



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre-Bolivia

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

Plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y
vigilancia de la salud, en el área de influencia del Centro de Salud “Alegría”
Municipio Sucre Rural

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: Aydeé Ramirez Zarate

SUCRE – BOLIVIA

2015



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre-Bolivia

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

Plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y
vigilancia de la salud, en el área de influencia del Centro de Salud “Alegría”
Municipio Sucre Rural

**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: Aydeé Ramirez Zarate

DOCENTE TUTOR: Dr. Grover Linares Padilla

COORDINACIÓN ACADÉMICA: Dra. Rosario André Dalence

SUCRE – BOLIVIA

2015

DEDICATORIA

- ♥ A Dios por darme la vida, la fe y la esperanza para seguir adelante y lograr mis objetivos.
- ♥ A mí querido papito, Francisco Ramirez Maturano, que desde el cielo siempre estuvo guiándome.
- ♥ A mi hijo, Jhon Alex que ha sido mi luz y ha colmado de bendiciones mi vida a lo largo de mi carrera.
- ♥ A mi querida mamita, Demecia Zarate, por el amor, apoyo moral e incondicional, por todos los consejos que me brinda y por el cual he logrado terminar mi carrera profesional.
- ♥ A mis hermanos(as) Robert, Limbert, Rilbert y Deysi por su cariño y comprensión, por el apoyo que siempre me brindaron, por las palabras de aliento en momento de flaqueza y por las esperanzas depositadas en mí.

AGRADECIMIENTOS

- ✚ A Dios por ser la guía que ilumina mi camino y por el amor incondicional que nos brinda.
- ✚ Al Doctor Grover Linares Padilla por compartir con nosotros todos sus conocimientos, tener mucha paciencia, dedicación y por guiarnos en este proceso de formación y aprendizaje.

RESUMEN

El presente Plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y vigilancia de la salud, en el área de influencia del Centro de Salud “ALEGRÍA” Municipio de Sucre, fue elaborado en tres etapas; una etapa donde hace referencia sobre temas conceptuales, legales normativos y metodológicos; la segunda parte se realiza la descripción del análisis situacional del municipio y de la comunidad de desempeño laboral donde se identifican los principales problemas de salud que afecta a la comunidad, y finalmente una tercera parte donde se proponen estrategias para dar solución a las diferentes demandas de dicha comunidad.

Entre los principales problemas identificados y priorizados por el Método de Hanlon se encuentra la alta prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años debido a falta de servicios básicos, bajo nivel educativo de las familias, baja productividad agrícola, inseguridad alimentaria, etc., además de vigilancia deficiente de la salud de niños menores de 5 años y capacidad resolutive deficiente del servicio de salud de Alegría. Es así que se diseña un plan estratégico donde se analizan propuestas de solución a las diferentes necesidades de la comunidad de Alegría en un período de 4 años que abarca desde Enero del 2016 hasta Enero del 2020 con el apoyo de autoridades municipales de salud, ONGs (FH y CEMSE) y la comunidad de Alegría en general con el objetivo de disminuir la prevalencia de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años realizando una atención integral de calidad para lograr el fin deseado.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN.....i

INDICE.....ii

PARTE I - REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS

1. Marco referencial.....1

2. Marco conceptual.....2

3. Marco legal.....7

4. Marco normativo regulatorio.....7

5. Metodología.....9

PARTE II – ANÁLISIS SITUACIONAL

1. Contexto.....11

1.1 Ámbito territorial.....11

1.2 Características demográficas y del medio ambiente.....12

1.3 Características socioeconómicas.....16

1.4 Características socioculturales.....16

2 Determinantes de la Salud.....17

3 Perfil Epidemiológico.....18

4 Perfil de Salud y Enfermedad.....22

5 La Respuesta Institucional.....22

5.1 Descripción del equipamiento básico respecto a centros de recreación, escuelas, ambulancias etc.....23

5.2 Oferta de servicios de salud.....23

5.3 Accesibilidad geográfica.....23

6 Descripción de la problemática de salud.....25

7 Necesidades en salud de la población.....26

8 Actores relevantes y recursos de poder que controlan.....27

9 Definición de las líneas de acción que orientarán el plan.....	28
---	-----------

PARTE III – PROPUESTA

1. Momentos normativo estratégico.....	30
---	-----------

1.1 Visión.....	31
-----------------	----

1.2 Estrategia.....	31
---------------------	----

1.3 Análisis FODA.....	32
------------------------	----

1.4 Objetivos estratégico.....	33
--------------------------------	----

1.4.1 Matriz - Relación de Ejes y objetivos estratégicos del Plan sectorial de salud y áreas de actividad del Plan de Salud en el nivel local.....	34
--	----

1.5 Líneas de acción.....	35
---------------------------	----

2. Momento táctico operacional.....	36
--	-----------

2.1 Matriz: Relación de las Áreas de Actividad con los Objetivos estratégicos, líneas de acción, resultados, indicadores y medios de verificación.....	36
--	----

2.2 Matriz- Relación de objetivos estratégicos y actividades del Plan de Salud en el nivel local.....	38
---	----

2.3 Matriz - Resumen del Plan.....	40
------------------------------------	----

2.4 Cronograma.....	43
---------------------	----

3. Programas que conforman el plan estratégico.....	44
--	-----------

3.1 Programa de Atención del control de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años en la comunidad de Alegría.....	44
--	-----------

3.1.1 Responsable técnico del programa	44
--	----

3.1.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico.....	44
---	----

3.1.3 Objetivos.....	45
----------------------	----

3.1.4 Límites de espacio y tiempo.....	45
3.1.5 Población beneficiaria por grupos etarios.....	45
3.1.6 Matriz de operacionalización e instrumentación de actividades, metas y recursos.....	46
3.1.7 Evaluación.....	47
3.1.8 Financiamiento.....	47
3.2 Programa: Vigilancia de la salud a las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años en la comunidad de Alegría.....	47
3.2.1 Responsable técnico del programa.....	47
3.2.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan Estratégico.....	47
3.2.3 Población beneficiaria por grupos etarios.....	48
3.2.4 Objetivos.....	48
3.2.5 límites de espacio y tiempo.....	48
3.2.6 Descripción del programa.....	48
3.2.7 Evaluación.....	48
3.2.8 Financiamiento.....	49
3.2.9 Matriz de operacionalización de resultados y actividades.....	49
3.3 Programa- Optimización de los servicios de nivel primario para la programación local y la vigilancia de la salud en la comunidad de Alegría.....	50
3.3.1 Breve descripción de la situación de los servicios de salud.....	50
3.3.2 Recomendaciones.....	51
Bibliografía.....	52
Anexos.....	54

PARTE I - REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS

1.- Marco referencial:

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptados en el año 2000, reflejan el propósito común de definir metas mínimas a alcanzar para 2015. Estos objetivos pretenden que todos y todas accedan a servicios que les permitan una vida digna; que los hombres y las mujeres gocen de igualdad de condiciones y oportunidades; que todas las familias cuenten con un ingreso suficiente, y que los esfuerzos por alcanzar estas metas se lleven a cabo en una mayor armonía con la naturaleza.

A continuación nos referiremos al cumplimiento de los objetivos del milenio alcanzados por nuestro país, de los ocho objetivos se llega a alcanzar cuatro:

- **Erradicar la pobreza extrema y el hambre:**

- Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de tres años; es uno de los efectos más directos del hambre, afecta de manera irreversible el desarrollo de las capacidades cognitivas y genera mayor riesgo de enfermedades y muerte a lo largo de la vida limitando las posibilidades de aprendizaje y acumulación de capital social. (UDAPE 2001-2010 Pgs.43).

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

- **Lograr la enseñanza primaria universal:**

Lograr la enseñanza primaria universal; el cumplimiento permite a las personas estar mejor preparadas para superar la pobreza. La tasa de alfabetismo de la población de 15-24 años en el 2009 fue de 99,4% valor bastante cercano al 100 %, lo que sugiere que prácticamente habríamos alcanzado la meta de ODM. (UDAPE 2001-2008 Pgs.54).

- **Reducir la mortalidad infantil:**

- Cobertura de la tercera dosis de la vacuna pentavalente; en el año 2009 la cobertura de vacunación de tercera dosis de pentavalente fue de 84,5%. El incremento en el indicador es el resultado del trabajador del personal de salud en los diferentes ámbitos de gestión

del Sistema Nacional de Salud, no obstante es necesario aunar esfuerzos para mejorar este indicador. (UDAPE 1989-2008 Pgs.84).

-Tasa de Mortalidad Infantil; entre los años 1989 y 2008 la tasa de mortalidad infantil tuvo un descenso sostenido, registrando en este último año 50 muertos por mil nacidos vivos. Para reducir esta tasa se requiere tomar acciones sobre las determinantes sociales de la salud, en particular, el acceso a agua potable y el saneamiento básico, así como el nivel de instrucción de las mujeres y sus ingresos. (UDAPE 1989-2008 Pgs.80).

- **Mejorar la salud materna:**

- Cobertura de parto institucional; tiene un defecto directo en la reducción de mortalidad materna y perinatal. Ha tenido un comportamiento creciente entre 1996 y 2010. Esta situación podría explicarse por la implementación del Programa Bono Juana Azurduy. (UDAPE 1996-2009 Pgs.90).

- Evolución de la prevalencia de uso de anticonceptivos; el uso de métodos anticonceptivos modernos o tradicionales, se ha incrementado en Bolivia de forma notable en los últimos veinte años. (UDAPE 1989-2008 Pgs.93).

2.- Marco conceptual:

Salud: Es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico La amplitud estructural de este encuadre exige no sólo el examen del estilo de vida y de elementos ambientales y biológicos, sino también el de la organización de los servicios de salud. El campo de la salud es complejo ya que está determinado por factores culturales, sociales, políticos, económicos, etc. Es necesario abordar los problemas de salud en forma integral, para promover, prevenir, y dar solución a los problemas de salud, teniendo en cuenta aspectos relacionados con el medioambiente, las costumbres, características socioculturales, la calidad de vida, modos de producción, la inserción social, los factores de riesgo, etc.

En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

Epidemiología: La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la

aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

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

Planificación en salud.- Según Carlos Matus, la planificación es el cálculo que precede y preside la acción, no sólo anticipa para prever las acciones sino también las gobierna, adecuándolas a los obstáculos y circunstancias cambiantes, pero sin perder de vista el objetivo.

Planificación estratégica: Un esfuerzo común para tomar decisiones y acciones que configuran y guían los objetivos de la zona empezando por la situación existente dentro de un marco de futuros escenarios.

La Planificación Estratégica consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos. Desde esta perspectiva la PE es una herramienta clave para la toma de decisiones de las instituciones públicas.

A partir de un diagnóstico de la situación actual (a través del análisis de brechas institucionales), la Planificación Estratégica establece cuales son las acciones que se tomarán para llegar a un “futuro deseado”, el cual puede estar referido al mediano o largo plazo.

La planificación estratégica en los sistemas de salud se entiende como una forma de relacionar los problemas y necesidades en salud que presentan los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados; con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema.

Programación local: Programar es prepararse para hacer algo en la mejor forma posible, es prever las cosas con la anticipación suficiente para que al momento de la acción no hayan dudas sobre lo que queremos hacer ni falten los elementos para poder hacer lo que nos proponemos.

Momentos de la Programación Local en Salud:

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

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

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

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

Vigilancia de la salud: La vigilancia de la salud pública es la función esencial de la salud pública asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública.

Objetivos de la vigilancia en salud pública:

- ✓ Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades.

- ✓ Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones.
- ✓ Observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades.
- ✓ Detectar cambios en las prácticas de salud.
- ✓ Investigar y controlar las enfermedades.
- ✓ Planear los programas de salud.
- ✓ Evaluar las medidas de prevención y control

Usos de la vigilancia:

- Los de seguimiento de los eventos de salud.
- Los que están vinculados con las acciones de salud pública.
- Otros usos.

Carta de Ottawa de 21 de noviembre de 1986.- En la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre 1986, se señala que la promoción de la salud es un proceso de capacitación para aumentar el control de la salud de cada uno y su mejoría, pero para que esto se lleve a cabo el sistema de salud debe abogar para que en primer lugar los requisitos previos para la salud como son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad y un ecosistema estable estén presentes.

La participación activa en la promoción de salud implica.

- La elaboración de una política pública sana.
- La creación de ambientes favorables.
- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de las aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios sanitarios.
- Irrumpir en el futuro con estrategias para la promoción de la salud.

Causalidad: El concepto y la definición de la causalidad hoy en día suscitan el debate continuo entre filósofos y epistemólogos. La importancia de la causalidad en la Epidemiología radica en que sobre este sistema conceptual teórico se estructura el

desarrollo de la ciencia, ya que estos son los modelos mediante los cuales se realiza el abordaje para el estudio del objeto disciplinar.

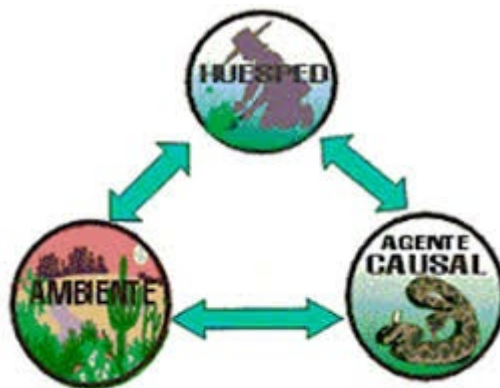
Los modelos causales presentados dan cuenta de la historia y los incansables esfuerzos de los epidemiólogos en diferentes momentos de la humanidad, no sólo por brindar un marco teórico para la explicación de la enfermedad, inicialmente, y del proceso salud-enfermedad en las poblaciones posteriormente; sino también de formular medidas para solucionar estos problemas en las poblaciones. Todo esto, en medio de una pugna frecuente entre ciencia y los intereses políticos y económicos de la clase dominante.

Existen dos modelos de causalidad en epidemiología ampliamente aceptados:

- La Triada Epidemiológica.
- Modelo de causas componentes.

La Triada Epidemiológica:

- **Historia natural de la enfermedad:** se refiere a la evolución de una enfermedad en un individuo a través del tiempo, en ausencia de intervención.
- **La cadena epidemiológica:** Para entender las relaciones entre los diferentes elementos que conducen a la aparición de una enfermedad transmisible, el esquema tradicional es la denominada cadena epidemiológica, también conocida como cadena de infección. El esquema busca ordenar los llamados eslabones que identifican los puntos principales de la secuencia continua de interacción entre el agente, el huésped y el medio.



- **Agente causal:** Es un factor que está presente para la ocurrencia de una enfermedad, por lo general un agente es considerado una causa necesaria pero no suficiente para la producción de la enfermedad. Agente es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya

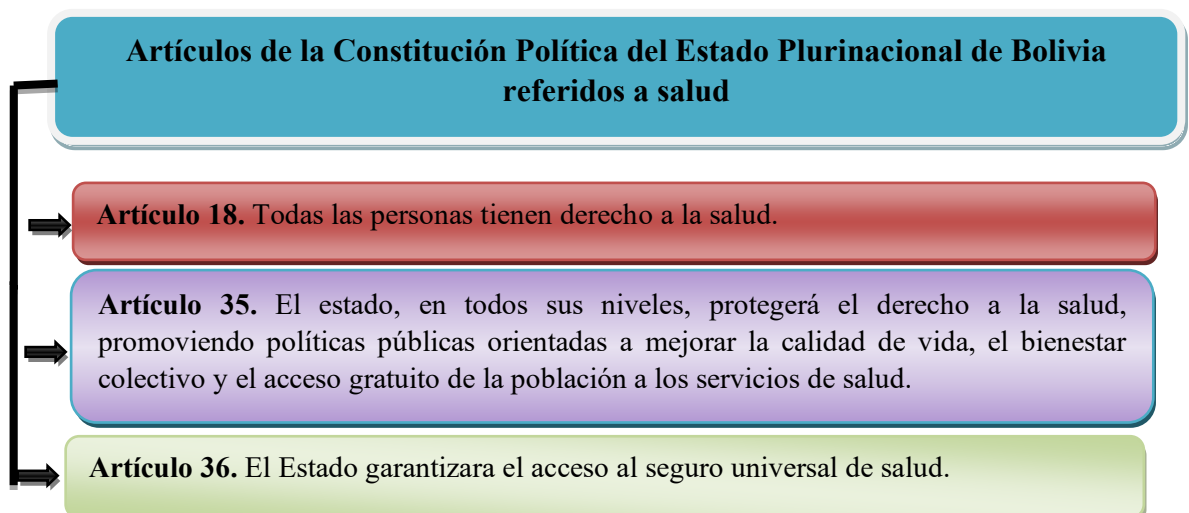
presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad.

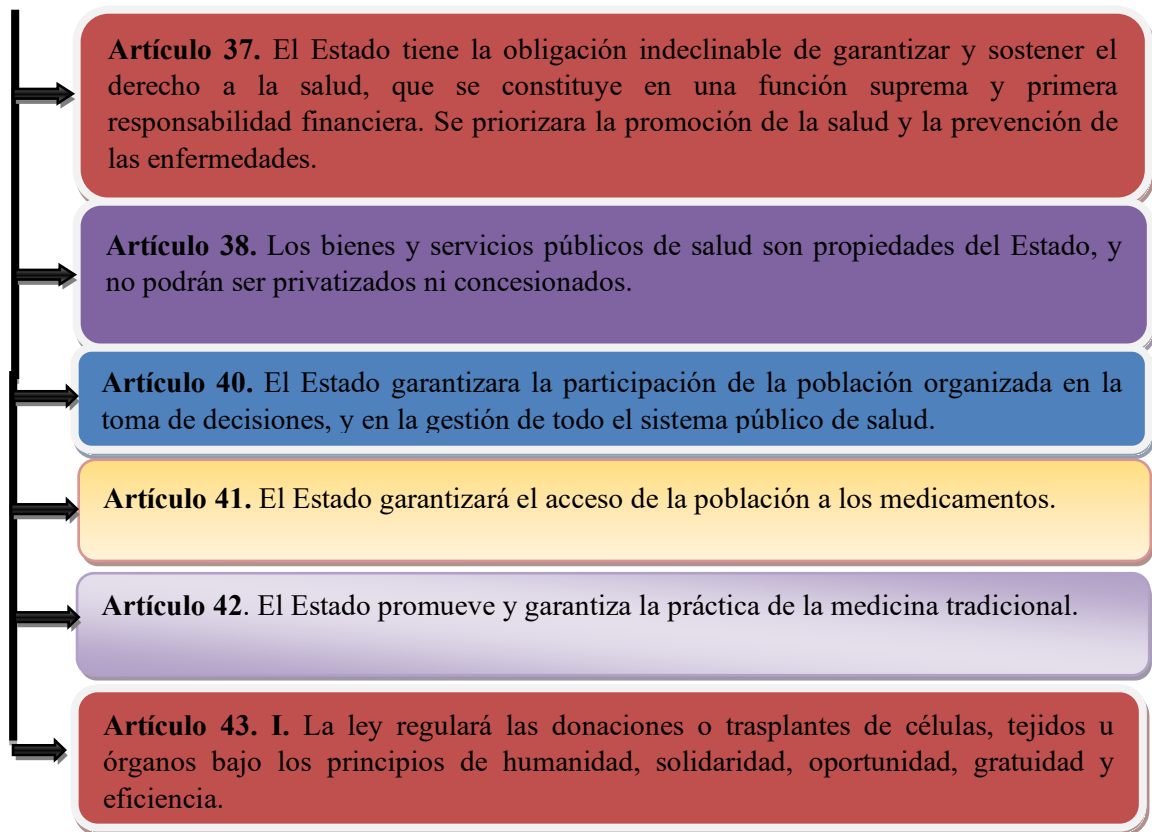
3.- Marco legal

La constitución política del estado establece que el estado tiene la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud priorizando la promoción de la salud y prevención de enfermedades, también la ley de marco de autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez” señala que el estado tiene la competencia de elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud, como ser:

- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia Ley del 7 de febrero de 2009.
- La Ley 475 del 30 de Noviembre del 2013 Se crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio Nacional, de carácter integral y gratuito.
- D.S. 29601 da los reglamentos del Nuevo Sistema de Salud en Bolivia la SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural).
- Decreto Supremo N° 0133, de 20 de mayo de 2009, Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”.

4.- Marco normativo y regulatorio





- **Decreto Supremo 29601, Modelo de Atención y Modelo de Gestión SAFCI del 11 de junio, 2008**

El objetivo de contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria para brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad además de aceptar respetar y valorar la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos y articular a la medicina biomédica.

- **Decreto Supremo N° 0033, de 20 de mayo de 2009, Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”.**

Disposición en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de extrema pobreza, el pago del Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy” tiene por finalidad hacer efectivos los derechos fundamentales de acceso a la salud y desarrollo integral, para disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil y la Desnutrición crónica de los niños y niñas menores de dos (2) años.

- **Ley 2426 que daba vida al Seguro Universal Materno Infantil SUMI-2002:**

La creación del SUMI fue el propósito de disminuir de manera sostenible la morbi-mortalidad materna e infantil. Atiende a las mujeres durante el embarazo hasta 6 meses después del parto y a niños menores de 5 años.

- **Ley de Ampliación del SUMI -3250:**

Amplia las prestaciones de anticonceptivos, detección tratamiento de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino detección y tratamiento de ITS a todas las Mujeres de 5 a 60 años.

- **Resolución Ministerial N° 0056 de 19 de febrero de 1999:**

Aprobó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el acceso a los Métodos Anticonceptivos, prevención de las ITS y VIH/SIDA.

- **Plan Nacional para la Salud y Desarrollo Integral de los y las Adolescentes (2004-2008)**

Constituye un componente del Programa de Salud Sexual y Reproductiva que pretende continuar y fortalecer los servicios de salud y mejoramiento de la calidad de servicios integrales. El plan es un instrumento de orientación para la acción de los equipos técnicos y operativos del: Ministerio de Salud y Deportes prefecturas, y municipios con el objetivo de incluir y captar el acceso en temas de salud de las y los adolescentes.

- **Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia (2009-2015).**

Instrumento Orientado a mejorar la calidad de vida de las mujeres y niños menores de 5 años.

5.- Metodología.-Se realizara el presente plan estratégico, programación local y la vigilancia de salud en la comunidad de Alegría, para lo cual se seguirá los cuatro momentos de la programación local en salud.

Momento explicativo. Diagnóstico de salud en la población. Se efectúa el análisis de la situación con lo que nos encontramos en la Comunidad de Alegría, que se expresa en un diagnóstico que proporciona datos e información acerca de la realidad sobre el problema

identificado, con su consiguiente análisis. Se realiza una apreciación de los determinantes sociales, culturales, psicológicos y/o biológicos que inciden sobre el problema de salud identificado.

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

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

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

PARTE II - ANÁLISIS SITUACIONAL

1.- Contexto:

1.1 Ámbito territorial

El Municipio de Sucre se encuentra ubicado en la Provincia Oropeza del Departamento de Chuquisaca, cuenta con una superficie de 1.876,91 kilómetros cuadrados y forma parte de la unidad geomorfológica denominada “Cordillera Andina Oriental”. La topografía por tanto es disectada, con predominancia de cerros y montañas y reducidas superficies planas aptas para cultivo, situadas en la zona norte de la sección y en terrazas de ríos. El clima dominante es templado sub – húmedo, con una temperatura media anual de 15°C y una máxima media de 22°C y una mínima media de 19°C.

La sección Municipal de Sucre, cuenta con trece cantones, distribuidos en ocho distritos municipales de los cuales, cinco corresponden a la ciudad de Sucre y los tres restantes al área rural del Municipio, dentro de ellos se encuentra el Distrito VI.

El área de desarrollo del trabajo se delimita a una comunidad llamado Alegría, el mismo pertenece al Distrito VI Sucre Rural, donde se encuentra un Centro de Salud del mismo nombre, que brinda atención primaria, asiste a 20 comunidades, nos enfocaremos solamente en la Comunidad de Alegría, cuya población según el censo 2001 era de 3980 habitantes, y para el censo 2012 de 3000 habitantes.

La comunidad de Alegría limita:

- ❖ Al Norte con el municipio de Poroma.
- ❖ Al Sur con el municipio de Yotala y Sucre
- ❖ Al Este con el municipio de Yamparaez y Tarabuco.
- ❖ Al Oeste con Municipio de Potolo, y municipio de Ravelo del Departamento de Potosí.

CROQUIS COMUNIDAD ALEGRÍA DISTRITO VI MUNICIPIO SUCRE



1.2 Características demográficas y del medio ambiente

El área de desarrollo del trabajo es la comunidad de Alegría, el mismo pertenece al Distrito VI Sucre Rural, está rodeada de montañas.

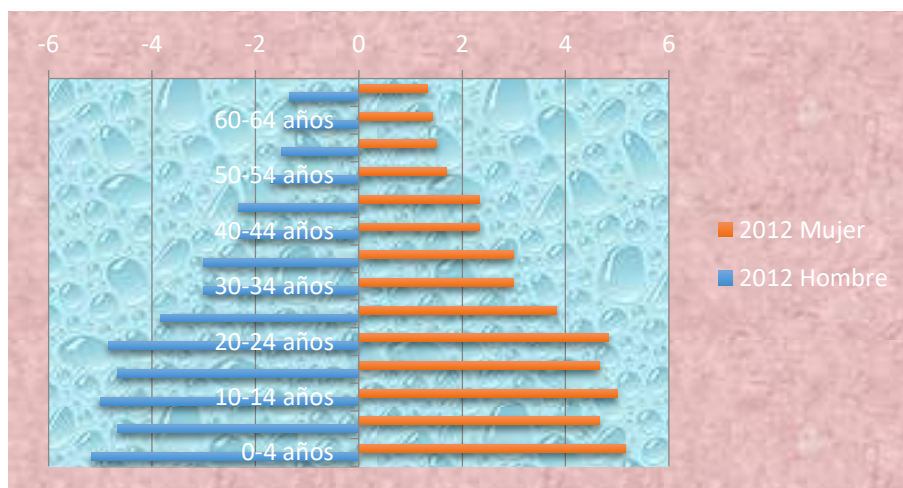
Cuenta con un Centro de Salud del mismo nombre, donde se brinda atención del nivel primario, asiste a 20 comunidades, nos enfocaremos solamente en la Comunidad de Alegría, cuya población según el censo 2001 era de 3980 habitantes, y para el censo 2012 de 3000 habitantes.

Población por Grupo de Edad y Sexo, Comunidad Alegría:

Grupo etario	Población INE 2011		TOTAL
	Hombre	Mujer	
0-4 años	155	208	363
5-9 años	140	160	300
10-14 años	150	176	326
15-19 años	140	210	350
20-24 años	145	155	300
25-29 años	115	125	240
30-34 años	90	115	205
35-39 años	90	100	190
40-44 años	70	90	160
45-49 años	70	70	140
50-54 años	51	79	130
55-59 años	45	65	110
60-64 años	43	57	100
+ 65 años	86	100	186
TOTAL	1340	1660	3000

Fuente: Datos C. S. Alegría

Pirámide Poblacional C. S. Alegría Gestión CENSO 2012



Fuente: Elaboración propia

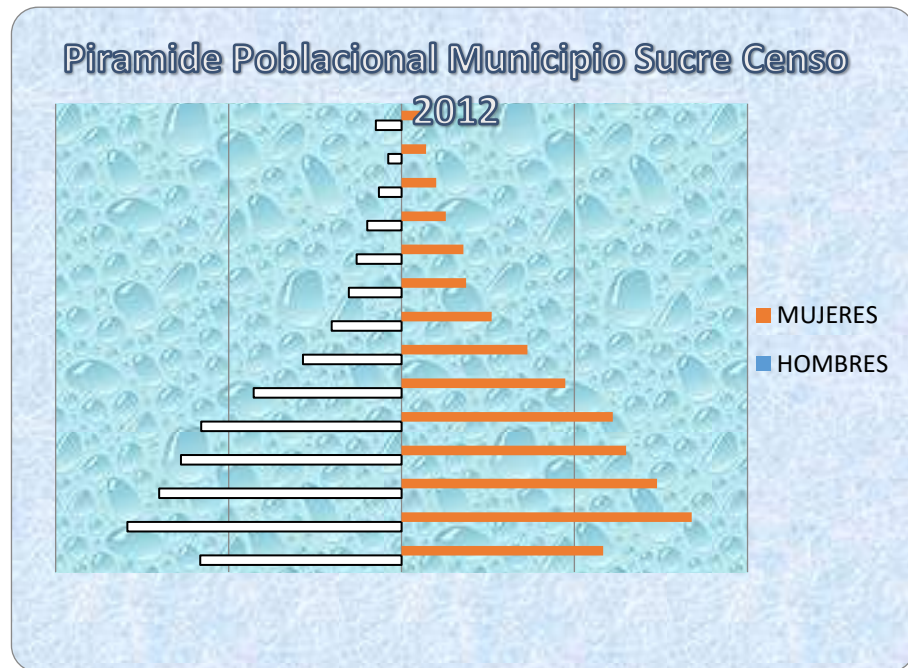
La Pirámide poblacional es constrictiva y el tipo de población es intermedia, lo que indica una alta mortalidad y poca fecundidad.

- Composición por edad quinquenal y por el sexo de la población del municipio de Sucre 2012.

GRUPO QUINQUENAL DE EDAD	TOTAL	CENSO 2012	
		HOMBRES	MUJERES
TOTAL	259388	123666	135722
0- 4 años	30219	15097	15122
5 – 9 años	42298	20561	21737
10 – 14 años	37339	18177	19162
15- 19 años	33362	16543	16819
20-24 años	30871	15025	15846
25-29 años	23356	11091	12265
30-34 años	16819	7395	9424
35-39 años	12011	5243	6768
40-44 años	8776	3955	4821
45-49 años	7989	3372	4617
50-54 años	5884	2576	3308
55-59 años	4279	1700	2579
60-64 años	2848	1001	1847
65 y más años	3337	1930	1407

Fuente: CNPV 2012 INE.

Pirámide Poblacional del Municipio de Sucre



La Pirámide poblacional es constrictiva y el tipo de población es intermedia, lo que indica una alta mortalidad y poca fecundidad.

- La relación de dependencia es de 77,42 esto quiere decir que de cada 100 personas en la edad de trabajar 77,42 son dependientes.
- La tasa de crecimiento poblacional anual del municipio de Sucre es de 1.62
- La tasa de emigración del municipio de Sucre es de 7.44 por cada 100 habitantes para el censo 2012
- La tasa bruta de natalidad de Chuquisaca para el censo 2012 es de 26,76 nacimientos por cada 1000 habitantes (2010-2015 INE).
- La tasa global de fecundidad del municipio de Sucre, para el censo 2012 es de 4.1 hijos por mujer en edad fértil.
- Tasa de mortalidad por edad y sexo:
- La tasa de mortalidad infantil: por cada 1000 nacimientos se producen 53 defunciones.
- Esperanza de vida al nacer es de 66.35
- Esperanza de vida al nacer por sexo: la esperanza de vida al nacer para el sexo masculino es de 64.21, y para el sexo femenino es de 68,60

1.3 Características socioeconómicas:

La producción agrícola es una de las principales actividades económicas de la comunidad, la mayoría de la población se dedica a la agricultura quienes tienen sus terrenos en las periferias de la comunidad, los productos que generalmente siembran son la papa, el maíz y el trigo, pero no todos los comunarios tienen terrenos para cultivar, algunos tienen sus tiendas de barrio, comercios propios y los varones más que todo se dedican a la construcción, la mayoría trabaja de albañil.

Las señoras también tienen su fuente de economía, ellas costuran polleras en grandes cantidades y eso lo comercializan en el mercado, esto en las tres organizaciones de mujeres que existe en la comunidad, así aportan al sustento de la canasta familiar.

La venta es una forma de comercialización de los productos agrícolas que producen en la comunidad, se realiza vía intermediarios o de forma directa por los productores en las mismas comunidades, los mercados preferidos para la comercialización de los productos son los mercados de la ciudad de Sucre.

Por lo que se puede deducir que lo que ganan no les da para poder ahorrar, sino solo cubre sus necesidades básicas, la mayoría de la gente es de escasos recursos económicos, ya que la mayoría ha migrado de otros lugares.

Las Organizaciones Sociales, están conformadas en base a las comunidades campesinas del Distrito, cada comunidad tiene un representante máximo que es el Dirigente de la comunidad y toda su mesa directiva, a su vez están organizados en Subcentralías y Centralías, también existen 3 organizaciones de mujeres quienes pasan cursos de costura y participan de las diferentes actividades de la comunidad, también existe un club de madres del programa Bono Juana Azurduy.

1.4 Características socioculturales:

-Descripción del equipamiento social del ámbito territorial: La comunidad de Alegría, cuenta con un Centro de Salud del mismo nombre, donde prestan servicio 2 médicos generales, dos licenciadas de enfermería, dos odontólogos, una auxiliar de enfermería y una manual de limpieza. La infraestructura es antigua y no cuenta con ambientes necesarios para realizar una buena atención, no cuenta con ambulancia para el traslado de los pacientes, cuenta con una unidad educativa de nivel primario y secundario.

Además existen 2 Iglesias evangélicas, una cancha de futbol, un coliseo y un puesto policial.

-Componentes de la estructura social del área: La comunidad de Alegría, está constituida por familias que están afiliadas a las diferentes comunidades, en los cuales desarrollan sus actividades productivas, sociales, económicas y culturales.

Las organizaciones sociales están conformadas por dirigentes que son responsables de cada una de las comunidades, a su vez existen 6 sub-centralias en todo el distrito, un Central del Distrito VI como tal y finalmente la sub-alcaldía.

-Valores culturales, tradicionales y religiosidad: La comunidad de Alegría, tiene una idiosincrasia muy arraigada a sus creencias, en cuanto a la salud, ellos no solo acuden a los servicios de salud cuando están enfermos, creen en los curanderos que existe en las diferentes comunidades, ya que ellos son los únicos que pueden curar, de los asustados, viento, mal de ojo y otros.

Dentro la cultura y las costumbres, el principal lenguaje de la comunicación es el quechua, pero también el castellano. Dentro de las festividades culturales como en cualquier parte del país, aparte de las fiestas grandes a nivel Nacional como todo santos, carnavales y fiestas patrias, cuentan también con algún Santo patrono de la Comunidad. Además la comunidad como tal, tiene una fiesta como Distrito, que es para Carnavales, cada una de las comunidades del Distrito presentan sus culturas y se agarran lo que es la PUCARA.

-Hábitos alimenticios.- Los comunarios generalmente consumen lo que producen, su alimentación es rica en carbohidratos.

2.- Determinantes de la salud

Según el modelo de Lalonde.

Medio ambiente:

- Consumo de agua no potable
- Eliminación de excretas al aire libre
- Saneamiento ambiental deficiente.
- Eliminación de la basura al aire libre.

Estilos de Vida:

- Higiene domiciliaria inadecuada.
- Malas condiciones de las viviendas.
- Consumo de alimentos sin antes lavarlos.
- Hacinamiento en las viviendas.
- Bajo nivel escolar de las mamás.

Biología humana:

Los más afectados son los niños, ya que ellos se encuentran más predispuestos a adquirir las diferentes enfermedades.

Sistema de organización de atención médica:

- En la comunidad existe un Centro de salud.
- Personal de salud deficiente, ya que solo cuenta con Médicos generales y no así con especialistas.
- No cuenta con servicios de Laboratorio y tan poco de ninguna especialidad.
- El centro de salud es muy pequeño, no cuenta con los ambientes necesarios para realizar una buena atención, no cuenta con una sala de internación para los pacientes, por lo que las embarazadas tienen que ir a los Hospitales de segundo nivel para tener a sus bebés.
- Personal de salud muy comprometido con la comunidad, se da sesiones educativas en los colegios, escuelas, a las diferentes organizaciones, a club de madres.

3.- Perfil epidemiológico:

En Bolivia durante la década de los 70, se establece oficialmente el sistema de vigilancia epidemiológica, esto con el objetivo de alcanzar un mayor grado de sistematización del proceso de seguimiento y control de aquellas enfermedades de impacto en la población.

Dentro de las principales enfermedades de morbilidad y mortalidad en la comunidad de Alegría tenemos:

Tabla: 3.1 Principales causas de morbilidad (2010-2014).

Principales causas de morbilidad según grupos etarios	N°	%
Enfermedad diarreica aguda	180	27.3%
Infecciones respiratorias agudas	175	26.6%
Artritis reumatoidea	100	15.2%
Lumbalgias	80	12.1%
Enfermedades dermatológicas	50	7.6%
Infección urinaria	20	3.0%
Contusiones superficiales	20	3.0%
Gastritis	18	2.7%
Tuberculosis pulmonar	8	1.2%
Desnutrición crónica	8	1.2%
Total	659	100%

Fuente: Informes semanales y mensuales SNIS.

Como se puede verificar en el cuadro aún son las patologías de origen agudo las predominantes en el sector. Se registra como primer problema las enfermedades diarreicas agudas con un 27.3 %, esto debido a la no existencia de los servicios básicos en la comunidad.

Tabla: 3.2 Principales causas de mortalidad.

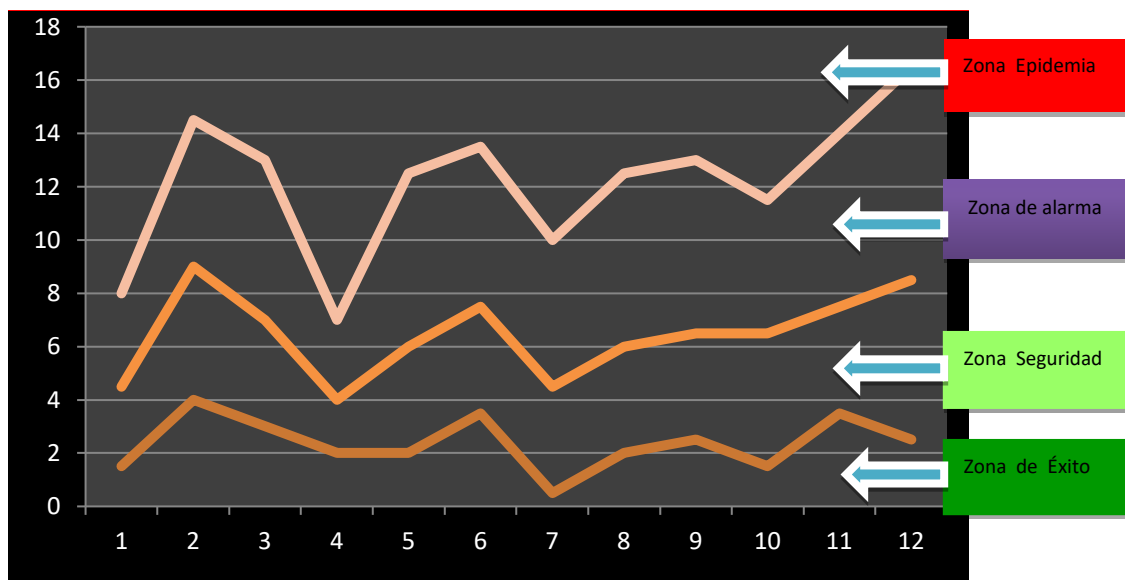
Principales causas de mortalidad	N°	%
Infarto Agudo de Miocardio	2	13.3%
Sepsis Bacteriano No especificado	2	13.3%
Enfermedades diarreicas agudas	4	26.7%
Accidentes de transito	1	6.7%
Enfermedad Cerebrovascular	1	6.7%
Violencia familiar	1	6.7%

Sepsis neonatal	1	6.7%
Úlcera gástrica	1	6.7%
Procesos oncoproliferativos	1	6.7%
Diabetes Mellitus	1	6.7%
TOTAL	15	100 %

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en la siguiente tabla, las 10 principales causas de mortalidad en el Centro de salud de Alegría, con los datos obtenidos de los certificados de defunción y las historias clínicas, los que acudieron al servicio durante la enfermedad que los condujo al fallecimiento o en cambio a solicitar la certificación de los fallecimientos ocurridos en domicilio. Donde la primera causa de muerte son las enfermedades diarreicas agudas con un 27.6%, seguido por sepsis bacteriano no especificado e infarto de miocardio para un 13.3%.

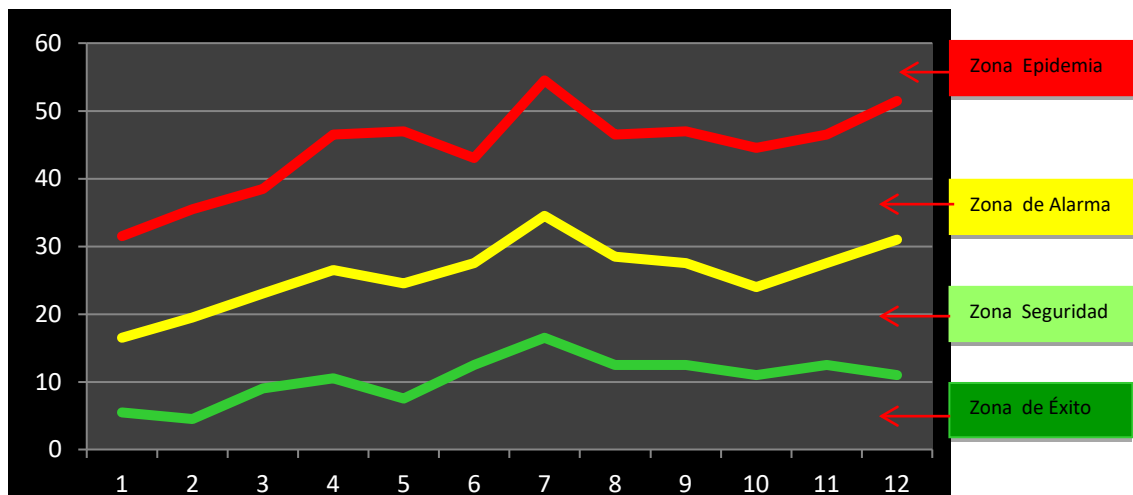
CORREDOR ENDEMICO EDAS



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
2010	3	6	4	2	7	6	4	5	3	3	4	6
2011	1	4	3	2	4	6	7	8	8	5	4	3
2012	3	4	8	2	1	3	2	2	2	5	6	2
2013	4	5	4	3	6	4	3	2	4	5	7	8
2014	3	5	3	3	3	4	4	4	5	3	3	8

Q1	1.5	1	2.5	2	0	1	0.5	0	1	1.5	1	1
Q2	2	3	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Q3	3	4	7.5	2.5	3.5	2.5	2	3.5	2.5	5	5	4

CORREDOR ENDEMICO IRAS



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
2010	8	5	6	14	10	11	18	16	21	12	20	21
2011	3	4	15	7	5	15	15	10	15	24	18	12
2012	16	16	12	24	25	16	18	20	11	13	15	10
2013	14	15	16	16	17	14	22	16	14	17	10	20
2014	11	16	14	16	20	15	18	15	18	10	15	20

Q1	5,5	4,5	9	10,5	7,5	12,5	16,5	12,5	12,5	11	12,5	11
Q2	11	15	14	16	17	15	18	16	15	13	15	20
Q3	15	16	15,5	20	22,5	15,5	20	18	19,5	20,5	19	20,5

4.- Perfil de salud y enfermedad:

Para describir el perfil salud enfermedad en nuestra población del centro de salud Alegría, más relevante de estos últimos 5 años de acuerdo a morbilidad que se tiene acorde a los determinantes sociales de la salud hablaremos principalmente de las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones que atacan al tracto respiratorio en los niños(as) menores de 5 años, es el grupo etario que se ve con más riesgo de padecer estas enfermedades, donde se observan numerosos **factores de riesgo**, ya que todas las familias consumen agua no potable, no tienen buenos hábitos de higiene, esto influye directamente en la aparición de las enfermedades diarreicas agudas y sobre eso no se realiza el hervido del agua, no existe los buenos hábitos de lavado de manos y consigo se manipula los alimentos, ni antes ni después de ir al baño. Otro factor importante cabe mencionar es la inexistencia de letrinas en la comunidad, el cual lo hacen al aire libre, son muy pocas familias que tienen letrinas, donde el fecalismo al aire libre es un problema de la salud pública en esta comunidad principal causa de proliferación de las enfermedades diarreicas, del mismo modo el manejo de la basura lo realizan al campo abierto.

El nivel cultural o educativo es fundamental para lograr indicadores de salud altos, la mayor parte de la comunidad en general cursó el nivel primario básico, y la minoría no curso ningún nivel, más que todo las mamás.

Entre los **factores de protección**, podemos mencionar la buena voluntad del personal de salud, quienes están asistiendo a las escuelas, colegios, organizaciones de mujeres y club de madres, a quienes les van dando charlas educativas sobre diferentes temas para prevenir dichas enfermedades.

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, la alimentación es rica a base de productos naturales y todo lo que se produce en el lugar papa, maíz, trigo, quinua, algunas veces hortalizas.

5.- La respuesta institucional

En la comunidad de Alegría existe diferentes instituciones como ser: Club de madres, organizaciones de mujeres, puesto policial, guardería, iglesias tanto católicos como evangélicos, además existen 2 ONGs que colabora a la comunidad como ser CEMSE y

FH, quienes ayudan en dar algún incentivo a las mamás y en la refacción del Centro de Salud, o dotación de material para las sesiones educativas que se dan.

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

En la comunidad de Alegría solo existe una unidad educativa (escuela y colegio), una guardería donde están los niños menores de 5 años, la comunidad no cuenta con ambulancia, tan poco existen centros de recreación.

5.2 Oferta de servicios de salud.

El Centro de Salud de Alegría, cuenta con 20 comunidades, con una población de 3000 habitantes según el censo 2012.

La comunidad de Alegría, su equipamiento social consta de un Centro de Salud, el cual consta de 2 consultorios médicos, una farmacia, un ambiente de enfermería, un consultorio odontológico y un depósito el cual se usa como consultorio médico, prestan servicios: 2 médicos, 1 medico SAFCI, 1 medico del Programa Bono Juana Azurduy, 3 Licenciadas de enfermería, un auxiliar de enfermería, 2 odontólogos y una manual.

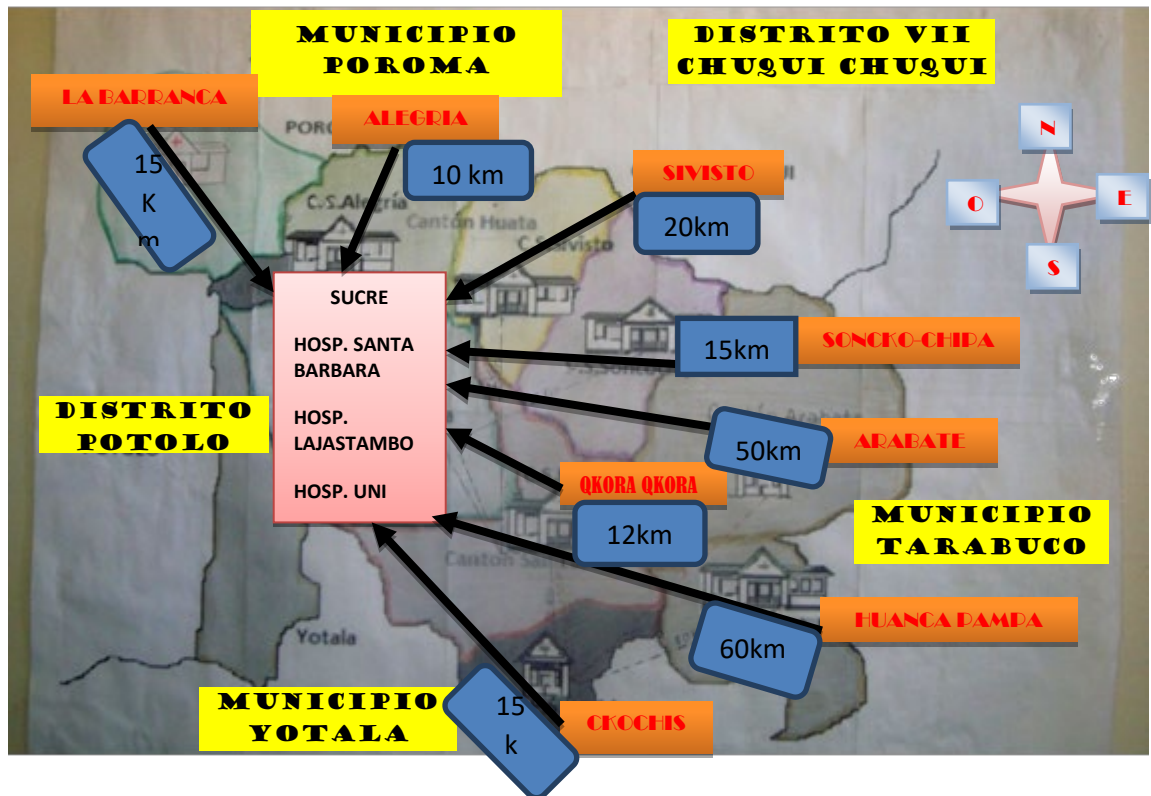
Como se puede ver el Centro de salud es muy pequeño y no cuenta con el equipamiento necesario para realizar una atención completa a los pacientes, ya que no existe laboratorio, un equipo de radiografía, para lo cual los pacientes tienen que acudir a los hospitales de segundo o tercer nivel.

5.3 Accesibilidad geográfica

Municipio	Servicio de salud	Distancia en Km	Tipo de camino	Medio de transporte	Tiempo hasta el servicio	Invierno	Verano
Sucre	C.S. Alegría	10 km	Asfalto Tierra	Transporte Publico	20 min.	Accesible	Accesible
Sucre	C.S. La Barranc	15 km	Tierra	Transporte Publico	30 min.	Accesible	Accesible

	a						
Sucre	C.S. Qhora Qhora	12 km	Tierra	Ambulanci a	30 min.	Accesible	Accesible
Sucre	C.S. Sivisto	20 km	Tierra	Motocicleta	45 min.	Accesible	Inacesible
Sucre	C.S.Hua nca Pampa	60 km	Tierra	Motocicleta	3 hrs.	Accesible	Inacesible
Sucre	P.S. Ckochis	15 km	Asfalto	Transporte Publico	45 min.	Accesible	Accesible
Sucre	P.S.Son co- Chipa	15 km	Tierra	Transporte Publico	30 min.	Accesible	Accesible
Sucre	P.S.Ara bate	50 km	Tierra	Motocicleta	2hrs.1/2	Accesible	Inacesible

5.4 ISICRONAS DEL DISTRITO VI – MUNICIPIO SUCRE DEPARTAMENTO CHUQUISACA



El grado de accesibilidad de los diferentes Centros de Salud del Distrito VI es de accesible en algunos casos a muy accesible en los Centros de Salud más cercanos a la ciudad, como es el caso de la comunidad de Alegría, Qhora Qhora, Ckochis, Sonkochipa y La Barranca, solo algunos cuentan con transporte propio esto debido a la gran dispersión de las diferentes comunidades del Distrito, pero algunos Centros de Salud como ser Huanca Pampa, Sivisto y Arabate no se puede ingresar en los meses de lluvia.

6.- Descripción de la problemática de salud

Dentro los problemas identificados, se puede observar en algunas comunidades las viviendas se encuentran en muy malas condiciones, sus techos son de paja y barro, además solo cuentan con un cuarto y ahí está su dormitorio y su cocina, se ve la pobreza en que viven estas familias y el hacinamiento de las mismas 5.6 personas por cuarto, son familias que migran de otros lugares como ser de Poroma y Ravelo.

También se puede mencionar la falta de agua potable, todas las comunidades de Alegría no cuentan con agua potable, consumen de los ríos, pozos o charcos, es agua contaminada, además no existe letrinas ni baños, sus necesidades fisiológicas lo hacen al aire libre, la eliminación de la basura también es un problema muy grande para la comunidad, allá no llega los carros basureros por lo cual los comunarios botan la basura a los ríos, sembradíos y son muy pocas las familias que queman la basura, ahí se produce criadero de roedores, esto es un problema de gran magnitud para la comunidad ya que debido a esto se produce la aparición de diferentes enfermedades, los niños son los más susceptibles a estas exposiciones.

También uno de los problemas que se puede mencionar es la inseguridad de la comunidad, a pesar de que existe un Puesto Policial en la comunidad existen pandilleros que roban, lo que ocasiona un stress psicológico en la población, la población vive con ese temor de que cualquier momento le van a robar, además una de sus comunidades de Alegría es las 7 Cascadas, el cual es un lugar turístico, pero por esta inseguridad que existe ya nadie quiere ir a ese lugar.

7.- Necesidades en salud de la población.

Las necesidades en salud de la Comunidad de Alegría se identificó utilizando el enfoque de búsqueda de consenso, el método que se utilizo fue el de informantes claves, en la cual se identificó las siguientes necesidades.

- ❖ Inexistencia de agua potable.
- ❖ Falta de equipamiento en el Centro de Salud.
- ❖ Recursos humanos para el Centro de Salud.
- ❖ Construcción nueva o ampliación del Centro de Salud.

Método utilizado para la identificación de necesidades:

Enfoque	Método	Formas de recolección	Procesamiento y medición	Tiempo
Búsqueda de consenso	Informantes claves, foro comunitario	Entrevistas Foro comunitario.	Word, excel	moderado

8. Actores relevantes y recursos de poder que controlan

Actores	Recursos que controla	Actitud frente a la problemática de salud; favorable, desfavorable, neutra, indiferente.
1 Dirigente de la comunidad	Ingresos del aporte comunario.	Favorable, pero muchas veces ni ellos mismos se preocupan por pedir que se aumente ambientes al Centro de Salud.
2.- ONG FH	Propios	Favorable, ya que ellos con sus propios recursos ayudan en la implementación de material para el Centro de Salud.
3.- Sub-Alcalde	Recursos de todo el Distrito VI.	Favorable
4.- Alcalde	Recursos de todo el municipio.	Neutra
5.- Comunarios de Alegría	ninguna	Favorable

-Establecer la responsabilidad entre las partes, donde se relacionaran el personal de salud del Centro, dirigentes de la comunidad, y juntos pedir a las autoridades municipales, sobre las necesidades que tiene la comunidad, tiene que darse a conocer a las autoridades porque muchas veces no saben que necesidades tiene.

-Establecer los mecanismos de monitoreo y seguimiento de las actividades que se van a realizar.

-Establecer el cronograma de actividades para realizar el seguimiento y evaluación del mismo.

-Establecer el presupuesto para las diferentes actividades.

9. Definición de las líneas de acción que orientaran el plan

AREA	PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS	PROBLEMA CENTRAL	LÍNEAS DE ACCIÓN
I. Programa ción local	1. Consumo de agua no potable por la población. 2. Eliminación de excretas al aire libre. 3. Falta de disposición final de la basura. 4. Malos hábitos higiénicos de los comunarios.	Alta prevalencia por enfermedades diarreicas agudas y parasitarias causadas por el consumo de agua de pozos, ríos o charcos y la presencia de vectores (moscas) por la basura acumulada y eliminación de excretas al aire libre.	1. Realizar acciones de promoción y prevención de las enfermedades diarreicas para disminuir la morbilidad por esta causa. 2. Realizar Promoción sobre el reciclaje de la basura y la limpieza diaria de las viviendas para evitar la aparición de vectores (moscas) 3. Promocionar el lavado de manos y consumo de alimentos limpios.
II. Vigilancia en salud	1. Alta morbilidad por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias en población en general. 2. No existencia de un buen hábito de lavado de manos antes y	Existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica pobre para las enfermedades diarreicas agudas.	1. Implementar un sistema de vigilancia eficaz para las enfermedades diarreicas. 2. Implementar en el registro de la vigilancia la

	después del manipuleo de los alimentos.		existencia de los factores de riesgo y los factores protectores. 3. Orientación sobre la alimentación adecuada de los niños menores de 5 años y los micronutrientes.
III. Servicios de nivel primario	1. Bajas coberturas de vacunación a niños menores de 5 años. 2. Pocas actividades realizadas en la promoción de la lactancia materna exclusiva y complementaria. 3. Carencia de insumos médicos adecuados para dar una buena atención.	1. Bajas coberturas en las prestaciones de servicios de primer nivel.	1. Mejorar la infraestructura, organización, gestión y prestación del servicios de salud a toda la población 2. Asegurar la dotación de insumos médicos y así brindar una buena atención a la población en general.

PARTE III - PROPUESTA

1.- Momentos normativo y estratégico.-

El momento normativo del plan estratégico es el momento del diseño de la planificación. Es el momento donde predomina el "debe ser" de las situaciones en consideración.

En el marco de ese programa de base se realiza la formulación del programa direccional, o sea, del conjunto modular de proyectos estratégicos orientados a modificar la situación inicial en dirección al objetivo, con cierta probabilidad de éxito. Esos proyectos están individualizados por objetivos. Existe una jerarquía de objetivos, relacionada con las áreas de la estructura organizacional que los define. La alta dirección es la encargada de definir la misión o razón de ser de la organización, expresada en objetivos generales de alto nivel político y de largo plazo o sin tiempo.

Las metas, por su parte, son objetivos de corto plazo y de nivel micro y son generalmente definidos por las jefaturas o por los mismos operadores.

El momento normativo abarca también el diseño de las operaciones, acciones y sub-acciones previstas para llevar adelante el plan. Una operación es una unidad básica del plan que asigna recursos y articula acciones para un objetivo determinado. Es modular y admite agregaciones y desagregaciones, para preservar a la vez la direccionalidad general del plan y la flexibilidad de su ejecución.

El momento normativo abarca, por último, la inclusión del programa direccional en diversos escenarios o contextos situacionales futuros posibles, con sus trayectorias alternativas. Esta técnica de los escenarios permite superar, al menos en parte, el problema de fondo de la planificación, que es la incertidumbre. Reiteramos aquí que planificación no es predicción o profecía sino preparación para encarar el incierto futuro con dirección y sentido. En cuanto a los escenarios, la limitación está en la capacidad del ente planificador para imaginar escenarios posibles.

1.1 Visión:

En el año 2020, La población de la Comunidad de Alegría, contara con un Centro de salud integral, donde la población ejercerá plenamente su derecho a la salud con igualdad de condiciones, con intersectorialidad y participación social para mejorar su estado de salud integral y vivir mejor, recibirá una atención según el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, los actores sociales son los principales mediadores de alianzas con las autoridades de poder político, económico y social quienes realizan las gestiones para mejorar la salud de cada uno de los comunarios, la comunidad de Alegría contara con todos los servicios básicos(baños, letrinas, agua potable) y así todos vivirán muy bien.

1.2 Estrategia:

Se realizaran alianzas con las ONGs que existen en la comunidad y así poder mejorar la salud de la población.

Asistir a las reuniones donde se dará a conocer todas las dificultades que tiene el Centro de salud, también se escuchara los problemas que presentan cada uno de los sectores de la comunidad (intersectorialidad) y con participación del sector social, autoridades locales, se realizara la movilización correspondiente para conseguir recursos y así mejorar el Centro de Salud, de esa manera brindar una atención integral con calidad y calidez a la población de Alegría.

Para alcanzar la visión planteada, se coordinara con los diferentes sectores (Intersectorialidad): salud, educación, medio ambiente, con las ONGs existentes en la comunidad, tomando en cuenta a la parte social (Participación social) para la toma de decisiones y Movilización de recursos tanto económicos, humanos y recursos materiales.

Se buscara alianzas estratégicas con las diferentes instituciones públicas que controlan los recursos económicos y a su vez tienen la capacidad e intuición de hacer gestión: Autoridades locales, Gobierno autónomo municipal, gobierno autónomo departamental, gobierno nacional y ONGs, los cuales son los directos responsables de garantizar la salud a toda la población.

De esta manera la comunidad priorizara la calidad de vida de sus habitantes, los servicios de primer nivel consolidan la Política sanitaria en Salud Familiar Comunitario

Intercultural, haciendo énfasis en la prevención de la enfermedad y promoción de salud, fortalecer la red de servicios del Distrito VI, con equipamiento y dotación de insumos, haciendo gestión con el Gobierno Autónomo Municipal.

De esta manera mejorar la calidad de vida de la población de la Comunidad de alegría.

1.3 Análisis FODA:

Fortalezas:

- Cuenta con Personal de Salud muy comprometido con la salud de la comunidad y brindan una atención con calidad y calidez.
- Cuenta con el apoyo de autoridades locales, organizaciones sociales, dirigentes, centrales y subcentrales.
- Se realiza trabajo coordinado con todo el personal de salud del Distrito VI.

Oportunidades:

- Cuenta con un centro de salud pequeño.
- Cuenta con el apoyo de 2 ONGs (CEMSE y FH), los cuales invierten en temas de salud.
- Participación en los congresos, ampliados y reuniones comunales mensualmente.

Debilidades:

- El Centro de Salud es muy pequeño y no cuenta con la infraestructura ni equipamiento básico, como ser no tiene laboratorio, sala de internación, etc.
- El Centro de Salud no cuenta con personal especializado (Pediatra, Ginecólogo).
- Comunicación inadecuada por falta de instalación de antenas que captan señales.
- La comunidad no cuenta con ambulancia.

Amenazas:

- No cuentan con los servicios básicos todas sus comunidades de Alegría.
- La eliminación de excretas es al aire libre.
- No existencia de agua potable para el consumo de la comunidad.

- La comunidad no cuenta con seguridad policial las 24 horas, por lo que esta predispuesta a sufrir cualquier tipo de amenazas.
- Escasos recursos económicos en la comunidad.
- Carreteras accidentadas para ingresar a realizar atención en algunas comunidades del Distrito.
- Migración al interior y exterior del país.

1.4 Objetivos estratégico

- Disminuir en un 20% la presencia de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años en un periodo de 5 años tomando en cuenta, los factores de riesgo encontrados al año 2015, realizando acciones de promoción y prevención con los actores sociales e institucionales.
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica eficaz y oportuna para las enfermedades diarreicas agudas y el buen registro de los factores de riesgo y factores protectores.
- Promocionar al 100% de las familias el buen manejo, recojo de la basura y la limpieza diaria de las viviendas.
- Realizar cambios en un 40 % para mejorar la infraestructura y el acceso al servicio de salud en un periodo de 5 años tomando en cuenta todos los problemas identificados al año 2015 mediante reuniones realizadas con la Comunidad y el personal de salud.

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

Ejes	Objetivos estratégicos	Área de actividad (Programación local)	Área de actividad 2 (Vigilancia de la salud)	Área de actividad 3 (Servicios de nivel primario)
Disminución de la morbilidad de las enfermedades diarreicas agudas	Disminuir en un 20% la morbilidad de las enfermedades diarreicas agudas en los 5 años próximos. -Promocionar al 100% de las familias el buen manejo y recojo de la basura y la limpieza diariade las viviendas para evitar la aparición de vectores (moscas).	Programación local		
Promoción de la salud y movilización social.	-Implementar un sistema de Vigilancia eficaz y oportuna para las enfermedades diarreicas agudas y el registro de los factores de riesgos y los factores protectores. -Mejorar la organización, gestión y		Vigilancia de la salud	Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local.

	prestación de servicios de salud con la mejora continua del acceso.			
Rectoría	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud

1.5 Líneas de acción

Área	Líneas de acción
I. Programación local	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar acciones de promoción y prevención de las enfermedades diarreicas agudas para disminuir la morbilidad por esta causa. 2. Promocionar el reciclaje de la basura y la limpieza diaria de las viviendas para evitar la aparición de vectores. 3. Promocionar el lavado de manos y consumo de alimentos limpios.
II. Vigilancia en salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar un sistema de vigilancia eficaz para las enfermedades diarreicas. 2. Implementar en el registro de la vigilancia la existencia de los factores de riesgo y los factores protectores. 3. Orientar sobre la alimentación adecuada de los niños menores de 5 años y los micronutrientes.
III. Servicios de nivel Primario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la infraestructura, organización, gestión y prestación del servicios de salud a toda la población 2. Asegurar la dotación de insumos médicos y así brindar una buena atención a la población en general.

2. MOMENTO TÁCTICO OPERACIONAL

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

Área de actividad	Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de verificación
Progr amaci ón local	-Disminuir en un 20% la morbilidad de las enfermedades diarreicas. - Promocionar al 100% de las familias el buen manejo y recojo de la basura y la Limpieza diaria de las viviendas.	1. Realizar acciones de promoción y prevención de las enfermedades diarreicas para disminuir la morbilidad por esta causa. 2. Realizar Promoción sobre el reciclaje de la basura y la limpieza diaria de las viviendas para evitar la aparición de vectores.	-Bajó en un 20% la presencia de las enfermedades diarreicas -El 100% de las familias de la comunidad deben manejar y desechar de forma adecuada los desechos.	-Charlas educativas, - Actividades promo- preventivas en la Comunidad de Alegría.	Informes mensuales SNIS del Centro de Salud. Entrevistas con informantes claves. Libros de actas.
Vigila ncia de la salud	-Implementar un sistema de vigilancia eficaz para las enfermedades diarreicas y el registro de los	-Implementar un sistema de Vigilancia eficaz para las enfermedades diarreicas y el registro de los factores de riesgo y los factores	Registrar al 100% los casos de enfermedad diarreica además los factores de riesgo y de protección	% de casos registrados de la enfermedad diarreica aguda	Cuaderno de consulta externa. Formulario de la vigilancia epidemiológica SNIS.

	factores de riesgos y los factores protectores.	protectores.			Formulario de visitas domiciliarias SNIS
Fortalecimiento de servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la Salud.	-Mejorar la Infraestructura, organización, gestión y prestación de servicios de salud. -Mejora continua del acceso a los servicios de salud.	1. Mejorar la infraestructura, organización, gestión y prestación de servicios de salud a toda la población 2. Asegurar la dotación de insumos médicos y así brindar una buena atención a la población en general.	-Cubrir al 100% de las comunidades en la prestación de servicios de salud. Se realizó en un 30% el mejoramiento en la organización e implementación del servicio de salud.	Charlas Educativas, Ampliados a la población sobre la importancia de tener un centro de salud implementado con todos los servicios indispensables.	Archivos del Centro de Salud. Distrito Servicio Departamental de Salud

En la siguiente matriz se tiene un objetivo estratégico por cada línea de acción en cada área su resultado esperado, su medio de verificación y su indicador para poder encontrar soluciones a los problemas de salud de la Comunidad de Alegría.

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

Resultados	Actividades	Tiempo	Responsable
<p>Programación local</p> <p>-Bajar a 80% los casos de incidencia de enfermedades diarreicas.</p> <p>-El 100% de las familias de la comunidad deben manejar y desechar de forma adecuada los desechos.</p>	<p>-Proporcionar el uso de agua segura (clorar, hervir).</p> <p>-Apropiada eliminación de excretas para evitar la contaminación de la aguas.</p> <p>-Fomentar el buen hábito de lavado de manos.</p> <p>-Promocionar la lactancia materna exclusiva y la complementaria.</p> <p>-Clasificar correctamente los desechos y verter a lugares adecuados.</p>	3 años	<p>-Equipo de salud del establecimiento.</p> <p>-Autoridades locales de salud.</p>
<p>Vigilancia de la salud</p> <p>-Registrar al 100% los casos de enfermedad diarreica además los factores de riesgo y de protección</p>	<p>-Realizar seguimiento en visitas domiciliarias a los pacientes enfermos con diarrea de forma periódica</p> <p>- Concientizar en la adherencia al tratamiento preventivo con Suero de Rehidratación Oral(SRO) para evitar complicaciones.</p> <p>-Registrar e informar el caso diagnosticado en el formulario de la vigilancia epidemiológica.</p>	2 años	<p>Equipo de salud del establecimiento de Salud.</p> <p>Comunarios.</p>

<p>Fortalecimiento servicios de nivel primario</p> <p>Cubrir al 100% las comunidades en la prestación de servicios de salud.</p>	<p>-Formar brigadas móviles para salir a realizar atenciones en las diferentes comunidades</p> <p>-Ampliar la cobertura de atención a toda la población en general y cumplir con los compromisos de gestión.</p> <p>-Pedir la construcción de un centro integral o ampliación de la infraestructura existente.</p>	<p>1 año.</p>	<p>Equipo del establecimiento de salud, Subalcaldía, Alcaldía, Gobierno autónomo, y SEDES Chuquisaca.</p>
---	--	---------------	---

En la siguiente matriz se muestra los resultados por cada área y su respectiva actividad y el tiempo que se va emplear para cada actividad y el responsable de cada actividad para poder dar solución a los problemas identificados en la Comunidad de Alegría.

2.3 Matriz - Resumen del Plan

Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de Verificación	Actividades	Tiempo	Responsable
<p>-Disminuir en un 20% la morbilidad de las enfermedades diarreicas.</p> <p>-Promocionar al 100% de las familias el buen manejo y recojo de la basura y la limpieza diaria de las viviendas.</p>	<p>-Realizar acciones de promoción y prevención de las enfermedades diarreicas para disminuir la morbilidad por esta causa.</p> <p>-Promocionar el buen manejo de la basura.</p>	<p>-Bajar a 80% los casos de incidencia de enfermedades diarreicas.</p> <p>-El 100% de las familias de la comunidad deben manejar y desechar de forma adecuada los desechos.</p>	<p>-Charlas educativas, actividades promopreventivas en la Comunidad de Alegría.</p>	<p>Informes mensuales del Centro de Salud.</p> <p>Entrevistas con informantes claves.</p> <p>Libros de actas.</p>	<p>-Proporcionar el uso de agua segura (clorar, hervir).</p> <p>-Apropiada eliminación de excretas para evitar la contaminación de las aguas.</p> <p>-Fomentar el buen hábito de lavado de manos.</p> <p>-Promocionar la lactancia materna exclusiva y la complementaria.</p> <p>-Clasificar correctamente los</p>	3 años	<p>-Equipo de salud del establecimiento.</p> <p>- Autoridades locales de salud.</p>

					desechos y verter a lugares adecuados.		
-Implementar un sistema de vigilancia eficaz para las enfermedades diarreicas -Implementar el registro de los factores de riesgos y los factores protectores.	Implementar un nuevo sistema de vigilancia eficaz para las enfermedades diarreicas. Registrar en La vigilancia la existencia de los factores de riesgo y los factores protectores.	Registrar al 100% los casos de enfermedad diarreica además los factores de riesgo y de protección	% de casos registrados de la enfermedad diarreica aguda	Cuaderno de consulta externa. Formulario de la vigilancia epidemiológica SNIS. Formulario de visitas domiciliarias, SNIS.	-Realizar seguimiento en visitas domiciliarias a los pacientes enfermos con diarrea aguda de forma periódica -Concientizar en la adherencia al tratamiento preventivo con Suero de Rehidratación Oral(SRO) para evitar complicaciones. -Registrar e informar el caso diagnosticado en el formulario de la vigilancia epidemiológica.	2 años	Equipo de salud del establecimiento de Salud. Comunarios.

<p>-Realizar cambios en un 40% para mejorar la infraestructura y el acceso al Servicio de salud en un periodo de 5 años.</p> <p>- asegurar la mejora continua del acceso a los servicios de salud, la calidad de atención y dotación de insumos médicos.</p>	<p>1.Mejorar la infraestructura organización, gestión y prestación del servicios de salud a toda la población</p> <p>2. Asegurar la dotación de insumos médicos y así brindar una buena atención a la población en general.</p>	<p>-Cubrir al 100% de las comunidades en la prestación de servicios de salud.</p> <p>-Se realizó en un 40% el mejoramiento en la organización e implementación del servicio de salud.</p>	<p>Reuniones Ampliadas a la población sobre la importancia de tener un centro de salud implementado con todos los servicios indispensables.</p>	<p>Archivos del Centro de Salud. Distrito Servicio Departamental de Salud</p>	<p>-Formar brigadas móviles para salir a realizar atenciones en las comunidades</p> <p>-Ampliar la cobertura de atención a toda la población en general y cumplir con los compromisos de gestión.</p> <p>-Pedir la construcción de un centro integral o ampliación de la infraestructura existente.</p>	<p>1 año.</p>	<p>Equipo del establecimiento de salud, Subalcaldía, Alcaldía, Gobierno autónomo, y SEDES Chuquisaca.</p>
--	---	---	---	---	---	---------------	---

2.4 Cronograma:

Actividades	2016				2017				2018				2019				2020			
	Trimestre				Trimestre				Trimestre				Trimestre				Trimestre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
-Charlas educativas sobre el consumo de agua potable, eliminación adecuada de excretas, buen habito del lavado de las manos.	X	X			X	X			X	X			X	X			X	X		
-Promocionar la lactancia materna exclusiva y la complementaria.		X		X	X		X			X		X	X			X	X			X
-Coordinar con las autoridades locales de salud y firmar convenios de apoyo en las actividades del reciclaje de desechos.	X				X				X				X				X			
-Realizar visitas domiciliarias a familias en riesgo.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
-Realizar ferias de salud, promocionando los servicios que brinda el Centro de Salud.			X				X				X				X				X	
Formar brigadas móviles para salir a realizar atenciones en las comunidades		X				X				X				X				X		

3. Programas que conforman el plan estratégico:

3.1 Programa de Atención del control de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años en la comunidad de Alegría.

Programa o programas de salud identificados	Enfocado en la vigilancia de la salud (Si/No)	Herramientas usadas para la vigilancia	Fuentes de datos	Técnicas para el recojo de la información.
Programa ampliado de inmunización	Si	SNIS SOAPS Carpetas familiares carnets infantiles	SNIS SOAPS Carpetas Familiares.	Manual, Word y Excel
Programa de desnutrición CERO	Si	SNIS SOAPS Carpetas familiares carnets infantiles	SNIS SOAPS Carpetas Familiares.	Manual, Word y Excel.

3.1.1 Responsable técnico del programa: el responsable técnico del programa es el personal de Salud de la comunidad de Alegría, con el apoyo de las autoridades de la comunidad.

3.1.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico: De acuerdo al plan estratégico que proponemos, esperamos lograr resultados satisfactorios y reducir en un 25% la morbilidad en niños menores de 5 años en la comunidad de Alegría, donde se ha trabajado y mejorado los determinantes de la salud, tomando medidas eficaces en la promoción y la prevención principalmente en los problemas de salud priorizados como la alta morbilidad de las enfermedades diarreicas agudas, que la población enferme en lo menos posible con estos males.

Que para el año 2020 podamos ver una comunidad más saludable entre sus habitantes conviviendo en armonía con el medio ambiente.

3.1.3 Objetivos

- Reducir la morbilidad de las enfermedades diarreicas agudas en un 20% en niños menores de 5 años en las comunidades del C.S. Alegría en un periodo de 5 años.
- Disminuir los factores de riesgo para la aparición de las enfermedades diarreicas agudas.
- Proporcionar una atención de calidad y oportuna en el servicio de nivel primario.
- Prevenir las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad diarreica aguda con la administración de SRO y zinc.
- Promover la calidad de vida en las familias más vulnerables.
- Realizar visitas domiciliarias a las familias con factores de riesgo.
- Promocionar los signos de peligro de las diarreas a todas las madres

3.1.4 Límites de espacio y tiempo

Los programas del plan estratégico Institucional serán aplicados en el espacio territorial de la comunidad de Alegría, perteneciente al municipio de Sucre Rural desde el año 2016 al 2020.

3.1.5. Población beneficiaria por grupos etarios.

El grupo beneficiario son los menores de 5 años de la Comunidad de Alegría.

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

Grupos de población	Actividad	Cobertura	Concentración por actividades	No de actividades	Recursos humanos hora/medico	Insumos y equipamiento
Menor de 6 meses	Charlas educativas a las madres menores de 5 años y a todos los dirigentes de la Comunidad Alegría	90 % de niños del servicio de salud	Centro de Salud Alegría salón de reuniones de la Comunidad de Alegría.	2 veces por mes	ONGs Medico/enfermera por sesión 2hrs por charla educativa	Material de escritorio y data display.
6 – 12 meses	Charlas educativas a las madres menores de 5 años y a todos los dirigentes de la Comunidad Alegría.	90 % de niños del servicio de salud	Centro de Salud Alegría salón de reuniones de la Comunidad de Alegría	2 veces por mes.	ONGs Medico/enfermera por sesión 2hrs por charla educativa	Material de escritorio y data
1 – 5 años	Charlas educativas a las madres menores de 5 años y a todos los dirigentes de la Comunidad Alegría.	60 % de niños del servicio de salud	Centro de Salud Alegría salón de reuniones de la Comunidad de Alegría	2 veces por mes.	ONGs Medico/enfermera por sesión 2hrs por charla educativa	Material de escritorio y data

3.1.7 Evaluación

Para poder evaluar y monitorear la propuesta del programa se pondrá en análisis los recursos disponibles, actividades encaminadas, los resultados y objetivos trazados, en base a los criterios de eficiencia en los recursos utilizados, eficacia en los objetivos alcanzados de forma cualitativa y cuantitativamente y finalmente en el impacto social de los beneficios a la comunidad.

3.1.8. Financiamiento

Lo realizan las ONGs que apoya al Distrito que es CEMSE y FH, el cual apoya con material y refrigerio en las diferentes actividades que se realiza, en beneficio de la salud de la población.

3.2 Programa: Vigilancia de la salud a las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años en la comunidad de Alegría.

3.2.1 Responsable técnico del programa: Toda la población de la comunidad, con sus respectivas autoridades, personal de salud de la Comunidad, gerente de red, jefatura médica del Distrito, y personal departamental de SEDES Chuquisaca.

3.2.2 Resultado global esperado de acuerdo al marco estratégico del Plan: En esta área de vigilancia epidemiológica de acuerdo al plan estratégico que proponemos, esperamos lograr resultados satisfactorios de reducir la morbilidad en un 20% de las enfermedades diarreicas agudas en las comunidades del C.S. Alegría, implementando un nuevo sistema de vigilancia al 100% de los casos registrados, donde se haya trabajado y mejorado los determinantes de la salud, tomando medidas eficaces en la promoción y la prevención principalmente en los problemas de salud priorizados como la alta morbilidad de las enfermedades diarreicas, que la población enferme en lo menos posible, con un sistema de vigilancia eficaz y seguro que la información se registre de un forma más verídica y la notificación oportuna para tomar medidas oportunas para intervenir en la causa.

3.2.3 Población beneficiaria por grupos etarios: toda la población: Los grupos beneficiarios son los menores de 6 meses, de 6 meses a menores de 1 año y de 1 año a menores de 5 años de la Comunidad de Alegría.

3.2.4 Objetivos

-Implementar un nuevo sistema de información semanal en la vigilancia epidemiológica local registrando el 100% de los casos de diarrea ocurridos en niños menores de 5 años en un periodo de 5 años.

-Reducir los papeleos en el registro de la información.

-Unificar y minimizar el registro con datos exactos para la notificación

-Capacitar a promotores comunales que coadyuven en la detección y notificación de casos.

3.2.5 Límites de espacio y tiempo.

El programa de vigilancia epidemiológica de acuerdo a nuestro plan estratégico Institucional será aplicado en el espacio territorial de la comunidad de Alegría, perteneciente al municipio de Sucre rural desde el año 2016 al 2020

3.2.6 Descripción del programa.

El Programa de vigilancia de salud se encarga de la vigilancia de todos los programas que están destinados a la vigilar la salud de las personas como el programa de desnutrición cero, (PAI) programa amplio de inmunización. Para así poder vigilar la salud de las personas y evitar las posibles complicaciones.

3.2.7 Evaluación

Para poder demostrar lo logros obtenidos, el programa de vigilancia epidemiológica local estará sujeto siempre a una monitorización y evaluación en todo el proceso de su implementación del programa, se pondrá en análisis todos los recursos disponibles utilizados, actividades realizadas, el cumplimiento de los resultados y objetivos trazados, en base a los criterios de eficiencia en los recursos utilizados, eficacia en los objetivos alcanzados de forma cualitativa y cuantitativamente y finalmente en el impacto social de los beneficios a la comunidad.

3.2.8. Financiamiento

Lo realizan las ONGs que apoya al Distrito que es CEMSE y FH, el cual apoya con material y refrigerio en las diferentes actividades que se realiza, en beneficio de la salud de la población.

3.2.9 Matriz de operacionalización de resultados y actividades.

	Resultados	Actividades	Indicadores	Medios de verificación	Supuesto
Vigilancia de la salud	Registrar al 100% los casos de enfermedad diarreica agudas además los factores de riesgo y de protección en la vigilancia epidemiológica	Realizar seguimiento en Visitas domiciliarias a los pacientes enfermos con diarrea aguda de forma periódica -Concientizar en la adherencia al tratamiento preventivo con Suero de Rehidratación Oral (SRO) para evitar complicaciones. -Registrar e informar el caso diagnosticado en el formulario de	% de casos registrados de la enfermedad diarreica aguda.	Cuaderno de consulta externa. Archivos del Centro de Salud. Servicio Departamental de Salud.	Paro de labores por Problemas políticos del personal de salud. Crisis política del Gobierno. Municipal. Desastres naturales Que dificulten el acceso a las comunidades .

		la vigilancia epidemiológica.			
--	--	-------------------------------	--	--	--

3.3.- Programa Optimización de los servicios de nivel primario para la programación local y la vigilancia de la salud en la comunidad de Alegría.

El servicio de salud de Alegría es de atención primaria, brinda una atención en salud de forma asistencial a la enfermedad, sometida a

Políticas en salud desde el servicio departamental de Chuquisaca, sin tomar en cuenta la promoción y prevención de las enfermedades desde el individuo, su familia y su comunidad, es por tal razón proponemos un cambio en el sistema de atención en salud a proyectarse con más actividades en las comunidades, con las familias, viendo al enfermo desde un punto de vista biopsicosocial.

3.3.1 Breve descripción de los aspectos críticos de los servicios

En el Distrito VI Alegría, existen 9 establecimientos de salud de los cuales 7 son Centros de salud y 2 son Puestos de Salud, de los cuales todos los Centros no cuentan con servicios básicos para brindar atención de salud con calidad y calidez.

La infraestructura de algunos servicios de salud está en pésimas condiciones, otros establecimientos son muy pequeños que faltan habitaciones para algunas áreas que son esenciales en la atención de salud, no existe energía eléctrica en 1 servicio de salud, no existe comunicación por vía celular en 2 servicios de salud, la accesibilidad caminera se encuentra en muy malas condiciones que dificulta críticamente el desempeño del equipo de salud, ya que en época de lluvias es imposible llegar a estos servicios, por la crecida de ríos.

Ningún servicio de salud del Distrito está acreditado hasta el momento por lo tanto no tiene la capacidad técnica de brindar atención con calidad a los usuarios externos e internos.

3.3.2 Recomendaciones:

- Implementar los programas de vigilancia en salud y programación local.
- Mejorar la infraestructura, servicios básicos, comunicación, accesibilidad a todos los servicios básicos.
- Implementar un mejor equipamiento en el Centro de Salud de Alegría y el resto de los servicios de salud.
- Gestionar con el gobierno departamental y la alcaldía para que nuestras comunidades tengan servicios básicos.
- Priorizar la contratación de personal de salud con el Ítem del TGN.
- Promoción y prevención mediante charlas educativas de las diferentes enfermedades.
- Organizar plan de contingencia para cualquier emergencia
- Fortalecer las organizaciones sociales principalmente.

Bibliografía:

- 1.-Dra. Marianela Armijo. Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. Área de Políticas Presupuestarias y Gestión Pública ILPES/CEPAL 2009; disponible en: http://www.cepal.org/ilpes/noticias/Paginas/3/38453/manual_planificacion_estragetica.pdf.
- 2.-Moreno, E.M, Diaz A..G. Normatización del cuidado de la salud. Salud Perinatal. CLAP / OPS. Vol.2 - N° 6. 1986.
- 3.- Bogota.gov.co.Vigilancia En Salud Pública Y Gestión Del Conocimiento.(2011 2012). Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/paginas/default.aspx>
- 4.- Laza Vásquez Celmira, Colombia. LA CAUSALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA Investigaciones Andina, vol. 8, núm. 12, 2006. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239017506002>
- 5.-G.E. Alan Dever Epidemiología y Administración de Servicios de Salud Organización Panamericana de la Salud 1991: 21-26
- 6.- S. de Ontañón Mateo La vigilancia epidemiológica como actividad sanitaria desde la perspectiva de las Comunidades Autónomas Vigilancia Epidemiológica: ¿hacia qué modelo vamos?, pp. 91-99.
- 7.- Bortman M. Elaboración de corredores o canales endémicos mediante planillas de cálculo. Pan American Journal of PublicHealth, Revista Panamericana de Salud Publica 1999;5 (1): 1-8.
- 8.- Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Mario Rovere. Washington, D.C.: OPS, C 1993.Pág. 166.
- 9.-García Benavides F, Segura A, Grupo sobre Sistemas de Información en salud pública: La reconversión de la vigilancia epidemiológica en vigilancia de la salud pública. GacSanit 1995; 46, 9: 53-61.
- 10.-Organización Panamericana de Salud.Unidad 2 Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. 2aed. Washington D.C.: OPS, ©2002.

- 11.-Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la salud, Agosto 2008 www.who.int/social_determinants
- 12.-LA RECONVERSIÓN DE la Vigilancia EPIDEMIOLOGICA EN VIGILANCIAS DE SALUD PÚBLICA Fernando G. Senavides; Andreu Segura' Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Información en salud pública <http://www.gacetaanitaria.org/es/la-reconersion-vigilancia-epidemiologica-vigilancia/articulo/S0213911195712171/8>.
- 13.-Constitución política del estado plurinacional de Bolivia. Disponible en <http://www.volunteercenter.org/search/?q=constitucion+politica+del+estado+plurinacional+de+bolivia&cx=partner-pubhttp://www.harmonywithnatureun.org/content/documents/159Bolivia%20Constitucion.pdf8039379863951397%3A9608433262&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8&token=&guid=>
- 14.-Ahlbom A, Norell S. introduction to modern epidemiology. Second edition. Epidemiology resources, Inc; Chestnut Hill.
- 15.-Rovere Mario “Planificación estratégica de recursos humanos en salud” Organización Panamericana de la Salud Washington, 2006. Segunda edición
- 16.-Matus Carlos “Adiós, Señor Presidente - Planificación, Anti planificación y Gobierno” Editorial: Pomaire, Caracas, 1987. ISBN 10

ANEXOS

Anexo No 1.

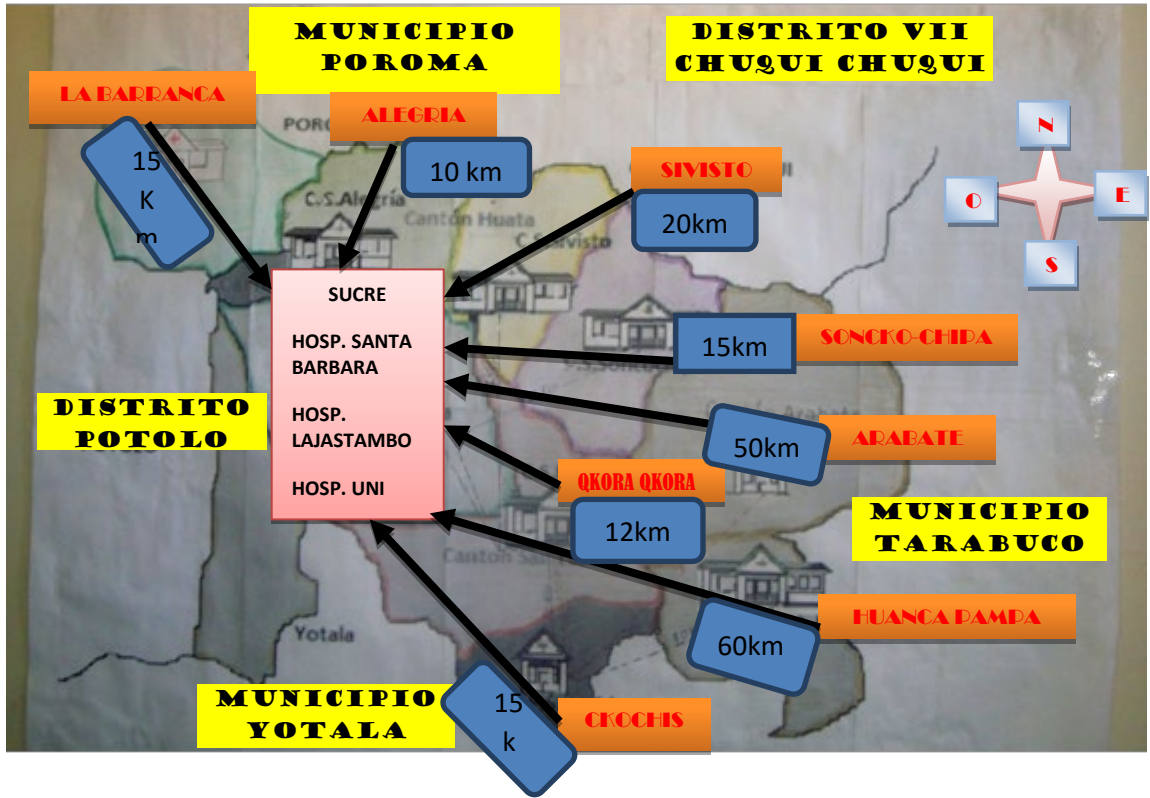
CROQUIS COMUNIDAD ALEGRIA DISTRITO VI MUNICIPIO SUCRE



Fuente: Elaboración propia.

Anexo No 2.

ISICRONAS DEL DISTRITO VI – MUNICIPIO SUCRE DEPARTAMENTO CHUQUISACA



Anexo No 3.

PROCESO DE PROGRAMACION

