



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre-Bolivia

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

**Plan estratégico para la atención en la Comunidad de Pomanasa
municipio Poroma gestión 2016-2020, basado en la programación local
y vigilancia de la salud.**

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

POSTULANTE: Dr. Basilio Ibañez Budia.

SUCRE – BOLIVIA
2015



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre-Bolivia

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

**Plan estratégico para la atención en la Comunidad de Pomanasa
municipio Poroma gestión 2016-2020, basado en la programación local
y vigilancia de la salud.**

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

POSTULANTE: **Dr. Basilio Ibañez Budia**

DOCENTE TUTOR: **Dr. Grover Linares Padilla PhD.**

COORDINACIÓN ACADÉMICA: **Dra. Rosario André Dalence**

SUCRE – BOLIVIA
2015

DEDICATORIA

- ❖ A Dios por darme la vida, la fe, las fuerzas y la esperanza para seguir adelante y lograr mis objetivos.

- ❖ A mis queridos padres, Julián Ibañez Cruz y Clementina Budia Rivera por el amor, apoyo moral e incondicional, por sus consejos que me brindaron y por el cual he logrado terminar mi carrera profesional, que es para mí el mejor regalo.

- ❖ A mis hermanos(as) por el apoyo que siempre me brindaron, por las palabras de motivación para seguir adelante y por las esperanzas depositadas en mí.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A Dios por darnos la vida, la salud y la sabiduría.

- ❖ A nuestros padres por su apoyo incondicional.

- ❖ Al Doctor Grover Linares Padilla y Doctora Rosario André por compartir con nosotros sus conocimientos y guiarnos en este proceso de aprendizaje.

- ❖ A la Universidad Andina Simón Bolívar de Chuquisaca por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad de superarnos profesionalmente en ella.

RESUMEN

El presente trabajo de grado es realizado con el fin de elaborar un Plan Estratégico para la atención de la salud, basado en la Programación Local y Vigilancia de la Salud, en la comunidad de Pomanasa, municipio de Poroma gestión 2015. En la metodología del trabajo se sigue los cuatro momentos de la Programación Local en Salud. Momento explicativo: Diagnóstico de salud en la población, que consiste en el análisis situacional del CS Pomanasa, a partir de la descripción del contexto del área a través de un croquis, la accesibilidad al servicio mediante mapa de isócronas, se realiza una apreciación de los determinantes sociales, culturales, psicológicos y/o biológicos que inciden sobre el daño y factores de riesgo identificados mediante la determinación de las necesidades en salud de la población, con aplicación de técnicas de recolección de información cualitativa por medio de informantes claves, foro comunitario y grupo nominal. Momento normativo: Formulación de objetivos y metas, se realiza la elaboración del programa de intervención local, a partir de la caracterización del perfil epidemiológico de la población sobre morbilidad, en la que se priorizó las Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años, con involucración de las diferentes organizaciones sociales e institucionales para llegar a la solución más apropiada para el problema priorizado. Momento estratégico: Identificación de cursos de acción, se realiza un análisis de viabilidad del problema de salud priorizado y se diseña una estrategia para construirle viabilidad al proyecto, que consiste en la elaboración de la propuesta del plan estratégico sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años para un periodo de 5 años. Momento táctico operacional: Ejecución y evaluación, se lleva a cabo la acción planificada mediante la ejecución de actividades planificadas por periodos de tiempo tanto en la programación local, vigilancia en salud y servicios de nivel primario para luego hacer su respectiva evaluación por medio de resultados, indicadores y medios de verificación para las Enfermedades Diarreicas Agudas en el CS Pomanasa.

INDICE

PARTE I - REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS

1. Marco referencial	pág. 1
2. Marco conceptual.....	pág. 2
3. Marco legal	pág. 10
4. Marco Normativo y regulatorio	pág. 12
5. Metodología	pág. 13

PARTE II – ANÁLISIS SITUACIONAL

1. CONTEXTO	pág. 15
1.1 Ámbito territorial.....	pág. 15
1.2 Características demográficas y del medio ambiente	pág. 16
1.3 Características socioeconómicas	pág. 21
1.4 Características socioculturales	pág. 24
2 DETERMINANTES DE LA SALUD	pág. 26
3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	pág. 27
4 PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD.....	pág. 33
5. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	pág. 34
5.1 Descripción del equipamiento básico respecto a centros de recreación, escuelas, ambulancias etc	pág. 34
5.2 Oferta de servicios de salud.....	pág. 34
5.3 Accesibilidad geográfica	pág. 35
6. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD	pág. 36
7. NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN	pág. 37
8. ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN	pág. 39
9. DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN QUE ORIENTARÁN EL PLAN.....	pág. 41

PARTE III – PROPUESTA

1. MOMENTOS NORMATIVO Y ESTRATÉGICO	pág. 44
---	---------

1.1 Visión	pág. 44
1.2 Estrategia	pág. 44
1.3 Análisis FODA	pág. 45
1.4. Objetivos estratégicos.....	pág. 46
1.4.1 Matriz - Relación de Ejes y objetivos estratégicos del Plan sectorial de salud y áreas de actividad del Plan de Salud en el nivel local.....	pág. 47
1.5 Líneas de acción	pág. 48
2. MOMENTO TÁCTICO OPERACIONAL.....	pág. 49
2.1 Matriz: Relación de las Áreas de Actividad con los Objetivos estratégicos, líneas de acción, resultados, indicadores y medios de verificación.....	pág. 49
2.2 Matriz- Relación de objetivos estratégicos y actividades del Plan de Salud en el nivel local	pág. 54
2.3 Matriz - Resumen del Plan.....	pág. 55
2.4 Cronograma.....	pág. 62
3 PROGRAMAS QUE CONFORMAN EL PLAN ESTRATÉGICO.	Pág. 67
3.1 Programa de Atención de los problemas prioritarios de salud de la población general del área seleccionada	pág. 67
3.2 Programa: Vigilancia de la salud.....	pág. 71
3.3 Programa- Optimización de los servicios de nivel primario para la programación local y la vigilancia de la salud.....	pág. 75
3.3.1 Breve descripción de la situación de los servicios de salud.....	pág. 75
3.3. 2 Recomendaciones.....	pág. 75
Bibliografía	pág. 76

PARTE I. REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS

1.- Marco Referencial

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio reflejan amplio reconocimiento internacional de que el empoderamiento de las mujeres y el logro de la igualdad entre sexos son asuntos que tienen que ver con los derechos humanos y la justicia social.

Cobertura de la tercera dosis de la vacuna pentavalente.- En el año 2009 la cobertura de vacunación de tercera dosis de pentavalente fue de 84,5%. El incremento en el indicador es el resultado del trabajador del personal de salud en los diferentes ámbitos de gestión del Sistema Nacional de Salud, no obstante es necesario aunar esfuerzos para mejorar este indicador.

Tasa de Mortalidad Infantil. Entre los años 1989 y 2008 la tasa de mortalidad infantil tuvo un descenso sostenido, registrando en este último año 50 muertos por mil nacidos vivos. Para reducir esta tasa se requiere tomar acciones sobre las determinantes sociales de la salud, en particular, el acceso a agua potable y el saneamiento básico, así como el nivel de instrucción de las mujeres y sus ingresos.

Cobertura de parto institucional. Tiene un defecto directo en la reducción de mortalidad materna y perinatal. Ha tenido un comportamiento creciente entre 1996 y 2010. Esta situación podría explicarse por la implementación del Bono Juana Azurduy.

Evolución de la prevalencia de uso de anticonceptivos. El uso de métodos anticonceptivos modernos o tradicionales, se ha incrementado en Bolivia de forma notable en los últimos veinte años.

Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años. Es uno de los efectos más directos del hambre, afecta de manera irreversible el desarrollo de las capacidades cognitivas y genera mayor riesgo de enfermedades y muerte a lo largo de la vida limitando las posibilidades de aprendizaje y acumulación de capital social.

Evolución de la incidencia de pobreza extrema y proyecciones. Para el año 2009, se estimó que el 26,1% de la población se encontraba en situación de pobreza, presentando una importante reducción de alrededor de 11,6 puntos porcentuales desde el año 2007.

Lograr la enseñanza primaria universal. El cumplimiento permite a las personas estar mejor preparadas para superar la pobreza. La tasa de alfabetismo de la población

de 15-24 años en el 2009 fue de 99,4% valor bastante cercano al 100 %, lo que sugiere que prácticamente habríamos alcanzado la meta de ODM. (1)

2.- Marco conceptual.

Salud.- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización_Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. Este concepto se amplía a: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así, se reformularía de la siguiente manera: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En 1992 un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente" (2).

Epidemiología: Es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud. (3)

La vigilancia se entiende como la observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población.

Este concepto tiene dos componentes prácticos:

- La **medición** sistemática de problemas prioritarios de salud en la población, el registro y la transmisión de datos.
- La **comparación** e interpretación de datos con el fin de detectar posibles cambios en el estado de salud de la población y su ambiente.

Esta definición destaca tres características de la vigilancia:

Es un proceso **continuo y sistemático**, es decir, no es una actividad aislada en el tiempo, ni se puede ejecutar sin métodos.

Es un proceso de escrutinio de **tendencias**.

Es un proceso de **comparación**, entre lo que se observa y lo que se espera, para detectar o anticipar cambios en la frecuencia, distribución o determinantes de la enfermedad en la población.

Vigilancia de la salud: Es el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control. La vigilancia resulta esencial para las actividades de prevención y control de enfermedades y es una herramienta en la asignación de recursos del sistema de salud, así como en la evaluación del impacto de programas y servicios de salud.

La vigilancia depende de la cooperación continua del personal de salud en los diferentes niveles de los servicios de salud. El análisis e interpretación de los datos de la vigilancia debe someterse a los límites de la oportunidad, el tiempo, la cobertura geográfica y número de individuos requeridos para que estos sean útiles. En años recientes se ha ido consolidando el concepto de “vigilancia en salud pública” y, con ello, se ha desplazado el de “vigilancia epidemiológica” en la práctica cotidiana. En muchos servicios de salud los términos “vigilancia” y “monitoreo” se han usado en forma indistinta aunque, como señaló Eylenbosh y Noah, son en realidad diferentes. La vigilancia tiene que ver con la población, mientras que el monitoreo se aplica a grupos específicos o individuos. La vigilancia en salud pública es la recolección, análisis, interpretación y diseminación continua y sistemática de datos sobre la salud. El concepto de vigilancia en salud pública no incluye la administración de programas de prevención y control, aunque sí incluye un vínculo intencionado con tales programas. En la práctica, el objeto bajo vigilancia se amplió de las enfermedades transmisibles a las no-transmisibles, a ciertos factores de riesgo y a otras condiciones de interés para la salud pública.

Objetivos de la vigilancia en salud pública

- Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades.
- Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones.

- Observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades.
- Detectar cambios en las prácticas de salud.
- Investigar y controlar las enfermedades.
- Planear los programas de salud.
- Evaluar las medidas de prevención y control.

Los usos de la vigilancia

1. Los de seguimiento de los eventos de salud,
2. Los que están vinculados con las acciones de salud pública
3. Y por último otros usos.

Los “objetos bajo vigilancia” son de cuatro tipos:

- Enfermedades,
- Síndromes,
- Factores de riesgo y
- Otros eventos de salud pública.

El contexto de actuación de la vigilancia.- El contexto en el que funciona un sistema de vigilancia, en términos prácticos, está formado por tres ámbitos: la población, la red de servicios de atención de salud y la autoridad de salud pública. (3).

Planificación.-

“Planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlo”. “La planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social”

Planificación en salud.- La planificación sería, según Alan Dever, "un proceso orientado a la acción por medio del cual una institución se adapta a los cambios tanto en su estructura interna como en su ambiente exterior". El proceso de planificación requiere de un cálculo actualizado de una realidad cambiante, por lo que su carácter dinámico es imprescindible. Planificar consiste en identificar problemas (actuales y futuros), fijar prioridades de intervención para implementar soluciones, determinar si éstas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica, identificar los factores que determinan el estado de cosas consideradas insatisfactorias, establecer los cursos de acción posibles, determinar responsabilidades de la ejecución de las soluciones

propuestas y definir los procedimientos de evaluación (anteriores y posteriores) que permitan monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para el fin perseguido y si los resultados están dentro de lo esperado. Según Carlos Matus, 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. Porque si no planificamos no tenemos manera de saber si estamos yendo o no en la dirección correcta.

La planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social. La planificación es un proceso que se ocupa de reunir información y utilizarla para el desarrollo y elaboración de las acciones y actividades de la organización.

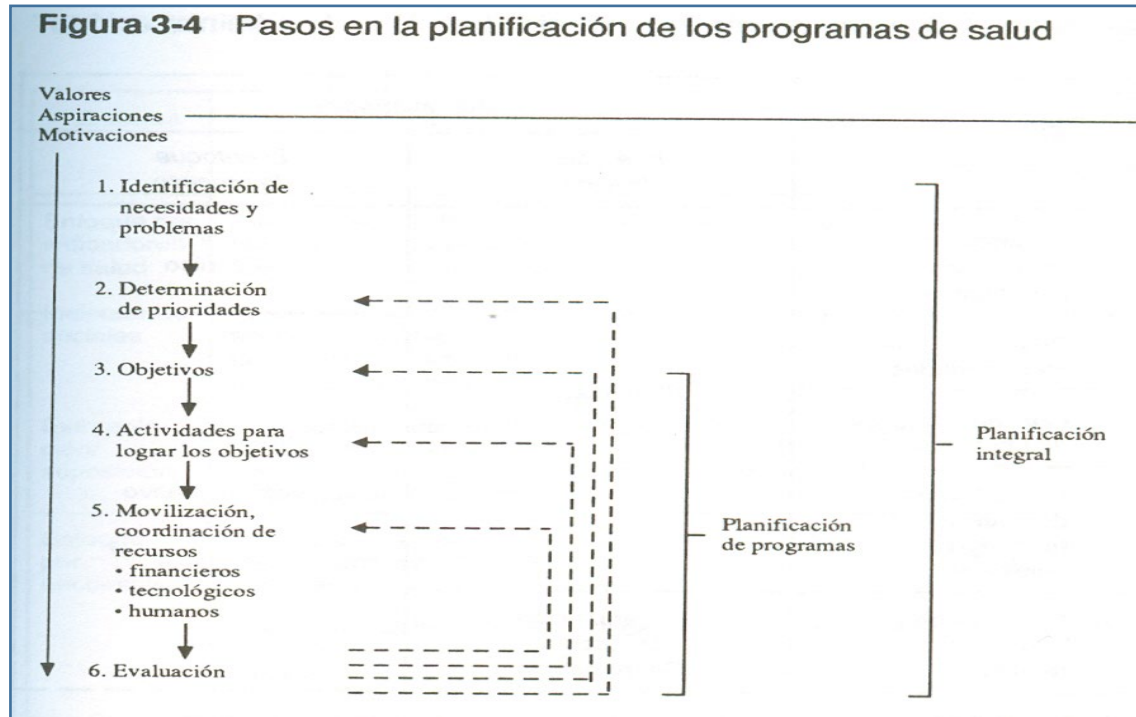
Niveles de planificación.

Planificación estratégica: La planificación estratégica nos proporciona un marco general para la acción organizativa. El objetivo de este proceso es establecer los principales objetivos y prioridades de una entidad. En él nivel estratégico se establecen objetivos a largo plazo y se estudian los medios posibles para alcanzar dichos objetivos. La planificación estratégica se ocupa del análisis de actividades posibles para materializar los objetivos propuestos para la sociedad. Se establecen estructuras específicas de sistema, se definen indicadores de resultados idealmente efectivos y se crean instrumentos o medios para que las instituciones funcionen haciendo hincapié en la determinación del comportamiento futuro de las variables externas y en la formulación de cursos alternativos de acción a la luz de los hechos previstos. (4)

Pasos en el proceso de planificación.

El proceso de planificación es esencialmente cíclico y continuo.

Los primeros dos pasos, es decir la identificación de necesidades o problemas y la determinación de prioridades, son anteriores a la planificación.



Programación local

Momentos de la Programación Local en Salud.

1.- Momento explicativo. Diagnóstico de salud en la población.- Se efectúa el análisis de la situación inicial con lo que nos encontramos que se expresa en un diagnóstico que proporciona datos e información acerca de la realidad sobre la que se va a actuar, con su consiguiente análisis, (incluyendo la interpretación que hacen de esta situación otros actores sociales). Se realiza una apreciación de los determinantes sociales, culturales, psicológicos y/o biológicos que inciden sobre el daño (si es que lo hubiere), o el factor de riesgo identificado.

2.- Momento normativo. Formulación de objetivos y metas.- Es el momento de elaboración del programa de intervención local. A partir de la caracterización del perfil epidemiológico de la población, de los grupos de riesgo, de la cuantía, organización y capacidad resolutoria de los recursos disponibles y mediante la administración del conocimiento debe buscarse la solución más apropiada para cada situación de salud.

3.- Momento estratégico. Identificación de cursos de acción.- En el momento estratégico se realiza un análisis de viabilidad y se diseña una estrategia para construirle viabilidad al proyecto.

4.- Momento táctico operacional. Ejecución y evaluación.- Es entonces que durante este momento se lleva a cabo la acción planificada, poniendo en práctica las estrategias elegidas para obtener los resultados que se esperan. Es el momento de "hacer"(4).

Carta de Ottawa para la promoción de la salud.- La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Determinantes de la salud.

Las determinantes de la salud son factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población, es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, a no ser que se quiera tender al reduccionismo simplista que no conduce a parte alguna.

Biología humana.- Se refieren a la herencia genética recibida de nuestros padres y a la constitución personal. Los avances científicos pueden eliminar o mitigar enfermedades provenientes de la herencia genética. En esta determinante no se han dado casos de cromosomopatías, cada año ocurren menos nacimientos debido al uso de métodos anticonceptivos y el envejecimiento que está incrementado debido a la accesibilidad gratuita en la atención y dispensación de medicamentos esenciales en base a las patologías que presentan.

Estilos de vida.- Hacen referencia al estilo de vida que cada cual configura teniendo en cuenta las condiciones de vida las cuales son inadecuadas y el contexto económico donde son de bajos recursos económicos, influenciados por nivel cultural y educativo bajo, los valores, factores familiares a cerca del número de componentes y el lugar de residencia como es el área rural, que hacen que repercuta de forma negativa en la salud de la población, debido a los hábitos alimenticios inadecuados. Por lo general no se observan hábitos tóxicos, como es la drogadicción, alcoholismo y el hábito de fumar.

Medio ambiente: Biológico.-El área estudio es una zona endémica del Paludismo que desde hace dos años aproximadamente no se han reportado casos, pero se hace vigilancia mediante la toma de muestras hemáticas a todo paciente con Síndrome Febril que acude a consulta, al igual que la enfermedad de Chagas, por medio de los técnicos que están en constante vigilancia haciendo visitas a domicilio en busca del insecto y al roseado del domicilio en caso de que se encuentre.

Psicosocial.- No se han reportado casos de violencia en el área delimitada, pero la extrema pobreza de su población, es una situación preocupante por las condiciones desfavorables de trabajo en donde viven sus habitantes. La contaminación del medio ambiente sobre todo vía hídrica es llamativo debido a la falta de servicios básicos como agua potable para el consumo diario y de letrinas sanitarias que dan lugar a las enfermedades diarreicas.

El sistema sanitario.- Es otro de los factores que determinan la salud ya que puede prevenir la enfermedad y curarla, promover la salud, proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes, catástrofes, posibilitar el acceso gratuito o pagado a los servicios sanitarios, los medicamentos, las infraestructuras. EL Centro de Salud de primer nivel, tiene cinco años de funcionamiento, donde la infraestructura es pequeña, no se cuenta con un medio de transporte para el personal de salud para realizar las diferentes actividades en salud que se programan, los medicamentos que distribuye la FIM son insuficientes, que en algunas ocasiones no se cuenta por varios meses, existe inaccesibilidad de caminos en la temporada de las lluvias para el traslado de emergencias poniendo en peligro la vida de los pacientes, excesiva distancia para acceder al servicio de salud en la mayoría de las familias y la falta de camino carretero

que acerquen a los domicilios, que nos permitan llegar de forma oportuna con la atención ante cualquier emergencia.

La participación activa en la promoción de la salud implica:

1. La elaboración de una política pública sana.
2. La creación de ambientes favorables.
3. El reforzamiento de la acción comunitaria.
4. El desarrollo de las aptitudes personales.
5. La reorientación de los servicios sanitarios. (5)

Causalidad: En el enfoque epidemiológico no solo interesa la descripción de los eventos en salud en tanto a quiénes afecta, dónde y cuándo, sino que también está orientado a buscar las explicaciones del porqué suceden esos eventos. Es el proceso de búsqueda de la causalidad el que permite estas aproximaciones, con el fin de orientar las medidas de intervención adecuadas y la posterior evaluación de su efectividad. (2).

En consonancia con este enfoque, existen dos modelos de causalidad en epidemiología ampliamente aceptados: la Triada Epidemiológica y el modelo de Causas Componentes. (2)

Historia natural de la enfermedad: se refiere a la evolución de una enfermedad en un individuo a través del tiempo, en ausencia de intervención. (2).

La cadena epidemiológica: Para entender las relaciones entre los diferentes elementos que conducen a la aparición de una enfermedad transmisible, el esquema tradicional es la denominada cadena epidemiológica, también conocida como cadena de infección. El esquema busca ordenar los llamados eslabones que identifican los puntos principales de la secuencia continua de interacción entre el agente, el huésped y el medio. (2).

Agente causal: Es un factor que está presente para la ocurrencia de una enfermedad, por lo general un agente es considerado una causa necesaria pero no suficiente para la producción de la enfermedad. Agente es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad (.2).

Los nuevos paradigmas de derecho.- A todo ello dijo que se suma la proyección de los nuevos paradigmas que sustenta el Estado Plurinacional de Bolivia con la ejecución de varios cambios sociales y económicos que se centran en la defensa de los derechos de la Madre Tierra. "La Cumbre asumirá decisiones sobre varios planteamientos a

escala mundial como el respeto a los derechos de la Madre Tierra, la refundación de la democracia, los servicios básicos como derechos humanos universales, entre ellos el acceso al agua. Asimismo, la erradicación del hambre en los países del sur, una nueva arquitectura económica en el mundo y otros de importancia. (6)

El Plan Nacional de Desarrollo Social, Económico y el Vivir Bien.- El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.(7).

3.- Marco legal.

Ley general de salud: Servicios de salud Art. 22 Servicios de salud promocionales y preventivos.- Son aquellos que desarrollan acciones de promoción o fomento de la salud y prevención de enfermedades, ya sea dentro de las instituciones o establecimientos de salud, o fuera de los mismos, en acciones directas con la familia, la comunidad y el medio ambiente, o mediante campañas de difusión pública por cualquier medio de comunicación oral, escrito, visual o virtual. **Constitución Política del Estado Plurinacional, promulgada el 7 de febrero de 2009. Artículo 35.1.-** El Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. **Artículo 37.-** El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho de la salud, que se constituyen en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Ley N° 3029 del 22 de abril de 2005, Ratificación de la adhesión del Estado Plurinacional de Bolivia al Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco: Ratifica la adhesión del Estado Plurinacional de Bolivia al Convenio Marco de la OMS

para el control del tabaco de 21 de mayo de 2003, cuyo objetivo es proteger las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo de tabaco, proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las partes a nivel nacional, regional e internacional. **Ley No. 2026 del 27 de octubre de 1999** Código Niño niña y adolescente.- Título II Capítulo I Política de protección (artículo 189, 191, 196). Art. 196 Las defensorías de NNA como servicio municipal en su numeral 15 establece como atribución “Desarrollar estrategias de prevención contra el consumo de alcohol, tabaco y uso Indebido de Drogas”. **Ley N° 031 del 19 de julio de 2010.** Ley Marco de Autonomías y descentralización “Andrés Báñez” Artículo 81. (SALUD).- III. De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:

Gobiernos departamentales autónomos: l Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales. j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.

La Ley 475 del 30 de Noviembre del 2013 fusiona los antiguos paquetes del SUMI y el SSPAM (Seguro del Adulto Mayor).- En un solo sistema llamado el Sistema Integra de Salud, facilitando las licitaciones de los municipios para la adquisición de insumos y medicamentos, sin embargo las falencias continúan pues los Municipios no dotan de medicamentos e insumos con la cantidad y velocidad suficientes para una cobertura plena.

Decreto Supremo N° 11 29601 de 11 de junio del 2008. Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural.- Tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI. Establece el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Decreto Supremo N° 0133, de 20 de mayo de 2009, Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”

Disposición en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de extrema pobreza, el pago del Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy” tiene por 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 dos (2) años.

4.-Marco Normativo y regulatorio

4.1 Políticas de salud

Actualmente, el cambio planteado en la Política de Salud sigue dos lineamientos:

El primero reconoce las atribuciones el qué hacer del Sistema Único Nacional de Salud basado en la Promoción de la Salud, Prevención de Riesgos, Control de Enfermedades, Rehabilitación de Discapacidades Fortalecimiento de la Rectoría: En la gestión del Sistema Único Nacional de Salud, la Descentralización del Estado, la fragmentación y segmentación inadecuadas del actual Sistema de Salud y el desarrollo todavía insuficiente de las Funciones esenciales de salud pública identificado en el país. El segundo plantea la organización sistematizada de las Políticas específicas y las estrategias necesarias para dar cumplimiento a las atribuciones señaladas; en adelante se denominan Programas Estratégicos Sectoriales.

Ley del programa departamental de protección social en salud, más salud, más vida. El “Programa Departamental de Protección Social en Salud, Mas Salud, Mas Vida”, tiene la finalidad de garantizar con carácter universal, integral y gratuito, a todos los habitantes y estantes del Departamento de Chuquisaca, de los cinco (5) a los cincuenta y nueve (59) años de edad, el acceso a las prestaciones de salud en todos los establecimientos que formen parte de la Red Funcional de Servicios de Salud del Departamento, siempre que estos no cuenten con ningún tipo de seguro de salud.

El Seguro Universal materno Infantil (SUMI) como política pública de Estado.- Ley 2426 que daba vida al Seguro Universal Materno Infantil SUMI-2002. La creación del SUMI fue el propósito de disminuir de manera sostenible la morbimortalidad materna e infantil. Atiende a las mujeres durante el embarazo hasta 6 meses después del parto y a niños menores de 5 años.

Seguro Universal de Salud Autonomico de Tarija (SUSAT).- El Seguro Universal de Salud Autonomico de Tarija (SUSAT), surge en la gestión del entonces Prefecto electo y posteriormente Gobernador electo, Mario Cossío, el cual hace tres años huyó y pidió asilo político en Paraguay, debido a una persecución judicial que el partido de gobierno, a través de los asambleístas departamentales inició en Tarija.

Seguro Universal de salud del Beni(SUSA Beni).- El Seguro de salud Autonomico del Beni SIUSA Beni, es de menor dimensión, tiene solamente 19 prestaciones, adicionales a las del SUMI; actúa de manera separada de éste y del SSPAM, y tiene un costo anual que no supera los \$us 200.000, su impacto más importante está en las provincias benianas.

5.-Metodología.

En la metodología del trabajo se realiza en base a los cuatro momentos de la programación local en salud.

1.- Momento explicativo. Diagnóstico de salud en la población.- Que consiste en el análisis situacional del CS Pomanasa, a partir de la descripción del contexto del área a través de un croquis, la accesibilidad al servicio mediante mapa de isócronas, se realiza una apreciación de los determinantes sociales, culturales, psicológicos y/o biológicos que inciden sobre el daño y factores de riesgo identificados mediante la determinación de las necesidades en salud de la población, con aplicación de técnicas de recolección de información cualitativa por medio de informantes claves, foro comunitario y grupo nominal.

2.- Momento normativo. Formulación de objetivos y metas.- Es el momento de elaboración del programa de intervención local, a partir de la caracterización del perfil epidemiológico de la población sobre morbilidad, en la que se priorizó las Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años, con involucración de las diferentes organizaciones sociales e institucionales para llegar a la solución más apropiada para el problema priorizado.

3.- Momento estratégico. Identificación de cursos de acción.- En este momento se realiza un análisis de viabilidad del problema de salud priorizado y se diseña una estrategia para construirle viabilidad al proyecto, que consiste en la elaboración de la propuesta del plan estratégico sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años para un periodo de 5 años.

4.- Momento táctico operacional. Ejecución y evaluación.- En este momento se lleva a cabo la acción planificada mediante la ejecución de actividades planificadas por periodos de tiempo tanto en la programación local, vigilancia en salud y servicios de nivel primario para luego hacer su respectiva evaluación por medio de resultados, indicadores y medios de verificación.

PARTE II - ANALISIS SITUACIONAL.

El análisis situacional es necesario su aplicación porque nos permite ver el contexto actual de un determinado problema, ya que se consideran datos pasados, presentes y futuros proporcionando una base para seguir el proceso de la planificación estratégica. Para que un servicio de salud, pueda funcionar adecuadamente es necesario que tenga muy en cuenta lo que ocurrió, lo que ocurre y lo que aún puede ocurrir dentro de un servicio de salud, para evitar hechos que nos lleven al fracaso.

Planificación estratégica según Carlos Matus.

- a) La apreciación de la situación.
- b) El diseño normativo y prospectivo.
- c) El análisis y formulación estratégica.
- d) La táctica operacional. (10)

1. CONTEXTO

1.1 Ámbito territorial

Ubicación geográfica.

El municipio de Poroma, forma parte de la Segunda Sección de la provincia Oropeza, se encuentra ubicado al Norte a nivel provincial y al Noreste del departamento de Chuquisaca, perteneciente a la subregión I (Chuquisaca Norte) y la zona de la sierra subandina. Comprende a los cantones Piocera, Pojpo, Sijcha, Copavillque, Sapse, Luje, Huañoma y Poroma.

La población de Poroma, es el centro poblado más importante, constituye el núcleo operativo y administrativo del municipio, situado al Norte de la Segunda Sección, distante a 95 Km. de la ciudad de Sucre.

Latitud y longitud. Geográficamente la Segunda Sección Municipal se halla entre los paralelos 65°11'12'' y 65°41'36'' de Longitud Occidental del Meridiano de Grenwich; 18°20'00'' y 18°55'14'' de Latitud Sur.

Límites Territoriales.

Al Norte con los departamentos de Cochabamba y Potosí.

Al Sur con los cantones Huata, San Sebastian y Mama Huasi de la Sección Capital Sucre.

Al Este con el departamento de Cochabamba y los cantones Chuqui Chuqui y Huanifaya del Municipio de Sucre.

El CS Pomanasa se encuentra ubicado en la comunidad de Pomanasa, Subcentralía Copavillque del municipio Poroma, pertenece a un área rural donde su población vive en la extrema pobreza. Limita al este con las comunidades de La Kasa y Copavillque, al oeste la comunidad de Sacabamba, al norte con la comunidad de Molle Orko y al sur con la comunidad de Uruguayo. (12)

1.2 Características demográficas y del medio ambiente

1.2.1 Características demográficas.

Tabla N° 1 Composición por edad y sexo del Municipio Poroma según grupos quinquenales. Censo 2012.

Edad Quinquenal	Masculino	Femenino	Total	%
De 0 a 4 años	1141	1156	2297	13,21
De 5 a 9 años	1113	1107	2220	12,77
De 10 a 14 años	1190	1131	2321	13,35
De 15 a 19 años	760	684	1444	8,30
De 20 a 24 años	496	464	960	5,52
De 25 a 29 años	442	445	887	5,10
De 30 a 34 años	492	544	1036	5,96
De 35 a 39 años	472	448	920	5,29
De 40 a 44 años	416	418	834	4,79
De 45 a 49 años	405	407	812	4,67
De 50 a 54 años	400	371	771	4,43
De 55 a 59 años	345	342	687	3,95
De 60 a 64 años	316	309	625	3,59
De 65 a 69 años	200	199	399	2,29
De 70 a 74 años	213	240	453	2,60
De 75 a 79 años	104	132	236	1,35
De 80 a 84 años	118	169	287	1,65
De 85 a 89 años	50	50	100	0,57
De 90 a 94 años	30	32	62	0,35
De 95 años y más	11	15	26	0,14
Total	8714	8663	17.377	100

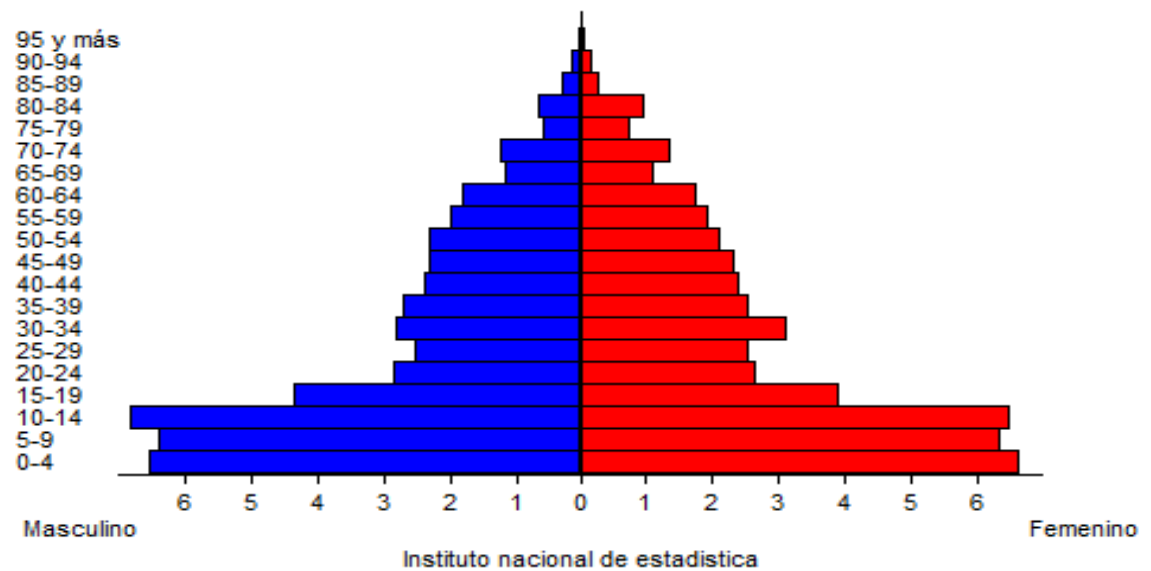
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2012.

El gráfico nos muestra que el grupo etario de 10 a 14 años es el grupo de mayor población del municipio de Poroma, que representa el 13.35%, con referente al sexo, se observa un mayor número del sexo masculino con referente al sexo femenino del total de la población, esto nos indica que existe una alta fecundidad y mortalidad, el de

menor población es el grupo etario de 95 y más que representa el 0.14% del total según el censo 2012. (11)

Gráfico N°1

Pirámide poblacional.



Es una pirámide joven de base ancha y rápida disminución hasta la cúspide con alta mortalidad y alta fecundidad (pirámide expansiva). Esta pirámide es característica de los países en vías de desarrollo. (11)

Tabla N° 2 Tasa anual de crecimiento intercensal 1992-2001 y 2001-2012.

	Censo 2001	TASA ANUAL DE CRECIMIE NTO INTERCEN SAL 1992-2001 (%)	Censo 2012	TASA ANUAL DE CRECIMI ENO INTERCE NSAL 2001-2012 (%)
Bolivia	8,274,325	2.74	10,027,262	1.57
Departamento Chuquisaca	531,522	1.71	576,153	0.69
Provincia Oropeza	241,376	3.39	286,140	1.40
Sección Capital - Sucre	214,913	3.70	259,388	1.54
Primera Sección – Yotala	9,497	0.01	9,403	-0.09
Segunda Sección – Poroma	16,966	1.78	17,349	0.20

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2012

La siguiente tabla muestra el comportamiento del crecimiento poblacional del municipio de Poroma de 1.78% en el censo 1992-2001, pero en el censo 2001-2012 se reduce a un 0,20% lo cual se debe al fuerte crecimiento migratorio de la población en busca de mejores condiciones de vida y al uso de métodos anticonceptivos debido a un aumento a la accesibilidad de los servicios. (11)

Migración.

Tabla N° 3. Emigración temporal según cantones, municipio Poroma censo 2012.

Cantones	N° de emigrantes	%
Poroma	45	13.4
Copavillque	38	11.3
Sapce	26	7.80
Luje	39	11.6
Piocera	58	17.4
Pojpo	51	15.2
Sijcha	33	9.9
Huañoma	45	13.4
Total general	335	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Censo 2012.

La emigración total de la población del Municipio de Poroma, significa el 1,93%; es decir, 2 de cada 100 personas migran a diferentes destinos.

Como se observa en el cuadro, la mayor migración temporal corresponde al cantón Piocera con 58 personas, que representa el 17,4% respecto al total de la migración del Municipio, seguidamente está el cantón Pojpo con 51 personas, que significa el 15,2%. Estos datos nos muestran, que si bien la migración es temporal, de alguna manera es muy preocupante para estos cantones indicados, lo propio ocurre en el resto de los cantones. Las principales causas se deben fundamentalmente a las precarias condiciones económicas por las que atraviesa el poblador; es decir, no hay fuentes de empleo en el medio en el que viven, sumados a los factores climáticos adversos, que dio origen a las condiciones desfavorables para el sector agrícola. (11)

Distribución espacial.

El Municipio de Poroma en promedio tiene 13,71 habitantes/Km², densidad superior a la media nacional (6,7 hab/Km²) y a la departamental que alcanza a 8,81 Hab/Km². Este promedio en términos relativos y a comparación de otras provincias y municipios del departamento es alta; tal el caso de San Lucas, con una densidad de 8 Hab/ Km², por una parte. Por otra, con menor densidad que las provincias de Oropeza (donde está la ciudad de Sucre), que para el 2001 alcanzó una densidad de 44,71 Hab/Km² y la provincia Yamparáez que para ese mismo año alcanzó una densidad de 21,24 Hab/Km². Esto significa, que el Municipio de Poroma, se encuentra en la zona intermedia en relación a otros municipios del departamento. (11)

Tabla N° 4 Tasa de mortalidad materna en el municipio de Poroma censo 2012.

Urbano / Rural	Área Urbana	Área Rural	Total
Área Rural	-	5,962	5,962
Total	-	5,962	5,962

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Censo 2012.

La siguiente tabla nos muestra la mortalidad materna del municipio de Poroma que es de 5,962 por cada 1000 nacidos vivos. Esto se debe a factores como el bajo nivel de instrucción, creencias religiosas, el no acceso a los servicios de salud por parte del

usuario, inaccesibilidad de caminos, medios de transporte y comunicación, debido a que es un municipio que vive en la extrema pobreza. (11)

Tabla N° 5 Tasa de mortalidad infantil municipio Poroma censo 1992-2001

DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y SECCIÓN DE PROVINCIA (MUNICIPIO)	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (defunciones por mil)	
	1992	2001
Total	75	66
Chuquisaca	88	71
Oropeza	69	57
Sección Capital - Sucre	61	53
Primera Sección - Yotala	92	75
Segunda Sección - Poroma	126	110

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Censo 2001

En la siguiente tabla se puede observar que la tasa de mortalidad infantil ha disminuido desde el censo 1992 al censo 2001 de un 126 a 110 defunciones en menores de un año por cada mil recién nacidos vivos, pero en comparación con los otros municipios sigue siendo alta, debido a que las condiciones de vida y salud son inadecuadas, debido a que el municipio vive en la extrema pobreza. (11)

Tabla N° 6 Tasa de fecundidad global municipio Poroma censo 1992- 2001

DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y SECCIÓN DE PROVINCIA (MUNICIPIO)	TASA GLOBALDE FECUNDIDAD (hijos por mujer)	
	1992	2001
Total	5.0	4.4
Chuquisaca	6.0	5.2
Oropeza	4.7	3.8
Sección Capital – Sucre	4.5	3.5
Primera Sección – Yotala	4.7	3.8
Segunda Sección – Poroma	6.2	7.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Censo 2001

La siguiente tabla comparativa entre los censos 1992 y 2001 de los tres municipios de la red Oropeza nos muestra que el municipio de Poroma ocupa el primer lugar se puede observar que el de mayor fecundidad es el municipio de Poroma con un 6.2 y 7.0 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. Se puede considerar que esta tasa de

fecundidad es un resultado positivo para el crecimiento poblacional a nivel de municipio. (11)

1.2.2 Comportamiento ambiental.

Aire.- El aire, componente vital de sobrevivencia, es puro la mayor parte del año; excepto en temporadas de la práctica anual del chaqueo indiscriminado, en Oriente, como también en ocasiones por los comunarios de lugar y zonas aledañas, que provoca gran humareda e impurezas en el medio ambiente, contaminando el aire. (12)

Agua.- La calidad de las aguas provenientes de los ríos y quebradas, no garantizan la potabilidad a las personas, trayendo consigo problemas para la salud de la población, ni la aptitud para la agricultura, este último, por la presencia de porcentajes considerables de sal, motivo por el cual la agricultura está centrada a la temporada de las lluvias, que en dependencia de estas será la producción que adquieran para el consumo diario de alimentos para su sobrevivencia. (12)

Inclemencias.- Las inclemencias de tiempo, naturales más comunes, con presencia en la zona son:

- ✓ Tormentas de lluvia, en épocas lluviosas, que ocasionan desbordes de los ríos y quebradas, provocando inundaciones de los terrenos ubicados en sus orillas.
- ✓ Sequías durante los meses de noviembre y febrero (época de floración), que provocan pérdidas considerables de los cultivos a secano.
- ✓ Granizadas en los meses de noviembre a enero y fuertes heladas en abril y mayo.
- ✓ Fuertes corrientes de aire (ventarrones), que arrasan con los árboles enraizados.

Una de las inclemencias ocurridas en forma cíclica, es el Fenómeno del Niño, manifestada a través de una sequía general, que causa daños irreversibles en la producción que repercute en la salud de la población. (12)

1.3 Características socioeconómicas.

Sistemas de producción

Sistemas de Producción Agrícola

Principales cultivos y variedades

Son pocas las especies cultivadas introduciendo nuevas variedades a fin de mejorar la producción, tal es el caso de la cebada cervecera, maíz choclero y papa de periodos cortos (miskha), las demás son variedades criollas seleccionadas de su propia cosecha

para la próxima siembra. Por ejemplo producen tubérculos como papa, oca, papa liza, maíz, trigo en la temporada de lluvia, que en dependencia de estas será la producción, la cual tiene una gran influencia sobre la salud de sus pobladores, que se utilizan para consumo diario y chirimoya en parcelas bajo riego, en pequeñas cantidades con demanda a mercados de Sucre. (12)

Tecnología empleada.

Las labores agrícolas, se caracterizan por el uso de yunta y mano de obra familiar, como fuerza de labranza, cumpliendo el siguiente proceso secuencial:

Preparación del suelo.- Se inicia con la roturación del suelo, utilizando tracción animal (yuntas), apoyados por los miembros de la familia en el desterronado manual.

Siembra.- Se utiliza yunta para abrir surcos, paralelamente, las mujeres van colocando las semillas, las cubren con guano (fertilizante orgánico) y finalmente la yunta se encarga de enterrarla. La semilla utilizada se la escoge de la cosecha anterior o del intercambio con los vecinos u otro sector. El uso de fertilizantes químicos es muy limitado.

Labores culturales.- En cada cultivo, el deshierbe y el aporque se lo realiza con yunta o de forma manual; siendo escasos los productos fitosanitarios utilizados para el control, sus costumbres ancestrales, les han permitido controlar su producción en forma natural; a pesar de ello, el agricultor manifiesta que los rendimientos son cada vez menores.

Cosecha.- Labor manual, donde participan todos los miembros de la familia, parientes y vecinos, según requerimiento.

Almacenamiento.- Utilizan depósitos y/o estructuras rústicas, construidas de material local; llamadas pirhuas para el caso de la papa y trojes para el almacenamiento de maíz y otros granos, según los agricultores las pérdidas alcanzan hasta un 15%.

Principales subproductos. Los subproductos se constituyen en una fuente adicional de ingresos y alimentación de las familias campesinas.

Harinas.- Producto de la transformación del maíz y trigo, destinadas a la elaboración de bebidas como la chicha de maíz, la elaboración de pan de maíz y trigo o mezcladas, especialmente en épocas de la fiesta religiosa de Todos los Santos.

Rastrojos.- Obtenida de la cosecha del maíz, trigo, cebada, es el follaje que queda en la parcela, aprovechado para los animales domésticos. En el caso del maíz, el follaje es

almacenado en árboles grandes cultivados especialmente con este fin; en épocas de escasez de alimento para los animales en las praderas, el agricultor recurre a esta reserva, con lo que se da inicio a la nueva campaña agrícola permitiendo alimentar al ganado vacuno o yunta encargada de la tracción del arado.

Pitos.- Una vez tostado el grano de maíz, trigo, estos son molidos para el consumo directo, cuando el agricultor realiza trabajos cotidianos o largos.

Deshidratación.- Una vez realizada la selección de papa, diferenciando las de consumo, venta, semilla y trueque, lo que sobra, se la destina a la elaboración de chuño, que consiste en deshidratar la papa aprovechando los periodos fríos y/o meses de invierno crítico, siendo un proceso bastante laborioso que demanda mucho tiempo, destinado en mayor porcentaje al consumo familiar, con escaso margen para la venta y el trueque. La carne vacuna también es deshidratada y guardada como charque de uso posterior.

El proceso que permite obtener estos subproductos, es a través de técnicas artesanales, cuyos volúmenes son destinados principalmente al consumo familiar. (12)

Sistema de producción pecuaria.

Población por especies principales

La producción pecuaria, se caracteriza por la crianza de especies criollas como vacas, ovejas, cabras, porcinos y asnos. La crianza, tiene propósitos alimenticios de la familia, donde el ganado porcino, de considerable demanda, reporta cantidades poco significativas.

Sistemas de producción artesanal.

Principales productos.- Los principales y casi únicos productos artesanales elaborados en el municipio son los Phullus, costales y ponchos de lana de oveja; así mismo, la producción de cestas fruterías, canastas y phuscas son significativas, como productos no maderables.

Tecnología empleada

La producción artesanal, basada en la utilización de técnicas tradicionales y manuales, transmitidas de generación en generación al interior de las familias. Las familias, elaboran phullus en forma artesanal, su venta, permite generar ingresos a las familias. La fabricación de costales de acopio de papa, trigo y maíz, está siendo reemplazada por bolsas sintéticas, con lo que esta práctica tradicional y costumbrista tiende a desaparecer. (12)

Aspectos organizativo-institucionales.

Las Organizaciones Territoriales de Base.

Cuenta con su correspondiente Personería Jurídica, garantizando su constitución legal.

La organización más importante en las comunidades es el Sindicato Agrario, al que se encuentran afiliados casi la totalidad de las familias de la comunidad, representada por una mesa directiva libremente elegida por un año calendario, mediante Asamblea General y conformada por una Secretaría General, siete secretarías de diferentes carteras y dos vocales, que representan a la comunidad, ante organismos de carácter público y privado, desarrollan tareas, como gestionar demandas, cumplimiento de la Legislación y de las determinaciones de la Magna Asamblea, administración de la justicia entre sus miembros; obedece a un ente superior, la Subcentralía Campesina, establecida de acuerdo a límites territoriales, quien a su vez responde a la Centralía Provincial, afiliada a la Federación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Chuquisaca.

El Sindicato, es sin duda, la organización más importante dentro de la comunidad, siendo el ente motriz de la dinámica municipal, de convocatoria obligatoria de las bases. El Sindicatos Agrario cumplen el rol de gestionar demandas comunales con bastante debilidad, aspecto que repercute en el cumplimiento de compromisos asumidos con las bases, debido a la escasa formación de sus miembros. Por otra parte los procesos migratorios, al afectar a uno de sus miembros, debilita a la organización, como también a las actividades relacionadas con salud.

La difusión de Leyes y Decretos, es escasa, lo que repercute en el desconocimiento de su aplicación, principalmente de los referidos a la Participación Popular.

La Subcentralía Copavillque es la instancia de representación de los grupos Sindicales, tiene la finalidad de coadyuvar en la concertación de intereses comunales, Distritales y municipales, dirigidas hacia el logro de un desarrollo para la región. (12)

1.4 Características socioculturales

En cuanto al equipamiento social, la comunidad cuenta con un Centro de salud de Primer nivel del mismo nombre con su respectivo equipo de salud, conformado por un médico y una auxiliar de enfermería, donde las condiciones de infraestructura y equipamiento no son adecuadas tanto para el personal de salud como para los usuarios, además se presta servicios a las comunidades de Molle Orko y Uruguayo. Para llevar a cabo la educación la comunidad se beneficia de un internado llamado Fray Francisco

Valea que presta sus servicios para nivel primario y secundario a la cual asisten alumnos de diferentes comunidades aledañas, que en coordinación con el sector educativo se llevan a cabo actividades enfatizadas en la promoción y prevención de la salud, donde tanto el plantel docente como el alumnado demuestran un gran interés sobre el cuidado de la salud. Hace poco la comunidad se beneficia de un telecentro que está en funcionamiento, de gran beneficio para el área de educación y salud, además se beneficia de dos pequeñas tiendas, con alimentos de la canasta básica, pero que en ocasiones no son suficientes, debido a la distancia para trasladar los productos, falta de un medio de transporte, inaccesibilidad de caminos en época de lluvias y el factor económico para el uso debido a los bajos recursos que repercute negativamente en la salud de la población. (12)

Religiones y creencias.

Se caracteriza por la profesión de la religión católica, ya que, el 91,5% de las familias, la practican, siendo fieles devotos. Aún persiste la creencia en la Madre Tierra (Pachamama), a quien se la rinde culto, con la tradicional “Challa”, en agradecimiento por los bienes materiales, animales adquiridos y la prosperidad. La creencia en el bien y el mal, es una práctica de los médicos brujos (hechiceros, curanderos).

Calendario Ritual, Festivo y comportamientos culinarios.

La festividad de mayor tradición, es el culto a los difuntos (Fiesta de Todos los Santos), seguida de las fiestas religiosas en varias comunidades, lo que pone en evidencia la profesión de la fe católica en la mayoría de los pobladores.

Los comportamientos culinarios y hábitos alimenticios están centrados en base a **harinas** producto de la transformación del maíz y trigo, destinadas a la elaboración de la “lawá” que es el alimento que se consume con mayor frecuencia, debido a los bajos recursos económicos que imposibilitan la compra de productos comercializados, se elaboran bebidas como la chicha de maíz, la elaboración de pan de maíz y trigo o mezcladas, especialmente en épocas de la fiesta religiosa de Todos los Santos. **Pitos** una vez tostado el grano de maíz, trigo, estos son molidos para el consumo directo, cuando el agricultor realiza trabajos cotidianos o largos. Destacar que tanto la preparación y uso de los alimentos no son adecuados para la salud, por lo que tenemos un arduo trabajo para cambiar estos hábitos de vida.(12)

Hasta la fecha no se reportaron ningún tipo de violencia, según informantes clave de la comunidad.

2. DETERMINANTES DE LA SALUD

Las determinantes de la salud son factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, la incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse. A continuación se muestran las dificultades o falencias obtenidas de las Carpetas Familiares, que inciden de forma negativa en la salud de la población.

1.- Determinante medio ambiental.

- Falta de accesibilidad a los servicios básicos como es agua potable, alcantarillado o letrinas sanitarias y alumbrado público, por falta de apoyo del Gobierno Autónomo Municipal.
- Manejo inadecuado de los desechos sólidos y líquidos, debido al desconocimiento que tiene la población.
- Bajo nivel cultural y de ingresos económicos.

2.- Determinante estilos de vida y conductas de salud.

- Consumo de alimentos insuficientes y de baja calidad nutricional, debido a los bajos ingresos económicos y las condiciones adversas de la naturaleza que se dan en algunos años como: heladas, granizadas y sequías.
- Utilización de aguas no potabilizadas, debido a que la población consume agua de riachuelos, acequias y pozos que son contaminadas por la misma población y animales.
- Fecalismo al aire libre en toda la población.

3.- Determinante biológico.

- Alta morbilidad de enfermedades diarreicas, respiratorias y de desnutrición crónica debido a las condiciones precarias en que vive la población.

4.- Determinante de los sistemas de atención en salud.

- Infraestructura insuficiente para el desarrollo de las diferentes actividades en salud hacia la población.
- Equipamiento médico insuficiente como falta de medicamentos, medio de transporte para el personal, computadora para el servicio de salud.
- Falta de recurso humano como un personal de odontología.
- La distancia para poder acceder a la asistencia médica en la mayoría de las familias y la falta de camino carretero que acerquen a los domicilios, que nos permitan llegar de forma oportuna con la atención ante cualquier emergencia.

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, mortalidad y los factores riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, población y tiempo. El proceso de salud/enfermedad/atención parte de la participación de cada comunidad, localidad en la construcción de la percepción sobre las enfermedades y prevalencias, la salud/enfermedad/atención “constituye un universal que opera estructuralmente en toda la sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran, la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales”. Los agentes protectores y provocadores son diversos y varían entre un territorio y otro; algunos pueden ser claramente identificados por las personas que habitan la comunidad y otros requieren de un análisis más profundo para su identificación. Una comunidad que identifica y conoce los factores que la agreden y aquellos que la resguardan, puede organizarse para enfrentar o controlar las enfermedades o padecimientos que les afectan, por tal motivo es necesario la realización de un plan de vigilancia en salud, tanto de enfermedades transmisibles, no transmisibles y otros daños a la salud, en el CS Pomanasa.

Tabla N° 7 Principales causas de morbilidad en el Centro de Salud Pomanasa gestión 2009-2014.

Enfermedades	Menor de 6 meses	De 6 meses a menor de 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 29 años	30 - 39 años	40 - 49 años	50 - 59 años	60 años y más	N°	%
IRA sin neumonía	23	32	55	12	10	14	15	18	16	21	216	43.5	
Neumonía	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2	4	0.8	
Enfermedad Diarreica Aguda	13	21	25	8	6	8	7	9	11	12	120	24.1	
Desnutrición crónica en menor de 2 años	2	6	12	-	-	-	-	-	-	-	20	4.0	
Artritis reumatoide	-	-	-	-	-	-	-	6	12	15	33	6.6	
Lumbalgia	-	-	-	-	-	-	5	7	9	12	33	6.6	
Enfermedad del reflujo gastroesofágico	-	-	-	-	-	-	4	6	9	11	30	6.0	
Chagas crónico	-	-	-	-	-	-	3	7	8	13	31	6.2	
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	5	1.0	
Cáncer Cérvico Uterino	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	0.6	
Picadura de serpientes	-	-	-	-	1	-	2	-	1	1	5	1.0	
Total												496	100

Fuente: Sistema Nacional Información en Salud. Notificación para la Vigilancia Epidemiológica 2009-2014.

En la tabla se observa las principales causas morbilidad, entre las que se destacan son las enfermedades transmisibles como IRAS con el 43.5% y EDAS con un 24.1% en niños menores de 5 años, que tienen un origen multifactorial como: abandono de los padres, nivel socioeconómico, cultural, educacional, hábitos alimentarios, servicios básicos (agua potable y letrinas sanitarias), distancia para acceder al servicio de salud, lo que exige un arduo trabajo por parte del equipo de salud, Gobierno Autónomo Municipal y dirigentes Sindicales de la comunidad para dar solución a estas necesidades y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población.

Tabla N° 8 Principales causas de mortalidad en el Centro de Salud Pomanaa gestión 2009-2014.

Enfermedades	<<	De 6 m a menos de 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 39 años	40 - 49 años	50 - 59 años	60 años y más	N°	%
Diabetes Mellitus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.7
Neumonía	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	3.4
Enfermedad Diarreica Aguda	2	3	5	1	-	-	-	-	1	4	16	27.5
Desnutrición crónica en menor de 2 años	-	2	4	-	-	-	-	-	-	-	6	10.3
Asma Bronquial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.7
Enfermedad del reflujo gastroesofágico	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2	5	8.6
Chagas crónico	-	-	-	-	-	-	1	2	7	8	18	31.0

Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	3.4
Cáncer Cérvico Uterino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	3.4
Picadura de serpientes	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	1	4	6.8
Total												58	100

Fuente: Sistema Nacional Información en Salud. Notificación para la Vigilancia Epidemiológica 2009-2014.

En la tabla se observa las principales causas mortalidad, donde la Enfermedad de Chagas Crónico representa el 32.7% de las muertes seguida por las EDAS con el 29.0%, que tienen un origen multifactorial como: abandono a grupos vulnerables, nivel socioeconómico, servicios básicos (agua potable y letrinas sanitarias), distancia para acceder al servicio de salud, la falta de accesibilidad de los caminos y medios de transporte para traslado de emergencias, lo que exige un arduo trabajo interinstitucional para dar solución a estas necesidades de la población.

Principales causas de morbilidad en niños menores de 5 años en el CS Pomanasa gestión 2009-2014.

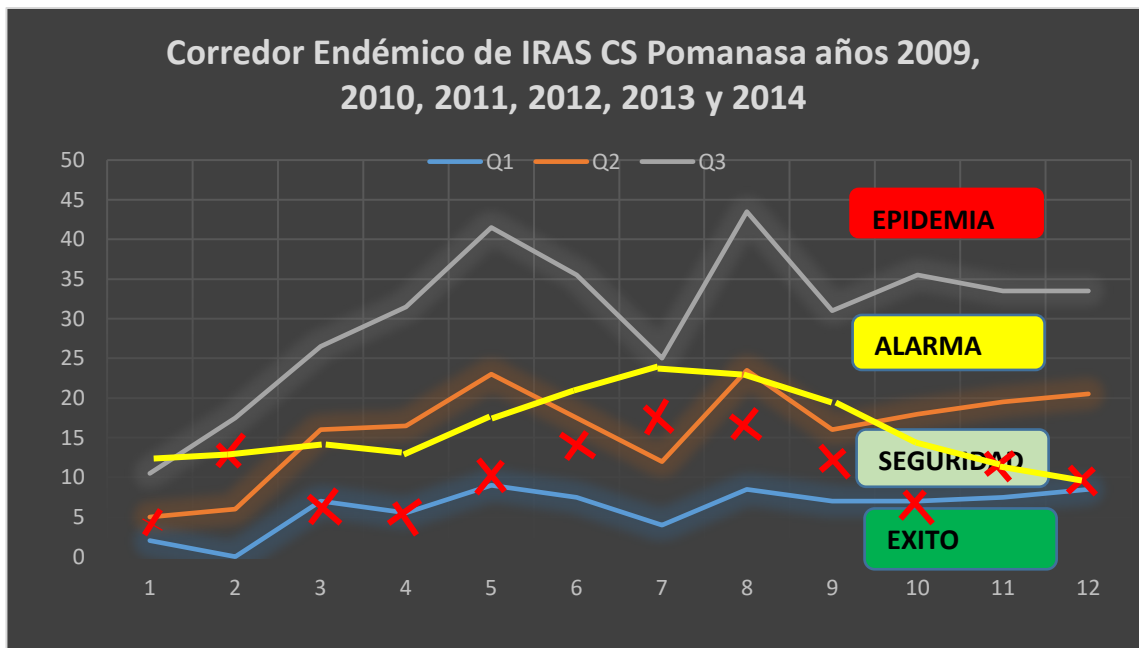
Tabla N° 9 Distribución de casos de IRAS por mes en el CS Pomanasa gestión 2009- 2013

	Ene ro	Febr ero	Ma rzo	Ab ril	Ma yo	Ju nio	Jul io	Ago sto	Septie mbre	Octu bre	Novie mbre	Dicie mbre	Tot al
2009	2	16	8	18	18	11	5	9	10	11	14	13	135
2010	5	6	9	11	7	7	3	24	7	7	7	7	100
2011	2	0	6	3	11	8	13	8	7	7	8	12	85
2012	6	0	12	8	14	10	13	16	9	20	12	10	130
2013	3	7	9	12	19	25	8	15	20	15	14	13	160

Fuente: Notificación para la Vigilancia Epidemiológica 2009-2014 CS Pomanasa.

En la tabla se observa, que el mayor número de casos de IRAS se registró en el año 2013 con un total de 160 casos, con respecto a los meses con mayor frecuencia de casos en los cinco años, se observa entre mayo a agosto, que se relaciona con la estación de invierno, además asociado a factores socioculturales, económicos, alimentarios que adopta la población, la distancia y falta de transporte para acceder al CS de salud.

Q1	2	0	7	5.5	9	7.5	4	8.5	7	7	7.5	8.5
Q2	3	6	9	11	14	10	8	15	9	11	12	12
Q3	5.5	11.5	10.5	15	18.5	18	13	20	15	17.5	14	13
2014	4	5	7	6	10	14	18	16	13	8	5	4



Fuente: Notificación para la Vigilancia Epidemiológica 2014 CS Pomanasa.

En el grafico se observa que en los meses de abril, mayo, junio y julio los casos de IRAS toma una curva ascendente desde la zona de éxito pasando por la zona de seguridad hasta llegar a la zona de alarma, pero desde los meses de agosto a diciembre los casos de IRAS toman una curva descendente, debido a la disminución de casos.

Tabla N° 10 Distribución de casos de EDAS en niños menores de 5 años, por meses desde el año 2009- 2013.

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Años													
2009	2	3	5	6	1	0	2	0	2	2	4	8	35
2010	5	6	9	3	1	1	0	2	1	1	6	5	40
2011	3	4	6	3	0	0	1	0	0	1	7	9	34
2012	4	3	7	5	2	0	2	1	2	0	9	6	41
2013	3	7	8	4	3	1	0	0	1	1	8	9	45

Fuente: Notificación para la Vigilancia Epidemiológica 2014 CS Pomanasa.

En la tabla se observa, que el mayor número de casos de EDAS se registró en los años 2010, 2012 y 2013, con respecto a los meses con mayor frecuencia de casos en los cinco años, se observa entre noviembre a abril, que se relaciona con la estación de verano, por efecto de las lluvias se produce el arrastre de impurezas contaminando el agua de consumo, que es directamente del río y riachuelos, por falta de servicios básicos como es el agua potable y la construcción de letrinas sanitarias para la población, además asociado a factores socioculturales, económicos, alimentarios, la distancia y falta de transporte para acceder al CS de salud.

Tabla N° 11 Distribución de casos de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, por meses desde el año 2009- 2013.

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Años													
2009	2	3	1	2	1	2	2	0	3	2	4	2	24
2010	0	1	0	1	2	1	2	1	0	1	2	2	13
2011	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	6
2012	1	0	0	1	0	1	2	1	0	0	1	0	7
2013	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	6

Fuente: Notificación para la Vigilancia Epidemiológica 2014 CS Pomanasa.

En la tabla se observa, que el mayor número de casos de desnutrición crónica se registró en los años 2009 con 24 casos y el año 2010, con respecto a los meses con mayor frecuencia de casos en los cinco años, se observa en julio y noviembre, que se relaciona

con la escases de alimentos para consumo, según los pobladores refieren que en esos años, tuvieron poca producción agrícola debido a las escasas lluvias que se dieron en el lugar, porque su alimentación es en base a su producción, además está asociado a los bajos recursos económicos y mala calidad de alimentación.

4. PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad. Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como aquellos que afectan la salud mental, los accidentes de tránsito, la violencia, la drogadicción, entre otros. En el caso del CS Pomanasa, el perfil de la morbilidad expresa además la condición de pobreza debido a los bajos recursos económicos, porque la producción está centrada a la agricultura con obtención de productos solo para consumo diario, bajo nivel de educación es otro factor donde en la gran mayoría de las familias solo estudio hasta el tercer grado de primaria, existe malos hábitos higiénico dietéticos, consumo de agua no potabilizada, defecación al aire libre por la inexistencia de servicios básicos, lo que está originando las enfermedades diarreicas agudas, existe bastante hacinamiento donde duermen de 4 a 5 personas por habitación lo que facilita la transmisión de enfermedades por vía respiratoria, abandono de los padres hacia los hijos en la época de siembra y cosecha de sus productos, periodo intergenésico corto lo que obliga a las mamás al destete temprano lo cual está dando lugar a la desnutrición crónica y la falta de medicamentos en ocasiones para hacer el tratamiento respectivo en cada caso. Abandono de los padres, extrema pobreza, bajo nivel educacional de los padres, enfermedades asociadas (parasitosis) y el hacinamiento, no inmunización.

Entre los factores protectores que nos ayudarían a mejorar la salud de la población estarían: el alto nivel de educación de los padres, nivel económico alto, el cuidado permanente de los padres hacia los hijos, el lavado de manos antes de cada comida, el

consumo de agua hervida, consumo de agua potabilizada, el recojo y una adecuada disposición de desechos líquidos y sólidos, la buena ventilación de las viviendas.

5. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

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

En cuanto al equipamiento básico, la comunidad cuenta con un Centro de salud del mismo de actividades en salud (motocicleta o ambulancia), el equipo de salud está conformado por un médico y una auxiliar de enfermería, que brindan servicio además a las comunidades de Molle Orko y Uruguayo. Mencionar que el lugar se cuenta con 5 parteras, 3 parteros y 6 curanderos, con los cuales se lleva un trabajo coordinado con el objetivo de salvar vidas, mediante la aplicación del conocimiento médico y la medicina tradicional que ellos mantienen de sus antepasados.

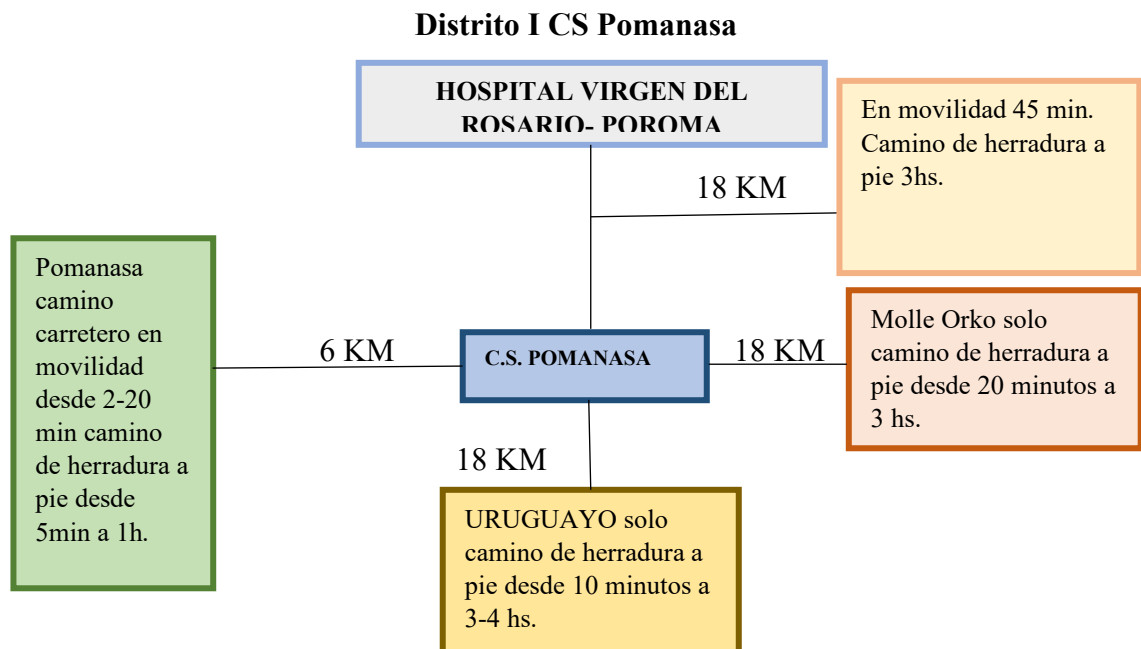
Para llevar a cabo la educación la comunidad se beneficia de un internado llamado Fray Francisco Valea, con su respectiva cancha multifuncional, que es el único centro recreacional que tiene la comunidad, presta sus servicios para nivel primario con tres maestros y 65 alumnos, el nivel secundario con siete maestros y 153 alumnos, encabezado por un director de núcleo, a la cual asisten alumnos de diferentes comunidades aledañas. Hace poco la comunidad se beneficia de un telecentro que está en funcionamiento, de gran beneficio para el servicio público como es la educación y la salud, además se beneficia de dos pequeñas tiendas, con alimentos de la canasta básica, pero que en ocasiones no son suficientes para los usuarios debido a la distancia para su transporte.

5.2 Oferta de servicios de salud

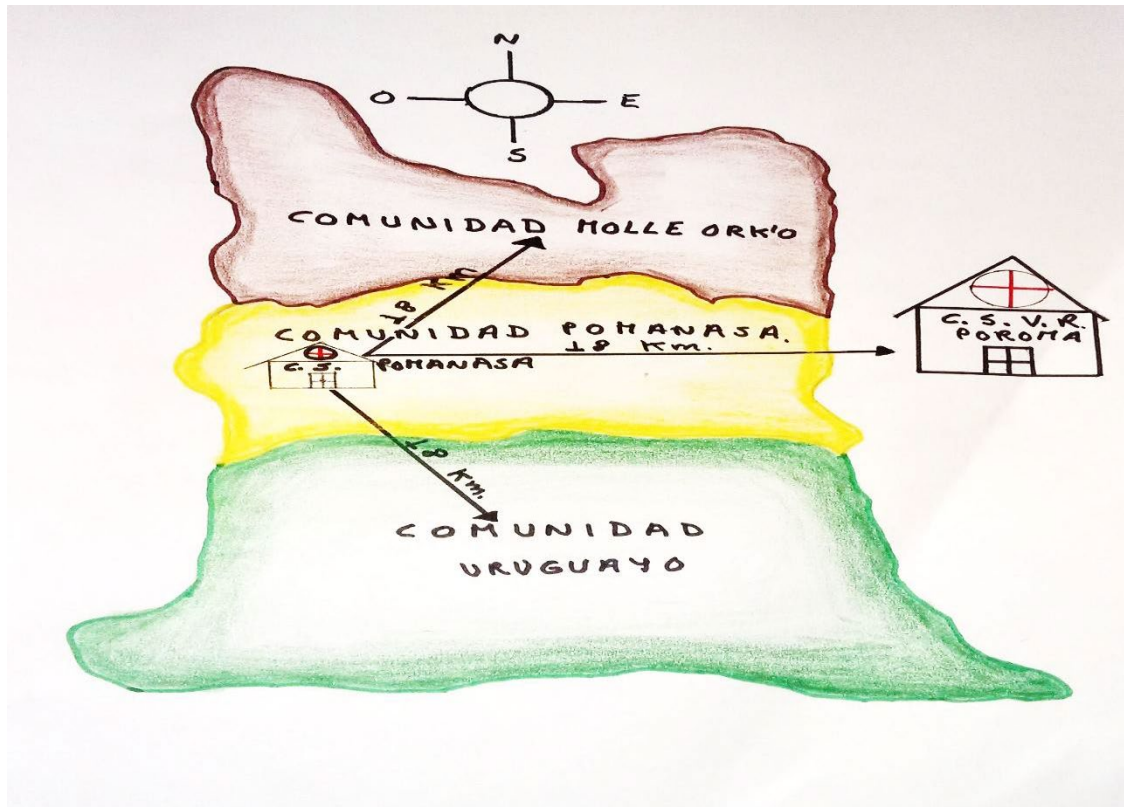
El Centro de salud está a una distancia de 18 km al servicio de salud más próximo, donde se localiza el Hospital Virgen del Rosario, atiende a una población de 745 habitantes, ubicado en el área rural, es una zona geográfica montañosa, con presencia de riachuelos y quebradas, donde la comunicación vía móvil gran parte del año es fluida, no cuenta con transporte fijo, su frecuencia es de una vez por semana, con un costo de 10 bolivianos con un tiempo de 45 minutos de viaje, existe inaccesibilidad de caminos para motorizados en la temporada de lluvias, falta de transporte para trasladarse debido a la distancia para acceder a la atención, los recursos económicos bajos, que impiden acceder a su atención en la población que no cuenta con seguro. En cuanto al suministro

de medicamentos se tiene dificultades debido a la falta de disponibilidad en cabecera de municipio, produciendo quejas en los usuarios. El servicio de salud presta atenciones de Primer Nivel aplicando la Política SAFCI en coordinación con los médicos tradicionales donde el 70% de las actividades están destinadas a la comunidad y un 30% a la atención en servicio, enfocado a las actividades de promoción y prevención de la salud, se realiza atenciones de consulta externa a toda la población, atención integral al niño o niña menor de cinco años, con aplicación del PAI integral, servicios de anticoncepción, planificación familiar, atención de partos, se hace referencia de pacientes al inmediato superior cuando se requiere, además se presta servicios en el programa Malaria, Tuberculosis y Desnutrición Cero. Además en cuanto a información sobre producción del servicio se envían las semanas epidemiológicas a cabecera de municipio y mensualmente se llena el SOAPS, SALMI e informe del SNIS para hacer seguimiento de coberturas.

5.3 Accesibilidad geográfica representada en un diagrama de isócronas.



Mapa de isócronas C.S. Pomanasa.



6. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD

La descripción problemática del área de estudio nos permitirá determinar la extensión de los diferentes problemas y necesidades de salud, los factores asociados que originan dicha problemática que involucra al sector público, sobre todo al sector salud, educación, gobierno autónomo y la OTB. Es así que se describe a continuación las tres principales causas de morbilidad del área en estudio. En Bolivia, las EDA se presentan en alrededor del 30% de la población total de niños menores a 5 años, produciéndose anualmente más de 12.000 muertes. En el CS, las EDA son una de las principales causas de consulta en la población infantil, debido a que es una población ubicada en el área rural, hábitos alimentarios inadecuados, debido a los estilos de vida, hogares sin acceso a agua potable y letrinas sanitaria por falta de apoyo del gobierno autónomo municipal, padres que tienen un bajo nivel de escolaridad, bajos recursos económicos y la escasez de medicamentos para su tratamiento. Sin duda, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan al ser humano en cualquier punto de las vías

respiratorias. Las IRA constituyen un importante problema de salud pública y servicios de salud tal es el caso del CS Pomanasa, siendo además una de las principales causas de muerte en la población boliviana y primera causa de consulta en los servicios de primer nivel. Los factores son múltiples por ejemplo: el abandono de los padres en la temporada de siembras y cosechas de sus productos, el hacinamiento que es preocupante donde duermen de 4 a 5 personas en habitaciones pequeñas, bajo nivel económico que se centra en la agricultura, debido a que no se comercializan sus productos porque solo está destinado al consumo diario y más aún que no se ve el apoyo del gobierno autónomo en la descentralización de recursos para mejoramiento de la agricultura y la generación de recursos económicos, nivel de instrucción bajo de los padres que imposibilita el buen entendimiento de las actividades relacionadas con salud, distancia para acceder al servicio dada por las características del área (rural), falta de transporte para acceder al servicio y la escasez de medicamentos en el servicio para resolver los problemas de salud de la población.

La desnutrición crónica es uno de los problemas más apremiantes de la población infantil en Bolivia y CS Pomanasa, las condiciones sociales, políticas y económicas no han permitido erradicar este flagelo y actualmente es una de las prioridades para el sistema de salud. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIPEI) y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), priorizan el problema de la desnutrición en el menor de cinco años, como una manera efectiva de reducir la elevada morbi-mortalidad asociada. La desnutrición se concentra debido a que es una población ubicada en el área rural, hogares sin acceso a agua potable y letrinas sanitarias, padres que tienen un bajo nivel de escolaridad y los bajos recursos económicos, estilos de vida y alimentarios no adecuados para la salud.

7. NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN.

Las principales necesidades identificadas en el lugar de trabajo, se mencionaran según cada determinante con recolección de información cualitativa mediante el enfoque de búsqueda de consenso en la cual se identifican las siguientes necesidades.

1.- Determinante medio ambiental.

- Falta de apoyo por parte del gobierno municipal hacia la comunidad en el desarrollo de políticas destinadas al desarrollo productivo.

- Falta de accesibilidad a los servicios básicos como es agua potable, alcantarillado o letrinas sanitarias y alumbrado público.
- Desconocimiento en el manejo adecuado de los desechos sólidos y líquidos.
- Carreteras inaccesibles para transporte de emergencias, en la época de lluvias lo que pone riesgo la salud de la comunidad.
- Bajo nivel cultural y de ingresos.

2.- Determinante estilos de vida y conductas de salud.

- Consumo de alimentos insuficientes y de baja calidad nutricional.
- Utilización de aguas no potabilizadas.
- Fecalismo al aire libre.

3.- Determinante biológico.

- Alta morbilidad de enfermedades diarreicas, respiratorias y de desnutrición crónica debido a las condiciones precarias en que vive la población.

4.- Determinante de los sistemas de atención en salud.

- Infraestructura insuficiente para el desarrollo de las diferentes actividades en salud hacia la población.
- Equipamiento médico insuficiente como falta de medicamentos, medio de transporte para el personal, computadora para el servicio de salud.
- Falta de recurso humano como un personal de odontología.
- La distancia para poder acceder a la asistencia médica.

Tabla N° 12 Definición del enfoque que se utilizará, el método, la fuente información y el proceso para la recolección, procesamiento y análisis de los datos.

Enfoque	Método	Fuente de información	Formas de recolección	Procesamiento y medición	Tiempo
Búsqueda de consenso	Informantes claves, foro comunitario y Grupo nominal.	Lluvia de ideas	Foro comunitario	Manual, Word, Excel	Moderado

8. ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN

Tabla N°13 Alianzas estratégicas para soportar el plan.

Actores	Recursos que controla	Actitud frente a la problemática de salud; favorable, desfavorable, neutra, indiferente.
Gobierno Autónomo Municipal Poroma	Infraestructura, equipamiento, servicios básicos, personal de salud que trabaja con contrato alcaldía y funcionamiento del Servicio de Salud.	Favorable
Jefatura de municipio Poroma	Al personal de salud, cumplimiento de las actividades programadas en salud y funcionamiento de los horarios de atención en el Servicio de Salud.	Favorable
Equipo de Salud CS Pomanasa	Infraestructura, equipamiento, insumo de medicamentos y el funcionamiento permanente del Servicio de Salud.	Favorable
Comité Local de Salud Pomanasa	Al personal, funcionamiento, cumplimiento de actividades programadas, infraestructura, equipamiento e insumo de medicamentos del Servicio de Salud.	Favorable
Dirigentes Sindicales de la comunidad	Al personal, funcionamiento, cumplimiento de actividades programadas, infraestructura, equipamiento e insumo de medicamentos del Servicio de Salud.	Favorable
Organización de mujeres Bartolina Sisa	Al personal, funcionamiento, cumplimiento de actividades programadas, infraestructura, equipamiento e insumo de medicamentos del Servicio de Salud.	Favorable
Fundación contra el	Cumplimiento de las actividades programadas con el Servicio de Salud.	Favorable

hambre		
Profesores	Cumplimiento y socialización de actividades programadas hacia el sector educativo basados en la promoción y prevención de la salud.	Favorable
Parteros(as)	Velan la salud de las gestantes y colaboran en la atención del parto en coordinación con el equipo de salud.	Favorable
Curanderos(as)	Atención a la población que requiere sus conocimientos para dar solución a sus problemas.	Favorable

A continuación se describe las diferentes organizaciones sociales con las cuales se harán alianzas estratégicas para mejoramiento de la salud de la población que se tiene en base a los problemas priorizados.

Gobierno Autónomo Municipal Poroma.- Es un aliado estratégico por el cual se puede mejorar tanto la infraestructura como el equipamiento del Servicio de Salud, además de la implementación de los servicios básicos como es agua potable, alcantarillado, lanzamiento de proyectos en el mejoramiento de caminos carreteros y proyectos destinados a la agricultura para mejoramiento de la calidad de alimentación ingresos económicos.

Jefatura de municipio Poroma.- Es el aliado que viabiliza todos los requerimientos que se necesitan, ya sea infraestructura, equipamiento, insumo de medicamentos, personal de salud, para llevar a cabo las diferentes actividades que se dan en el Servicio de Salud.

Equipo de Salud CS Pomanasa.- Es el que vela por la salud de la población, es el que programa, hace pedidos, el seguimiento y da solución a las diferentes necesidades que se dan en el Servicio de Salud.

Comité Local de Salud, dirigentes Sindicales de la comunidad y organización de mujeres Bartolina Sisa.- Contribuye en la programación, coordinación, requerimientos que se tienen, hace seguimiento a las necesidades que se priorizan para el para llevar a cabo las diferentes actividades con el Servicio de Salud.

Fundación contra el hambre (FH).- ONG de gran apoyo para la comunidad, que brinda educación a madres para mejora la calidad de alimentación de los niños, insumos para desparasitar y prevención de anemia.

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

Las líneas de acción es en base a los problemas de salud priorizados en este caso nos referiremos a las Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años.

Áreas	Problemas de salud identificados	Problema central	Líneas de acción
I. Programación Local	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de agua no potabilizada. 2. Disposición final de basura al campo libre. 3. Disposición de excretas al aire libre. 4. Abandono de los padres hacia los niños en temporadas de siembra y cosecha. 5. Falta de apoyo por parte del gobierno municipal 	Alta morbilidad de Enfermedades Diarreicas Agudas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar actividades de coordinación con el Comité Local de Salud de cada comunidad, para mejorar la accesibilidad en la atención y la calidad de vida. 2. Realizar acciones de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para disminuir morbilidad y la inserción de los actores institucionales y sociales en la solución de los problemas de salud.

	hacia la comunidad para acceder a los servicios básicos.		
II. Vigilancia en salud	<p>1. Ausencia de conocimientos de los padres acerca de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.</p> <p>2. Falta de un adecuado seguimiento a los casos de diarrea en niños < de 5 años.</p>	Alta morbilidad por Enfermedades Diarreicas Agudas en niños < de 5 años y factores de riesgo que inciden en las mismas.	<p>1. Realizar actividades de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para disminuir morbilidad.</p> <p>2. Realizar actividades de seguimiento de Enfermedades Diarreicas Agudas para lograr su control.</p>

III. Servicios de nivel primario.	1. Infraestructura y equipamiento del servicio de salud deficiente. 2. Carencia de insumos adecuados para dar una buena atención (falta de medicamentos) 3. Poca accesibilidad al servicio de salud debido a la distancia.	Acceso deficiente a la atención primaria de salud.	1. Mejorar el acceso a la atención primaria de salud en la comunidad. 2. Gestionar proyectos con el gobierno autónomo y dirigentes sindicales sobre todo en cuanto a infraestructura y equipamiento.
--	--	--	---

En el cuadro se muestran las líneas de acción tanto en la programación local, vigilancia de la salud y servicios de nivel primario que nos orientaran hacia el plan estratégico para dar solución al problema de salud priorizado.

PARTE III – PROPUESTA

1. MOMENTO NORMATIVO Y ESTRATEGICO.

El Centro de Salud de Pomanasa es un servicio de primer nivel, cuenta con 5 años de funcionamiento ubicado en el municipio de Poroma, no cuenta con un plan estratégico motivo por el cual se realiza este plan para mejorar la salud de la población de la comunidad de Pomanasa.

1.1 Visión del Centro de Salud Pomanasa sobre control y disminución en la morbilidad por EDAS desde el año 2016- 2020.

Para el año 2020, mejorar la salud de la población en niños menores de 5 años sobre enfermedades diarreicas agudas, en base a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con altos niveles de atención de calidad, garantizando la salud integral de este grupo de población, el acceso a los servicios básicos y mejoramiento a la accesibilidad del servicio de salud, promoviendo la participación de las familias y la comunidad en el autocuidado de la salud, con participación coordinada del equipo de salud, Gobierno Autónomo Municipal, Comité Local de Salud y OTBs, para vivir bien.

1.2 Estrategia

La estrategia que abarca el plan estratégico es para la atención del niño en menores de 5 años basado en la programación local y vigilancia de la salud que está enfocado en la intersectorialidad con la intervención coordinada entre los diferentes sectores como: Gobierno Autónomo Municipal de Poroma, Educación, Salud, ONG (Fundación contra el Hambre), y OTBs para tratar y abordar las determinantes socioeconómicas de la salud como: saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, organización social y otros, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas y optimizando recursos, con participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del involucramiento autónomo y organizado de la comunidad rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación- control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones desde dentro y fuera del establecimiento. La movilización de recursos funcionará en base a recursos materiales a cargo del gobierno municipal como es la infraestructura para mejoramiento del servicio de salud. Equipamiento que incluye mobiliario móvil (motocicleta), insumo de medicamentos esenciales, vacunas, reactivos para diagnóstico, documentación médica, administrativa y recursos humanos, con

participación de los diferentes actores sociales los cuales asumirán responsabilidades que deben dar cumplimiento a las actividades propuestas, mediante el uso de las relaciones de poder de los diferentes sectores sociales a través de la construcción de alianzas estratégicas por medio de acuerdos y convenios que se efectúan con los representantes de la comunidad, sector salud e instituciones públicas y privadas mediante la abogacía por la salud, para llegar a un mismo objetivo de esta manera responder y dar cumplimiento con la estrategia de salud planteada.

1.3 Análisis FODA sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en el del CS Pomanasa.

	Interno	Externo
A favor	<p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo permanente por parte del Comité Local de Salud de la comunidad para la realización de las diferentes actividades en salud. 2. Apoyo por parte de los miembros de la OTB. 3. Realizar capacitaciones mensualmente al Comité Local de Salud sobre promoción y prevención de enfermedades diarreicas. 	<p>Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación con otras instituciones públicas y privadas. 2. Apoyo y compromiso por parte del gobierno autónomo de Poroma. 3. Coordinación y apoyo permanente con Jefatura de Municipio.
En contra	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de un medio de transporte para realizar actividades en salud 2. Escases de medicamentos en el servicio. 3. Poca accesibilidad al servicio debido a la distancia 4. Caminos inaccesibles en época de lluvias. 5. Abandono de familiares a grupos vulnerables en épocas de siembra. 	<p>Amenazas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alta vulnerabilidad de eventos naturales como sequias, granizadas, heladas y desbordamiento de riachuelos. 2. Cambio de funcionarios del Gobierno Autónomo Municipal. 3. Cambio del personal de Jefatura de municipio. 4. Cambio de miembros de la OTB anualmente.

	6. Falta de servicios básicos como agua potable y letrinas sanitarias. 7. Producción agrícola insuficiente. 8. Bajo nivel socioeconómico de sus habitantes.	
--	---	--

1.4 Objetivos estratégicos.

- ✓ Lograr el 35 % de conocimientos básicos en el Comité Local de Salud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en cuenta estas necesidades encontradas hasta el año 2015 y mediante una acción concertada con todos los actores sociales pertinentes.
- ✓ Disminuir en un 30 % la morbilidad de las Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores de prevalencia encontrados hasta el año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.
- ✓ Lograr en un 35 % el control de Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores de prevalencia encontrados hasta el año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.
- ✓ Mejorar un 25 % la accesibilidad al servicio de salud en un periodo de 5 años tomando en cuenta las necesidades identificadas al año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.
- ✓ Mejorar en un 30% la organización, infraestructura y equipamiento del C.S. Pomanasa en un periodo de 5 años tomando en cuenta las necesidades identificadas al año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.

1.4.1 Matriz. Relación de Ejes y objetivos estratégicos del Plan sectorial de salud y áreas de actividad del Plan de Salud en el nivel local

Ejes	Objetivos estratégicos	Área de actividad 1 (Programación local)	Área de actividad 2 (Vigilancia de la salud)	Área de actividad 3 (Servicios de nivel primario)
Acceso universal al sistema único de salud	Efectivizar el acceso universal a los servicios de salud integrales y sin costo en el punto de atención para toda la población en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones	Programación local		
Promoción de la salud y movilización social	Incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial en el marco del derecho a la salud		Vigilancia de la salud	Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local
Rectoría	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud

La matriz nos muestra los ejes y su relación con los objetivos estratégicos del Plan sectorial de salud que se va incorporando al área de actividad que corresponde para distinguir bien los objetivos en cada área.

1.5 Líneas de acción.

Áreas	Líneas de acción
Programación Local	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar actividades de coordinación con el Comité Local de Salud de cada comunidad, para mejorar la accesibilidad en la atención y la calidad de vida. 2. Realizar acciones de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para disminuir morbilidad y la inserción de los actores institucionales y sociales en la solución de los problemas de salud.
Vigilancia en salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar actividades de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para disminuir morbilidad. 2. Realizar actividades de seguimiento de Enfermedades Diarreicas Agudas para lograr su control.
Servicios de Nivel Primario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el acceso a la atención primaria de salud en la comunidad. 2. Gestionar proyectos con el gobierno autónomo y dirigentes sindicales sobre todo en cuanto a infraestructura y equipamiento.

El cuadro nos muestra las tres áreas de trabajo representadas cada una por dos líneas de acción sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años.

2. MOMENTO TACTICO OPERACIONAL.

2.1 Matriz: Relación de las áreas de actividad con los objetivos estratégicos, líneas de acción, resultados, indicadores y medios de verificación en el CS Pomanasa.

Área de actividad	Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de verificación
Programa de acción local	Lograr el 35 % de conocimientos básicos en el Comité Local de Salud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en cuenta estas necesidades encontradas hasta el año 2015 y mediante una acción concertada con todos los actores sociales pertinentes.	1. Realizar actividades de coordinación con el Comité Local de Salud en cada comunidad, para mejorar la accesibilidad en la atención y la calidad de vida.	Se logró el 35 % de conocimientos sobre Enfermedades Diarreicas Agudas	Mediante informes de actividades realizadas con el Comité Local de Salud	Registro de archivos como: entrevistas, encuestas, libro de actas, fotografías
	Disminuir en	2. Realizar	Se logró	Actividad	Cuaderno N° 6 Actividades

	<p>un 30 % la morbilidad de las Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores de prevalencia encontrados hasta el año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.</p>	<p>acciones de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para disminuir morbilidad y la inserción de los actores institucionales y sociales en la solución de los problemas de salud.</p>	<p>disminuir un 30% la morbilidad de EDAS mediante la promoción de la salud y la medicina preventiva</p>	<p>des de promoción, prevención y cuidados en el niño menor de 5 años.</p>	<p>del establecimiento con la comunidad, libro de actas de sesiones educativas en salud.</p>
<p>Vigilancia de la salud</p>	<p>Disminuir en un 30 % la morbilidad de las Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5</p>	<p>1. Realizar actividades de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para</p>	<p>Se logró disminuir un 30% la morbilidad de EDAS mediante la promoción de la salud</p>	<p>Informes de las actividades de promoción y prevención.</p>	<p>Corredores endémicos del servicio, fotografías Formulario de Notificación</p>

	<p>años tomando en cuenta los indicadores de prevalencia encontrados hasta el año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.</p> <p>Lograr en un 35 % el control de Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores de prevalencia encontrados hasta el año 2015 mediante una</p>	<p>disminuir morbilidad.</p> <p>2. Realizar actividades de seguimiento de Enfermedades Diarreicas Agudas para lograr su control.</p>	<p>y la medicina preventiva</p> <p>Se logró el 35 % en el control de las Enfermedades Diarreicas Agudas.</p>	<p>Mantención en zona de éxito las Enfermedades Diarreicas Agudas.</p> <p>Informes de las actividades de promoción y prevención.</p> <p>Mantención en zona de éxito las Enfermedades Diarreicas</p>	<p>para la Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Corredores endémicos del servicio, fotografías Formulario de Notificación para la Vigilancia Epidemiológica.</p>
--	---	---	--	---	---

	acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.			Agudas.	
Servicios de Primer Nivel. Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local	Mejorar un 25% la accesibilidad al servicio de salud en un periodo de 5 años tomando en cuenta las necesidades identificadas al año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes. Mejorar en un 30% la organización, infraestructura y	1. Mejorar el acceso a la atención primaria de salud en la comunidad. 2. Gestionar proyectos con el gobierno autónomo y dirigentes	Se logró un 25% de accesibilidad al servicio Se logró el 30% en el mejoramiento en cuanto a	Mediante informes de actividades realizadas con las organizaciones sociales e institucionales. Mediante informes de actividades	Registro de archivos como: entrevistas, encuestas, libro de actas, fotografías. Registro de archivos como: entrevistas, encuestas, libro de actas, fotografías.

	equipamiento del C.S. Pomanasa en un periodo de 5 años tomando en cuenta las necesidades identificadas al año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.	sindicales sobre todo en cuanto a infraestructura y equipamiento.	infraestructura y equipamiento.	realizadas con las organizaciones sociales e institucionales.	
--	---	---	---------------------------------	---	--

La matriz nos muestra las tres áreas de trabajo cada una con su respectivo objetivo estratégico, sus líneas de acción, sus resultados, indicadores y sus medios de verificación sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años en el C.S. Pomanasa.

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

Resultados	Actividades	Tiempo	Responsable
Programación local	Mejorar la accesibilidad de la atención en las comunidades mediante el Comité Local de Salud para que presten los primeros servicios de esa manera prevenir deshidrataciones y realizar charlas educativas enfocadas en la promoción y prevención de las EDAS.	2 año a conseguir el logro de las actividades programadas	Médico Comunitario, auxiliar del servicio, Comité Local de Salud.
Vigilancia de la salud	Realizar charlas educativas, sobre promoción y prevención de EDAS y realizar entrevistas haciendo énfasis en la vigilancia de la salud.	1 año conseguir el logro de las actividades programadas en la vigilancia de la salud.	Médico Comunitario, auxiliar del servicio y Comité Local de Salud.
Servicios de Primer Nivel Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local	Realizar charlas educativas de forma oportuna y continua, enfatizados en la promoción de la salud y vigilancia de la de la salud mediante el cumplimiento de los programas de vigilancia.	2 años conseguir el logro de las actividades programadas de esta forma fortalecer el nivel primario del servicio.	Médico Comunitario, auxiliar del servicio, y Comité Local de Salud.

La matriz nos muestra los resultados que se obtendrán en las tres áreas de trabajo por medio de actividades en un tiempo determinado con asignación de responsables de las actividades para dar solución a las necesidades priorizadas.

2.3 Resumen del plan estratégico.

Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de verificación	Actividades	Tiempo	Responsable
Programación local. Lograr el 35 % de conocimientos básicos en el Comité Local de Salud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en cuenta las necesidades encontradas hasta el año 2015 y mediante una acción concertada con todos	1. Realizar actividades de coordinación con el Comité Local de Salud en cada comunidad, para mejorar la accesibilidad en la atención y la calidad de vida.	Se logró el 35 % de conocimientos sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en el Comité Local de Salud.	Mediante informes de actividades realizadas con el Comité Local de Salud	Registro de archivos como: entrevistas, encuestas, libros de actas, fotografías. SNIS, Carpeta familiar es.	Socialización de la estrategia a la población Capacitación al Comité Local de Salud y sus Autoridades Locales de Salud sobre medidas preventivas de EDAS. Establecer Centros de Rehidratación Oral con los insumos necesarios para cada comunidad para evitar	3 meses.	Médico Comunitario, auxiliar del servicio, y Comité Local de Salud.
						9 meses	
						6 meses	

<p>los actores sociales pertinentes.</p> <p>Disminuir en un 30 % la morbilidad de las Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores de prevalencia encontrados hasta el año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.</p>	<p>2. Realizar acciones de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para disminuir morbilidad y la inserción de los actores institucionales y sociales en la solución de los problemas de salud.</p>	<p>Se logró disminuir la morbilidad de EDAS mediante la promoción de la salud y la medicina preventiva</p>	<p>Actividades de promoción, prevención y cuidado en el niño menor de 5 años.</p>	<p>Cuaderno N° 6 Actividades del establecimiento con la comunidad, libro de actas de sesiones educativas en salud.</p>	<p>sus complicaciones y propagación de casos.</p> <p>Charlas educativas sobre como: Consumir alimentos tratados higiénicamente. Como cocinar suficientemente los alimentos. Como guardar los alimentos cocinados. Como asegurar una correcta higiene tanto en la persona encargada de manipular los</p>	<p>3 meses</p>	
--	--	--	---	--	--	----------------	--

					alimentos como el lugar donde se cocina. Como mantener los alimentos fuera del alcance de insectos roedores y animales domésticos. Como utilizar agua potable o potabilizarla	3 meses	
Vigilancia en salud Disminuir en un 30 % la morbilidad de las Enfermedades Diarreicas Agudas en un periodo de 5 años tomando en	1. Realizar actividades de promoción y prevención sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para disminuir morbilidad.	Se logró disminuir un 30% la morbilidad de EDAS mediante la promoción de la salud y la medicina preventiv	Informes de las actividades de promoción y prevención. Mantención en zona de éxito las Enfermedades	Corredores endémicos del servicio, fotografías Formula rio de Notificación para la Vigilancia	Charlas educativas sobre como: Consumir alimentos tratados higiénicamente. Como cocinar suficientemente los alimentos. Como	3 meses	Médico Comunitario, auxiliar del servicio, y Comité Local de Salud.

<p>accesibilidad al servicio de salud en un periodo de 5 años tomando en cuenta las necesidades identificadas al año 2015 mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales pertinentes.</p>	<p>salud en la comunidad.</p>	<p>Accesibilidad al servicio</p>	<p>actividades realizadas con las organizaciones sociales e institucionales.</p>	<p>entrevistas, encuestas, libros de actas, fotografías</p>	<p>-Diseñar alianza estratégica. Socialización a los principales actores. Realización de la alianza estratégica</p>	<p>1 meses 1 meses.</p>	<p>auxiliar del servicio, y Comité Local de Salud.</p>
<p>Mejorar en un 30% la organización, infraestructura y equipamiento del C.S. Pomanasa en un periodo de 5 años</p>	<p>2. Gestionar proyectos con el gobierno autónomo y dirigentes sindicales sobre todo en cuanto a infraestructura y</p>	<p>Se logró el 30% en el mejoramiento en cuanto a infraestructura y equipamiento.</p>	<p>Mediante</p>	<p>Registro de archivos como: entrevistas, encuestas, libros de actas, fotografías.</p>	<p>Coordinar actividades con autoridades locales y GAM Poroma para ampliación del CS de Salud. Coordinar</p>	<p>4 meses</p>	

						FIM (Farmacia Institucional Municipal) la dotación mensual de medicament os para todos los pacientes que cuentan con el seguro		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

En la matriz se muestra el resumen del plan estratégico para lograr el control de las Enfermedades Diarreicas Agudas.

2.4 Cronograma de actividades.

Actividades	Año 2016				Año 2017				Año 2018				Año 2019				Año 2020			
	Trimestre s				Trimestre s				Trimestres				Trimestres				Trimestres			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Socialización de la estrategia a la población	X																			
Capacitación al Comité Local de Salud y sus		X	X	X																

<p>lugar donde se cocina.</p> <p>Como mantener los alimentos fuera del alcance de insectos roedores y animales domésticos.</p> <p>Como utilizar agua potable o potabilizarla.</p>																							
<p>Charlas educativas sobre como:</p> <p>Consumir alimentos tratados higiénicamente.</p> <p>Como cocinar suficientemente los alimentos.</p> <p>Como guardar los alimentos cocinados.</p> <p>Como asegurar una correcta higiene tanto en la persona encargada de manipular los alimentos como el lugar donde se cocina.</p> <p>Como mantener los alimentos fuera del alcance de insectos</p>																							

Problema central.

Falta de conocimientos por parte de los Comité Local de Salud y la falta de Centros de Rehidratación en las comunidades, para las Enfermedades Diarreicas Agudas.

Problema de salud.- Alta morbilidad de Enfermedades Diarreicas Agudas.

3.1.3. Objetivos

- Promover la calidad de vida de los niños menores de 5 años.
- Promocionar la lactancia materna exclusiva, mejorar las prácticas de ablactación.
- Capacitar a las madres y responsables del cuidado del menor de 5 años utilizando medidas preventivas del manejo efectivo en el hogar, identificación de signos de alarma.
- Reducir la morbilidad y discapacidad por enfermedades diarreicas
- Proporcionar una atención de calidad en los servicios de nivel primario.
- Prevenir las complicaciones agudas de las enfermedades diarreicas.
- Disminuir la demanda de atención hospitalaria por complicaciones de la enfermedad

3.1.4. Población beneficiaria por grupos etarios

Niños menores de 5 años

Menor de 6 meses

De 6 meses a menor de 1 año

De 1 a 4 años.

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

Problema de salud. Alta morbilidad por enfermedades diarreicas.

Población por grupos etarios	Actividad	Cobertura	Concentración	Recursos humanos Hora/médico	Insumos/ Equipamiento
Menor de 6 meses	Promocionar educación sobre lactancia materna exclusiva, mejorar las prácticas de ablactación.	Al 100%	CS Pomanasa	2 h mensualmente	Propios del equipo de salud como : bolígrafos, marcadores, panfletos
De 6 meses a menor de 1 año	Capacitar a las madres y responsables del cuidado del menor de 5 años utilizando medidas preventivas del manejo efectivo en el hogar, identificación de signos de alarma.	Al 100%	CS Pomanasa	2 h mensualmente	Propios del equipo de salud como: bolígrafos, marcadores, panfletos

De 1-4 años	Capacitar a las madres y responsables del cuidado del menor de 5 años utilizando medidas preventivas del manejo efectivo en el hogar, identificación de signos de alarma.	Al 100%	CS Pomanasa	2 h mensualmente	Propios del equipo de salud como: bolígrafos, marcadores, panfletos
--------------------	---	---------	-------------	------------------	---

3.1.6 Límites de espacio y tiempo

Las actividades se realizarán mensualmente durante 5 años.

3.1.7 Evaluación

Actividades	Resultado esperado	Costo
Realizar actividades de promoción y prevención sobre EDAS en el servicio y comunidad en las visitas domiciliarias.	Lograr que el 35 % de la población tenga conocimiento sobre la prevención y diagnóstico de enfermedades diarreicas.	A detallar según la actividad
Coordinar las actividades de salud con el Comité Local de Salud para su participación activa en la		

identificación y educación de las madres de niños menores de 5 años.		
Hacer el seguimiento y control de los niños menores de 5 años que enfermaron de diarrea por medio de las visita domiciliaria semanalmente y trimestralmente a los niños supuestamente sanos.	Lograr que 50 % de los niños menores de 5 años con enfermedad diarreica reciban y cumplan con el tratamiento y su respectivo control médico	A detallar según la actividad
Realizar reuniones de coordinación con Jefatura de municipio de Poroma y sobre todo con el responsable de la FIM para que los insumos estén disponibles para realizar un adecuado tratamiento en la atención a los niños menores de 5 años.	Lograr que el 50 % de los niños menores de 5 años reciban un trato de calidad y con calidez según protocolos establecidos.	A detallar según la actividad

3.1.8 Financiamiento

Financiamiento respecto a recursos humanos, insumos, equipamiento y transporte, es el Ministerio de Salud y el Gobierno Autónomo de Poroma.

3.2 Programa: Vigilancia de la salud. En comunidades del CS de Pomanaza.

3.2.1 Responsable técnico del programa:

Médico Comunitario, auxiliar del servicio, y Comité Local de Salud.

3.2.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan Estratégico

Se logró disminuir un 30 % la morbilidad de EDAS mediante la promoción de la salud y la medicina preventiva.

Se logró el 35 % en el control de las Enfermedades Diarreicas Agudas.

3.2.3 Población beneficiaria por grupos etarios

Niños menores de 5 años.

Menor de 6 meses

De 6 meses a menor de 1 año

De 1 a 4 años.

3.2.4 Objetivos

- Disminuir morbilidad de enfermedades diarreicas.
- Determinar qué factores de riesgo están incidiendo en el problemática de salud
- Determinar qué factores protectores nos ayudarían a mejorar el problema de salud.
- Formular las medidas de control adecuadas
- Evaluar las medidas de control planteadas.
- Mantener en zona de éxito los casos de enfermedades diarreicas.

3.2.5 Límites de espacio y tiempo

El sistema de vigilancia se irá evaluando cada fin de mes durante 5 años.

3.2.6 Descripción del programa.

El programa consiste en crear un sistema de vigilancia para la programación local en el primer mes del año 2016, se irá evaluando cada fin de mes por 5 años que estará basado en dos enfoques: enfoque por indicadores sociales, donde se realizará un análisis de estadísticas sociales relacionadas con la salud y aplicación de la atención médica y el enfoque por encuestas, a través de un análisis de utilización de servicios o porcentajes en tratamiento.

3.2.7 Evaluación.

Actividades	Resultado esperado	Costo
<p>Realizar actividades de promoción y prevención sobre EDAS en el servicio y comunidad en las visitas domiciliarias.</p> <p>Coordinar las actividades de salud con el Comité Local de Salud para su participación activa en la identificación y educación de las madres de niños menores de 5 años.</p>	<p>Lograr que el 35 % de la población menor de 5 años tenga conocimiento sobre la prevención y diagnóstico de enfermedades diarreicas.</p>	<p>A detallar según la actividad</p>
<p>Hacer el seguimiento y control de los niños menores de 5 años que enfermaron de diarrea por medio de las visita domiciliaria semanalmente y trimestralmente a los niños supuestamente sanos.</p>	<p>Lograr que 50 % de los niños menores de 5 años con enfermedad diarreica reciban y cumplan con el tratamiento y su respectivo control médico</p>	<p>A detallar según la actividad</p>
<p>Realizar reuniones de coordinación con Jefatura de municipio de Poroma y sobre todo con el responsable de la FIM para que los insumos estén disponibles para realizar un adecuado tratamiento en la atención a los niños menores de 5 años.</p>	<p>Lograr que el 50 % de los niños menores de 5 años reciban un trato de calidad y con calidez según protocolos establecidos.</p>	<p>A detallar según la actividad</p>

3.2.8 Financiamiento

Financiamiento respecto a recursos humanos, insumos, equipamiento y transporte, es el Ministerio de Salud y el Gobierno Autónomo de Poroma.

3.2.9 Matriz de operacionalización e instrumentación de resultados y actividades

Resultados	Actividades	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Lograr el control de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años.	Llenar semanalmente formulario de Notificación para la Vigilancia Epidemiológica. Capacitar a los Comité Local de Salud, madres y responsables del cuidado del menor de 5 años utilizando medidas preventivas del manejo efectivo en el hogar, identificación de signos de alarma.	Niños menores de 5 años masculinos y femeninos	Llenado de Formulario de Notificación para la Vigilancia Epidemiológica Corredor endémico. Registro de archivos como: entrevistas , encuestas, libro de actas, cuaderno de actividades realizadas con la comunidad.	La Comunidad de Pomanaza en temporada de lluvias es inaccesible debido a las condiciones geográficas del terreno lo que dificulta el traslado de emergencias a cabecera de municipio y hospitales de segundo nivel.

3.3 Programa Optimización del CS Pomanaza para la programación local y la vigilancia de la salud

3.3.1 Breve descripción de los aspectos críticos de los servicios.

Existe falta de apoyo por parte del gobierno municipal hacia la comunidad para la accesibilidad a los servicios básicos como es agua potable, alcantarillado o letrinas sanitarias y alumbrado público, por lo que existe la utilización de aguas no potabilizadas y fecalismo al aire libre, la población no tiene conocimiento en el manejo adecuado de los desechos sólidos y líquidos, con carreteras inaccesibles para transporte de emergencias, en la época de lluvias lo que pone riesgo la salud de la comunidad, la infraestructura es insuficiente para el desarrollo de las diferentes actividades en salud hacia la población, con equipamiento médico insuficiente como falta de medicamentos, medio de transporte para el personal y la distancia para acceder a la asistencia médica.

3.3.2 Recomendaciones

- Asumir responsabilidades entre las partes, donde se relacionaran el gobierno autónomo municipal, personal de salud del C.S. Pomanaza, Comité Local de Salud y dirigentes de la Comunidad de Pomanaza.
- Realizar el monitoreo y seguimiento de las actividades y los responsables de los mismos para su cumplimiento.
- Dar cumplimiento al cronograma de actividades para el seguimiento y evaluación de la programación local y sistema de vigilancia.
- Brindar estímulos a las madres de los niños menores de 5 años que cumplan con las orientaciones de las medidas preventivas.

Bibliografía

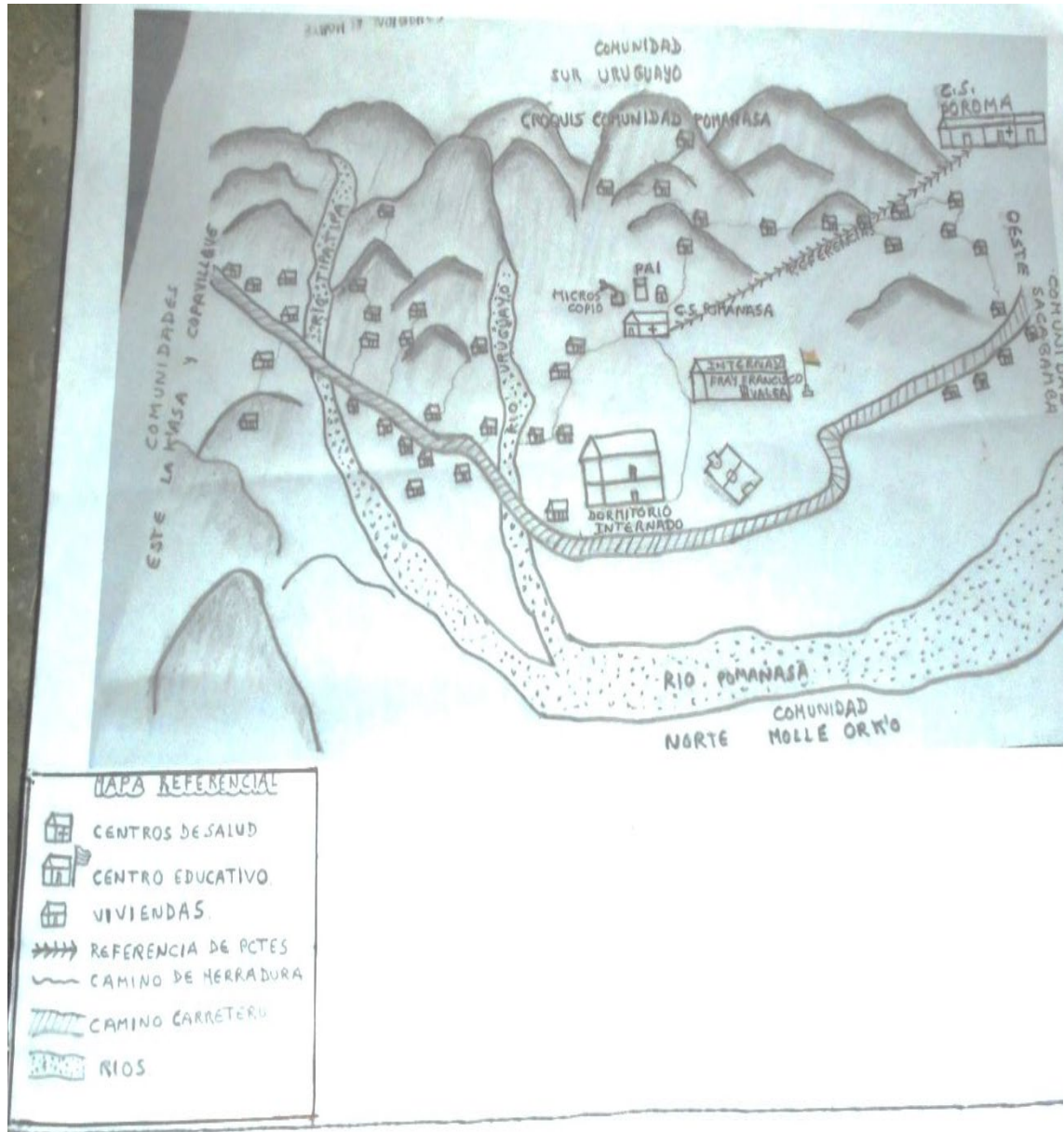
- 1.- Derechos Reservados © 2010 Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas – UDAPE [datos en línea]. Av. Mariscal Santa Cruz, Edificio del Palacio de Comunicaciones, Piso 18 - La Paz, Bolivia. [Fecha de acceso 15 de agosto del 2015]. URL disponible en:
http://www.udape.gob.bo/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=104.
- 2.- Wikipedia la Enciclopedia Libre [datos en línea].Calle de la Salud Madrid España. [Fecha de acceso 15 de agosto del 2015]. URL disponible en:
<https://es.wikipedia.org/wiki/Salud>.
- 3.-Organización Panamericana de Salud. Unidad 2 Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. 2ª ed. Washington D.C.: OPS, © 2002.
- 4.-Organización Panamericana de Salud. Unidad 4 Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. 2ª ed. Washington D.C.: OPS, © 2002.
- 5.- Dever Alan G.E. La epidemiología en la administración de los servicios de salud. En "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud 1991.
- 6.- El Tunari. Bolivia consolida nuevos paradigmas durante la cumbre G77+ China. [Datos en línea]. Cochabamba. [Fecha de acceso 16 de agosto del 2015]. URL disponible en:<http://www.eltunari.com/cochabamba/noticias-del-departamento/84-cochabamba-3/4607-bolivia-consolida-nuevos-paradigmas-durante-la-cumbre-del-g77-china.html>
- 7.- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien. [Datos en línea]. Bolivia junio del 2006. [Fecha de acceso 16 de agosto del 2015]. URL disponible en:
<http://www.cadexco.bo/esp/download/pnd.pdf>.
- 8.- Marco Legal para la Gestión Municipal en Salud. Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida [datos en línea]. La Paz - Bolivia 2011. [Fecha de acceso 17 de agosto del 2015].URL disponible en:
<http://lapazcomovamos.org/olcv/layout/pdf/Documentos/Marco%20legal%20gestion%20municipal%20en%20salud.pdf>

- 9.- Gaceta Oficial de Bolivia. [Datos en línea]. La Paz- Bolivia. [Fecha de acceso 17 de agosto del 2015]. URL disponible en: <http://medios.economiayfinanzas.gob.bo/MH/documentos/L475.pdf>
- 10.- La planificación estratégica según Carlos Matus, [Datos en línea]. Santiago-Chile. [Fecha de acceso 6 de noviembre del 2015]. URL disponible en: <http://es.slideshare.net/schuschny/clase-6-la-planificacin-segn-carlos-matus>
- 11.- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Censo de Población y vivienda [datos en línea]. Chuquisaca Instituto Nacional de Estadística. [Fecha de acceso 16 de septiembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.ine.gob.bo>.
- 12.- Diagnóstico del Gobierno Autónomo Municipal de Poroma PDM gestión 2014-2018.
- 13.- Alan Dever. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Atlanta Georgia: 1991. Pág. 63-66.

ANEXOS

Anexo N°1

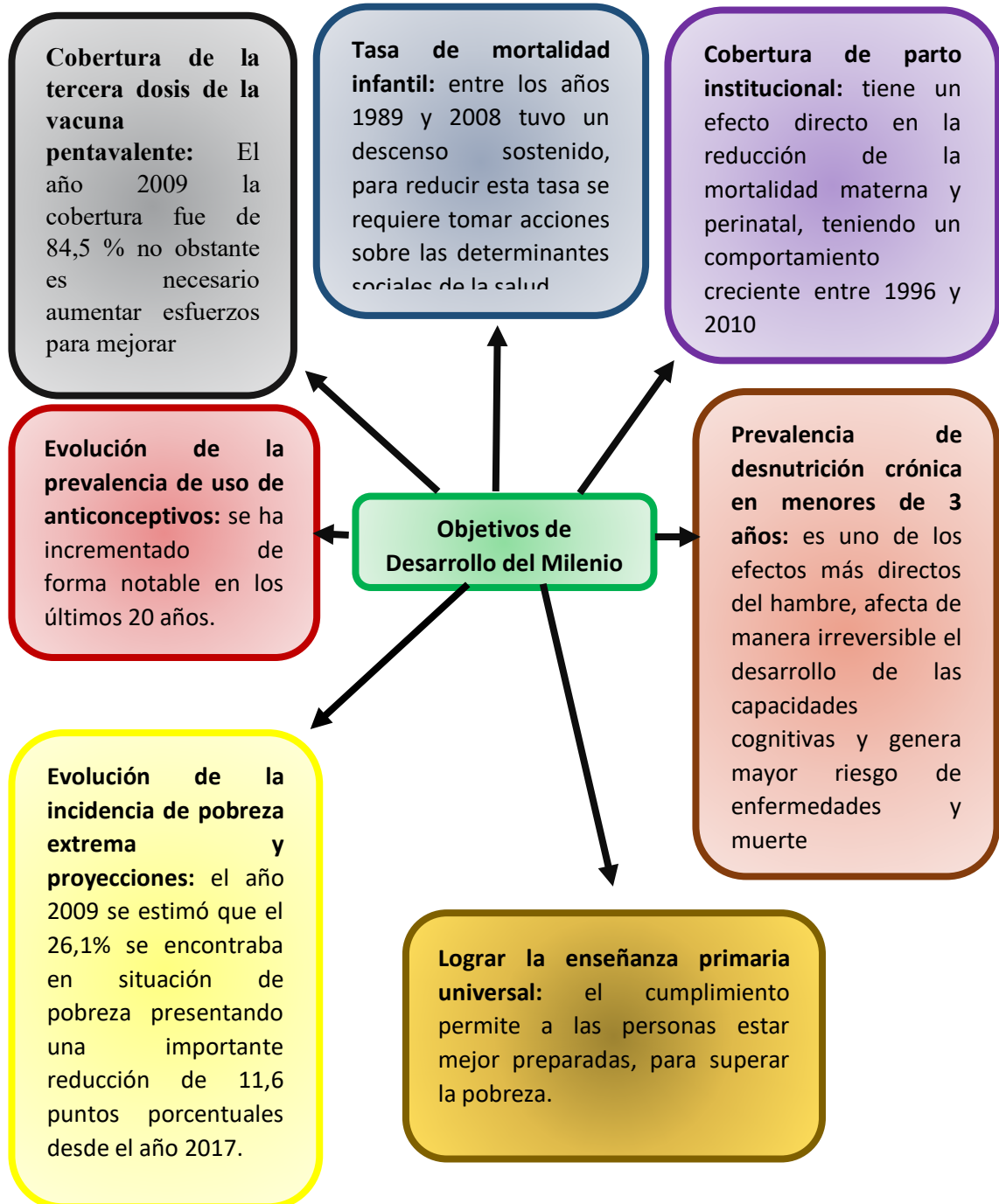
Croquis de la comunidad de Pomanasa.



Fuente: Elaboración propia

Anexo N°2

Parte 1. Mapa mental de los objetivos de desarrollo del milenio



Anexo N°3

Marco legal.

Leyes nacionales	Artículos de relevantes vinculados a la protección y promoción de la salud de la salud	Artículos relevantes vinculados a la gestión departamental y municipal de los servicios de salud	Artículos relevantes vinculados a la programación local
Constitución Política del Estado Plurinacional, promulgada el 7 de febrero de 2009.	<p>Servicios de salud Art. 22 servicios de salud promocionales y preventivos.</p> <p>Artículo 35.</p> <p>Artículo 37</p> <p>Ley N° 3029 del 22 de abril de 2005, Ratificación de la adhesión del Estado Plurinacional de Bolivia al Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco</p> <p>Ley No. 2026 del 27 de octubre de 1999 Código Niño niña y adolescente</p>	<p>Ley N° 031 del 19 de julio de 2010. Ley Marco de Autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez” Artículo 81. (SALUD).</p> <p>La Ley 475 del 30 de Noviembre del 2013 fusiona los antiguos paquetes del SUMI y el SSPAM (Seguro del Adulto Mayor)</p>	<p>Decreto Supremo N° 11 29601 de 11 de junio del 2008. Modelo de Salud Familiar Comunitario o Intercultural.</p> <p>Decreto Supremo N° 0133, de 20 de mayo de 2009, Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”,</p>

Anexo N°4

Marco normativo y regulatorio.

Leyes Nacionales	Artículos de relevantes <i>vinculados</i> a la protección y promoción de la salud.	Artículos relevantes <i>vinculados</i> a la gestión departamental y municipal de los servicios de salud	Artículos relevantes <i>vinculados</i> a la programación local
SECCIÓN II Derecho a la salud y seguridad social	Art 35. I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.		
SECCIÓN II Derecho a la salud y seguridad social	Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.		
SECCIÓN II Derecho a la salud y seguridad social	Artículo 45. I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social. II. La		

	seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.		
Bolivia: Ley de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos, 15 de agosto de 2006	Artículo 3°.- En el marco de políticas nacionales de salud, se establece la lactancia materna como prioridad dentro de la atención integral de la mujer y la niñez.		
Bolivia: Ley de prestaciones servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, 30 diciembre de 2013	Artículo 5°.- (Beneficiarias y beneficiarios). Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud.		

<p>Ley de Ampliación del SUMI -3250</p>	<p>Amplia las prestaciones de anticonceptivos, detección tratamiento de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino detección y tratamiento de ITS a todas las Mujeres de 5 a 60 años.</p>		
<p>El Seguro Universal materno Infantil (SUMI) como política pública de Estado</p>		<p>Ley 2426 que daba vida al Seguro Universal Materno Infantil SUMI-2002</p> <p>La creación del SUMI fue el propósito de disminuir de manera sostenible la morbimortalidad materna e infantil. Atiende a las mujeres durante el embarazo hasta 6 meses después del parto y a niños menores de 5 años.</p>	
<p>Decreto Supremo N° 0133, de 20 de mayo de 2009, Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”,</p>		<p>Disposición en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de extrema pobreza, el pago del Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy” tiene por finalidad hacer efectivos los derechos fundamentales de acceso a la salud y desarrollo integral, para disminuir los niveles de mortalidad</p>	

		materna e infantil y la Desnutrición crónica de los niños y niñas menores de dos (2) años.	
Plan Nacional para la Salud y Desarrollo Integral de los y las Adolescentes (2004-2008)	Constituye un componente del Programa de Salud Sexual y Reproductiva que pretende continuar y fortalecer los servicios de salud y mejoramiento de la calidad de servicios integrales. El plan es un instrumento de orientación para la acción de los equipos técnicos y operativos del: Ministerio de Salud y Deportes prefecturas, y municipios con el objetivo de incluir y captar el acceso en temas de salud de las y los adolescentes.		
Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009-2013.	Creación en Base al Convenio REMSAA/000marco referencial para la formulación de políticas y programas que atiendan la salud integral de adolescentes y jóvenes como tema específico la prevención del Embazo en la adolescencia		
Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino, Salud Familiar y	Instrumento Orientado a mejorar la calidad de vida de las mujeres para el control y seguimiento del cáncer de cuello uterino.		

<p>Comunitaria (SAFCI), 2009-2015 Ministerio de Salud y Deportes.</p>			
<p>Plan sectorial de desarrollo 2010-2020 “ Hacia la Salud Universal”</p> <p>Resolución ministerial.- N 0889</p>		<p>Artículo primero al cuarto.- Aprobar el documento base, es de ejecución obligatoria por el Ministerio de Salud y Deportes, podrá ser modificado durante su vigencia y la Dirección General de Planificación del Ministerio de Salud y Deportes es el responsable de la coordinación, elaboración y ajuste del Plan Sectorial de Desarrollo.</p>	
<p>Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia (2009-2015).</p>	<p>Instrumento Orientado a mejorar la calidad de vida de las mujeres y niños menores de 5 años.</p>		
<p>Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT)</p>			<p>El Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT), surge en la gestión del entonces Prefecto electo y posteriormente Gobernador electo, Mario</p>

			<p>Cossío, el cual hace tres años huyó y pidió asilo político en Paraguay, debido a una persecución judicial que el partido de gobierno, a través de los assembleístas departamentales inició en Tarija.</p>
<p>Ley del programa departamental de protección social en salud, más salud, más vida.</p>			<p>El “Programa Departamental de Protección Social en Salud, Mas Salud, Mas Vida”, tiene la finalidad de garantizar con carácter universal, integral y gratuito, a todos los habitantes y estantes del Departamento de Chuquisaca, de los cinco (5) a los cincuenta y nueve (59) años de edad, el acceso a las prestaciones de salud en todos los establecimientos que formen parte de la Red Funcional de Servicios de Salud del Departamento,</p>

			siempre que estos no cuenten con ningún tipo de seguro de salud.
Seguro Universal de salud del Beni (SUSA Beni)			El Seguro de salud Autónomo del Beni SIUSA Beni, es de menor dimensión, tiene solamente 19 prestaciones, adicionales a las del SUMI; actúa de manera separada de éste y del SSPAM, y tiene un costo anual que no supera ls \$us 200.000, Su impacto más importante está en las provincias benianas.
Guía de Lineamientos Orientadores para la Programación Local en Salud 2014, 2015 y 2016 Servicio Departamental de Salud (SEDES) del Gobierno Autónomo Departamental de Potosí			Art primero.- Se autoriza la emisión de la siguiente resolución de Consejo Técnico, con el propósito la implementación en todo el departamento de Potosí.