripción de la situación de los servicios de salud	78
3.3.2.	Recomendaciones	79
	Bibliografía	80
	Anexos	85

PARTE I

REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLOGICOS

1. Marco Referencial

A lo largo de los años, han ido surgiendo muchas incógnitas y expectativas en busca de mejorar la salud y los determinantes que actúan sobre la misma, por lo que se han realizado varias reuniones que concentraron autoridades de países se realizan declaraciones y cartas respecto a este tema.

Desde 1978, en la Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en **Alma-Ata**, en la antigua URSS, plantea que “con la necesidad de realizar acciones para proteger y promover la salud de todos los pueblos, surge como estrategia la Atención Primaria de Salud como clave para alcanzar la **Salud para Todos**”. (OMS, 2013) (1)

Las principales definiciones y consensos de la Conferencia de Alma-Ata, se resumen en la conquista del más alto nivel de salud exige de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud, la población tiene el derecho a participar de forma individual y colectiva en la planificación e implementación de las acciones de salud y la APS es el reflejo y consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades. (2)

De igual manera, en la **Declaración de Montevideo** se menciona una renovación de la Atención Primaria de Salud, donde se propone por adoptar, fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS, construidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible. “La OMS reafirma los principios y valores de la APS, son equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria”. (Álvaro Franco-Giraldo, 2012, p: 89) (3)

En la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa en 1986 emite la carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000", entre los compromisos adquiridos esta intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político de todos los países participantes en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores. (4)

Con la APS, se pretende llegar a todos, en especial a los más necesitados, llegar a los hogares de las familias y la comunidad en su conjunto, sin la limitación de los establecimientos de salud, entablar una relación permanente con las personas, su familia y la comunidad, además de la aceptación e incorporación de la salud en los programas políticos de desarrollo, reconociendo la prevención y determinantes de salud. (Fernando Antezana Aranibar; 2004, p.5) (5)

La “**Carta de Bangkok**, elaborada el 2005, plantea compromisos y promesas necesarias para abordar los factores **determinantes de la salud** mediante la promoción de salud, siendo un elemento constitutivo de las políticas y los planes de desarrollo, pero además incluye la participación de toda la comunidad”. (Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, 2005) (6)

En el año 2000, Bolivia, junto a otros 188 estados miembros de la Naciones Unidas, firmó la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, comprometiéndose juntos a los dirigentes mundiales a alcanzar las metas trazadas y a establecer asociaciones más sólidas, para tomar medidas y unir esfuerzos por medio de los ocho “**Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)** hasta el año 2015, que respaldan la lucha contra la pobreza y el hambre, mejoras en la educación y la salud, la promoción entre la equidad de género, y la reversión del deterior ambiental, entre otros, que constituyen una prueba de la voluntad política. (Naciones Unidas, ODM, 2005) (Ver Anexo N°1) (7)

Según el Informe Mundial sobre el **Índice de Desarrollo Humano (IDH)**, el 2014, presenta a Bolivia como un país exitoso que registra la mayor reducción de pobreza, pero también vulnerable, ya que el 16% de su población salió de la pobreza sin lograr consolidarse en el estrato social medio, a diferencia del primer informe publicado por el

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 1990, donde figuraba dentro de la categoría de desarrollo humano bajo. (PNUD, 2014) (8)

Los últimos años han sido un periodo muy importante para la mejora de las condiciones de vida de la población boliviana, pero de 8 metas de los ODM trazadas y 23 indicadores adoptados por Bolivia, se desprende que sólo 3 se han logrado cumplir en el largo plazo, uno de impacto que es la reducción de la extrema pobreza, el aumento de la cobertura en la educación primaria y secundaria universal, y la promoción de la igualdad de género,

Sin embargo aún hay varios asuntos, la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años continúa siendo un gran problema, miles de niños todavía mueren cada año por causas en gran parte evitables. Estas vidas podrían salvarse con vacunas, una nutrición adecuada y cuidado básico médico y materno. (9), quedan como objetivos pendientes los relativos a salud materno-infantil, tuberculosis, VIH-SIDA y Chagas, estos avances siguen mostrando altos niveles de desigualdad.

Podemos valorar que el progreso fue desigual, dejando a los grupos más vulnerables excluidos del acceso a servicios básicos, la educación y a la salud, la falta de calidad de los servicios públicos y, en general este retraso en el logro de mejores condiciones de vida son un tema central de la agenda pública, puesto que son problemas que atentan contra el cumplimiento de la Nueva Constitución Política del Estado.

2. Marco Conceptual

“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. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada

y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia” (Fernando Antezana Aranibar; 2004,4) (5)

Según la OMS, refiere "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", concepto adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional, en 1946. (OMS, 2015) (10)

Según Dever, “durante años estos conceptos no han sido modificados, estos parámetros se fueron modificando analizando que la salud/enfermedad están siendo más ampliamente abordados, en un marco multidimensional, dicho marco incluye a las autoridades a cargo de la atención en salud, si se desea seguir continuando la salud de la población en general y de los pacientes en particular, se debe prestar principal atención a las diferentes dimensiones de la salud- estilo de vida, medio ambiente, biología y prestación de los servicios sanitarios, y aplicarlas a la administración de los servicios de salud”. (Alan Dever; Epidemiología y Administración de Servicios de Salud) (11)

Según la **Carta de Ottawa** elaborada en 1986, la Primera Conferencia Internacional sobre **Promoción de la Salud**, expresa un concepto más amplio de salud y de promoción en salud y consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida” (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986) (Ver Anexo N° 2). (12)

Al hablar de los determinantes sociales, y como se liga a las desigualdades en salud, existe una división en determinantes estructurales e intermedios; dentro del primer grupo, están los factores políticos, sociales y económicos y los determinantes intermedios son dependientes de los recursos económicos, factores psicológicos, biológicos y los servicios de salud; es importante que la población mejore su salud y calidad de vida, y se termine las desigualdades de componente económico, y político central, con lo que esperamos alcanzar la salud como derecho fundamental..(Joan Benach, Conferencia de Determinantes Sociales, 2013) (13)

En la Conferencia ¿A dónde va la Salud Pública, una Sociedad justa, vidas sanas, se refiere a las inequidades en salud, que no son limitadas a los bajos niveles de salud en países pobres, sino que sigue una gradiente social, que implica que debemos enfocarnos en la sociedad en su conjunto, no solo en los más pobres, se debe trabajar en la educación, y es muy importante por la influencia en la sociedad, siendo clave para mejorar la calidad de vida y superar la inequidad existente (Michael Marmot, 2012).(14).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, refiere que la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud, la desigualdad entre los países, está provocado por una distribución desigual a nivel mundial, del poder, ingresos, bienes y servicios que afectan las condiciones de vida de la población y es importante corregir estas desigualdades, y las diferencias sanitarias que pueden ser susceptibles a una solución en cada país, es cuestión de justicia social resulta importante en este sentido dar mayor cabida a los determinantes en la investigación de materia de salud pública. (Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud, Resumen Analítico del Informe Final, 2008, p. 1). (15)

Resulta importante en este sentido contar un sistema de información, y trabajar con la planificación de una *programación local*, en beneficio de la salud desde las comunidades, que brinde datos de valoración de alcance de las mejoras en el estado de salud de la población en general.

La *vigilancia epidemiológica*, es algo más que, un sistema de información conformado a partir de la estrategia para el control de los procesos transmisibles. El sistema de vigilancia incluye la capacidad de recoger, analizar y difundir los datos ligados a la salud pública, de forma que constituye parte de un sistema de decisión y control (Ferrán Martínez Navarro, 2000). (16)

Se van incorporando los conceptos de causalidad en Epidemiología, a esto vemos varios modelos, como el modelo tradicional, incluía al agente causal, huésped y medio ambiente, pero este ha ido modificando de este que solo estaba influido causa

simple/efecto simple, el avance conceptual, es cambiado por la aparición paradigmática multicausal, este modelo de causalidad: causa múltiple /efecto múltiple, indica que pueden existir diferentes causas que producen varios efectos, modelo causa múltiple/efecto múltiple, que corresponde al enfoque holístico, basado en el riesgo o probabilidad de ocurrencia. (Alan Dever; Epidemiología y administración de los servicios de salud: p. 23).

Se necesita que la información tenga una base común, fiable, oportuna, flexible y global, exigencias todas ellas incluidas en los atributos de los sistemas de vigilancia. Por lo que los administradores en salud por medio de medidas estadísticas y epidemiológicas determinan la magnitud de los problemas de una población y las medidas que se debe tomar, los resultados obtenidos y su valoración a través del tiempo (Alan Dever; Epidemiología y Administración de Servicios de Salud), en epidemiología con relación a la administración tiene como objetivo central la toma de decisión, y esta es en base a la información.

La planificación es un proceso que reúne información para utilizarla para el desarrollo y realizar acciones en 3 niveles: el nivel normativo, nivel estratégico y operativo – operativo o de programación, donde la *planificación estratégica*, establece objetivos y define actividades posibles en base a estructuras de sistemas apoyados en indicadores efectivos los cuales llevan a la verificación de la existencia de instrumentos o medios para la determinación del comportamiento a futuro de variables externas, convirtiéndose de esta manera en un ciclo constante del funcionamiento administrativo, donde la acción de la norma operativa, actúa sobre el sistema total administrativo, para ver las medidas efectivas en todas las estructuras, donde la manera más importante para ver la factibilidad de la planificación es la asignación de recursos sean acorde a lo planificado (Alan Dever; Epidemiología y Administración de Servicios de Salud), (Ver Anexo N° 3).

Según Matus, la Planificación Estratégica, genera políticas de transformación en el estado de salud de la población, a través de situaciones de empoderamiento social, “la planificación es el cálculo que precede y preside la acción, no sólo anticipa para prever

las acciones sino también las gobierna, adecuándolas a los obstáculos y circunstancias cambiantes, pero sin perder de vista el objetivo”. (Dr. Narciso Kestelman, Herramientas para la Planificación y Programación Local. 22) (17)

Los niveles de planificación actúa en diferentes esferas que se complementan conformando un ciclo continuo, el nivel normativo actúa sobre las políticas de salud, el nivel estratégico sobre el plan de salud, y por último el nivel operativo sobre los programas de salud. (Alan Dever; Epidemiología y Administración de Servicios de Salud) (Ver Anexo N° 4)

La salud pública, debe impulsar la formulación de políticas saludables, y generar debates entre los responsables del gobierno y responsables de organizaciones sociales para involucrarlos más en el problema de determinantes de salud, y priorización de problemas, para que esto facilite la integración en procesos de *planificación estratégica* en los 3 niveles de prevención.

Bolivia aun es considerada uno de los países más pobre de Latinoamérica, esta pobreza, sobre todo en el área rural afecta de formas diferentes a los grupos, siendo los más vulnerables las niñas, niños y mujeres que pertenecientes a los pueblos autóctonos. “Según el Censo de Población y Vivienda en Bolivia existen más de 4 millones de niños y adolescentes que representan el 44 por ciento de la población del país siendo un sector vulnerable por múltiples factores. Entre ellos, la pobreza que afecta su calidad de vida, el acceso al agua potable, a la educación, la falta de políticas que garanticen el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Constitución Política del estado y el nuevo Código sobre la niñez”. (Mae Ramírez, 2015). (18)

Plantearnos el tema de salud en Bolivia, ha resultado difícil, por la realidad nacional, donde existe una gran diversidad de culturas, además de una gran inequidad de distribución de recursos económicos humanos y materiales, a pesar de ser un tema tan abordado en los últimos años.

Con el propósito de que mejoren las condiciones para todos, se establece la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional, reconoce el derecho a la salud para las personas en busca de garantizar el acceso sin discriminación en busca de un Sistema Único de Salud, incluye los derechos a la salud, a la atención adecuada, a tener y mejorar las condiciones de vida, sociales, culturales y demás determinantes de salud. (Nueva Constitución Política del Estado, 2008) (19), en su artículo 158 al igual que el artículo 2 del Código de Salud, el estado está en la obligación de defender la salud del individuo, la familia y la comunidad en general. (Código de Salud, 1978) (20)

En Bolivia se han creado diferentes estrategias basadas en la política SAFCI, que retoma la política ancestral del **Vivir Bien**, que mira la relación armoniosa entre la naturaleza y el hombre, donde la relación comunitaria, con la complementariedad e interdependencia, con el bien común, que toma a la atención primaria y los determinantes de salud, de forma conjunta a leyes.

Al revisar el Plan General de Desarrollo Económico y Social; “**Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien**. (Ministerio de Salud y Deportes, 2010:p.19) (21), la estrategia de Bolivia digna, a la cual contribuye el Sector Salud, plantea la erradicación de la pobreza y la exclusión social, a partir de la provisión de los servicios básicos (salud, educación, agua, etc.), este planteamiento asume la salud, como un producto de desarrollo humano, que reorienta el progreso social, en el cual los determinantes de la salud (educación, saneamiento, vivienda, alimentación, medio ambiente, etc.) tienen una importancia fundamental.

Tomando en cuenta los paradigmas del desarrollo económico social y cultural establecidos en la **Nueva Constitución Política del Estado** y en el **Plan Nacional de Desarrollo** (PND), el planteamiento del **Plan Sectorial de Salud**, asume el Vivir Bien y la concepción social del proceso salud enfermedad, el mismo que no tiene solo causas, sino más bien determinantes y condicionantes, buscando una orientación de la relación existente en los diferentes niveles en los que se desarrolla, promoción de salud, prevención, curación, rehabilitación, recuperación, desde la epidemiología..(Ministerio de Salud y Deportes, 2010:p.14) (21)

3. Marco Legal

Bolivia en las últimas décadas ha desarrollado una serie de leyes y normas de tipo social que benefician a la población, especialmente a los más vulnerables niños y mujeres, algunos de los cuales son el marco jurídico para la elaboración un plan estratégico, asegurando de esta manera el cumplimiento de dicha normativa nacional. A continuación se hace hincapié a artículos y resúmenes de aspecto relevante (Ver Anexo N° 5):

- **Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.** Esta Nueva constitución, define la forma del Estado, régimen de gobierno, órganos por lo que se ejerce el poder político, que determina su estructura, organización y los ámbitos de competencia. Los mandatos de la misma son el Derecho a la salud, la Intersectorialidad, la Interculturalidad, la Participación y movilización, la Descentralización y autonomías y el Financiamiento. (19), (Ver Anexo N° 6). Artículos de CPE, con relación a la salud:

- Art.9: Acceso a la Salud
- Art.15: Derecho a la vida, integridad física, psicológica y sexual sin violencia
- Art.18: La salud como Derecho Fundamental
- Art 16, 17,19 y 20: Determinantes sociales y salud
- Art.30: Derecho a la salud de las naciones y pueblos indígenas y originarios
- Art.35: Acceso gratuito de la población a servicios de salud, la inclusión de la Medicina Tradicional.
- Art.36: Acceso al Seguro Universal de Salud
- Art.37: Obligación del Estado de garantizar y sostener el derecho a la salud, priorizar la promoción y prevención de enfermedades
- Art.38: Propiedad del Estado de los bienes y servicios públicos de salud y la prestación ininterrumpida de los servicios públicos
- Art.39: Garantizar el servicio público, y reconocimiento del servicio se salud privado, vigilar la calidad por medio de auditorías.
- Art.40: Participación popular en toma de decisiones

- Art.41: Acceso a los medicamentos
 - Art.42: Promoción de la Medicina Tradicional
 - Art.43 y 44: Derecho de los pacientes
 - Art.45: Seguridad Social
 - Art.303: Competencia de los Municipios en salud
- **Ley 15629. Código De Salud.** Domina la Autoridad de salud, asignando la responsabilidad de la definición de la política de salud, norma, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción, además de la regularización jurídica de las acciones de conservación y mejoramiento y restauración de la salud de la población. (20)
- **Ley 1551 de Participación Popular.** Redistribución de los recursos económicos en forma proporcional al número de habitantes, reconoce a las Organizaciones Territoriales de Base OTB a través de los comités de vigilancia. (22).
- **Ley 2028 de Municipalidades.** Transfiere la propiedad a los Gobiernos Municipales de los establecimientos de salud. El Gobierno Municipal planifica y promueve el desarrollo humano; supervisa el desempeño del personal de salud; construye, equipa y mantiene la infraestructura del sector salud; administra el equipamiento y mantenimiento de los recursos materiales y de medicamentos. (23).
- **Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías.** Asigna funciones a los Gobierno Municipales, así como competencia en infraestructura, equipamiento, gestión local de salud, priorizando la prevención y promoción de salud, así como la gestión participativa de los pueblos originarios en el marco de la política SAFCI. (24)
- **Ley 1152. Del 20 de febrero de 2019 Ley Modificatoria a la Ley 475. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia,** Ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance “Hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito”. (25)(26)

- **Ley 1178 de Administración de Control Gubernamental, (SAFCO)**, Formula los Sistemas de administración pública y control, precisa el concepto de responsabilidad del servidor público en las funciones y utilización de los recursos del Estado y los productos de esa inversión.

- **Ley 1654 de Descentralización Administrativa**, otorga la administración de los recursos económicos y financieros a los Departamentos, administrar y supervisar los recursos humanos y las partidas presupuestarias de los servicios de personales del sector salud

- **Ley 2235 del Dialogo Nacional**, destina el 10% de los recursos HIPC para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en los municipios. Establecimiento de los mecanismos de control social.

- **DS NO. 28421**, indica que los recursos del IDH pueden ser utilizados para garantizar la salud y nutrición infantil, con el Programa de desnutrición cero lanzado el Junio de 2007. (25)

4. Marco Normativo y Regulatorio

Nuestro marco normativo está basada en las normas establecidas desde el Ministerio de Salud, que proveen un organigrama de funciones, bajo las condicionantes de las leyes, después de elaborar una pantalla de las leyes con mayor relación a la salud, analizamos como está establecido las funciones en cada nivel.

- **Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”**, que tiene como objetivo construir un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y en lo plurinacional, articulado a través de cuatro estrategias. Económica (Bolivia Productiva), Socio comunitaria (Bolivia Digna), de Relacionamiento Internacional (Bolivia Soberana) y del Poder Social (Bolivia Democrática).

La estrategia Bolivia Digna, en la cual se desenvuelve el sector salud; nos permite ver la salud como un producto del desarrollo social, en el cual se desarrollan paralelamente las determinantes de salud (educación, saneamiento, vivienda, alimentación, medio ambiente); en este sentido la salud reorienta, redimensiona y humaniza el progreso social. (19)

En el sector que se abordara este trabajo es más relativo al primer nivel de salud. Donde nos guiamos por normas de disposición obligatoria:

- La **R.M. N° 29601**, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “**Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural**”, planteado a partir de las demandas sociales reafirmado por el Congreso Nacional de Salud, el año 2011, con el objetivo de contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. Basados en los principios: a) Participación Comunitaria, b) Intersectorialidad, c) Interculturalidad e d) Integralidad.

- **D.S. N° 0066** de 3 de abril del 2009 - **Bono Juana Azurduy De Padilla**. Tiene la finalidad de coadyuvar en la promoción de salud y prevención de enfermedades, así como la disminución de la mortalidad materna infantil y desnutrición crónica en mujeres embarazadas y menores de 2 años.

- **D.S. N° 28562** reglamenta la **Ley N° 3131**, del **Ejercicio Profesional Médico** indica que toda intervención profesional del médico debe estar respaldado por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana así mismo cumplir sus actividades institucionales de acuerdo al manual de funciones para su cargo, siendo

obligación de la institución darles a conocer dicho manual, al momento de su admisión como funcionarios de planta. (25)

- **Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel**, documento relacionado con la infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos médicos y equipo de salud (RRHH), para el manejo eficiente de los recursos por parte del Gobierno Nacional, Departamental y Municipales, y otras entidades, de esta forma ofrecer prestaciones con los estándares de seguridad y eficiencia y garantizar los servicios de calidad a la población.

- **Manual de Acreditación de Establecimientos de primer, Segundo y Tercer nivel de Atención** con objetivo de promover el mejoramiento continuo de la atención. Proporcionar al usuario la confianza para acceder a un servicio de salud. Garantizar que establecimientos acreditados cuentan con los recursos y la capacidad de gestiones adecuadas para ofrecer servicios efectivos, eficientes, seguros y de calidad. (25)

- **Programa Multisectorial Desnutrición CERO PMD-C** Contribuir a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años priorizando a menores de 2 años.(21)

- **Programa Ampliado de Inmunización (PAI)**, con el objetivo de proteger contra enfermedades inmunoprevenibles, priorizando a niños menores de 5 años y población de riesgo. (27)

- **Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida Adolescente- Niño/a Menor de 5 Años- Niño Escolar**, contribuye a brindar atención integral de salud a la población durante el curso de la vida, sobre todo en salud reproductiva, recién nacido, niño/a y adolescente, este servicio es orientado a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

- **Programa Nacional de Control de Tuberculosis:** tiene como objetivo de reducción de la transmisión del Mycobacterium en la comunidad, disminuir la morbi-mortalidad y evitar la aparición de la resistencia.

- **Programa Nacional de ITS, VIH, SIDA y Hepatitis Virales,** está orientado a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento, así como el control y la vigilancia epidemiológica.

- **Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles (ENT),** con el objetivo de contribuir políticas nacionales de salud, en base a la prevención, atención, seguimiento, control y vigilancia de la ENT, con especial atención a los factores de riesgo que pueden ser modificables por el comportamiento, sobre todo en enfermedades como Diabetes, Obesidad y Cáncer.(21)

5. Metodología

La metodología aplicada en el trabajo es un proceso dividido en tres etapas:

En la primera parte se buscó la bibliografía pertinente de autores como Alan Dever, Carlos Matus con respecto a marco referencial, conceptual, legal y normativo, se hizo énfasis a la bibliografía propuesta en las orientaciones.

En la segunda parte de análisis de la situación de salud, se realizó la descripción del contexto de la Localidad de Parotani, con relevamiento del área de salud, se recolecta información de los diferentes registros, como datos censales, libros de SNIS, carpetas familiares, fichas epidemiológicas, libros de actas, que nos ayudaron a la descripción del perfil epidemiológico. Se realizó la identificación de necesidades mediante el enfoque de búsqueda y consenso para lo que se recurrió a informantes claves Se determina la priorización de los problemas de salud, basados en el Método de Castillo, para posteriormente dar la definición de líneas de acción que orientaran el resto del trabajo

En la tercera parte se desarrolló los momentos normativo, estratégico y táctico-operacional, se realizó la visión, misión, análisis FODA, definición de objetivos estratégicos y líneas de acción. Por último se describe los responsables técnicos de cada programa que conforman el plan estratégico, resultados esperados, población beneficiaria y la forma de evaluación

PARTE II

ANÁLISIS SITUACIONAL

El Análisis de Situación de Salud, es definido como un proceso analítico que abarca diversos tipos de análisis, que permite caracterizar, medir explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, así como los determinantes que sean de competencia del sector salud u otros sectores, y las orientaciones de las estrategias institucionales. La elaboración del Análisis Situacional en el Centro de Salud Hospital Parotani, de forma conjunta entre el personal de salud y los líderes formales de la comunidad, nos permitirá determinar el estado de salud de la población, los factores de riesgo, y constituye un elemento fundamental para la planificación estratégica en nuestra población, además de establecer la necesidades en salud y determinar la priorización de los problemas, y la utilización de los recursos locales en beneficio de la comunidad de Parotani.

1. CONTEXTO

1.1.Ámbito territorial

El Municipio de Sipe Sipe se encuentra ubicado en la Provincia de Quillacollo del Departamento de Cochabamba, a una distancia de 30 Km. (75 minutos) del Cercado. Cuenta con una altura de 2,453 m.s.n.m. aprox., a su vez la localidad de Parotani está ubicada a 40 Km. Av. Confital del centro de la ciudad de Cochabamba, perteneciente a la Sección II Sipe Sipe de la provincia de Quillacollo.

Latitud y Longitud: El Municipio de Sipe Sipe, se encuentra ubicada entre los paralelos 17° 27' 0.832" de Latitud Sud y 66° 21' 24" de Longitud Oeste. (28)

Límites Territoriales: El municipio de Sipe Sipe se encuentra ubicado en la Provincia de Quillacollo, limita al Sur con las Provincias de Capinota y Arque, al Norte con el Municipio de Vinto y Provincia Ayopaya, al Oeste con la Provincia de Tapacarí y al Este con el Municipio de Quillacollo.

Extensión: La extensión superficial, es de 472.1 kilómetros cuadrados con una densidad poblacional de 66.37 por kilómetro cuadrado. También se debe mencionar que en la superficie territorial que abarca el municipio sostienen cinco cuencas que proveen de agua para riego a gran parte de la población: las cuencas Viloma, Pankuruma, Grande (Rocha), Huallaquea y Tapacari. (29).

Límites. La comunidad de Parotani se encuentra ubicada a 40 km de la ciudad de Cochabamba carretera a Oruro sus límites son:

- Al este limita con la localidad de Suticollo
- Al oeste con la localidad de Itapaya
- Al norte con Tapacari
- Al sud con Santivañez

La zona decidida para el estudio y realización del Croquis es de la Parotani por zonas, lugar donde se encuentra a lado de nuestro Centro de Salud Hospital Parotani.(Ver Anexo N°7. Figura N° 1.)

Actualmente Parotani cuenta con una población de 3934 Habitantes.

La localidad de Parotani, se divide en 14 zonas, y el Hospital de Parotani se encuentra ubicado a lado de la Zona 1 y Zona 2, limita de la siguiente manera:

- Al Norte, con Zona 3
- Al Sur, Zona 5 y 6
- Al Este, con Zona 4
- Oeste, con Pirque

Con alrededor de 17 manzanos, donde la población se encuentra conformada por 91 familias y 626 personas, dentro de la misma se ubica una Colegio Eduardo Abaroa de carácter estatal, y un gimnasio, pero próximas a esta zona se encuentra también una escuela secundaria, la plaza que es un punto de encuentro de los jóvenes por las tardes,

además de estar al lado de varias casetas que son puntos de venta de comida y descanso de las movi­lidades que van en recorrido a Cochabamba y Oruro.

El Municipio de Sipe Sipe cuenta con una División Político – Administrativa de tres cantones: Mallco Rancho, Itapaya y Sipe Sipe. Los cantones de Sipe Sipe e Itapaya fueron creados el 14 de Noviembre de 1905 con mención de ley y Mallco Rancho fue creado como cantón por ley el 23 de Diciembre de 1960, encontrándose la localidad de Parotani dentro del cantón de Itapaya.

El cantón de Itapaya se halla actualmente constituido por 16 Organizaciones Territoriales de Base (OTB`s), organizadas en Sindicatos Agrarios, comunidades campesinas y juntas vecinales. La población actual de esta comunidad está en directa proporción con la migración de las provincias, fundamentalmente de los centros mineros de los departamentos de La Paz, Potosí y Oruro como también de otras provincias de Cochabamba, con el fin de mejorar su situación económica y tener más oportunidades.(28)

Población: De acuerdo al relevamiento de información realizado durante el censo de 2012, la población del municipio es rural en su mayoría. De 41.537 habitantes, unos 27.277 habitantes (65,6%) viven zona rural, y 14.260 (34.4%) en el área urbana. Actualmente Parotani cuenta con una población de 3934 Habitantes y la Zona 1 con un total de 213 habitantes.

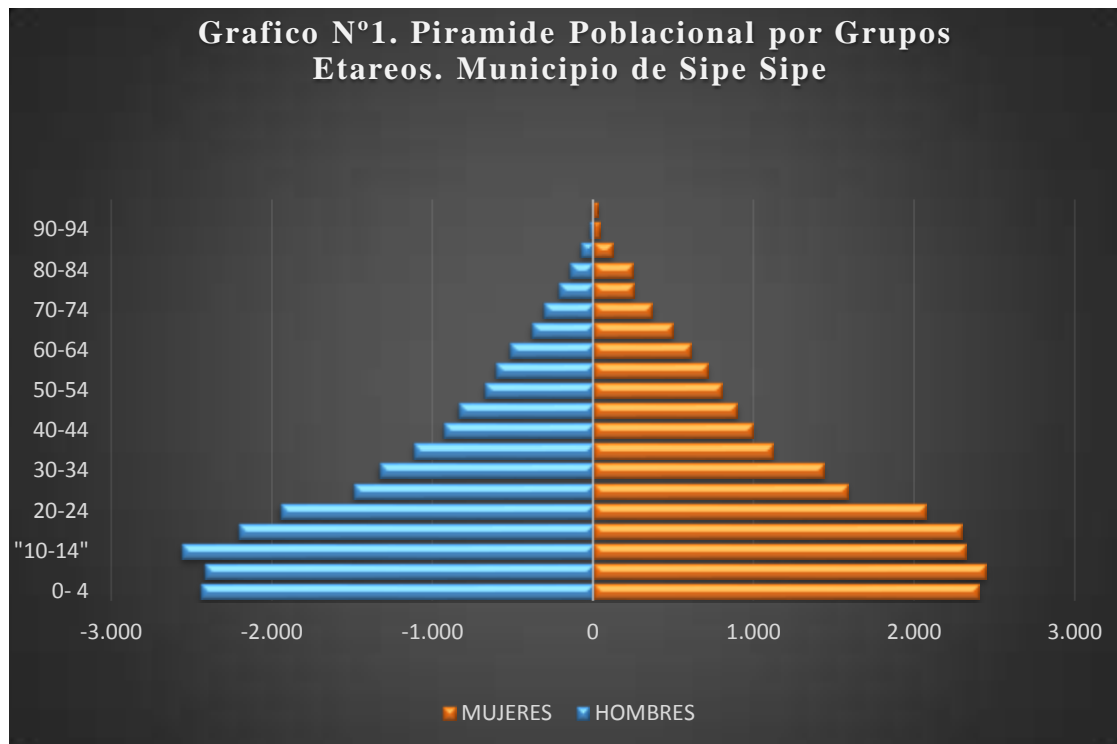
1.2.Características demográficas y del medio ambiente

Para la realización de las características sociodemográficas se toma en cuenta las variables referenciales existentes en los datos del INE, 2001- 2012 para la recolección de datos.

1.2.1. Composición por Edad y Sexo. Dentro del Municipio de Sipe Sipe, correspondiente a la segunda sección de la Provincia de Quillacollo, según el Censo 2012 la población Total del Municipio de Sipe Sipe ascendía a 41.537 Habitantes, de

los cuales 48,77% son hombres y 51,23% mujeres, podríamos decir que hay mayor prevalencia en las edades de 15 a 19 años predominantemente en el sexo femenino (Anexo N°8.Tabla N°1) (28) (41)

Se puede apreciar un tipo de **Pirámide Poblacional** Progresiva, debido a que tiene un gran contingente de población joven en la base, que va desapareciendo rápidamente según avanzan los grupos de edad, en cuya cumbre quedan muy pocos. Es por tanto la típica pirámide de países subdesarrollados, que presentan unas altas tasas de natalidad, y una esperanza de vida muy baja debido a la alta mortalidad, presenta un predominio de gente joven, y relativa presencia de gente adulta, la estructura poblacional por grupos de edades, establece que tiene una mayor cantidad poblacional de 0 a 19 años, con un 46%, la población comprendida entre los 20 a 39 años ocupa un 29,14% que se puede explicar por la emigración de los jóvenes y adultos buscando oportunidades de trabajo, y la población de 60 años a más aglutina solo el 9,28%.



Fuente: Elaboración propia. Datos Censo 2012

1.2.2. **Relación de Dependencia** es de 71,5 lo que quiere decir que por cada 100 personas de 15 a 64 años existen 71,5 menores de 15 y mayores de 65 dependen de la población de 15 a 64. (31)

1.2.3. **Crecimiento Poblacional** el Municipio de Sipe Sipe según el Censo Poblacional, la Población Empadronada en el Censo 2012 fue de 31.337 habitantes y en el censo del 2012 tiene una población de 41.537 habitantes, con un crecimiento anual de 2,4%, con un crecimiento relativo entre ambos censos de 10.200 habitantes, este crecimiento puede deberse a un crecimiento vegetativo de toda la población, también porque existe varios pobladores que están dedicándose a la actividad agrícola que migraron de otros municipios. (28)

1.2.4. **Tasa Migratoria** Según datos obtenidos del censo 2012, por cada 1000 habitantes hay 18.24 migrantes de diferentes lugares esto es debido a que mucha gente prefiere migrar para buscar una mejoría económica y mejores estilo de vida. En este caso el mayor porcentaje de migrantes se ve reflejado en los jóvenes son los que migran en gran porcentaje, en busca de nuevas alternativas de trabajo con mejores fuentes de ingreso y principalmente para mejorar las condiciones económicas de sus familias.

Según entrevistas a informantes claves, existen **emigraciones temporales** hacia el Chapare, Santa Cruz, Cochabamba, al exterior del país (España, Inglaterra, Argentina, Italia), estas migraciones se deben a la necesidad de encontrar una fuente de trabajo con mejores niveles de ingreso, trabajos como el de albañilería, chóferes, peones, pintores, domésticos, estudios, niñeras y domésticas. La edad promedio de la población migrante esta entre 19 a 45 años en general; en la **migración definitiva** las principales causas es la búsqueda de mejores fuentes de ingreso y el cambio de domicilio por motivos maritales que ocasiona el cambio de residencia hacia otras zonas.(32)

Según datos obtenidos del censo 2012, a nivel departamental la Tasa de Migración Neta fue de 4,9%, sin embargo no se cuenta con la información específica a nivel municipal, solo de la Provincia Quillacollo, donde 18 personas son migrantes por cada mil residentes, ocupando el segundo lugar en porcentaje más alto en migración, después de

la provincia Campero, esto principalmente por factores económicos. (Anexo N°9. Tabla N°2) (29) (32)

1.2.5. **Distribución Espacial por Tramos**, la densidad Poblacional del Municipio de Sipe Sipe con una superficie de 472.1 km² y una población aproximada actual de 41.537 habitantes, llega a tener una densidad de 87,98 habitantes/km², 27.277 habitantes (65,6%) viven en el campo en una superficie aproximada de 290,90 km² con una densidad poblacional de 93,77 habitantes/km², y unos 14.260 habitantes (34.4%) en el área urbana, en una superficie de 182,10, con una densidad poblacional de 78,31 habitantes/km². (32). (AnexoN°10.Tabla N°3).

1.2.6. **Dinámica Poblacional**, según datos obtenidos del censo 2012, por cada 1000 habitantes hay 18.24 migrantes de diferentes lugares esto es debido a que mucha gente prefiere migrar para buscar una mejoría económica y mejores estilo de vida. En este caso el mayor porcentaje de migrantes se ve reflejado en las mujeres y los hombres en menor cantidad, los jóvenes son los que migran en gran porcentaje, en busca de nuevas alternativas de trabajo con mejores fuentes de ingreso y principalmente para mejorar las condiciones económicas de sus familias. (32)

1.2.7. **Tasa de Bruta de Natalidad** muestra que hasta el 2010 se tenía un índice de 27,9 nacimientos por cada mil habitantes. La tabla hace referencia que hasta el 2010 se tenía un índice de 27,9 por cada mil habitantes. Con una proyección de 25,5 nacimientos por cada mil, hasta el 2015. (Anexo N°11. Tabla N° 4)

1.2.8. **Tasa Global de Fecundidad**. Una de las medidas que permiten estimar el nivel de la fecundidad, es la Tasa Global de Fecundidad, la misma que alcanzó a 3,64 hijos por mujer durante su periodo reproductivo, esta alta fecundidad puede explicarse por el hecho de que en el área rural no existe una difusión adecuada de medios anticonceptivos ni programas educativos sobre Planificación Familiar.(29)

1.2.9. **Tasa de Mortalidad por Edad y Sexo**, es considerado de importancia por ser un componente de la dinámica demográfica, por los efectos en el crecimiento

poblacional, composición por edad y sexo, pero sobre todo por ser un referente en las condiciones y modo de vida de los habitantes.

Lamentablemente no se cuenta con fuentes de información que nos brinde los datos para su desarrollo.

1.2.10. Tasa de Mortalidad Infantil, es de aproximadamente 87,4 muertes en menores de un año por cada mil nacidos vivos, según datos estadísticos del INE, 2012, las causas frecuentes son por enfermedades por infecciones respiratorias agudas e infecciones diarreicas. se debe tomar en cuenta una serie de factores de riesgo para la supervivencia del niño y la madre y las posibilidades de contraer una serie de enfermedades, debido a la falta de servicios básicos, causas socio económico, calidad de la vivienda, nivel de educación y otros. (31)

1.2.11. Tasa de Mortalidad Materna: mide el impacto del hecho vital en la población de mujeres en edad fértil (embarazada o no) de un territorio y periodo determinado.

La Defunción Materna es la muerte de una mujeres mientras esté embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales.(CIE-10/OMS) y es considerado una problemática de salud pública por sus características e implicaciones.(43)

Según el Ministerio de Salud y Previsión Social no existe un detalle preciso sobre datos de la mortalidad materna, por sexo, edades en los municipios del área rural, lo que dificulta tener un registro total sobre la mortalidad materno-infantil (INE-2012). Cochabamba es el departamento con una mortalidad materna, que ha incrementado entre el 2008 y el 2012, con 130 y 188 muertes materna directa e indirectas por 10000 nacidos vivos, que son 70 y 95 defunciones maternas respectivamente.(43)(44).

1.2.12. Esperanza de Vida al Nacer. Con la finalidad de percibir la realidad socioeconómica la Unidad de Análisis de Políticas sociales UDAPSO, establece que el

promedio de la Esperanza de Vida en el municipio de Sipe Sipe es hasta los 55 años. Este es uno de los índices que nos señala el grado de pobreza y la poca cobertura de los servicios de salud que no permite una mayor esperanza de vida. (29).

1.2.13. Esperanza de Vida al Nacer por Sexo: La esperanza de vida al nacer se encuentra de manera globalizada a todo el departamento de Cochabamba, según los datos estadísticos reflejados en el INE, mostrando que la proyección en los hombres es de 63,9 y en las mujeres de 68,2. (Ver Anexo N° 12. Tabla N°5) (36)

1.2.14. Características Medio Ambientales: Los factores ambientales, como la erosión, la pérdida de la fertilidad de los suelos, la degradación de los bosques, la deforestación, son de los principales problemas ecológicos del municipio, los cuales están estrechamente ligados a la pobreza rural y al incremento de las migraciones, lo que evidencia un círculo vicioso entre el empobrecimiento y la degradación de los recursos naturales.

También se debe mencionar que en la superficie territorial que abarca el municipio sostienen cinco cuencas que proveen de agua para riego a gran parte de la población: las cuencas Viloma, Pankuruma, Grande (Rocha), Huallaquea y Tapacari". (29)

El Rio Tapacari, alimenta a un 93% de las comunidades del Cantón Itapaya, y dentro de ellas Parotani, la misma que tiene como fuente agua de vertientes, que les permite disponer de agua. (29). (Ver Anexo N°13. Tabla N°6)

La zona donde está construido el centro de salud, presenta abundante vegetación, existe una zona industrializada donde opera la empresa de cemento COBOCE, entre otros. No existe un estudio con datos que reflejen el impacto ambiental o influencias que ésta zona industrial ejerce sobre la salud de la población, sin embargo es una empresa importante, la cual no solo desprende humo, sino que vierte sus desechos en los ríos que desembocan en Parotani. La presencia de microindustrias, tanto ladrilleras, yeseras y caleras; ha incrementado de forma evidente la contaminación del aire, aunque en la

actualidad se ha cambiado la leña por el gas natural, que se utiliza en la cocción del ladrillo, yeso y la cal.

La temperatura media anual es de 14 °C, debido a las diferentes alturas que se tienen dentro del municipio, el clima es muy variado a cortas distancias. La zona cercana a la cordillera presenta una temperatura frígida y con mayores precipitaciones fluviales. A medida que disminuye la altitud, es más templado, presentando brisa fresca y saludable, la temperatura varía entre 16°C – 22°C la humedad relativa en promedio es de 46%. (29)

1.3. Características socioeconómicas

La dinámica de relación de producción y comercialización en el área de las localidades, son eminentemente agrícolas. El crecimiento poblacional es totalmente desequilibrado, ya que algunas crecen más que otras. Así mismo, todas las localidades son de nivel socio económico bajo, puesto que la mayoría de la población se dedica a la actividad agrícola, a la actividad del comercio informal y construcción, además de trabajo de albañiles, transportistas, etc.; asimismo una pequeña parte de la población trabaja en las fábricas de la zona.

El municipio de Sipe Sipe en general se ha caracterizado como un pueblo dedicado a la actividad agrícola, tiene una gran cantidad de productos que se embarcan con destino a mercados tanto nacionales como internacionales, en las ferias tradicionales de los días martes, viernes y domingo en Quillacollo y miércoles y sábados en Cochabamba como en las mismas condiciones productivas, destinadas principalmente a las ciudades del interior.

Pero también existen pequeñas industrias que con el transcurso del tiempo han llegado a representar la fuente de ingresos más importante de muchos comunarios, tanto del área urbana como rural. La principal producción se basa en productos como: Zanahoria, (por lo que Parotani es llamada la tierra de la Zanahoria) maíz, trigo, cebada, coles, berros, rábano; las flores como claveles, entre las leguminosas, el algarrobo, la arveja, vaina, haba, garbanzo, entre las especies forrajeras tenemos al trébol, alfalfa, retama, frutos

como pera, membrillo, manzano, duraznero, ciruelo, damasco, tuna, naranjos, cidras, limoneros, limas, vid, linaza, apio, anís, hinojo.

Existe una gran cantidad de ganado vacuno, ovino, porcino y caprino, en zonas de uso exclusivo para el pastoreo; al igual que no existen superficies espaciosas para áreas forestales ya que las mismas no representan ni el 2% de la superficie del municipio. Es así que una de las causas del bajo nivel socioeconómico de mujeres y hombres campesinos, es la disminución de la producción y la baja productividad de la tierra que ha empeorado con los años.

Las familias campesinas desarrollan sistemas de producción diversificados de acuerdo al ecosistema en el cual se encuentran, pero no cuentan con capital para realizar estas inversiones. (29).

Parotani, es una tierra con fuerte vocación agrícola en el valle bajo, esta es escenario en el mes de Diciembre de la Feria de la Zanahoria y sus derivados, expuestas en la plaza principal.

La **Estructura Social**, cuenta con la participación de los siguientes actores locales:

- Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) y Sindicatos Agrarios: Controlan la ejecución de los programas y proyectos que se realicen en su jurisdicción territorial y reportar información al control social y participan y cooperan en la ejecución de programas, proyectos o actividades emergentes del PDM.
- Central Regional Campesina y Subcentrales Campesinas: Estructuras políticas sindicales, por distribución distrital y características geográficas.
- Organizaciones de la sociedad civil como la asociación de regantes, productores de yeso, ladrillo, módulos lecheros, etc.
- Comité Cívico: es un medio de defensa de las aspiraciones del progreso y desarrollo de toda la jurisdicción.
- Comités de Agua Potable, es un medio de organización de socio y miembros que tienen acceso al servicio de agua potable.

1.4. Características socioculturales

1.4.1. Equipamiento Social

Los 3 centros poblados (Sipe Sipe, Mallco Rancho e Itapaya), tienen características similares en su estructura urbanizada, donde las viviendas están agrupadas alrededor del camino principal, con servicios básicos, iglesia, mercados o centros de acopia de productos agrícolas, unidad educativa, centro de salud, hospital, tiendas de abarrotes y otros.

En referencia a **Establecimientos Educativos**, en el municipio existen 6 núcleos educativos, los cuales agrupan a 46 Unidades Educativas que es la totalidad de escuelas y colegios, distribuidas de la siguiente forma:

- 1 Núcleo Sipe Sipe
- 2 Núcleo Parotani
- 3 Núcleo Itapaya
- 4 Núcleo Marcelo Quiroga Santa Cruz
- 5 Núcleo Nuevo Horizonte
- 6 Núcleo Uchu Uchu”(29)

Por datos brindados por las alcaldías, se sabe que la mayoría de los establecimientos cuenta con servicios de agua potable al interior, y alumbrado eléctrico que son considerados regulares. Solo los centros poblados del municipio cuentan con acceso al alcantarillado, sin embargo el servicio es de regular a malo.

Los servicios de telefonía y vigilancia son casi inexistentes en todas las unidades educativas, al igual que las porterías, si bien algunas unidades educativas cuentan con un lugar para el portero estas se encuentran en mal estado.

El modelo holístico en salud, proporciona elementos claves en considerando a la salud y la educación pilares fundamentales en la sociedad, con los cuales es fundamental

trabajar sobre la prevención y promoción de enfermedades, fomentando estilos de vida saludables, considerando más aun, que la mayoría de los centros educativos, no cuentan con un centro de salud cercano ni son atendidos por las autoridades.

El **Producto Turístico** está compuesto por los atractivos naturales, históricos, culturales, realizaciones técnicas contemporáneas y acontecimientos programados; más las facilidades turísticas referidas esencialmente a la prestación de servicios básicos en cuanto a planta e infraestructura turística, en los 3 cantones se cuentan con canchas deportivas, para el incentivo de ejercicios, sin embargo estas son solo para el uso de comunarios de las zonas donde están dichas chanchas, porque las zonas de áreas más lejanas no acuden a estas y las distancias son de consideración, lo que impide al uso sobre todo porque al terminar las jornada laboral no acuden a las mismas por los horarios y la falta de transporte.

Los **Centros de Abastecimiento** en Parotani, consta con un solo mercado ubicado casi al ingreso de la comunidad, que cuenta con la provisión de verduras recolectadas de los mismos campos agrícolas, puestos a disposición del comercio al por mayor para ser llevados a Cochabamba y Oruro.

Además de tener varias tiendas de abarrotes pequeñas cerca de la plaza de Parotani, y también cuenta con un bazar con hilos, lanas y otros, usados por las mujeres para las artesanías.

Instituciones de Salud del Municipio de Sipe Sipe:

- ✎ **Hospital de Mallco Rancho.-** Cuenta con ambientes propios que fueron anteriormente de APSAR y con atención de emergencias, con servicios básicos, funcionamiento de 24 horas.
- ✎ **Hospital Señor de los Milagros.-** Hospital Central del Municipio, cuenta con ambientes propios y con atención de 24 horas a toda la población, con servicios básicos

- ✎ **Hospital de Parotani.-** Cuenta con ambientes propios y con atención de 24 horas a toda la población, cuenta con servicios básicos
- ✎ **Centro de salud Payacollo.-** Cuenta con ambientes propios y baños con pozo ciego, agua potable y energía eléctrica. Atención de 8 horas de lunes a viernes.
- ✎ **Centro de salud Vinto Chico.-** Cuenta con ambientes propios que se encuentra en construcción los ambientes nuevos para ser entregados.
- ✎ **Centro de salud Montenegro.-** cuenta con ambientes propios y con servicios básicos. Atención de 8 horas de lunes a viernes.
- ✎ **Centro de salud Itapaya.-** cuenta con ambientes propios y con servicios básicos. Atención de 8 horas de lunes a viernes.
- ✎ **Centro de Salud Milloma.-** cuenta con ambientes propios, perteneciente a una ONG, con atención por médico y enfermera, solo por los días que permanecen en el centro. La deficiencia es por la lejanía y accesibilidad a la zona el personal permanece periodos cortos. Ubicado a 20 km del Hospital de Parotani.

1.4.2. Religión y Costumbres

“La mayoría de la población de Parotani predica la religión católica y la otra parte es evangélica. Las festividades asociadas al calendario religioso y en especial al católico, son celebradas por las familias campesinas de acuerdo a las costumbres y tradiciones de la zona. Las fechas religiosas e históricas en los diferentes sectores y/o comunidades así como la forma de recordarlas tienen prácticamente las mismas características festivas (aunque existen algunas particularidades de una zona a otra). En Parotani, se festeja a la Virgen de la Merced, el 24 de Septiembre, en Milloma al Señor de Exaltación el 14 de Septiembre, y en Chiltupampa al Señor de la Cruz el 1º de Septiembre”. (29)

Es importante mencionar que la mayoría de la población atribuye sus problemas de salud a dioses, a pesar de pertenecer a una religión católica o evangélica, por lo que tienen mayor confianza en la medicina tradicional antes de acudir al centro de salud, actualmente está incorporándose la medicina tradicional en todos los centros y hospitales a nivel nacional, por lo que se cuenta con un registro de médicos

tradicionales y parteras de la zona, para permanecer en contacto, entablar reuniones y acceder a la población junto a ellos.

1.4.3. Comportamiento Culinario

En general la dieta cochabambina se caracteriza por ser de alto nivel calórico, con una gran diversidad de platos tradicionales, que son a base de papa, chuño, quinua, carne de llama, pollo y carne de res. Al paso de los años, el consumo de comida rápida ha ido incrementando, y reemplazando la alimentación tradicional en las casas de toda la población en general. La dieta es predominantemente a base de carbohidratos.

1.4.4. Violencia en la Comunidad

Durante la gestión 2011, se emite un Boletín Informativo del Sistema de Protección, donde se sistematiza los casos denunciados en las Defensorías de Niñez y Adolescencia (DNA), con el Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES) y a través de su Unidad de Coordinación con Defensorías (UCD), identificando un total de 15.431 denuncias realizadas por violencia intrafamiliar a nivel departamental, donde Sipe Sipe presenta 405 casos, no se cuenta con una cifras actualizadas o que haga referencia específica a la Localidad de Parotani.(44)

La violencia en la comunidad, sobre todo la intrafamiliar, contra la mujer, niños y adolescentes, continúa siendo un problema en el Municipio y la localidad, lamentablemente vemos que los actos violentos son poco denunciados por las mujeres que sufren esta situación. Muchas veces la violencia es conducida por el exceso de bebidas alcohólicas en esta comunidad, esto sobre todo porque no existe un control en la venta de estas bebidas, trayendo como consecuencia, no solo violencia familiar y en la comunidad, si no también múltiples accidentes que llegan a nuestro centro, estos son cada vez más frecuentes por el exceso de consumo de bebidas alcohólicas.

2. DETERMINANTES DE LA SALUD

“Las determinantes sociales de salud, son las condiciones materiales de vida de la población, que dependen de la situación de los grupos y clases sociales respecto a los medios de producción y se reflejan en la proporción del producto social global que perciben, en los patrones de consumo, en el acceso a los servicios y, finalmente se traducen en diferentes formas de enfermar y de morir”. (33)

Según Joan Benach las “**determinantes de la salud**, expone las causas de la salud y la desigualdad, el principal problema de salud son las causas genéticas, pero también están los estilos de vida, dentro de los que están factores políticos, sociales y económicos. Las condiciones materiales en las que viven las personas explican el porqué de algunas enfermedades. El nivel más amplio de las determinantes sociales se refiere a la estructura económica social, a la distribución desigual del poder político y de la riqueza. (34).

En este sentido valoramos que “la pobreza no es solo la carencia de medios económicos, sino que implica varios aspectos del entorno de la persona. Esta comprende las condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginalización social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social principalmente”.(35)

Sipe Sipe en general es una Población, que ha emigrado del interior del país, sobre todo desde Oruro y Potosí, con lugares con asentamientos no planificados, en zonas muy lejanas y prácticamente no cuenta con los servicios básicos, especialmente los referidos a la higiene (36).

Este medio ambiente y las condiciones de vida, muestran algunos aspectos de las determinantes sociales de la salud que tendrían que condicionar una baja calidad de vida, y especialmente deficiencia en la salud de las personas que viven en este lugar.

Vivienda

El tipo y calidad de la vivienda es uno de los indicadores más importantes sobre la calidad de vida, en este parámetro se consideran los materiales empleados en la construcción de la vivienda y la disponibilidad de servicios básicos. Y según datos proporcionados por el INE, 4.282 pertenecen a zona urbana mismos que cuentan con servicios básicos y 9.202 viviendas se encuentran en zona rural, con escasas condiciones de servicios básicos o incluso nulos.

Abastecimiento de Agua potable

El municipio en general cuenta con diferentes comunidades con servicio de agua distribuido por redes provenientes de la perforación de pozos comunales y tanques elevados conectados, pero los cantones de Itapaya y Parotani tienen como principal problema el no abastecimiento de agua potable en toda la zona, el agua que llega a las viviendas es agua tratada, y es la misma que se utiliza para el riego de sus cultivos, en las localidades más cercanas, la situación empeora a localidades lejanas, dado que en estas no llega el servicio de alcantarillado, y el agua que llega es de agua de cisternas, donde las mujeres con sus hijos recorren una larga distancia para poder comprar este servicio, y es acumulada en baldes afuera de sus casas, muchas dejando al descubierto, evento que repercute también en los hábitos higiénicos que esta población tiene.

Eliminación de Excretas

De acuerdo a la información proporcionada por autoridades del Municipio de Sipe Sipe, en Parotani (40% Cobertura) y el resto de la Población pozo ciego, en general no existe tratamiento de las aguas servidas.

Energía Eléctrica y Alumbrado Público

La mayoría de los barrios y/o zonas, cuentan con el servicio de energía eléctrica de forma permanente que proviene de la Empresa ELFEC, además de contar con alumbrado público, pero las comunidades como Milloma, no cuenta con alumbrado.

Manejo de Basura

Solo el casco viejo del municipio del Sipe Sipe el acopio de basura es entre una a dos veces por semana realizado por el Personal de la Municipalidad de Sipe Sipe, que no cubre a la población en su totalidad, no acude a poblaciones lejanas los botan su basura en sus terrenos o al río. Los pobladores tratan de almacenar la basura para posteriormente quemarla, en la mayoría de los casos.

Medio de Comunicación

Los medios de comunicación como la televisión, tienen limitaciones en recepción de señal. Aunque algunos pobladores cuentan con antenas parabólicas de amplia señal. La señal telefónica es buena dado que con las nuevas antenas las coberturas se ampliaron, sin embargo tampoco poblaciones lejanas no cuentan con el servicio. La recepción de emisoras de radio es fácilmente captable.

Medios de Transporte

La red vial que une Cochabamba con Sipe Sipe, se constituye en el eje principal del acceso y salida de la capital de departamento hacia el interior, principalmente a los departamentos de La Paz y Oruro. Y los subsectores que contemplan con vías secundarias importantes hacia distintas comunidades del municipio que en un 10 % son caminos asfaltados, 30 % empedrados y un 60 % son caminos de tierra que son transitados durante todo el año con movilidades de alto tonelaje que transportan productos desde y hacia las comunidades más alejadas que pertenecen al municipio, sin embargo hay comunidades demasiado lejanas que la única vía de acceso es el tránsito a

pie de hasta 4 horas hasta la zona de mayor acceso vehicular.

Podemos valorar que a pesar que ser este un municipio cercano las poblaciones más céntricas son las que gozan de los principales servicios, no así las demás. Bajo la eliminación de estos factores determinantes es que en Bolivia se crean políticas buscando trabajar por los ODM. La política SAFCI enfrenta el problema de la salud a partir de las determinantes sociales, en un contexto intercultural con participación intersectorial, involucrando a la comunidad a través de sus organizaciones sociales con el propósito que ellos mismo vean que factores son los que más repercute en la salud, y que factores determinantes son los que se pueden modificar.

Por lo tanto en este estudio se ira analizando si estos determinantes sociales de salud son aspectos que influyen sobre estas comunidades, ya que al contar con pocos escasos servicios, y la distancia a los servicios de salud afectan sobre los pobladores.

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Con el perfil epidemiológico, se evaluara el estado de salud de la población, con las principales patologías atendidas por el Hospital de Parotani. Tomando en cuenta indicadores del mismo establecimiento, pero cabe aclarar que la población asistente a este servicio, no solo pertenece a Parotani, sino también afluyen de otras comunidades como Capinota, Arque, Sipe Sipe, incluso de Oruro, por lo que los registro de SNIS, no son exclusivos de las comunidades pertenecientes a Parotani.

La atención por comunidades o zonas en el trabajo domiciliario se realiza desde el 2014, con la implementación de Mi Salud, y los datos son transcritos a los libros de SNIS del Hospital de manera general junto con las atenciones realizadas en el servicio, los mismos que no llegan a ser representativos, para una valoración epidemiológica, por lo que se toman en cuenta los datos que se brindan por nuestro Hospital a toda la comunidad.

Se tomaron en cuenta los valores de cantidad de consultas en el periodo de los años desde el 2014 al 2018, que nos muestra que antes existía solo un Centro de Salud, tras la

construcción del Hospital y entregado el año 2013 las cifras de atenciones aumentan considerablemente, las personas asisten esperando encontrar más condiciones.(38)

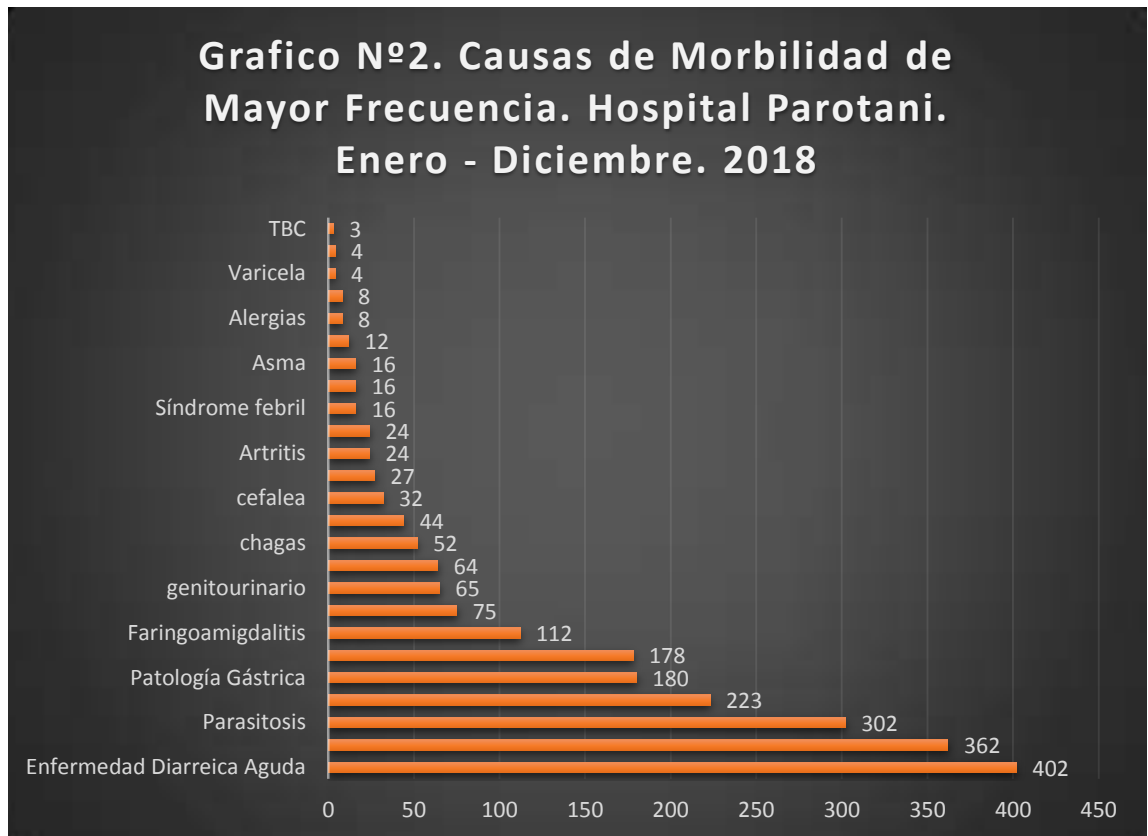
También tras el análisis de los libros del SNIS, se verifica que solo existen datos sobre mortalidad, obtenidos de certificados de defunción, los datos sobre la morbilidad son identificados de los mismos libros y buscados en medios informativos del ministerio de salud, pero que estos datos no son completos en dicha página. (39)

**Cuadro N°1. Número de Pacientes Atendidos en Consulta Externa.
Periodo 2014-2018**

AÑO	N° DE PACIENTES
2014	2648
2015	2512
2016	2839
2017	3273
2018	11023

Fuente: Libros de SNIS. Hospital Parotani

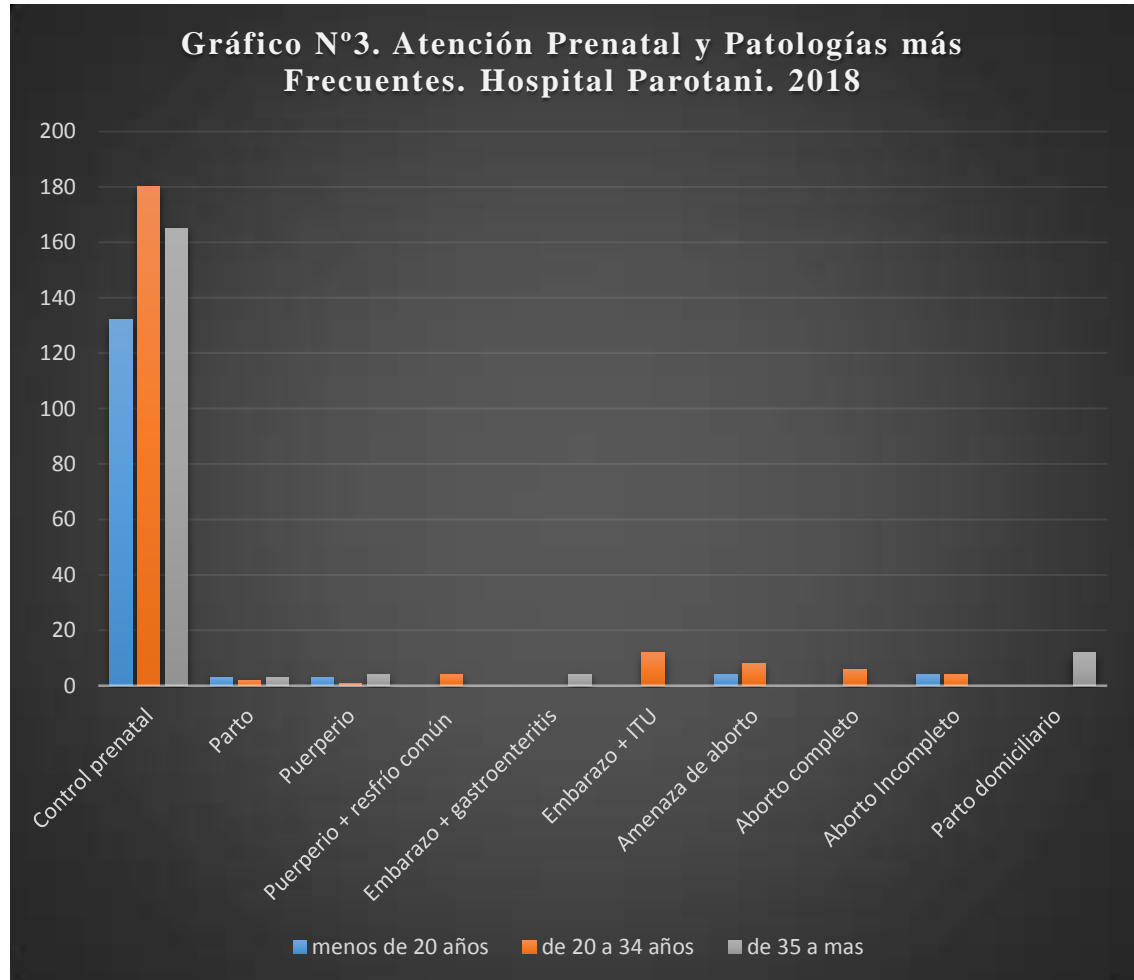
Para la población actual de Parotani, de 4191, la cantidad de atenciones realizadas en el 2018, son de 11023, donde las patologías más frecuentes son las EDAs, Parasitismo e IRAs, sobre todo en menores de 5 años, los que son la población más susceptible ante el problema de los determinantes.(Ver Anexo N° 14. Tabla N° 7)



Fuente: Libros del SNIS. Hospital Parotani

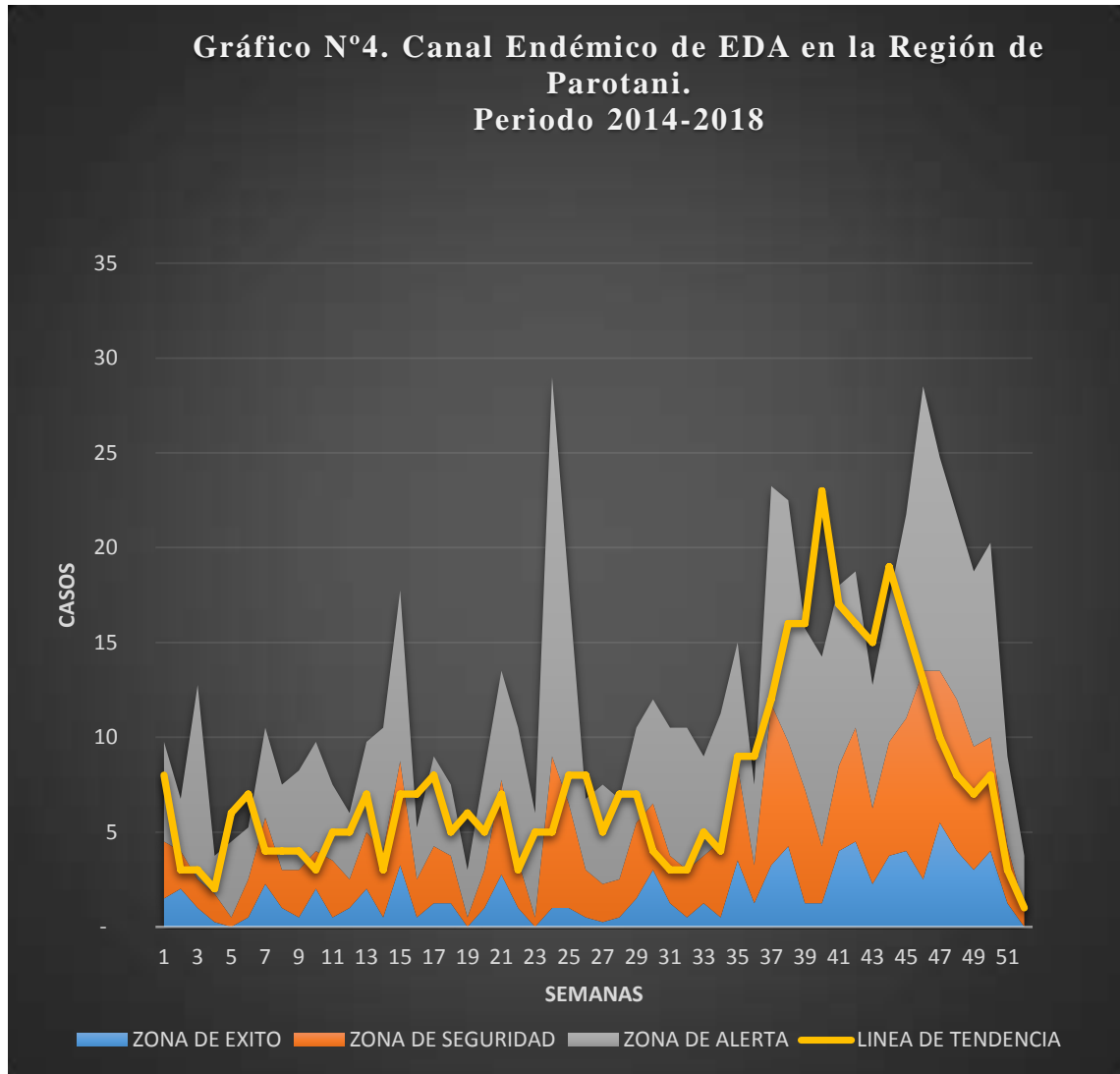
Se puede valorar en las consultas realizadas las cifras de más consideración son las EDAS con 402 casos en pacientes masculinos y 362 casos en femeninos, seguido por casos de Parasitismo Intestinal con 302 casos en masculinos y 223 casos en pacientes femeninos, e IRAs con 112 casos en masculinos y 75 en femeninos, sobre todo en pacientes menores de 5 años, las mismas que se expusieron en la Grafica N°2, junto a demás patologías que se presentan de manera ordenada.

En referencia a la atención Prenatal, se toma en cuenta la gestión del año 2018, o se puede valorar en el siguiente gráfico.



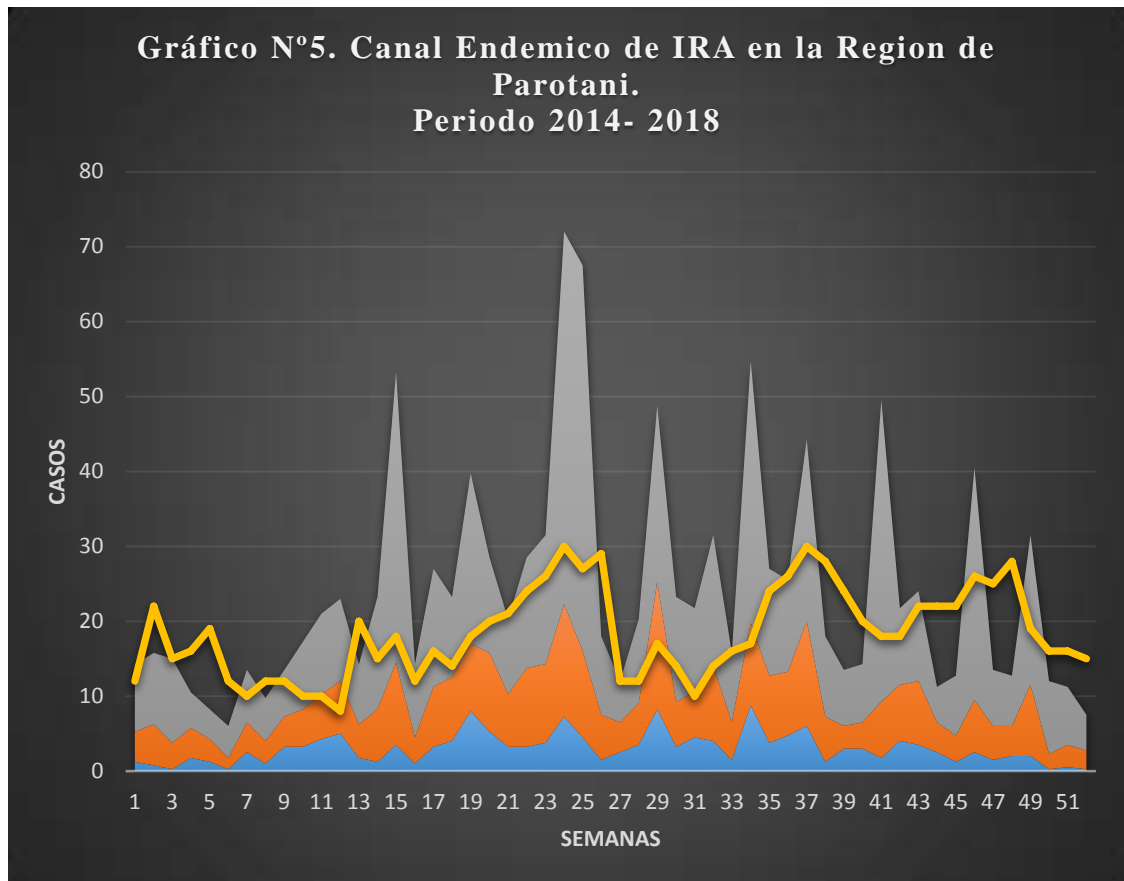
Fuente: Libros de Atención Prenatal de SNIS. Hospital Parotani

Podemos valorar la atención en relación a las mujeres embarazadas la cantidad de consulta en el periodo del 2018, solo abarca 477 controles prenatales, además de mostrar las patologías más frecuentes en las mujeres embarazadas. (38,39) (Anexo N°15. Tabla N°8)



Fuente: Informes Semanales de SNIS.
Página de Ministerio de Salud. 2010-2014

Al revisar las principales patologías observamos que la EDAs, son las que tienen mayor número de consultas vistas durante los últimos 5 años, pero además se observa que existe una mayor tendencia en los meses de alzas de temperaturas entre las semanas 37 a 49 y la influencia de la escases al servicio de agua potable(39) (Anexo N° 16. Tabla N° 9)



Fuente: Informes Semanales de SNIS.
Página De Ministerio De Salud. 2010-2014

En la gráfica N°5 del canal endémico de IRAS, con picos altos la semana 23 y 26, que corresponden a cambios climáticos propios de la estación de invierno, donde la temperatura llega a cifras bajas, además de constituir un factor importante, la calidad de vida que llevan las personas las cuales están acostumbradas a trabajar desde tempranas horas del día, y no llevan tratamientos ni vacunación. (38,39) (Anexo N° 17. Tabla N° 10)

En cuanto al análisis de **mortalidad**, podemos valorar el subregistro existente, además de no existir datos en el sistema de información de SNIS, por lo tanto en el sistema del Ministerio tampoco se puede obtener estos, teniendo a mano solo los datos existentes en los certificados de defunción del hospital, volvemos a mencionar que el Centro de Salud, tiene una asistencia no solo de las comunidades pertenecientes a Parotani, sino que por encontrarse en zona de tránsito se suscitan accidentes los que influyen sobre las

cifras, con un total de 5 personas fallecidas por esta causa, seguida de enfermedades cerebrovasculares y enfermedades cardiovasculares en personas adultas mayores de 15 años. Al igual se ve pacientes con sepsis en personas mayores de 45 años, debido al abandono familiar al adulto mayor, quienes no son atendidos a tiempo, con respecto a enfermedades infecciosas intestinales se reporta 3 fallecidos entre el grupo de edad de 1 a 14 años, y enfermedades respiratorias en personas de 1 a 4 años. (Anexo N° 19. Tabla N°12) (38,39).

4. PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD

La intención de un análisis es describir de forma completa el estado de salud de la población, pero nos encontramos con muchas limitaciones en el ámbito epidemiológico, no se cuenta con información epidemiológica completa en la página del ministerio que pueda ser usada para este análisis ya que no se encuentra o solo hasta cierto periodo, al recabar información para los informes semanales y mensuales que deberían ser expuestos a nivel nacional, vemos que los datos son escasos. No se cuenta con datos de causa de mortalidad por lo que es recabado de actas de defunción existente en el servicio.

Podemos valorar que en los datos obtenidos de la región de Parotani una de las principales causas de morbilidad es la enfermedades diarreicas que es un problema que afecta principalmente a menores de 5 años, posiblemente una realidad que afecta a la mayoría de la población del municipio en situaciones de escasos recursos económicos. Donde factores como la falta de acceso al agua potable, la no existencia de un sistema de eliminación de excretas, la falta de información o la falta de interés por recibir la información, juegan un rol importante, acompañados de otros factores como el bajo nivel sociocultural en las familias, que van desencadenando en otras circunstancias, como la desnutrición, el parasitismo, enfermedades de la piel.

Las enfermedades diarreicas agudas, especialmente en menores de 5 años, aún siguen significando una de las principales causas de morbimortalidad en muchos lugares, donde la pobreza sigue siendo un factor determinante, provocado por diferentes factores como malnutrición, que muchas veces acompaña las infecciones (virales, bacterianas o

parasitarias), que a su vez es originado por la escases de agua, elemento básico para el consumo diaria e higiene personal, y por las aguas contaminadas y mal tratadas antes de su consumo.

En nuestra localidad existen **factores de riesgo** ya analizados de carácter socioeconómicos, como la falta de acceso al agua potable, el sistema de eliminación de excretas, el acceso al sistema de salud, el nivel de pobreza con dificultades en las viviendas y el nivel cultural de la persona, donde por las largas jornadas laborales, muchas veces los niños son dejados bajo el cuidado de otros menores, desde muy pequeños sin gozar del beneficio de la lactancia materna exclusiva.

Otra enfermedad analizada son las IRAs, podemos valorar factores de riesgo no modificables, en los que no podemos hacer ningún tipo de intervención, como la edad, enfermedades crónicas (que no son muy comunes pero si se cuenta con pacientes asmáticos), o cambios climáticos en los que se desarrolla la vida diaria de las personas de esta zona. Al mismo tiempo analizamos factores de riesgo modificables, sobre los que se pueden actuar empezando desde la recolección de datos desde la carpeta familiar y desde la consulta médica como el tabaquismo, poca ventilación de la vivienda, infraestructura insuficiente, ausencia de lactancia materna la cual vemos que es más común sobre todo en madres jóvenes, manejo inapropiado de alimentos, contacto con personas infectadas, deficiente salud oral. Uso inapropiado de antibióticos, incluso esquemas de vacunación incompleta.

Nuestros **factores protectores** sobre los que podemos actuar para favorecer la no aparición de estas enfermedades son: la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, alimentación complementaria adecuada y micronutrientes desde los 6 meses, la prevención de enfermedades con vacunaciones oportunas, desecho de heces, lavado adecuado de manos, así como la educación sobre el cuidado en el hogar, consumo de alimentos y líquidos a niños enfermos, y el acceso de atención médica oportuna, con el conocimiento de signos de alarma y el seguimiento de las recomendaciones del médico tratante.

5. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

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

Los centros de recreación en el municipio es muy variado, no existe ningún tipo de control del flujo turístico que llega al Municipio, aunque se conoce que es mínimo y en su mayoría son visitantes locales con la motivación de conocer nuevos lugares, principalmente estudiantes de escuelas y colegios. La baja afluencia de visitantes se debe a la falta de servicios, infraestructura y equipamiento turístico. La localidad de Parotani y sus comunidades cuenta con diferentes centros recreativos, sin embargo su afluencia es escasa debido al tiempo que le dedica la población al trabajo en los chacos, o la distancia que existe a estos lugares, siendo más visitados por persona ajenas al municipio.(Anexo N° 19. Tabla N°12)

En el municipio existen 6 núcleos educativos, los cuales agrupan a 46 Unidades Educativas que es la totalidad de escuelas y colegios. En la localidad de Parotani existen 9 Unidades Educativas en las que la infraestructura se encuentra entre regular y mala, los trabajos realizados de refacción y construcción de nuevas aulas en las diferentes unidades educativas no se concluyó, o refaccionaron, hay infraestructuras antiguas en malas condiciones, todas la unidades educativas cuentan con campos deportivos o canchas múltiples y con sistema de alcantarillado, sin embargo no cuentan con acceso al agua, por lo que muchas veces se envían a los niños con botellas de agua para el uso de baños en el transcurso del día. Lo que conlleva al mismo circulo, donde la falta de acceso al agua, y la falta de higiene son factores de riesgo para las principales enfermedades de morbilidad en nuestra zona. (Ver Anexo N°20.Tabla N°13) (29)

5.2. Oferta de servicios de salud

El Centro de Salud “Hospital Parotani”, brinda a la población una atención integral a pesar de no tener acreditación como hospital de primer nivel, fue construido con el objetivo de ser un segundo nivel, cuenta con consulta de especialidades en áreas de:

Emergencias (24horas), Medicina general, Medicina interna, Visitas comunitarias (prevención y promoción), Ginecología – Obstetricia (Especialista acude cada 15 días), Pediatría, Oftalmología, Farmacia, Enfermería, Emergencia, Odontología.

La población de la Localidad de Parotani, es de alrededor de 4191 habitantes, pero a este servicio acuden de diferentes lugares por ser un centro que se encuentra cerca de la carretera, donde se producen con mucha frecuencia accidentes de tránsito, la atención de emergencia es de 24 horas, pero la atención especializada solo existe por las mañana en el caso de Pediatría y Oftalmología, las demás especializadas son conseguidas como apoyo de médicos que brindan atención en otros centros del Municipio.

La infraestructura del Hospital de Parotani en general es deficiente, el estado general está en el rango de regular a malo, en relación a sus servicios básicos se encontró bastante deficiencia, existen baños pero no funcionan por falta de mantenimiento o falta de agua, los medicamentos e insumos son escasos, por lo que se convierte en un impedimento al momento de brindar una atención de calidad a la población. Una barrera también encontrada en el nivel cultural, las personas no confían en el personal de salud, y la mayoría hablan quechua, por lo que la dificultad para entrar en entendimiento por ambas partes se convierte en una barrera. Desde el inicio el hospital fue construido y se inicia la propaganda de la atención gratuita en todas las ramas, hecho que no ocurrió y a pesar de brindar servicios a muy bajo costo, la población refleja la molestia y muchas no regresan.

5.3. Accesibilidad geográfica

El Hospital de Parotani, se encuentra ubicado a 40,3 km de la ciudad de Cochabamba, el servicio más próximo es el Centro de Salud de Itapaya, el cual depende de Parotani, en caso de necesidad de atención de pacientes que necesiten ser trasladados a nuestro centro u a otros por su complejidad, para la atención de pacientes que requieran atención de emergencia se traslada a los pacientes al Hospital Benigno Sánchez en Quillacollo, ubicado a 26 km alrededor de 40 min, o si requerimos atención en un segundo nivel son trasladados al Complejo Hospitalario Viedma, a 40 km. La

posibilidad de resolución de pacientes son escasa, debido al poco equipamiento además de no contar con ambulancia propia, siendo la que existe actualmente en el servicio una ambulancia que pertenece al Hospital de Sipe Sipe, en caso de requerirse el servicio en otros centros para traslado de pacientes, está a disposición del llamado. La posibilidad de transporte de la comunidad hacia el Hospital es regular, exceptuando a zonas lejanas como Milloma, que no existe ningún medio que llegue hasta el lugar.(Anexo N° 21. Figura N° 2)

Figura N°1. Diagrama de Isócronas del Sistema de Prestación de Servicios al Municipio de Sipe Sipe

DISTANCIA ENTRE CENTROS	TIEMPO		POBLACIONES	CENTRO DE SALUD
5KM	0M	C.S. ITAPAYA		
	30 M	200 H/5 K/VEH	MALLACAWA	
	45M	121 H/6K /VEH	CHIWANQUI	
	1HR	164 H/7K/VEH	CHAPINI	
	1HR. 30M	120 H/10K/VEH	MILLOMA	C.S. MILLOMA
	2HR.30MIN	99H/20K/VEH	TACAMA	
	3HR	90H/32,5K/VEH	MUÑANI	
	4HR	80H/47K/40K-VEH	CULTANI	
	20M	398H/2KM/VEH	PIRQUE. PAROTANI ALTO Y BAJO	
14,9KM	5M	HOSPITAL PAROTANI		
	5M	2397H/1K	CHOQUENI	
	20M	466H/3K/VEH	CHILTUPAMPA	
	30M	157H/4K/VEH	WARMIMALLKU	
		HOSP. SEÑOR DE MAYO- SIPE SIPE	42 KM	C.S.UCHU UCHU
15,5 KM		C.S.MONTENEGRO		
20,8 KM		HOSPITAL MALLCO RANCHO		
18,7 KM		C.S. VINTO CHICO		
19,2 KM		C.S. PAYACOLLO		
22,7KM		HOSPITAL DE VINTO		
26KM		HOSP. VILLA MODERNA- QUILLACOLLO		
40,3 KM		HOSP. VIEDMA		

6. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD

Podemos identificar que dentro los principales problemas de salud, se encuentra la alta incidencia de enfermedades diarreicas agudas, que al no ser tratadas de inmediato pueden desencadenar en la mortalidad, sobre todo de niños menores de 5 años, vemos que este evento esta relaciona con **causas multifactoriales**, y más aun con el saneamiento ambiental, directamente con el no abastecimiento de agua potable, en toda la localidad de Parotani, el agua que llega a las viviendas es agua tratada, y es la misma que se utiliza para el riego de sus cultivos en las localidades más cercanas, la situación empeora a localidades lejanas, dado que en estas no llega el servicio de alcantarillado, y el agua que llega es de agua de cisternas, donde las mujeres con sus hijos recorren una larga distancia para poder comprar este servicio, y es acumulada en baldes afuera de sus casas, muchas dejando al descubierto, evento que repercute también en los hábitos higiénicos que esta población tiene.

En la Localidad de Parotani, no contar con agua potable es el problema fundamental, pero a esto se agregan muchos otros, que son parte de los factores que influyen en el riesgo de ocurrencia de esta enfermedad y otras. Pero esto está sujeto muchas veces a la falta de intervención tanto del personal de salud, como de las autoridades y la función que ellos desempeñan para poder reducir el riesgo de ocurrencia de estas patologías.

En cuanto a la elevada incidencia de IRAS, por lo general el clima es frio hecho que repercute en la salud sobre todo en menores de 5 años, esto además del hecho que también las medidas higiénicas precarias que existen son definitorias, el hacinamiento en que la mayoría de la población vive repercute en la mayoría de los casos, así como en las complicaciones por no acudir al centro de salud, desconociendo los signos de alarma.

Las autoridades municipales programan un presupuesto para mejorar las condiciones de vida de la población, sin embargo este presupuesto es insuficiente o muchas veces desviado para otros problemas que van surgiendo en el municipio.

Al igual manera se observa que las autoridades locales, quienes son de vital importancia en la gestión de proyectos, están involucrados más en temas políticos que velando por la salud de la población, lo que influye al mismo tiempo tanto en el apoyo e interés de los habitantes como en la influencia que ejercen ellos sobre las autoridades municipales, los cuales al intervenir como comité de salud, podrían mejorar tanto la situación de la población como en la percepción de la comunidad para mejorar.

7. NECESIDADES Y PROBLEMAS EN SALUD DE LA POBLACIÓN

7.1.Necesidades en Salud de la Población.

Para la valoración de la necesidad en salud de la población de la localidad de Parotani, es importante tener en cuenta el concepto de necesidad y de población objetivo, que resultan esenciales en cualquier nivel de planificación (Alan Dever: 62).

Para la realización de este trabajo, se utilizaron enfoques y métodos para la determinación de las necesidades, haciendo uso del análisis de estadísticas se obtuvieron los datos por medio de recolección de los libros de SNIS, Informes Semanales y Mensuales, además de recopilar la información de Carpetas Familiares tomando en cuenta las variables presentes en ellas que ayuden a valorar aquellos factores que influyen sobre el proceso de salud- enfermedad, además de utilizar técnicas de relevamiento como el **Enfoque de Búsqueda de Consenso**, para determinar las principales necesidades en salud sobre los cuales se puede actuar, como **Foros Comunitarios**, en reuniones abiertas con la población, que ayudaron a que toda la comunidad, pueda expresar sus opiniones e identifique las necesidades sobre los que se busca actuar llegando así a un consenso de apoyo. También se utiliza el **Método de Informante Clave**, en entrevistas dirigidas al personal de salud y dirigentes que tienen conocimientos de las características del Centro de Salud Hospital Parotani, y de las características demográficas de la población.

La identificación de las necesidades en salud de la Localidad de Parotani, resultan del grado de salud-enfermedad que tiene los pacientes que acuden a un servicio, y está dada por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física,

nutrición, vivienda, economía, acceso laboral, salud y educación), en general la población refiere como principal necesidad es el no abastecimiento de agua potable, debido a que solo se utiliza agua tratada para el consumo, además de la mejora en el saneamiento básico.

Además se concluyó también que otra necesidad es mejorar el control policial y municipal, debido al elevado consumo de bebidas alcohólicas, y no existe un control por parte de las autoridades en el horario de atención de los locales de expendio de bebidas alcohólicas, así como tampoco control de parte de la intendencia municipal sobre los límites de cercanía a establecimientos educativos, este problema tiene varias repercusiones en la comunidad, que influye sobre los accidentes e incluso la violencia familiar que desencadenan en el maltrato físico y psicológico sobre todo en mujeres y niños, y a pesar de existir un módulo policial en la zona no realizan el adecuado control

7.2. Priorización de Problemas en salud de la población

Es importante realizar un análisis de la etiología de los problemas, esto según la definición de Blum, las “fuerzas causales subyacentes” (11), analiza los factores de riesgo, mediante datos expresados en morbilidad y mortalidad y datos que a su vez son recogidos de las carpetas familiares en las visitas domiciliarias.

Se identifica como principales problema de salud, la elevada incidencia de EDAS, IRAS donde el análisis bajo el correspondiente flujograma situacional, correspondiente a este evento esta con la relación directa con el no abastecimiento de agua potable en toda la zona, el agua que llega a las viviendas es agua tratada, y es la misma que se utiliza para el riego de sus cultivos, en las localidades más cercanas, la situación empeora a localidades lejanas.

Las enfermedades transmisibles, están en mayor relación con la escases de agua, poca higiene, consumo de alimentos contaminados, pero además se puede observar que no existe una promoción de salud adecuada por el servicio de salud

En la determinación de prioridades, se observa, que es importante tratar con los condicionantes de salud, que en este caso relacionamos con enfermedades diarreicas y enfermedades de piel, así como parasitarias y la desnutrición en menores de 5 años, en la localidad de Parotani. La prevalencia está en mayor relación al saneamiento básico, el consumo de domestico de agua no debidamente tratada, falta de higiene vinculada a la escases de agua en las diferentes regiones pertenecientes a Parotani. Se determina la priorización de los problemas de salud, basados en el Método de Castillo (44)

Priorización de los Problemas de Salud. Método de Castillo

Daño a la salud.	Criterio.	Puntaje máximo posible.	Puntaje asignado.
Elevado Número de Enfermedades Diarreicas Agudas	Magnitud	10	7
	Gravedad	10	6
	Posibilidad de prevención	10	6
	Interés de la comunidad	10	3
	Tendencias en el tiempo	10	2
Elevado número de Infecciones Respiratorias Agudas	Magnitud	10	4
	Gravedad	10	6
	Posibilidad de prevención	10	10
	Interés de la comunidad	10	4
	Tendencias en el tiempo	10	1
Incremento de Parasitosis	Magnitud	10	4
	Gravedad	10	6
	Posibilidad de prevención	10	6
	Interés de la comunidad	10	5
	Tendencias en el tiempo	10	4
Incremento de Enfermedades Infecciosas de la Piel	Magnitud	10	5
	Gravedad	10	3
	Posibilidad de prevención	10	6
	Interés de la comunidad	10	4
	Tendencias en el tiempo	10	2
Incremento de Desnutrición Crónica	Magnitud	10	3
	Gravedad	10	6
	Posibilidad de prevención	10	5
	Interés de la comunidad	10	2
	Tendencias en el tiempo	10	2
Elevado Índice de Violencia Familiar	Magnitud	10	2
	Gravedad	10	7
	Posibilidad de prevención	10	5
	Interés de la comunidad	10	2
	Tendencias en el tiempo	10	1

Fuente: Dr. Carlos Castillo; 1999: p37-69

Criterios

PESO RELATIVO	MAGNITUD	GRAVEDAD	PREVENIBLE	INTERÉS COMUNIDAD	TENDENCIA EN EL TIEMPO	
	4	4	2	3	1	
Daño a la salud						Puntaje total
Elevado Número de Enfermedades Diarreicas Agudas	7*4=	6*4=	6*2=	3*3=	2*1=	75
	28	24	12	9	2	
Elevado número de Infecciones Respiratorias Agudas	4*4=	6*4=	10*2=	4*3=	1*1=	73
	16	24	20	12	1	
Incremento de Parasitosis	4*4=	6*4=	6*2=	5*3=	4*1=	71
	16	24	12	15	4	
Incremento de Enfermedades Infecciosas de la Piel	5*4=	3*4=	6*2=	4*3=	2*1=	58
	20	12	12	12	2	
Incremento de Desnutrición Crónica	3*4=	6*4=	5*2=	2*3=	2*1=	54
	12	24	10	6	2	
Elevado Índice de Violencia Familiar	2*4=	7*4=	5*2=	2*3=	1*1=	53
	8	28	10	6	1	

En base a este análisis se observa como principales problemas:

- Enfermedades Diarreicas Agudas.
- Elevado número de Infecciones Respiratorias Agudas
- Incremento de Parasitosis

La determinación de prioridades muestra que el principal problema de salud es el elevado número de EDAS, será también en base a la explicación de la historia natural de cada una, de cómo se produce, etiología, cuadro clínico como diarreas líquidas, continuas y su posterior evacuación, lleva a un círculo evolutivo donde la eliminación de heces fecales con parásitos que después lleva un ciclo de mano- boca, que se complica con cuadros de deshidratación, desnutrición, o incluso la muerte.

La prevención que es realizado en los 3 niveles, aquí en el nivel primario, se trabajara en la prevención de estas enfermedades, con actividades de promoción, donde se buscara que la población conozca las enfermedades y adopte estilos de vida saludables, en caso de tratarse con pacientes con la enfermedad se realizara el tratamiento adecuado tanto en el hospital como en las visitas domiciliarias, y la prevención terciaria buscando al rehabilitación de pacientes con secuelas.

A continuación realizamos un flujograma situacional respecto al principal problema identificado

Flujograma Situacional. EDA en la Localidad de Parotani

ESTRUCTURA BASICA	ESTRUCTURA MANIFIESTA	HECHOS CONDICIONANTES	DESCRIPCION DEL PROBLEMA
Bajo nivel sociocultural	Malas condiciones de vida	Higiene inadecuada	Incremento de las Enfermedades Diarreicas Agudas de origen transmisibles en la Localidad de Parotani
	Insuficiente conocimiento sobre EDAS	Deficiente control y cuidado del menor por parte de los padres	
	Insuficiente interés para recibir información sobre EDAS y otras enfermedades	Insuficientes capacitaciones sobre prevención a padres de familia	
Inadecuada provisión de servicios de agua, alcantarillado y de eliminación de basura	Deficiente instalación de red de agua potable	Inadecuado o ausencia de lavado de manos antes del consumo de alimentos	
		Escasa higiene en la preparación de alimentos	
	Riego de cultivo con agua tratadas	Consumo de alimentos contaminados	
		Escaso control de alimentos en puestos de venta de comida	

Fuente: Elaboración propia

8. ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN

Los Dirigentes de las Asociaciones Comunitarias son actores sociales operadores sindicales - político, ejercen la representación de las bases, en diferentes instancias públicas y privadas, demandando proyectos socioeconómicos, fortalecen la presencia social, económica, política y cultural, al mismo tiempo facilitan la información de las actividades municipales en asambleas generales.

Las Asociaciones Comunitarias, están afiliadas a la Federación, organizados por un directorio a la cabeza de un Secretario General, Relaciones, Hacienda, Conflictos, Deportes, Vialidad, Vinculación Femenina. Son los responsables de Organizar, planificar las actividades comunales como arreglo de caminos, deportes, otras de usos y costumbres.

Con la Promulgación de la Ley 1551 de Participación Popular y la Ley 341 de Participación y Control Social, las Organizaciones Territoriales de Base (OTB's), comunidades, dentro el marco legal, están representados por el Control Social, que cumple las funciones de articulador de las demandas y de ejercer el control social a la gestión municipal, velando que se cumplan las demandas priorizadas en el Plan Operativo Anual (P.O.A.) y gestionar otras actividades que beneficien a todos los habitantes. (Anexo N°22.Tabla N°14)

Sin embargo se puede mencionar que la Localidad de Parotani se ha llegado a conocer por ser una zona de conflictos, donde la entrega del Hospital involucra a la mayoría de los responsables de Zonas, sin embargo el mayor interés solo se reduce a tener la obra, pero no se ha logrado tener el equipamiento necesario por la falta de interés de los mismos dirigentes. Se cuenta con los jefes de OTB, pero no así de un Comité Local de Salud, el que debía conformarse por un representante de cada zona, pero actualmente solo se conforma por un miembro de autoselección, que también se ira trabajando en base a políticas de SAFCI y Mi Salud.

9. DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN QUE ORIENTARÁN EL PLAN

PROBLEMA IDENTIFICADO	LINEAS DE ACCION		
	PROGRAMACIÓN LOCAL	VIGILANCIA DE LA SALUD	SERVICIOS DE NIVEL PRIMARIO
Incremento de las Enfermedades Diarreicas Agudas de origen transmisibles en la Localidad de Parotani	Evaluación de la comunidad en su ámbito personal, familiar, para determinar factores de riesgo y protectores e identificación precoz de casos.	<p>Incorporar a un 10 % de la población en acciones de promoción de la salud, notificación y prevención de enfermedades prevalentes como EDAS en la población de riesgo</p> <p>Fortalecer la Gestión Participativa, para la toma de decisiones e incorporación en el POA, la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado y recojo de basura y fomento de la educación en salud y la vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos, de manera conjunta entre actores sociales e institucionales.</p>	Fortalecer el sistema de vigilancia de la salud, en la atención asistencial y comunitaria de pacientes, realizando el seguimiento de pacientes con diagnóstico de EDAS, mediante recojo sistemático y continuo de datos para contribuir a la disminución de complicaciones de enfermedades infecciosas

PARTE III

PROPUESTA

1. NORMATIVO Y ESTRATÉGICO

1.1. Visión

Nanus (1994), citado por Róvere (2006:131), nos dice que la Visión es “un modelo mental del estado futuro de un proceso un grupo o una asociación” y destaca como rasgos importantes de la Visión los estándares de excelencia, los valores e ideales y el involucramiento de varios actores.

La visión es una construcción mental que podemos transformar en realidad. De hecho, una visión es la única forma de modelo mental que las personas y las organizaciones pueden materializar a través de sus compromisos y acciones.

Presentamos la Visión formulada en el Plan Sectorial de Salud 2010 – 2020 del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia y la Visión planteada en este trabajo a Nivel Local del periodo 2018-2022.

Visión del Sector Salud al año 2020	Visión a Nivel Local
<p>“Toda la población en el territorio boliviano, conoce y ejerce plenamente su derecho a la salud; cumple sus responsabilidades con la salud de la familia/comunidad y accede gratuitamente a servicios de salud integral, intercultural y de calidad”.</p>	<p>Para el año 2022, el Centro de Salud Hospital Parotani, será un centro de referencia del municipio de Sipe Sipe, garantizando la atención integral enfocados en la promoción y prevención en Enfermedades Diarreicas Agudas y entornos saludables, con la participación de la comunidad y sus autoridades en su desarrollo que garantiza la satisfacción de las personas, las familias beneficiarias y población en general.</p>

1.1.1. Matriz. Relación con el Plan Sectorial de Salud

La siguiente matriz muestra los ejes, objetivos estratégicos y áreas de actividad del plan sectorial de salud, que nos sirve de base para su aplicación en la Comunidad de Parotani.

Objetivos Estratégicos	Área de Actividad 1	Área de Actividad 2	Área de Actividad 3
“OE 1: Se ha mejorado la situación de salud de la población”	Programación Local	Vigilancia de la Salud	Servicios de Nivel Primario
“OE 2: Se ha implementado el Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario Intercultural”	Programación Local		
“OE 3: Se ha fortalecido la Rectoría de la Autoridad Sanitaria”		Vigilancia de la Salud	
“OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud”	Programación Local		
“OE 5: Se han disminuido las Brechas de Recursos Humanos en salud”		Vigilancia de la Salud	Servicios de Nivel primario
“OE 6: Se ha mejorado el estado nutricional de la población”			Servicios de Nivel primario
“OE 7: Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico”	Programación Local		Servicios de Nivel primario
“OE 8: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud.”			Servicios de Nivel primario
“OE 9: Gestión Pública eficaz, eficiente y transparente		Vigilancia de la Salud	Servicios de Nivel primario

1.2. ESTRATEGIA

“Las estrategias son programas generales de acción que llevan consigo compromisos de énfasis y recursos para poner en práctica una misión básica. Son patrones de objetivos, los cuales se han concebido e iniciado de tal manera, con el propósito de darle a la organización una dirección unificada”. (H. Koontz 1991:5; Estrategia, planificación y control). (46)

Tomando en cuenta este concepto, buscando alcanzar los objetivos y dar solución a los principales problemas de esta localidad, nos apoyamos en la Política SAFCI y el Programa Mi Salud, mediante los cuales llegaremos a los individuos, familias y la comunidad por medio de las visitas familiares.

Cabe aclarar que el Programa Mi Salud, es parte del nuevo sistema de salud boliviano, basado en la Política SAFCI, concebido para cubrir todo el territorio nacional de manera progresiva, con características operativas implementadas por equipos de salud (Médico-Enfermera) enmarcadas en cuatro ambientes: comunidad, familia, persona y establecimiento de salud, por ello la condición necesaria es priorizar y articular a nivel primario, con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema, por lo que el despliegue de este equipo ya es parte de las políticas nacionales, que ayudaran al cumplimiento de las siguientes estrategias:

- ❖ Trabajar en la **Construcción de Alianzas estratégicas**, con los principales **Actores Sociales** para el desarrollo efectivo de los objetivos, **movilización de recursos**, toma de decisiones en el POA y cumplimiento de las actividades de este plan.
- ❖ Coordinar con entidades municipales, el trabajo en etapas de planificación y evaluación del plan en la comunidad de Parotani, por medio de la **intersectorialidad**.
- ❖ Fortalecer la **Participación Social** en la vigilancia epidemiológica, por medio de la Promoción de la atención domiciliaria de los pacientes y conformación de

Comités Locales de Salud, quienes se empoderaran en la problemática de salud de la población y las posibles soluciones relacionados con prevención de EDAS.

1.2.1. Construcción de Alianzas Estratégicas

La construcción de alianzas estratégicas es fundamental para dar viabilidad a este Plan, por lo que se hará las alianzas estratégicas con los siguientes actores:

- Organizaciones Territoriales de Base legalmente constituida para priorizar los proyectos que se desarrollan en su territorio.
- Dirigentes de Asociaciones Comunitarias, que son actores sociales operadores sindicales político, ejercen la representación de las bases.
- Autoridades Locales de Salud, representante legítimo de la comunidad ante el sistema de salud; que tiene la responsabilidad de trabajar y planificar junto al equipo de salud e informar todo lo relacionado al servicio de salud y el seguimiento a las actividades realizadas por el servicio de salud.
- Unidades Educativas, con las que se puedan desarrollar actividades de promoción, como charlas educativas.
- Junta de Padres de Familia de las escuelas, con los que se programara actividades de promoción en las reuniones y en ferias con temática de modo de vida saludable, de esta manera serán participes en las actividades al mismo tiempo de colaborar en la organización de estos eventos.
- Autoridades Municipales, para la asignación de recursos en el POA para actividades educativas, promoción de estilos de vida saludable, vigilancia de ETA(Enfermedades transmisibles por alimentos) venta callejera y otros ,así como una mayor infraestructura para saneamiento y dotación de agua potable)

- Brigada Médica Cubana, que vive y presta servicios especializados en la localidad de Parotani, y con los que se programara la salida a comunidades con la colaboración del Médico Pediatra de esta brigada.

1.3. ANÁLISIS FODA

	INTERNO	EXTERNO
A FAVOR	<ul style="list-style-type: none"> • Personal joven, capacitado y comprometido con la política de salud SAFCI. • Atención en el Hospital las 24 horas al día Apoyo político a programa SAFCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de las políticas de salud, para la implementación progresiva del modelo SAFCI. • Incorporación de la población en actividades de educación, para la promoción de la salud
EN CONTRA	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente recurso humano, al no existir apoyo del municipio para contratación de enfermería para apoyo al médico comunitario. • Comités de salud por zonas no conformados hasta la fecha. • Deficiente infraestructura, improvisada de condiciones mínimas para su funcionamiento. • Escasa cantidad de medicamentos e insumos para la prestación de servicios. • Falta de coordinación de médicos SAFCI. • Modelo de salud en el hospital, centrado en la enfermedad. • Ausencia de programas en promoción en salud • No existe respaldo laboratorial, por falta de insumos para realizar análisis complementarios como Coproparasitologico simple 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza de la población en visitas familiares. • Desconocimiento de la población del nuevo modelo de salud SAFCI, Programa Mi Salud. • Deficiente control y cuidado de los menores de edad, por parte de los padres de familia. • Escasa cultura sanitaria. • Agua no potable y escasa. • El municipio no realiza la compra de medicamentos en el tiempo establecido, por lo que hay escases para la entrega a comunitarios. • Insuficiente socialización del Programa Mi Salud por parte de los dirigentes, que dificulta las visitas domiciliarias.

En cuanto al trabajo con la Matriz FODA, esperamos convertir las debilidades en fortalezas por medio de gestiones con los actores locales para la optimización de recursos humanos y económicos, y la solicitud a las autoridades municipales para las mejoras en la infraestructura y equipamiento, de la misma manera esperamos convertir las amenazas en oportunidades con el trabajo directo con los individuos, familia y comunidad mediante un monitoreo a toda la población, ganando la confianza y conocimiento adecuado de la población sobre las políticas de salud.

1.4. Objetivos Estratégico

- Disminuir en un 50% la incidencia de Enfermedades Diarreicas Agudas, por medio de la identificación precoz de casos mediante la atención periódica y sistemática de la población, tanto en el Centro de salud como en visitas domiciliarias
- Incorporar a un 10 % de la población en acciones de promoción de la salud, notificación y prevención de enfermedades prevalentes como EDAS en la población de riesgo
- Fortalecer la Gestión Participativa, para la toma de decisiones e incorporación en el POA, la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado y recojo de basura y fomento de la educación en salud y la vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos, de manera conjunta entre **actores sociales** e institucionales.
- Fortalecer el sistema de vigilancia de la salud, en la atención asistencial y comunitaria de pacientes, realizando el seguimiento de pacientes con diagnóstico de EDAS, mediante recogida sistemática y continua de datos para contribuir a la disminución de complicaciones de enfermedades infecciosas

1.5. Líneas De Acción

- Evaluación de la comunidad en su ámbito personal, familiar, para determinar factores de riesgo y protectores e identificación precoz de casos.

- Conformación de equipos de Promotores de salud, para realizar actividades en educación para el fomento a la promoción, prevención y vigilancia epidemiológica de todas las regiones conformantes de la localidad de Parotani.
- Conformación del 100 % comités locales de salud por medio de reuniones de concientización a los líderes comunales de la importancia de la Gestión Participativa
- Movilización de Actores Sociales e Institucionales para la formulación y reformulación del POA de manera conjunta
- Vigilancia y seguimiento de pacientes con EDA, en la población de riesgo para disminuir la mortalidad y complicaciones
- Fortalecer el sistema de vigilancia mediante la capacitación y actualización del 100% del personal del establecimiento en el uso de tecnologías de comunicación e información en salud. Visitas domiciliarias de evaluación a las familias en su ámbito personal, familiar, para determinar factores de riesgo y protectores e identificación precoz de casos.

2. MOMENTO TÁCTICO OPERACIONAL

La siguiente Matriz se desarrolla las 3 áreas de actividad del Plan Estratégico, con el desarrollo de los objetivos estratégicos, con las líneas de acción, los resultados que esperamos obtener, por medio de actividades programadas y tiempos propuestos.

2.1. Matriz: Relación de las Áreas de Actividad con los Objetivos Estratégicos, Líneas de Acción, Resultados, Indicadores y Medios de Verificación

Área de actividad	Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de verificación
Área de actividad 1 Programación local	Disminuir en un 50% la incidencia de Enfermedades Diarreicas Agudas, por medio de la identificación precoz de casos mediante la atención periódica y sistemática de la población, tanto en el Centro de salud como en visitas domiciliarias	Evaluación de la comunidad en su ámbito personal, familiar, para determinar factores de riesgo y protectores e identificación precoz de casos.	Se logra disminuir un 50 % de casos nuevos mediante la atención periódica y sistemática a la población	Número de familias carpetizadas	Registro de la sala situacional
				Número de casos nuevos identificados, después de aplicado el plan	Registro del sistema de vigilancia
				Número de visitas domiciliarias realizadas durante la ejecución del plan	Registro de pacientes en el Libro de SNIS.
				Incidencia y Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas	Registro en Historias Clínicas
Área de actividad 2 Vigilancia de la Salud	Incorporar a un 10 % de la población en acciones de promoción de la salud, notificación y prevención de enfermedades prevalentes como EDAS en la población de riesgo	Conformación de equipos de Promotores de salud, para realizar actividades en educación para el fomento a la promoción, prevención y vigilancia epidemiológica de todas las regiones conformantes de la localidad de Parotani.	Se ha logrado que un 10% de la comunidad este sensibilizada y con conocimiento sobre los signos de alerta en las principales enfermedades prevalentes	Numero de Promotores de salud capacitados y activos durante la ejecución del plan	Registro de actividades realizadas en la comunidad y en Carpetas familiares
				Numero de notificaciones recibidas por los promotores de casos de Enfermedades Diarreicas Agudas en la Localidad de Parotani	Registro en libros de Actas.
				Número de personas asistentes a las capacitaciones realizadas por los promotores	
			Se ha implementado el Programa de Escuelas y Mercados saludables, en al	Número de personas capacitadas en Escuelas y Mercados de la Localidad de Parotani	Registro de actividades realizadas en los mercados

			menos el 50% de establecimientos y mercados de la Localidad de Parotani	Numero de mercados incorporados en el programa	Registro de actividades realizadas en Escuelas
	Fortalecer la Gestión Participativa, para la toma de decisiones e incorporación en el POA, la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado y recojo de basura y fomento de la educación en salud y la vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos, de manera conjunta entre actores sociales e institucionales.	Conformación del 100 % comités locales de salud por medio de reuniones de concientización a los líderes comunales de la importancia de la Gestión Participativa	Se ha logrado mayor asignación de recursos en el POA para la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado, fomento a la educación y vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos	Cronograma de actividades durante la ejecución del plan	Registro en libro de actas Registro de participantes asistentes a las capacitaciones
		Movilización de Actores Sociales e Institucionales para la formulación y reformulación del POA de manera conjunta		Monto de recursos asignados y ejecutados	Firma de convenios y documentos de compromisos entre partes Informes de TAI y CAI
Área de actividad 3 Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local	Fortalecer el sistema de vigilancia de la salud, en la atención asistencial y comunitaria de pacientes, realizando el seguimiento de pacientes con diagnóstico de EDAS, mediante recojo sistemático y continuo de datos para contribuir a la disminución de complicaciones de enfermedades infecciosas	Vigilancia y seguimiento de pacientes con EDA, en la población de riesgo para disminuir la mortalidad y complicaciones	Se ha logrado la disminución en un 50% de casos con complicaciones por EDA, registrados antes de iniciado el plan	Coberturas de atención durante la ejecución del plan	Libro de actas- Fichas de seguimiento - carpetas familiares
		Fortalecer el sistema de vigilancia mediante la capacitación y actualización del 100% del personal del establecimiento en el uso de tecnologías de comunicación e información en salud.	El 100% del personal utiliza tecnología de información y comunicación para el registro continuo pacientes diagnosticados con EDA	Número de personas que recibieron la capacitación de registro y sistematización de datos	Registro sistemático en el sistema de vigilancia por todo el personal

**2.2.Matriz- Relación de Objetivos Estratégicos y Actividades Tiempo-
Responsable del Plan de Salud en el Nivel Local**

Resultados	Actividades	Tiempo	Responsable
Se logra disminuir un 50 % de casos nuevos mediante la atención periódica y sistemática a la población	Visitas domiciliarias, Carpetizado y seguimiento a grupo de riesgo	12 meses	Epidemiólogo. Equipo Básico de Medico de Mi Salud
	Revisión de datos levantados en ficha familiar, como dispensarización, tipificación de riesgos y necesidades		
	Coordinación con brigadas (Medico- Enfermera) de equipo básico Mi Salud para visitas domiciliarias a población de riesgo como menores de 5 años y adultos mayores con una programación multipropósito según cronograma que incluya actividades de información, educación, detección precoz, seguimiento, vigilancia de Enfermedades Diarreicas Agudas		
	Charlas educativas de alimentación complementaria adecuada desde el 6 mes	6 meses	
Se ha logrado que un 10% de la comunidad este sensibilizada y con conocimiento sobre los signos de alerta en las principales enfermedades prevalentes	Capacitación de promotores de salud	6 meses	Epidemiología, Equipo básico Mi Salud
	Capacitar a la población en el autocuidado de la salud, medidas higiénicas, alimentación saludable, en colegios, mercados y ferias de salud	3 meses	
	Capacitación a la población en visitas domiciliarias, reuniones comunales, visitas a colegios y mercados sobre métodos de		

	desinfección de agua, por medio de la cloración, adecuado almacenamiento y distribución del agua		
Se ha implementado el Programa de Escuelas y Mercados saludables, en al menos el 50% de establecimientos y mercados de la Localidad de Parotani	Fortalecer el manejo apropiado de las diarreas con el uso del Suero de Vida Oral, a través de las madres de los menores de 5 años, a las madres asistentes a capacitaciones y en los mercados de la localidad	3 meses	Equipo básico Mi Salud, Dirección del Hospital, Autoridades Municipales
	Capacitación en disposición de excretas y manejo de residuos solidos		
	Capacitación de lavado de las manos antes de la preparación e ingesta de alimentos, después de ir al baño.		
Se ha logrado mayor asignación de recursos en el POA para la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado, fomento a la educación y vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos	Realización de Talleres de Gestión Participativa	3 meses	Personal de Salud, Comité Local de Salud
	Conformación de Comités Locales de Salud estructurado		
	Capacitaciones al personal sobre la Política SAFCI y reglamentaciones vigentes	3 meses	Medico de Mi Salud y Dirección Hospital
	Socialización de las políticas de salud en reuniones comunales con actividades de promoción con la comunidad.		
Capacitaciones sobre la importancia de mejorar la calidad de vida y factores de riesgo	3 meses	Equipo básico Mi Salud, Dirección del Hospital, Autoridades Municipales	

Se ha logrado la disminución en un 50% de casos con complicaciones por EDA, registrados antes de iniciado el plan	Coordinar visita domiciliaria a pacientes con patologías prevalentes, y llenado de ficha epidemiológica de ser necesario	12 meses	Epidemiólogo, Medico de Mi Salud y Dirección Hospital
El 100% del personal utiliza tecnología de información y comunicación para el registro continuo pacientes diagnosticados con EDA	Capacitaciones al personal de salud para el uso adecuado de la tecnología	3 meses	Medico de Mi Salud y Dirección Hospital

2.3.MATRIZ - RESUMEN DEL PLAN

Área de actividad	Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de verificación	Actividades	Tiempo	Responsable
Área de actividad 1 Programación local	Disminuir en un 50% la incidencia de Enfermedades Diarreicas Agudas, por medio de la identificación precoz de casos mediante la atención periódica y sistemática de la población, tanto en el Centro de salud como en visitas domiciliarias	Evaluación de la comunidad en su ámbito personal, familiar, para determinar factores de riesgo y protectores e identificación precoz de casos.	Se logra disminuir un 50 % de casos nuevos mediante la atención periódica y sistemática a la población	Número de familias carpetizadas	Registro de la sala situacional	Visitas domiciliarias, Carpetizado y seguimiento a grupo de riesgo	12 meses	Epidemiólogo. Equipo Básico de Medico de Mi Salud
				Número de casos nuevos identificados, después de aplicado el plan	Registro del sistema de vigilancia	Revisión de datos levantados en ficha familiar, como dispensarización, tipificación de riesgos y necesidades		
				Número de visitas domiciliarias realizadas durante la ejecución del plan	Registro de pacientes en el Libro de SNIS.	Coordinación con brigadas (Medico- Enfermera) de equipo básico Mi Salud para visitas domiciliarias a población de riesgo como menores de 5 años y adultos mayores con una programación multipropósito según cronograma que incluya actividades de información, educación, detección precoz, seguimiento, vigilancia de Enfermedades Diarreicas Agudas		
				Incidencia y Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas	Registro en Historias Clínicas	Charlas educativas de alimentación complementaria adecuada desde el 6 mes	6 meses	

Área de actividad 2 Vigilancia de la Salud	Incorporar a un 10 % de la población en acciones de promoción de la salud, notificación y prevención de enfermedades prevalentes como EDAS en la población de riesgo	Conformación de equipos de Promotores de salud, para realizar actividades en educación para el fomento a la promoción, prevención y vigilancia epidemiológica de todas las regiones conformantes de la localidad de Parotani.	Numero de Promotores de salud capacitados y activos durante la ejecución del plan	Registro de actividades realizadas en la comunidad y en Carpetas familiares	Capacitación de promotores de salud	6 meses	Epidemiología, Equipo básico Mi Salud		
			Se ha logrado que un 10% de la comunidad este sensibilizada y con conocimiento sobre los signos de alerta en las principales enfermedades prevalentes	Numero de notificaciones recibidas por los promotores de casos de Enfermedades Diarreicas Agudas en la Localidad de Parotani	Registro en libros de Actas.	Capacitar a la población en el autocuidado de la salud, medidas higiénicas, alimentación saludable, en colegios, mercados y ferias de salud		3 meses	
			Número de personas asistentes a las capacitaciones realizadas por los promotores	Capacitación a la población en visitas domiciliarias, reuniones comunales, visitas a colegios y mercados sobre métodos de desinfección de agua, por medio de la cloración, adecuado almacenamiento y distribución del agua					
			Se ha implementado el Programa de Escuelas y Mercados saludables, en al menos el 50% de establecimientos y mercados de la Localidad de Parotani	Número de personas capacitadas en Escuelas y Mercados de la Localidad de Parotani	Registro de actividades realizadas en los mercados	Fortalecer el manejo apropiado de las diarreas con el uso del Suero de Vida Oral, a través de las madres de los menores de 5 años, a las madres asistentes a capacitaciones y en los mercados de la localidad		3 meses	Equipo básico Mi Salud, Dirección del Hospital, Autoridades Municipales
			Numero de mercados incorporados en el programa	Registro de actividades realizadas en	Capacitación en disposición de excretas y manejo de residuos solidos				

					Escuelas	Capacitación de lavado de las manos antes de la preparación e ingesta de alimentos, después de ir al baño.		
Fortalecer la Gestión Participativa, para la toma de decisiones e incorporación en el POA, la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado y recojo de basura y fomento de la educación en salud y la vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos, de manera conjunta entre actores sociales e institucionales.	Conformación del 100 % comités locales de salud por medio de reuniones de concientización a los líderes comunales de la Gestión Participativa	Se ha logrado mayor asignación de recursos en el POA para la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado, fomento a la educación y vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos	Cronograma de actividades durante la ejecución del plan	Registro en libro de actas	Realización de Talleres de Gestión Participativa	3 meses	Personal de Salud, Comité Local de Salud	
				Registro de participantes asistentes a las capacitaciones	Conformación de Comités Locales de Salud estructurado			
	Movilización de Actores Sociales e Institucionales para la formulación y reformulación del POA de manera conjunta			Monto de recursos asignados y ejecutados	Firma de convenios y documentos de compromisos entre partes	Capacitaciones al personal sobre la Política SAFCI y reglamentaciones vigentes Socialización de las políticas de salud en reuniones comunales con actividades de promoción con la comunidad.	3 meses	Medico de Mi Salud y Dirección Hospital
				Informes de TAI y CAI	Capacitaciones sobre la importancia de mejorar la calidad de vida y factores de riesgo	3 meses	Equipo básico Mi Salud, Dirección del Hospital, Autoridades Municipales	

Área de actividad 3 Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local	<p>Fortalecer el sistema de vigilancia de la salud, en la atención asistencial y comunitaria de pacientes, realizando el seguimiento de pacientes con diagnóstico de EDAS, mediante recojo sistemático y continuo de datos para contribuir a la disminución de complicaciones de enfermedades infecciosas</p>	<p>Vigilancia y seguimiento de pacientes con EDA, en la población de riesgo para disminuir la mortalidad y complicaciones</p>	<p>Se ha logrado la disminución en un 50% de casos con complicaciones por EDA, registrados antes de iniciado el plan</p>	<p>Coberturas de atención durante la ejecución del plan</p>	<p>Libro de actas- Fichas de seguimiento - carpetas familiares</p>	<p>Coordinar visita domiciliaria a pacientes con patologías prevalentes, y llenado de ficha epidemiológica de ser necesario</p>	<p>12 meses</p>	<p>Epidemiólogo, Medico de Mi Salud y Dirección Hospital</p>
	<p>Fortalecer el sistema de vigilancia mediante la capacitación y actualización del 100% del personal del establecimiento en el uso de tecnologías de comunicación e información en salud.</p>	<p>El 100% del personal utiliza tecnología de información y comunicación para el registro continuo de pacientes diagnosticados con EDA</p>	<p>Número de personas que recibieron la capacitación de registro y sistematización de datos</p>	<p>Registro sistemático en el sistema de vigilancia por todo el personal</p>	<p>Capacitaciones al personal de salud para el uso adecuado de la tecnología</p>	<p>3 meses</p>	<p>Medico de Mi Salud y Dirección Hospital</p>	

2.4.Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	2018												2019												2020												2021												2022											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Realización de Talleres de Gestión Participativa	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									
Conformación de Comités Locales de Salud estructurado	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									
Capacitaciones al personal sobre la Política SAFCI y reglamentaciones vigentes	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									
Socialización de las políticas de salud en reuniones comunales con actividades de promoción con la comunidad.	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									
Visitas domiciliarias, Carpetizado y seguimiento a grupo de riesgo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Revisión de datos levantados en ficha familiar, como dispensarización, tipificación de riesgos y necesidades	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Coordinación con brigadas (Medico-Enfermera) de equipo básico Mi Salud para visitas domiciliarias a población de riesgo como menores de 5 años y adultos mayores con una programación multipropósito según cronograma que incluya actividades de información, educación, detección precoz, seguimiento, vigilancia de Enfermedades Diarreicas Agudas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Coordinar visita domiciliaria a pacientes con patologías prevalentes, y llenado de ficha epidemiológica de ser necesario	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Capacitaciones al personal de salud para el uso adecuado de la tecnología	x					x						x					x						x					x						x					x						x					x										
Capacitación de promotores de salud	x					x						x					x						x					x						x					x						x					x										
Charlas educativas de alimentación complementaria adecuada desde el 6to mes	x					x						x					x						x					x						x					x						x					x										
Capacitar a la población en el autocuidado de la salud, medidas higiénicas, alimentación saludable, en colegios, mercados y ferias de salud	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									
Fortalecer el manejo apropiado de las diarreas con el uso del Suero de Vida Oral, a través de las madres de los menores de 5 años, a las madres asistentes a capacitaciones y en los mercados de la localidad	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									
Capacitación en disposición de excretas y manejo de residuos sólidos	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									
Capacitación de lavado de las manos antes de la preparación e ingesta de alimentos, después de ir al baño.	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									
Capacitaciones sobre la importancia de mejorar la calidad de vida y factores de riesgo	x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x					x			x			x									

NOTA: Sujeto a modificación según reprogramación por coordinación con Autoridades Locales

En el cronograma se contabiliza los meses a partir de enero del 2018 hasta enero del 2022, el cronograma se repite cada año y se está sujeto a modificaciones según reprogramación de reuniones u otras actividades, será aplicado durante los 4 años del proyecto, en coordinación con el personal del establecimiento, Autoridades Locales y la comunidad.

3. PROGRAMAS QUE CONFORMAN EL PLAN ESTRATÉGICO

3.1.PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN GENERAL DEL ÁREA SELECCIONADA

Área de actividad: Localidad de Parotani

Problema Central: Incremento de Enfermedades Diarreicas Agudas de origen infeccioso en la localidad de Parotani.

Problema prioritario: Enfermedades Diarreicas Agudas

Actividades:

- Control Integral a Niño Sano y Enfermo a menores de 5 años en visita familiar y consulta.
- Realización de Coproparasitologico simple en los casos de EDA, según protocolo de atención
- Ferias de salud en escuelas, con Juegos didácticos que muestren el correcto lavado de manos
- Programación de Ferias de salud, con disertación de alumnos de la escuela con exposiciones de factores de riesgo y signos de alarma de EDA, en Aniversario de la localidad y Actividad escolar

- Charlas educativas sobre factores de riesgo además de promoción de salud y prevención de enfermedades en reuniones mensuales de la comunidad.
- Charlas educativas sobre factores de riesgo, promoción de aspectos de autocuidado de la salud y prevención de enfermedades y discapacidad en el adulto mayor, con la conformación de clubs de la tercera edad

3.1.1. Responsable técnico del programa

Los responsables técnicos del programa será: Medico General (Programa Mi Salud), enfermera parte del equipo, y un miembro del comité local de salud.

3.1.2. Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico

Tras la realización de este programa, se lograra la atención integral a las personas, la familia y la comunidad en general mejorando la atención medica en las visitas domiciliarias, conociendo a cada familia de la localidad de Parotani, contando con la dispensarizacion y tipificación de los factores de riesgo que Inciden en las principales enfermedades prevalentes como EDA, además la población está involucrada en el conocimiento de los factores de riesgo y factores protectores que actúan en sus familias, y las actividades serán encaminadas a cada grupo etareo.

3.1.3. Objetivos

- Reducir la morbilidad producida por Enfermedades Diarreicas Agudas.
- Asegurar la detección precoz de casos nuevos, en los controles médicos sistemáticos según los grupos etareos en consulta y domicilio.
- Realizar la capacitación de la población sobre los factores de riesgo y factores protectores de enfermedades como EDA, sobre el que se puede actuar en la población.

- Capacitar a los comités de salud, y dirigentes comunales, en promoción de salud para que ellos sean los principales promotores de salud en sus comunidades.
- Realización de Coproparasitologico simple en los casos de EDA, según protocolo de atención

3.1.4. Límites de espacio y tiempo

Se realizara el proyecto en todas las comunidades pertenecientes al Hospital de Parotani, en el periodo de 4 años a partir del 2018 al 2022

3.1.5. Población beneficiaria por grupos etarios

El plan realizado se desarrolla en el Municipio de Sipe Sipe, en la localidad de Parotani, en el periodo del 2018 al 2022.

Población beneficiaria estimada por grupos de edades quinquenales. Municipio de Sipe Sipe. Localidad de Parotani. 2017

Grupos etarios	Masculino	Femenino	Total
0 a 4 a	216	230	446
5 a 9 a	182	205	387
10 a 20 a	637	726	1363
21 a 59 a	911	804	1715
60 a mas	168	112	280
TOTAL	2115	2081	4191

Fuente: Carpetas Familiares De Parotani

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

Población por grupos etarios**	Actividad	Cobertura	Concentración	Recursos humanos	Insumos/ Equipamiento
				Hora/ médico ***	
0 a 4	Charla educativa a madres de menores de 5 años, sobre correcto lavado de manos antes de la alimentación del niño	446 90 %	12 veces por año.	4 niños hora médico.	Material didáctico y audiovisual
	Charla educativa a madres de menores de 5 años, sobre cloración de agua para el consumo habitual				
	Control Integral a Niño Sano y Enfermo a menores de 5 años en visita familiar y consulta.				
	Realización de Coproparasitologico simple en los casos de EDA, según protocolo de atención				
5 a 9	Ferias de salud en escuelas, con Juegos didácticos que muestren el correcto lavado de manos	387 80%	cada 3 meses	40 niños-aula/ hora médico	Material didáctico y audiovisual.
	Realización de Coproparasitologico simple en los casos de EDA, según protocolo de atención		12 veces por año.	asistentes al Hosp con muestra/ hora medico	Frascos de toma de muestra e insumos de laboratorio
10 a 20	Programación de Ferias de salud, con disertación de alumnos de la escuela con exposiciones de factores de riesgo y signos de alarma de EDA, en Aniversario de la localidad y Actividad escolar	1363 80%	2 veces al año	41 estudiantes-aula/ hora médico	Material didáctico y audiovisual

	Realización de Coproparasitologico simple en los casos de EDA, según protocolo de atención		12 veces por año.	asistentes al Hosp con muestra/ hora medico	Frascos de toma de muestra e insumos de laboratorio
21 a 59	Charlas educativas sobre factores de riesgo además de promoción de salud y prevención de enfermedades en reuniones mensuales de la comunidad.	1715 70%	12 veces por año.	100 personas/ hora medico	Material didáctico y audiovisual
	Charlas educativas a madres de la comunidad sobre , correcto lavado de manos, cloración de agua para el consumo y signos de alarma en las EDA			Población asistente/hora medico	
	Realización de Coproparasitologico simple en los casos de EDA, según protocolo de atención			asistentes al Hosp con muestra/ hora medico	Frascos de toma de muestra e insumos de laboratorio
60 y +	Charlas educativas sobre factores de riesgo, promoción de aspectos de autocuidado de la salud y prevención de enfermedades y discapacidad en el adulto mayor, con la conformación de clubs de la tercera edad	280 60%	12 veces por año.	20 personas/medico hora	Material didáctico. entrega de suplementos como CARMELO
	Capacitación de lavado de las manos antes de la preparación e ingesta de alimentos, después de ir al baño.			asistentes al Hosp con muestra/ hora medico	Frascos de toma de muestra e insumos de laboratorio

3.1.7. Evaluación

El monitoreo se realizara por medio de las coberturas en los informes semanales y mensuales, comparando los indicadores con análisis de periodos anteriores al programa, el análisis evaluativo se realizara cada 6 meses con el personal del equipo Mi Salud y Responsable del Hospital Parotani.

La evaluación se basara principalmente en los indicadores obtenidos y comparados periódicamente. Posteriormente estos resultados serán plasmados en un informe anual que serán expuestos a los Lideres y Organizaciones representantes de la comunidad, para valoración de cambio de cronograma de ser necesario

3.1.8. Financiamiento

El financiamiento debe ser gestionado con fondos del Ministerio de Salud y fondos del Gobierno Municipal, que será propuesto en criterios del POA, que será invertido principalmente para infraestructura y contratación de recursos humanos, además se hará la presentación del proyecto para generar recursos con AMDECO, quienes se encargaran también de la gestión de recursos con la parte privada como ONG.

3.2.PROGRAMA: VIGILANCIA EN SALUD

3.2.1. Responsable técnico del programa

Los responsables técnicos del programa será: Epidemiólogo, Medico General (Programa Mi Salud), enfermera parte del equipo, y un miembro del comité local de salud.

3.2.2. Resultado global esperado de acuerdo al Plan Estratégico

El resultado global estratégico, es el Incremento de las coberturas de atención en comunidades de enfermedades prevalentes, controles de pacientes sanos, la disminución de la morbilidad de enfermedades prevalentes como EDA además de la identificación precoz de casos nuevos en la comunidad, de factores de riesgo y signos

de alarma en el individuo la familia y la comunidad, promoviendo acciones sobre las determinantes de salud.

La población se involucrara activamente en las medidas de promoción y prevención y sobre todo a los dirigentes comunales en la toma de decisión en salud, además, dé su participación en la formulación del POA, para la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado y recojo de basura y fomento de la educación en salud y la vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos, de manera conjunta entre actores sociales e institucionales y la capacitación de la población para mejorar los determinantes y la calidad de vida de toda la población.

3.2.3. Población beneficiaria por grupos etareos

Población beneficiaria estimada por grupos de edades quinquenales. Municipio de Sipe Sipe. Localidad de Parotani. 2017

Grupos etarios	Masculino	Femenino	Total
0 a 4 a	216	230	446
5 a 9 a	182	205	387
10 a 20 a	637	726	1363
21 a 59 a	911	804	1715
60 a mas	168	112	280
TOTAL	2115	2081	4191

Fuente: Carpetas Familiares De Parotani

3.2.4. Objetivos

- Mejorar la vigilancia de la salud a través de un seguimiento periódico de enfermedades prevalentes como EDA, en la población susceptible por medio de controles rutinarios y visitas domiciliarias.
- Pesquisa activa y pasiva de los factores de riesgo en comunidad y servicio de salud

- Desarrollar acciones orientadas a la valoración del estado de salud de la población y factores de riesgo, incrementando la formación de Autoridades Locales de Salud.
- Lograr la gestión participativa para la incorporación en el POA, para la intervención de las autoridades municipales, sobre los determinantes de salud que pueden ser modificados por presupuestos municipales, como dotación de agua potable, recojo de basura, alcantarillado y vigilancia en la calidad de alimentos puestos para la venta y consumo de la población.

3.2.5. Límites de espacio y tiempo

Se realizara el proyecto en todas las comunidades pertenecientes al Hospital de Parotani, en el periodo de 4 años a partir del 2018 al 2022

3.2.6. Descripción del programa

La realización del programa dirigido a la vigilancia en salud, es el desarrollo de actividades dirigidas a la valoración del estado de salud de la población y sus factores de riesgo, interviniendo de manera integral, para la disminución de la morbi- mortalidad en los casos de EDA, con un registró en las carpetas familiares y seguimiento a las familias con uno o más casos en su núcleo familiar, y con capacitaciones permanentes a los actores locales para coadyuvar a que ellos sean los líderes en la promoción de la salud.

La vigilancia en Salud, será basado en los controles rutinarios en el centro de salud y visitas domiciliarias, con una pesquisa activa y pasiva de los principales problemas de salud y sus factores de riesgo, en los diferentes grupos etareos, como en el caso de elevado número de EDA, será también en base a la explicación de la historia natural de cada una, de cómo se produce, etiología, cuadro clínico como diarreas liquidas, continuas y su posterior evacuación, donde el circulo evolutivo de la eliminación en heces fecales con parásitos lleva un ciclo de mano- boca, que se complica con cuadros de deshidratación, desnutrición, o incluso la muerte. Por esto se busca la incorporación

de promotores de salud en la población, que sean capacitados en la identificación de los factores de riesgo, síntomas y signos de alarma en las principales enfermedades.

La conformación de comités locales de salud, serán una pieza fundamental en la vigilancia de salud, quienes serán los principales actores en notificar al personal de salud, cualquier evento en el área de influencia los mismos que ayudaran a conseguir un mayor presupuesto en el POA, para la dotación de agua domiciliaria, servicio de alcantarillado, fomento a la educación y vigilancia en la calidad de agua y venta callejera de alimentos.

3.2.7. Evaluación

El monitoreo se realizara de forma mensual, con la observación de indicadores históricos registrados en los cuadernos físicos de SNIS y sistemas informáticos SOAP, SALMI.

Los logros del programa se demostraran en base a los objetivos estratégicos cumplidos y resultados obtenidos, los mismos que serán cuantificados de manera semestral, comparando los indicadores del sistema de vigilancia desde el inicio de la intervención, al final de cada años se consolidara la información y comparara los datos obtenidos con periodos anteriores, dichos resultados serán discutidos con los comités locales y representantes municipales y ministeriales como ente rector.

3.2.8. Financiamiento

El financiamiento del programa será por medio del Ministerio de Salud , por medio de responsabilidades legal , al igual que el Municipio de Sipe Sipe, que por normativa de la Ley de Municipalidades y bajo firma de convenio con el Programa Mi Salud, son los responsables directos de financiar tanto con recurso humano, material y económico.

Al mismo tiempo se realizara convenio con entidades privadas, como ONG, o empresas privadas que existen en la zona, como YPFB, quienes siempre aportan al beneficio de la población.

3.2.9. Matriz de operacionalización e instrumentación de resultados y actividades

Resultados	Actividades	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Se ha disminuido la morbilidad por enfermedades prevalentes en la comunidad.	Seguimiento continuo en visita domiciliaria a pacientes con patologías prevalentes	Incidencia de enfermedades prevalentes en la comunidad.	-Carpetas familiares - Historias Clínicas.	-Familias presentes en su domicilio a la hora de las visitas.
			-Libros de SNIS,	-Pacientes colaborativos en el cumplimiento de las orientaciones por parte del medico
Se hace pesquisa y Vigilancia activa de casos de enfermedades prevalentes por parte de los promotores y comunidad	Capacitación a los actores sociales y promotores, sobre enfermedades prevalentes y los signos de alarma	Registro de personas capacitadas	Libro de actas, Carpets familiares, Fichas epidemiológicas	Actores sociales y promotores comprometidos
	Llenado de ficha epidemiologia	Total de reuniones realizadas	Ficha epidemiológica	

3.3.PROGRAMA OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE NIVEL PRIMARIO PARA LA PROGRAMACIÓN LOCAL Y LA VIGILANCIA DE LA SALUD

3.3.1. Breve descripción de los aspectos críticos de los servicios

Los problemas encontrados en la prestación de servicios del Hospital Parotani, son:

- Falta de equipamiento del servicio además de ser una edificación con dos años de entrega al municipio, tras lo cual el deterioro ha sido rápidamente notorio, al grado de cerrarse varios ambientes por no considerarse seguros, a esto se suma la escasa cantidad de insumos para la prestación de servicios. Y lamentablemente cuenta con un laboratorio, el cual no tiene funcionamiento por no contar con los insumos necesarios.
- Insuficiente recurso humano, al no existir apoyo del municipio para contratación de enfermería para apoyo al médico comunitario.
- Escasa participación de la comunidad en toma de decisiones por conflicto de intereses donde los dirigentes toman la voz del resto de la comunidad sin ser elegidos, y los comités de salud por zonas no conformados hasta la fecha.
- Desconfianza de la población en visitas familiares, lo que repercute en el desconocimiento de las personas del nuevo modelo de salud SAFCI.

3.3.2. Recomendaciones

- Fortalecer el primer nivel con atenciones comunitarias donde el personal del hospital para que la atención hospitalaria se convierta en la atención complementaria de salud, ayudando así a mejorar las coberturas
- Promover la relación entre la comunidad y los servicios de salud, por medio de una atención más cálida por parte del personal para reducir de esta manera una barrera de acceso.
- Sostener reuniones periódicas con las autoridades municipales y locales para conseguir el apoyo necesario para mejorar los abastecimientos de recursos a la población en cuanto al abastecimiento de Servicios Básicos, y la contratación de recursos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Preguntas más frecuentes. 2015. Acceso 20 de febrero de 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Declaración de Alma-Ata. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Buenos Aires- República Argentina (Acceso 30 de Octubre de 2019). Disponible en:
<http://www.salud.gob.ar/medicamentos/index.php/noticias/863-declaracion-de-alma-ata-base-de-la-atencion-primaria-de-la-salud>
3. Álvaro Franco-Giraldo. Atención primaria en salud (A.P.S.): ¿de regreso al pasado?, 2012;(Acceso 1 de marzo 2019). Disponible en:
<http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/congresosp6/memorias6/Sabado%2013/Manana/Panel%20de%20discusion/PONENCIA%20DR.%20ALVARO%20FRANCO.pdf>
4. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (Acceso 20 de Octubre de 2019). Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>
5. Política Nacional de Salud. Serie de documentos de Políticas. Bolivia 2004. Fernando Antezana Aranibar. Acceso 22 de Marzo 2019. Pág. 4. Disponible en:
https://www.healthresearchweb.org/files/Politica_Nacional_de_Salud_2004.pdf
6. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok, Tailandia; Agosto de 2005. (Acceso 23 de febrero de 2019)en Disponible en:
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
7. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Chile, 2005, Naciones Unidas. (Acceso 10 de abril de 2019). Disponible en:
file:///C:/Users/Aspire/Downloads/ODM_AL.pdf
8. El P.N.U.D. en Bolivia. El retrato de Bolivia en el Informe mundial sobre Desarrollo Humano; 2013 (actualizado 9 de Septiembre del 2014. Acceso 10 de Enero de 2019). Disponible en:

<http://www.bo.undp.org/content/bolivia/es/home/presscenter/articles/2014/09/1/1/el-retrato-de-bolivia-en-el-informe-mundial-sobre-desarrollo-humano.html>

9. Naciones Unidas Bolivia. Bolivia sólo cumplió 3 de 23 metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Paz, Bolivia 2019. (Acceso 22 de diciembre de 2019). Disponible en: <http://www.nu.org.bo/noticias/naciones-unidas-en-linea/bolivia-solo-cumplio-3-de-23-metas-de-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
10. OMS. Contribución de la atención primaria de salud a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Buenos Aires; 2013. (Acceso 3 de febrero 2019) Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070816_argentina/es/
11. G.E. Alan Dever. Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS/OMS; 1991.
12. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa. 21 de noviembre de 1986. (Acceso 20 de marzo de 2019). Disponible en : <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
13. Determinantes sociales de la salud Conferencia de Joan Benach. Publicado el 12 agosto; 2013 Video de Socio antropología. (acceso 23 de enero de 2019) Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=GkiqEXDCE1E>
14. ¿A dónde va la Salud Pública? Una sociedad justa, vidas sanas. Videoconferencia de Michael Marmot. Publicado el 17 de mayo; 2012. (Acceso 24 de marzo de 2019). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wxWARhYxMVU>
15. Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud, Resumen Analítico del Informe Final, 2008 (Acceso 12 de abril de 2019). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf;jsessionid=1F70B48CC4EEEFCA42D41808452DF63B?sequence=1
16. Ferrán Martínez Navarro. (De La Información A La Acción: La Vigilancia De La Salud Pública).Madrid. Revista Española de Salud Pública. 2000. (Acceso el 12 de enero 2019). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272000000600006&script=sci_arttext

17. Dr. Narciso Kestelman. Herramienta para la Planificación y Programación Local. Buenos Aires, Argentina (Acceso 19 de enero 2019). Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001029cnt-modulo_4_herramientas-planificacion-programacion-local.pdf
18. Mae Ramírez. Niños de Bolivia. Descubriendo los derechos infantiles en Bolivia. (Humanium. Juntos por los Derechos del Niño). 20 de Abril del 2015. (Acceso 20 de febrero de 2019). Disponible en: <http://www.humanium.org/es/bolivia/>
19. Bolivia, 2008, Nueva Constitución Política del Estado. (Acceso el 20 de marzo de 2015). Disponible en http://www.justicia.gob.bo/index.php/normas/doc_download/35-nueva-constitucion-politica-del-estado
20. Bolivia, 1978. Código De Salud. (Acceso 18 de marzo de 2019). Disponible en: <http://www.lexivox.org/norms/BO-COD-DL15629.xhtml>.
21. Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020 “Hacia la Salud Universal”. Unidad de planificación 2009. (Acceso el 23 de marzo de 2019). Disponible en: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/bolivia_plurinational_state_of/bolivia_plan_sectorial_de_desarrollo_2010-2020_final_con_rm.pdf
22. Ley 1551 De Participación Popular, (Acceso 13 de febrero de 2019) Disponible en: <http://www.del.org.bo/info/archivos/ley%201551.pdf>
23. Ley 2028 De Municipalidades, (acceso 13 de marzo de 2019). Disponible en: <http://www.planificacion.gob.bo/sites/folders/marco-legal/Ley%20N%C2%B0%202028%20DE%20MUNICIPALIDADES.pdf>
24. Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías. (acceso 20 de marzo). Disponible en: <http://www.planificacion.gob.bo/uploads/marco-legal/Ley%20N%C2%B0%20031%20DE%20AUTONOMIAS%20Y%20DES-CENTRALIZACION.pdf>
25. Sídney Edson Morales Medina. El Sistema De Salud Boliviano. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano.pdf>

26. Ley 1152. Ley modificatoria a la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del estado Plurinacional de Bolivia. (Acceso 18 de marzo de 2019). Disponible en:
<http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/ley-no-1152-del-20-de-febrero-de-2019/>
27. Manual del vacunador, PAI familiar y comunitario 2008. Acceso 25 de agosto 2015. Disponible en:
<http://enfermeria.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp79/tcd/nacional/npai11.pdf>
28. Instituto Nacional de Estadística. 2012. [Visto el 28 marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/>
29. Plan de Desarrollo Municipal de Sipe Sipe. 2015 [visto el 18 Diciembre 2015]. Disponible en: http://es.slideshare.net/doctora_edilicia/030902-sipe-sipe
30. Estadísticas e Indicadores Sociodemográficos, productivos y Financieros por Municipio. Bolivia. 2005. [Visto el 23 de abril del 2019]. Disponible en <http://www.ine.gob.bo/PDF/DIFD/IndicadoresSociodemograficosProductivosFinancierosCochabamba.pdf>.
31. Dossier de Estadísticas Sociales y Económicas. 2005. [Visto el 23 de abril del 2019]. Disponible en:
http://www.udape.gob.bo/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=38.
32. Indicadores Estadísticos Departamentales. 2005. [Visto el 5 de mayo del 2019]. Disponible en: <http://bolivia.unfpa.org/indicadores-departamentales>
33. Determinantes de salud. [Visto el 25 de Noviembre del 2015]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/index.html>
34. Determinantes sociales de la salud Conferencia de Joan Benach. Publicado el 12 agosto; 2013 Video de Socio antropología. [10 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=GkiqEXDCE1E>
35. Determinantes de salud. [Visto el 15 de mayo de 2019]. Disponible:
http://www.who.int/social_determinants/es/
36. Atlas Municipal. Instituto Nacional de Estadística. [Visto el 18 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/pdf/atlasmunicipal/030902.pdf>

37. Ministerio de Salud y Deportes INFORMACIÓN DEL SNIS. [Visto en 13 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://snis.minsalud.gob.bo/snis/>
38. LIBROS DEL SNIS PERIODOS 2012, 2013, 2014, 2015. Hospital y Centro de Salud Parotani. Visto en octubre del 2015 Ministerio de Salud y Deportes
39. Informes semanales y mensuales 2012, 2013, 2014, 2015. Hospital y Centro de Salud Parotani. Visto en octubre del 2015 Ministerio de Salud y Deportes
40. Estadísticas e Indicadores Sociodemográficos, productivos y Financieros por Municipio. Bolivia. 2005. [Visto el 23 de enero del 2016]. Disponible en <http://www.ine.gob.bo/PDF/DIFD/IndicadoresSociodemograficosProductivosFinancierosCochabamba.pdf>.
41. Alberto de la Gálvez Murillo. Hoja informativa Cochabamba. Por una maternidad y nacimientos seguros en Cochabamba. [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/tatty/Desktop/epidemiologia/recuperatorio/tesis/Hoja-Informativa-Cochabamba.pdf>
42. Alberto de la Gálvez Murillo. Mortalidad Materna. Un análisis en profundidad y sus dimensiones para la política pública. Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal [Internet]. 1ra Edición. CIDES-UMSA-2017. [Visto el 25 de enero del 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/CIDES_UMSA_OMMN_-_Mortalidad_materna_analisis_en_profundidad_y_dimensiones_politica_publica.pdf.
43. Comité Editorial. Red de Gestión Social (REDNAGES) UNICEF. Boletín Informativo del Sistema de Protección, anuario estadístico de registro de casos y/o denuncias en defensorías de la niñez y adolescencia gestión 2011. Noviembre 2012. [Visto el 20 de Febrero del 2019]; No.1:11-12. Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/Boletin_REDNAGES_No_1.pdf
44. Dr. Carlos Castillo Salgado. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno infantil. 2da Edición. 1999. OPS.
45. MSc. Guillermo A. Ronda Pupo. Estrategia Planificación y Control. (Revista de Internet), 14 marzo, 2012. Disponible en: http://vmleon.tripod.com/Planestrategica/ESTRATEGIA_concp.pdf

ANEXOS

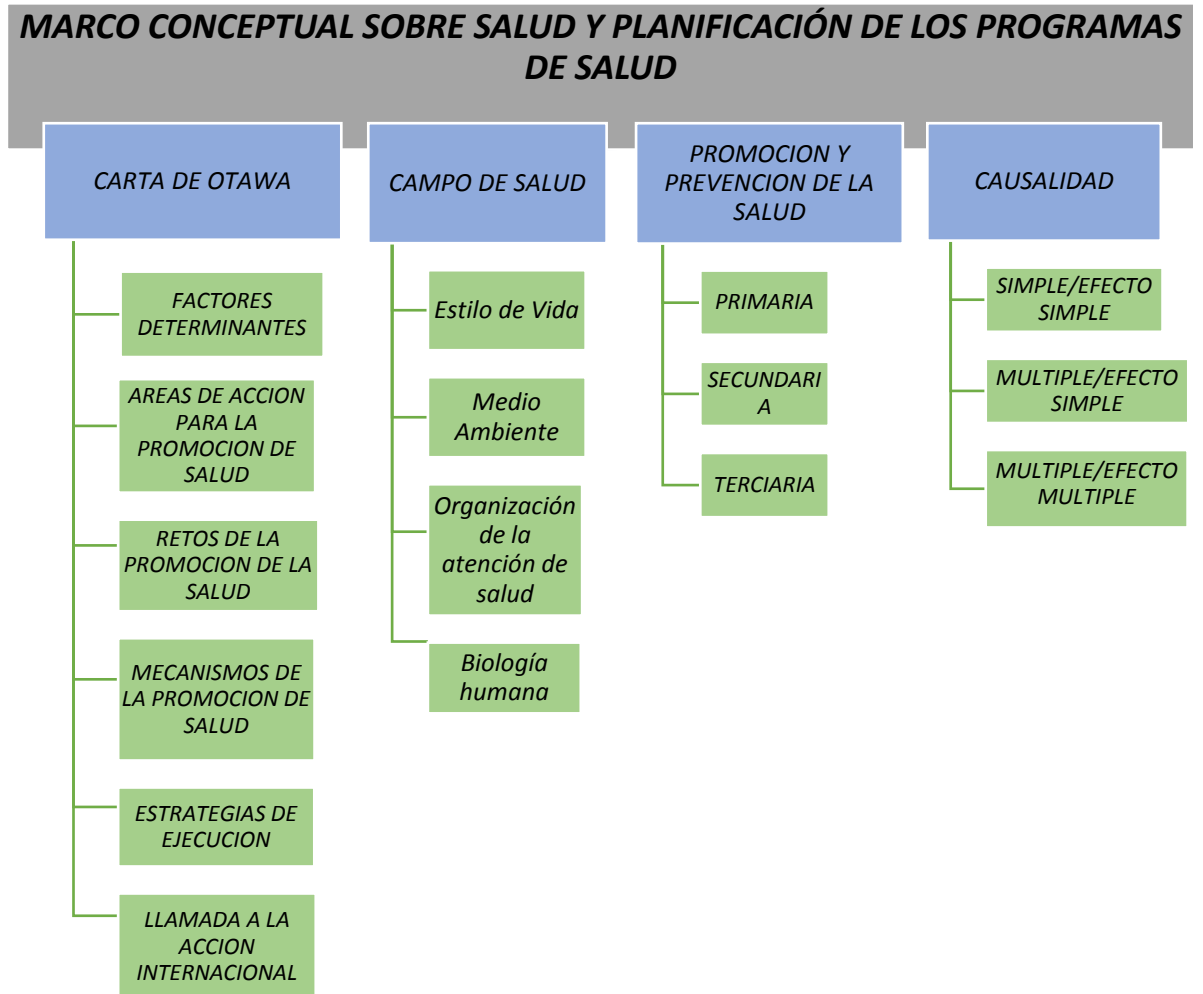
Anexo N° 1. Mapa Conceptual De Objetivos De Desarrollo Del Milenio.



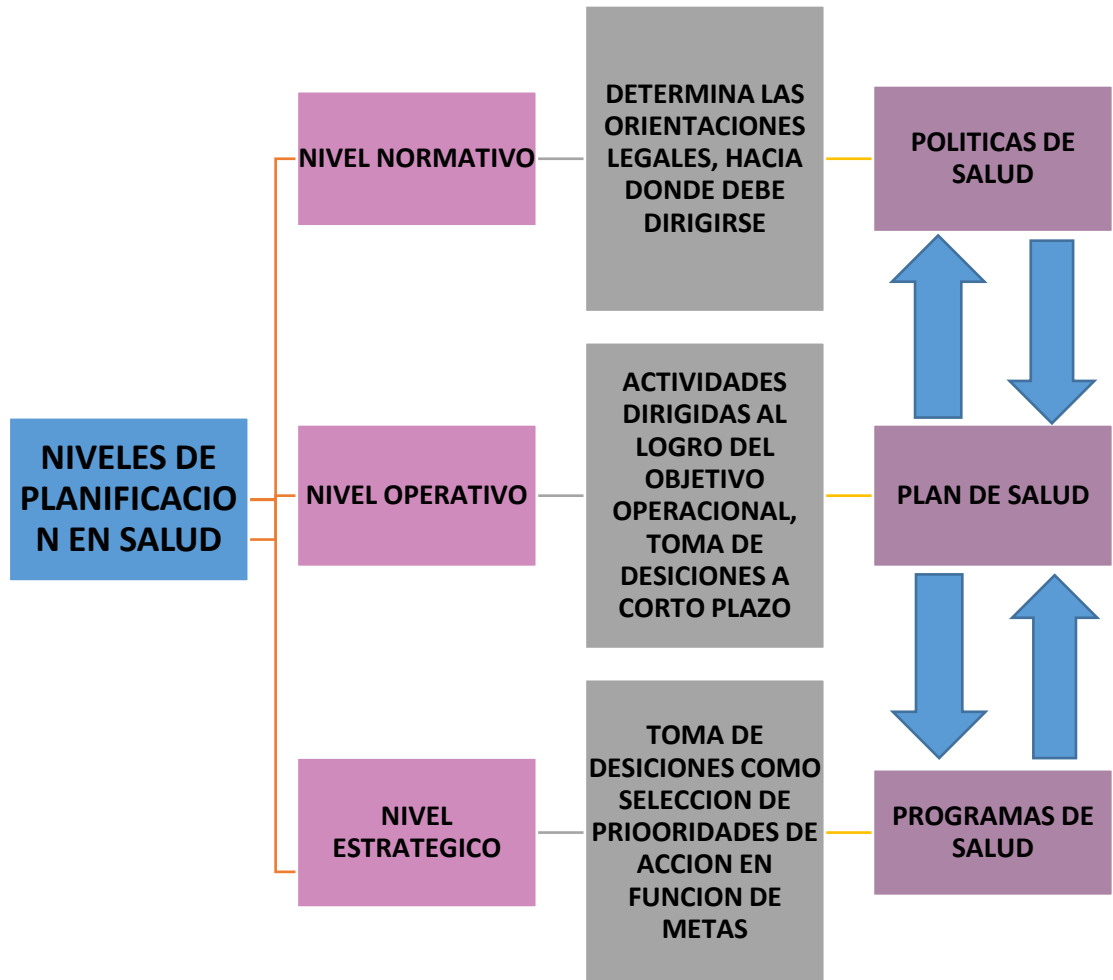
Anexo N° 2. Mapa Conceptual Carta de Ottawa.



Anexo N°3. Mapa Conceptual. Planificación de los Programas de Salud



Anexo No. 4. Mapa Conceptual. Niveles de Planificación



Anexo N°5. Mapa Conceptual de la Nueva Constitución Política del Estado. Artículos Referidos a Salud



Anexo N° 6. Matriz de Disposiciones Legales

LEYES	Artículos de relevantes vinculados a la protección y promoción de la salud de la salud	Art. relevantes vinculados a la gestión departamental y municipal de los servicios de salud	Artículos relevantes vinculados a la programación local
NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA	Artículo 9 Son fines y funciones esenciales del Estado, acceso a la educación, salud trabajo, promover el aprovechamiento de los recursos y conservar el medio ambiente.	Artículo 16: El Estado garantiza la seguridad alimentaria y agua	Artículo 40: Participación de la población en toma de decisiones y Gestión del sistema
	Artículo 15 Derecho a la vida, integridad física, psicológica y sexual sin violencia.		
	Artículo 18: Derecho a la salud como derecho fundamental para todos. S.U.S.		
	Artículo 30: III. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales		
	Artículo 35: Acceso gratuito de la población a servicios de salud	Artículo 17: Derecho a recibir educación	
	Sistema Único de Salud incluyente de las medicinas tradicionales		
	Artículo 36: Acceso al Seguro Universal de Salud y ejercicio de los servicios		
	Artículo 37: El Estado tiene la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud, priorizara prevención y promoción	Artículo 19: Derecho a un hábitat y vivienda digna.	

	<p>Artículo 38:</p> <p>I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.</p> <p>II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida</p> <p>Artículo 39: Vigilará la atención de calidad pública y privada a través de auditorías médicas sostenibles</p> <p>Artículo 41: Acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos.</p> <p>Artículo 42: Promoción y práctica de la Medicina Tradicional</p> <p>Artículo 43: La ley regulará todas las donaciones</p> <p>Artículo 44: Toda paciente tiene derecho a consentir su atención, cirugía o trasplante</p> <p>Artículo 45: Derecho a la seguridad social</p>	<p>Artículo 20: Derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.</p> <p>Artículo 303: La competencias de los municipios autónomos: Planificación, administración y ejecución de la infraestructura y equipo.</p>	
CODIGO DE SALUD	<p>Artículo 1°.- finalidad: regulación jurídica de las acciones para obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de todos.</p> <p>Artículo 2°.- el Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.</p> <p>Artículo 4°.- derecho a la salud de todo ser humano que es garantizado por el Estado.</p> <p>Artículo 5°.- El derecho a la</p>		<p>Artículo 3°.- denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas</p>

	<p>salud del habitante boliviano consiste en:</p> <p>a. Gozar de las prestaciones.</p> <p>b. A ser informado por la Autoridad de Salud</p> <p>c. A no ser sometido de manera innecesaria</p> <p>d. A no ser sometido sin el previo consentimiento de la persona,</p>		
<p>LEY N° 1551. DE PARTICIPACIÓN POPULAR</p>	<p>Artículo 8: Derechos de las Organizaciones Territoriales de Base.-</p>	<p>Artículo 13: Transferencia de Infraestructura Física</p>	
<p>LEY 2028. DE MUNICIPALIDADES</p>		<p>Artículo 8: El Gobierno Municipal planifica y promueve el desarrollo humano; supervisa el desempeño del personal de salud; construye, equipa y mantiene la infraestructura del sector salud; administra el equipamiento y mantenimiento de los recursos materiales y de medicamentos</p>	
<p>LEY N° 031 LEY MARCO DE AUTONOMIAS</p>		<p>Artículo 81. (Salud).</p> <p>1. Gobiernos Municipales Autónomos:</p> <p>a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.</p>	

		<p>b) Implementar el SUS en su jurisdicción</p>	
		<p>c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud</p>	
		<p>d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud</p>	
		<p>e) Hacer énfasis en la promoción y la prevención</p>	
		<p>f) Dotar la infraestructura sanitaria</p>	
		<p>g) Dotar de servicios básicos y suministros, así como supervisar y controlar su uso.</p>	
		<p>h) Ejecutar los programas nacionales de protección social</p>	
		<p>i) Proporcionar información al SIS</p>	
		<p>j) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario</p>	
		<p>2. Gobiernos indígena originario campesinos autónomos:</p>	
		<p>a) Formular y aprobar planes locales de salud</p>	
		<p>b) Promover la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.</p>	

LEY 1152 LEY MODIFICATORIA A LA LEY 475. PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA	Artículo 1. (Objeto). Ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo		
	Artículo 2.(Principios)		
	2. Equidad. Es el esfuerzo colectivo, social e institucional, para eliminar las desigualdades injustas y evitables en salud, según la diversidad de capacidades y necesidades.		7. Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre los sectores del Estado y con la población organizada, con el fin de actuar sobre las determinantes económicas y sociales que afecten o inciden en la salud, con base en alianzas estratégicas y programáticas.
	3. Gratuidad.		5. Interculturalidad.
	4. Integralidad. Es la atención de la salud como un conjunto articulado y continuo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.		8. Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten
	6. Interculturalidad.		10. Progresividad. Es la implementación gradual y progresiva.
	11. Solidaridad.		
	12. Universalidad.		
	13. Acceso Universal a Medicamentos y Tecnologías en Salud.		
	Artículo 3. Definiciones		

	<p>2. Equipo Móvil de Salud. Es un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos de salud que realiza atención en lugares alejados o en aquellos que no son cubiertos por el personal de los establecimientos de salud.</p>	<p>1. Cuarto Nivel de Atención en Salud. Es la red de institutos de salud encargados de ofrecer la más alta tecnología disponible para resolver los problemas de salud que los niveles inferiores le refieren y generar nuevo conocimiento que alimente el desarrollo del sistema de atención sanitaria en su conjunto</p>	<p>3. Fragmentación en Salud. Significa que los diferentes elementos del sistema de salud no se articulan ni coordinan entre sí, provocando superposiciones, vacíos e ineficiencia</p>
	<p>5. Longitudinalita. Es la relación interpersonal de largo aliento que el médico o el equipo de salud establece con la persona, su familia y su comunidad, coordinando y resolviendo la atención de todos los problemas de salud a lo largo del ciclo de vida, promoviendo una vida sana y económicamente productiva.</p>		<p>11. Productos en Salud. Es el conjunto de (Prestaciones de Salud) que hacen parte de la atención sanitaria y que se relacionan entre sí alrededor del diagnóstico principal que caracteriza a cada caso. Se constituyen en instrumentos para la planificación, control y financiamiento de la atención en salud.</p>
	<p>7. Primer Nivel de Atención en Salud. Es el conjunto de establecimientos de salud cuya principal función es servir de punto de contacto inicial, permanente y privilegiado de personas, familias y comunidades con el sistema de salud y brindar el acceso más cercano posible a la atención sanitaria. Realiza, sobre todo, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero también ofrece servicios de atención</p>		

	<p>médica general, enfermería y, de acuerdo al tipo de establecimiento, consulta especializada ambulatoria, odontología, internación y exámenes complementarios de baja complejidad, suficientes para resolver la mayoría de los problemas de salud más frecuentes.</p>		
	<p>Artículo 6. (Atención en salud). La atención en salud universal y gratuita, se prestará con base en Productos en Salud de manera progresiva, en el marco de la Política SAFCI y protección financiera de salud, de acuerdo a Reglamento específico del Ministerio de Salud.”</p>		
		<p>Artículo 10. (Fondos de los gobiernos autónomos municipales e indígenas originarios campesinos).</p>	<p>Artículo 18. (Sistema único de información en salud).</p>
		<p>I. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, financiarán la atención a su población en el Primer y Segundo Nivel de Atención con los recursos provenientes del quince punto cinco por ciento (15.5%) de la Coparticipación Tributaria</p>	

		Municipal o el equivalente del IDH.	
		II. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, a fin de garantizar el acceso a la salud de su población en el primer y segundo nivel de atención, destinarán un porcentaje mayor al quince punto cinco por ciento (15.5%).	I. El Sistema Único de Información en Salud – SUIIS, centralizará e integrará la información de todas las instituciones del Sector Salud en todos sus niveles de atención y gestión, y será administrado por el Ministerio de Salud.
		III. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos deberán priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a las beneficiarias y los beneficiarios.	
		IV. Cumplido lo establecido en el Parágrafo precedente y en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en la “Cuenta de Salud Universal y Gratuita”, serán reprogramados para las atenciones de salud de la siguiente gestión o podrán	II. Todas las entidades del Sistema Nacional de Salud están obligadas a proporcionar información en formato digital, interoperada y de manera oportuna al SUIIS, conforme a Reglamentación.

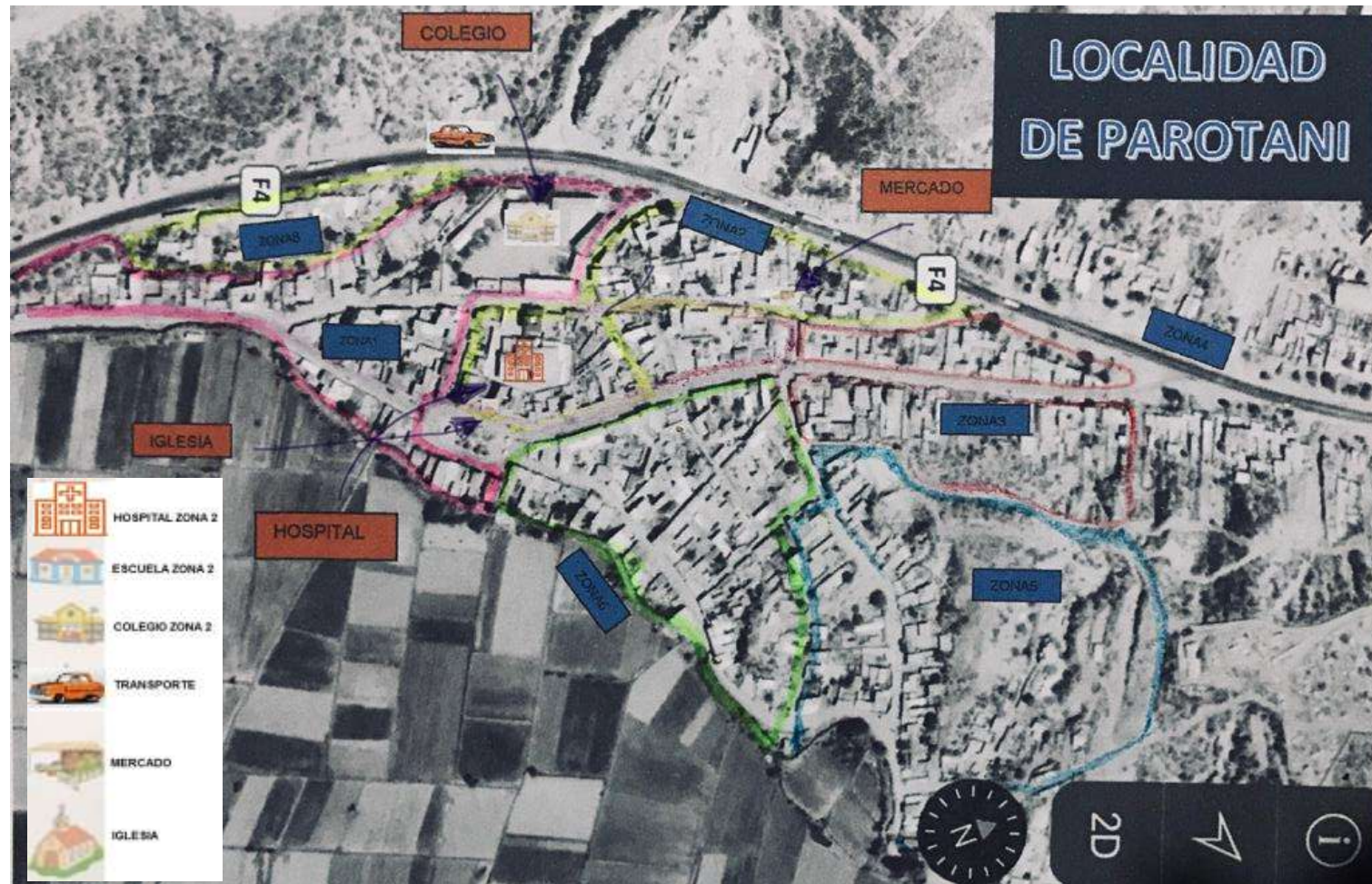
		ser utilizados en el siguiente orden de prioridades, para el fortalecimiento de equipamiento e infraestructura en salud, programas especiales de salud o contratación de recursos humanos de los establecimientos de salud.	
	VI. El presupuesto para establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención, se realizará con base a criterios poblacionales, de accesibilidad y cobertura de servicios promocionales y preventivos y en la programación de servicios curativos.	V. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos administrarán estos recursos mediante una “Cuenta de Salud Universal y Gratuita”.	VII. El presupuesto para establecimientos de salud de Segundo Nivel de Atención, se realizará con base en la programación de servicios curativos
		IX. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, tienen la obligación de realizar el pago por los Productos en Salud otorgados a su población beneficiaria en establecimientos de salud de otros Municipios, en un plazo de veinte (20) días	

		XIII. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, pagarán por los productos en salud otorgados en el Tercer Nivel de Atención	
RM.NO. 29601 NUEVO MADELOS DE ATENCION Y GESTION EN SALUD.MODELO DE	Artículo 2.El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud.	Artículo 15. Estructura estatal: Nivel local. Municipal, departamental y nacional,	Artículo 18. Los espacios de deliberación de la Gestión, son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones entre los Consejos (local, municipal, departamental, y nacional)
D.S. N° 0066 BONO JUANA AZURDUY DE PADILLA	Artículo 2.- (FINALIDAD). Hacer efectivos los derechos fundamentales de acceso a la salud y desarrollo integral, para disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años.	Artículo 6.- a) El Ministerio de Salud y Deportes b) Los Servicios Departamentales de Salud apoyarán con los servicios de salud c) Los Gobiernos Municipales participarán en la afiliación.	Artículo 5.- (BENEFICIARIOS) I. previa inscripción voluntaria y verificación de su documentación: a) Las mujeres en período de gestación y post-parto. b) Toda niña o niño menor a un año de edad en el momento de su inscripción, hasta que cumpla los dos años de edad.

<p style="text-align: center;">DECRETO SUPREMO NO. 29272 “PLAN NACIONAL DE DESARROLLO”</p>			<p>Artículo dispone que los Planes Sectoriales deben ser elaborados, formulados y ejecutados bajo los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, implica la concepción, políticas, estrategias y programas de desarrollo del país en todos los ámbitos sectoriales y territoriales.</p>
<p>REUNIONES INTERNACIONALES -CONFERENCIAS</p>			
<p>ALMA ATA-1978</p>	<p>Compromisos para alcanzar Salud para todos. Por la Atención Primaria de Salud</p>		
<p>OTTAWA CANADA -1986</p>	<p>Promoción de la salud</p>		
<p>BANGKO K, TAILAN DIA-2005</p>	<p>Determinantes de la salud, alianzas para disminuir las desigualdades en el mundo globalizado</p>		
<p>DECLARACIONES</p>			
<p>DECLARACION DE LA OMS. 1946</p>	<p>CONCEPTO DE SALUD: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades</p>		

DECLARACION DE MONTEVIDEO-2003	Promoción de la salud - adoptar, fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS		
---------------------------------------	---	--	--

Anexo N°7. Figura No. 1. Mapa Localidad de Parotani



Fuente. Elaboración propia

Anexo N° 8. Tabla N° 1.- Sipe Sipe: Composición Poblacional Total por Grupos

Quinquenales de Edad Según Sexo: 2012

GRUPO DE EDAD	CENSO 2012		TOTALES	%
	Hombres	Mujeres		
0- 4	2442	2405	4.847	11,67
"5-9"	2420	2446	4.866	11,71
"10-14"	2562	2321	4.883	11,76
15- 19	2211	2299	4.510	10,86
20-24	1949	2072	4.021	9,68
25-29	1490	1584	3.074	7,40
30-34	1333	1439	2.772	6,67
35-39	1116	1122	2.238	5,39
40-44	933	996	1.929	4,64
45-49	840	897	1.737	4,18
50-54	678	804	1.482	3,57
55-59	608	714	1.322	3,18
60-64	519	612	1.131	2,72
65-69	383	498	881	2,12
70-74	309	369	678	1,63
75-79	215	253	468	1,13
80-84	144	248	392	0,94
85-89	77	124	201	0,48
90-94	23	45	68	0,16
95 o más	7	30	37	0,09
TOTAL	20259	21278	41537	100

Fuente: Datos Censo 2012

Anexo 9. Tabla N° 2. Tasa De Migración Neta Del Departamento De Cochabamba por Provincias.

PROVINCIA	TASA (X1000)
Cercado	1,34
Campero	-18,41
Ayopaya	-11,77
Esteban Arce	-8,11
Arani	-11,78
Arque	-11,45
Capinota	-6,08
German Jordán	-7,38
Quillacollo	18,24
Chapare	6,44
Tapacarí	-9,29
Carrasco	4,21
Mizque	-12,29
Punata	-0,13
Bolívar	-7,76
Tiraque	0,06

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2012

Anexo N°10. Tabla N° 3. Densidad por Kilómetro Cuadrado. Municipio de Sipe Sipe.

	HABITANTES/ KM2	SUPERFICIE/KM2	DENSIDAD
SIPE SIPE	41.537	472,1	87,98
AREA RURAL	27.277	290,9	93,77
AREA URBANA	14.260	182,1	78,31

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Anexo N°11. Tabla N°4. Tasa Bruta de Natalidad Al 2010 y Proyección Al 2015

DEPARTAMENTO	Tasa bruta de natalidad (por mil)	
	2005-2010	2010-2015
Cochabamba	27,9	25,2

Fuente: elaborado con datos del Instituto Nacional de Estadística ("Bolivia: Estimaciones y Proyecciones de Población, Período 1950-2050", La Paz-Bolivia, Diciembre 2002) y ("Bolivia: Proyecciones de Población por Departamentos, según Sexo y Grupos de Edad, 2000-2030"; INE-UNFPA-CEPAL; La Paz-Bolivia; 2004).

Anexo N°12. Tabla N° 5. Esperanza de Vida al Nacer por Sexo.

DEPARTAMENTO	Esperanza de vida al nacer (años)					
	Total		Hombres		Mujeres	
	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015
COCHABAMBA	64,3	66,0	62,2	63,9	66,5	68,2

Fuente: Elaborado con datos del Instituto Nacional de Estadística ("Bolivia: Estimaciones y Proyecciones de Población, Período 1950-2050", La Paz-Bolivia, Diciembre 2012) y ("Bolivia: Proyecciones de Población por Departamentos, según Sexo y Grupos de Edad, 2000-2030"; INE-UNFPA-CEPAL; La Paz-Bolivia; 2014).

Anexo N° 13. Tabla N°6. Comunidades que Cuentan con un Rio para Consumo, Riego y Tipo de Agua.

N°	Nombre de la Comunidad (OTB)	Fuente de agua	Tipo de Organización		
			Para Consumo	Para riego	Contaminada
1	CH'APINI	Vertiente -Rio Tapacarí	X	x	x
2	CHILTU PAMPA	Vertiente, Rio		x	
3	CHIWANQUI	Vertiente - Rio	X	x	
4	ITAPAYA	Vertiente, Pozo	X	x	
5	MALLACABA	Pozo-Vertiente-Rio	X	x	x
6	MILLOMA	Rio- Vertiente		x	x
7	MUÑANI	Vertiente	X	x	
8	PAROTANI	Pozo-Vertiente-Rio		x	
9	PIRQUE	Pozo-Rio	X	x	
10	TAMACA	Pozo-Vertiente-Rio	X	x	x
11	TARAHUANI	Vertiente		x	
12	WARMIMALLCU	Vertiente		x	

Fuente: PDM 2015-2018

Anexo N° 14. Tabla N° 7. Consulta Externa. Frecuencia por Patología. Periodo Enero- Diciembre 2018.

DIAGNOSTICO	TOTAL
Enfermedad Diarreica Aguda	396
Resfrío Común	362
Parasitosis	208
Lumbalgia	223
Patología Gástrica	180
Micosis Cutánea	178
Faringoamigdalitis	112
HTA	75
Genitourinario	65
Patología Biliar	64
Chagas	52
DM 2	44
Cefalea	32
Neumonía	27
Artritis	24
Patologías del corazón	24
Síndrome febril	16
Esteatosis Hepática	16
Asma	16
Litiasis Renal	12
Alergias	8
Hernia Inguinal	8
Varicela	4
Conjuntivitis	4
TBC	3

Fuente: Elaboración Propia. Libros Snis.2014

Anexo N°15. Tabla N°8. Consulta Prenatales por Patología en Ginecoobstetricia.

Período 2014.

Diagnostico	menos de 20 años	de 20 a 34 años	de 35 a mas	total
Control prenatal	132	180	165	477
Parto	3	2	3	8
Puerperio	3	1	4	8
Puerperio + resfrío común	0	4	0	4
Embarazo + gastroenteritis	0	0	4	4
Embarazo + ITU	0	12	0	12
Amenaza de aborto	4	8	0	12
Aborto completo	0	6	0	6
Aborto Incompleto	4	4	0	8
Parto domiciliario	0	0	12	12
Total	146	217	188	551

Fuente: Elaboración Propia. Libros SNIS.2014

**Anexo N° 16. Tabla N° 9. Canal Endémico EDAs. Centro de Salud Hospital
Parotani Año 2014**

SEM/AÑO	AÑO				CUARTILES			AÑO
	2010	2011	2012	2013	Q1	Q2	Q3	2014
1	1	3	6	3	2	3	5	8
2	2	2	3	2	1	2	3	3
3	13	1	2	1	0	2	6	3
4	2	1	2	0	0	2	2	2
5	0	5	1	0	1	1	4	6
6	2	2	0	3	2	2	3	7
7	3	2	5	4	1	4	5	4
8	1	1	3	5	1	2	5	4
9	0	2	3	6	2	3	5	4
10	2	2	2	7	1	2	6	3
11	4	4	2	0	1	3	4	5
12	1	2	1	4	2	2	4	5
13	2	4	2	5	1	3	5	7
14	2	7	5	0	0	4	7	3
15	12	7	4	3	1	6	6	7
16	0	2	3	2	1	2	3	7
17	1	4	5	2	1	3	5	8
18	4	3	1	2	0	3	4	5
19	1	3		0	1	1	3	6
20	3	1	1	6	0	2	5	5
21	2	5	6	5	1	5	6	7
22	1	1	8	4	0	3	7	3
23	0	1	0	7	1	1	6	5
24	23	4	0	12	1	8	10	5
25	13	7	0	4	1	6	12	8
26	3	2	0	4	0	3	4	8
27	3	1	6	0	2	2	5	5
28		2	2	5	2	2	5	7
29	5	5	1	3	2	4	5	7
30	4	3	3	6	1	4	6	4
31	1	3	2	8	2	3	7	3
32		2	3	9	1	3	9	3
33	1	2	3	6	1	3	5	5
34	7	2	6	0	3	4	7	4
35	5	7	3	5	1	5	6	9
36	5	1	2	2	3	2	4	9
37	10	7	2	12	4	9	10	12
38	6	5	4	15	1	6	13	16
39	7	0	5	9	1	6	9	16
40	2	1	4	12	4	3	10	23
41	4	5	4	11	3	5	10	17
42	6	4	6	9	2	6	8	16
43	3	2	5	7	4	4	7	15
44	6	6	3	8	4	6	8	21
45	7	7	3	12	3	7	11	16
46	16	12	0	10	3	11	15	13
47	12	5	7	9	4	8	11	10
48	9	3	10	7	3	8	10	8
49	10	6	2	7	4	7	9	7
50	4	8	4	11	1	6	10	8
51	5	1	2	4	0	3	5	3
52	0	3	2	0	0	1	3	1

Fuente: Datos SNIS. 2010-2014

Anexo N°17. Tabla N°10. Canal Endémico IRAs. Centro de Salud Hospital Parotani Año 2014

SEM/AÑO	AÑO				CUARTILES			AÑO
	2010	2011	2012	2013	2014	Q1	Q2	Q3
1	2	1	10	6	12	1	4	9
2	3	0	8	10	22	1	6	10
3	13	0	1	6	15	0	4	11
4	5	1	4	4	16	2	4	5
5	2	4	1	4	19	1	3	4
6	2	1	0	5	12	0	2	4
7	2	4	8	4	10	3	4	7
8	1	1	6	5	12	1	3	6
9	4	3	7	4	12	3	4	6
10	3	6	4	10	10	3	5	9
11	12	5	7	4	10	4	6	11
12		7	11	5	8	5	7	11
13	4	5	9	1	20	2	5	8
14	2	12	16	1	15	1	7	15
15	48	11	11	1	18	4	11	39
16	1	1	6	11	12	1	4	10
17	4	3	17	12	16	3	8	16
18	10	7	3	11	14	4	9	11
19	8	10	8	27	18	8	9	23
20	12	4	9	13	20	5	11	13
21	7	2	7	11	21	3	7	10
22	7	2	15	14	24	3	11	15
23	3	6	15	18	26	4	11	17
24	59	8	7	22	30	7	15	50
25	63	4	6	17	27	5	12	52
26	9	3	11	1	29	2	6	11
27	4	6	2	4	12	3	4	6
28	3	5	6	13	12	4	6	11
29	25	19	6	15	17	8	17	24
30	3	4	8	16	14	3	6	14
31	4	6	6	13	10	5	6	11
32	7	19	13	3	14	4	10	18
33	7	10	3	1	16	2	5	9
34	43	11	8	11	17	9	11	35
35	3	6	12	15	24	4	9	14
36	7	4	10	13	26	5	9	12
37	26	5	9	19	30	6	14	24
38	2	1	11	10	28	1	6	11
39	3	3	3	9	24	3	3	8
40	4	3	9	3	20	3	4	8
41	50	4	11	1	18	2	8	40
42	8	3	11	7	18	4	8	10
43	3	12	12	5	22	4	9	12
44	4	4	5	2	22	3	4	5
45	5	9	2	1	22	1	4	8
46	38	10	4	2	26	3	7	31
47	8	6	1	3	25	2	5	8
48	7	6	2	2	28	2	4	7
49	22	14	1	5	19	2	10	20
50	1	12	3	0	16	0	2	10
51	2	9	4	0	16	1	3	8
52	1	4	0	5	15	0	3	5

Fuente: Datos SNIS. 2010-2014

Anexo N°18. Tabla N°11. Principales Causas de Mortalidad por Grupo de Edades. Hospital de Parotani. 2014

Nº	CAUSA	EIDADES									
		<1 AÑO		1 a 4		5 a 14		15 a 44		45 a mas	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	Enfermedades Cerebrovascular								1	3	1
2	Infecciones Intestinales			2		1					
3	Infecciones respiratorias			1	1						
4	Enfermedades Cardiovascular									2	2
5	Accidentes							2	1	2	
6	Ahorcamiento									1	2
7	Sepsis										4
8	Perinatal	1									
9	Intoxicación							1			
10	Otros										2
	TOTAL	1		3	1	1		3	2	8	11

Fuente: Certificados de Defunción

Anexo N°19. Tabla N°12. Lugares de Recreaciones Pertencientes a la Localidad de Parotani

PAROTANI Y SUS LOCALIDADES	Milloma	Templo Colonial
	Chiwanqui	Arte Rupestre
	Chiltupampa	Fiesta Religiosa Señor de Palo, Ruinas de Catachilla, Señor Sagrado Corazón de Jesús.
	Parotani	Estación Ferroviaria, La Colina (Hacienda Caveró), Feria de la Zanahoria, Cancha Deportiva, Estadium de Parotani
	Pirqué	Templo Franciscano, Camino del Inca, San Francisco de Asís
	Mallacaba	Yacimientos Arqueológicos
	Tamaca	Presencia de Chullpas

Fuente: Libro de PDM. 2012

Anexo N° 20. Tabla N° 13. Unidades Educativas Pertenecientes a la Localidad de Parotani.

UNIDADES EDUCATIVAS PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD DE PAROTANI							
N°	NOMBRE DE LA UNIDAD EDUCATIVA	NUCLEO	N° DE MAESTROS	IDIOMA		AREA	TURNO
				QUECHUA	CASTELLANO		
1	CARLOS QUITON CABALLERO	PAROTANI	23		X	U	M
2	EDUARDO ABAROA	PAROTANI	22		X	U	M
3	PIRQUE	PAROTANI	2		X	R	M
4	VILA VILA	PAROTANI	1		X	R	M
5	CHILTUPAMPA	PAROTANI	3		X	R	M
6	MUÑANI	PAROTANI	1		X	R	M
7	MILLOMA	PAROTANI	2	X		R	M
8	CHAPINI	PAROTANI	1		X	R	M
9	BENIGNO BAZOALDO	PAROTANI	2		X	R	M

Fuente: Libro de PDM. 2012

Anexo N°20. Figura N°2. Isócronas de Ubicación del Hospital con Respecto a Otros Servicios, para la Referencia de Pacientes



Anexo N° 21. Tabla N° 14. Actores Relevantes y Recursos que Controlan

N°	ACTORES	Tipo de Organización	N° de Afiliados	RECURSOS QUE CONTROLAN	ACTITUD FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD
1	OTB Chapini	Sindicato Agrario	43	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Desfavorable
3	OTB Chiltupampa	OTB, Sindicato A.	250	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Desfavorable
4	OTB Chiwanqui	OTB	37	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Favorable
5	OTB Mallacaba	Sindicato Agrario	47	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Desfavorable
6	OTB Milloma	OTB, Sindicato A.	98	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Neutra
7	OTB Muñani	OTB	30	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Neutra
8	OTB Parotani	OTB, Sindicato A	400	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Desfavorable
9	OTB Pirque	OTB, Sindicato A.	140	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Favorable
10	OTB Tamaca	OTB, Sindicato A.	82	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Favorable
11	OTB Tarahuani	Sindicato Agrario	60	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Neutra
12	OTB Warmimallcu	Sindicato Agrario	100	Poder en Gestión de Proyectos inclusión en POA	Desfavorable
13	Funcionarios del G.A.M.			Gestión de Proyectos,	Desfavorable
14	Trabajadores de salud			Promoción de Salud	Favorable

Fuente: Libros PDM 2012