



***UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR***

**SEDE CENTRAL  
Sucre-Bolivia**

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

Plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y  
vigilancia de la salud, en las OTBS Ironcollo Central, Ironcollo Sud, Tacata Norte y  
Villa Dolores

**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: Greby Ellery Heredia Rojas**

**COCHABAMBA – BOLIVIA**

**2015**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre-Bolivia**

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

Plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y  
vigilancia de la salud, en las OTBS Ironcollo Central, Ironcollo Sud, Tacata Norte y  
Villa Dolores

**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: Greby Ellery Heredia Rojas**

**DOCENTE TUTOR: Dra. Rosario André Dalence**

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

**COCHABAMBA – BOLIVIA**

**2015**

## *DEDICATORIA*

*A Dios por darme fuerzas para poder continuar cuando sentía que ya no podía lograrlo, a mis padres por el apoyo incondicional en todo momento, a mi hermana por ayudarme con mis otras responsabilidades mientras el tiempo apremiaba, a mis compañeros por la colaboración mutua en las dudas que aparecían en el camino, y en especial a la Dra. André por toda la ayuda que me brindó y la paciencia en todo este tiempo.*

## AGRADECIMIENTO

*En primer lugar a Dios por regalarme la dicha de vivir,  
no solo cosas buenas y alegres... sino todas y cada una de  
las cosas que pone en mi camino.*

*A mi familia por siempre comprenderme y apoyarme en  
todo momento y también por haberme hecho el hombre  
que soy hoy.*

*A todo el plantel docente de la UASB por la paciencia y  
todos los conocimientos transmitidos.*

*Y en especial al Amor por darme las fuerzas para salir  
adelante y llegar hasta aquí.*

## **RESUMEN**

El objetivo principal del presente trabajo es la elaboración de un plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y vigilancia de la salud, en las OTBS Ironcollo Central, Ironcollo Sud, Tacata Norte y Villa Dolores.

En el área de influencia del Centro de Salud San José Obrero específicamente en las OTBs anteriormente mencionadas, se elaboró el Análisis situacional de Salud, también el perfil epidemiológico del área de estudio identificando las enfermedades más frecuentes así como las causas principales de mortalidad con datos obtenidos por el servicio sanitario, además se indagó sobre las principales necesidades de esta población, con toda esta información se logró determinar la problemática de salud de esta comunidad.

Partiendo de este análisis se realizó el diseño del plan estratégico de atención a los problemas priorizados que se identificaron, obteniéndose como resultados la elaboración de tres programas en respuesta a la problemática encontrada:

- Programa de atención de los problemas prioritarios de salud
- Programa de Vigilancia de la Salud
- Programa Optimización de los servicios de nivel primario

## ÍNDICE

### **PARTE I - REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS**

<b>1. MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>2</b>
<b>3. MARCO LEGAL.....</b>	<b>8</b>
<b>4. MARCO NORMATIVO Y REGULATORIO.....</b>	<b>10</b>
<b>5. METODOLOGÍA.....</b>	<b>11</b>

### **PARTE II – ANÁLISIS SITUACIONAL**

<b>1. CONTEXTO</b>	
<b>1.1 Ámbito territorial.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Características demográficas y del medio ambiente.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Características socioeconómicas.....</b>	<b>20</b>
<b>1.4 Características socioculturales.....</b>	<b>21</b>
<b>2 DETERMINANTES DE LA SALUD.....</b>	<b>23</b>
<b>3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....</b>	<b>26</b>
<b>4 PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD.....</b>	<b>32</b>
<b>5. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL.....</b>	<b>34</b>

<b>5.1 Descripción del equipamiento básico respecto a centros de recreación, escuelas, ambulancias etc.....</b>	<b>34</b>
<b>5.2 Oferta de servicios de salud.....</b>	<b>34</b>
<b>5.3 Accesibilidad geográfica.....</b>	<b>35</b>
<b>6. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD.....</b>	<b>36</b>
<b>7. NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>8. ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN.....</b>	<b>43</b>
<b>9. DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN QUE ORIENTARÁN EL PLAN.....</b>	<b>44</b>

### **PARTE III – PROPUESTA**

<b>1. MOMENTOS NORMATIVO Y ESTRATÉGICO.....</b>	<b>47</b>
<b>1.1 Visión.....</b>	<b>47</b>
<b>1.2 Estrategia.....</b>	<b>47</b>
<b>1.3 Análisis FODA.....</b>	<b>49</b>
<b>1.4 Objetivos estratégico.....</b>	<b>51</b>
<b>1.5 Líneas de acción.....</b>	<b>51</b>

## **2 MOMENTO TÁCTICO OPERACIONAL**

### **2.1 Matriz: Relación de las Áreas de Actividad con los Objetivos**

**Estratégicos.....53**

### **2.2 Matriz- Relación de objetivos estratégicos y actividades del Plan de**

**Salud en el nivel local.....56**

## **3 PROGRAMAS QUE CONFORMAN EL PLAN ESTRATÉGICO**

### **3.1 Programa de Atención de los problemas prioritarios de salud de la**

**población general del área seleccionada.....59**

**3.1.1 Responsable técnico del programa .....59**

**3.1.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico.....59**

**3.1.3 Población beneficiaria por grupos etarios.....60**

**3.1.4 Matriz de Operacionalización e instrumentación de actividades,**

**metas y recursos.....61**

**3.1.5 Evaluación.....62**

**3.1.6 Financiamiento.....63**

**3.1.7 Cronograma.....63**

### **3.2 Programa: Vigilancia de la salud**

**3.2.1 Responsable técnico del programa.....64**

**3.2.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan Estratégico.....64**

**3.2.3 Población beneficiaria por grupos etarios.....64**

<b>3.2.4 Evaluación.....</b>	<b>66</b>
<b>3.2.5 Financiamiento.....</b>	<b>66</b>
<b>3.2. Cronograma.....</b>	<b>66</b>
<b>3.3 Programa- Optimización de los servicios de nivel primario para la programación local y la vigilancia de la salud</b>	
<b>3.3.1 Responsable técnico del programa.....</b>	<b>67</b>
<b>3.3.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan Estratégico.....</b>	<b>67</b>
<b>3.3.3 Población beneficiaria por grupos etarios.....</b>	<b>67</b>
<b>3.3.4 Evaluación.....</b>	<b>68</b>
<b>3.3.5 Financiamiento.....</b>	<b>69</b>
<b>3.3.6 Cronograma.....</b>	<b>69</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>

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

### **1. Marco Referencial**

La Salud es un derecho universal de todas las personas, pero no solamente responsabilidad del personal de salud, está demostrado por el enfoque de Determinantes de la Salud, que está influida por muchos factores que intervienen en el delicado equilibrio en el proceso Salud-Enfermedad. Partiendo de esta afirmación la responsabilidad de brindar un buen estado de Salud a la población recae en todos los actores sociales. El encargado de velar y coordinar estos esfuerzos es el Gobierno de cada país. **51 asamblea mundial de la OMS, 2006, p 1-18**

No obstante existen desigualdades entre los estratos sociales en los diferentes países, en algunos más marcados, donde también se evidencian las diferencias en el estado de salud de estos grupos poblacionales.

La persistente inequidad en salud ha llevado al desarrollo de políticas internacionales de salud buscando mejorar los sistemas de salud y reorientar los servicios de salud en beneficio de los más pobres. La Atención Primaria de Salud (APS), está encaminada a lograr mayor equidad en salud y en el acceso a servicios de mayor calidad, sobre todo en las áreas de pobreza a nivel mundial. A lo largo de la historia, se han desarrollado varias estrategias y acuerdos internacionales, por organismos como la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de Salud para el cumplimiento de los objetivos de la APS (Por Ej. Carta de Ottawa, Carta de Bangkok).

La renovación de los principios de la APS también ha quedado como un compromiso internacional para convertirla en la base de los sistemas de la región (Declaración de Montevideo). (*Ver Anexos 1 al 8*)

Otra estrategia a nivel mundial son los objetivos del Milenio los cuales buscan mejorar ocho indicadores con acciones específicas, como reducir a la mitad la pobreza extrema y

el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil, reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo. **ONU, 2013, p 4-6**

No obstante queda mucho trabajo todavía por realizar, acortar las brechas entre los estratos sociales, lograr el acceso universal a la salud, entre otros; la estrategia que el gobierno actualmente sigue es fortalecer la atención primaria de la Salud, haciendo énfasis en la promoción y prevención, con el enfoque de la nueva política en salud vigente, la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, la cual tiene como pilares fundamentales, la interculturalidad, intersectorialidad, integralidad y participación social. **CIMDM y UDAPE, 2013, p 72-107**

## **2. Marco Conceptual**

La elaboración del plan estratégico en el ámbito territorial debe ser sustentada en una serie de conceptos los cuales serán desarrollados de manera somera a continuación, ya que no pretende ser un tratado o algo parecido.

### **Salud**

El concepto de Salud fue sufriendo cambios a través del paso del tiempo, anteriormente se consideraba solamente la ausencia de la enfermedad, este concepto era muy estático y definía a la salud de una forma incompleta. Salud es un estado dinámico por el cuál atravesamos los seres humanos, es un proceso en constante cambio, y no solamente la ausencia de la enfermedad.

Se comprende dentro de un proceso con dos extremos: Salud y enfermedad, el cual está influido por muchas variables, las determinantes de salud. **Dever, 1991, p 2**

## **Epidemiología**

La epidemiología constituye una manera de analizar la salud de la comunidad, las organizaciones de salud obtienen las herramientas necesarias para la adecuada toma de decisiones basadas en evidencia científica a través de la epidemiología, traduciéndolas en el diseño y desarrollo de políticas sanitarias apropiadas para cada región.

La epidemiología es, por tanto, el método básico para la administración de servicios de salud mediante el estudio de enfermedades y el suministro de datos que proporciona para la comprensión de la etiología de la salud y enfermedad. **Dever, 1991, p 19**

## **Planificación estratégica**

La planificación estratégica es una herramienta que nos permite establecer objetivos y priorizarlos, y poder hacer el seguimiento técnico hasta el nivel operativo.

La planificación consta de cuatro momentos importantes para su realización: Momento descriptivo-explicativo, en el que se hace un análisis de la situación actual, Momento Normativo, en este se trazan las líneas de acción a seguir, basados en recursos normativos para alcanzar los objetivos de la planificación. Momento estratégico, que busca a través de estrategias la viabilidad de lo planeado identificando las fuerzas que favorecen y están en contra, para poder buscar alternativas de solución y desarrollo. Finalmente, el momento táctico-operacional, donde los objetivos son resueltos de forma más técnica, es la parte de plasmar en acciones todo lo planificado, conjugando las actividades, recursos, tiempo y demás variables que pueden intervenir. **Virgolini, p 1-4**

## **Programación local**

Busca dar solución a los problemas que se encuentran a nivel local, priorizándolos y buscando soluciones de forma más técnica.

Define las actividades a seguir en función del tiempo, disponibilidad de recursos y muchas variables que aparecen en el ámbito del nivel local con todas sus

particularidades; tomando en cuenta todas estas variables para lograr cumplir los objetivos planificados. **Virgolini, p 1-10**

### **Vigilancia de la salud**

Vigilancia en Salud Pública es un proceso continuo, sistemático, de observación, escrutinio de tendencias y comparación entre datos esperados y observados, para anticipar cambios en eventos de salud que ocurren en la población y poder actuar sobre ellos. **OPS módulo 4, 2011, p 8**

Los objetivos que la Vigilancia persigue son entre otros: Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de eventos en salud; identificar, cuantificar y monitorear tendencias y patrones del proceso Salud-Enfermedad; planear los programas de Salud y evaluar las medidas de prevención y control. Sus principales etapas son cuatro: recolección de datos, análisis de datos, interpretación de la información y difusión. **OPS módulo 4, 2011, p 15**

Al ser el proceso Salud-Enfermedad multicausal, influenciado por muchos factores, el objeto de la vigilancia debe ser amplio y englobar a todos los determinantes de la salud, factores de riesgo y no solo a las enfermedades.

Para priorizar los eventos bajo vigilancia se deben seguir ciertos principios, como ser que el evento en cuestión debe tener clara importancia en salud pública, deben existir acciones específicas que puedan ser tomadas para influir sobre el evento bajo vigilancia y los datos deben estar fácilmente disponibles.

El contexto de actuación tiene tres componentes: la población, la red de servicios de atención y la autoridad de salud pública. La red de servicios se encarga de recoger los datos, notifica y confirma además en última instancia en trabajo conjunto con los programas específicos de salud desarrollando la intervención sobre los eventos vigilados. **OPS módulo 4, 2011, p 14**

De ahí la importancia de tener una Red fortalecida en todos sus componentes, recursos humanos capacitados, infraestructura óptima, organización desde el nivel más simple al complejo, insumos y equipamiento necesario para realizar todas las acciones pertinentes, además de trabajo coordinado con los programas de salud de los distintos eventos sujetos a observación.

### **Determinantes de la Salud**

“Son todos los factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población” **OPS módulo 1, 2011, p 24**

Lafambroise propuso en 1973, en el “Campo de la Salud” el concepto de que la salud es concluyente por una variedad de factores que se reúnen en cuatro grupos que son: La Biología Humana, el Estilo de vida, el Medio Ambiente y la Organización de los Servicios de Salud. **Dever, 1991, p 29-30**

Siguiendo el enfoque sistémico podemos decir que estos cuatro determinantes se interrelacionan entre sí, el resultado no es simplemente la sumatoria de estos cuatro grupos de forma aislada, sino que deriva de la relación entre estos factores de carácter más complicada.

La desigualdad existente en las determinantes de salud entre países desarrollados y subdesarrollados es evidente, se debe reconocer además el impacto sobre la salud, de las condiciones sociales y políticas económicas en un país.

A través de la salud pública y pese a esfuerzos encaminados en la mejora, se han logrado cambios, sin embargo aún no son suficientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) posterior a trabajo conjunto, opta por la estrategia de “Salud para Todos” para lograr la mejora de la expectativa y calidad de vida en la población mundial, lo que requiere la participación no solo del sector salud, sino que el esfuerzo se debe enmarcar

en un cambio en el contexto socioeconómico y político de todos los sectores implicados de la sociedad. **Marmot, 2012, videoconferencia; Benach, 2013, videoconferencia**

### **Niveles de prevención**

Al hablar de prevención en el campo de la salud debemos referirnos a los tres niveles que existen y estar al tanto a qué se refiere cada uno de ellos. Dichos niveles se constituyen de la siguiente manera:

- 1.- Primaria o inhibición del desarrollo de la enfermedad.
- 2.- Secundaria o detección temprana de la enfermedad.
- 3.- Terciaria o rehabilitación del funcionamiento adecuado. **Dever, 1991, p 8-9**

### **Causalidad**

La causalidad o asociación se refiere a la correlación que existe entre la ocurrencia de dos fenómenos distintos en reciprocidad uno del otro.

Esta puede ser de tres tipos:

Positiva: cuando ambos fenómenos ocurren juntos es decir existe asociación.

Negativa: Cuando ambos sucesos no ocurren juntos es decir no existe asociación.

Nula: cuando los dos eventos son independientes uno del otro sin relación aparente entre ellos. **Dever, 1991, p 21**

### **Modelos de Causalidad**

A través del transcurso del tiempo, la epidemiología ha sufrido muchos cambios en sus métodos, un ejemplo de esto es la evolución de los modelos de causalidad que se conocen estos son los siguientes.

Causa simple/Efecto Simple.

Este modelo profesa que hay eventos que solo requieren una causa para suceder, tuvo su auge en la época de las enfermedades infecciosas, donde un agente infeccioso era

suficiente para explicar una enfermedad en particular. (Causa necesaria y causa suficiente)

Causa Múltiple/Efecto Simple.

Se aplica a las enfermedades crónicas donde conseguimos ver que por ejemplo el Cáncer posee muchas causas desencadenantes para una sola consecuencia que sería la enfermedad en sí.

Causa Múltiple/Efecto Múltiple.

Sostiene que múltiples causas provocan a su vez muchas consecuencias o efectos, aquí logramos aludir muchos elementos de riesgo por ejemplo para padecer de cardiopatía isquémica, a su vez estos factores de riesgo no solo inducen dicha patología sino pueden ser también factores determinantes de otras enfermedades. **Dever, 1991, p 21-25**

### **Planificación y sus niveles.**

El trazar un futuro deseado es planificar las trayectorias de acción para hacerlo realidad, todos de forma habitual plasmamos procesos de planificación en las actividades cotidianas de la vida. La planificación tiene por objetivo enriquecer la toma de decisiones y consta de tres niveles de complejidad:

- Nivel Normativo. Este nivel se realiza la planificación de políticas.
- Nivel Estratégico. Se establecen objetivos a largo plazo y se estudian medios posibles de alcanzar estos.
- Nivel Operativo. Desarrolla planes detallados para ejecutar estrategias que se elaboraron en el nivel estratégico, aquí se ve: cómo cuándo y dónde se desarrollan las actividades. **Dever, 1991, p 56-57**

El resultado final de la planificación es lograr con los recursos asignados hacer realidad lo que se ha planificado.

Los paradigmas de planificación de la atención de salud, se realizan tomando en cuenta los elementos del modelo epidemiológico: Biología Humana, Medio Ambiente, Estilos de Vida y Organización de los servicios de salud.

“Los modelos de planificación de muchos gobiernos tradicionalmente se ocupaban más de la organización de los servicios de salud, destinando a este grupo de indicadores aproximadamente el 90 % de los recursos planificados, dividiendo el 10 % restante entre los otros tres grupos de indicadores.” **Dever, 1991, p 38**

La perspectiva sistémica de la planificación está encaminada en mejorar la calidad de vida, el bienestar y no solamente la ausencia de la enfermedad dando mayor cuidado a los determinantes que permanecían relegados por la forma usual de ejecutar la planificación.

### **Planificación de programas de salud**

El proceso de planificación de un programa de salud inicia con la identificación de necesidades y problemas, seguido de la determinación de prioridades. Una vez que se identifican y priorizan, sigue el establecimiento de objetivos, expresados cuantitativamente, así como las actividades y recursos para el logro de los mismos. El siguiente paso consiste en la movilización y coordinación de recursos financieros, tecnológicos y humanos para la prestación efectiva de los servicios.

Finalmente la evaluación del programa comprende tres áreas, la financiera, referida a los costos; el área de proceso relacionada con la efectividad y esfuerzos que requiere el programa en la población objeto y el área de los resultados, que mide logros en cuanto al cambio del estado de salud de la población. **Dever, 1991, p 58**

### **3. Marco legal**

El marco legal que respalda las actividades medico legales en el país están sufriendo

cambios, reestructurando el sistema de salud, buscando implementar el acceso gratuito y universal a la salud. (*Ver anexo 11*)

En el marco de la gestión participativa, no solamente el sector salud es el encargado de velar por la salud de la población y sus necesidades, más al contrario todos los sectores sociales deben participar de manera coordinada e intersectorial en la gestión de los recursos para brindar soluciones a la problemática encontrada.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia en los Artículos 9 y 18, así como el Código de Salud de Bolivia, en el Libro Primero de la promoción y prevención de la salud, garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, de manera universal, gratuita, equitativa, intercultural, participativa, con calidad, calidez y control social, basado en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y a través de políticas públicas en todos los niveles de gobierno. **Constitución política del estado plurinacional de Bolivia, 2009, p 4-7; Código de salud de la República de Bolivia, 1978, p 2-3**

Para garantizar la gratuidad de la atención, el estado crea el Seguro Universal Materno Infantil - SUMI, creado por [Ley N° 2426](#), de 21 de noviembre de 2002, destinado a otorgar prestaciones de salud con carácter universal integral y gratuito, a las mujeres embarazadas hasta los 6 meses después del parto y a los niños y niñas menores de 5 años. Además para cubrir al grupo etario de riesgo crea el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor - SSPAM, por [Ley N° 3323](#) de 16 de enero de 2006, orientado a otorgar prestaciones de salud basado en la aplicación de los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad y gratuidad, a favor de los ciudadanos bolivianos mayores de 60 años, de ambos sexos que radican en todo el territorio. Ambas leyes que ejecutan los seguros, se unifican con la creación de la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, que tiene por objeto establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria.

Además se instaura la política SAFCI, que busca descentralizar la atención y llegar a tener un enfoque holístico de la salud respetando las creencias de los demás y

revalorizando las tradiciones y costumbres ancestrales, a través del Decreto Supremo N° 29601, del 11 de junio de 2008, que tiene por objeto establecer el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

#### **4. Marco Normativo**

Los mandatos de la nueva Constitución política del Estado son: Derecho a la salud, Intersectorialidad, Interculturalidad, Participación social, movilización, Descentralización, autonomías, Financiamiento.

La construcción del SISTEMA INTEGRAL DE SALUD (SIS) de carácter universal, gratuito, equitativo, intersectorial e intercultural, participativo y con control social, con calidad e incluye a la medicina tradicional. Prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con la implementación de la atención Familiar Comunitaria, Intercultural.

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020 “Hacia la salud universal” del Ministerio de Salud, constituye el instrumento para transformar los desafíos en oportunidades, llama a la participación colectiva de los individuos y la comunidad para la construcción de un sistema único de salud y de la política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), que haga posible el ideal del Vivir Bien. **Ministerio de Salud y Deportes, 2010, p 14-15**

Dentro del marco del nuevo modelo de salud se desprenden los programas prioritarios, con el objetivo de lograr acercarnos al SIS, por ejemplo Programa Multisectorial de Desnutrición Cero, Programa Bono Juana Azurduy de Padilla, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Programa de Salud Renal, Programa Mi Salud, Programa Telesalud, entre otros, que trabajan en el mejoramiento del estado de salud de población en el territorio nacional. (*Ver anexo 12*)

## **METODOLOGIA**

Para la elaboración del presente Plan estratégico, se siguieron las etapas que se describen a continuación.

1.- Preparación y organización, se realizó una revisión bibliográfica y lectura comprensiva del material de orientación para la realización del presente Plan Estratégico, elaboración de resúmenes, mapas mentales de los temas revisados para poder ser usados y consultados más adelante.

2.- Síntesis de la temática revisada, formulando así el marco teórico, marco referencial, marco legal y marco normativo.

3.- Elaboración del Análisis de Situación de Salud para lo que primeramente se realizó una descripción del contexto del área del cual se ocupa este trabajo, Análisis de los determinantes de la salud que influyen en el estado de salud, Se elaboró un perfil epidemiológico, con los datos recogidos por el Centro de Salud San José Obrero en un período de tres años, se describió el perfil de salud enfermedad tomando en cuenta las determinantes de salud y posteriormente la respuesta institucional de los servicios de salud. Con todos estos elementos se logró describir la problemática de salud las necesidades en salud de la población, también se identificó los actores sociales relevantes, con la ayuda de ellos se identificó los problemas de salud los cuales fueron priorizados.

4.- Definición de la visión, estrategia y los objetivos estratégicos, también las líneas de acción que responden a los objetivos estratégicos y las actividades para cumplir dichos objetivos. Definición de resultados esperados, tiempos estimados y responsables.

5.- finalmente elaboración de los programas a desarrollar en las tres áreas: problemas prioritarios, Vigilancia de la Salud y optimización de los servicios de primer nivel, en cuanto a responsables técnicos, resultados esperados, población beneficiaria evaluación y financiamientos posibles.

## **PARTE II: ANALISIS SITUACIONAL**

### **1. CONTEXTO**

El análisis situacional de salud es una herramienta de mucha importancia que permite comprender y conocer la complejidad del proceso salud-enfermedad de las comunidades y las determinantes que influyen en este. Nos permite identificar-priorizar-dar solución a la problemática de salud.

De esta manera podemos planificar las intervenciones de manera integral e intersectorial, ya que si solo el sector salud se preocupa de darle solución el esfuerzo no es suficiente, necesitando la participación de las autoridades, población y otros sectores.

Por eso resulta importante su realización para los objetivos que persigue el presente trabajo.

#### **1.1 Ámbito Territorial**

Quillacollo es una provincia del departamento de Cochabamba se encuentra a 13 Km de distancia del Cercado en la carretera que comunica a este departamento con el Occidente, está dividida en cinco secciones: Primera sección Quillacollo, Segunda Sección Sipe Sipe, Tercera Sección Tiquipaya, Cuarta Sección Vinto y Quinta Sección Colcapirhua. Así la Primera sección corresponde también al municipio de Quillacollo.

El municipio se divide en 10 Distritos, el área del cual se ocupa este trabajo se encuentra ubicada en el Distrito 4 y está integrada por cuatro OTBs:

Ironcollo Central, Ironcollo Sud, Villa Dolores y Tacata Norte.

El área se encuentra ubicada al norte de la ciudad de Quillacollo, el ámbito es predominantemente rural, sus límites no son muy precisos pero podemos tomar los siguientes:

Este: Rio Tacata y comunidades como Wach'i Rancho.

Oeste: Comunidades Paucarpata y Sanja Pampa.

Norte: El limite no es muy preciso pero corresponde al sector llamado el "Morro" y Comunidades pertenecientes a la OTB Ironcollo Norte.

Sud: El límite natural es el Rio Tacata.

La avenida Santa Cruz es la vía principal que comunica a Quillacollo con las poblaciones de Ironcollo, Marquina, Bella Vista, Liriuni, Misicuni, Cocapata, Morochata, entre otras, además la avenida atraviesa el área de interés de norte a sur.

Como anteriormente se mencionó este sector corresponde al ámbito rural siendo la distribución de las OTBs sin límites muy precisos, además de que las calles, pasajes y caminos peatonales están ubicados caóticamente, por lo que no se cuenta con manzanos. La disposición de las casas es por sectores y mucho territorio es área productiva de cultivos.

La población estimada del sector es 2400 habitantes, conformada por 480 familias aproximadamente, repartidas entre las OTBs mencionadas. (*Ver Croquis, Anexo 9*)

## **1.2 Características demográficas y del medio ambiente**

Las variables demográficas del trabajo son realizadas con los datos del municipio, al no contar con información de este sector.

### **1.2.1 Características demográficas**

El municipio de Quillacollo en el censo 2001 tenía una población de 104206 habitantes y en el censo 2012 una población de 137.182 habitantes, habiendo presentado una tasa de crecimiento de 2.48 % anual, esta tasa es elevada en relación a otros municipios, posiblemente debido a que el municipio acoge a una ciudad pujante y en constante desarrollo económico, presenta fábricas de importancia como también zonas agrarias ideales para el cultivo, además es un importante centro de comercio, todo esto atrae a

personas en edad laboral en busca de mejores rumbos tanto de zonas aledañas como de otros departamentos con condiciones no tan favorables.

### **Composición por sexo y edad**

Según el Censo de Población y Vivienda del 2012 Quillacollo cuenta con una población total de 137.182 habitantes, de los cuales el mayor porcentaje son mujeres 51.41% y el restante 48.59% son hombres. La relación entre hombres y mujeres en el municipio de Quillacollo según Censo del 2001 es de 103 hombres por cada 100 mujeres por encima con respecto al Censo del 2012 que es de 94,4 por cada 100 mujeres.

La mayoría de la población se encuentra en los primeros grupos etarios, es decir Quillacollo tiene una población predominantemente joven.

**Tabla 1.** Distribución de la población de Quillacollo por sexo, 2012

<b>Sexo</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Acumulado %</b>
<b>Mujer</b>	70,531	51.41	51.41
<b>Hombre</b>	66,651	48.59	100.00
<b>Total</b>	<b>137,182</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Datos estadísticos INE 2012**

Nótese el predominio del sexo femenino (51.41%) sobre el masculino.

**Tabla 2.** Población de Quillacollo por edad, sexo e índice de masculinidad, 2001.

EDAD	SEXO					IM
	HOMBRE	%	MUJER	%	Total	
<b>0 a 4</b>	6656	12,99	6135	11,59	12791	108,49
<b>5 a 9</b>	6580	12,84	6194	11,7	12774	106,23
<b>10 a 14</b>	6669	13,01	6325	11,94	12994	105,44
<b>15 a 19</b>	6042	11,79	5931	11,2	11973	101,87
<b>20 a 24</b>	5307	10,36	5647	10,66	10954	93,98
<b>25 a 29</b>	3817	7,45	4215	7,96	8032	90,56
<b>30 a 34</b>	3164	6,17	3483	6,58	6647	90,84
<b>35 a 39</b>	2685	5,24	3099	5,85	5784	86,64
<b>40 a 44</b>	2472	4,82	2686	5,07	5158	92,03
<b>45 a 49</b>	1906	3,72	2074	3,92	3980	91,9
<b>50 a 54</b>	1572	3,07	1799	3,4	3371	87,38
<b>55 a 59</b>	1254	2,45	1371	2,59	2625	91,47
<b>60 a 64</b>	999	1,95	1076	2,03	2075	92,84
<b>65 a 69</b>	781	1,52	1030	1,95	1811	75,83
<b>70 a 74</b>	637	1,24	827	1,56	1464	77,03
<b>75 a 79</b>	372	0,73	515	0,97	887	72,23
<b>80 a 84</b>	194	0,38	296	0,56	490	65,54
<b>85 a 89</b>	89	0,17	171	0,32	260	52,05
<b>90 a 94</b>	34	0,07	43	0,08	77	79,07
<b>95 y más</b>	20	0,04	39	0,07	59	51,28
<b>Total</b>	<b>51250</b>	<b>100</b>	<b>52956</b>	<b>100</b>	<b>104206</b>	

**Fuente: Datos estadísticos INE 2001**

Predominio de los primeros grupos etarios población joven.

**Tabla 3.** Población de Quillacollo por edad, sexo e índice de masculinidad, 2012.

EDAD	SEXO					IM
	Hombre	%	Mujer	%	Total	
0 a 4	7.481	11,22	7.067	10,02	14.548	105,9
5 a 9	6.976	10,47	6.511	9,23	13.487	107,1
10 a 14	7.165	10,75	7.134	10,11	14.299	100,4
15 a 19	7.782	11,68	8.049	11,41	15.831	96,7
20 a 24	7.124	10,69	7.327	10,39	14.451	97,2
25 a 29	5.431	8,15	5.990	8,49	11.421	90,7
30 a 34	5.032	7,55	5.598	7,94	10.630	89,9
35 a 39	4.058	6,09	4.460	6,32	8.518	91
40 a 44	3.352	5,03	3.716	5,27	7.068	90,2
45 a 49	2.805	4,21	3.175	4,5	5.980	88,3
50 a 54	2.429	3,64	2.724	3,86	5.153	89,2
55 a 59	1.943	2,92	2.291	3,25	4.234	84,8
60 a 64	1.620	2,43	1.973	2,8	3.593	82,1
65 a 69	1.250	1,88	1.538	2,18	2.788	81,3
70 a 74	860	1,29	1.125	1,6	1.985	76,4
75 a 79	592	0,89	756	1,07	1.348	78,3
80 a 84	417	0,63	623	0,88	1.040	66,9
85 a 89	229	0,34	313	0,44	542	73,2
90 a 94	76	0,11	102	0,14	178	74,5
95 y más	29	0,04	59	0,08	88	49,2
<b>Total</b>	66.651	100	70.531	100	137.182	

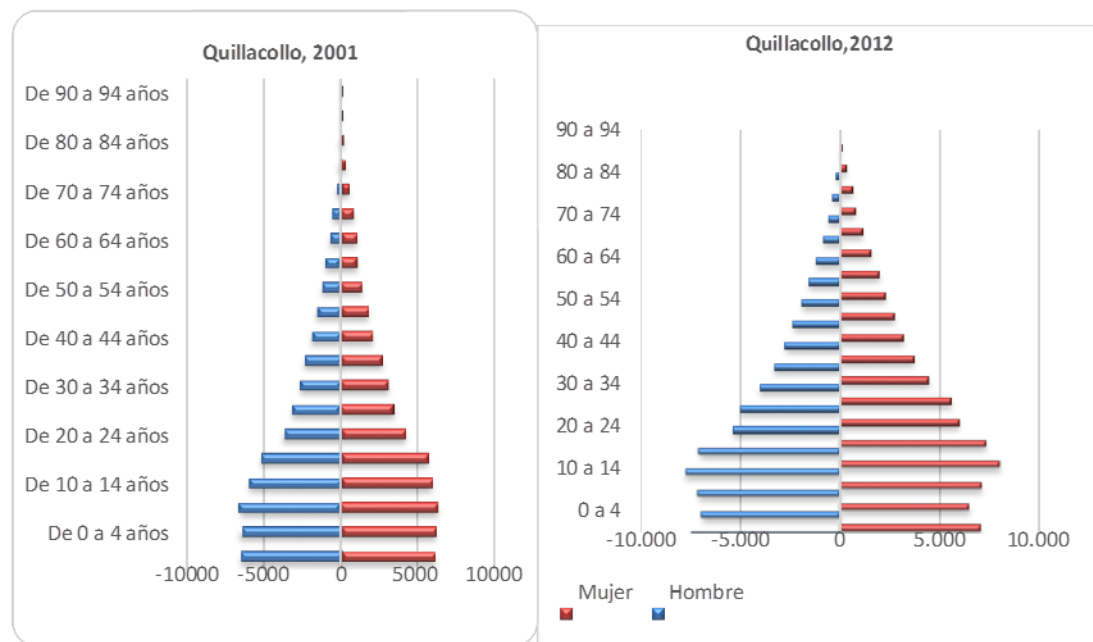
**Fuente:** Censo de población y vivienda, Bolivia 2012. (REDATAM)

Predominio de los primeros grupos etarios población joven.

En cuanto al índice de masculinidad se observa lo esperado, predominio de los varones sobre las mujeres en las primeras edades, posteriormente llegan a ser similares, para al final verse que las mujeres son más que los hombres, esto debido a la mayor mortalidad del sexo masculino.

En las pirámides poblacionales se observa de forma general predominio de las primeras edades, la población de 0-4 siendo la pirámide del 2001 una pirámide de base ancha (pirámide progresiva, de base ancha y punta estrecha, característica de países en desarrollo). En la segunda pirámide muestra una estructura poblacional de transición, típica de las poblaciones en desarrollo.

**Gráfico 1.** Pirámide Poblacional



**Fuente:** Datos estadísticos INE 2001 y 2012

La relación de dependencia demográfica el 2001 para el municipio fue de 0.71, lo que significa que 71 personas entre niños y ancianos dependen de 100 personas de 15 a 64 años población potencialmente productiva. En el 2012 desciende al 58.62%, lo cual es un parámetro esperado, teniendo en cuenta el descenso de la natalidad y el incremento de la población en edad laboral.

### **Factores de crecimiento de la población**

El crecimiento de la población está determinado por la relación entre la fecundidad,

mortalidad y la migración. De la interacción de estos factores dependerá si una población crece o no.

La tasa bruta de natalidad es de 29 por cada 1000 habitantes del municipio de Quillacollo. En comparación con el departamento de Cochabamba es evidentemente mayor, siendo la de Cochabamba de 25.2 por cada mil habitantes. Esta diferencia podría deberse a que en este municipio las áreas rurales son considerablemente mayores a las del Cercado, y en este ámbito las mujeres tienen más hijos.

Al no contar con las tasas de fecundidad por edad no podemos realizar el cálculo de la Tasa Global de Fecundidad.

Anteriormente la Mortalidad tenía un papel protagónico al observarse elevadas tasas, en la actualidad con el avance de la ciencia y la medicina su influencia disminuyó, pero es aún muy importante.

Lamentablemente no contamos con los datos necesarios para realizar los cálculos sobre este acápite.

La esperanza de vida al nacer en Bolivia es de 66.93 años de vida y en el municipio de Quillacollo es de 65.6 años de vida, relativamente menor debido a las condiciones socioeconómicas que determinan mayor mortalidad de la población. La esperanza de vida por sexo del departamento es de 63.7 años de vida para hombres y de 68.1 para mujeres.

La tasa de migración neta del censo de población y vivienda 2001, es de 18 por mil habitantes es decir de cada 1000 personas de este municipio, 18 personas son migrantes, como no contamos con datos del censo 2012, no podemos estimar datos más cercanos, pero esto nos demuestra que el municipio tiene muchas personas migrantes de distintos lugares que llegaron al municipio para mejorar sus condiciones de vida.

## **Distribución espacial por tramos de población**

En Quillacollo por cada Km<sup>2</sup> existen 83,14 habitantes, existen diferencias entre el área rural y urbana a predominio de esta última, esto demuestra que esta provincia está muy poblada.

No se dispone de datos sobre la distribución de la población por distritos, solamente se trabaja con estimados. En el municipio estamos en el proceso de carpetización de la población, dando cumplimiento a la política SAFCI, pero todavía tenemos un avance del 50% aproximado a nivel municipal, y a nivel del área un avance del 60%.

Una vez concluido el proceso contaremos con información más a cercana a la realidad.

### **1.2.2 Características Ambientales**

El sector en cuestión, como se mencionó anteriormente, es predominantemente de ámbito rural, una parte es atravesada por la avenida Santa Cruz vía fundamental que une Quillacollo con otras comunidades importantes, donde está más poblado y se asientan la mayoría de los negocios de la zona.

Existen áreas destinadas a la agricultura y cría de animales como ganado lechero y avícola, entre otros. Al no existir fábricas en la zona o zonas aledañas la contaminación es menor, siendo esta a causa del parque automotor principalmente y de las malas prácticas sanitarias de una parte de la población en cuanto a la disposición de la basura. Ya que a pesar de que cuentan con servicio de recojo de la basura dos veces por semana, en cercanías de zonas poco pobladas y en los márgenes del río Tacata existen micro vertederos de basura y también una parte de la gente quema o entierra sus residuos sólidos.

Gran parte de la comunidad no cuenta con servicio de alcantarillado, existiendo todavía el uso de letrinas en algunas viviendas, pero no existe el fecalismo al aire libre.

**Tabla 4.** Determinantes Ambientales

<b>ABASTECIMIENTO DE AGUA</b>	
AGUA POR CAÑERÍA	90%
PILETA PÚBLICA	0%
POZO/NORIA/VERTIENTE/CISTERNA	10%
ACEQUIA/RÍO	0%
CHARCOS/ATAJADOS/CURICHI	0%
<b>MANEJO DE BASURA</b>	
RECOJO DOMICILIARIO	81%
BASURA ENTERRADA	0%
CALLE/CAMPO ABIERTO	10%
QUEMADA	9%
RÍO/QUEBRADA	0%
<b>ELIMINACION DE EXCRETAS</b>	
SERVICIO HIGIENICO EN LA CASA	82%
SERVICIO HIGIENICO PÚBLICO	0%
LETRINA	18%
POZO CIEGO	0%
AIRE LIBRE	0%

**Fuente:** Carpetización de la comunidad al 60% gestión 2015.

### 1.3 Características Socioeconómicas

La actividad económica de la mayor parte de la población es agraria, el territorio cuenta con muchas zonas productivas agrícolas, además gran parte de los pobladores viajan a otras zonas y comunidades principalmente Cocapata y Misicuni donde tienen tierras en las cuales cultivan papa, elaboran chuño y también crían ganado, todo esto destinado a su comercialización en los mercados de las ciudades.

La fábrica de calzados MANACO se encuentra a una distancia relativamente cercana por lo cual muchas personas especialmente del sexo masculino trabajan en esta institución, ganándose así el sustento de sus familias.

Otra actividad a la que se dedica un grupo de los pobladores es el comercio, en especial

aquellas personas que tienen sus propiedades en la Avenida Santa Cruz la cual es una importante vía de comunicación entre Quillacollo y otras comunidades.

En la comunidad la estructura social está representada por las Otbs, el Comité Local de Salud que aunque no se encuentra del todo conformado es funcional, coadyuvando con la labor del Sector Salud. Existen dos movimientos religiosos, el católico y también una estructura religiosa evangélica.

**Tabla 5.** Ocupación de la población.

Ocupación	Porcentaje
Obrero	16 %
Chofer	11 %
Comercio	25 %
Técnico	10 %
Profesional	8 %
Agricultura y ganadería	30 %

**Fuente:** Carpetización de la comunidad al 60% gestión 2015.

#### 1.4 Características Socioculturales

En el área contamos con las siguientes organizaciones sociales: Las OTBs con sus respectivas mesas directivas organizadas por cargos jerárquicos, que se reúnen en sus sedes una vez al mes, sindicatos de transporte público que aunque no tienen sus sedes en el lugar brindan sus servicios a la comunidad, y por último las Iglesias, una Católica la cual cuenta con un número importante de adeptos que acuden a visitarla los domingos y la otra Evangélica que a su vez también cuenta con muchos feligreses. Cabe señalar que una parte importante de la población pertenece a otras religiones.

La mayor parte de las organizaciones sociales no son muy activas en el tema de la salud, todavía falta trabajar mucho en involucrar a estos sectores, de hacerles protagonistas del cuidado de la salud, reto en el que se viene trabajando con resultados no muy alentadores.

En el Territorio que nos concierne no encontramos unidades educativas, aunque la Facultad de Veterinaria de la Universidad Mayor de San Simón se encuentra cerca del límite oeste. Además cuenta con un pequeño mercado en el cual algunas personas ofrecen sus productos, pero es aún informal y sin infraestructura ya que los comerciantes se ubican en la calle 15 de Agosto.

Sobre la Avenida Santa Cruz encontramos un par de clínicas dentales del sector privado que brindan sus servicios a la población del lugar. Por último también existen una Iglesia católica y otra evangélica (mencionadas anteriormente) y campos deportivos: dos canchas de fútbol y tres polifuncionales destinadas al fútbol, básquet y vóley ball, que sirven de recreación en especial a la población infanto-juvenil.

Los campos deportivos y los parques sirven de distracción y esparcimiento de la población, promoviendo la práctica de actividad física importante para el cuidado de la salud y también como formas de combatir el estrés, que afecta a gran parte de la gente de la comunidad.

La economía, no muy favorable, obliga a que la mayoría de la gente viva en alquiler y tenga una alimentación poco saludable, proliferando el consumo de comida chatarra la cual es la de mayor oferta de los comerciantes del lugar, no es de extrañarse ya que esta situación se produce a muchos niveles, donde se van perdiendo las tradiciones culinarias y adoptando costumbres extranjeras que son nocivas para la salud, pero más atractivas para el gusto de las personas, existiendo un auge de la “comida rápida”, con los consiguientes problemas para la salud de la población.

Los niveles de violencia son difíciles de determinar, sobre todo porque no se cuenta con información a este nivel ya que se recoge por municipios. El SID (Sistema de

Información de Defensorías) reúne estos datos semestralmente de los 47 municipios del departamento. El año 2012 los índices de violencia en Quillacollo aumentaron el primer semestre se denunciaron 8650 casos en niños y adolescentes, para el segundo semestre aumentó en un 22% con 11010 denuncias, haciendo un total de 18660 en todo el año.

En 2011 se denunciaron 1400 casos de violencia a la mujer, para el 2012 ascendieron a 1800 denuncias, entre estas estaban incluidas también las violaciones.

Estas situaciones generalmente están asociadas al abuso de alcohol, los agresores en un 98% son familiares cercanos que son reincidentes quedándose cerca de las víctimas para seguir cometiendo sus crímenes.

Muchos de estos casos llegan a arreglos entre las partes con dinero, matrimonios y un gran número quedan impunes. Considerando que existe una cantidad considerable de casos que no son denunciados, es decir realmente hay un subregistro de la violencia, esta situación se torna preocupante. Todo esto también se repite a nivel de la comunidad en estudio.

Según la carpetización del área que solo llega a un 60%, tenemos que el 4% de las familias carpetizadas tuvieron algún episodio de violencia, pero este dato no es confiable ya que al momento de llenarse estos instrumentos de recojo de información, muchas veces están presentes varios integrantes de la familia al momento de la entrevista, por lo que el miedo o la vergüenza impiden que los entrevistados puedan brindar información sobre estos temas de manera completa.

## **2. DETERMINANTES DE LA SALUD**

De la interacción de las determinantes dependerá el proceso salud-enfermedad no solo del individuo sino de la sociedad. Es aquí donde tienen que estar destinadas las políticas y proyectos en salud para lograr cambios en el estado de salud de las comunidades. En el área de las Otbs de influencia podemos ver la relación que existen entre estas determinantes y la aparición de los problemas en salud.

Al ser un área periurbana la accesibilidad a los servicios de salud es aceptable encontrándose estos a distancias cercanas y brindando atención que satisface en gran medida la demanda de la población, de todas maneras existen falencias en el sistema de salud, como la falta de un hospital de tercer nivel que brinde atención a la población del municipio. En ocasiones la compra de medicamentos e insumos se ve retrasada perjudicando a los usuarios al momento de recibir atención.

El medio ambiente presenta contaminación por parte del parque automotor, pero no existen fabricas cercanas que puedan contaminar el aire o el agua, existe presencia de microvertederos de basura no obstante la comunidad cuenta con servicio de recojo de basura domiciliaria dos veces a la semana.

La mayor parte de la población se dedica a la agricultura, oficios como la albañilería o choferes de autos, trabajan en fábricas cercanas por lo que están expuestos al estrés y a los riesgos laborales, sus actividades son muy extenuantes y mellan en el físico de las personas, teniendo ingresos económicos bajos o regulares.

Los estilos de vida saludables por la falta de tiempo, el cansancio o los adelantos tecnológicos, van perdiéndose; así la práctica de deportes o actividad física esta disminuida y también los hábitos no saludables están presentes como alternativa de esparcimiento, es el caso del consumo de alcohol, tabaco, entre otros y la mala alimentación, consumiéndose alimentos no muy saludables, que son los de mayor oferta por los comerciantes.

La baja escolaridad influye en la presencia de embarazos en la adolescencia, madres solteras y produce un círculo que lleva a mayor pobreza y baja escolaridad.

Todo esto influye sobre la biología de las personas haciendo que surjan enfermedades crónicas que anteriormente ocurrían en etapas más tardías de la vida o simplemente no ocurrían con la misma frecuencia que ahora.

A todo esto se suma las pocas actividades por parte de la sociedad en especial del sector salud, en cuanto a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades.

**Tabla 6.** Determinantes de salud según Carpetas Familiares

TIPO DE VIVIENDA	
VIVIENDA INDIVIDUAL	42%
DEPARTAMENTO	8%
CUARTOS O HABITACIONES	47%
CHOZA/PAHUICHI/CASA RUSTICA	3%
AMBIENTE NO DESTINADO PARA HABITAR	0%

TENENCIA DE VIVIENDA	
PROPIA	53%
ANTICRETICO	5%
ALQUILER	41%
CUIDADOR	1%
OTROS	0%

N° DE PERSONAS POR CUARTO	
UNA O DOS PERSONAS	59%
TRES	36%
CUATRO	3%
CINCO	2%
SEIS O MAS	0%

ABASTECIMIENTO DE AGUA	
AGUA POR CAÑERIA	90%
PILETA PUBLICA	0%
POZO/NORIA/VERTIENTE/CISTERNA	10%
ACEQUIA/RIO	0%
CHARCOS/ATAJADOS/CURICHI	0%

ELIMINACION DE EXCRETAS	
SERVICIO HIGIENICO EN DOMICILIO	82%
SERVICIO HIGIENICO PUBLICO	0%
LETRINA	18%
POZO CIEGO	0%
AIRE LIBRE	0%

MANEJO DE BASURA	
RECOJO DOMICILIARIO	81%
BASURA ENTERRADA	0%
CALLE/CAMPO ABIERTO	10%
QUEMADA	9%
RIO/QUEBRADA	0%

INGRESO FAMILIAR	
LE PERMITE AHORRAR	11%
SATISFACE NECESIDADES	12%
SATISFACE NECESIDADES BASICAS	31%
A VECES NO ALCANZA	38%
INSUFICIENTE	8%

NIVEL DE INSTRUCCION MATERNA	
UNIVERSITARIA	7%
TECNICO	10%
SECUNDARIA	12%
PRIMARIA	62%
SIN INSTRUCCIÓN	9%

RIESGO FAMILIAR	
BAJO	79%
MEDIO	18%
ALTO	3%

**Fuente:** Carpetización de la comunidad al 60% gestión 2015.

Según el instructivo del Ministerio de Salud, “Carpeta Familiar” publicado el año 2012, el riesgo familiar se calcula haciendo una sumatoria del valor de cada ítem por ejemplo tipo de vivienda, tenencia de la vivienda, a los que a cada opción dentro del ítem se le asigna un puntaje creciente siendo las opciones que se encuentran primero con menor puntaje y las ultimas con mayor puntaje, así para cada ítem se asigna un valor todos los valores recogidos de cada ítem son sumados y comparados con un rango de riesgo:

Riesgo bajo de 28 a 61 puntos, medio de 62 a 126 puntos y alto de 127 en adelante.

### 3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El perfil epidemiológico representa la morbilidad, mortalidad y determinantes de salud de un lugar en específico en función del tiempo. Para realizarlo tomamos los datos del Centro de Salud San José Obrero, que brinda sus servicios a dos distritos 7 y 4 del Municipio de Quillacollo.

La población total asignada a este Centro de Salud y con la que se realizarán los cálculos varía de gestión a gestión, un aproximado se describe a continuación:

**Tabla 7.** Población Centro de Salud San José Obrero por gestiones.

<b>GRUPOS ETARIOS</b>	<b>GESTION 2012</b>	<b>GESTION 2013</b>	<b>GESTION 2014</b>
<b>MENORES DE 5 AÑOS</b>	2178	2232	2288
<b>20 A 59 AÑOS</b>	10103	10354	10611
<b>60 AÑOS Y MAS</b>	1731	1774	1818
<b>20 AÑOS Y MAS</b>	11834	12128	12429
<b>POBLACION TOTAL</b>	20550	21060	21582

Es importante mencionar que estas poblaciones son estimaciones que se utilizan para la programación dentro del Centro de Salud y no son exactos, más bien aproximados.

#### 3.1 Morbilidad

##### Enfermedades Agudas

La siguiente Tabla muestra las enfermedades agudas más frecuentes en consulta por gestiones (2012, 2013 y 2014).

Las Iras y las Edas que se muestran son del grupo etario menor de 5 años, ya que son los niños los que mayor riesgo presentan de padecer estas enfermedades y tienen más complicaciones por las mismas. Posteriormente se verá el canal endémico de las Iras de todos los grupos etarios.

**Tabla 8.** Frecuencia de enfermedades agudas por gestiones.

ENFERMEDADES AGUDAS	CASOS NUEVOS	CASOS NUEVOS	CASOS NUEVOS
	2012	2013	2014
Infecciones Respiratorias Agudas	990	1203	3102
Enfermedades Diarreas Agudas	195	242	547
Neumonías	123	134	246
Parasitosis Intestinal	158	189	401
Infecciones de la piel	276	325	739

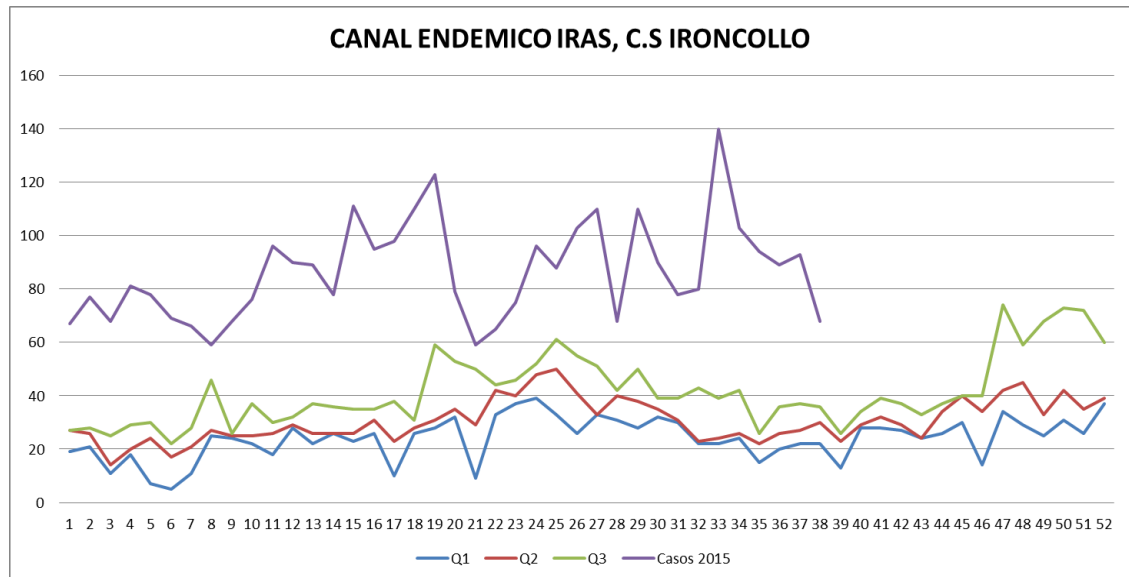
**Fuente: SNIS Centro de Salud San José Obrero.**

Se observa que las IRAS y EDAS son las entidades con mayor frecuencia en el área de afluencia del servicio seguida por las infecciones de la piel, lo que corresponde con estadísticas similares en el departamento y el país.

A continuación analizaremos la frecuencia por semanas de las IRAS en el año 2015 y su relación con otros años es decir el corredor endémico de las IRAS.

Se usó el total de casos nuevos en todos los grupos etarios para cada semana epidemiológica en cada gestión.

**Gráfico 2. Canal Endémico**



**Fuente: SNIS-VE casos IRAS 2010-2014 Centro de Salud San José Obrero.**

Para el diseño de este corredor endémico se utilizaron los datos del Centro de Salud San José Obrero de Ironcollo. (Ver anexo 13)

El **canal endémico** fue elaborado para un período de 5 años 2010 a 2014, se observan diferentes zonas, que describen el comportamiento de la enfermedad. Por debajo de Q1, se encuentra la Zona de éxito, entre Q1 y Q2 se encuentra la zona de seguridad, entre Q2 y Q3, se encuentra la zona de alarma y por encima de Q3, se encuentra la zona epidémica.

Se observa en la gráfica, la **curva epidémica** representada por la frecuencia de casos de la gestión 2015 trazados sobre el canal endémico, podemos ver que prácticamente todo el año se encuentra por encima de Q3 en la zona epidémica.

Cabe aclarar que a partir de finales de octubre del año 2013 en el municipio empezó a funcionar el proyecto “Mi Salud” por esta razón al centro de salud Ironcollo llegaron 8 médicos adicionales, los cuales trabajan en las comunidades brindando atención domiciliaria y en los consultorios zonales, dicho personal también capta casos de IRAS. Este canal endémico se realizó con los datos de los años 2010 al 2014 y las primeras semanas del año 2015.

A primera vista estaríamos en epidemia de IRAS, pero esto podría explicarse con el incremento del personal con lo que también incrementan las atenciones. Será importante seguir realizando el canal endémico de los siguientes años para poder tener una idea más cercana al comportamiento de las Iras en la comunidad, y realizar análisis con el personal de salud del Centro de Salud y también de la Coordinación.

### **Enfermedades Crónicas**

En las últimas décadas las **Enfermedades Crónicas no Transmisibles** están en incremento, ahora se muestra el comportamiento de estas en el área de estudio.

Para realizar los cálculos se usaron datos del centro de salud, la población de riesgo está representada por el grupo etario igual o mayores de 20 años.

**Tabla 9.** Frecuencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles por gestiones.

ENFERMEDADES CRONICAS	CASOS NUEVOS 2012	CASOS NUEVOS 2013	CASOS NUEVOS 2014	TOTAL DE CASOS (nuevos + repetidos) 2012	TOTAL DE CASOS (nuevos + repetidos) 2013	TOTAL DE CASOS (nuevos + repetidos) 2014
Enfermedades Reumáticas	36	38	53	72	86	123
Hipertensión Arterial	46	44	58	74	91	131

Diabetes Mellitus	38	39	62	72	93	136
Asma Bronquial	9	11	6	21	23	25
Cáncer o Tumores Malignos	2	3	2	5	7	6
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2	3	3	6	8	7

**Fuente: SNIS Centro de Salud San José Obrero.**

Se observa que la diabetes mellitus, hipertensión arterial y las enfermedades reumáticas son las entidades más frecuentes en consulta.

Resulta preocupante que la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, estén entre las patologías más presentes, por la relación entre estas dos enfermedades en caso de comorbilidad, resultando una ser factor de riesgo para la otra y viceversa y tener órganos diana similares en cuanto al daño sistémico que producen ambas entidades.<sup>13</sup>

En cuanto a la morbilidad podemos clasificar en entidades agudas y crónicas, las enfermedades agudas más frecuentes son las Iras y las Edas con predominio en los menores de 5 años, y las enfermedades crónicas que más se presentaron son la hipertensión arterial y diabetes mellitus respectivamente, las cuáles son más comunes en la población mayor a los 20 años.

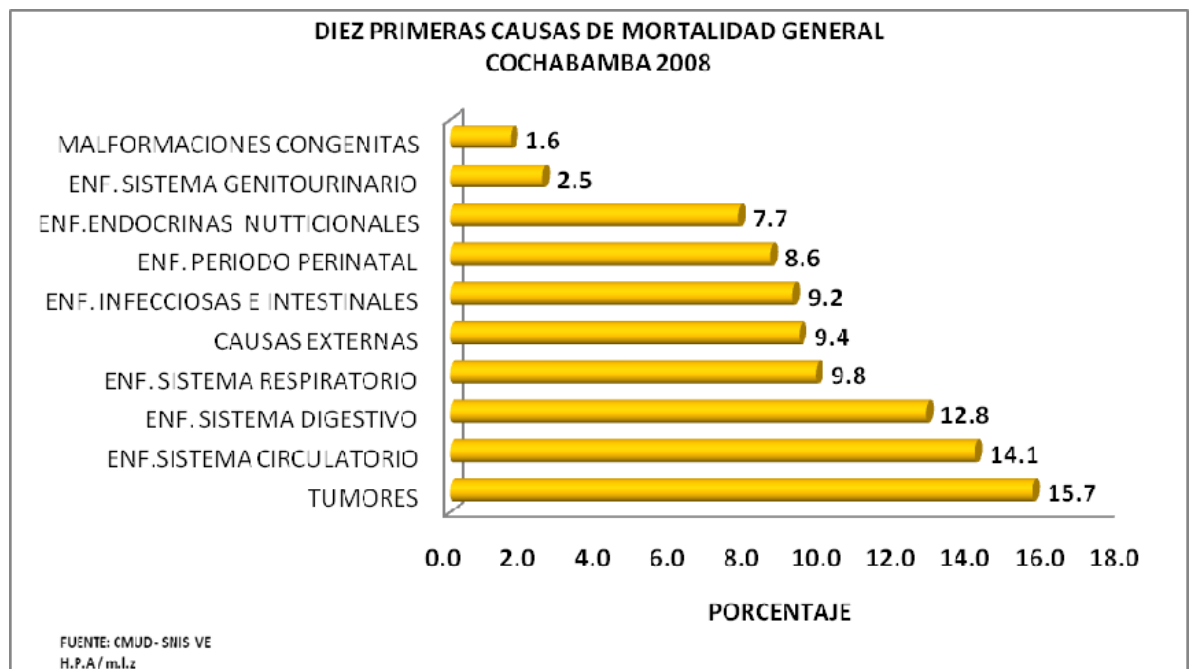
#### **b) Mortalidad**

Al no contar con datos actuales oficiales del municipio sobre mortalidad por causas de defunción, se usaran los datos del departamento del año 2008.

Mortalidad se refiere al número de muertes en un determinado periodo de tiempo, un lugar, en relación a la población de dicho ámbito geográfico, resulta de suma importancia conocer la mortalidad específica es decir clasificar las muertes por sus causas y conocer la frecuencia de dichas causas.

A continuación observamos las diez primeras causas de mortalidad general del departamento.

**Gráfico 3.** Causas de Mortalidad General de Cochabamba



**Fuente: Atlas de Salud Departamento de Cochabamba 2008. Página 81, si autoriza su reproducción y utilización.**

En el gráfico podemos observar que entre las primeras causas de mortalidad del departamento se encuentran los tumores, enfermedades del sistema circulatorio, digestivo y respiratorio respectivamente.

También en el octavo lugar se encuentran las enfermedades endócrino nutricionales.

Si bien estos datos son del año 2008 y del Departamento en su totalidad, son útiles para tener una idea aproximada del comportamiento de este indicador a nivel municipal y de sector.

Según datos de la ENDSA 2008, las tasas de mortalidad infantil y neonatal del departamento son de 35 y 63 respectivamente por cada mil nacidos vivos, estos datos corresponden al periodo de junio de 1998 a junio de 2008, es decir para un intervalo de 10 años.

La Tasa de Mortalidad Materna para el país en el período de 5 años anteriores a la realización de dicha encuesta fue de 34 por cada 100 mil mujeres.

#### **4. PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD**

El proceso Salud-Enfermedad es dinámico y cada extremo la salud y la enfermedad depende de la interacción de las determinantes de salud. **Dever, 1991, pág 2**

Las **Enfermedades Agudas** están influidas por muchas determinantes así el medio ambiente en el que vive la población presenta contaminación por el parque automotor, además los micro vertederos que podemos encontrar, la tenencia de animales domésticos y de granja y las actividades agropecuarias influyen. Muchas casas no cuentan con servicio de alcantarillado, la mayoría tiene acceso a agua potable.

También influye la higiene en cuanto a la elaboración de los alimentos, malos hábitos higiénicos, baja escolaridad de muchos padres en especial de las madres, la economía de las familias las cuales en su mayoría dependen de un solo ingreso.

El acceso a los servicios de salud es relativamente fácil al contar con el Centro de Salud, el consultorio Zonal y el Hospital, en especial para la población que está protegida por el seguro.

Podemos identificar los posibles factores de riesgo y factores protectores:

Factores de riesgo: Malos hábitos higiénicos, poco consumo de alimentos saludables frutas y verduras, hacinamiento, bajo nivel de escolaridad, problemas con los servicios básicos como el alcantarillado, abandono de conductas saludables como la realización de ejercicios, tabaco, convivientes con fumadores, etc.

Factores protectores: Lactancia materna adecuada, lavado de manos, hábitos de higiene, consumo de alimentos saludables frutas y verduras, atención médica oportuna, actividades de educación para la salud, práctica de ejercicios, entre otros.

Resulta importante aclarar que estos son posibles factores de riesgo y protectores, los cuáles no fueron comprobados con medidas de causalidad como el OR.

Las **Enfermedades Crónicas** y su aparición son influidas por los determinantes de salud como los malos hábitos alimenticios que condicionan sobrepeso y obesidad, el sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, contaminación ambiental por el parque automotor, consumo de comida chatarra y poco consumo de frutas y verduras, el estrés psicosocial por malas condiciones económicas, problemas en la familia, la biología con los antecedentes familiares, condiciones laborales inadecuadas, entre otros.

En cuanto a los servicios de salud, son medianamente accesibles en especial para la población que no cuenta con seguro, por los costos resulta que las personas acuden cuando realmente están enfermos y no así a realizarse chequeos regulares, falta actividades de promoción y prevención de salud por parte del personal, condicionando que los pacientes no tengan cambios de actitud sobretodo en relación al autocuidado de la salud.

Todos estos determinantes terminan influyendo sobre la biología de las personas condicionando la aparición de las enfermedades crónicas.

Posibles factores de riesgo y factores protectores.

Factores de riesgo: Tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, malos hábitos

dietéticos, sedentarismo, estrés, biología, edad, sexo.

Factores protectores: Actividad física, actividades de recreación y esparcimiento, dieta saludable, controles médicos rutinarios, actividades de promoción y prevención por parte del personal de salud.

## **5. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL**

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

No cuenta con unidades educativas, aunque la Facultad de Veterinaria de la Universidad Mayor de San Simón se encuentra cerca del límite oeste. Existe un pequeño mercado en el cual algunas personas ofrecen sus productos, pero es aún informal y sin infraestructura ya que los comerciantes se ubican en la calle 15 de Agosto, existen dos parques infantiles para diversión de los niños y una pequeña plaza donde los vecinos salen a sentarse y conversar como forma de esparcimiento.

Sobre la avenida Santa Cruz se encuentra un par de clínicas dentales del sector privado que brindan sus servicios a la población del lugar. Por último también existen una Iglesia católica y otra evangélica y campos deportivos: dos canchas de fútbol y tres polifuncionales destinadas al fútbol, básquet y vóley ball, que sirven de recreación en especial a la población infanto-juvenil.

### **5.2 Oferta de servicios de salud**

En el área existen algunas clínicas y consultorios odontológicos privados, y cuenta con dos establecimientos del sistema público de salud.

El centro de Salud San José Obrero es de primer nivel, cuenta con atención en consulta externa de 12 horas y emergencias 24 horas, el personal conformado por médicos generales, personal de enfermería, apoyo administrativo, personal de limpieza y

porteros. No cuenta con servicios de laboratorio, ni imagenológicos, pero se realizan internaciones y atención de partos de bajo riesgo obstétrico.

El Hospital Benigno Sánchez es de segundo nivel, brinda servicios de consulta externa de 12 horas y emergencias 24 horas, cuenta con las especialidades básicas de la medicina: Cirugía, Pediatría, Medicina Interna y Gineco-obstetricia, además de Traumatología, cuenta con servicios de laboratorio e imagenología, presta atención a las urgencias y emergencias obstétricas referidas de los primeros niveles del municipio.

También es el punto de enlace entre el primer y tercer nivel con las referencias en las ambulancias que el hospital tiene a su cargo.

En cuanto a la accesibilidad desde el punto de vista económico y cultural, al ser servicios públicos, los costos son relativamente bajos en comparación a entidades privadas, además de contar con el SIS y el Programa “Mi Salud” resulta accesible a casi la totalidad de la población, en esta zona existen personas que todavía prefieren asistir a la medicina alternativa o tradicional, pero son los menos, además con la política SAFCI se logra la interacción e interrelación entre ambas formas de prácticas, la medicina tradicional y la científica.

La accesibilidad geográfica la trataremos de manera más amplia en el siguiente acápite.

### **5.3 Accesibilidad geográfica**

El territorio se encuentra situado entre dos servicios de salud importantes: Centro de Salud San José Obrero y Hospital Benigno Sánchez. Los cuáles ya fueron descritos en cuanto a su capacidad resolutive y servicios que brindan en el anterior acápite.

Los caminos en el área de influencia están en buen estado siendo la avenida principal pavimentada y los otros caminos principales empedrados, los pasajes menos importantes de ripio o tierra.

Las OTBs Ironcollo Central, Villa Dolores e Ironcollo Sud se encuentran en un área estratégica ya que la mayor parte de las viviendas se encuentran cerca de la Avenida Santa Cruz vía principal que vincula Ironcollo con la ciudad de Quillacollo, por esta vía circulan tres líneas de transporte público con buena frecuencia alrededor de un transporte cada 5 min o menos en ambos sentidos. Por lo que el acceso a ambos servicios resulta fácil siendo estas OTBs *accesibles*. En cambio la OTB Tacata Norte, se ubica más lejos de esta vía de comunicación y hasta hace poco carecía de transporte público, por lo que los pobladores tenían que trasladarse a pie distancias considerables.

Recientemente cuentan con una línea de TRUFIS (Transporte de Ruta Fija) que brinda sus servicios a la población, pero la frecuencia con que estos hacen el recorrido es todavía muy alejada uno de otro, aproximadamente cada 30 a 40 minutos, por lo que muchas personas prefieren caminar antes de esperar el tiempo ya mencionado.

A esto se suma la mala planificación en la ubicación de las casas, calles, pasajes y caminos los cuales no comunican con vías principales hace a esta OTB *poco accesible*, lo cual repercute en el sector salud ya que muchos de estos potenciales pacientes prefieren acudir al Hospital Benigno Sánchez en Quillacollo antes de visitar el Centro de Salud San José Obrero ya que para acudir a este último tendrían que caminar o caso contrario tomar dos transportes, contribuyendo al hacinamiento y colapso del hospital, que es de segundo nivel y a las bajas coberturas en el Centro de Salud. (*Ver anexo 10*)

## **6. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD**

La problemática de salud de las comunidades de que se ocupa este trabajo gira en torno al incremento de algunas patologías, en especial las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

En las últimas décadas estas entidades están en aumento a nivel mundial en especial en los países más desarrollados, no obstante también empiezan a ser un problema de salud en nuestro país. Resulta importante mencionar que dichas patologías afectan a personas

cada vez más jóvenes y no solo así a las personas en edades medianas y avanzadas, afectando a grupos poblacionales en etapa productiva laboralmente hablando.

Muchos son los factores que predisponen su aparición, algunos son susceptibles de modificarse y otros no, es aquí donde podemos intervenir para buscar cambios en los factores que si se pueden modificar y así lograr disminuir o retrasar el avance de estas enfermedades.

Otra situación clave es que también existe comorbilidad, personas que padecen 2 enfermedades, viéndose en ellas un fenómeno de sinergia, es decir que una patología predispone a que la persona padezca de otras patologías más. Entre ellas las más frecuentes son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. **Cordero, 2011, p 12-21**

También existe otro grupo de patologías que afectan a la población son las Enfermedades Agudas entre ellas las IRAS y las EDAS. (Infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas respectivamente).

Está problemática con los dos grupos de enfermedades responde a los determinantes de la salud de la comunidad, los cuales participan en la aparición de dichas patologías. Las condiciones socio económicas, escolaridad, nivel económico influyen en la calidad de vida, los hábitos alimenticios, hábitos tóxicos como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la práctica o no de actividad física, determinan el estado de salud de la comunidad.

El trabajo deberá ser encaminado a mejorar las determinantes de salud, brindar acceso oportuno y universal a los servicios de salud a la población, enfocado y priorizando acciones de promoción y prevención.

## **7. NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN**

Para determinar las necesidades en salud de la población se utilizó el enfoque por indicadores de salud, donde se analizaron estadísticas de morbilidad y mortalidad

además del enfoque de búsqueda de consenso usando los informantes claves de la comunidad con técnicas grupales, en este caso Lluvia de ideas.

**Tabla 10. Enfoque y métodos de determinación de necesidades**

Enfoque	Método	Fuente de información	Formas de recolección	Procesamiento y medición	Tiempo
Por Indicadores De salud	Análisis de estadísticas de morbilidad y mortalidad del municipio.	-SNIS  -Perfil epidemiológico del Centro de Salud.	Recopilación de datos.  Revisión Bibliográfica.	Análisis de los datos de morbilidad y mortalidad.	Moderado
Búsqueda de consenso	Informantes clave:  Personas que conforman la directiva de las Otbs, líderes informales de la comunidad.	Conocimiento del área.  Opiniones propias.	Técnicas grupales  Lluvia de ideas	Recolección de opiniones, integración, compilación y síntesis.	Mínimo

Las necesidades que se identificaron con la técnica “Lluvia de ideas” son las siguientes:

- La contaminación por parte del parque automotor.
- La presencia de microvertederos en algunas zonas, las cuales contaminan incluso las aguas del río Tacata.

- Falta de alcantarillado en muchas zonas del lugar.
- Falta de alumbrado público.
- Presencia de muchos lugares de expendio de bebidas alcohólicas.
- Escases de medicamentos e insumos médicos por muchos períodos en el año.
- Falta de equipamiento de los servicios de Salud.
- Malos hábitos dietéticos, preferencia en el consumo de comida chatarra.
- Malos hábitos higiénicos.
- Baja escolaridad.

Dichas necesidades influyen de forma directa e indirecta en la salud de la población, comportándose como factores de riesgo y también determinantes Sociales, participando en la aparición de la problemática de salud de las personas que viven en este ambiente geográfico.

Posteriormente se plantearon los problemas identificados además de las necesidades buscando consenso de la población en la priorización de los problemas, se usó una matriz de priorización, contando con la participación de los dirigentes de las Otbs, Líderes informales de la comunidad y el personal de salud.

A continuación podemos observar la matriz con los problemas identificados y los puntajes obtenidos en base a los cuales se los prioriza.

Es importante aclarar que esta matriz analiza cinco características de los problemas, magnitud, gravedad, posibilidad de prevención, interés de la población y tendencia de los problemas en el tiempo.

**Tabla 11. Matriz de priorización de problemas según Castillo.**

<b>Daño a la salud</b>	<b>Criterio</b>	<b>Puntaje máximo posible</b>	<b>Puntaje asignado</b>
<b>Aumento de la frecuencia de IRAS</b>	Magnitud	10	7
	Gravedad	10	6
	Posibilidad	10	5
	Interés de la comunidad	10	7
	Tendencias en el tiempo	10	8
<b>Aumento de la frecuencia de EDAS</b>	Magnitud	10	6
	Gravedad	10	7
	Posibilidad de prevención	10	5
	Interés de la comunidad	10	6
	Tendencias en el tiempo	10	7
<b>Aumento de la frecuencia de Diabetes Mellitus</b>	Magnitud	10	6
	Gravedad	10	10
	Posibilidad de prevención	10	4
	Interés de la comunidad	10	10
	Tendencia en el tiempo.	10	7
<b>Aumento de la frecuencia de Artropatías</b>	Magnitud	10	7
	Gravedad	10	8
	Posibilidad de prevención	10	3
	Interés de la comunidad	10	7
	Tendencias en el tiempo	10	7
<b>Aumento de la frecuencia de Hipertensión Arterial</b>	Magnitud	10	6
	Gravedad	10	10
	Posibilidad de prevención	10	4
	Interés de la comunidad	10	10
	Tendencias en el tiempo	10	6

<b>Peso relativo</b>	<b>Magnitud</b>	<b>Gravedad</b>	<b>Prevenible</b>	<b>Interés comunidad</b>	<b>Tendencia</b>	
	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	
<b>Daño a la salud</b>						<b>Puntaje total</b>
<b>Aumento de la frecuencia de IRAS</b>	7x4=28	6x4=24	5x2=10	7x3=21	8x1=8	<b>91</b>
<b>Aumento de la frecuencia de EDAS</b>	6x4=24	7x4=28	5x2=10	6x3=18	7x1=7	<b>87</b>
<b>Aumento de la frecuencia de Diabetes Mellitus</b>	6x4=24	10x4=40	4x2=8	10x3=30	7x1=7	<b>109</b>
<b>Aumento de la frecuencia de Artropatías</b>	7x4=28	8x4=32	3x2=6	7x3=21	7x1=7	<b>94</b>
<b>Aumento de la frecuencia de Hipertensión Arterial</b>	6x4=24	10x4=40	4x2=8	10x3=30	6x1=6	<b>108</b>

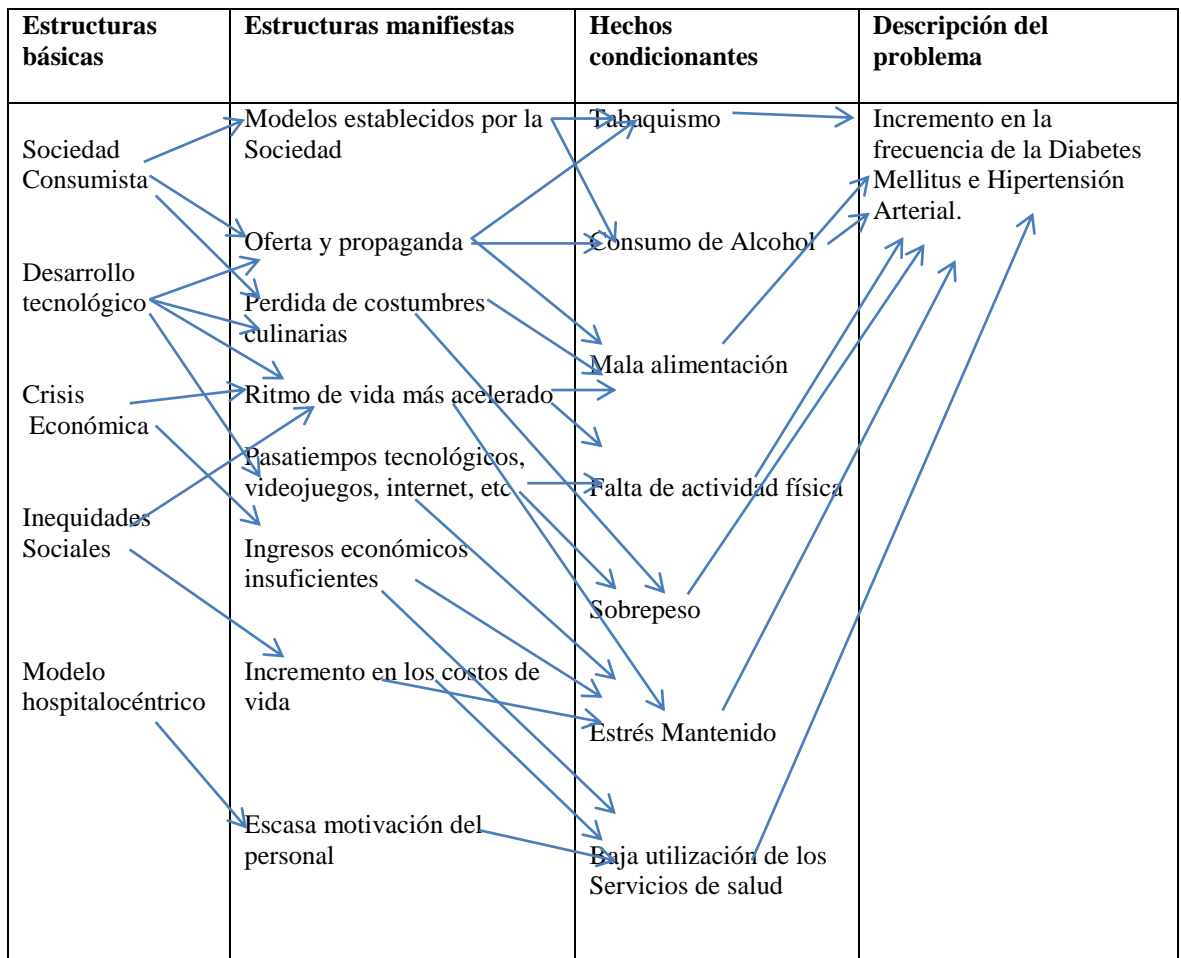
**Problemas priorizados:**

1. Aumento de la frecuencia de Diabetes Mellitus.
2. Aumento de la frecuencia de Hipertensión Arterial.

El problema central del área de estudio en cuestión es el incremento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Estas entidades como se mencionó anteriormente son multicausales y dependen de muchos factores para su aparición, a continuación se realiza un análisis del problema central con la ayuda del Flujograma Situacional.

**Tabla 12.** Flujograma Situacional



## 8. ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN

A continuación vemos la relación de los actores fundamentales y los recursos que controlan en la siguiente matriz.

**Tabla 13. Actores relevantes y recursos que controlan.**

<b>ACTORES</b>	<b>RECURSOS QUE CONTROLA</b>	<b>ACTITUD FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD</b>
Sub-alcalde de Distrito 4	Recursos económicos Recursos Humanos Apoyo de la población	Favorable
Presidentes de OTBs	Recursos económicos Ambientes Apoyo de la población	Algunos de los presidentes apoyan otros son desentendidos
Secretarios de Salud de OTBs (Autoridades Locales de Salud)	Comunicación con otras autoridades. Apoyo de la población	Favorable
Representante de Control Social	Comunicación con otras autoridades.	Poco colaborador
Director de Centro de Salud	Recursos Humanos Comunicación con otras autoridades Capacidad de análisis, planificación y programación	Colabora en la mayoría de las veces
Coordinador de Área SAFCI Programa Mi Salud	Capacidad de gestión ante instancias superiores Recursos económicos Capacidad de análisis, planificación y programación	Favorable
Coordinador Municipal SAFCI Programa Mi Salud	Capacidad de gestión a nivel municipal Recursos económicos Capacidad de análisis, planificación y programación	Favorable
Brigada “Mi Salud”  Médico y enfermera.	Parte operativa principal, capacidad de recolección de información y análisis de la misma. Capacidad de análisis, planificación y programación	Favorable

**Fuente: Elaboración propia**

Las alianzas posibles para encauzar el desarrollo del plan podrían ser las siguientes:

Entre las autoridades regionales como el presidente del Distrito y los presidentes de las Otbs para mejorar la gestión de recursos y el apoyo de la población en general hacia los objetivos que persigue el plan.

Entre el personal de salud, director del Centro de Salud, los coordinadores regional y municipal y la brigada “Mi Salud” para mejorar el proceso de recolección de la información, análisis y funcionamiento del plan en busca de los resultados esperados.

Representante de Control Social y Autoridades locales de salud, en función de coadyuvar en la gestión de recursos, apoyo de la población y el control y seguimiento del plan.

Tal vez lo más importante alianza entre el personal de salud coordinadores regional y municipal SAFCI, director del Centro de salud y las autoridades regionales presidentes de distrito y Otbs, para gestionar recursos económicos, humanos, en instancias pertinentes como el municipio, ONGs además del apoyo de la población y otros sectores afines como educación, cultura, etc.

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

El plan estratégico estará dirigido a tres áreas: Programación local, Vigilancia de la Salud y además introducir cambios mínimos en la prestación de servicios de salud en Servicios de Nivel Primario.

Tabla 14. Líneas de acción.

AREA	PROBLEMAS	PROBLEMA CENTRAL	LINEAS DE ACCION
Programación local	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento de la frecuencia de la Diabetes Mellitus</li> <li>-Aumento de la frecuencia de la Hipertensión Arterial.</li> <li>-Aumento de la frecuencia de las Iras.</li> <li>-Aumento de la frecuencia de las Artropatías.</li> </ul>	Aumento en la frecuencia de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Realizar Consulta Externa integral en visita domiciliaria.</li> <li>2.-Brindar atención de Consulta externa integral en centros laborales.</li> <li>3.- Realizar seguimiento al tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos.</li> </ol>
Vigilancia de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Subregistro de enfermedades Crónicas no transmisibles.</li> <li>- Subregistro de las Determinantes de la Salud y los factores de riesgo.</li> <li>- Personal de Salud deficientemente capacitado en el manejo de los instrumentos de recojo de información del SNIS-VE.</li> <li>- Falta de concordancia entre los datos de los diferentes instrumentos de recojo de información del SNIS-VE.</li> </ul>	Deficiente calidad de la información recogida por el SNIS-VE.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Efectivizar el registro de la información sobre morbi-mortalidad de todas las atenciones realizadas, con particular atención sobre la diabetes mellitus e hipertensión arterial.</li> <li>2.- Efectivizar el registro de la información sobre factores de riesgo y determinantes de la salud recogidos en las carpetas familiares.</li> </ol>

<p>Servicios de nivel primario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de medicamentos.</li> <li>-Falta de ambulancia.</li> <li>-Gestión lenta de insumos y equipamiento.</li> <li>- Incumplimiento de la política SAFCI en su totalidad.</li> <li>- Insuficientes actividades de promoción de la Salud</li> <li>- Insuficientes actividades preventivas.</li> </ul>	<p>Insuficientes actividades de promoción y prevención de salud, centro de salud asistencialista</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Concienciar al personal de salud sobre la importancia de la atención domiciliaria.</li> <li>2.- Realizar actividades de promoción y prevención en actividades de visita domiciliaria.</li> <li>3.- Realizar actividades de promoción y prevención con participación de las OTBs.</li> </ol>
------------------------------------	---	--	--

## **PARTE III**

### **1. MOMENTOS NORMATIVO Y ESTRATÉGICO**

#### **1.1 Visión**

En el año 2020:

La población de las OTBs Ironcollo central, Ironcollo sud, Tacata norte y Villa dolores en todos los grupos etarios reciben atención integral de salud con calidad y calidez tanto en consultorio como en visita domiciliaria, logrando una cobertura total de consulta externa dentro y fuera del servicio, realizando seguimiento a la totalidad de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Se realizan actividades de promoción y prevención de la salud de forma regular y continua, la población participa de forma activa en el cuidado de la salud, tomando parte en los procesos de planificación, gestión evaluación y control social, los factores de riesgo en la comunidad han sido intervenidos logrando modificaciones considerables.

El sistema de Vigilancia de la Salud recoge la información de forma oportuna y eficiente, se analiza y se pone en conocimiento de las autoridades, el personal de salud y toda la población. Logrando la participación del municipio, sector salud, sector educación, y muchos otros en los procesos que garanticen el estado de salud de la comunidad.

#### **1.2 ESTRATEGIA**

Mediante el enfoque de la nueva política en salud del país, SAFCI, se pretende involucrar a la población y otras organizaciones ajenas al sector salud en el cuidado de la Salud. Buscando la Intersectorialidad complementaria para así lograr alianzas estratégicas para poder cumplir con las metas planteadas.

En la comunidad objeto de este plan estratégico encontramos una compleja red de relaciones de poder entre los principales actores sociales siendo algunos oponentes y otros en cambio a favor.

La primera alianza a formar es en el servicio de Salud, debemos lograr una relación coordinada entre todo el personal, independiente de la profesión y si es de contrato o Item, de planta o de los distintos programas que maneja el ministerio, para así planificar mejor las actividades y lograr resultados.

Alianza entre los diferentes dirigentes, presidentes de Otbs, presidente del Distrito, Autoridades Locales de Salud, Comité Local de Salud, Control Social, así de esta manera ellos garantizaran el apoyo de sus bases es decir la población, y también las funciones de gestión de recursos.

Finalmente la intersectorialidad, es decir la unión entre el sector salud, los dirigentes de la zona anteriormente mencionados, y también otros sectores sociales como educación, comerciantes, Ongs, Sindicatos de transporte, Sindicatos agrarios, etc.

Solamente de esta forma podremos lograr los ejes del plan sectorial que armonizan con el plan a nivel local, Acceso universal al Sistema Único de Salud y promoción de salud en el marco de la política Safci, con la participación de todos los interesados que en realidad somos cada una de las personas. Y a través de la gestión de recursos en instancias municipales o a nivel central conseguir que las debilidades como falta de medicamentos, insumos equipamiento infraestructura, recursos humanos, incluso en algunos casos con gestión de recursos a nivel local como en el distrito y las Otbs, estas debilidades se vuelvan en fortalezas.

También mediante la acción conjunta de todos los actores sociales podremos convertir las amenazas como: Falta de Confianza de una parte de la población, falta de Compromiso de algunos dirigentes, falta de socialización sobre los servicios que se ofrecen en salud, cambio constante de autoridades, médicos tradicionales no certificados, migración de la población. En oportunidades, Socializando sobre temas de

importancia, comprometiendo a los dirigentes, gestionando la permanencia de autoridades que trabajen bien, gestionando la certificación de los médicos tradicionales, aprovechando a la gente migrante que llega con las visitas familiares, actividades de educación y promoción, así cuando migre a otro lugar podrá ser parte activa socializando lo aprendido.

### **1.3 ANÁLISIS FODA**

Se lo llevo a cabo con la participación del coordinador Safci sectorial, dirigentes de las Otbs, informantes claves, y la brigada “Mi salud” (médico y enfermera).

Para realizar este análisis primeramente dividiremos el escenario de trabajo en dos ambientes: Uno interno dado por el servicio de salud y todo lo relacionado a este, y el ambiente externo representado por organizaciones, personas y todo lo que no está relacionado con el servicio de salud.

#### **AMBIENTE INTERNO**

##### Fortalezas:

- Personal de Salud Comprometido.
- Buenas relaciones entre el personal.
- Personal de apoyo de forma continua, Internos.
- Atención de 24 horas en el centro de salud.
- Atención en consultorio Zonal en la misma comunidad.
- Visitas Domiciliarias.
- Coordinación con programas como Bono Juana Azurduy y Unidad de Nutrición.

##### Debilidades:

- Falta de medicamentos.
- Sistema de salud fragmentado.

- Falta de alimentación para personal de turno.
- Falta de ambulancia.
- Consultorios zonales con deficiencias en la infraestructura.
- Gestión lenta de insumos y equipamiento.
- Inestabilidad laboral de enfermeras.
- Falta de personal de algunos servicios como laboratorio y rayos X
- Escasa planificación y programación de capacitaciones para el personal.

## AMBIENTE EXTERNO

### Amenazas:

- Cambio constante de autoridades.
- Médicos tradicionales no certificados.
- Migración de la población.

### Oportunidades:

- Voluntad Política del Estado y Gobierno Municipal para aplicar la Política SAFCI
- Aceptación de la mayor parte de la población.
- Dirigentes dispuestos a trabajar en coordinación con sector salud.
- Coordinación con instituciones colegios, centros laborales.
- Apoyo de ONGs Wiñay.
- Presencia de médicos tradicionales certificados.
- Autoridades Locales de Salud dispuestos a trabajar en coordinación con sector salud.

## **1.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICO**

- Incrementar en un 30 % las coberturas de consulta externa de los adultos y adultos mayores en los próximos 5 años.
- Aumentar en un 30 % el número de consultas de seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en los siguientes 5 años.
- Registrar en el SNIS el 100% de los datos sobre morbi-mortalidad de las atenciones realizadas, con especial atención sobre la diabetes mellitus e hipertensión Arterial en los 5 años siguientes.
- Registrar en el SNIS el 100% de la información sobre factores de riesgo y determinantes de la salud recogidas por las carpetas familiares en los próximos 5 años.
- Incorporar al 100% del personal de salud en las actividades de visitas domiciliarias.
- Incrementar en un 50% las actividades de promoción de la Salud y prevención en los siguientes 5 años.

Dichos porcentajes con relación a las coberturas de la última gestión. (Ver anexo 15)

## **1.5 LÍNEAS DE ACCIÓN**

### **Programación Local**

- Realizar Consulta Externa integral en visita domiciliaria.
- Brindar atención de Consulta externa integral en centros laborales.
- Realizar seguimiento al tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos.

### **Vigilancia de la Salud**

- Efectivizar el registro de la información sobre morbi-mortalidad de todas las atenciones realizadas, con particular atención sobre la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

- Efectivizar el registro de la información sobre factores de riesgo y determinantes de la salud recogidos en las carpetas familiares.

### **Servicios de nivel Primario**

- Concienciar al personal de salud sobre la importancia de la atención domiciliaria.
- Realizar actividades de promoción y prevención en actividades de visita domiciliaria.
- Realizar actividades de promoción y prevención con participación de las OTBs.

**Tabla 15.** Matriz relación de áreas de actividad del plan estratégico.

Área de actividad	Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de Verificación
Programación Local	Incrementar en un 30 % las coberturas de consulta externa de los adultos y adultos mayores en los próximos 5 años.	Realizar Consulta Externa integral en visita domiciliaria.  Brindar atención de Consulta externa integral en centros laborales.	Se aumentó en un 30 % la cobertura de consulta externa de adultos y adultos mayores.	Cobertura de consulta externa en adultos y adultos mayores dentro y fuera del establecimiento.	Cuadernos de consulta externa.  SNIS mensual  SNIS anual  Historias Clínicas
	Aumentar en un 30 % el número de consultas de seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en los siguientes 5 años.	Realizar seguimiento al tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos.	Se aumentó en un 30% las consultas de seguimiento y control de los pacientes diabéticos e hipertensos.	Índice de reconsulta de los pacientes diabéticos.  Índice de reconsulta de los pacientes hipertensos.	Cuadernos de consulta externa.  SNIS mensual  SNIS anual  Historias Clínicas

Vigilancia de la Salud	Registrar en el SNIS el 100% de los datos sobre morbi-mortalidad de las atenciones realizadas, con especial atención sobre la diabetes mellitus e hipertensión arterial en los 5 años siguientes.	Efectivizar el registro de la información sobre morbi-mortalidad de todas las atenciones realizadas, particular atención sobre la diabetes mellitus e hipertensión arterial.	Se registró el 100% de la información sobre morbi-mortalidad de todas las atenciones, con énfasis sobre la diabetes mellitus e hipertensión arterial.	Incidencia prevalencia Frecuencia	Supervisiones de concordancia de datos entre los diferentes instrumentos del SNIS-VE.
	Registrar en el SNIS el 100% de la información sobre factores de riesgo y determinantes de la salud recogidas por las carpetas familiares en los próximos 5 años.	Efectivizar el registro de la información sobre factores de riesgo y determinantes de la salud recogidos en las carpetas familiares.	Se registró el 100% de datos sobre los factores de riesgo y determinantes de la salud recogidos por las carpetas familiares.	Frecuencias específicas por factor de riesgo	Supervisiones a proceso de carpetización y concordancia de datos entre los diferentes instrumentos del SNIS-VE.

Servicios de Nivel Primario	<p>Incorporar al 100% del personal de salud en las actividades de visitas domiciliarias</p>	<p>Concienciar al personal de salud sobre la importancia de la atención domiciliaria.</p>	<p>100% del personal de Salud realiza atención en visita domiciliaria.</p>	<p>Cobertura de atenciones domiciliarias por médico.</p> <p>Número de visitas domiciliarias realizadas al mes.</p>	<p>Libros de Actas</p> <p>Supervisiones</p> <p>Cuadernos de consulta externa</p> <p>SNIS Mensual y anual.</p>
Servicios de Nivel Primario	<p>Incrementar en un 50% las actividades de promoción de la Salud y prevención en los siguientes 5 años.</p>	<p>Realizar actividades de promoción y prevención en actividades de visita domiciliaria.</p> <p>Realizar actividades de promoción y prevención con participación de las OTBs.</p>	<p>Se incrementó en un 50% el número de actividades de promoción de la salud y de prevención.</p>	<p>Número de actividades de promoción y prevención realizadas al mes.</p> <p>Número de actividades de promoción y prevención realizadas anualmente.</p>	<p>Libros de Actas</p> <p>Supervisiones</p> <p>Cuadernos de consulta externa</p> <p>SNIS Mensual y anual.</p>

**Tabla 16.** Matriz Relación de objetivos estratégicos y actividades del Plan de Salud en el nivel local

Área	Objetivos estratégicos	Actividades	Tiempo	Responsable
P R O G R A M A C I O N  L O C A L	Incrementar en un 30 % las coberturas de consulta externa de los adultos y adultos mayores en los próximos 5 años.	Socializar la política Safci con la población en reuniones de Otbs.	1 hora	Médico y enfermera
		Coordinar con los representantes de las Otbs para la realización de las visitas domiciliarias.	1 hora	Médico y enfermera
		Gestionar con el municipio la compra de insumos y medicamentos para garantizar las atenciones médicas.	1 semana	Coordinador Safci
		Realizar visitas domiciliarias con atención médica a personas adultas y adultos mayores.	4 horas de la jornada laboral	Todo el personal de Salud
		Coordinar con instituciones laborales para realizar consulta a los trabajadores.	1 semana	Médico y enfermera
		Realizar atención médica en instituciones laborales del área.	4 horas de la jornada laboral	Médico y enfermera
	Aumentar en un 30 % el número de consultas de seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en los siguientes 5 años.	Realizar búsqueda activa de casos nuevos o ya conocidos de diabetes mellitus e hipertensión arterial en visita familiar y consultorio.	Permanente	Médico y enfermera
		Elaborar una ficha de seguimiento para todos los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial y entregarles una copia para mejor control.	1 semana	Médico y coordinador Safci
		Realizar un registro de los pacientes diabéticos e hipertensos en tratamiento para controlar su asistencia a reconsultas.	Permanente	Médico y enfermera
		Elaborar un plan de reconsultas a todos los pacientes diabéticos e hipertensos y verificar su cumplimiento.	Permanente	Médico y enfermera
		Realizar visitas domiciliarias a los pacientes que no acuden a su reconsulta, para volver a planificarles en el establecimiento o brindar este servicio en domicilio.	Permanente	Médico y enfermera
		Realizar charlas de sensibilización a los pacientes y familiares en domicilio sobre la importancia del control y seguimiento del tratamiento.	Permanente	Médico y enfermera

V I G I L A N C I A  D E  L A  S A L U D	Registrar en el SNIS el 100% de los datos sobre morbi-mortalidad de las atenciones realizadas, con especial atención sobre la diabetes mellitus e hipertensión arterial en los 5 años siguientes.	Elaborar instrumento de registro de información específico para diabetes mellitus e hipertensión arterial.	2 días	Epidemiólogo
		Capacitar a todo el personal de salud en el llenado de los instrumentos del SNIS-VE y del instrumento específico para diabetes e hipertensión.	3 días	Epidemiólogo
		Efectivizar el recojo de los datos por todo el personal de salud.	Permanente	Todo el personal de salud
		Evaluar mediante supervisiones la calidad de los datos.	Cada 3 meses	Estadísticos
	Registrar en el SNIS el 100% de la información sobre factores de riesgo y determinantes de la salud recogidas por las carpetas familiares en los próximos 5 años.	Capacitar a todo el personal de salud en el llenado de la carpeta familiar, las determinantes de Salud y la política Safci.	3 días	Coordinador Safci
		Completar el proceso de carpetización en las comunidades.	Permanente	Todo el personal de Salud
		Efectivizar el recojo de los datos con instrumentos de sistematización digital de carpetas y formularios SNIS-VE.	Permanente	Todo el Personal de Salud
		Evaluar mediante supervisiones la calidad de los datos.	Cada 3 meses	Estadísticos
F O R T A L E C I M I E N	Incorporar al 100% del personal de salud en las actividades de visitas domiciliarias	Capacitar a todo el personal de salud sobre la política Safci.	1 semana	Coordinador Safci
		Elaborar un cronograma de atención tanto domiciliaria y en establecimiento donde estén incluidos todo el personal de salud.	2 días	Director del establecimiento y coordinador Safci

T O D E L O S S E R V I C I O S D E N I V E L P R I M A R I O	Incrementar en un 50% las actividades de promoción de la Salud y prevención en los siguientes 5 años.	Fomentar la práctica de ejercicio físico organizando campeonatos de fútbol, básquet con las Otbs.	Cada 6 meses	Directores de C. de Salud, Coord. Safci,
		Fomentar el consumo de verduras y frutas, organizando ferias agrícolas con las Otbs.	Cada 4 meses	Coord. Safci, Directores de C. Salud, Autoridades de la comunidad.
		Coordinar con unidades educativas, centros laborales para realización de actividades educativas.	Cada 2 meses	Todo el personal de Salud
		Coordinar con las Otbs para realizar actividades educativas en las reuniones ordinarias.	Permanente	Todo el Personal de Salud
		Coordinar con las Otbs para realizar ferias de salud en la comunidad.	Cada 2 meses	Todo el Personal de Salud
		Coordinar con las Otbs para realizar campañas de papanicolau en la comunidad.	Cada 6 meses	Todo el Personal de Salud

### **3. Programas que conforman el plan estratégico**

Los programas que conformaran el plan estratégico son tres, a continuación se revisan en detalle.

#### **3.1 Programa de Atención de los problemas prioritarios de salud de la población General del área seleccionada.**

##### 3.1.1. Responsable técnico del programa:

El responsable técnico del Programa debe ser un Profesional que cumpla con los conocimientos suficientes para poder llevarlo adelante, en este caso debe ser un epidemiólogo.

El cuál trabajará en conjunto con todo el personal de Salud, quienes deben apoyarlo en todo momento para el correcto funcionamiento del programa.

##### 3.1.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico:

El principal problema de Salud de la población del área es el aumento en la incidencia de las enfermedades crónicas, en especial Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Estas patologías afectan principalmente a la población de personas de los grupos etarios adultos y adultos mayores, y producen disminución de la calidad de vida, y muchas complicaciones algunas incluso mortales.

El resultado que busca lograr este Programa es mejorar las coberturas de atención a estos grupos poblacionales, para así tener oportunidad de revisar a los pacientes, hacer un diagnóstico temprano de estas patologías y poder realizar un tratamiento oportuno, además de hacer el seguimiento correspondiente.

También al tener la oportunidad del contacto con los pacientes, realizar orientación en medidas de promoción de salud y prevención. Es decir realizar una atención integral, con calidad y calidez de acuerdo a la nueva política de salud del País “SAFCI”.

Debemos hacer énfasis en la promoción y prevención que actúan sobre personas sanas dándoles la oportunidad de cambiar el riesgo al que están expuestas. Modificar sus hábitos y estilos de vida.

Con estas acciones pretendemos mejorar el diagnóstico, tratamiento de los pacientes, evitar complicaciones futuras o al menos retrasar su aparición, y sobre todo educar a la población en relación a las determinantes de salud y los factores de riesgo, así lograr cambios en los estilos de vida de la población que eviten o disminuyan el riesgo de padecer estas enfermedades.

### 3.1.3 Población beneficiaria por grupos etarios:

Los grupos etarios que son más afectados por las enfermedades crónicas no transmisibles son los adultos y adultos mayores, es decir de 20 a 59 años y de 60 años en adelante, por los cambios fisiológicos normales que ocurren en el cuerpo al pasar los años, que hace que estas edades sean más vulnerables a padecer estas patologías.

No obstante en los últimos años se van viendo cambios en el comportamiento de las enfermedades en cuanto a la edad de aparición, siendo esta cada vez más temprana, probablemente debido a las determinantes de Salud que van sufriendo cambios según cambian las épocas y la industria y tecnología van avanzando.

Tomaremos estos dos grupos poblacionales: Adultos y adultos mayores, que según el Censo del 2012 representan en total el 55,62 % de la población.

En el ámbito local la población del área es de 2400 habitantes aproximadamente es decir la población de estos grupos etarios en el ámbito local es de 1335 habitantes lo que equivale al 55.62 % de la población total.

Podemos decir que nuestra población beneficiaria es de 1335 habitantes repartidos en dos grupos poblacionales, adultos y adultos mayores.

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

A continuación representamos la matriz de Operacionalización e instrumentación para uno de los problemas de salud al ser el prioritario.

Problema Priorizado:

- Aumento en la incidencia de la Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial

<b>Población por grupos etarios</b>	<b>Actividad</b>	<b>Coertura</b>	<b>Concentración</b>	<b>Recursos humanos Hora/médico</b>	<b>Insumos/ Equipamiento</b>
20-59 años y de 60 años en adelante.	Realizar visitas domiciliarias con atención médica Adultos.	40 %	28 consultas día	4 consultas/hora	Equipo básico
	Realizar visitas domiciliarias con atención médica Adultos mayores.	50%	28 consultas día	4 consultas/hora	Equipo básico
	Coordinar con instituciones laborales para realizar consulta a los trabajadores.	20%	28 consultas día	4 consultas/hora	Equipo básico
	Realizar actividades con la asociación de adultos mayores consulta médica.	20%	28 consultas día	4 consultas/hora	Equipo básico
	Realizar glicemia capilar en visita familiar, consultorio zonal y ferias de salud.	50%	2 pruebas al día	10 pruebas/hora	Glucómetro Tiras reactivas
	Realizar toma de TA a todos los pacientes vistos en visita familiar y en consultorio.	100%	28 tomas al día	4 tomas/hora	Tensiómetro
	Interconsulta con especialista en Medicina Interna a pacientes con diagnostico positivo.	100%	En dependencia	4 consultas/hora	Equipo básico Laboratorio Rayos X, depende de cada paciente

	Realizar seguimiento a pacientes que inician tratamiento posterior a la valoración por especialista.	100%	En dependencia	4 consultas/hora	Equipo básico Laboratorio Rayos X, depende de cada paciente
	Realizar visitas domiciliarias a los pacientes que no acuden a su reconsulta, para volver a planificarles en el establecimiento o brindar este servicio en domicilio.	100%	En dependencia	4 consultas/hora	Equipo básico
	Realizar charlas de sensibilización a los pacientes y familiares en domicilio sobre la importancia del control y seguimiento del tratamiento.	100%	En dependencia	4 charlas/hora	Equipo básico

### 3.1. 5 Evaluación

El diseño de evaluación del programa será el de **estudio prospectivo en el área de intervención**, en el tiempo que se desarrolle el programa se irá reuniendo información que podrá ser comparada con la línea de base para ver los avances.

Se usaran indicadores de estructura y proceso de forma anual y al final de la intervención se sumaran los indicadores de impacto, los cuales mostraran los resultados del programa en la población.

Los instrumentos de recolección de la información serán los mismos del SNIS y documentos elaborados específicamente para el programa, los cuales serán evaluados en una prueba piloto que se realizará para verificar su efectividad y realizar cambios si fuera pertinente.

También se realizarán evaluaciones financieras del costo antes y después de la intervención, además de la relación costo beneficio del programa.

En el tema financiero se realizara el descargo de manera diaria de los insumos que se utilicen mediante kardex de existencia de insumos, los cuales serán dotados a la brigada

de médico y enfermera que participe del programa. Quienes deberán hacer un manejo diario de su material y mantenerlo siempre actualizado para su control y seguimiento.

En cuanto a los resultados que deseamos del programa, se evaluarán en supervisiones semestrales, donde se tomará en cuenta las coberturas que son objetivos del programa, para este fin se diseñará un modelo de supervisión que recoja todos los indicadores de interés, que responden a los objetivos específicos del programa. En caso de encontrar problemas con el programa, se reestructurará en dependencia de nuevos objetivos y metas propuestas para alcanzar los resultados esperados, siempre atentos a situaciones que puedan presentarse en el proceso de implementación de las cuales también podemos aprender y mejorar el programa.

#### 3.1.6 Financiamiento

El recurso humano para la realización del programa está representado por la brigada del proyecto “Mi Salud”.

Los recursos económicos para la compra de los equipos para la toma de glicemia capilar, serían gestionados a través de las autoridades locales, OTBs, Comité local de Salud, Subalcaldías y Alcaldía, existiendo dos posibles formas de gestión del dinero, incorporar estos gastos en el presupuesto para el Sector Salud a nivel Municipal, o también en el presupuesto de las OTBs que estén a cargo de la brigada “Mi Salud”. Ya que el equipo básico o brigada cubre 4 OTBs.

Para esto se debe socializar el proyecto a nivel de las reuniones de base de las OTBs, Distritos, para conseguir el apoyo de la población en general como también de los directivos de estas Organizaciones, involucrando al Comité local de Salud, al Control Social y demás organizaciones como Bartolinas etc.

#### 3.1.7 Cronograma del programa de Atención de los problemas prioritarios de salud de la población general del Área de salud.

(Ver anexo 15)

## **3.2 Programa: Vigilancia de la salud**

### 3.2.1 Responsable técnico del programa

De la misma forma que el programa anterior el responsable técnico debe ser un profesional capacitado para responder a las necesidades, por tanto lo más idóneo sería que sea un epidemiólogo.

### 3.2.2 Resultado global esperado de acuerdo al marco estratégico del Plan

La Vigilancia de la Salud a través del SNIS-VE recoge los datos importantes a vigilar, pero todavía presenta muchas falencias debidas a un mal manejo de sus instrumentos por un porcentaje del personal de salud.

Este Programa pretende mejorar la calidad de la información recogida tomando en cuenta también a los determinantes de Salud y Factores de Riesgo que muchas veces eran subestimados y existe un subregistro de estos datos, prestando especial atención a la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Además de analizar estos datos recogidos en el ámbito local por todo el personal de salud, y así encontrar los problemas para poder llegar a las soluciones, posteriormente Socializar con la población toda esta información analizada y llevada a términos adecuados para las demás personas.

### 3.2.3 Población beneficiaria por grupos etarios

En cuanto a la población que se beneficiaría del programa de vigilancia de la salud, al recoger no solo datos de morbi-mortalidad, sino que también sobre determinantes de la salud y factores de riesgo, toda la población en general de todos los grupos etarios serían beneficiados por las actividades y objetivos que persigue el programa.

Resultados	Indicadores/actividades	Medios de Verificación	Supuestos
1.- Recoger el 100% de datos sobre morbi-mortalidad de las atenciones realizadas, con énfasis sobre la diabetes mellitus e hipertensión arterial.	Elaborar instrumento de registro de información específico para diabetes mellitus e hipertensión arterial.	Instrumento elaborado	Se cuenta con el apoyo del Sedes Compromiso de trabajo de todo el personal de Salud Población colabora con el proceso Colaboración de todo el personal de Salud Colaboración de todo el personal de Salud
	Capacitar a todo el personal de salud en el llenado de los instrumentos del SNIS-VE y del instrumento específico para diabetes e hipertensión.	Planillas de asistencia, libro de actas	
	Efectivizar el recojo de los datos por todo el personal de salud.	Instrumentos de recojo de información correctamente llenados	
2.- Recoger el 100% de datos sobre factores de riesgo y determinantes de la salud de las atenciones realizadas y carpetas familiares.	Evaluar mediante supervisiones la calidad de los datos.	Instrumentos de supervisión del SNIS-VE, libro de actas	
	Capacitar a todo el personal de salud en el llenado de la carpeta familiar, las determinantes de Salud y la política Safci.	Planillas de asistencia, libro de actas	
	Completar el proceso de carpetización en las comunidades.	Carpetas físicas correctamente llenadas	
	Efectivizar el recojo de los datos con instrumentos de sistematización digital de carpetas y formularios SNIS-VE.	Instrumentos informáticos correctamente llenados	
	Evaluar mediante supervisiones la calidad de los datos.	Instrumentos de supervisión del SNIS-VE, libro de actas	

#### 3.2.4 Evaluación

El diseño de evaluación será estudio antes después sin áreas de comparación, mediante el cual se podrá contrastar la calidad de la información recogida antes y después de la intervención del programa.

En la parte financiera se realizarán descargos de forma sistemática y teniendo el cuidado de no dejar nada sin su comprobante de gastos, en cuanto a la compra de materiales didácticos, impresiones de gacetas informativas, etc.

De forma semanal se elaborará informes los cuales serán parte de la evaluación, también de forma mensual se realizará la evaluación al momento de confeccionar los informes mensuales del SNIS-VE en especial en la **concordancia de los datos entre los diferentes instrumentos de recolección de datos y consolidación.**

Se programarán supervisiones de manera trimestral para ver el avance de los objetivos planteados, y así poder encontrar dificultades que podrán ser resueltas de forma oportuna.

#### 3.2.5 Financiamiento

Los recursos económicos serán financiados con la participación del personal de Salud y los otros sectores sociales como Otbs, Educación, Comité local de Salud, Comité Municipal de Salud, etc. Buscando la Intersectorialidad un pilar de la política Safci.

Las gestiones se harán a nivel del Municipio en primera instancia pudiendo llegar a niveles superiores como el Sedes y Ministerio de Salud.

#### 3.2.6 Cronograma del programa de Vigilancia de la Salud

(Ver Anexo 16)

### **3.3 Programa Optimización de los servicios de nivel primario para la programación local y la vigilancia de la salud**

#### 3.3.1 Responsable técnico del programa

Como en los anteriores programas la parte técnica debe estar a cargo del Epidemiólogo, siempre siendo colaborado por todo el personal de salud en la recolección minuciosa de los datos que serán el insumo que recibirá para realizar los posteriores análisis y conclusiones.

#### 3.3.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico

Se espera lograr que el total del personal de Salud participe activamente realizando la visita domiciliaria de atención médica, además de que se incremente en el 50 % las actividades de promoción de la salud y las preventivas, cumpliendo así con los preceptos de la política Safci en el país.

Y lograr identificar e intervenir con las visitas y las actividades de promoción y prevención, sobre los factores de riesgo personales, familiares y comunitarios.

#### 3.3.3 Población beneficiaria por grupos etarios

Toda la población en general será beneficiada ya que se busca el fortalecimiento de los centros de Salud de primer nivel quienes brindan atención a toda la población de la comunidad sin discriminación de edad, sexo, religión o creencias políticas.

Resultados	Actividades/Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Incorporar al 100% del personal de salud en las actividades de	Capacitar a todo el personal de salud sobre la política Safci.	Actas	Predisposición de las autoridades locales y del municipio

visitas domiciliarias	Elaborar un cronograma de atención tanto domiciliaria y en establecimiento donde estén incluidos todo el personal de salud.	Cronograma elaborado	Predisposición de las autoridades locales y del municipio
Incrementar en un 50% las actividades de promoción de la Salud y prevención en los siguientes 5 años.	Fomentar la práctica de ejercicio físico organizando campeonatos de fútbol, básquet con las Otbs.	Actas	Predisposición de las autoridades locales, del personal de Salud y del municipio
	Fomentar el consumo de verduras y frutas, organizando ferias agrícolas con las Otbs.	Actas, registro fotográfico	Predisposición de las autoridades locales
	Coordinar con unidades educativas, centros laborales para realización de actividades educativas.	Actas, listas de participantes	Predisposición de las autoridades
	Coordinar con las Otbs para realizar actividades educativas en las reuniones ordinarias.	Actas	Predisposición de las autoridades
	Coordinar con las Otbs para realizar ferias de salud en la comunidad	Actas, registro fotográfico	Predisposición de las autoridades
	Coordinar con las Otbs para realizar campañas de papanicolau en la comunidad.	Registros de pacientes	Predisposición de la población de las Otbs y del personal de Salud

### 3.3. 4 Evaluación

La evaluación del programa será mediante el diseño **estudio prospectivo en el área de intervención**, en el tiempo que se desarrolle el programa se irá reuniendo información que podrá ser comparada con la línea de base para ver los avances.

La política Safci tiene grandes avances en los objetivos de este programa, por lo que se usarán los instrumentos de recolección ya elaborados por el Ministerio de Salud a través de la Residencia Medica Safci, las carpetas familiares, instrumentos de consolidación, cuadernos del SNIS para actividades de terreno preventivas y de promoción de la Salud, se usaran indicadores de proceso de forma anual y al final de la intervención se evaluará los indicadores de impacto.

En cuanto a la parte financiera se llevará un control sobre los gastos de transporte y material educativo, posteriormente se realizaran análisis de costos antes y después del programa y también relación de costo y efecto.

Se realizarán supervisiones semestrales, donde se tomará en cuenta las coberturas que son objetivos del programa, para este fin se diseñará un modelo de supervisión que recoja todos los indicadores de interés, que responden a los objetivos específicos del programa. En caso de encontrar problemas con el programa, se reestructurará en dependencia de nuevos objetivos y metas propuestas para alcanzar los resultados esperados, siempre atentos a situaciones que puedan presentarse en el proceso de implementación de las cuales también podemos aprender y mejorar el programa.

### 3.3.5 Financiamiento

El financiamiento deberá gestionarse a nivel de municipio y también ministerio, ya que los presupuestos que se manejan son relativamente grandes. Debemos buscar la gestión compartida entre Municipio y Nivel central, usando la Intersectorialidad como herramienta fundamental para lograr conseguir los objetivos perseguidos por el programa.

### 3.3.6 Cronograma del programa de Optimización de los servicios de nivel primario para la programación local y la vigilancia de la salud

(Ver Anexo 17)

#### 4. Bibliografía

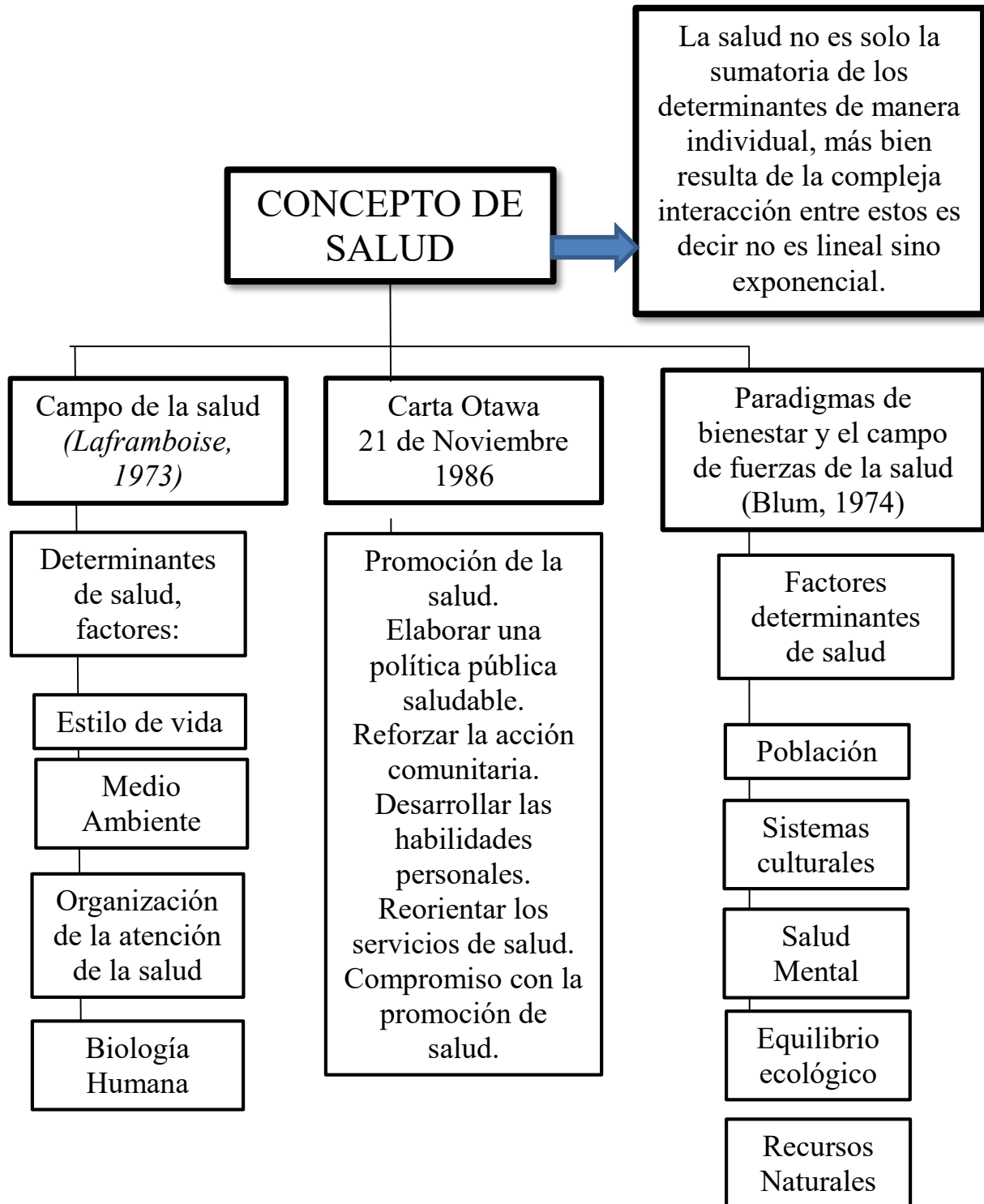
1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [Internet] Suplemento de la 45a edición, octubre de 2006 [Consultado: 3 de Diciembre 2015] Disponible en: URL [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2013 [Internet] Nueva York, 2013. Pag. 4-6. [Consulta: 3 Diciembre 2015] Disponible en: URL: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>
3. Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM). Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE). Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia. [Internet] La Paz Bolivia; diciembre de 2013 [Consulta: 3 Diciembre 2015] Disponible en: URL: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Bolivia/7mo%20Informe%20de%20progreso.pdf>
4. Dever, Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud. Editorial Aspen, 1991.
5. Virgolini, Mario. Análisis de la situación de salud.
6. Benavides, Fernando, Andreu Segura. La reconversión de la vigilancia epidemiológica en vigilancia de salud pública. [Internet] Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Información en Salud Pública. [Consulta: 3 Diciembre 2015] Disponible en: URL <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-reconversion-vigilancia-epidemiologica-vigilancia/articulo/S0213911195712171/>

7. Organización Panamericana de la Salud, Modulo de Principio de Epidemiologia para el control de enfermedades (MOPECE), Modulo 4 Vigilancia en salud. Whashington DC, 2001.
8. Organización Panamericana de la Salud, Modulo de Principio de Epidemiologia para el control de enfermedades (MOPECE), Modulo 1 Presentación y marco conceptual. Whashington DC, 2011.
9. A dónde va la Salud Publica? Una sociedad justa, vidas sanas. [Internet] Conferencia Michael Marmot, Marzo 2012. [Consulta: 3 Diciembre 2015] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wxWARhYxMVU>
10. Determinantes sociales de la salud. [Internet] Conferencia de Joan Benach, Agosto, 2013. [Consulta: 3 Diciembre 2015] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=GkiqEXDCE1E>
11. Bolivia: Constitución Política del Estado de 2009, 7 de febrero de 2009. [Internet] [Consulta: 23 de Diciembre 2015] Disponible en: URL <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis/36208>
12. Bolivia: Código de salud de la República de Bolivia, 18 de julio de 1978. [Internet] [Consulta: 23 de Diciembre 2015] Disponible en: URL [http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis\\_gob/20594](http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/20594)
13. Cordero, A., Lekuona, I., Galve, E., Mazón, P., y Diabetes, G. D. T. C., de Trabajo Cardio-Renal, G., & de Cardiología, S. E. (2012). Novedades en hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista española de cardiología*, 65, 12-23. [Internet] [Consulta: 23 de Diciembre 2015] Disponible en: URL <http://www.revespcardiol.org/es/novedades-hipertension-arterial-diabetes-mellitus/articulo/90093456/>

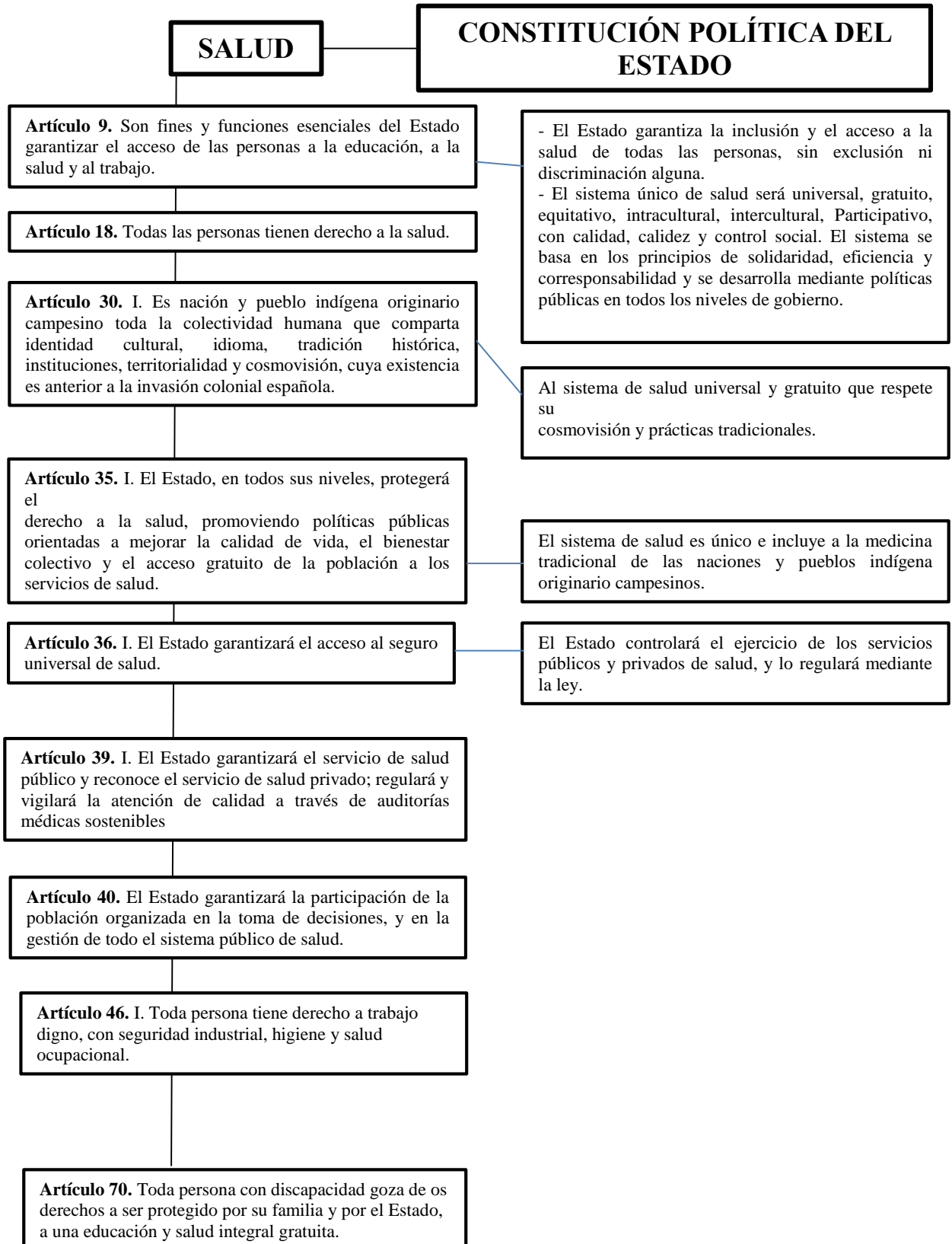
14. Plan Sectorial de Desarrollo Sectorial 2010 – 2020 “Hacia la salud universal”  
[Internet] Disponible en:  
<http://snis.minsalud.gob.bo/institucional/INF.PRIMER%20TRIMESTRE/PSD-PEI/Plan%20Sectorial%20de%20Desarrollo%202010-2020%20final%20con%20RM.pdf>
15. Carta de Bangkok [Internet] [Consulta: 3 Diciembre 2015] Disponible en:  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
16. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet] [Consulta: 3 Diciembre 2015] Disponible en:  
[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_otawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_otawa.pdf)
17. Declaración de Montevideo [Internet] [Consulta: 3 Diciembre 2015] Disponible en:  
[http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/5/49565/Declaracion\\_de\\_Montevideo.pdf](http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/5/49565/Declaracion_de_Montevideo.pdf)
18. Marco Jurídico del sistema nacional de salud, Bolivia. [Internet] Disponible en:  
<http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/marco%20juridico/Marco%20Jur%C3%ADdico%20nacional%20Bolivia.pdf>
19. Castillo, Carlos, Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Editorial Paltex, 2º Edición 1999.
20. Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. [Internet] Dra. Marianela Armijo. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Santiago de Chile, junio de 2011. [Consulta: 8 Noviembre 2015] Disponible en:  
[http://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/8/44008/SM\\_69\\_MA.pdf](http://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/8/44008/SM_69_MA.pdf)

## 5. Anexos

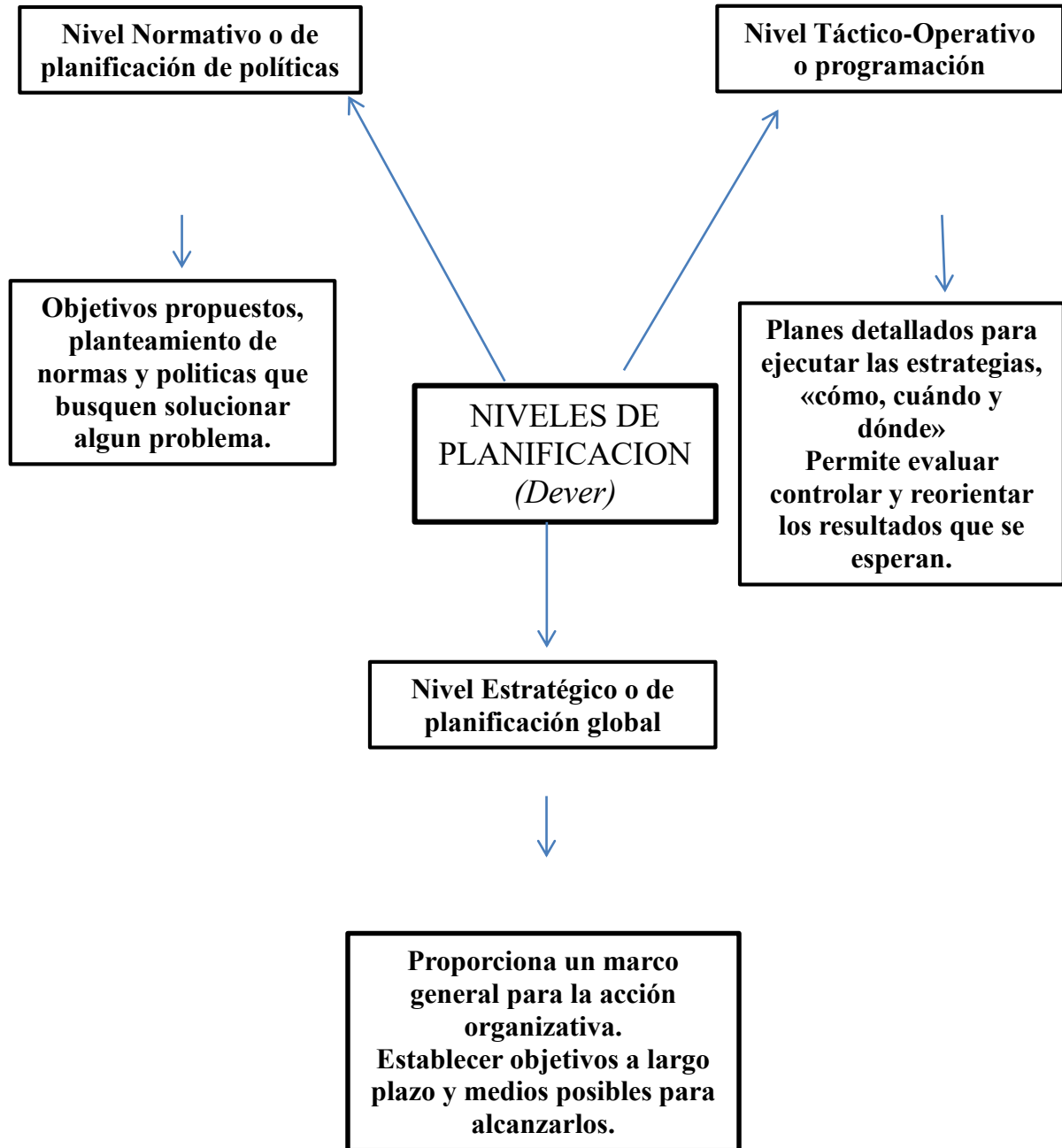
## ANEXO N° 1. MAPA MENTAL SOBRE EL ENFOQUE HOLÍSTICO DE LA SALUD



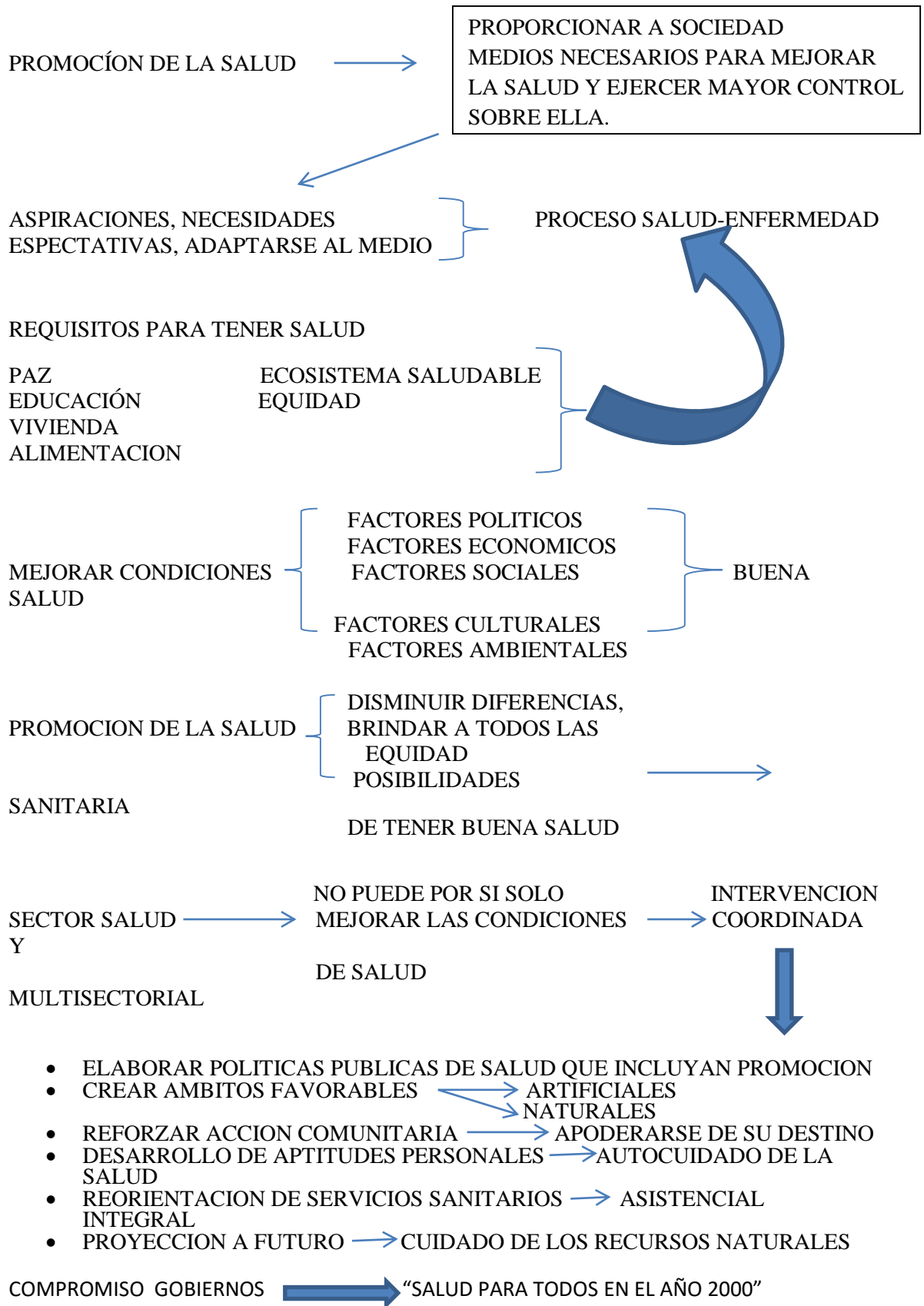
ANEXO N°2. MAPA MENTAL SOBRE LOS ARTÍCULOS  
DE LA CPE REFERIDOS A SALUD.



## ANEXO N°3. MAPA CONCEPTUAL SOBRE PLANIFICACIÓN



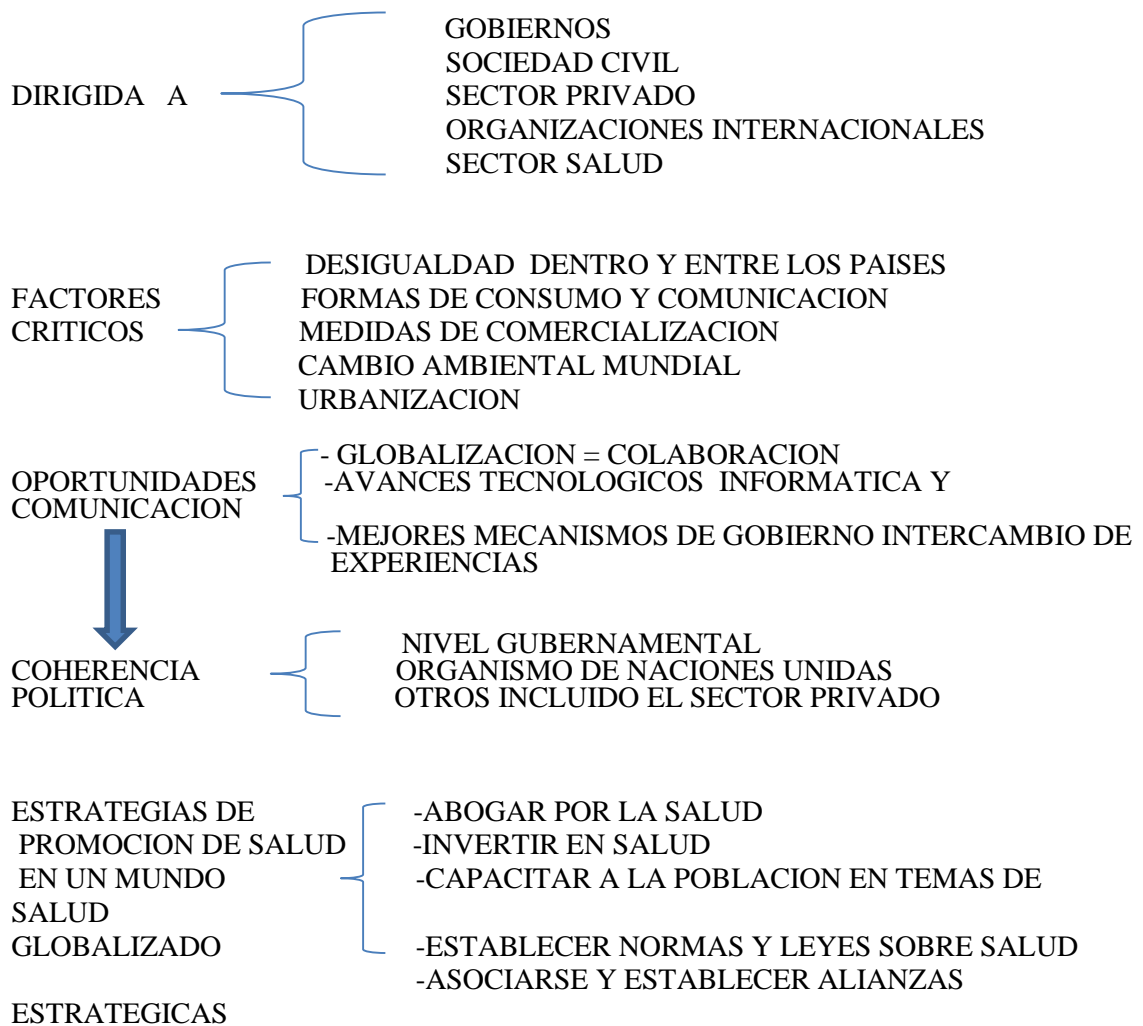
ANEXO N° 4. CARTA DE OTTAWA (21/11/86)



## ANEXO N°5. CARTA DE BANGKOK (11/08/05)

DA CONTINUIDAD A LA CARTA DE OTTAWA → PROMOCION DE SALUD

DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL, "CAPACITAR A LA GENTE PARA EJERCER MAYOR CONTROL SOBRE LAS DETERMINANTES Y MEJORAR SU SALUD"



COMPROMISOS EN FAVOR DE LA SALUD PARA TODOS

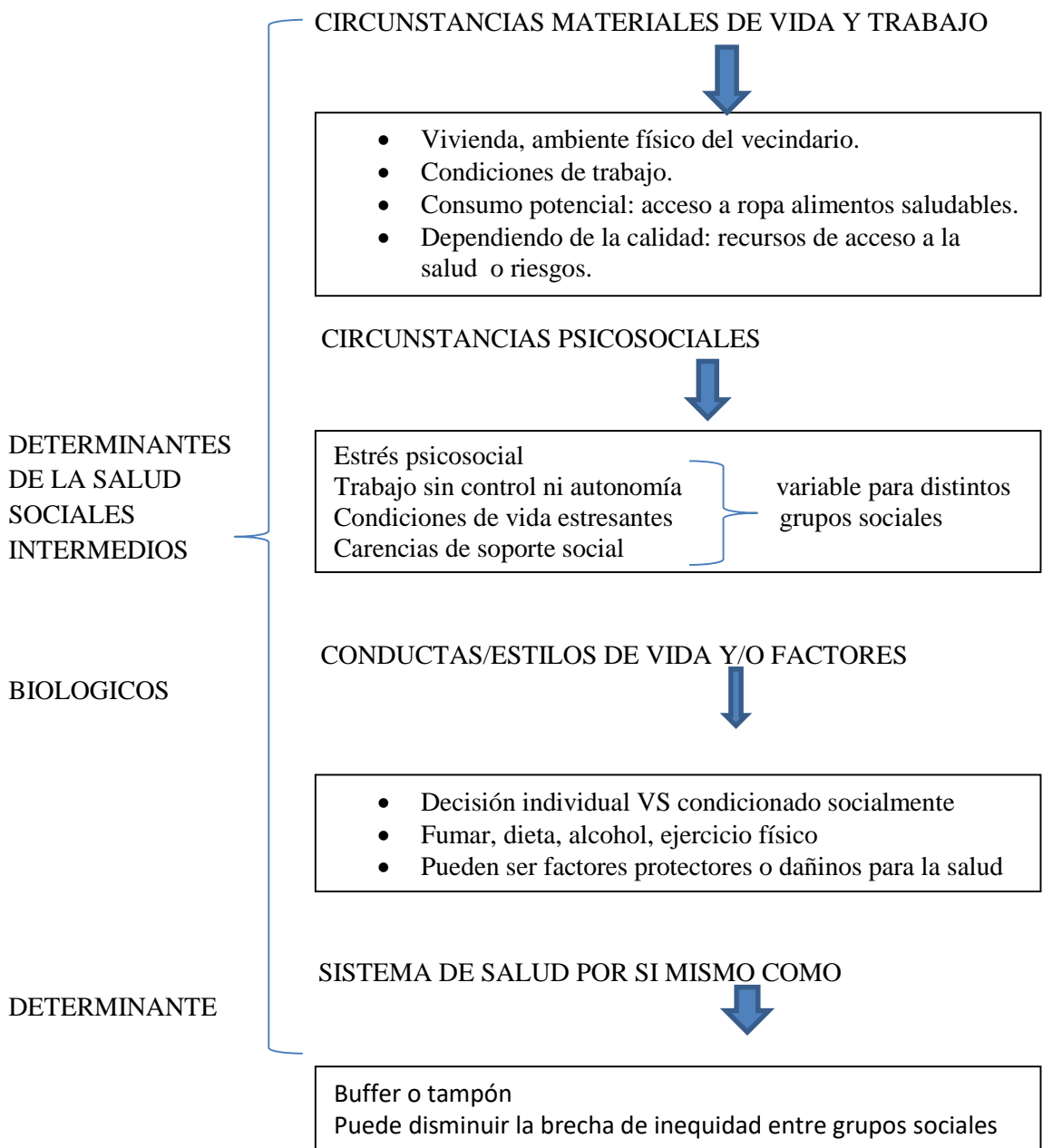
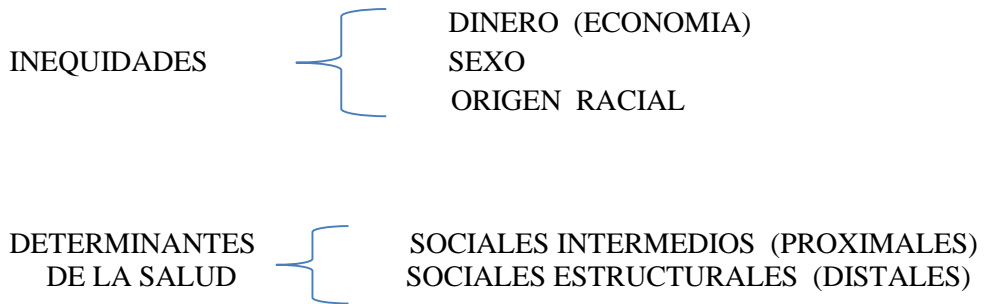
- LOGRAR QUE LA PROMOCION DE LA SALUD SEA COMPONENTE PRIMORDIAL EN LA AGENDA DE DESARROLLO MUNDIAL

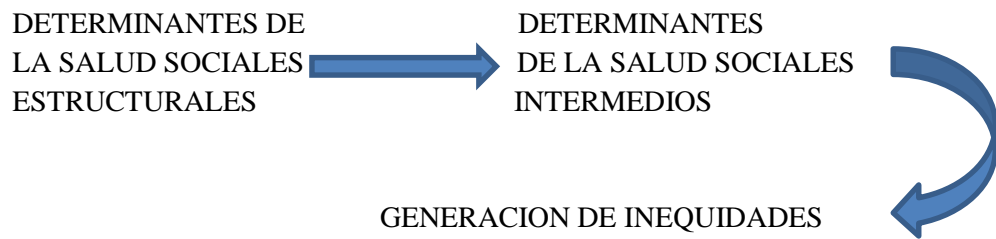
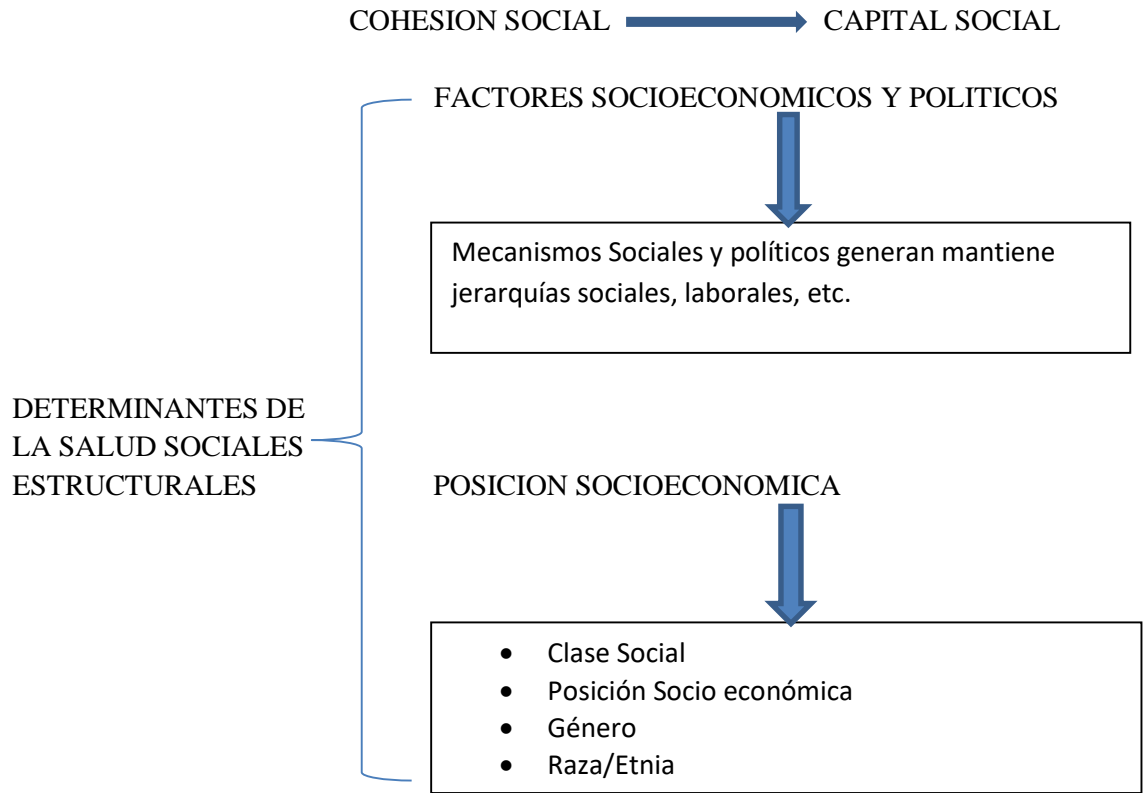
- LOGRAR QUE LA PROMOCION DE LA SALUD SEA RESPONSABILIDAD ESENCIAL DE TODO EL GOBIERNO
- LOGRAR QUE LA PROMOCION DE LA SALUD SEA UN OBJETIVO FUNDAMENTAL DE LA COMUNIDAD Y LA SOCIEDAD CIVIL
- LOGRAR QUE LA PROMOCION DE SALUD SEA UN REQUISITO DE LAS BUENAS PRACTICAS EMPRESARIALES (SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE)  
PROMESA MUNDIAL PARA LOGRARLO



- ESFUERZO COLECTIVO → INTERSECTORIALIDAD
- EJECUTAR LO PLANIFICADO → CERRAR LAS BRECHAS DE EJECUCION
- LLAMADO A LA ACCION → OMS POLITICAS SOBRE PROMOCION
- ALIANZA MUNDIAL → UNIRSE EN PRO DE LA POMOCION DE SALUD

ANEXO N°6. MARCO CONCEPTUAL OMS DETERMINANTES DE SALUD Y GENERACION DE INEQUIDADES





## ANEXO N°7. DECLARACION DE MONTEVIDEO 09/2105

Consejo Directivo de la OPS aprueba la Resolución CD44.R6 con recomendaciones encaminadas a fortalecer la APS. (09/2003)



Respuesta

Creación del Grupo de trabajo de APS  
(05/2004)



Asesorar a la OPS en orientaciones  
estratégicas y programáticas de la APS



### **DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO 09/2005**

Mediante la cual todos los gobiernos de las Américas se comprometen a renovar la APS y a convertirla en la base de los sistemas de salud de la región.

Los sistemas de salud que cumplen con los principios de la APS:

Ventajas

- Logran mejores resultados sanitarios
- Aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública
- Orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y solidaridad social
- Capacidad de responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias
- Capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos
- Sostenibilidad y participación
- Orientación a las normas de calidad y seguridad
- Puesta en práctica de intervenciones intersectoriales

### **Plan de acción según los criterios**



Compromiso de facilitar la inclusión social y equidad en salud  
 Reconocimiento de las funciones del individuo y la comunidad en la APS  
 Orientación hacia la promoción, atención integral e integrada en salud  
 Fomento del trabajo intersectorial  
 Orientación hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente  
 Fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud  
 Establecimiento de condiciones para la renovación de la APS  
 Garantía de sostenibilidad financiera  
 Investigación, desarrollo y tecnología apropiada  
 Fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional.

## ANEXO N°8. DE LA INFORMACION A LA ACCION: LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA

Actividad consustancial de la salud pública en la orientación de la práctica político-administrativa encaminada a desarrollar acciones.

Producción de información no es suficiente

NECESIDAD DE TRANSFORMAR LA INFORMACIÓN EN ACCIÓN



Sistema de decisión-control que garantice la viabilidad de las medidas a tomar

Sistemas de vigilancia

- Deben
- Identificar y analizar la dimensión del problema y de la intervención para mejorar el estado de salud
  - Desarrollo de sistemas de información para la toma de decisiones
  - Transformar la información científica en información político-técnica para la toma de decisiones.

Para su aplicación es necesario incidir sobre:

- Mejora de la práctica de la vigilancia epidemiológica
- Ampliación del uso de la vigilancia a otros ámbitos de la salud pública
- Crear mecanismos que articulen la vigilancia con los niveles político-administrativos

ÚNICA FORMA PARA LLEVAR LA INFORMACION A LA ACCION

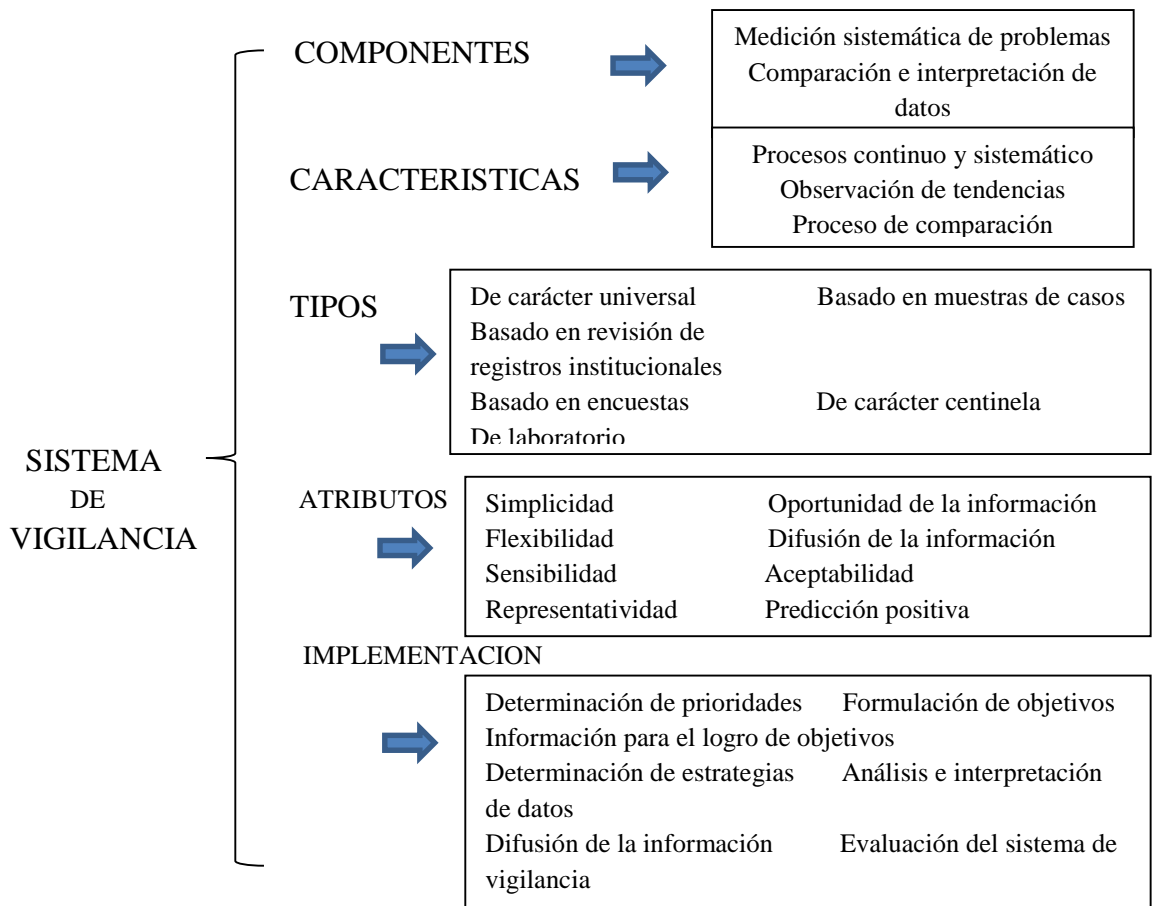
FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL NIVEL LOCAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA → Amparado en un marco legal propio

“Análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados que sirven para observar tendencias en tiempo, lugar y persona, con que se pueden observar y anticipar cambios para realizar acciones oportunas, incluyendo investigación y/o medidas de control” (OPS, 2002)

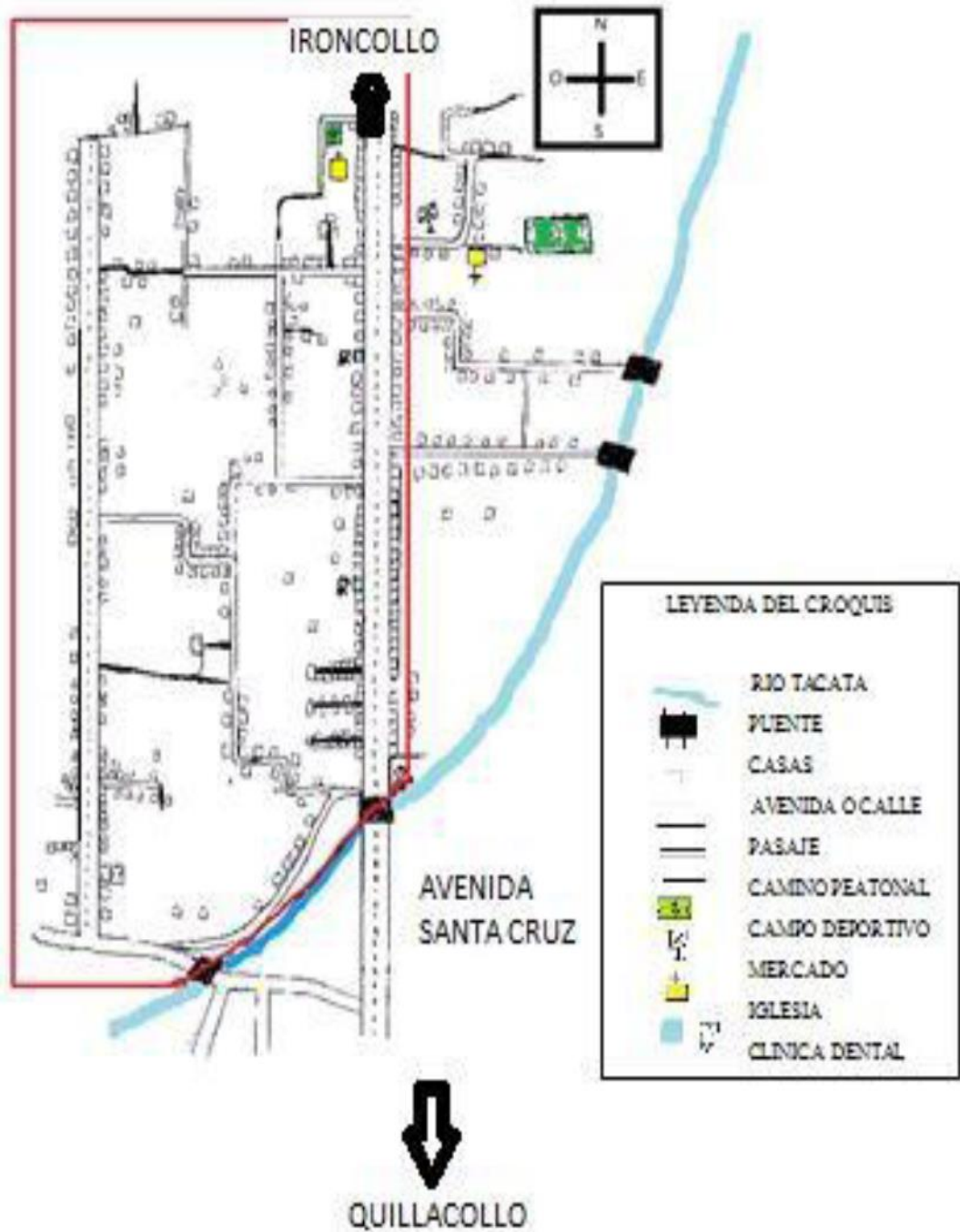
Esencial para  
 Actividades de prevención y control de enfermedades  
 Herramienta en la asignación de recursos del sistema de salud  
 Evaluación del impacto de programas y servicios

VIGILANCIA DE LA SALUD → Unifica criterios ambientales, epidemiológicos, sociales de factores de riesgo y de la prestación de servicios para la planificación, implementación y evaluación de programas  
 VIGILANCIA SANITARIA → Acciones capaces de eliminar, reducir, disminuir o prevenir riesgos de salud e intervenir en los problemas sanitarios resultantes del medio ambiente, de la producción y circulación de bienes y de la prestación de servicios.



## ANEXO N° 9. Croquis

## CROQUIS COMUNIDADES



## ANEXO N°10. Isócronas

<b>FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA A LOS SERVICIOS DE SALUD</b>							
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Nombre OTB:	Número de manzano:	Servicio de salud más próximo:	Distancia en kilómetros :	Tipo de camino:	Medios de transporte frecuentemente usados :	Frecuencia /día. Ej.	Tiempo que se demora en llegar al servicio:
Ironcollo central	-----	Centro de salud San José Obrero	1 km	Asfalto	Transporte Público	Cada 5 minutos.	5 minutos
Villa Dolores	-----	Centro de salud San José Obrero	1 km	Asfalto	Transporte Público	Cada 5 minutos.	5 minutos
Ironcollo Sud	-----	Centro de salud San José Obrero	1,5 km	Empedrado y Asfalto	Transporte Público	Cada 5 minutos.	8 a 10 minutos
Tacata Norte	-----	Centro de salud San José Obrero	2Km	Empedrado y Asfalto	Transporte Público y a pie	Cada 30 a 40 minutos.	15 a 20 minutos.

## ANEXO N° 11. Marco legal

<b>Leyes Nacionales</b>	<b>Artículos de relevantes es vinculados a la</b>	<b>Artículos relevantes vinculados a la gestión departamental y</b>	<b>Artículos relevantes vinculados a la programación</b>
Constitución política del estado	Artículos 9, 18, 34, 35, 36, 37, 38, 39	Artículo 40	Artículo 41
Código de salud de Bolivia	Libro Primero de la promoción y prevención de la	Artículo 149	Artículo 150
Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) N° 2426	Artículo 1	Artículo 2	Artículo 12
Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008 - Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI	Artículos 4, 5, 6, 9, 12	Artículo 15	Artículo 15 y 16
Ley 475 Prestación de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia	Artículo 2, 12	Artículo 13	Artículo 14 y 19

## ANEXO N° 12. Marco normativo

<b>Normas</b>	<b>Artículos relevantes vinculados a la protección y promoción de la salud</b>	<b>Artículos relevantes vinculados a la gestión departamental y municipal de los servicios de salud</b>	<b>Artículos relevantes vinculados a la programación local</b>
Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008 - Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI	Artículos 4, 5, 6, 9, 12	Artículo 15	Artículo 15 y 16
Ley 475 Prestación de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia	Artículo 2, 12	Artículo 13	Artículo 14 y 19
Ley N° 0066, de Bono Juana Azurduy de Padilla	Artículos 1,2,3	Artículos 1,4,6	Artículo 3
<u>Decreto Supremo N° 2167,</u> 30 de octubre de 2014 Programa de Desnutrición Cero	Artículo 1	Artículo 2	Artículo 2

## ANEXO N°13. Casos de IRAS del período 2010-2014 Centro de Salud Ironcollo

SEMANA	2010	2011	2012	2013	2014
1	19	6	27	27	62
2	13	21	28	26	78
3	14	11	25	3	65
4	2	18	29	20	76
5	7	7	30	24	74
6	3	5	22	17	69
7	3	11	28	21	67
8	46	3	25	27	57
9	18	26	25	24	64
10	25	37	17	22	76
11	17	26	18	30	82
12	29	32	0	28	92
13	10	37	22	26	84
14	22	36	26	26	76
15	22	35	23	26	99
16	25	35	31	26	89
17	10	38	23	0	96
18	26	16	31	28	101
19	59	28	31	27	104
20	53	35	32	32	59
21	9	50	29	0	58
22	33	42	29	44	76
23	37	46	40	28	67
24	48	52	39	29	89
25	61	50	29	33	78
26	0	55	41	26	112
27	51	30	33	33	99
28	42	25	40	31	78
29	50	28	38	27	112
30	39	35	32	32	68
31	39	30	0	31	87
32	43	20	22	23	78
33	39	24	22	20	99
34	42	24	18	26	89
35	7	22	15	26	99
36	20	36	26	19	90
37	17	37	22	27	97

38	30	36	22	21	78
39	13	0	26	23	68
40	28	17	34	29	70
41	39	27	32	28	56
42	37	26	27	29	67
43	33	24	24	20	64
44	34	37	26	16	76
45	40	29	30	40	67
46	40	10	14	34	78
47	42	34	4	79	74
48	45	26	29	96	59
49	33	25	22	68	69
50	42	31	22	74	73
51	35	26	24	72	72
52	39	37	25	60	60

## ANEXO N°14. Cobertura de consulta externa Centro de Salud San José Obrero 2014.

<b>GRUPO ETARIO</b>	<b>CANTIDAD DE POBLACIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NÚMERO DE ATENCIONES</b>	<b>PORCENTAJE DE COBERTURA</b>
Menores de 5 años	2288	10,60	10296	75
20 A 59 años	10611	49,17	4244	40
60 años y más	1818	8,43	1000	55
20 años y más	12429	57,60	5220	42
Población Total	21582	100	17374	80,5

\*En menores de 5 años la cobertura se obtiene dividiendo el número de atenciones entre 6, (1 consulta cada 2 meses) en el resto de los grupos etarios no se realiza esta operación.

(1 consulta anual)

**ANEXO N°15. Cronograma Programa de atención de los problemas prioritarios de salud (Para 5 años)**

ACTIVIDADES	SEMESTRES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Socializar la política Safci y el programa con la población en reuniones de Otbs.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Gestionar con el municipio la compra de insumos y medicamentos para garantizar las atenciones médicas.	A		A		A		A		A	
Elaborar instrumentos de recolección de información y consolidación específicos del programa.	X									
Capacitar al personal operativo en el manejo del programa	X									
Coordinar con los representantes de las Otbs para la realización de las visitas domiciliarias.	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Coordinar con instituciones laborales para realizar consulta a los trabajadores.	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Prueba piloto del programa.	X									
Ejecutar las actividades propias del programa (Visitas domiciliarias, atención en consultorio y centros laborales, reconsultas, visitas de seguimiento, etc).	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Supervisiones capacitantes al programa	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Evaluación al programa	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Toma de decisiones y cambios o mejoras al programa	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

**LEYENDA:**

T: Trimestral    S: Semestral    A: Anual    P: Permanente    X: En ese período

## ANEXO N° 16. Cronograma programa de vigilancia de la Salud (Para 5 años)

ACTIVIDADES	SEMESTRES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Socializar con la población la política Safci y el programa de vigilancia en salud.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Elaborar instrumento de registro de información específico para diabetes mellitus e hipertensión arterial.	X									
Capacitar a todo el personal de salud en el llenado de los instrumentos del SNIS-VE y del instrumento específico para diabetes e hipertensión.	X									
Capacitar a todo el personal de salud en el llenado de la carpeta familiar, las determinantes de Salud y la política Safci.	X									
Capacitar a todo el personal de salud, en el manejo de los instrumentos digitales de consolidación de las carpetas familiares.	X									
Prueba Piloto de los instrumentos de manejo de información elaborados para el programa.	X									
Efectivizar el recojo de los datos por todo el personal de salud, con los instrumentos propios del SNIS-VE y también con los elaborados específicamente para el programa.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Supervisiones capacitantes al programa, control de calidad de la información entre todos los instrumentos de manejo de datos.	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Evaluación del programa	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Toma de decisiones y cambios o mejoras al programa	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Elaboración de informes con resultados para retroalimentación a los servicios de salud.	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Publicación de gaceta informativa		A		A		A		A		A

## LEYENDA:

T: Trimestral    S: Semestral    A: Anual    P: Permanente    X: En ese período

**ANEXO N°17. Cronograma Programa optimización de los servicios de nivel primario para la programación local y la vigilancia de la salud (Para 5 años)**

ACTIVIDADES	SEMESTRES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacitar a todo el personal de salud sobre la política Safci.	X									
Socializar la política Safci con la población en general y los dirigentes comunarios.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Coordinar con las Otbs para realizar actividades educativas de promoción y prevención, charlas, ferias de salud, campañas de Papanicolaou, etc.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Gestionar con el municipio los recursos para la compra de materiales e insumos a utilizar.	A		A		A		A		A	
Coordinar con unidades educativas, centros laborales para realización de actividades educativas.	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Elaborar un cronograma de atención tanto domiciliaria y en establecimiento donde estén incluidos todo el personal de salud.	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Ejecutar las actividades propias del programa (Visitas domiciliarias, actividades educativas de promoción y prevención, etc).	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Supervisiones capacitantes al programa	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Evaluación del programa	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Toma de decisiones y cambios o mejoras al programa	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

**LEYENDA:**

M: Mensual      T: Trimestral      S: Semestral      A: Anual      P: Permanente

X: En ese período



