



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 la Comunidad de Rodeo, Municipio Vacas

**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: Maria Nataly Brañez Cespedes

COCHABAMBA – BOLIVIA

2016



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 la Comunidad de Rodeo, Municipio Vacas

**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: Maria Nataly Brañez Céspedes

DOCENTE TUTOR: Dra. Rosario André Dalence

COORDINACIÓN ACADÉMICA: Dra. Rosario André Dalence

**COCHABAMBA – BOLIVIA
2016**

DEDICATORIA

A:

Dios por ser parte de mi vida, por darme bendiciones cada día y por darme fuerzas para mantenerme firme ante las oportunidades.

Mis queridísimos padres por ser el pilar fundamental en mi formación académica, y por su apoyo incondicional.

A mis hermanos (as) por estar conmigo dándome ánimos para seguir y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mis amigos quienes estuvieron en los momentos difíciles dándome ánimos para seguir, apoyándome sin pedir nada a cambio.

AGRADECIMIENTOS

A la UNIVERSIDAD ANDINA “SIMÓN BOLIVAR” por guiarnos en el camino del aprendizaje.

A nuestra Coordinadora Académica y Tutora Dra. Rosario André D. por su gran apoyo, paciencia, dedicación y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de este trabajo de grado, a los docentes por sus conocimientos compartidos y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

A todos....MUCHAS GRACIAS!

RESUMEN

En el presente trabajo de grado elaboramos un plan estratégico para la atención de la salud en la comunidad de Rodeo Municipio Vacas que corresponderá los periodos de 2017 al 2021.

Se proporciona información referente a marcos conceptuales legales, normativos y metodológicos que sustentan nuestro plan.

De esta manera; tomamos en cuenta el área geográfica-poblacional de la comunidad de Rodeo correspondiente a Municipio de Vacas su ámbito territorial, las características demográficas y del medio ambiente, características socioeconómicas, características socioculturales y determinantes de la salud con el propósito de elaborar una programación local de la atención en salud. En el perfil epidemiológico se indaga la frecuencia y distribución de la morbilidad y mortalidad así como los principales factores de riesgo y los factores protectores de la comunidad de Rodeo.

Realizamos la propuesta de un programa integral de atención de salud integrado en el plan estratégico, en base a las líneas de acción, objetivos estratégicos y actividades del plan de salud a nivel local.

El análisis del sistema de vigilancia de la salud y el análisis del sistema de información se incorporara como parte del plan estratégico por último se describe el financiamiento y evaluación de cada programa que conforma el plan estratégico.

INDICE**PARTE I - REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES,****NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS. PAGINA**

1. Marco Referencial.....	1
2. Marco Conceptual.....	3
3. Marco Legal.....	6
4. Marco Normativo.....	9
5. Metodología.....	11

PARTE II – ANÁLISIS SITUACIONAL

1. CONTEXTO.....	12
1.1 Ámbito territorial.....	12
1.2 Características demográficas y del medio ambiente.....	13
1.3 Características socioeconómicas.....	19
1.4 Características socioculturales.....	20
2. DETERMINANTES DE LA SALUD.....	21
3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	22
4. PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD.....	28
5. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL.....	29
5.1 Descripción del equipamiento básico respecto a centros de recreación, escuelas, ambulancias etc.....	29
5.2 Oferta de servicios de salud	30
5.3 Accesibilidad geográfica	30
6. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD.....	32
7. NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN.....	33
8. ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE	

CONTROLAN.....	37
9. DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN QUE ORIENTARÁN EL PLAN.....	38
 PARTE III – PROPUESTA	
1. MOMENTOS NORMATIVO Y ESTRATÉGICO.....	39
1.1 Visión.....	39
1.2 Estrategia.....	39
1.4 Análisis FODA.....	40
1.4 Objetivos estratégico.....	41
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.....	42
1.5 Líneas de acción	44
2. MOMENTO TÁCTICO OPERACIONAL.....	44
2.1 Matriz: Relación de las Áreas de Actividad con los Objetivos estratégicos, líneas de acción, resultados, indicadores y medios de verificación.....	44
2.2 Matriz- Relación de objetivos estratégicos y Actividades del Plan de Salud en el nivel local.....	48
2.3 Matriz - Resumen del Plan	49
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.....	53
3.1.1 Responsable técnico del programa.....	53
3.1.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico.....	53
3.1.3 Objetivos.....	53

3.1.4	Limites de espacio y tiempo.....	54
3.1.5	Población beneficiaria por grupos etáreos.....	54
3.1.6	Matriz de operacionalización e instrumentación de actividades, metas y recursos.....	55
3.1.7	Evaluación.....	57
3.1.8	Financiamiento.....	57
3.2	Programa: Vigilancia de la salud.....	57
3.2.1	Responsable técnico del programa.....	57
3.2.2	Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico.....	57
3.2.3	Población beneficiaria por grupos etáreos.....	58
3.2.4	Objetivos.....	58
3.2.5	Límites de espacio y tiempo.....	58
3.2.6	Descripción del programa.....	59
3.2.7	Evaluación.....	59
3.2.8	Financiamiento.....	59
3.3	Programa Optimización de los servicios del nivel primario para la Programación local y la vigilancia.....	61
3.3.1	Breve descripción de la situación de los servicios de salud.....	61
3.3.2	Recomendaciones.....	61
4	Bibliografía	62
5	Anexos.....	66

PARTE I - REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLOGICOS

1.- Marco referencial

Al conocer sobre la realidad de salud en el mundo, en septiembre del año 2000, 189 países se comprometieron a alcanzar hasta el año 2015 las metas propuestas para los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) lo cuales se resumen en ocho puntos, cada uno presenta metas cuantificables las cuales deben de tener un cohorte para ser monitoreadas y evaluadas. (1)

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son objetivos globales para el desarrollo en general y particularmente para alcanzar el desarrollo humano estas son: la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades y fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (ANEXO 3)

En la conferencia internacional de la Alma Ata en 1978 destaca “la importancia de la APS como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud” (2), en 1986 en Ottawa (ANEXO 4) durante la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud se planteó “salud para todo en el año 2000” planteando la importancia de un cambio en la medicina y acciones internacionales las cuales estarían apoyadas por la OMS y otras organizaciones para abogar y dar apoyo a distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de salud. Carta de Ottawa; 1986: 1

En la declaración de Montevideo el año 2005 donde menciona “un sistema sanitario basado en la atención primaria de la salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humanos a gozar del grado máximo de salud” (4).

Podemos hacer también referencia en la Carta de Bangkok el año 2005 donde se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. (5, 6)

Según el PNUD, Bolivia fue el primer país en América Latina, y uno de los primeros a nivel mundial en preparar un informe nacional de progreso sobre los ODM que fue publicado en diciembre de 2001, hasta ahora Bolivia ha preparado siete informes que analizan los principales indicadores de seguimiento, su resultado e impacto a partir de información oficial proveniente del INE y de los sistemas de información sectorial de educación, salud y saneamiento básico (7).

Actualmente Bolivia cuenta con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) es un mandato social, económico y político; es obligatorio y constituye el rector de los procesos de planificación, inversión y presupuesto para el corto, mediano y largo plazo en los ámbitos nacional, sectorial, regional, departamental y municipal e indígena originario campesina.

El propósito del Plan Sectorial de Desarrollo “Hacia la Salud Universal” es consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de Salud. Plan Sectorial de Desarrollo; 2009: 63 (8)

Actualmente se cuenta con un movimiento mundial en favor de la Atención Primaria de Salud (APS) impulsado por la comunidad organizada, gobiernos sindicatos agrupaciones y organizaciones no gubernamentales en pro de la salud para todos con equidad y derecho a la salud.

2.- Marco Conceptual.

El concepto de salud según la OMS “es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” sin embargo se añade parámetros para considerar los determinantes de la salud es decir aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales. OMS; 1948:1

Los determinantes de la salud presentes en toda sociedad que causan el desequilibrio de salud y enfermedad; como se pudo observar en el video de Joan Benach, interpretamos los diferentes determinantes de la salud en el distrito Rodeo. Entre los determinantes estructurales podemos tomar en cuenta las condiciones socioeconómicas, culturales. Determinantes sociales de la salud; 2015: 1

La salud pública es un punto de encuentro, donde el estado trata de resolver los problemas de salud del individuo y la comunidad, cuyo alcance depende no sólo del avance tecnológico y de las condiciones socioeconómicas, sino también de la orientación de sus acciones.

La epidemiología es una rama muy importante que se ocupa de la salud y la enfermedad con sus causas en grupos poblacionales, se tomó en cuenta la importancia de planificar pues ayuda a identificar problemas, fijar prioridades de intervención, determinar responsabilidades de la ejecución de las soluciones propuestas y definir los procedimientos de evaluación que permitan monitorear ya si contribuir a mejorar el sistema de salud. Dever; 1991:2

Dentro del enfoque epidemiológico según Alan Dever “ la planificación es un proceso orientado a la acción por medio del cual una institución se adapta a cambios internos y externos es un proceso dinámico además para lograr un buen estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio, menciona que es necesario mejorar el sistema de salud con un reordenamiento de las prioridades y dar énfasis a la prevención y promoción logrando la concientización para que la población se haga responsable de su salud ”. Dever; 1991:55

Se siguen utilizando modelos de causalidad de causa efecto o múltiples causas un efecto, siendo esto cierto cuando el médico se enfoca en la causa biológica de la enfermedad ignorando los otros contribuyentes e incluso se enfoca en atender sólo el motivo de consulta, siendo que el modelo de múltiples causas múltiples efectos nos alerta sobre la alta probabilidad de encontrar otros efectos a los que posiblemente el paciente resta importancia. (ANEXO 5)

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

Según Laframboise y Blum “el individuo debe ser análisis de la población como ser biopsicosocial donde la salud dependerá del equilibrio con los factores de riesgo (medio ambiente, biología humana, estilo de vida y los servicios de atención) y erradicarlos en la población bajo riesgo mediante promoción de la salud y la prevención (primaria, secundaria, terciaria) según estrategias claras y a corto plazo”. Dever: 1991,4 (ANEXO 2)

Para actuar sobre los factores de riesgo y causar un impacto es necesaria la planificación, programación y vigilancia.

La *planificación* es el proceso mediante el cual se definen los objetivos y se eligen los medios más apropiados para su logro antes de emprender la acción; tiene tres niveles: estratégico, normativo, operativo y para la salud.

La *planificación estratégica* está diseñada para alcanzar las metas generales de la organización, es un proceso continuo, plantea objetivos a largo plazo y pone énfasis en toda la organización en general, esta debe relacionar, en consecuencia, la misión y la visión de la organización, analiza el comportamiento de las variables externas. Dever: 1991, 56 ⁽¹⁰⁾

La *planificación operativa* es el proceso ordenado que permite seleccionar, organizar y presentar en forma integrada los objetivos, metas, actividades y recursos asignados a los

componentes del proyecto, para ejecutar las estrategias, a corto plazo, requiere programación de actividades, presupuestos, generación de metas y compromisos.

La *planificación en salud* se refiere al modelo de planificación tradicional, el cual no toma en cuenta normas, valores sociales u objetivos. Dever: 1991, 56 (ANEXO 6)

La programación es un herramienta de gestión que ayuda a poner en marcha las propuestas del plan permitiendo generar formas de organización y estilos de trabajo para mejorar el nivel de salud de la comunidad nos permite identificar, cuantificar y ordenar las actividades de los Establecimientos de Atención Primaria, para poder brindar servicios y prestaciones a las personas, familia y comunidad, asegurando coberturas, calidad y resolutivez, combinando actividades tradicionales e incorporando actividades con enfoque familiar en las áreas de Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud en todas las etapas del ciclo vital individual y familiar, focalizando las acciones en los grupos más vulnerables y así asegurar la sustentabilidad del proceso, adecuando los recursos disponibles. (11)

La vigilancia es observar una comunidad y sus integrantes prestando especial atención a su estado de salud y determinar si hay algo que pudiera romper el equilibrio y causar enfermedad, es importante tener datos que nos pudieran ayudar a recolectar, analizar, interpretar y difundir. (9)

Vigilancia epidemiológica es una herramienta de la salud pública que se refiere al conjunto de actividades que permite reunir información indispensable para conocer la conducta o historia natural de los riesgos que afectan a una población trabajadora con el fin de intervenir en los mismos a través de la prevención y control, permite identificar de forma precoz la aparición de brotes epidemias para su oportuna intervención y control.

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. ⁽⁹⁾(ANEXO 7)

Según la OMS las determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, de las diferencias injustas entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria

3.- Marco Legal.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia hace referencia al derecho a la salud como una obligación del Estado y está enmarcado en el proyecto del “Vivir Bien” trata de buscar una forma nueva de vida relacionada con el bienestar y el desarrollo humano y para eso se apoyan en leyes y decretos. (13, 14, 15) (ANEXO 8).

También en la Constitución Política del Estado están suscritos las leyes nacionales y artículos que respaldan a la protección y promoción de la salud, la gestión departamental y municipal de los servicios de salud.

La **ley 3131** del ejercicio profesional médico en su artículo 3 inciso a, indica que la profesión médica está consagrada a la defensa, cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad. (13) y en inciso b, El médico en el ejercicio de su profesión actuara con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes. Vemos que en esta ley ya está incluido el concepto de salud integral, además de familia y comunidad, declarando entonces su cuidado como labor primordial, puesto que el medico esta guiado por los diferentes normas y protocolos para realizar la atención a la población.

La **ley 2426** o ley del seguro universal materno infantil indica en su artículo 1 que se dispone la atención a mujeres embarazadas y hasta los 6 meses después del parto y a los niños hasta cumplir los 5 años, permitiendo el respeto de usos y costumbres según corresponda, además de caracterizar a la misma como una prioridad nacional. La misma ley declara que es responsabilidad de los municipios el implementar el SUMI, también menciona en su artículo 6 la creación del DILOS (directorio local de salud) que será la máxima autoridad de gestión de salud en el municipio. (14)

Ley N°475 en su artículo 1 establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población de los grupos etéreos que no se encuentren cubiertos por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, en el artículo 5 corresponde a las beneficiarias Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto; Niñas y niños menores de cinco años de edad; Mujeres y hombres a partir de los sesenta años; Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva; Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD.

La **ley 2028** de municipalidades menciona en su artículo 8 que es responsabilidad del municipio el contribuir a la otorgación de prestaciones de salud a niños, mujeres, tercera edad, discapacitados y a la población en general. Menciona también en el artículo 167 que los servicios de salud se deben adecuar a la organización territorial del municipio. El artículo 10 declara a la salud como una utilidad y necesidad pública, establece que los gobiernos autónomos municipales deberán dar aplicación a las directrices de planificación emitidas por el órgano rector, que tienen por objeto establecer los lineamientos generales para elaborar y articular los planes de largo, mediano y corto plazo. (15)

La **ley 1551** de participación popular en su artículo 13 indica el traspaso de la estructura de salud estatal a manos del municipio. Mientras que en el artículo 8 indica que es deber de las organizaciones de base el promover la salud de la población. Esto dotó a los municipios de infraestructura y a las organizaciones de base de la responsabilidad para con la salud de la comunidad. (16)

La **ley 3351** de organización del poder ejecutivo en su artículo 4 enumera las funciones del ministerio de salud y deportes entre las cuales encontramos la formulación, ejecución, evaluación y cumplimiento de los programas de salud, garantizar la salud de la población a través de la promoción, prevención, curación y rehabilitación. (17)

En la constitución política del estado existen 10 artículos que dedica al tema de salud, podemos constatar que está dentro de las atribuciones de los servicios de salud el poder

identificar y priorizar los problemas que afecten más a la población, además de formular las estrategias y acciones que se llevarán a cabo como respuesta.

El **plan nacional de salud** tiene como objetivo mejorar el estado de salud de todos los bolivianos y bolivianas, en los diferentes ciclos de vida, mediante la implementación del modelo de salud familiar comunitaria intercultural. Se compromete a alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio: erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad de niños menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA y desarrollar la colaboración global para el desarrollo, para ello utiliza los indicadores oficiales de los objetivos del milenio en salud, además de utilizar otros como tasas de mortalidad infantil, materna, incidencia y prevalencia de morbilidad y mortalidad de las principales enfermedades. (18)

Entre sus principios enumera los siguientes: Universalidad, inclusión social, equidad de género, generacional y territorial, ética en salud, transparencia, eficiencia, innovación.

Los ejes de desarrollo del sector salud son tres: acceso universal al sistema único de salud familiar comunitaria intercultural, promoción de la salud en el marco de la SAFCI, soberanía y rectoría en el marco del sistema único.

Cada uno de estos ejes tiene fijados objetivos estratégicos, indicadores y metas a ser alcanzados hasta el año 2020.

El **reglamento sanitario internacional** en su artículo 23 acápite 3 indica que no se procederá a ningún examen médico, vacunación, medida profiláctica ni sanitaria sin el previo consentimiento informado y explícito del viajero. (19)

6. Marco normativo

El marco normativo ayuda a guiar al personal médico en su desempeño mediante normas y manuales los cuales nos ayudan a tener acciones con un protocolo universal a fin de evitar problemas legales.

Entre el marco normativo podemos mencionar a los programas del Ministerio de Salud creados con el fin de mejorar el sistema de salud, en las cuales mencionamos:

- ❖ Programa Multisectorial Desnutrición 0 (PMDO) vigente el 26 de junio del año 2007, con el objetivo de erradicar la desnutrición crónica de nuestro país ya que ayuda a los niños mediante el Decreto Supremo N° 2167, que aprueba la Política de Alimentación y Nutrición. (29,30)
- ❖ Programa Ampliado de Inmunización, PAI es un programa con equipo técnico, forma parte de la unidad de epidemiología que garantiza el control de enfermedades prevenibles por vacunas. (29,31)
- ❖ Programa Bono Juana Azurduy, (BJA) que incentiva a todas las mujeres embarazadas acudir a controles regulares y gozar de un bono por asistencia a los servicios de salud, el cual nos permite abordar a la embarazada y tener un mejor control de los factores de riesgo identificados para mantener un buen estado de salud del binomio. (29)
- ❖ Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles En el 2002, la Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las enfermedades no trasmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe, las enfermedades crónicas, se clasifican en cuatro grupos:
 - a) Enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, accidentes y violencia.
 - b) Enfermedad bronquial obstructiva crónica y cirrosis hepática.
 - c) Obesidad, diabetes mellitas e hipertensión arterial.
 - d) Enfermedades mentales, osteoporosis y enfermedades musculo esqueléticas.

- ❖ Programa de Tuberculosis que tiene como visión vigilar y controlar la enfermedad de la tuberculosis con atención integral de calidad con equidad y eficiencia a la población en general. (32)
- ❖ Programa de VIH –SIDA es un programa de Planes Estratégicos, que están orientados la realización de actividades para la prevención diagnóstico oportuno y tratamiento de igual forma el, control y vigilancia epidemiológica de las ITS, VIH y SIDA. (29)
- ❖ Atención integrada al continuo del curso de la vida el cual está dirigido a brindar atención a niños menores de 5 años, adolescentes, embarazadas, planificación familiar, adulto mayor, atención a discapacitados, con un enfoque integral y una relación con su entorno.

Metodología

La metodología que se usó para la elaboración del trabajo de Plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y vigilancia de la salud fue dividido en 3 partes: en la primera parte se realizó una búsqueda de información tomando en cuenta la bibliografía de Dever, Carlos Matus, Mopece y la web como apoyo para información sobre la Constitución Política del Estado, leyes, decretos.

En la segunda parte desarrollamos el contexto de la comunidad de Rodeo con la descripción de sus características demográficas y las determinantes sociales mediante la realización de las carpetas familiares, también realizamos la identificación de necesidades y problemas mediante el enfoque de búsqueda y consenso por lo cual recurrimos a informantes claves, la priorización de los problemas se realizó mediante la matriz de Castillo, además pudimos identificar actores relevantes de la comunidad, y plantear líneas de acción.

En la tercera parte se elaboró la propuesta con sus momentos normativo, estratégico y táctico operacional, definimos objetivos estratégicos, realizamos el análisis DOFA, planeamos las diferentes actividades y definimos la población objetivo por último se describió los límites de espacio, tiempo, financiamiento y evaluación de cada programa que conforma el plan estratégico.

PARTE II – ANÁLISIS SITUACIONAL

1. Contexto

1.1 Ámbito Territorial

El municipio de Vacas constituye la Segunda Sección Municipal de la Provincia Arani, ubicándose al extremo sudeste del departamento de Cochabamba, limita al este con la localidad de Mizque, al oeste con la localidad de Araní, y al norte con Municipio de Tiraque.

El Municipio de Vacas está organizada por 6 distritos, en esta ocasión se toma como referencia el distrito Rodeo es área rural, está conformada por las siguientes comunidades: Rodeo, Villa Evita, Villa Barrientos, Phuyu Phuyu, geográficamente es accesible.

La comunidad de Rodeo cuenta alrededor de 27 familias, Villa Evita alrededor de 16 familias, la comunidad de Villa Barrientos alrededor de 17 familias, y la comunidad de Phuyu Phuyu con 35 familias; datos obtenidos por las carpetas familiares.

El distrito Rodeo con sus cuatro comunidades tiene una población aproximada de 1480 habitantes, según datos de la cooperativa de agua de rodeo y las carpetas familiares, aunque estos datos incluyen algunas viviendas alejadas que disponen del servicio.

En el croquis podemos observar que, a pesar de ser una comunidad rural, sigue un patrón amanzanado, pero todavía tiene muchos espacios no habitados. (ANEXO 1)

1.2 Características demográficas y del medio ambiente

1.2.1 Crecimiento de la población

Los datos del Censo del 2012 reportan para el Municipio de Vacas una población de 8940 y una tasa de crecimiento de -2.99% más baja que el censo del 2001 esto se debe a la migración de la población a lugares urbanos.

Realizando una comparación con el Municipio de Cercado podemos observar en el 2001 tenía 517024 habitantes, en los datos del censo del 2012 una población total de 630587 habitantes aumentando 113563 más que en 2001 es decir un 2% anual.

En Bolivia en el censo del año 2001, se determinó que el país contaba con una población de 8.274.325 (33), y en el censo del año 2012 un total de 10.027.254 habitantes lo cual quiere decir que tuvo un crecimiento de 1,71% anual casi 2000000 de habitantes más en el lapso de 11 años. (33,34)

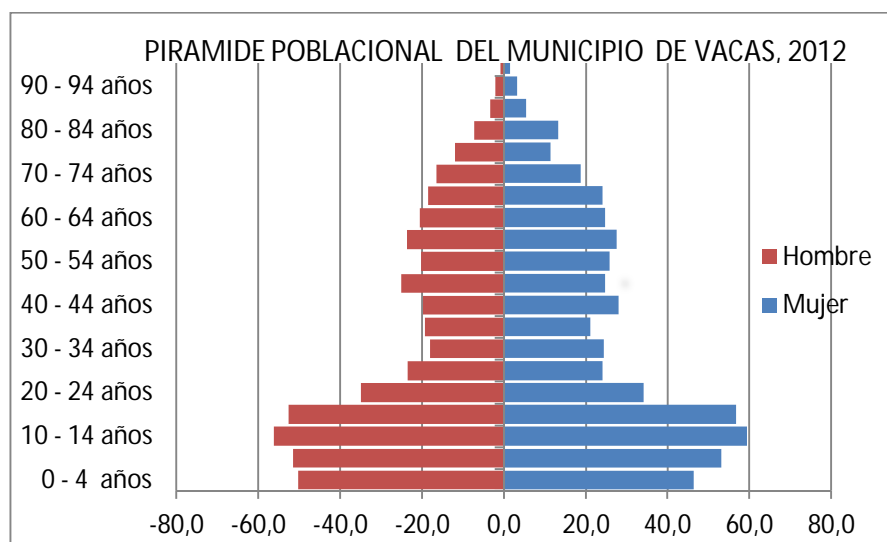
1.2.2 Composición por sexo y edad

El Municipio de Vacas tiene una población de 8940 personas, según el censo de población y vivienda del 2012. En la Tabla 1 y Gráfica 1, podemos observar los datos de población por edad y sexo del municipio, y su pirámide poblacional de tipo progresiva con aparente tendencia a una pirámide estacionaria.

Tabla 1. Población por edad y sexo del Municipio de Vacas; 2012.

EDAD EN AÑOS	Es mujer u hombre		
	Mujer	Hombre	Total
0 a 4	412	450	862
5 a 9	472	461	933
10 a 14	529	503	1,032
15 a 19	505	471	976
20 a 24	303	312	615
25 a 29	214	210	424
30 a 34	216	161	377
35 a 39	187	172	359
40 a 44	248	176	424
45 a 49	219	224	443
50 a 54	229	181	410
55 a 59	245	211	456
60 a 64	220	184	404
65 a 69	214	166	380
70 a 74	166	147	313
75 a 79	101	107	208
80 a 84	117	65	182
85 a 89	47	30	77
90 a 94	27	19	46
95 y más	12	7	19
Total	4,683	4,257	8,940

Fuente: Datos del censo de población y vivienda 2012, INE redatam.

Gráfica 1. Pirámide poblacional del Municipio de Vacas; 2012.

Fuente: Datos del censo de población y vivienda 2012, INE redatam.

1.2.3 Factores del crecimiento de la población

El Municipio de Vacas tiene una tasa de bruta de natalidad de 4,19 por cada 1000 habitantes realizando una comparación con el departamento de Cochabamba se puede observar que es menor, siendo 25.2 por cada mil habitantes.

La tasa global de fecundidad (TGF) en el Municipio de Vacas es de 6,3 según datos del censo del 2001 realizando una comparación a nivel de Cochabamba observamos que hay 3,5 hijos por mujer en edad reproductiva y podemos también mencionar la tasa global de fecundidad de Bolivia con 3.26 hijos por mujer.

En la siguiente tabla observamos la mortalidad por edad y sexo podemos apreciar una mortalidad desde 30 a los 49 años a predominio del sexo masculino y un incremento de la mortalidad a partir de los 60 años siendo mayor en el sexo masculino.

Tabla 2. Tasa de Mortalidad por Edad y Sexo del Municipio de Vacas; 2012.

Edad Quinquenal	MUERTES		POBLACION		MORTALIDAD (*1000 HABITANTES)	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
De 0 a 4 años	8	11	412	450	19,4	24,4
De 5 a 9 años	1	4	472	461	2,1	8,7
De 10 a 14 años	1	1	529	503	1,9	2,0
De 15 a 19 años	2	0	505	471	4,0	0,0
De 20 a 24 años	1	5	303	312	3,3	16,0
De 25 a 29 años	2	1	214	210	9,3	4,8
De 30 a 34 años	3	4	216	161	13,9	24,8
De 35 a 39 años	2	6	187	172	10,7	34,9
De 40 a 44 años	4	1	248	176	16,1	5,7
De 45 a 49 años	1	5	219	224	4,6	22,3
De 50 a 54 años	0	2	229	181	0,0	11,0
De 55 a 59 años	0	1	245	211	0,0	4,7
De 60 a 64 años	3	5	220	184	13,6	27,2
De 65 a 69 años	3	3	214	166	14,0	18,1
De 70 a 74 años	3	5	166	147	18,1	34,0
De 75 a 79 años	4	1	101	107	39,6	9,3
De 80 a 84 años	9	8	117	65	76,9	123,1
De 85 a 89 años	4	1	47	30	85,1	33,3
De 90 a 94 años	2	0	27	19	74,1	0,0
De 95 a 98 años	7	2	12	7	583,3	285,7
Sin Especificar	1	7	0	0	-	-

Fuente: Datos del censo de población y vivienda 2012, INE redatam.

Según datos del censo 2001 de población y vivienda del departamento de Cochabamba la mortalidad infantil fue de 77.7 y en el Municipio de Cercado es 52.8 lo cual muestra la diferencia dentro del mismo departamento para nada un buen indicador demográfico de la provincia, sin embargo en el Municipio de Vacas es de 109 por cada mil niños según el censo 2001 es decir que fallecen 109 niños lo que representa una cifra alta, esto se ve directamente influenciada por factores relacionados con el núcleo familiar, sus características, nivel de instrucción, recursos económicos, entre otros, por lo que refleja la realidad de las condiciones de vida a nivel familiar y las características de los

servicios de salud en una determinada región, no solo en el caso de los niños sino en la población en general.

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países en vías de desarrollo del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico. Las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de muerte entre mujeres en edad reproductiva.

Respecto a la tasa mortalidad materna (TMM), según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) el 2008 fue de 310 por cada 100.000 nacidos vivos.

Según el Atlas de Salud del departamento de Cochabamba la tasa de mortalidad materna, era de 0.0 el 2008, cifra que se basa en datos reportados por los Centros de Salud, sin embargo la tasa de mortalidad materna en el Municipio de Vacas es de 0, los cuales no son del todo reales, ya que, en algunos casos las muertes suscitadas no son reportados por los familiares, según los dirigentes y corroborando con los datos de las carpetas familiares no aparecen dichos datos.

La esperanza de vida al nacer es el número de años que en promedio viviría una persona desde el momento de su nacimiento y se interpreta como el número promedio de años que le resta por vivir a una persona de determinada edad.

La esperanza de vida al nacer, el año 2001 era de 52.9 años para la provincia Vacas, lo cual no es para nada alentador, teniendo en cuenta que ese año la esperanza de vida para Bolivia era de 63,3 y de 66.7 para el Municipio de Cochabamba, por lo tanto es una muestra de las dificultades que atraviesa esta provincia, se espera que esta cifra mejore con los datos del censo 2012, debido a la implementación de políticas de salud que benefician a los adultos mayores. Según datos del INE la esperanza de vida al nacer en el país es de 67.95 para el 2015.

Respecto a la migración, según datos del INE referentes al censo de población y vivienda del 2001, dado que el estudio se centra la Provincia de Araní encontrándose en su segunda sección el Municipio de Vacas, se observa que por cada 1000 personas de

este municipio, -11,78 personas son migrantes; lo cual la principal motivación de la migración de la población hacia otros lugares es el factor económico.

Según la población del censo 2012 la distribución espacial es de 26.33 habitantes por km² en el Municipio de Vacas (34) esta cifra se puede ver reflejada en el número de habitantes que vive en la comunidad ya que en cada casa hay solo una generación en cada familia.

Comparado con Cercado con un total de población de 631.304 habitantes, 391 km² y una densidad poblacional de 1.614,59 habitantes por km², también podemos observar los datos generales del departamento de Cochabamba con un total de 1.899.406 habitantes 55.631 km² y una densidad poblacional de 34,14 habitantes por km².

En Bolivia podemos observar que en el censo del 2001 se cuenta con 8.274.325 habitantes para una densidad de 7,53 habitantes por km² y para el censo 2012 con un total de 10.027.254 habitantes para un total de 9,13 habitantes por km². “Censo Nacional de población y vivienda Bolivia; 2012”

1.2.4 Características del medio ambiente

El municipio de Vacas es un área rural sus calles son mayormente tierra cuenta con una avenida principal asfaltada la carretera Cochabamba-Mizque y algunas calles que están en proceso de mejoramiento de servicios básicos, existe bastante vegetación y más o menos a 1 km se encuentra el río que es una fuente de contaminación y proliferación de vectores ya que no está en buenas condiciones, puesto que la población vierten los desechos sólidos en este lugar, no tienen los cuidados ni sanciones respectivas para evitar la contaminación de suelos y no ayuda la pobre cultura sanitaria que tienen por lo que se coordina con los responsables para brindar charlas y socializar los cuidados para evitar contaminación de suelo, proliferación de vectores y por consecuencia algunas enfermedades.

1.3 Características Socio Económicas

1.3.1 Dinámica de Producción y Comercialización.

En el distrito de Rodeo su principal producción agrícola es la papa, haba, oca, cebada, contando con riego para los terrenos. Comercializan sus productos en Arani, Punata y Tiraque gracias a la carretera, existiendo las ferias agropecuarias relajándose los días lunes con intercambio y compra de diferentes productos.

Otra actividad importante es la crianza de ganado vacuno ovino, caprino porcino.

Estas actividades influyen en la salud de la comunidad en cuanto son propensas a los accidentes, especialmente cuando no se utilizan los apropiados medios de protección laboral, entre los cuales está el uso de botas y ropa adecuada para evitar los accidentes a la hora de fumigar sus cultivos, etc.

1.3.2 Estructura Social.

El distrito Rodeo está organizada socialmente por el Sindicato Rodeo el cual está conformado por la central regional, subcentral, dirigentes ocupando los diferentes cargos como secretario de actas, hacienda, conflictos, relaciones, etc., presenta una reunión mensual en la cual analizan problemáticas, inquietudes o temas de urgencia que incumban a la comunidad y su bienestar.

Además cuenta con organización de ONG's como Programa de Desarrollo Alternativo (PDA), organizando reuniones con los diferentes grupos sociales.

A nivel religioso podemos encontrar que la religión predominante es la católica en un 80% de la población y 20 % son protestantes.

Existe una cooperativa de agua lo cual tiene un mayor rol en la salud de la comunidad pues al existir agua no potable en la comunidad realizan el clorado del agua, además distribuyen a los lugares alejados, los miembros realizan sus reuniones mensualmente.

1.4 Características Socioculturales

1.4.1 Equipamiento Social

Como se puede apreciar en el croquis y en el mapa, la comunidad de Rodeo presenta un Centro de Salud de primer nivel que se encuentra equipada para la atención a toda la población. (ANEXO 1)

Además existe un núcleo educativo que tiene los grados desde primaria hasta secundaria, con el cual se han creado lazos para brindar charlas y así los estudiantes tengan una mejor educación sanitaria y/o capacitación sobre algunos temas de interés o necesidad.

El aporte en salud del equipamiento social se refleja en el incentivo al deporte que significan las canchas de fútbol donde realizan campeonatos en todo el año.

Presenta un mercado donde realizan sus intercambios y ventas de productos, pero no presenta parques ni centros recreacionales.

Existen puestos de comida donde no tienen las medidas sanitarias correspondientes estas deben ser vigilados en cuanto a la calidad de la ofertas culinarias.

En nuestro Municipio existen personas que realizan medicina tradicional comúnmente llamados curanderos o parteros recurriendo la población en gran mayoría, a su domicilio para ser atendidos.

1.4.2 Violencia

Respecto a la violencia se dan casos de violencia intrafamiliar, específicamente contra la mujer, normalmente precedidos por ingesta de bebidas alcohólicas por parte del esposo, pues no existe policía u otras instituciones del orden en la comunidad, por lo cual no hay un seguimiento de violencia o crímenes asociados, siendo que la mayor parte de los conflictos se resuelven entre los comunarios.

2. Determinantes de la salud.

Los determinantes de la salud son las circunstancias en las que viven los habitantes de determinado lugar en los cuales pueden influir varios factores que puedan alterar el binomio salud- enfermedad, pero casi todos estos pueden modificarse, entre algunos factores de riesgo podemos mencionar: al estilo de vida, las condiciones de vida, el contexto económico, social, laboral, cultural, familiar, ambiental.

En Bolivia gracias a la implementación de las nuevas políticas de atención en salud como el programa SAFCI, se encargan de hacer sus intervenciones mediante prevención de enfermedades, a través de la promoción en salud en los diferentes programas de atención y enfatizándose como punto de partida en los determinantes de salud.

En la población de la comunidad de Rodeo mediante la implementación de la política SAFCI y el proyecto MI SALUD, se logró incorporar las carpetas familiares, que se trata de un instrumento que permite captar los determinantes sociales, factores de riesgos, y permite acercarnos a las causas de morbi-mortalidad, con el objetivo de diseñar y evaluar estrategias en base a un análisis de situación de salud.

Según el informe de consolidación 2014- 2015 en la implementación de las carpetas familiares, en el distrito Rodeo cuenta con 296 familias de las cuales se carpetizó a 191 familias que corresponde a 65% del total de población, según la sistematización de los datos de las carpetas familiares del distrito Rodeo pudimos obtener datos de las determinantes de salud de esta área y pudimos observar en cuanto a:

Determinantes estructurales el 96% cuenta con vivienda propia, el 3% es alquiler y un 1% es anticrético de las cuales el 90% son construcciones de adobe, la mayoría de las familias con hacinamiento es de 76%.

En cuanto a determinantes de saneamiento básico encontramos que el 55% goza de una red de agua, 21% por pileta pública, 15% agua por pozo y un 9% agua del río pero esta es escasa en tiempos de sequía, y no todos tienen un nivel adecuado de almacenamiento y uso de aguas puesto que no se encuentra potabilizada, el 76%

realiza la eliminación de sus excretas al aire libre lo cual influye en la contaminación del suelo y ríos, un 24% tiene alcantarillado aunque ahora se encuentra en cambio de tuberías, el manejo de la basura está mal organizado; ya que, los ríos y las calles no se encuentran limpias por falta de cultura sanitaria o tal vez sentido de pertenencia lo que puede influir en la salud de sus habitantes por la presencia de vectores que provoquen diarreas o gastroenteritis, recientemente la alcaldía inicio un proyecto a fin de enseñar a la población lo que es el reciclaje de la basura.

En cuanto a la determinante de educación nos referiremos al nivel de instrucción de los padres y pudimos constatar un bajo nivel educacional por lo que el 80% son analfabetos, el 5% llegaron hasta nivel secundario y 15% solo llegaron a primaria lo cual nos sugiere una baja educación sanitaria lo cual contribuye a un mayor número de enfermedades y accidentes.

En cuanto a las determinantes económicas se puede apreciar que la actividad agropecuaria es la principal, pero la gran mayoría de las mujeres se dedican a labores de casa por lo cual podemos decir que el nivel económico no es muy bueno pues solo satisface las necesidades básicas. (ANEXO 10)

3. Perfil epidemiológico.

El perfil epidemiológico es una expresión del estado de salud de una población determinada y delimitada en cuanto a sus características de espacio, tiempo y persona. En base a factores como la morbilidad, mortalidad, factores de riesgo de la misma. El mismo no está exento, sino que representa otros problemas sociales de la población como el nivel socioeconómico y cultural de una comunidad. El mismo nos servirá para definir e identificar los problemas en salud, además de su magnitud para la posterior evaluación de las acciones que tomemos respecto a los mismos.

Se toma en cuenta la información disponible y las características de la población, el perfil epidemiológico utilizará indicadores encontrados en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del Centro de Salud Rodeo.

Es importante recalcar que los datos nos dan una idea del perfil epidemiológico de la comunidad, pero tratándose de un Centro de Salud, hay muchos pacientes que vienen de zonas alejadas que no pertenecen al área de influencia del Centro, por lo cual las cifras pueden estar por encima de lo que pasa realmente en la comunidad.

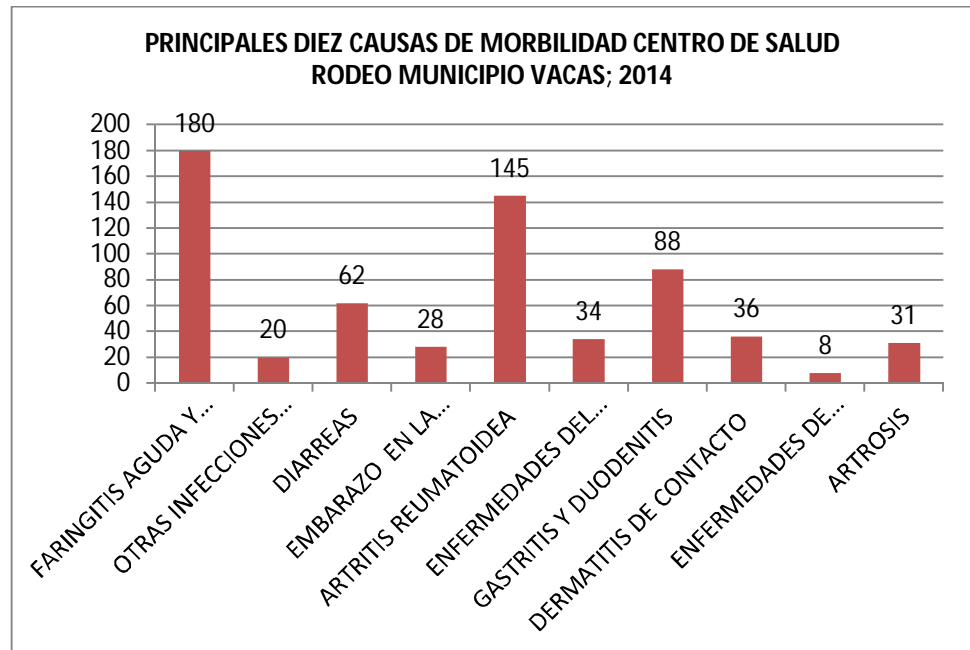
En cuanto a la morbilidad en la comunidad, se accedió a los datos del libro de consulta externa teniendo las 10 primeras causas de morbilidad en la comunidad de Rodeo para el año 2014, la cual se detalla a continuación.

Tabla 3. Morbilidad del Centro de Salud Rodeo Municipio Vacas Gestión 2014

Edades en años	Faringitis y amigdalitis aguda		Otras infecciones respiratorias		Diarreas		Embarazo en la adolescencia		Artritis reumatoidea		Enfermedad del sistema urinario		Gastritis y duodenitis		Dermatitis de contacto		Enfermedades de transmisión sexual		artrosis	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0 - 4	16	10	7	5	7	5									4	7				
5 - 9	7	8		1	3	4									2	3				
10 - 14	4	3	1		2	1		1							1	2				
15 - 19	3	5			1	1		27							2	4	1			
20 - 24	3	7			2	1									1	1	1			
25 - 29	4	5			1	3					2	4								
30 - 34	4	6			1	3					1	2								
35 - 39	3	5			2	2					1	3	1	2			1			
40 - 44	6	7			2	1					2	1	3	4			1			
45 - 49	8	3			1	2					1	1	6	7						
50 - 54	6	8		1	2	2					1	1	4	5			1	1		
55 - 59	9	7	1		3	1			28	34	1	2	9	8			1	1	2	3
Mayor a 60	15	18	2	2	5	4			35	48	3	8	15	24	3	6			10	16
TOTAL	180		20		62		28		145		34		88		36		8		31	

Fuente: Libro de consulta externa C.S. Rodeo - 2014.

Gráfica 2. Principales 10 causas de morbilidad Centro de Salud Rodeo Municipio Vacas; 2014

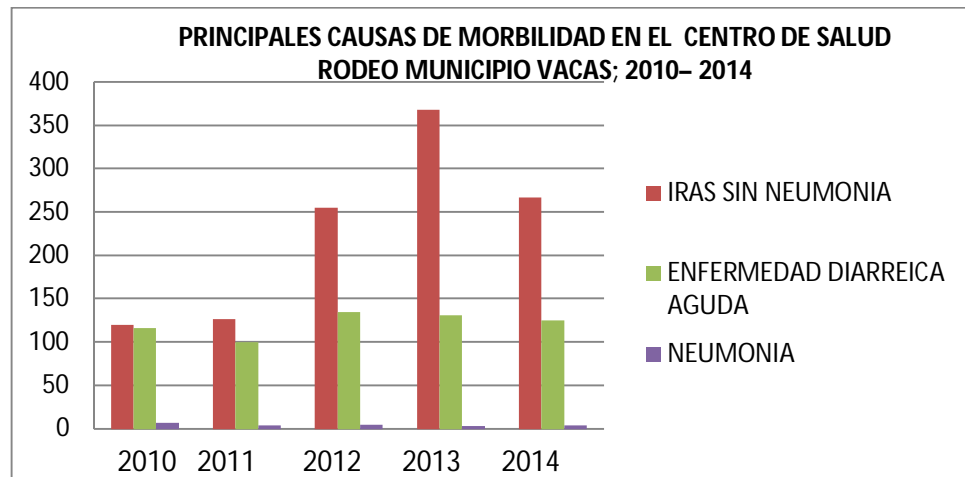


Fuente: Libro de consulta externa C.S. Rodeo - 2014.

Debemos tomar en cuenta que la población por ser un lugar frígido presenta elevado número infecciones respiratorias.

Además, tomando en cuenta datos de la comunidad disponibles en el SNIS del Ministerio de Salud, podemos observar en el grafico siguiente las principales causas de morbilidad atendidas durante el año 2014 en el centro de salud rodeo son las IRAS, EDAS y Neumonías.

Gráfica 3. Principales causas de morbilidad en el Centro de Salud Rodeo Municipio Vacas; 2010– 2014.

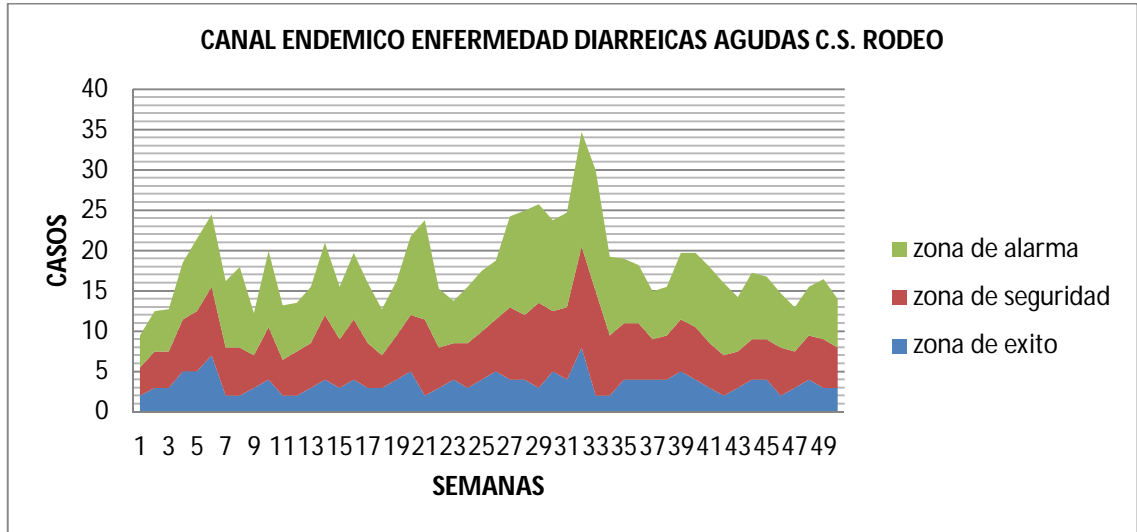


Fuente: Datos SNIS 2010 - 2014

Estas son las 3 causas de morbilidad más importantes en cuanto a número, donde se aprecia la incidencia de infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y las neumonías. Las cuales tienen una tendencia a aumentar respecto a años anteriores.

Dentro de las enfermedades que vigilamos están las EDAs y a continuación su canal endémico elaborado con datos del SNIS del año 2010 al 2014.

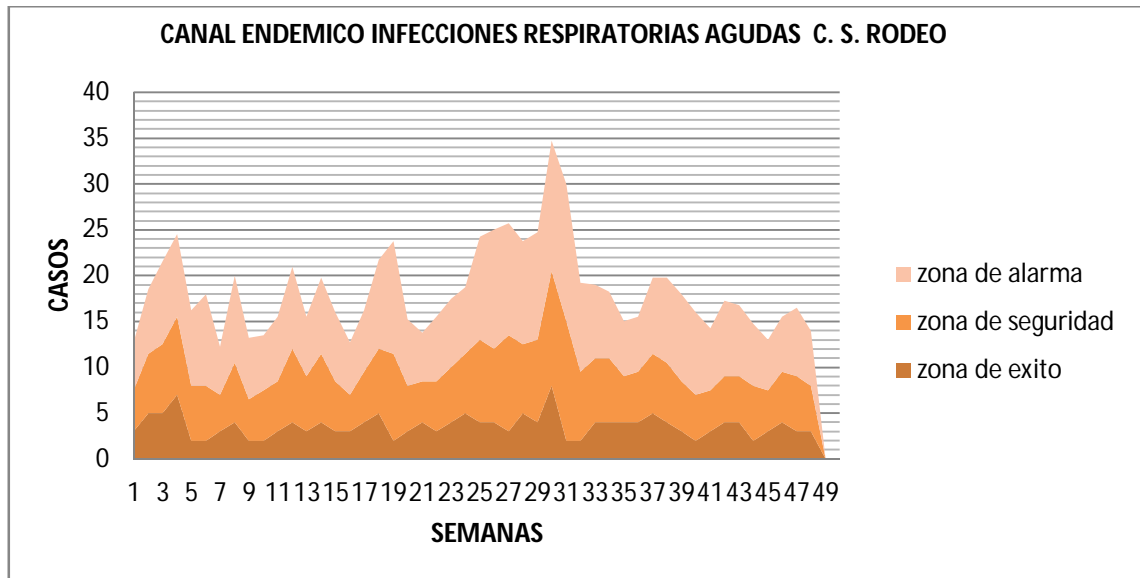
Gráfica 4. Canal Endémico EDAS Centro de Salud Rodeo Municipio Vacas; 2010 – 2014



Fuente: Elaboración propia con datos del SNIS 2010 – 2014.

Estos datos nos sirven para poder tener una idea de lo que sucede en la población vemos que la tendencia de las EDAS con mayor prevalencia en la semana 3, 16, 40 y siendo las posibles causas los factores de riesgo ya mencionados anteriormente.

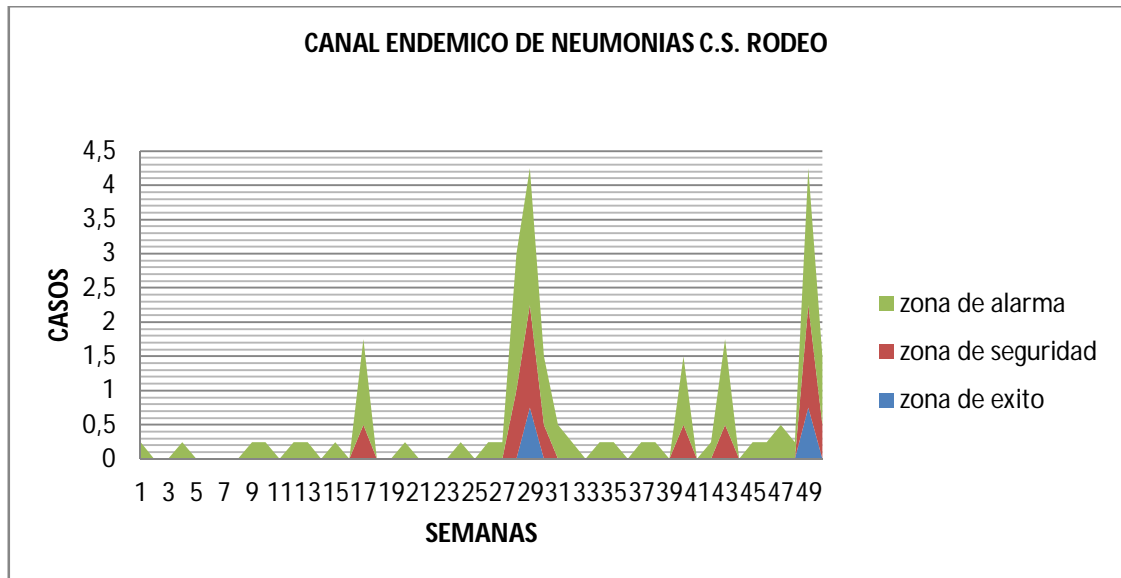
Gráfica 5. Canal Endémico IRAS Centro de Salud Rodeo Municipio Vacas; 2010 – 2014



Fuente: Elaboración propia con datos del SNIS 2010 – 2014.

En la gráfica del canal endémico de IRAS podemos observar que la mayor prevalencia se reportan en la semana 3, 19, 27, 30 lo cual pudiera deberse al cambio de clima, aumento de frío, poca participación de vacunación contra la influenza y factores ambientales ya mencionados.

Gráfica 6. Canal Endémico NEUMONIAS Centro de Salud Rodeo Municipio Vacas; 2010 – 2014



Fuente: Elaboración propia con datos del SNIS 2010 – 2014.

En la gráfica anterior podemos observar una prevalencia en las semanas de 16, 29,49 que pudiera deberse a la pobre educación sanitaria por lo cual la población no acude al Centro de Salud en el momento oportuno.

4. Perfil de salud enfermedad.

Según lo visto en el perfil epidemiológico y en las determinantes de salud podemos ver que las patologías más importantes son las EDAS e IRAS, siendo las IRAS las mayores con una incidencia de 48.04% como promedio del 2010 – 2014, tomando en cuenta la población de 1480 personas que maneja el Centro de Salud, la incidencia de las EDAS es de 26.46% donde analizando los determinantes de la salud según las carpetas familiares y los datos de nuestra población, podemos sospechar una relación entre la alta incidencia de éstas, debido a la falta de un sistema de agua potable y un sistema de alcantarillado.

Es también algo predecible el alto nivel de IRAS y el alto contagio intra familiar debido al hacinamiento de las viviendas, las pobres costumbres higiénicas y de lavado de manos de las familias.

Por la frecuencia de las consultas, estimamos que la prevalencia de enfermedades crónicas es alta entre ellas tenemos la artritis, esto debido al lugar frígido y por los cambios de temperaturas bruscas es común en los adultos puesto que trabajan en la agricultura o construcción toda su vida con pocos o ningún medio de protección ni entrenamiento adecuado para cuidar las articulaciones.

También podemos mencionar entre los factores protectores de la comunidad de Rodeo es el apoyo de un responsable en salud: la Autoridad Local de Salud que se capacita para tener los conocimientos básico y así ayudarnos en la vigilancia y en la tarea de promover temas para una mejor cultura sanitaria, en el control de niños o información acerca de mortalidad y apoyo en visitas domiciliarias.

5. Respuesta institucional

5.1 Descripción del equipamiento básico

El equipamiento de salud de la comunidad consta del Centro de Salud Rodeo, el mismo cuenta con atención de emergencias las 24 horas, además de consulta externa en medicina general, cuenta con servicio de farmacia, además cuenta con 1 ambulancia para referencias y contrareferencias de los pacientes de las comunidades alejadas al centro en caso de no tener resolución por casos complicados de deriva al Hospital de referencia Punata.

Existe un núcleo educativo que tiene los grados desde primaria hasta secundaria, con el cual se han creado lazos para brindar charlas y así los estudiantes tengan una mejor educación sanitaria y/o capacitación sobre algunos temas de interés o necesidad.

El aporte en salud del equipamiento social se refleja en el incentivo al deporte que significan las canchas de fútbol donde realizan campeonatos en todo el año.

Presenta un mercado donde realizan sus intercambios y ventas de productos, pero no presenta parques ni centros recreacionales.

5.2 Oferta de servicios de salud

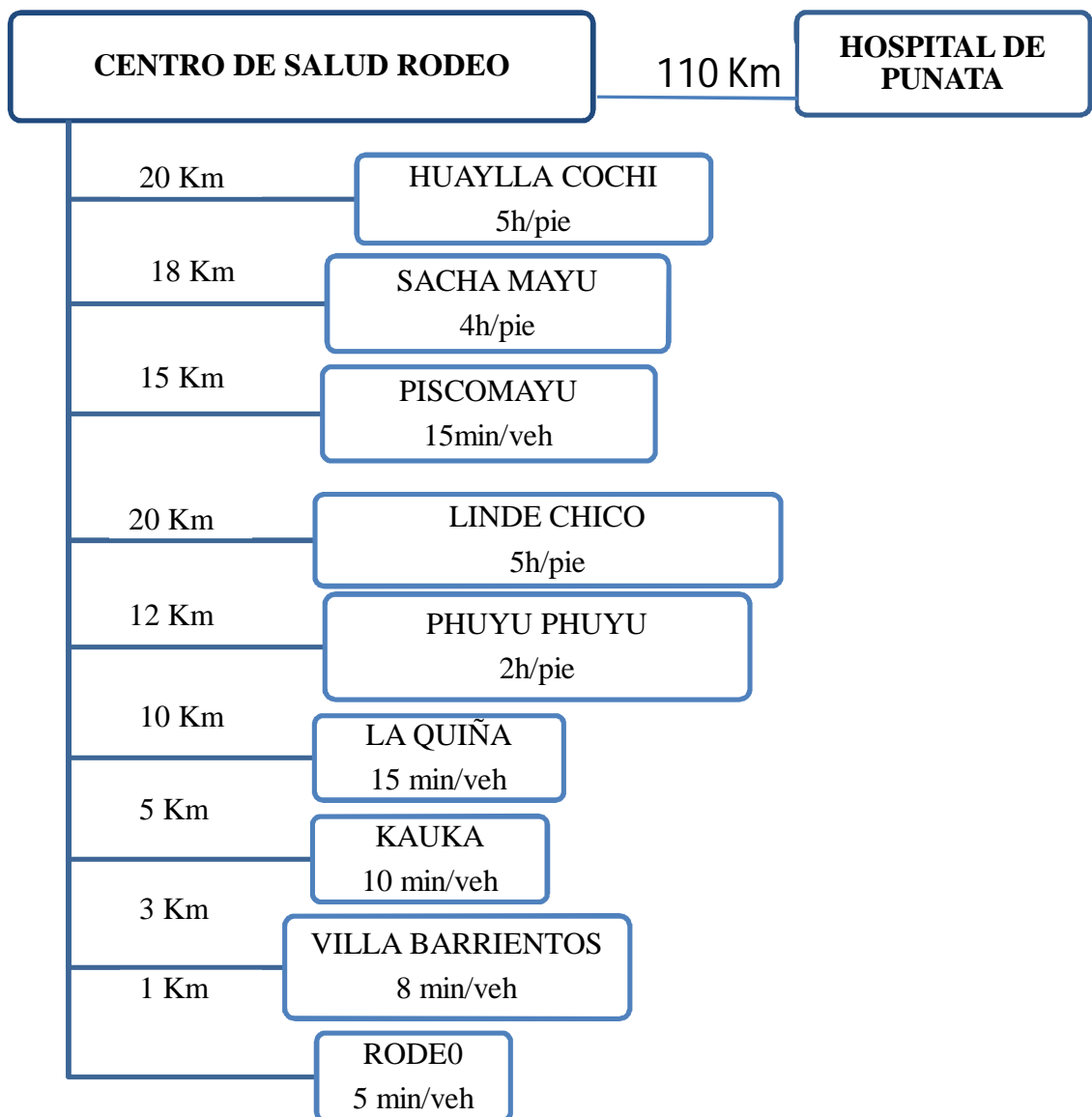
El Centro de Salud Rodeo es de primer nivel oferta los servicios de consulta externa y atención de urgencias y emergencias las 24 horas en medicina general.

Sin embargo el centro tiene precios privativos para buena parte de la población, siendo la población que no cuenta con los seguros, pero los precios son módicos al igual que los medicamentos. También cabe mencionar que el centro de salud está enfocado a la atención de gestantes, población pediátrica y adulto mayor.

En el aspecto geográfico el Centro de Salud es accesible, más aun tomando en cuenta el alto porcentaje de motocicletas o automóviles y en algunas ocasiones en bicicletas; además de haber una cobertura completa de telefonía celular en la empresa ENTEL, pudiendo la gente pedir auxilio. Sin embargo esta facilidad se da cuando la gente se encuentra en los núcleos poblados, no así cuando se alejan de las zonas más densamente pobladas para adentrarse en sus áreas de cultivo, es entonces vemos que existe la falencia una organización de equipos de rescate de respuesta inmediata en la región.

5.3 Accesibilidad Geográfica

El Centro de Salud Rodeo tiene en su área de influencia 9 comunidades que se distribuyen así:



El Centro de Salud cuenta con alrededor de 9 comunidades, donde la más lejana se encuentra a aproximadamente a 5 horas a pie donde no existe camino para los autos. El Centro de Salud Rodeo se encuentra a aproximadamente 15 km del Hospital Vacas el camino se encuentra empedrado; nuestro centro refieren a los pacientes en estado de gravedad al Hospital de Punata a una distancia 110 km , el camino se encuentra asfaltado en su totalidad.

6. Descripción de la problemática de salud.

La problemática de salud de la población en dado por diferentes factores y como tal debe ser analizada.

Las deficiencias de la comunidad era la falta de agua potable, recojo de residuos sólidos y un sistema de alcantarillado público. Al existir estas deficiencias incrementan las enfermedades infectocontagiosas, puesto que el Municipio no destina los recursos existentes para la construcción del alcantarillado público; a pesar de la insistencia de las mismas autoridades y la organización de sistema de agua se reúnen mensualmente pero no lo llevan a cabalidad puesto que los temas tratados son generalmente políticos o económicos donde la salud sólo se menciona en ciertas ocasiones y no es la prioridad de la población.

Además de esta situación, incluso si trataríamos el tema de salud en estas reuniones, debemos preguntarnos si la población realmente sabe las consecuencias de no tener un sistema de alcantarillado público y los beneficios que este tendría.

La falta de un sistema de distribución de agua potable en la comunidad es importante pues es la propiedad de los comunarios y son ellos los que deciden si potabilizan o no el agua. Existe falencias sobre la falta de conocimiento del consumo de agua potable por los antecedentes históricos de la población, donde hace muchos años las zonas empobrecidas del país era común la muerte de un niño por enfermedades curables o prevenibles, por lo cual debemos tomar en cuenta la posibilidad de insensibilización de la población respecto al problema, es entonces que no debemos sólo dar charlas educativas sino concientizar a la población, lo cual lamentablemente, ha demostrado ser una tarea que requiere perseverancia.

Además por la falta de microvertederos en nuestra comunidad gran parte de la población realiza el desechos sólidos en los ríos, contaminando de esta manera, no existe el recojo apropiado, donde los comunarios no lo toman en cuenta este tema, por eso es importante la educación a la población sobre la correcta manipulación de los residuos sólidos.

7. Necesidades en Salud de la Población

El diagnóstico de las necesidades en salud se logra según los resultados sacados de los informes de salud, registro de las historias clínicas, visitas domiciliarias y el consolidado de las carpetas familiares. Viendo la situación de salud en la que se encuentra la comunidad se logró realizar un enfoque y método en la determinación de necesidad según “Alan Dever: 63” utilizando como técnica en la búsqueda de consenso el FORO COMUNITARIO, el mismo se ejecutó con los actores sociales, representantes sindicales y algunos miembros de las comunidades, a quienes inicialmente se dio conocimiento de la realidad de salud que atraviesa la comunidad y posteriormente expresaron en un consenso comunitario las principales necesidades de salud de su comunidad.

Resumiéndose las principales necesidades de salud identificados son:

- 1.- Falta de agua potable.
- 2.- Falta de manejo de los residuos sólidos.
- 3.- Ausencia de un sistema de alcantarillado público.
- 4.- Elevadas enfermedades respiratorias agudas.

Con el propósito de una programación y planificación adecuada y la distribución óptima de los recursos se priorizan los problemas factibles de inmediata resolución; se procedió a la utilización del MÉTODO DE PRIORIZACIÓN DE CASTILLO el cual ha permitido identificar y priorizar el principal problema de salud del distrito de Rodeo.

Daño a la salud.	Criterio.	Puntaje máximo	Puntaje asignado		TOTAL	
IRAS	Magnitud	10	7	4	28	
	Gravedad	10	5	4	20	
	Posibilidad de prevención	10	7	2	14	
	Interés de la comunidad	10	5	3	15	
	Tendencias en el tiempo	10	6	1	6	83
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	Magnitud	10	2	4	8	
	Gravedad	10	4	4	16	
	Posibilidad de prevención	10	6	2	12	
	Interés de la comunidad	10	5	3	15	
	Tendencias en el tiempo	10	4	1	4	55
EDAS	Magnitud	10	6	4	24	
	Gravedad	10	6	4	24	
	Posibilidad de prevención	10	5	2	10	
	Interés de la comunidad	10	5	3	15	
	Tendencias en el tiempo	10	4	1	4	77
DERMATITIS DE CONTACTO	Magnitud	10	3	4	12	
	Gravedad	10	5	4	20	
	Posibilidad de prevención	10	5	2	10	
	Interés de la comunidad	10	4	3	12	
	Tendencias en el tiempo	10	4	1	4	58
GASTRITIS Y DUODENITIS	Magnitud	10	2	4	8	
	Gravedad	10	3	4	12	
	Posibilidad de prevención	10	4	2	8	
	Interés de la comunidad	10	4	3	12	
	Tendencias en el tiempo	10	4	1	4	44
ARTRITIS REUMATOIDEA	Magnitud	10	4	4	16	
	Gravedad	10	4	4	16	
	Posibilidad de prevención	10	6	2	12	
	Interés de la comunidad	10	4	3	12	
	Tendencias en el tiempo	10	5	1	5	61

CRITERIOS						
Peso relativo	Magnitud	Gravedad	Prevenible	Interés comunidad	Tendencia	
	4	4	2	3	1	
Daño a la salud						Puntaje Total
IRAS	$7 \times 4 = 28$	$5 \times 4 = 20$	$7 \times 2 = 14$	$5 \times 3 = 15$	$6 \times 1 = 6$	83
EDAS	$6 \times 4 = 24$	$6 \times 4 = 24$	$5 \times 2 = 10$	$5 \times 3 = 15$	$4 \times 1 = 4$	77
ARTRITIS REUMATOIDEA	$4 \times 4 = 16$	$4 \times 4 = 16$	$6 \times 2 = 12$	$4 \times 3 = 12$	$5 \times 1 = 5$	61

Según la matriz de priorización descrita por Castillo podemos observar que las enfermedades prioritarias son IRAS y EDAS, seguidas de las artritis reumatoidea, luego la dermatitis de contacto, por ultimo embarazo en la adolescencia, gastritis y duodenitis.

Se asignaron valores a los diferentes criterios de daño a la salud, en la enfermedad de las IRAS, lo cual la magnitud va estar afectada a la población, la gravedad de las IRAS es un problema de salud serio tienen que tener mayor prioridad para así evitar complicaciones, la posibilidad de prevención es factible realizando la vacunación del PAI y la educación sanitaria, la tendencia es creciente de las IRAS especialmente por ser un lugar frígido, interés de la comunidad considerando las prioridades y preferencias de la enfermedad.

Entonces los daños a la salud en nuestra comunidad son las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas esto debido a que la población no está concientizada con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y no cuenta con los servicios básicos.

A continuación realizamos el flujograma situacional respecto a nuestros problemas identificados.

Estructuras básicas	Estructuras manifiestas	Hechos condicionantes	Descripción del problema
<p>Modelo asistencialista</p> <p>Cambio de clima en cuanto a la migración de la población del oriente al occidente</p> <p>Cambios en los hábitos alimenticios.</p> <p>Falta de un sistema de vigilancia.</p> <p>Cambio frecuente de trabajo.</p> <p>Falta de coordinación con las autoridades.</p> <p>Migración</p>	<p>Falta de conocimiento de la población sobre algunas enfermedades.</p> <p>Cambio del consumo de alimentos de la población.</p> <p>Deficiente presencia del personal de salud en las comunidades y domicilios</p> <p>Aumento de la incidencia de enfermedades transmisibles.</p> <p>Falta de servicios básicos: agua potable, alcantarillado, recojo de residuos sólidos.</p> <p>Malas condiciones socioeconómicas</p> <p>No poseen vivienda propia</p>	<p>Mala manipulación de los alimentos de consumo.</p> <p>Alto consumo de agua no potable o refrescos mal preparados</p> <p>Inadecuado sobre el mantenimiento y conservación de los alimentos</p> <p>Poca accesibilidad al tratamiento médico</p> <p>Demanda tardía en los servicios de salud</p> <p>Hacinamiento</p> <p>Niños descuidados</p> <p>Ambientes no ventilados</p>	<p>La alta incidencia de enfermedades diarreicas agudas, tiene varias causas, entre ellas la falta de conocimiento sobre la higiene personal y manipulación de los alimentos, ausencia de servicios básicos como ser agua potable, alcantarillado público y recojo de residuos sólidos.</p> <p>Todos estos factores hacen que la ausencia de los servicios básicos mencionados y la alta incidencia de enfermedades diarreicas agudas sean percibidas por la población como sus prioridades en salud.</p> <p>La alta incidencia de enfermedades transmisibles IRAS</p>

8. Actores relevantes y recursos de poder que controlan

Los actores sociales en la comunidad de Rodeo que apoyan en la solución de la problemática de salud son:

El director de la unidad educativa, director del centro de salud, autoridad municipal, son enviados por los entes correspondientes.

Sin embargo existe el interés de mejorar la salud de la población y buenas relaciones entre ellos, lo cual posibilita la coordinación de planes y ejecución de estrategias en un futuro próximo por lo cual es importante realizar alianza estratégicas para soportar el plan; casi con todos los actores sociales, puesto que cada uno de ellos tiene importancia, el sub central rodeo es el conocedor de su comunidad y las familias existentes ya que se realizan reuniones cada mes en la comunidad, el presidente del sindicato de agua se encargara velar por una agua con calidad mediante la realización del clorado y distribución a la comunidad, la autoridades municipal ayudan a tener contacto con los diferentes dirigentes para hacer gestión en salud así también colaboran en las ferias de salud y diferentes campañas.

Actores	Recursos que controla	Actitud Frente a la Problemática de Salud. Favorable, desfavorable, neutra, indiferente.
Sub central Rodeo	La participación de la población.	Favorable
Presidente del sindicato de agua	Afiliados del agua	Neutra
Director de la Escuela	Profesores, alumnos. Canchas deportivas de la escuela.	Favorable
Director del centro de salud	Personal de Salud, precios del servicio.	Favorable
Autoridad municipal del municipio	Gestión y vigilancia de las salud en las comunidades	Neutra

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

Las líneas de acción que van a orientar el plan serán: la programación local que implica la atención de los problemas prioritarios de salud de la población de Rodeo y la vigilancia de la salud; lo cual se va integrar las acciones en los servicios de salud.

Programación local	Vigilancia de la salud	Servicios de nivel primario
Realizar articulación intersectorial que nos ayude a gestionar material logístico para realizar promoción de salud en diferentes momentos.	Integrar a la comunidad en acciones de promoción y prevención de salud.	Aumentar las atenciones en consulta para una atención oportuna
Promover sesiones educativas sobre factores de riesgo dentro y fuera del servicio.	Coordinación con actores clave para mejorar el estado de salud con el aviso oportuno de enfermedades reemergentes	Realizar charlas de promoción de salud en diferentes temas para disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles

PARTE III – PROPUESTA

1. Momentos normativo y estratégico concepto

La planificación estratégica implica el desarrollo de cuatro momentos: Momento descriptivo explicativo, Momento normativo, Momento estratégico, Momento táctico operacional que se desarrollan en estrecha interrelación. El Análisis Situacional corresponde al Momento descriptivo-explicativo de la realidad en la que vamos a intervenir, mientras que el Momento normativo corresponde a una realidad transformada desde una perspectiva normativa, mientras que el Momento estratégico a la construcción de viabilidad en una realidad en permanente conflicto con distintos actores, distintos intereses, distintos poderes.

1.1 Visión

El año 2021 la población de la comunidad de Rodeo cuenta con un mejor nivel de salud debido al funcionamiento efectivo y eficiente de los servicios de salud que realizan actividades de promoción de la salud, prevención, protección de riesgos sanitarios y reparación de los daños; la población participa de manera activa en la práctica de estilos de vida saludables y en el autocuidado de su salud, la participación intersectorial y activa de las instituciones ha logrado reducir los factores de riesgo con la dotación de agua potable, alcantarillado y disposición de basuras.

1.2 Estrategia

La estrategia será involucrar a todas las organizaciones sociales de la comunidad y coordinar de forma intersectorial las actividades planificadas y cumplir los objetivos planteados.

Los actores sociales involucrados serán los dirigentes sindicales de la comunidad, los directores y docentes de las diferentes unidades educativas, las Autoridades locales de salud (ALS) y la población en general, quienes serán empoderados en la problemática de salud de la comunidad y las posibles soluciones que se darán. Estos actores sociales o personal tendrán diferentes actividades y responsabilidades para el mejoramiento de la

salud. Se activaran diferentes métodos de control social como ser: prácticas de estilo de vida saludables; potabilización del agua para el consumo, alcantarillado público para la movilización de recursos y velar en cumplimiento de las actividades planteadas.

La construcción de alianzas estratégicas con ONG's en este caso PDA (Programa de Desarrollo Alternativo), serán un pilar fundamental que servirán para coadyuvar en la ejecución y cumplimiento de los objetivos establecidos.

1.3 Análisis FODA

	Interno	Externo
A favor	Fortalezas	Oportunidades
	-Atención permanente las 24 horas -Personal profesional capacitado y comprometido. -Atención médica gratuita por el Programa Mi Salud. -Buena relación con las autoridades y organizaciones sociales.	-Participación activa de la población, en acciones educativas de promoción de la salud. -Nombramiento de autoridades locales de salud. -Relaciones intersectoriales.
En contra	Debilidades	Amenazas
	-Infraestructura inadecuada -Deficiente apoyo financiero para los programas y servicios. -Falta compromiso del personal en actividades de promoción y prevención especialmente fuera del servicio. -Falta de insumos médicos	-Baja asignación de presupuesto a las acciones de salud. -Precariedad económica de la población para recuperar su salud. -Caminos en mal estado.

En cuanto a la matriz FODA esperamos que las debilidades se conviertan en fortalezas mediante cartas, reuniones y actividades que nos ayuden a tener una mejor articulación con las entidades correspondientes para que doten más insumos para la población,

comprometer al personal de salud para realizar actividades de promoción y prevención, en las unidades educativas y comunidad mediante capacitaciones o talleres, realizar capacitaciones sobre las funciones de las autoridades locales de salud.

Mientras que esperamos convertir las amenazas en oportunidades mediante reuniones de concientización para ayudar a la comunidad tome más roles en lo que respecta a salud y promoción.

1.4 Objetivos estratégicos

- Reducir en un 50% los principales problemas de salud que afecten a la población en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores del número de casos encontrado al año 2015 y mediante una acción concertada con los actores sociales e institucionales.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud en un 90% en un periodo de 5 años en cuanto a la vigilancia y seguimiento salud enfermedad en el terreno mediante intervenciones conciliadas a los dirigentes sindicales, personal de instituciones educativas y autoridades locales de salud en la vigilancia de la 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.

La siguiente matriz nos ayuda a comprender las líneas de vinculación con el Plan sectorial de salud.

Ejes	Objetivos estratégicos	Área de actividad 1	Área de actividad 2	Área de actividad 3
Acceso universal al sistema único de salud	-Reducir en un 50% los principales problemas de salud que afecten a la población en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores del número de casos encontrado al año 2015 y mediante una acción concertada con los actores sociales e institucionales.	Programación local		
Promoción	-Mejorar la calidad de los servicios		Vigilancia de la salud	Fortalecimiento servicios

de la salud y movilización social	de salud en un 90% en un periodo de 5 años en cuanto a la vigilancia y seguimiento salud enfermedad en el terreno mediante intervenciones conciliadas a los dirigentes sindicales, personal de instituciones educativas y autoridades locales de salud en la vigilancia de la salud.			de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local
Rectoría	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud

1.5 Líneas de acción

- Realizar articulación intersectorial que nos ayude a gestionar material logístico para realizar promoción de salud en diferentes momentos.
- Promover sesiones educativas sobre factores de riesgo dentro y fuera del servicio.
- Integrar a la comunidad en acciones de promoción y prevención de salud.
- Coordinación con actores clave para mejorar el estado de salud con el aviso oportuno de enfermedades reemergentes.
- Aumentar las atenciones en consulta para una atención oportuna.
- Realizar charlas de promoción de salud en diferentes temas para disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles en las comunidades lejanas.

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.

	Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de verificación
Programación local	- Reducir en un 50% los principales problemas de salud que afecten a la población en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores del número de casos encontrado al año 2015 y mediante una acción concertada con los actores sociales e institucionales.	- Articular con los diferentes sectores para realizar acciones conjuntas en promoción de salud en diferentes momentos. -Promover sesiones educativas sobre factores de riesgo dentro y fuera del servicio.	-Disminuir la incidencia de las principales enfermedades - Empoderar estilos de vida saludables y habilidades de prevención de enfermedades.	-Número de incidencias de las principales patologías -Porcentaje bajo de los riesgos.	-Informes mensuales y semanales -Informes de consolidación de carpetas familiares.

Vigilancia de la salud	-Mejorar la calidad de la información en los servicios de salud en un 90% en un periodo de 5 años en cuanto a la vigilancia y seguimiento salud enfermedad en el terreno mediante intervenciones conciliadas a los dirigentes sindicales, personal de instituciones educativas y autoridades locales de salud en la vigilancia de la salud.	- Integrar a la comunidad en acciones de promoción y prevención de salud. - Coordinación con actores clave para mejorar el estado de salud con el aviso oportuno de enfermedades reemergentes. - Aumentar las atenciones en consulta para una atención oportuna.	-Personal competente y con incentivo. -Disminución de la enfermedad y mejoramiento de la salud -Población responsable en el autocuidado de la salud.	-Porcentaje de personal capacitado -Número de autoridades comprometidas - Número de visitas domiciliarias	-Libros de actas -Carpetas familiares -informes semanales de vigilancia -cronograma de actividades
Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia	- Ampliar las coberturas en la atención a la salud a un 90% en comunidades alejadas en un periodo de 5 años, con la cooperación de los Dirigentes	Realizar charlas de promoción de salud en diferentes temas para disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles	-Aumento en las coberturas de atención. -Reducir la	-Porcentaje de coberturas -Número de áreas y de nuevas	-Informes semanales mensuales - Libros de

de la salud y la programación local.	sindicales de cada comunidad.	en las comunidades lejanas.	desigualdad en la atención médica.	prestaciones en la atención	actas de reuniones y de eventos realizados - Documentos de compromisos y convenios firmados
--------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	-----------------------------	--

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

Usamos la matriz para mostrar la pertinencia entre los objetivos estratégicos y actividades del plan sectorial de salud en el distrito de Rodeo.

Resultados	Actividades	Tiempo	Responsable
Programación local	<ul style="list-style-type: none"> - Carpetización y seguimiento periódico según grupo de riesgo -Realizar actividades de promoción y prevención de la salud a través de visitas domiciliarias, sesiones educativas a grupos focales, individuales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diario -Semanal 	- Médico y enfermera de Mi Salud
<p>Área de actividad 2</p> <p>Vigilancia de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Curso de capacitación personal de salud, autoridades locales de salud, instituciones y personal -Supervisión y vigilancia constante de la salud, enfermedad y factores de riesgo por parte del personal de salud -Reuniones periódicas con las autoridades locales de salud ALS o personal para apreciar resultados de la vigilancia. 	<ul style="list-style-type: none"> trimestral diario semestral 	- Médico y enfermera de Mi Salud
<p>Área de actividad 3</p> <p>Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de las alud y la programación local</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas domiciliarias - Ampliación de la infraestructura y de nuevas prestaciones - Gestión para recursos humanos equipamiento, medicamentos e insumos 	<ul style="list-style-type: none"> diario anual 	<ul style="list-style-type: none"> - Medico mi salud y Autoridad local de salud. -Autoridades regionales y municipales -Director del centro de salud.

2.3 Matriz Resumen

Usamos la matriz resumen para mostrar la pertinencia entre los objetivos estratégicos, las líneas de acción, indicadores, medios de verificación y las actividades del plan sectorial de salud en el distrito de Rodeo.

Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de Verificación	Actividades	Tiempo	Responsable
- Reducir en un 50% los principales problemas de salud que afecten a la población en un periodo de 5 años tomando en cuenta los indicadores del número de casos encontrado al año 2015 y mediante una acción concertada con los actores sociales e institucionales.	-Articular con los diferentes sectores para realizar acciones conjuntas en promoción de salud en diferentes momentos.	-Disminuir la incidencia de las principales enfermedades	Número de incidencias de las principales patologías	-Informes mensuales y semanales	- Carpetización y seguimiento periódico según grupo de riesgo	-diario	-Médico y enfermera Mi Salud
	-Promover sesiones educativas sobre factores de riesgo dentro y fuera del servicio.	-Empoderar estilos de vida saludables y habilidades de prevención de enfermedades.	-Porcentaje bajo de los riesgos.	-Informes de consolidación de carpetas familiares.	-Realizar actividades de promoción y prevención de la salud a través de	Semanal	
-Mejorar la calidad de la información en los servicios de salud en un 90% en un periodo de 5	-Integrar a la comunidad en acciones de promoción y prevención de salud.	-Personal competente y con incentivo.	-Porcentaje de personal capacitado	-Libros de actas	visitas domiciliarias, sesiones educativas al	Trimestral	Médico y enfermera de Mi Salud
	-Coordinación con actores clave para mejorar el estado de salud con el aviso	-Disminución de la enfermedad y mejoramiento de la	-Número de autoridades	-Carpetas familiares	grupos focales, individuales.		
				-Informes semanales de			

<p>años en cuanto a la vigilancia y seguimiento salud enfermedad en el terreno mediante intervenciones conciliadas a los dirigentes sindicales, personal de instituciones educativas y autoridades locales de salud en la vigilancia de la salud.</p>	<p>oportuno de enfermedades reemergentes.</p> <p>-Aumentar las atenciones en consulta para una atención oportuna</p>	<p>salud</p> <p>-Población responsable en el autocuidado de la salud.</p>	<p>comprometidas</p> <p>- Número de visitas domiciliarias</p>	<p>vigilancia</p> <p>- Cronograma de actividades</p>	<p>-Curso de capacitación personal de salud, autoridades locales de salud, instituciones y personal</p> <p>-Supervisión y vigilancia constante de la salud, enfermedad y factores de riesgo por parte del personal de salud</p> <p>-Reuniones periódicas con las autoridades locales de salud ALS o personal para apreciar resultados de</p>	<p>Diario</p> <p>semestral</p>	
---	--	---	---	--	--	--------------------------------	--

					la vigilancia		
- Ampliar las coberturas en la atención a la salud a un 90% en comunidades alejadas en un periodo de 5 años, con la cooperación de los Dirigentes sindicales de cada comunidad.	Realizar charlas de promoción de salud en diferentes temas para disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles en las comunidades lejanas.	-Aumento en las coberturas de atención. -Reducir la desigualdad en la atención médica.	-Porcentaje de coberturas -Número de áreas y de nuevas prestaciones en la atención	-Informes semanales mensuales -Libros de actas de reuniones y eventos realizados Documentos de compromisos y convenios firmados	-Visitas domiciliarias -Ampliación de la infraestructura y de nuevas prestaciones	Diario Anual	-Medico mi salud y Autoridad local de salud. Autoridades regionales y municipales -Director del centro de salud

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

Apreciando el perfil epidemiológico, abarcaremos un plan estratégico sobre los principales problemas que afectan a los diferentes grupos etarios son: En menores de 5 años las enfermedades respiratorias agudas (IRAS) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAS); en los adultos mayores están las enfermedades crónicas no transmisibles esto tomando en cuenta los principales determinantes de salud y factores de riesgo.

3.1.1. Responsable técnico del programa

El equipo estará conformado por el médico Mi Salud, enfermeras y director del centro de salud quienes se ocuparan de cumplir el plan.

3.1.2. Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico

Para la ejecución de este programa se lograra la atención integral a todas las personas, y la comunidad, mejorando la atención medica tanto en servicio como en las visitas domiciliarias, se involucraran sobre todo a los dirigentes comunales, autoridades locales de salud e instituciones, en la toma de decisiones y participación en el mejoramiento de los servicios de infraestructura y nuevas prestaciones, además en la intervención a población mediante la educación, mejoramiento de los determinantes salud, disminución de los factores de riesgo trayendo como resultado la reducción de incidencia de las principales problemas de salud por cada grupo etario.

3.1.3 Objetivos

- Asegurar el acceso a la atención integral a toda la población en los casos de IRAS y EDAS enfatizando en las visitas domiciliarias.
- Promover estilos de vida saludables en la población.

- Educar a la población sobre normativas referidas a la atención en salud mediante la capacitación durante las reuniones de sindicato.
- Capacitar a los actores sociales y personal de salud para lograr una mejor atención, mejores coberturas y disminuir indicadores mediante promoción de salud.
- Concientizar a la población respecto a los factores de riesgo para las IRAS y EDAs, según grupos poblacionales, charlas educativas, ferias de salud además tomar acciones de educación para la salud durante la visita domiciliaria y la consulta.

3.1.4 Límites de espacio y tiempo.

El plan está enmarcado en la comunidad Rodeo, en un periodo de 5 años, a ser 2017 – 2021.

3.1.5 Población beneficiaria por grupos etarios

POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN SEXO ASIGNADO POR SNIS MUCICIPIO VACAS; 2015

EDAD EN AÑOS	Mujer	Hombre	Total
0 - 4	82	77	159
5 - 9	80	75	155
10 - 14	95	87	182
15 - 19	60	91	151
20 - 24	38	32	70
25 - 29	42	48	90
30 - 34	47	38	85
35 - 39	30	38	68
40 - 44	35	40	75
45 - 49	28	34	62
50 - 54	38	35	73
55 - 59	26	32	58
más de 60	135	117	252
TOTAL	736	744	1480

FUENTE: ELABORACION PROPIA TOMADA DEL SNIS 2015

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

Población por grupos etarios**	Problema	Actividad	Cobertura	Concentración	Recursos humanos Hora/médico ***	Insumos/ Equipamiento
0-4	IRAS EDAS	Control y seguimiento médico periódico a los niños con sesiones educativas	100%	12 controles por año.	4 niños hora/médico.	Consulta médica Carpetas familiares Balanza Tallímetro micronutrientes
5-9	IRAS EDAS	Sesiones educativa en las escuelas mediante charlas y Ferias de salud sobre higiene y lavado de manos.	90%	trimestral	1 sesión hora/medico	Diapositivas Evaluaciones Premios (material de higiene)
10-19	Embarazo en la adolescencia e ETS	Sesiones educativas en colegio sobre educación sexual y reproductiva	90%	trimestral	1 sesión hora/medico	Material didáctico: diapositivas Maniqués Videos educativos Trípticos Condomes
20-59	IRAS	Capacitación sobre las enfermedades transmisibles en	80%	mensual	100 personas hora/medico	Material didáctico: Diapositivas Trípticos

		reuniones de la comunidad				Posters Videos educativos
60 o mas	Artritis reumatoidea y artrosis	Educación para la salud control en consulta y visita domiciliaria y cuidados especiales del adulto mayor.	70%	mensual	3. personas hora/medico	Material didáctico Historia clínica Carpeta familiar Alimento suplementario

3.1.7 Evaluación

Realizaremos una evaluación semestral tomando en cuenta los objetivos estratégicos las líneas de acción y su cumplimiento; el monitoreo se hará de forma mensual a través de los informes semanales y mensuales y cuadros de monitoreo de coberturas.

Se debe elaborar un informe anual observando y realizando los resultados obtenidos que posteriormente será entregado a las autoridades correspondientes y el mismo debe estar disponible para quien lo requiere, en formato físico o digital.

3.1.8 Financiamiento

Las fuentes de financiamiento principales son el Gobierno Municipal de Vacas, los remanentes del Sistema Integral de Salud (SIS), ONG's que trabajan en el área y los sindicatos de agua con quienes pudiéramos tener contacto y alianzas previas a fin de contribuir a mejorar la salud de la población.

3.2 Programa: Vigilancia en salud

3.2.1 Responsable técnico del programa

En lo referente a la vigilancia en salud el responsable técnico será el médico Mi Salud, personal de enfermería, los actores sociales de la comunidad como las autoridades locales de salud (ALS), comité local de salud y control social

3.2.2 Resultado global esperado de acuerdo al Plan Estratégico

El resultado global estratégico es contribuir a reducir la incidencia de los casos de IRAS y EDAS debido a una mejora en los factores de riesgo, además de charlas de educación sanitaria con diversas temáticas en salud que orienta a la población a disminuir los factores de riesgo enseñando a tener más autocuidado y mejor control sobre su salud.

3.2.3 Población beneficiaria por grupos etarios

EDAD EN AÑOS	Mujer	Hombre	Total
0 - 4	82	77	159
5 - 9	80	75	155
10 - 14	95	87	182
15 - 19	60	91	151
20 - 24	38	32	70
25 - 29	42	48	90
30 - 34	47	38	85
35 - 39	30	38	68
40 - 44	35	40	75
45 - 49	28	34	62
50 - 54	38	35	73
55 - 59	26	32	58
más de 60	135	117	252
TOTAL	736	744	1480

FUENTE: ELABORACION PROPIA TOMADA DEL SNIS 2015

3.2.4 Objetivos

- Realizar la vigilancia con un monitoreo semestral para evaluar el cumplimiento de la programación local.
- Captación precoz de pacientes por parte de la autoridad local de salud y el personal del centro de salud.
- Pesquisa activa de los factores de riesgo tanto en comunidad y servicio de salud.

3.2.5 límites de espacio y tiempo

El programa está limitado a la comunidad Rodeo, se realizara la programación local con las actividades previstas en un periodo de tiempo de 5 años (2017-2021).

3.2.6 Descripción del programa

El programa de vigilancia de la salud hace referencia al monitoreo de las actividades para encaminar en todo momento el cumplimiento de los objetivos y estrategias que nos ayuden a obtener los resultados esperados.

El programa busca la implementación de las autoridades locales de salud en la población, siendo estas personas de la comunidad que no pertenecen al sistema de salud pero están capacitadas en la identificación de síntomas y signos de alarma de las diferentes patologías transmisibles de mayor incidencia en la comunidad.

3.2.7 Evaluación

La evaluación será de forma semestral con los indicadores anterior mente mencionados, que estarán suscritos en los informes mensuales y en los cuadros de monitoreo; se realizara junto con la comunidad, siendo esta parte activa del programa para poder conocer sus inquietudes y conclusiones, como base para la modificación y mejoramiento del plan para el próximo período.

El monitoreo del programa se realizara mensualmente mediante las reuniones informativas de los avances e implementación entre los responsables y la comunidad.

3.2.8 Financiamiento

Las fuentes de financiamiento principales son el Gobierno Municipal de Vacas, ONGs que trabajan en el área y los sindicatos de agua con quienes pudiéramos tener contacto y alianzas previas a fin de contribuir a mejorar la salud de la población.

Tenemos entonces que el Municipio de Vacas es uno de los principales entes con el cual coordina para los recursos económicos con las diferentes ONGs que nos proveen de insumos y con la Iglesia Católica.

3.2.9 Matriz de operacionalización e instrumentación de resultados y actividades

Resultados	Actividades	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
-Realizar vigilancia de los casos de incidencia en la comunidad de Rodeo.	Capacitación sobre factores de riesgo, síntomas y signos de alarma de enfermedades de mayor incidencia en la población.	Números de pacientes atendidos en consulta y comunidad. Número de participantes en las capacitaciones.	Historias clínicas SNIS Libro de actas	La comunidad debe asistir a las capacitaciones. Lugar adecuado para las capacitaciones. Tener a disposición material adecuado.
- Los pacientes reciben seguimiento continuo y periódico por el personal de salud según su enfermedad.	Carpetización y seguimiento según grupo dispensarizada. Charlas educativas	Porcentaje de la población carpetizada. Número total de participantes en la actividad.	Carpetas familiares Historias clínicas Libros Lista de participantes	Los pacientes deben estar presentes según lo planificado para el seguimiento domiciliario Charla comprensible Material didáctico

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

3.3.1 Breve descripción de los aspectos críticos de los servicios

Dentro de los aspectos críticos que presenta en servicio de salud es que aún no está consolidado el Seguro Universal de Salud por lo cual quedan desprotegidos una gran parte de la población; el servicio esta moderadamente equipado por lo que se puede llevar con normalidad una atención adecuada pero existe falencias en cuanto al abastecimiento de medicamentos; además que el costo de los medicamentos para los no asegurados es un poco elevado o en mayor de los casos no se cuenta con los medicamentos para su dispensación . La falta de laboratorio en el servicio dificulta en gran parte a la atención a la población por lo cual los pacientes tienen que recorrer muchos kilómetros hacia el Hospital de Vacas para realizar los complementarios indicados.

Otro problema es la falta de servicios básicos como ser agua potable domiciliaria, alcantarillado público y recojo de residuos sólidos.

3.3.2 Recomendaciones

Mejorar la calidad y la calidez en la atención con el abastecimiento de medicamentos que sean accesibles económicamente en nuestro Centro de Salud para facilitar el tratamiento oportuno a toda la población.

Es importante la participación activa del personal de salud de nuestro Centro a la hora de presionar y conseguir la dotación de servicios básicos como agua potable domiciliaria, alcantarillado y recojo de desechos sólidos; esto nos ayudara a disminuir la propagación de enfermedades transmisibles por contaminación del suelo por parte de las letrinas, los microvertederos que atraen vectores, también disminuye los riesgos de contraer enfermedades infecciosas por la vía oral al tener agua potable.

Bibliografía

1. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE). Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia. La paz Bolivia; 2013. Visto Agosto 2015. Disponible en:
http://www.udape.gob.bo/portales_html/ODM/Documentos/InfProgreso/7mo%20Informe%20de%20progreso.pdf
2. Carta de Ottawa disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Carta_de_Ottawa
3. Carta de Ottawa disponible en:
<http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
4. 46.o CONSEJO DIRECTIVO, 57.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (declaración de Montevideo) *Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005.*
5. Carta de Bangkok Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, Tailandia
6. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Bangkok, Agosto 2005. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Visto en Agosto del 2015. Disponible en:
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano en Bolivia - Indicadores de Salud. Visto Agosto 2015. Disponible en:
<http://idh.pnud.bo/d7/content/indicadores-de-salud>
8. Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020 “Hacia la Salud Universal”. 2009. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nplan32257.pdf>
9. Martínez Navarro Ferran. De la información a la acción: la vigilancia de la salud pública. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista en la Internet]. 2000; Visto Agosto 2015. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000600006&lng=es.
10. G.E. Alan Dever. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud.* OPS/OMS; 1991.
11. Manual de apoyo programación 2013 chile 2012

12. World Health Organization. Determinantes Sociales de la Salud; Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final. Visto en Agosto 2015.
Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
13. Ley 3131 del ejercicio profesional médico. 8 de agosto del 2005. Visto en Agosto 2015. Disponible en:
<http://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/Ley%203131%20Ejercicio%20Mdicico.pdf>
14. LEY DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL. Ley 2426 (21-
Noviembre-2002). Disponible en: www.lexivox.org/norms/BO-L-2426.pdf
15. Ley 2028. Ley de Municipalidades. 28 de octubre de 1999. Disponible en:
www.lexivox.org/norms/BO-L-2028.xhtml
16. Ley de Participación Popular, 20 de abril de 1994. Disponible en:
www.lexivox.org/norms/BO-L-1551.xhtml
17. Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE), 10 de febrero de 2006.
Disponible en: <http://www.lexivox.org/norms/BO-L-3351.html>
18. Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Planificación. Plan Sectorial de
Desarrollo 2010 – 2020 “Hacia la Salud Universal”. 2009. Visto en Agosto 2015.
Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nplan32257.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. 2º ed.
Suiza. OMS, 2008. Revisado en Agosto 2015. Disponible en:
http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf
20. World Health Organization. Health Promotion – World Health Assembly
resolution WHA 51.12. Visto Agosto 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/>
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85408/1/sa5.pdf>
21. Decreto Supremo N° 29601. Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia. “MODELO DE
SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”. Visto Agosto 2015.
Disponible en: www.ops.org.bo/textocompleto/ley32371.pdf
22. Ministerio de Salud y Deportes. Guia basica de conducta Medica-Sanitaria. Visto
en Agosto 2015. 2008. Disponible en:

http://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/GUIA%20BASICA%20%20DE%20CONDUCTA%20MEDICO-SANITARIA.pdf

23. Ministerio de Salud y Deportes. Obtención del consentimiento informado. Visto en agosto 2015. 2008. Disponible en:
http://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/OBTENCION%20%20DEL%20CONSENTIMIENTO%20INFORMADO.pdf
24. Ministerio de Salud y Deportes. Norma técnica para el manejo del expediente clínico. 2008. Visto Agosto 2015. Disponible en:
http://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/NORMA%20TECNICA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DEL%20EXPEDIENTE%20CLINICO.pdf
25. Ministerio de Salud y Deportes. Red SAFCI. 2008. Visto en Agosto 2015. Disponible en:
http://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/RED%20SAFCI.pdf
26. Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, DS N° 28562, 22 de diciembre de 2005. Visto Agosto 2015. Disponible en:
<http://www.lexivox.org/norms/BO-DS-28562.html>
27. Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO), 20 de julio de 1990. Visto en Agosto 2015. Disponible en: <http://www.lexivox.org/norms/BO-L-1178.pdf>.
28. Programas de salud de Bolivia disponible en:
<http://www.minsalud.gob.bo/programas-de-salud>
29. Programa desnutrición 0 disponible en:
<http://snis.minsalud.gob.bo/aplicacionesweb/pmdc1/index.php?ID=Destacado1>
30. Programa PAI disponible en:
http://www.sedeslapaz.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=109:pai&catid=41:peer&Itemid=112
31. Programa TBC disponible en:
http://www.sedeslapaz.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=110:pct&catid=41:peer&Itemid=112

32. Programa enfermedades crónicas no transmisibles disponible en:
<http://snis.minsalud.gob.bo/aplicacionesweb/enfermedades/material.html>
33. <http://www.eabolivia.com/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2012.html>
34. <http://www.ine.gob.bo:8081/censo2012/PDF/resultadosCPV2012.pdf28>

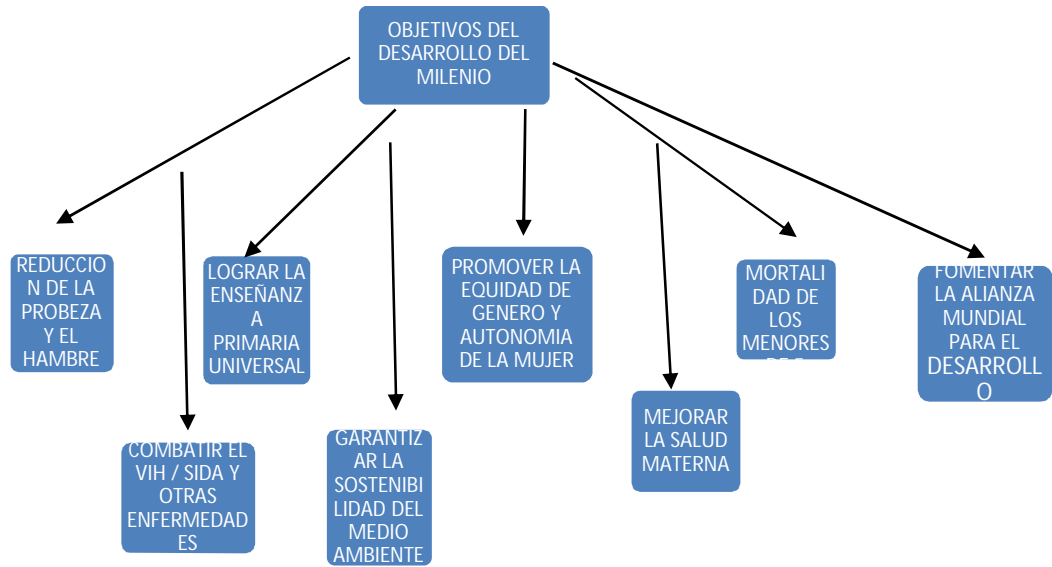
ANEXO 1.-Croquis Comunidad Rodeo



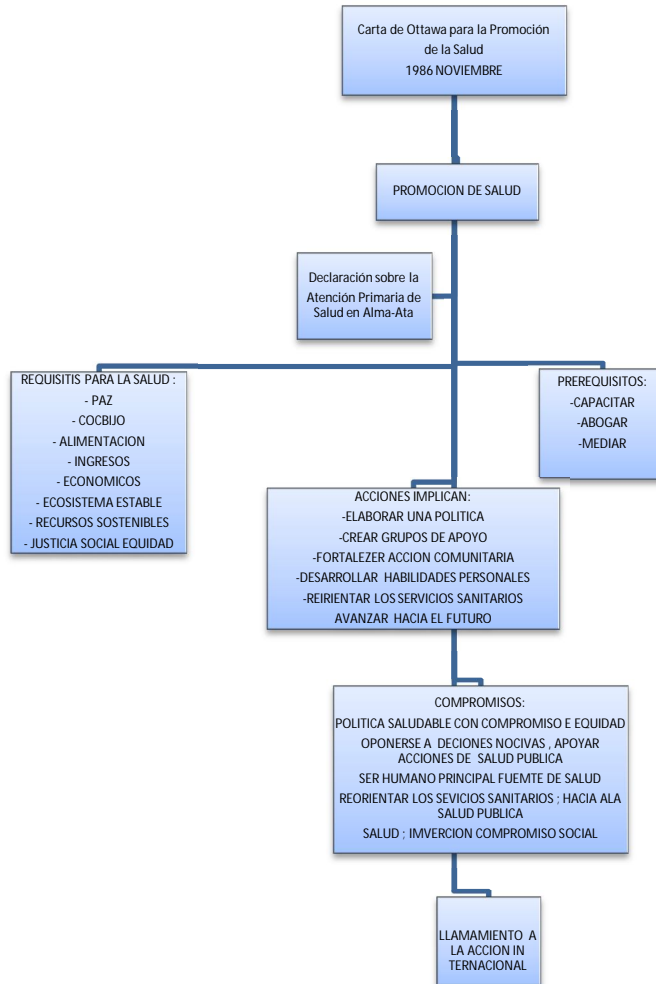
ANEXO 2.- Mapa mental concepto de campo de salud y análisis biopsicosocial (1973)



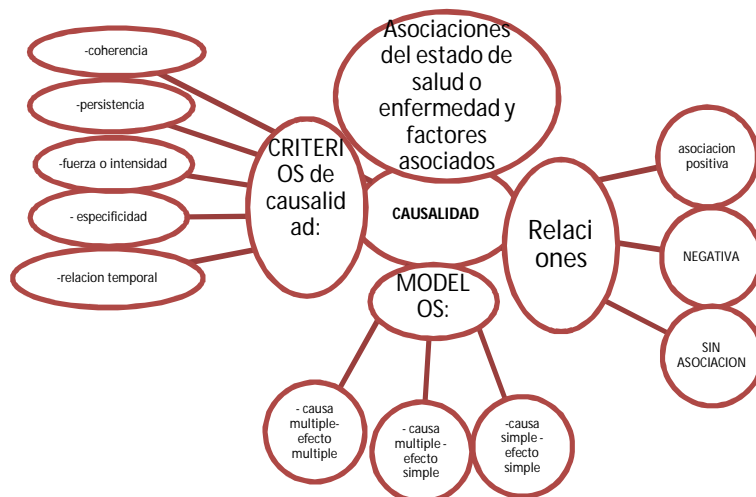
ANEXO 3.- Mapa mental de los objetivos del milenio



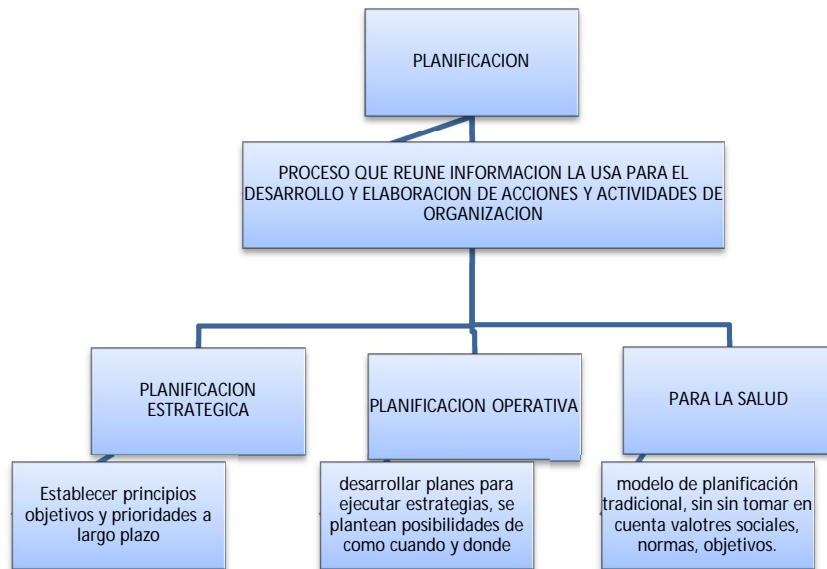
ANEXO 4.- Mapa mental de la carta de Ottawa



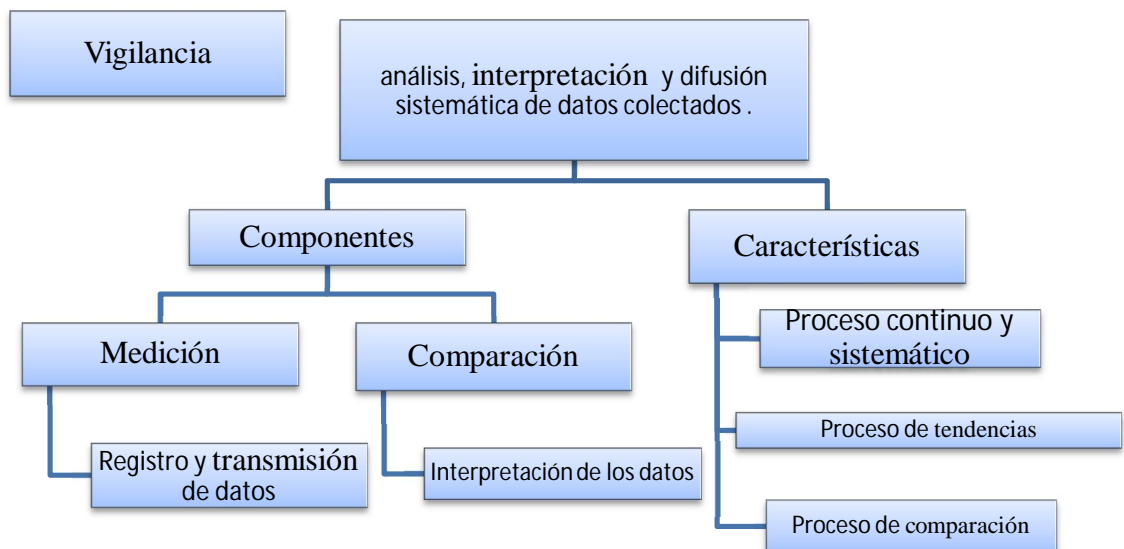
ANEXO 5.- Modelos de Causalidad



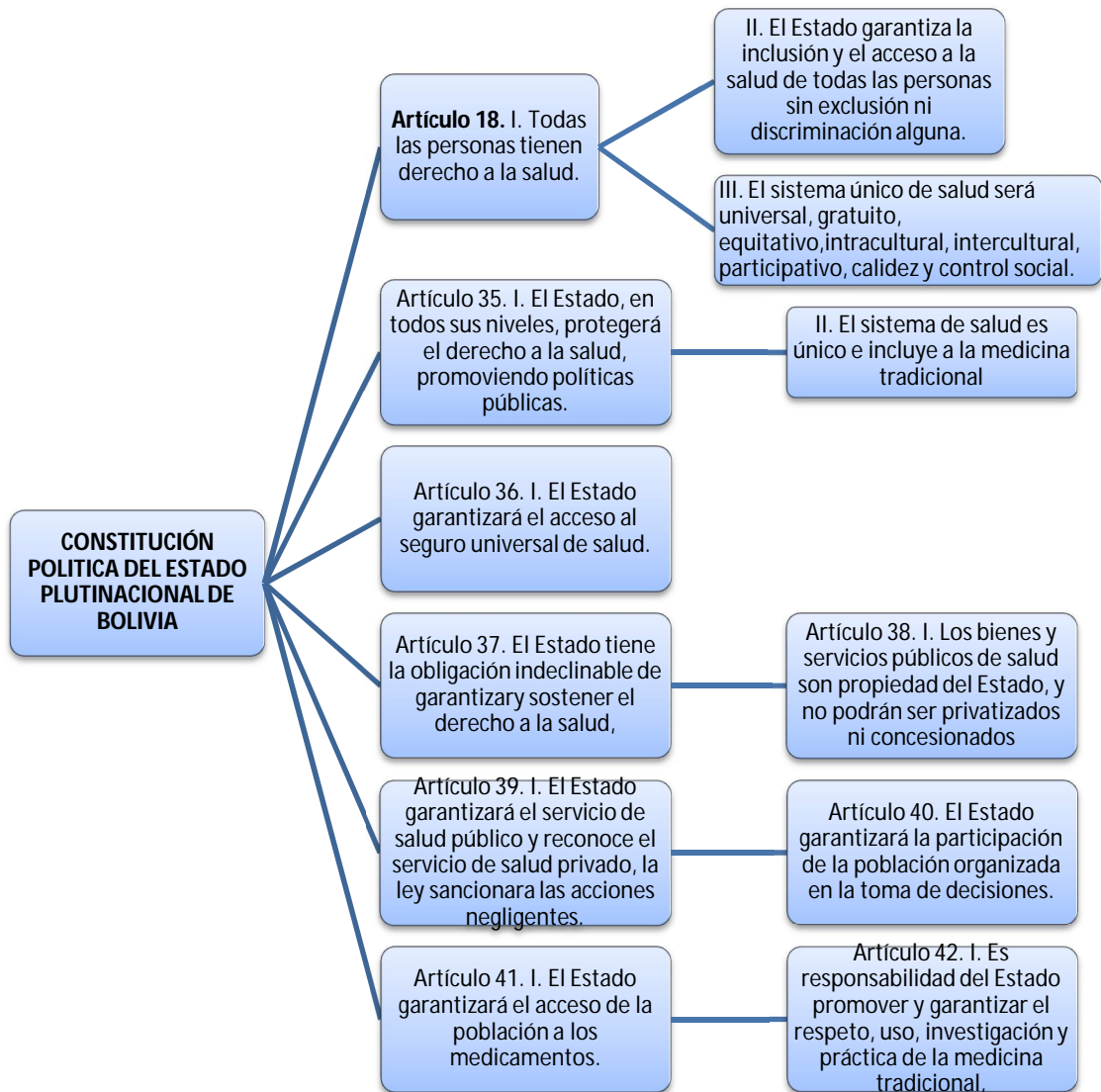
ANEXO 6.- Mapa conceptual acerca de la planificación y los niveles de planificación.



ANEXO 7.- Vigilancia en salud



ANEXO 8.- Mapa mental de la Constitución Política del estado.



ANEXO 9.- Matriz de Leyes

Leyes nacionales	Artículos relevantes vinculados con la protección y promoción de la salud	Artículos relevantes vinculados a la gestión departamental y municipal de los servicios de salud	Artículos relevantes vinculados a la programación local
DS 29601 SAFCI	En su artículo menciona mejorar las condiciones ambientales para tener una mejor calidad de vida	En el artículo 12 y 13 menciona la estructura de SAFCI con la red municipal y responsable municipal	artículo 3
LEY 475 SIS	Universalización de la atención integral con promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.	Artículo 2 (PRINCIPIOS) integralidad, interculturalidad, integralidad, participación popular	
Ley 2028	de municipalidades en el artículo 8 menciona la responsabilidad del municipio para la contribución de prestaciones de salud a niños, mujeres, ancianos.	Artículo 167 los sectores de salud deberán adecuar la organización de servicios para realizar planificación municipal Artículo 8 atender a toda la población en organismos públicos y privados	
LEY 1551	PARTICIPACION POPULAR 13, indica el traspaso de la estructura de salud estatal a manos del municipio.	Artículo 12, 13	
CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO	ARTICULO 37 se menciona la Ley 1178 SAFCO Administración y Control Gubernamental evención y promoción como parte importante para mejorar la salud		
CPE	CPE artículo 45 hace mención al derecho de todos los bolivianos y bolivianas para para acceder a un servicio	CPE artículo 45 hace mención al derecho de todos los bolivianos y bolivianas para para acceder a un servicio	

MATRIZ MARCO NORMATIVO			
Leyes nacionales	Artículos relevantes vinculados a la protección y a la promoción de la salud	Artículos relevantes relacionados a la protección y promoción de la salud	Artículos relevantes vinculados con la programación local
Programa Multisectorial desnutrición 0	Erradica la desnutrición crónica de nuestro país ya que ayuda a los niños mediante el Decreto Supremo N° 2167, que aprueba la Política de Alimentación y Nutrición.		
Programa Ampliado de Inmunización, <u>PAI</u>	Es un programa con equipo técnico, forma parte de la unidad de epidemiología que garantiza el control de enfermedades prevenibles por vacunas.		
Programa Bono <u>Juana Azurduy</u> , (BJA)	Incentiva a todas las mujeres embarazadas acudir a controles regulares y gozar de un bono por asistencia a los servicios de salud, el cual nos permite abordar a la embarazada y tener un mejor control de los factores de riesgo identificados para mantener un buen estado de salud del binomio.		
Programa Nacional de <u>Enfermedades no Transmisibles</u>	En el 2002, la Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las enfermedades no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe, las enfermedades crónicas.		
Programa de <u>VIH –SIDA</u>	Es un programa de Planes Estratégicos, que están orientados la realización de actividades para la prevención diagnóstico oportuno y tratamiento de igual forma el, control y vigilancia epidemiológica de las ITS, VIH y SIDA.		
Programa de <u>Tuberculosis</u>	Tiene como visión vigilar y controlar la enfermedad de la tuberculosis con atención integral de calidad con equidad y eficiencia a la población en general.		
Continuo de atención en el curso de la vida	Brindar atención a niños menores de 5 años, adolescentes, embarazadas, planificación familiar, adulto mayor, atención a discapacitados, con un enfoque integral y una relación con su entorno.		

ANEXO 10.- Tabla de Determinantes

DETERMINANTES DE ESTRUCTURA			SANEAMIENTO BASICO		
Tenencia de vivienda			Abastecimiento de agua		
1	183	96%	1	106	55%
2	2	1%	2	40	21%
3	6	3%	3	29	15%
4	0	0	4	16	9%
Total	191	100	Total	191	100
Número de personas por cuarto			Manejo de basura		
1	15	9%	1	3	2%
2	27	14%	2	14	7%
3	136	71%	3	29	15%
4	13	6%	4	145	76%
Total	191	100	Total	191	100
Nivel de educación			Eliminación de excretas		
1	153	80%	1	46	24%
2	28	15%	2	0	0
3	10	5%	3	0	0
4	0	0	4	145	76%
5	0	0	Total	191	100
Total	191	100			

Codigo de Carpeta

IV. DETERMINANTES DE SALUD	
A. Tipo de vivienda	4
Vivienda adecuada	10
Condiciones	15
Cuadras u habitaciones	20
Clasificación de salud pública	25
Asentamiento no destinado para vivienda	30
C. No. de personas por cuarto	5
Una o dos personas	10
Tres	15
Cuatro	20
Cinco	25
Ses o más	30
F. Eliminación de excretas	5
Servicio sanitario en domicilio	10
Excusado público, cubilete	15
Letrina	20
Pozo negro	25
Ala libre	30
M. Hábitos Nutricionales	1
Le permite abastecer	2
Satisface necesidades	3
Satisface necesidades básicas	4
A veces no alcanza	5
Insuficiente	6
N. Nivel de instrucción de la madre	5
Unidad	10
Primaria	15
Secundaria	20
Preparada	25
Sin instrucción	30
B. Tenencia de vivienda	1
Propia	2
Arrendada	3
Alquilada	4
Otra	5
H. Abastecimiento de agua	5
Agua por canchales	10
Red pública	15
Producción artesanal/Cisternas	20
Artesanal	25
Cisternas/Artesanal/Cisternas	30
E. Manejo de basura	1
Recibo domiciliario	2
Basura empujada	3
Calle/campo abierto	4
Quemada	5
Resguardada	6
G. Consumo diario de alimentos	1
Consumo diario de carnes, mariscos y derivados	2
Consumo diario de alimentos de origen animal	3
Consumo diario de frutas y verduras	4
Consumo diario de aceite	5
Consumo diario de sal y azúcar	6
Puntaje de la familia	
Anular puntaje obtenido	
Rango de riesgo	
Bajo	28 a 51 puntos
Medio	52 a 126 puntos
Alto	127 a 191 puntos