



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 Trojes, Municipio de Tiquipaya**

**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: Joaquin Lara Pabon

COCHABAMBA – BOLIVIA

2019



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 Trojes, Municipio de Tiquipaya**

**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: Joaquin Lara Pabon

DOCENTE TUTOR: Dra. Rosario André Dalence

COORDINACIÓN ACADÉMICA: Dra. Rosario André Dalence

COCHABAMBA – BOLIVIA

2019

DEDICATORIA

A:

Dios, por ser parte de mi vida. A mis padres quienes me dieron la vida, educación, amor, apoyo y consejos incondicionales. A mis compañeros de estudio, a mis docentes y amigos, que me brindaron su ayuda en todo momento, los quiero mucho.

AGRADECIMIENTOS

A la UNIVERSIDAD ANDINA “SIMÓN BOLIVAR” por darnos la oportunidad de ser especialistas y contribuir con nuestros conocimientos a nuestro país.

A nuestra Coordinadora Académica, Tutora y Docente Dra. Rosario André, una excelente profesional por su apoyo, comprensión, motivación y guía para la elaboración de este trabajo de grado, y a mis docentes que me inculcaron sus conocimientos para ser un mejor profesional.

A todos... MUCHAS GRACIAS

RESUMEN

El siguiente trabajo de grado fue realizado en la Comunidad de Trojes, Municipio de Tiquipaya, donde diseñamos un plan estratégico para la atención de la salud, basado en la programación local y vigilancia de la salud, que corresponde al periodo de 2018 a 2022.

En la primera parte se realizara búsqueda de información bibliográfica para editar el marco referencial, conceptual, legal, normativo y la metodología que es un instrumento imprescindible que sustenta nuestro trabajo.

En la segunda parte se realizara el relevamiento del área geográfica y contexto poblacional, tomando en cuenta el ámbito territorial, las características demográficas y del medio ambiente, características socioeconómicas, características socioculturales y determinantes de la salud, también vamos a buscar información sobre las principales causas de morbilidad y elaborar el perfil epidemiológico para indagar la frecuencia y distribución de la morbilidad en el Municipio de Tiquipaya.

En la tercera parte se diseñara un plan estratégico de un programa integral de atención de salud, definiremos nuestras líneas de acción, objetivos estratégicos y actividades del plan de salud a nivel local.

Se realizara un análisis del sistema de vigilancia de la salud, un análisis del sistema de información y se incorporara como parte del plan estratégico por último se procederá a describir los límites de espacio y tiempo, financiamiento y evaluación de cada programa que conforma el plan estratégico.

INDICE

	Pág.
PARTE I.....	1
REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS.....	1
1. Marco Referencial.....	1
2. Marco Conceptual.....	3
3. Marco Legal.....	8
4. Marco Normativo.....	10
5. Metodología.....	12
PARTE II.....	14
ANÁLISIS SITUACIONAL.....	14
1. CONTEXTO.....	14
1.1. Ámbito Territorial.....	15
1.2. Características Demográficas y del Medio Ambiente.....	17
1.3. Características Socioeconómicas.....	22
1.4. Características Socioculturales.....	23
2. DETERMINANTES DE LA SALUD.....	26
2.1. Vivienda.....	27
2.2. Condición Socioeconómica.....	28
2.3. Ocupación.....	29
2.4. Categoría Ocupacional.....	30
2.5. Nivel de Educación.....	31
2.6. Consumo y Suministro de Agua.....	32
2.7. Cloración del Agua.....	32
2.8. Eliminación de Excretas.....	33
2.9. Eliminación de Residuales Líquidos.....	33
2.10. . Almacenamiento de Desechos Sólidos.....	34
2.11. Recolección de Desechos Sólidos.....	34
2.12. Vectores.....	35
2.13. Tenencia de Animales Domésticos.....	36
2.14. Factores de Riesgo para Enfermedades Transmisibles.....	36

2.15.	Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles.	37
2.16.	Factores de Riesgo Laboral	38
2.17.	Grupos de Dispensarización.....	39
3.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	40
3.1.	Principales causas de morbilidad	41
3.2.	Enfermedades Transmisibles.....	42
3.3.	Enfermedades No Transmisibles	44
3.4.	Discapacidad.....	46
3.5.	Tipo de Discapacidad.....	48
3.6.	Salud Oral.....	49
3.7.	Canal endémico	50
4.	PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD	51
5.	LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	53
5.1.	Descripción del equipamiento básico respecto a centros de recreación, escuelas, Ambulancias etc.	53
5.2.	Oferta de servicios de salud	54
5.3.	Accesibilidad geográfica.....	55
6.	DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD.	57
7.	NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN.....	60
8.	ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN	67
9.	DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN QUE ORIENTARÁN EL PLAN	69
	PARTE III.....	70
	PROPUESTA.....	70
1.	MOMENTOS NORMATIVO Y ESTRATÉGICO.....	70
1.1.	VISIÓN	70
1.2.	ESTRATEGIA	71
1.3.	CONSTRUCCION DE ALIANZAS ESTRATEGICAS	71
1.4.	ANÁLISIS FODA	72
1.5.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	72
1.6.	LÍNEAS DE ACCIÓN.....	74
2.	MOMENTO TÁCTICO OPERACIONAL	75

2.1. Matriz: Relación de las Áreas de Actividad con los Objetivos estratégicos, líneas de acción, resultados, indicadores y medios de verificación:.....	75
2.2. Matriz- Relación de objetivos estratégicos y actividades del Plan de Salud en el nivel local.....	76
2.3. Matriz - Resumen del Plan.....	78
2.4. Cronograma de Actividades	81
3. Programas que conforman el plan estratégico.	83
3.1. Programa de Atención de los problemas prioritarios de salud de la población general del área seleccionada	83
3.2. Programa: Vigilancia en salud	87
3.3. Programa Optimización de los servicios de nivel primario para la programación local y la vigilancia de la salud	92
BIBLIOGRAFIA	94
ANEXOS.....	98

PARTE I

REFERENTES CONCEPTUALES, LEGALES, NORMATIVOS Y METODOLÓGICOS

1. Marco Referencial

En septiembre del año 2000, 189 países se comprometieron a alcanzar hasta el 2015 las metas propuestas para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) los cuales se resumen en 8 puntos (1,2), que se crearon como una hoja de ruta para poner en marcha la Declaración del Milenio, con base en los valores y principios acordados por los Estados Miembros en la Cumbre del Milenio, los mismos han servido de marco mundial para la acción colectiva orientada a la reducción de la pobreza y a la mejora de las vidas de las personas de pocos recursos.

Los ODM, reflejan el propósito común de definir metas mínimas a alcanzar para 2015. Estos objetivos pretenden que todos accedan a servicios que les permitan una vida digna en igualdad de condiciones y oportunidades. (3)

Los objetivos del milenio se resumen en:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves
7. Garantizar la sostenibilidad ambiental
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (3)

Para idealizar un cambio en la salud es necesario plantear la mejora de la calidad de vida por lo que nos apoyaremos en mejorar las determinantes de salud, ya que estos explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, las diferencias injustas y evitables,

mejorando las condiciones o las determinantes reduciremos las enfermedades, basados y guiados por los mismos Objetivos del Milenio. (4,5)

Según la PNUD, Bolivia fue el primer país en América Latina, y uno de los doce primeros a nivel mundial en preparar un informe Nacional de Progreso sobre los ODM.

Hasta la fecha, 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. (6)

Según el séptimo informe de los ODM de la UDAPE 2012, Bolivia refleja un gran progreso (7), en los siguientes objetivos:

- Lograr la enseñanza primaria universal, en el 2012 se encontraba en 94.98%, siendo la meta para el 2015 de un 100%.
- Erradicar la pobreza extrema y el hambre que se encuentra en 21.6%, un progreso realmente significativo, disminuyendo el porcentaje de hambre y desnutrición en niños menores de 2 años.
- Mejorar la salud materna meta de cobertura del parto alcanzada antes del 2015.
- Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer para el año 2011 tenía un 1.2 puntos porcentuales favorables a la población femenina.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo, realizando alianzas para un mejor acceso a telefonía móvil, internet y teléfono fijo.

Sin embargo, en Bolivia existen más de dos millones de personas que viven en extrema pobreza, la pobreza todavía se concentra en el área rural, donde muchas personas viven en la indigencia, por lo que la desigualdad persiste.

2. Marco Conceptual

La salud es considerada como un fenómeno estrechamente vinculado a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales del país y de su diversidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, un derecho fundamental el goce del grado máximo de salud posible, sin distinciones (8), es importante abordar la temática de los factores que intervienen en el proceso de salud – enfermedad y los determinantes sociales de salud y la importancia de los mismos sobre la salud de la población.

En Bangkok, se establecen las medidas, compromisos y promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud, mediante la promoción de salud, siendo esta un elemento constitutivo de las políticas y los planes de desarrollo, que sea responsabilidad de todos los niveles de gobierno y den financiamiento sustentable, que la promoción sea foco de iniciativas y empoderamiento de las comunidades y la sociedad civil. (9)

En 1986 en Ottawa (Ver Anexo N°1) se planteó "salud para todos en el año 2000", y la importancia de un cambio en la medicina y acciones internacionales las cuales estarían apoyadas por los 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. (10)

La promoción de la salud es, por ello, una práctica que transforma las condiciones de vida de la comunidad impulsando la equidad y el bienestar social, una práctica de empoderamiento, de participación, de socialización del conocimiento, de movilización para la construcción social de la salud. (11)

La prevención de salud es “la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo y para ello existen tres niveles de prevención: primaria o inhibición del desarrollo de la enfermedad antes de que ocurra; secundaria o detección temprana y tratamiento de la enfermedad; terciaria, rehabilitación o recuperación del

funcionamiento adecuado. (Alan Dever, 1991:21)(12)

También según el marco conceptual de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud y la generación de equidades la “Dra. Orielle Solar” señala que el tema de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) evidentemente no es nuevo y menos aún en nuestra región. (11)

Nos menciona también sobre los factores intermediarios expresados en una (desigual) distribuidos en 3 tipos de factores: los factores de vivencias materiales en las áreas de vivienda, trabajo, alimentación, saneamiento etc.; por otro los factores psicosociales y conductuales; y por ultimo ciertamente los factores biológicos, la interacción de estos determinantes y cómo influyen en la salud y la enfermedad de los individuos.

Los determinantes de la salud conforman, así un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individualmente tanto histórica, como socialmente y la relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental. (11)

Por lo tanto, son el resultado de la interacción de los factores de medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y los sistemas de salud, en este sentido con el paso de los años se fueron incorporando los diferentes modelos de causalidad que establecen la relaciones entre las causas y los efectos en epidemiología, indica que se investiga las asociaciones que puedan existir entre el estado de la salud-enfermedad de una población ya que existen diversos modelos, como el de causa simple/efecto simple, causa múltiple/efecto simple y el modelo de causa múltiple/efecto múltiple (12) (Alan Dever1991: 22)

El modelo Causa Múltiple/Efecto Múltiple, abarca conceptos de salud holística y de bienestar, de allí que los epidemiólogos examinan patrones de enfermedades en grupos de personas para luego tratar de determinar por qué ciertos individuos desarrollan una enfermedad y otros no. (12)

La situación de salud en las comunidades, de las familias y de los individuos, está influida por diversos factores los cuales, muchas veces, los afectan positiva o negativamente sin que tengan la menor idea de por qué, desde donde y hasta cuándo, y es ahí donde la planificación juega un rol muy importante ya que planifica acciones que influencia la vida de las personas, la comunidad, el país y al mundo, interviniendo en dichos factores.

Los sistemas de salud deben facilitar las aportaciones coordinadas e integradas de todos los sectores, incluidos los sectores público y privado, en torno a los factores determinantes de la salud.

Las intervenciones estos determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria serán respaldadas por un sector público con capacidad de acción y decisión, la sociedad civil desempeña un importante papel en las intervenciones sobre los determinantes.

La epidemiología concibe el fenómeno salud y enfermedad como un proceso dinámico. El individuo pasa de un estado a otro, repetidamente, a lo largo de su vida.

La epidemiología se aboca como desafío científico, a estudiar el proceso salud-enfermedad en su más amplia conceptualización. (Gabriel Rada; 2007: 1) (13)

En el enfoque epidemiológico, observamos que la planificación de la salud, tiene como finalidad la modificación de todos o algunos determinantes de la salud, medio ambiente, estilo de vida, servicios de bienestar social.

Todo este proceso se realiza bajo una planificación de la salud, que se define como los proyectos de promoción de la salud, y las actividades que integran la educación para la salud, la planificación de la atención a la salud, serán las actividades que se realicen en las comunidades o áreas de salud con el fin de ofrecer los servicios adecuados de atención a la salud.

La planificación es un proceso orientado a la acción por medio del cual una institución se adapta a los cambios tanto en su estructura interna como en su ambiente exterior.

Planificar consiste en identificar problemas (actuales y futuros), fijar prioridades de intervención para implementar soluciones, determinar si éstas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica, identificar los factores que determinan el estado de cosas consideradas insatisfactorias, establecer los cursos de acción posibles, determinar responsabilidades de la ejecución de las soluciones propuestas y definir los procedimientos de evaluación (anteriores y posteriores) que permitan monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para el fin perseguido y si los resultados están dentro de lo esperado.” (Alan Dever 1991:55-60)(12)

La respuesta social organizada está representada por programas de las áreas locales y se refiere al conjunto de actividades coordinadas y encaminadas a la obtención de los objetivos establecidos.

Este proceso implica la identificación del problema, priorización de los problemas, ejecución y evaluación (Mario Virgolini; 7). (14)

La planificación ha llegado ser una herramienta indispensable para el personal de salud, es el proceso de cambio por medio del cual se establecen las bases para la toma racional de decisiones encaminadas a lograr en futuro que se desee.

“Francisco Hernández Torres; 1999: 5”, es un proceso que reúne información y la usa para el desarrollo y elaboración de acciones y actividades de organización, tiene 3 niveles: normativo, estratégico, operativo y para la salud. (12,20). (Ver Anexo N°2)

La planificación normativa, establece la política general que incluye los valores o la ideología que será el marco para alcanzar los objetivos generales.

La Planificación táctica o estratégica, permitirán alcanzar los macro-objetivos y las estrategias definidos con la planificación estratégica, corresponden a los planes a mediano plazo de las principales áreas de la organización.

Se basa en el análisis de la información y en la intuición y perspectivas de quienes participan, para estimar el futuro y decidir los cursos de acción en el largo plazo; vincula la planificación normativa (misión, visión y valores) con los objetivos y estrategias por abordar, define las pautas generales para la planificación y la gestión de toda la organización.

La Planificación operativa, pretende concretar el logro de los objetivos y las metas de la planificación estratégica y la táctica; y el uso de los recursos y los responsables de ellos. (Alan Dever; 1991: 56)(12)

Bolivia es uno de los países más pobres de Latinoamérica, aún a pesar de que en los últimos años se han mejorado los indicadores macroeconómicos, pero no lo suficiente, y aun varias metas del milenio planteadas están lejos de ser alcanzadas, sin embargo bajo las premisas de la Salud Universal, en busca de garantizar la salud como derecho humano y social, reconocido por el Art. 18 de la Constitución Política del Estado(15), en el modelo SAFCI, fundamentados en el Plan Nacional de Desarrollo Social y Económico, considera a las determinantes y la salud bajo el principio de integralidad, es decir como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, el medio ambiente, el cosmos y el mundo espiritual con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción, prevención y rehabilitación de las enfermedades, de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la Constitución Política del Estado Plurinacional.(16)

3. Marco Legal

El Marco legal de nuestro trabajo será fundamentado por leyes como:

- Constitución Política del Estado, que es la norma jurídica suprema que rige la organización de un Estado, estableciendo: la autoridad, la forma de ejercicio de esa autoridad, los límites de los órganos públicos, definiendo los derechos y deberes fundamentales de los ciudadanos y garantizando la libertad política y civil del individuo. (15)(Ver Anexo N°3)

En la nueva Constitución Política del Estado en los artículos 35, 36, 37 de los derechos a la salud y la seguridad nos habla que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, garantizará el acceso al seguro universal de salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar colectivo, además de priorizar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

También hace referencia a los derechos y deberes de la población en los art 1-6, artículo 15-20, donde podemos mencionar el artículo 18, como el más sobresaliente ya que menciona el derecho a la salud y en su inciso 3, menciona al sistema único como universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.

- Ley 031 la ley Marco de Autonomías menciona elaborar políticas nacionales para el Sistema Único de Salud (SUS).
- Ley 3351, Ley de Organización del Poder Ejecutivo, hace referencia a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación del modelo sanitario.
- Ley 2028 de Municipalidades en el artículo 8, menciona la responsabilidad del municipio para la contribución de prestaciones de salud a niños, mujeres, ancianos, discapacitados y a la población en general, en el artículo 167 menciona

que los servicios de salud deben adecuar la organización territorial del municipio y en el artículo 10, declara a la salud como una utilidad o necesidad pública.

- Ley 1551 de Participación Popular: artículo 8, indica que es deber de las organizaciones de base el promover la salud de la población y el artículo 13, indica el traspaso de la estructura de salud estatal a manos del municipio, artículo 30, se enfoca en el derecho a la salud de las naciones y pueblos indígenas y originarios. Artículo 35 propone un sistema único incluyente de la medicina tradicional y el acceso universal a servicios.
- Artículo 36 se refiere al acceso a un seguro universal de salud. artículo 37 reconoce la obligación del estado de garantizar y sostener el derecho a la salud.
- Ley N° 1178, de Administración Control Gubernamental, más conocida como Ley SAFCO, que se ocupa del modelo de administración y uso de los recursos estatales estableciendo interrelaciones con los sistemas nacionales y que regula la responsabilidad de la función pública.
- Ley N° 341 de Participación y Control Social, que propone un marco general de participación y control social definiendo fines, principios, atribuciones, derechos, obligaciones y formas de ejercicio de esta participación, empoderando a la población.
- Ley N° 1678 de la persona con discapacidad, que busca garantizar el una vida plena a las personas con esta condición.
- Decreto Supremo N° 0066 de implementación del Bono Juana Azurduy, una transferencia en efectivo condicionada que busca reducir la morbi-mortalidad de mujeres embarazadas y niños menores de dos años.
- Decreto Supremo N° 28667 de Desnutrición Cero, que busca impulsar y coordinar la participación para la formulación, difusión y seguimiento de

políticas de alimentación y nutrición para erradicar la desnutrición en el ámbito nacional.

- Decreto Supremo 29601, que establece la Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, que propone el enfoque de la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud mediante la implementación del modelo SAFCI en todo el territorio nacional. Se ha organizado la información sobre el marco legal que tiene relación con el plan estratégico en una matriz que se puede encontrar en: (Ver Anexo N°4).

4. Marco Normativo

El 16 de junio del 2006, el Gobierno nacional publicó el Plan Nacional de Desarrollo, un instrumento estratégico que implica la concepción política y estratégica del desarrollo del país en los ámbitos sectoriales y territoriales en el paradigma del Vivir Bien.

Este plan es una guía que pretende cambiar el modelo anterior por uno más participativo y comunitario con el fin de lograr el Vivir Bien. El Ministerio de Salud, como cabeza del sector, se incluye principalmente en la perspectiva de “Bolivia Digna”; en este sentido, ha desarrollado el Plan Nacional de Desarrollo Sectorial 2010-2020 (16).

El Ministerio de Salud ha elaborado reglamentos para la aplicación de la Normas en el tema de salud para los distintos niveles de atención de la salud, con caracteres de aplicación obligatoria a todos los establecimientos de salud.

- Programa Bono Juana Azurduy que incentiva a todas las gestantes acudir a controles regulares y gozar de un bono por asistencia 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 ampliado de inmunización (PAI) Es un programa de vigilancia prevención y control de las enfermedades a través de las vacunas.

Que tiene como objetivo reducir el riesgo de enfermedad y morir por enfermedades inmunodepresibles mediante la aplicación universal de la vacunación y vigilancia epidemiológica que está tutelado por la ley 1178 en sus artículos 1, 10, 28.

- Programa multisectorial desnutrición 0 (PMD0) lanzado 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. (18)
- Programa Nacional de Tuberculosis busca aportar en el fortalecimiento de los procesos de prevención, localización de casos, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Estas normas se ejecutan en todos los establecimientos de salud del país y las prestaciones de diagnóstico y tratamiento están garantizadas por el Estado.
- 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:
 1. Enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, accidentes y violencia.
 2. Enfermedad bronquial obstructiva crónica y cirrosis hepática.
 3. Obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial.
 4. Enfermedades mentales, osteoporosis y enfermedades musculo esqueléticas.(19)

- Programa de Prevención y Control de Enfermedades Renales se creó no solo mejorando la calidad de vida de las personas afectadas, sino también, reduciendo los costos globales de las enfermedades crónicas prevalentes vinculadas a la enfermedad renal.
- Programa Nacional ITS/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.
- Norma nacional de profilaxis de rabia humana y animales tiene como objetivo uniformar los criterios, estrategias y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud, con relación a las medidas preventivas, profilácticas y de control de la rabia. Esta Norma es de cumplimiento obligatorio en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia para el personal del Sistema Nacional de Salud.
- Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI); es la recuperación de la soberanía sanitaria siguiendo el rol rector del Ministerio de Salud; la revalorización de la salud como prioridad de individuos, comunidades y familias; la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y calidad de vida; y la alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia, la habilitación, rehabilitación, prevención e igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas y la inclusión social de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza.

5. Metodología

Inicialmente se realiza una revisión bibliográfica llevada a lo largo del curso como: MOPECE, el libro de epidemiología de Alan Dever, Virgolini, Dr. Carlos Castillo, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, el Plan Nacional de Desarrollo sitio web.

En la segunda parte del trabajo se realiza análisis situacional de la comunidad de trojes, donde se recolecta información y base de datos de los diferentes registros como ser: los Cuadernos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica SNIS-VE, SOAPS y SICE, Censo de Población y Vivienda 2012, historias clínicas, registro de certificados médicos, carpetas familiares, formularios de informes semanales y mensuales, etc.

Tomando en cuenta los antecedentes más importantes y haciendo un énfasis en la ilustración del perfil epidemiológico, se utilizaran técnicas de identificación y priorización de problemas en método de CASTILLO y métodos en la determinación de necesidad de comunidad el FORUM COMUNITARIO.

PARTE II

ANÁLISIS SITUACIONAL

El análisis de situación de salud (ASIS) es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud.

Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el estado y la misma comunidad. (21)

El análisis situacional, constituye un arma imprescindible para el médico en su labor constante para preservar y aumentar la salud de la población, el mismo permite detectar los principales problemas de salud existentes en la comunidad y elaborar una serie de medidas que nos llevan a elevar el nivel de vida y de salud de la población.

1. CONTEXTO

Tiquipaya, también conocida por La Ciudad De Las Flores, es una ciudad y municipio de Bolivia, ubicado en la provincia de Quillacollo del departamento de Cochabamba. Forma parte de la Región metropolitana de Cochabamba.

Es considerada la ciudad capital del municipio (Distrito IV) se encuentra aproximadamente a 11 km de la ciudad de Cochabamba. Tiquipaya, es la Tercera Sección Municipal de Quillacollo, se encuentra ubicada al Nor Oeste de la ciudad de Cochabamba, entre los 17 grados, 20' latitud Sur, 65 grados, 74' longitud Oeste, con una extensión aproximada es de 57,208 Ha. 2.640 m.s.n.m; con 22° C de temperatura y 600 m.m. de precipitación pluvial. (22)

Según los datos del INE, el municipio cuenta con una población de 53,668 habitantes de los cuales 27,711 corresponde a mujeres y 25,957 corresponde a varones. (INE – CENSO 2012). (23)

1.1. Ámbito Territorial

El Municipio de Tiquipaya cuenta con 53,668 habitantes, la población total asignada al Hospital Materno Infantil Tiquipaya es de 33,587 habitantes.

Políticamente está dividido en seis Distritos: Los distritos 1, 2, 3 pertenecen a la cordillera que es íntegramente rural y los distritos 4, 5, 6 pertenecen a los valles con predominio urbano.

La comunidad de Trojes pertenece al Distrito 5 del Municipio de Tiquipaya; la misma se encuentra ubicada a 2 ½ kilómetros del Hospital Materno Infantil Tiquipaya, cuenta con una población de 1590 habitantes y tiene 12 manzanos. (Ver anexo N°5)

El área de estudio es área urbana, con relación a sus límites, limita al Norte con la comunidad de Chilimarca, al Sur con Cana rancho, al Oeste con Santiaguilla y al Este con el río Taquiña.

1.1.1. Ubicación geográfica

El Municipio de Tiquipaya corresponde a la 3° sección de la provincia Quillacollo, del departamento de Cochabamba, del estado Plurinacional de Bolivia.

Se encuentra a 13 kilómetros hacia el oeste de la ciudad de Cochabamba. Tiene una extensión territorial de 1.866.44 Km². (22) En cuanto a la religión la que más se profesa es la católica y una minoría la evangélica.

Con relación al idioma el que predomina es el castellano seguido por el quechua, esta tendencia refleja el impacto de la migración durante la historia tanto del municipio como el de la comunidad y con relación a sus límites, limita al Norte con la comunidad de Chilimarca, al Sur con Cana rancho, al Oeste con Santiaguilla y al Este con el río Taquiña.

La sección de estudio seleccionada, es la comunidad de Trojes pertenece al Distrito 5 de este Municipio, ubicada a 2 ½ kilómetros del Hospital Materno Infantil Tiquipaya.

La población de la comunidad de Trojes es de 1590 habitantes, conformada por 12 manzanos. (Ver anexo N°5)

1.1.2. Latitud y longitud

El Municipio de Tiquipaya se encuentra a una latitud sur de 17°20' y longitud oeste de 65°74', con una altura de 2453 msnm.

1.1.3. Límites territoriales

- Al Norte con municipio de Villa Tunari de provincia Chapare y con la provincia Ayopaya.
- Al Sud con municipio Colcapirhua, quinta sección de provincia Quillacollo, y provincia cercado.
- Al Este con el municipio de Sacaba y Villa Tunari de la provincia de chapare y la provincia cercado.
- Al Oeste con el cantón el paso perteneciente a Quillacollo.

La comunidad de Trojes es un área urbana, con relación a sus límites, limita al Norte con la comunidad de Chilimarca, al Sur con Cana rancho, al Oeste con Santiaguilla y al Este con el río Taquiña.

1.1.4. Clima y temperatura

El clima en el Municipio de Tiquipaya es característico a la zona de los valles (con alta predominancia urbana) tiene un clima templado, sufre cambios térmicos definidos por

las estaciones del año, semi-seco en otoño, relativamente húmedo en primavera y verano y seco en invierno.

Esta zona del valle, tiene un temperatura media diaria de 14.5 grados centígrados. En el mes de febrero la humedad relativa promedio es de 65 % y la precipitación pluvial media es de 600 mm anual.

1.2. Características Demográficas y del Medio Ambiente

Las características demográficas del Municipio de Tiquipaya, es desarrollada en base a la distribución poblacional por grupos etareo crecimiento poblacional, distribución espacial, mortalidad y fecundidad descritas a continuación.

1.2.1. Composición por grupos de edad y sexo

El Municipio de Tiquipaya cuenta con 53,668 habitantes, de los cuales 27,711 son mujeres que representa el 51,64% y 25,957 varones, representando el 48, 63% del total de la población (INE – CENSO 2012). (23)

Con relación a su distribución poblacional, se darán a conocer en el siguiente gráfico:

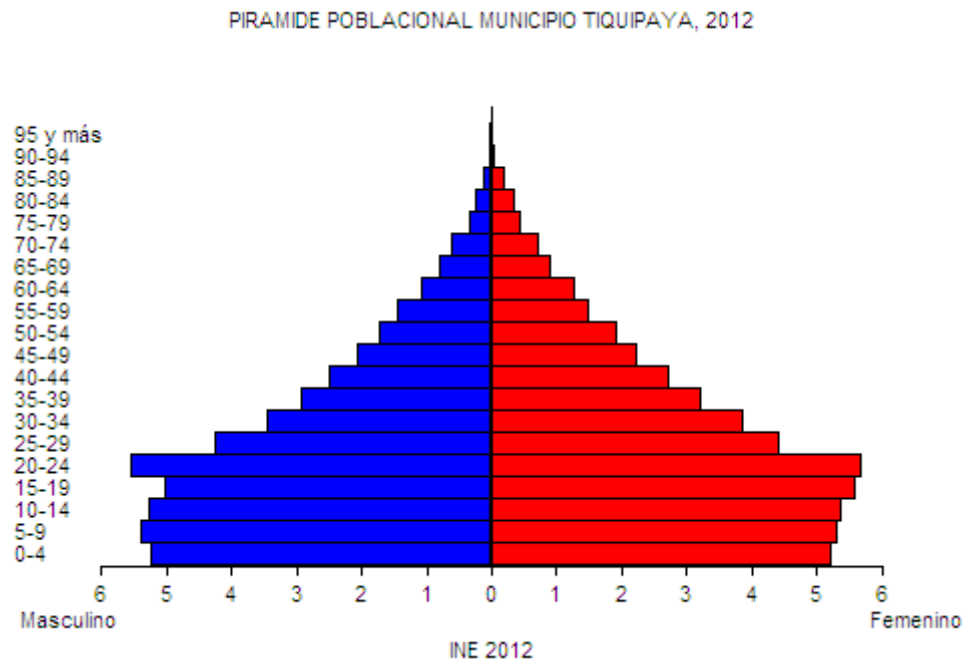
Tabla N° 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO MUNICIPIO TIQUIPAYA, 2012.

Grupo de edad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
0-4	2,819	10,1	2,819	10,8	5,638	10,5
5-9	2,873	10,3	2,904	11,1	5,777	10,7
10-14	2,902	10,4	2,834	10,9	5,736	10,6
15-19	3,020	10,8	2,705	10,4	5,725	10,6
20-24	3,065	11,0	2,982	11,4	6,047	11,2
25-29	2,386	8,6	2,284	8,7	4,670	8,7
30-34	2,086	7,5	1,864	7,1	3,950	7,3
35-39	1,734	6,2	1,577	6,0	3,311	6,1
40-44	1,471	5,3	1,351	5,2	2,822	5,2
45-49	1,216	4,3	1,116	2,8	2,332	4,3
50-54	1,048	3,7	926	3,5	1,974	3,6
55-59	821	2,9	777	2,9	1,598	2,9
60-64	698	2,5	591	2,2	1,289	2,4
65-69	511	1,8	445	1,7	956	1,7
70-74	405	1,4	338	1,3	743	1,3
75-79	264	0,9	186	0,7	450	0,8
80-84	207	0,7	139	0,5	346	0,6
85-89	116	0,4	74	0,2	190	0,3
90-94	43	0,1	25	0,0	68	0,1
95 y mas	26	0,0	20	0,0	46	0,0
Total	27,711	100	25,957	100	53,668	100

FUENTE: Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012,2018.

El grupo de edad que predomina en el sexo masculino es de 20-24 años con un 11.4%, en el caso del sexo femenino el rango de edad más frecuente es igual de 20-24 años que representa 11.0 %, como se puede observar del 100% de la población, el 51,64% son del sexo femenino y el 48.36% son del sexo masculino por lo que se podría decir que hay un predominio del sexo femenino. Es una población netamente joven.

**Gráfico N°1. Pirámide Poblacional por grupos etareo. Municipio de Tiquipaya.
2012**



FUENTE: Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012,2018.

Como se aprecia en Tiquipaya es un municipio con amplia base predominante de gente muy joven, relativa presencia de gente adulta y reducido de ancianos.

El gráfico explica y muestra, con claridad, la notable y gradual pérdida de recursos humanos jóvenes y adultos que se advierte en el municipio. El dramático descenso se percibe a partir del grupo de edad comprendida entre los 25 y los 29 años.

Este fenómeno puede ser explicado por las prácticas emigratorias de los jóvenes y adultos.

También se puede observar que la mayor población joven corresponde 20 a 24 años.

Pero por otra parte, se debe a la persistencia de alta mortalidad general, por tanto baja esperanza de vida, lo que determina que una baja proporción de población tenga posibilidades de sobrevivir por encima de los 64 años. Sin embargo, también la baja proporción de población mayor a 65 años, Asimismo, como puede observarse, la

pirámide poblacional, pone de manera más clara la igualdad entre masculino y femenina.

1.2.2. Crecimiento de la población

La tasa de crecimiento en el municipio de Tiquipaya para el periodo 2001-2012 fue del 42 por ciento. La tasa anual promedio de crecimiento es de 3,2 por ciento.

1.2.3. Tasa de migración

En la provincia de Quillacollo el saldo es positivo 0.18 gana 18 habitantes por cada 1000 residentes.

En el Municipio de Tiquipaya el abandono permanente o temporal de la residencia habitual dentro o fuera del país en busca de mejores condiciones de vida.

1.2.4. Tasa bruta de natalidad

Se refiere al número de nacimientos vivos ocurridos en un año en una comunidad por cada 1000 habitantes. En el municipio de Tiquipaya es de 34 nacimientos por cada mil habitantes según el censo 2012.

1.2.5. Tasa global de fecundidad

Tasa global de fecundidad del Municipio de Tiquipaya, es de 4 hijos nacidos vivos que en promedio tendría una mujer durante su periodo reproductivo, si no se muriese desde el inicio al final de su vida reproductiva según Censo 2012.

1.2.6. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer es de 65 años.

1.2.7. Tasa bruta de mortalidad

La tasa bruta de mortalidad es de 16,2 defunciones por cada 1000 habitantes según datos del Censo 2012.

1.2.8. Densidad Poblacional

$$DP = \frac{\text{N}^\circ \text{ de habitantes}}{\text{Ext. Territorial}} = \frac{53.668 \text{ hab.}}{1.866.44 \text{ Km}^2} = 28,7 \text{ Hab./Km}^2$$

Por lo que tenemos una Densidad Poblacional de 29 Habitantes por Km. ², en el Municipio de Tiquipaya.

1.2.9. Características medio ambientales

- La Hidrografía del municipio de Tiquipaya, en sus distritos 4, 5 y 6, corresponde al área de influencia de 5 cuencas principales del valle central: cuenca Taquiña, Khora Tiquipaya, Tola Pujru y 2 cuencas que al unirse en su salida forman el Río Chijllawira. La cuenca Taquiña ha sido catalogada por el Programa de Manejo Integrado de Cuencas (PROMIC) como de prioridad alta de manejo.

Las cuencas restantes están consideradas como de moderada prioridad. Por tratarse de cuencas con una influencia significativa sobre un municipio bastante populoso, se han realizado estudios completos y propuesto planes de manejo integral tanto en la cuenca Thola Pujro, como en la cuenca del río Khora Tiquipaya.

El Municipio de Tiquipaya posee más de 111 lagunas de las cuales las más importantes son: laguna escalerani, toro laguna, sayto cocha, laguna mayu, matara, Huara, Huarani, TorreniKjocha, Rumi, Rumi Plaza, PujruKjocha.

- Tiquipaya tienen una cobertura vegetal variada. La vegetación existente al norte del municipio, en la frontera con las provincias Ayopaya y Chapare, es de características semi tropicales. Una parte de la cota 2750 hacia el norte, zona que

corresponde al Parque Nacional Tunari, tiene vegetación constituida por pino, eucalipto, molle, kewuija, jacaranda, thola, etc.

En la zona urbana del municipio de Tiquipaya, existen también áreas verdes, parques infantiles, campos deportivos, que cuentan con vegetación característica de eucaliptos, molles, Jacarandas, pinos, etc.

Finalmente, una gran extensión del municipio de Tiquipaya, entre los límites de terrenos agrícolas, está constituida por árboles, en general, de la especie de eucaliptos y molles. Estos árboles son, en su mayoría, de propiedad privada.

1.3. Características Socioeconómicas

La dinámica de relación de producción y comercialización, está basada en la agricultura y ganadería, seguida por el trabajo industrial, comercio informal y la microempresa libre no asalariada.

1.3.1. Agricultura

Las zonas de siembra, que reciben irrigación desde el canal de riego mediante gravedad o bombeo, están destinadas preponderantemente a la floricultura y cultivo de maíz, alfalfa, papa, cebolla y hortalizas.

La mayor parte de los terrenos pertenecen a familias de agricultores que practican esta actividad de forma privada.

La floricultura en Tiquipaya está reconocida a nivel nacional e internacional por la calidad de los productos, variedad, estabilidad y disponibilidad durante todo el año.

En la comunidad de Trojes se puede encontrar un reino vegetal, muchas variedades de plantas dadas las condiciones ecológicas del clima y excelencia en sus fértiles tierras.

1.3.2. Ganadería

La actividad ganadera más importante en el Municipio de Tiquipaya está relacionada con el ganado bovino, ovino y porcino. Así también, una gran cantidad de familias del área rural se dedican a la cunicultura y la avicultura peri domiciliarias para el consumo propio.

El municipio presenta condiciones muy favorables para la producción pecuaria, salvo pocas excepciones, siendo una actividad sostenible.

La comunidad de Trojes basa su principal actividad comercial, agrícola y ganadera, puesto que estos últimos años está alcanzando mayor importancia y vitalidad.

Además que las condiciones climatológicas permiten el desarrollo normal de los cultivos alcanzando rendimientos aceptables en toda la comunidad.

1.4. Características Socioculturales

1.4.1. Equipamiento Social

En la comunidad de trojes existe una cancha deportiva donde sus habitantes practican deporte, también hay una plaza, una iglesia católica donde se realiza misa todos los domingos.

No existe ningún centro de salud público ni privado, por tal razón toda la población acude al hospital materno infantil Tiquipaya, la cual se encuentra hacia el oeste de trojes a 2 ½ Km y en transporte se llega en 20 minutos.

También existe una unidad educativa fiscal, en el turno de la mañana es denominado Unidad Educativa Toribio Claure, y por la tarde el Colegio Marcelo Quiroga con el nivel secundario; la sumatoria de ambos turnos da un total de 346 estudiantes de los cuales muy pocos aspiran a concluir el bachillerato.

De forma general se podría decir que las instituciones educacionales fiscales no cuentan con una adecuada infraestructura, tienen regular condiciones higiénicas sanitarias, aunque en estos últimos años nuestro presidente Evo Morales ha contribuido de forma favorable a estas instituciones, aún falta por concluir algunas obras en las escuelas y colegios fiscales, en las mismas las condiciones higiénico sanitarias no son tan buenas, debido a que algunos ambientes se encuentran en mal estado y no se cuenta con la cantidad necesaria de trabajadores de la limpieza de estas Instituciones Fiscales.

1.4.2. Organización Social

La comunidad de Trojes tienen una integración en la estructura política social porque trabajan, estudian y están interesados en pertenecer a organizaciones de masas, O.T.B.s y para ello mantienen las relaciones comunicativas muy adecuadamente entre vecinos, participan en las actividades tanto de la vecindad y socio-políticos, lo cual es una fortaleza enorme dentro de la comunidad hacia la sociedad.

Además de existir tiendas de barrios con venta de abarrotes y mercaditos improvisados en las orillas de la avenida ecológica.

Por tanto existe una OTB representativa por don Lucio Ayala y como apoyo el señor Víctor Argote ambos trabajan de manera conjunta para dar a conocer las necesidades y requerimientos de toda la comunidad y trabajan para que se mantenga la unidad entre vecinos pertenecientes al lugar.

1.4.3. Valores culturales y religiosas

La Fiesta Religiosa de San Miguel – San Gabriel – San Rafal, es visitada por todos los habitantes del municipio y de los alrededores, se lleva a cabo el 17 de octubre, en la Puerta del Templo de San Miguel en Tiquipaya. Participación con bailes y demostraciones diversas como (Diablada, Morenada, Tobas, Kullawada, Tinkus, Salay, etc.)

1.4.4. Comportamiento culinario y hábitos alimenticios

Si existe alguna actividad a través de la cual se comprueba la habilidad y creatividad del “cochalo” en toda su plenitud, es la gastronomía, que además es favorecida por la variedad de productos que les ofrece el valle, situación que no es diferente a la de todo el municipio de Tiquipaya, donde los principales platos comercializados son el pescado en la Feria del Pescado, y el chicharrón que es encontrado en cada rincón del municipio.

Sin embargo muy a pesar de que los platos típicos son muy buscados, los hábitos alimenticios en la población en general como en todo el departamento son los alimentos de consumo masivo con excesiva grasa y picantes, que si bien ayudan a dar sabor a los alimentos, son muy nocivos para la salud, llevando cada día y a la población más joven a malos hábitos alimenticios, en las escuelas y colegios se encuentran más productos sin registros sanitarios o comida rápida que es de la preferencia de todos, o en las calles donde las personas compran la comida rápida para ser llevadas a sus familias.

1.4.5. Niveles de Violencia en la Comunidad

En la comunidad más allá de los problemas socioeconómicos, también es preocupante la situación de violencia familiar hacia la mujer y a la niñez; gracias a la colaboración de SLIM municipal se obtienen datos sobre la violencia del periodo julio a diciembre del 2018, que son datos de todo el municipio, no se cuenta con datos específicos de la localidad de Trojes, por tanto a continuación se mencionaran el número de casos existentes en el Municipio de Tiquipaya:

Tabla #2. Descripción de Violencia del Municipio de Tiquipaya. Periodo julio-diciembre de 2018.

Datos sobre Violencia- Municipio de Tiquipaya-Julio-Diciembre de2018
Maltrato Psicológico con 37 casos por cada 1000 habitantes del Municipio de Tiquipaya, que ocupan el primer lugar, en el periodo Julio-Diciembre del 2018.
Maltrato Físico, teniendo una incidencia por cada 1000 habitantes del Municipio de Tiquipaya, ocupa el segundo lugar dentro de la violencia familiar 25 casos en el periodo, Julio-Diciembre del 2018.
Demanda de Asistencia Familiar ocupa el cuarto lugar dentro de la violencia familiar, teniendo una incidencia por cada 1000 habitantes del Municipio de Tiquipaya, 24 casos en el periodo Julio- Diciembre del 2018.
Las demás violencias familiares tuvieron una incidencia a menor de 19 casos en el Municipio de Tiquipaya, durante el periodo Julio – Diciembre del 2018.

Fuente: SLIM Municipal. Tiquipaya

2. DETERMINANTES DE LA SALUD

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

En la Comunidad de Trojes mediante la implementación de la política SAFCI, Programa Mi Salud, Programa Bono Juana Azurduy y Proyecto Telesalud 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 morbimortalidad, con el objetivo de diseñar y evaluar estrategias en base a un análisis de situación de salud.

También obtenemos la información necesaria, por esta razón se recurrió a la revisión de las carpetas familiares. Las carpetas son instrumentos de recolección de información familiar que facilita el seguimiento y la priorización de los determinantes por núcleo familiar.

El análisis es basado en la recolección de datos de 300 carpetas familiares y se alcanzó a reconocer los principales determinantes de la salud que repercuten en el bienestar de las personas y grupos de la población descriptas a continuación:

2.1. Vivienda

Clasificación de la Vivienda según su estructura

- Tipo I- Mampostería y placa.
- Tipo II- Mampostería y teja de fibro.
- Tipo III- Madera, adobe y teja de fibro.
- Tipo IV- Madera, guano, adobe u otro material.

Tabla: # 3 Clasificación de la vivienda según su Estructura. Comunidad de Trojes.

Período de Julio a Diciembre del 2018.

Tipo de vivienda	#	%
I	138	46
II	78	26
III	66	22
IV	18	6
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia. Datos de carpetas familiares, Trojes 2018

Como se puede observar en el gráfico anterior el 46 % de las viviendas se encuentran dentro de la Clasificación estructural de la vivienda en el Tipo I (Mampostería y placa), seguidas por el Tipo II (Mampostería y teja de fibro) que son el 26 % de las viviendas, cabe resaltar que aún existe viviendas que se encuentran en el Tipo III y IV, que aunque sean cifras no tan representativas corren el riesgo de sufrir derrumbes principalmente en la época de lluvias ya que no tienen la calidad estructural de la misma, también no debemos de olvidarnos que las viviendas de adobe, madera son lugares donde favorece al criadero de vectores como las vinchucas, que son vectores responsables de la transmisión de la Enfermedad de Chagas.

2.2. Condición Socioeconómica

Tabla: #4 Clasificación socioeconómica. Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Condición socioeconómica	#	%
Buena	96	32
Regular	148	49.3
Mala	56	18.6
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar en la tabla #4, el 49.3% de las viviendas tienen una condición socioeconómica regular, seguida por la condición socioeconómica buena con un 32 %, es cierto que la condición socioeconómica mala no tiene una cifra tan representativa, pero es muy importante señalar de que existe y que sería lo ideal que con el transcurso de los años cambie y esa cifra desaparezca.

2.3. Ocupación

Tabla: # 5 Distribución de la población según ocupación. Comunidad de Trojes.

Período Julio a Diciembre del 2018.

Ocupación	#	%
Ama de Casa	195	13.0
Estudiante	540	36.0
Jubilados	72	4.8
Pensionados	24	1.6
Trabajadores	660	44.0
Servicio Militar	3	0.2
Reclusos	0	0.0
Desocupados	3	0.2
Total	1497	100

Fuente: Elaboración propia. Datos de carpetas familiares, 2018

Al elaborar esta tabla excluimos a los 93 niños que se encuentran en la edad de 0-4 años, como se pudo observar en la tabla el 44.0 % de la población pertenece a la población de Trabajadores, seguida por la población de Estudiantes con un 36.0%, luego le sigue la población de Ama de Casas con un 13.0%.

2.4. Categoría Ocupacional.

Tabla # 6 Distribución de la población trabajadora según categoría ocupacional. Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Categoría ocupacional	#	%
Obreros de servicio	185	28.0
Obreros agrícolas	32	4.8
Obreros industriales	26	3.9
Técnicos	39	5.9
Comerciantes	282	42.7
Profesionales	81	12.3
Administrativos	6	0.9
Dirigentes	9	1.3
Total	660	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

En la tabla se puede observar que de toda la población trabajadora, el 42.7% de esta población se dedican al comercio (son comerciantes), seguidos por la población de obreros de servicio con un 28.0%, y la población de trabajadores profesionales con un 12.3%.

2.5. Nivel de Educación

Tabla # 7 Distribución de la población según nivel escolar vencido. Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Nivel educacional	#	%
Primaria sin terminar	296	19.7
Primaria	417	27.8
Secundaria	519	34.6
Preuniversitario	141	9.4
Universitario	90	6.0
Analfabetos	12	0.8
Iletrados	22	1.4
Total	1497	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

En esta tabla se excluyeron a los niños de 0-4 años de edad. Como se puede observar, existe un predominio de la población que se encuentra en el Nivel Secundario con un 34.6%, seguido por el Nivel primario con un 27.8%, por tanto se podría decir que nuestra población tiene un nivel educacional bajo ya que la mayor parte de la población tiene un nivel primario o secundario, además debemos de resaltar que aún existen analfabetos (0.8%) e iletrados (1.4%), que aunque no sea un número significativo repercute desfavorablemente a la población. No obstante el 6.0% de la población tiene un nivel educacional Universitario.

2.6. Consumo y Suministro de Agua

Tabla # 8 Distribución según el tipo de suministro de agua. Comunidad de Trojes.
Período de Julio a Diciembre del 2018.

Tipo de suministro de agua	#	%
Procedencia de acueducto	300	100
Pozo	0	0.0
Otro (lluvia)	0	0.0
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

En la tabla se puede observar que el 100% de las viviendas reciben agua de acueducto.

2.7. Cloración del Agua

Tabla # 9 Distribución según la cloración de agua. Comunidad de Trojes. Período de
Julio a Diciembre del 2018.

Cloración del agua	#	%
Si	0	0.0
No	300	100
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se podrá observar, el 100% de las viviendas no acostumbran a clorar el agua de consumo, según las entrevistas que realizamos a parte de la población desconocen la importancia de clorar el agua y otros aun conociendo la importancia de clorar el agua no lo practican por razones de costumbre.

2.8. Eliminación de Excretas

Tabla # 10 Distribución de los sistemas de evacuación final de excretas. Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Sistema	#	%
Servicios sanitarios	284	94.6
Pozo ciego	16	5.3
Fecalismo al aire libre	0	0.0
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

En la tabla se puede observar en la distribución de los sistemas de evacuación final de las excretas que el 94.6% de la población cuenta con Servicios sanitarios, seguidos por las viviendas que cuentan con pozo ciego que son el 5.3%.

Lo cual repercute de forma desfavorable a toda la población ya que favorece a la aparición de enfermedades gastrointestinales como parasitismos intestinales, enfermedades diarreicas agudas, entre otros y a al criadero de vectores.

2.9. Eliminación de Residuales Líquidos

Tabla #11 Distribución de los Sistemas de evacuación y tratamiento de residuales líquidos. Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Sistema	#	%
Fosas	11	3.6
Tanques sépticos	5	1.6
Alcantarillado	284	94.6
Lagunas de estabilización	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar, el 94.6% de la población el depósito y la evacuación de los residuales líquidos lo realizan en alcantarillado, el 3.6% de la población lo realiza en las fosas, 1.6% de la población lo realiza en tanques sépticos, como se podrá ver también nuestra comunidad carece de Sistema de alcantarillado lo cual es lamentable.

2.10. Almacenamiento de Desechos Sólidos

Tabla # 12 Distribución del almacenamiento domiciliario de los residuales sólidos.

Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Almacenamiento domiciliario	#	%
Dentro de la vivienda	262	87.3
Fuera de la vivienda	38	12.6
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar el 87.3% de las viviendas tienen un almacenamiento de los residuales sólidos dentro de la vivienda y el 12,6% de las viviendas lo hacen fuera de la vivienda.

2.11. Recolección de Desechos Sólidos

Tabla # 13 Distribución de la Frecuencia de recolección de los desechos sólidos.

Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Frecuencia	#	%
Diaria	0	0.0
Días alternos	55	18.3
Semanal	219	73.0
Irregular	9	3.0
Nunca	17	5.6
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar, la recogida de los desechos sólidos se realiza en el 73.0% de las viviendas con una frecuencia Semanal, y en el 18.3% de las viviendas lo realizan con una frecuencia de días alternos, lamentablemente la recogida de los desechos sólidos no abarca a toda la población, lo ideal sería que diariamente se recoja los desechos sólidos y que abarcara a toda la población ya que así se estaría contribuyendo a la salud ambiental, social y personal

2.12. Vectores

Tabla # 14 Distribución de las viviendas según la presencia de vectores. Comunidad de Trojes. Periodo de Julio a Diciembre del 2018.

Viviendas	#	%
Con vectores	300	100
Sin vectores	0	0.0
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar en nuestra comunidad en el 100% de las viviendas existe la presencia de vectores principalmente como las moscas, mosquitos, que aparecen de forma abundante después de la época de lluvias e inundaciones, los vectores vinchucas, roedores no se encuentran en la mayoría de las viviendas pero en una minoría existen, en estos domicilios, el personal del programa de Chagas realiza continuas actividades de control vectorial intradomiciliario y peridomiciliario, con lo que se logró reducir los casos en los municipios endémicos.

2.13. Tenencia de Animales Domésticos

Tabla # 15. Distribución de las viviendas con presencia de animales domésticos.

Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Viviendas	#	%
Con animales domésticos	276	92
Sin animales domésticos	24	8
Total	300	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se podrá observar en nuestra comunidad el 92% de las viviendas tienen animales domésticos como (perros, gatos, aves, cerdos, vacas, ovejas, chivos, monos, tortugas, etc.).

2.14. Factores de Riesgo para Enfermedades Transmisibles.

Tabla # 16 Comportamiento de los factores de riesgo de Enfermedades Transmisibles.

Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Factor de riesgo	#	%
Hacinamiento	61	20.3
Calidad de agua	1590	100
Calidad de los alimentos	1590	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar el 100% de la población tiene como factor de riesgo la calidad del agua, debido a que el agua que consumen no es potable, también porque la mayoría de las personas no acostumbran a clorar el agua de consumo, según las entrevistas que realizamos a la población desconocen la importancia de clorar el agua.

2.15. Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles.

Tabla # 17 Comportamiento de los factores de riesgo de Enfermedades No Transmisibles. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Factor de riesgo	#	%
Hábito de fumar	24	1.5
Sedentarismo	576	36.2
Estrés	167	10.5
Accidentes	756	47.5
Intento suicidios	0	0.0
Obesidad	18	1.1

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar el Factor de riesgo que predomina en nuestra población para las Enfermedades No Transmisibles es el Riesgo de accidentes ya que el 47.5% de la población, esto se debe a que existe mucho tráfico de vehículos los cuales muchas veces están conducidas por personas no capacitadas, otras veces conducen personas que hayan ingerido bebidas alcohólicas, por otra parte la mayor parte de la población es trabajador por cuenta propia en la cual no usan medidas de protección para realizar sus trabajos a diarios, como nuestra población es una población bastante trabajadora las madres se descuidan de sus hijos, muchos niños trabajan por las calles, las construcciones de vivienda no son controladas en la mayor parte de la población por personal calificado y se dan casos de derrumbes, etc.

También se puede observar, el 36.2% de la población se encuentra dentro de Riesgo de sedentarismo es cierto que existen bastantes ambientes para la realización de ejercicios físicos pero lamentablemente nuestra población no tiene la costumbre de realizar ejercicios sistémicos unos le echan la culpa al trabajo ya que refieren que no hay tiempo otros porque en realidad no tienen esa costumbre.

El 10.5% de la población se encuentra estresada, las causas son múltiples dentro de ellos están los problemas socioeconómicas, en primer lugar.

2.16. Factores de Riesgo Laboral

Tabla # 18 Factores de Riesgo Laboral. Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Factores de Riesgo Laboral	#	%
Ruidos	185	28.0
Vibraciones	39	5.9
Iluminaciones	26	3.9
Temperaturas adversas	291	44.0
Agentes Químicos	32	4.8
Agentes Biológicos	87	13.1
Total	660	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar del 100% de los trabajadores, se encuentran dentro del Riesgo de los Accidentes laborales existen muchas razones para poder clasificarlos dentro de este grupo uno de ellos es que no usan las medidas de protección necesarias para realizar su trabajo, otra razón es que muchos de ellos trabajan a largas distancias de sus hogares y deben de recorrer varios tramos de la ciudad en horas muy tempranas de la mañana y retornan en horas muy tardes de la noche a sus hogares agotados, etc.

Temperaturas adversas es el siguiente factor de riesgo laboral que predomina con un 44.0%, esto se debe que la mayor parte de los trabajadores son comerciantes, y estos se movilizan en horas de la madrugada por el día incluso duermen en los lugares de sus puestos, eso se debe a que el comercio está en su mayor auge en horas más soleadas.

Ruidos es otro factor de riesgo laboral que tiene un valor significativo que es de 28.0%, esto se debe a la misma razón que mencionábamos anteriormente que es que la mayoría de los trabajadores son comerciantes y al empezar su trabajo en horas de la madrugada

están sometidos a sufrir esos ruidos que lamentablemente repercuten de forma desfavorable en la salud de nuestra población trabajadora.

2.17. Grupos de Dispensarización

Con la dispensarización obtenida de las carpetas familiares, sabemos al grupo al que pertenecen los miembros de la comunidad, se valora que al Grupo I personas Aparentemente Sanos no hay población que este sin algún problema o factor predisponente, Grupo II Con Factores de Riesgo, un total de 1454 que representa el 91,4% del total de los habitantes, el Grupo III con Enfermedades Crónicas no transmisibles 129 habitantes, representando al 8,1% y el Grupo IV 7 habitantes, con el 0,4%.

Tabla # 19 Dispensarización de la población de la Comunidad de Troje. Periodo de Julio a Diciembre del 2018.

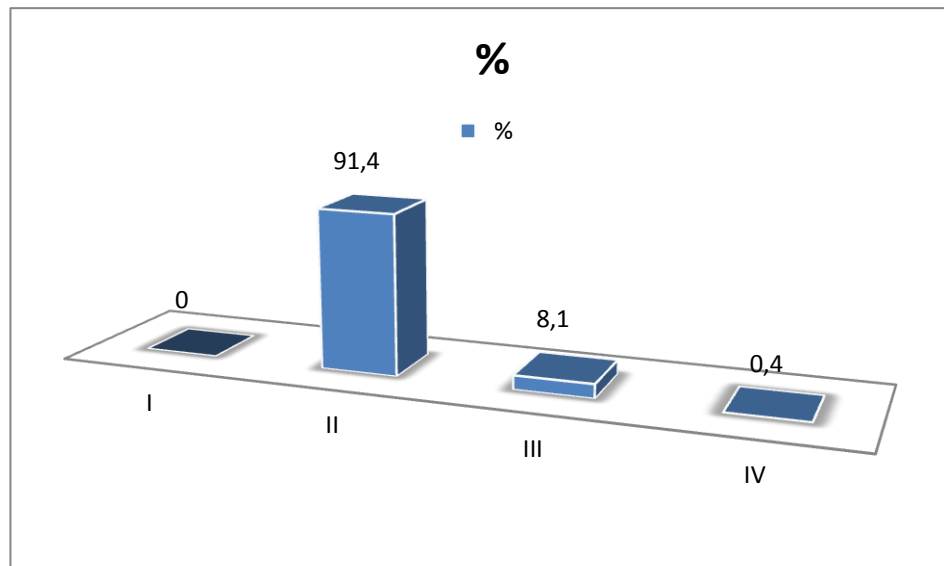
Grupo	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
I	0	0	0	0	0	0
II	733	94.5	721	88.4	1454	91.4
III	39	5.0	90	11.0	129	8.1
IV	3	0.3	4	0.5	7	0.4
Total	775	100	815	100	1590	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se podrá apreciar del 100% de nuestra población dispensarizada, el 91.4% se encuentra dentro del Grupo II, seguidas por el Grupo III con un 8.1%, en el Grupo I no se encuentra ningún individuo debido a que nuestra población tiene muchísimos factores de riesgo, ya sea por la edad, sexo, la ocupación, la condición socioeconómica, la violencia que existe como asaltos, robos, violaciones, peleas de pandillas, la conducción de automóviles por personas no capacitadas que no portan licencia de conducción, la mala eficiencia por parte de nuestros uniformados, las malas condiciones de las viviendas, el bajo nivel educacional, las malas condiciones higiene – sanitarias personal y ambiental de nuestros pobladores, las inundaciones que se producen por los

meses de diciembre-marzo, el descuido de las madres a sus hijos por cuestiones del trabajo, el bajo nivel cultural, la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, entre otros aspectos, influyen negativamente en nuestra comunidad, por esa razón es que no nos atrevemos a clasificar a la población.

Gráfico N° 2. Dispensarización de la población. Comunidad de Trojes. Periodo de Julio a Diciembre del 2018.



Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

Después de conocer los principales factores de riesgo y determinantes sociales e identificar información útil para su mejor conocimiento del perfil epidemiológico de la comunidad de Trojes perteneciente a Hospital Tiquipaya, para ello se hizo una sistematización en tablas y gráficos con los datos de morbilidad en consultas, emergencias e internaciones en el periodo de Julio a Diciembre del 2018.

3.1. Principales causas de morbilidad

Tabla # 20. Principales causas de Morbilidad. Hospital Tiquipaya. Periodo Enero-Diciembre, 2018.

Grupos de edades		0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años	Total
IRAS	F	920	450	218	56	53	89	67	87	7	22	4	13	102	2088
	M	801	457	398	89	45	65	73	23	10	8	13	23	88	2093
EDAS	F	101	298	12	8	10	12	1	21						463
	M	170	203	35	21	10	7	5		10	1				462
NEUMONIAS	F	38	7	1				1	1				5	22	75
	M	62	12	2	1				3		1	1		34	116
HTA	F							2	8	12	23	38	40	23	146
	M							1	12	10	12	42	32	12	121
DM	F									22	4	12	23	7	68
	M									12	2	7	34	10	65
ACCIDENTES	F	5	12	23	5	45	44	26	6	52	3	7	6	12	246
	M	3	23	12	12	62	23	2	7	67	34	12	5	7	269
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	F			3	8										11
	M														0
CONJUNTIVITIS	F	56	30	1	5	3	2	2	12	7	4	12	6	24	164
	M	34	12	7	10	5	7	10	5	3	4	23	30	22	172
PARASITISMO INTESTINAL	F	32	22	12	6	1	4	2	1	23	5	20	12	7	147
	M	33	12	23	8	9	3	12	1	8	12	11	3	9	144
ENFERMEDAD DE CHAGAS	F									3		7	4		14
	M								2			5	2		9

Fuente: Elaboración propia tomado del Libros semanales del SNIS 301A, 2018

Como se puede observar en la Tabla de Principales causas de morbilidad, predominan las enfermedades transmisibles como IRAS, EDAS y Parasitismo Intestinal, y en las enfermedades Crónicas No Transmisibles, hay un predominio de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo II. (25, 26, 27)

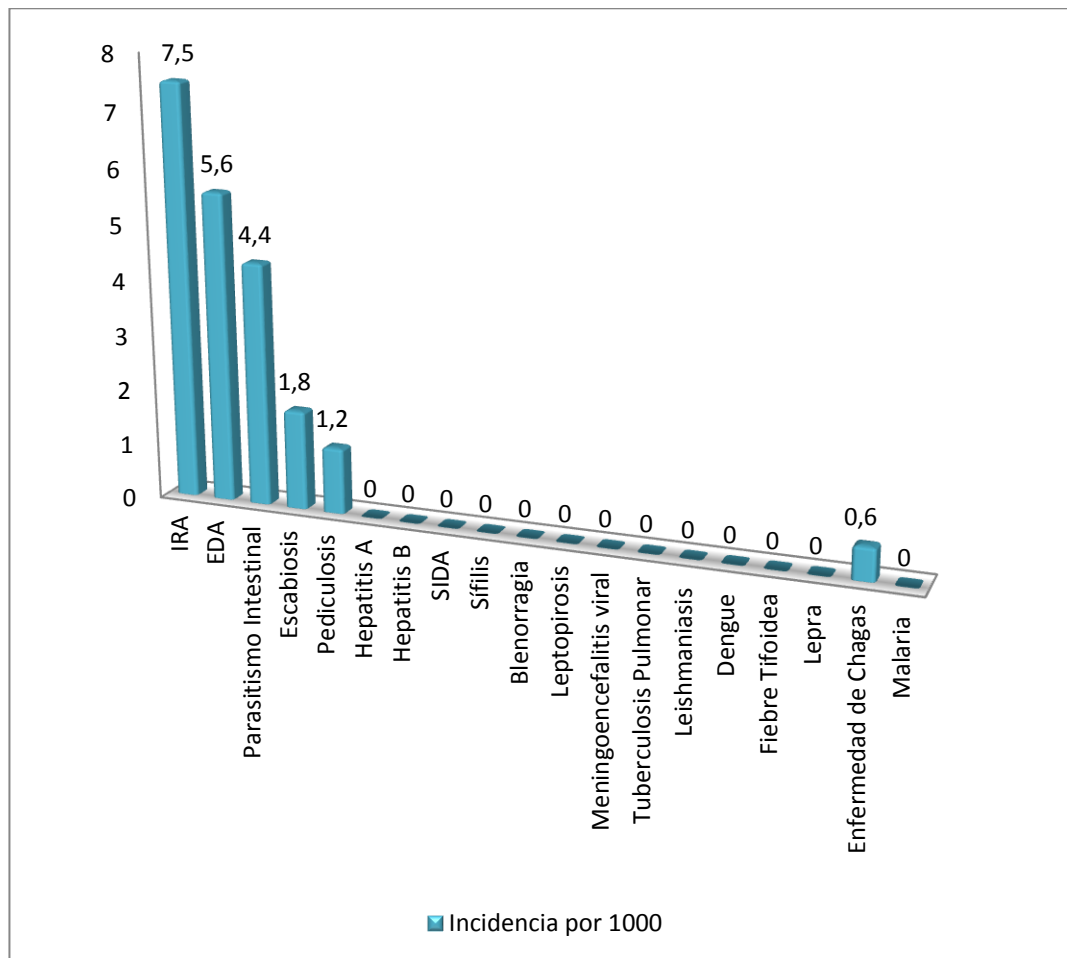
3.2. Enfermedades Transmisibles

Tabla # 21 Comportamiento de las Enfermedades transmisibles de la Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Nº	Enfermedades	Número	Incidencia por 1000
1	IRA	12	7.5
2	EDA	9	5.6
3	Parasitismo Intestinal	7	4.4
4	Escabiosis	3	1.8
5	Pediculosis	2	1.2
6	Hepatitis A	0	0
7	Hepatitis B	0	0
8	SIDA	0	0
9	Sífilis	0	0
10	Blenorragia	0	0
11	Leptopirosis	0	0
12	Meningoencefalitis viral	0	0
13	Tuberculosis Pulmonar	0	0
14	Leishmaniasis	0	0
15	Dengue	0	0
16	Fiebre Tifoidea	0	0
17	Lepra	0	0
18	Enfermedad de Chagas	1	0.6
19	Malaria	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares e historias clínicas, 2018

Gráfico N° 3 Comportamiento de las Enfermedades transmisibles de la Comunidad de Trojes, correspondiente al período de Julio a Diciembre del 2018.



Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar, las Infecciones Respiratorias Agudas son las que ocupan el primer lugar en las enfermedades transmisibles, teniendo una incidencia por cada 1000 habitantes de la comunidad 7 personas padecieron Infecciones Respiratorias en el periodo estudiado Julio- Diciembre del 2018.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas ocupan el segundo lugar dentro de las enfermedades transmisibles, teniendo una incidencia por cada 1000 habitantes de la comunidad 5 personas padecieron Enfermedades Diarreicas Agudas en el periodo estudiado Julio- Diciembre del 2018, seguidas de Parasitismo Intestinal.

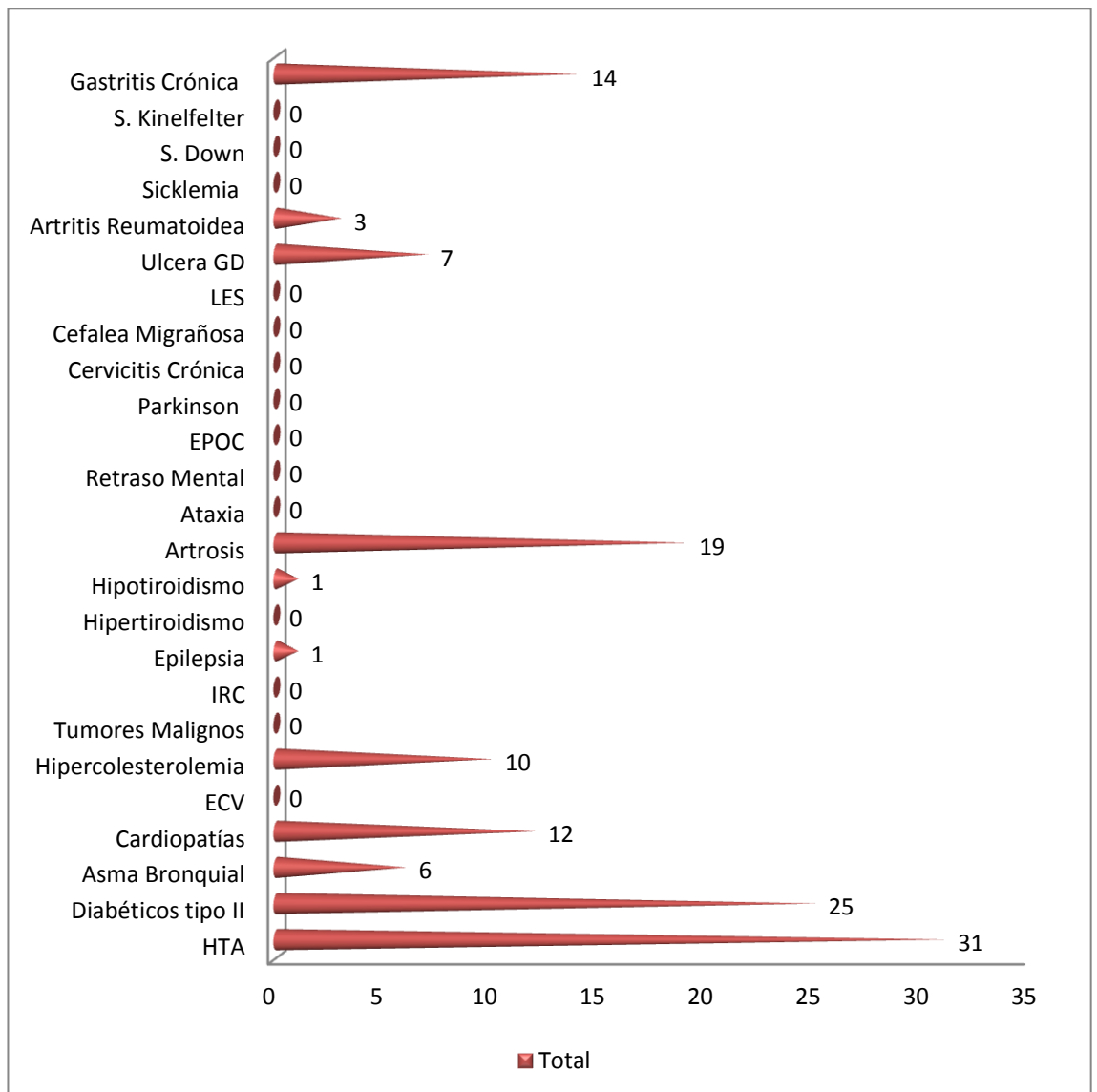
3.3. Enfermedades No Transmisibles

Tabla # 22. Comportamiento de morbilidad por Enfermedades No Transmisibles.
Comunidad de Trojes. Periodo de Julio a Diciembre del 2018.

Nº	Factor de riesgo o enfermedad	Casos nuevos	Casos diagnosticados	Total
1	HTA	1	30	31
2	Diabéticos tipo II	1	24	25
3	Asma Bronquial	0	6	6
4	Cardiopatías	0	12	12
5	ECV	0	0	0
6	Hipercolesterolemia	0	10	10
7	Tumores Malignos	0	0	0
8	IRC	0	0	0
9	Epilepsia	0	1	1
10	Hipertiroidismo	0	0	0
11	Hipotiroidismo	0	1	1
12	Artrosis	1	18	19
13	Ataxia	0	0	0
14	Retraso Mental	0	0	0
15	EPOC	0	0	0
16	Parkinson	0	0	0
17	Cervicitis Crónica	0	0	0
18	Cefalea Migrañosa	0	0	0
19	LES	0	0	0
29	Úlcera GD	0	7	7
21	Artritis Reumatoidea	0	3	3
22	Sickleemia	0	0	0
23	S. Down	0	0	0
24	S. Klinefelter	0	0	0
25	Gastritis Crónica	2	12	14

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Gráfico N° 4 Comportamiento de Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles.
Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.



Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como observamos en el gráfico las enfermedades que predominan son HTA, seguida por la Diabetes Mellitus tipo II, la Artrosis, Gastritis Crónica, Hipercolesterolemia y las Cardiopatías Isquémicas, las demás enfermedades no tienen valores tan significativos como estas por lo que realizaremos el análisis de Incidencia y Prevalencia de las enfermedades que predominan en nuestra comunidad.

$$\text{\% Prevalencia para Hipertensi3n Arterial (HTA)} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ casos de HTA}}{\text{Poblaci3n total}} \times 1000 = \frac{31}{1590} \times 1000 = \mathbf{19,4}$$

Por cada 1000 habitantes de nuestra comunidad 19 habitantes padecen de Hipertensi3n Arterial durante el periodo estudiado Julio- Diciembre del 2018. Mientras que el an3lisis de Incidencia se observa un solo caso en el periodo de Julio a Diciembre del 2018.

$$\text{\% Prevalencia para Diabetes Mellitus Tipo II} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ Casos de DM}}{\text{Poblaci3n total}} \times 1000 = \frac{25}{1590} \times 1000 = \mathbf{15,70}$$

Por cada 1000 habitantes de nuestra comunidad 15.7 padecen de Diabetes Mellitus Tipo II durante el periodo estudiado Julio- Diciembre del 2018. De la misma manera en este periodo al igual que en la Hipertensi3n Arterial, solo se observ3 1 caso nuevo.

$$\text{Tasa de Morbilidad} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermos}}{\text{Total de Poblaci3n}} \times 1000 = \frac{129}{1590} \times 1000 = \mathbf{81,10}$$

Como se podr3 observar en nuestra poblaci3n 81 personas padecen de Enfermedades No Transmisibles por cada 1000 habitantes durante el periodo estudiado de Julio- Diciembre del 2018.

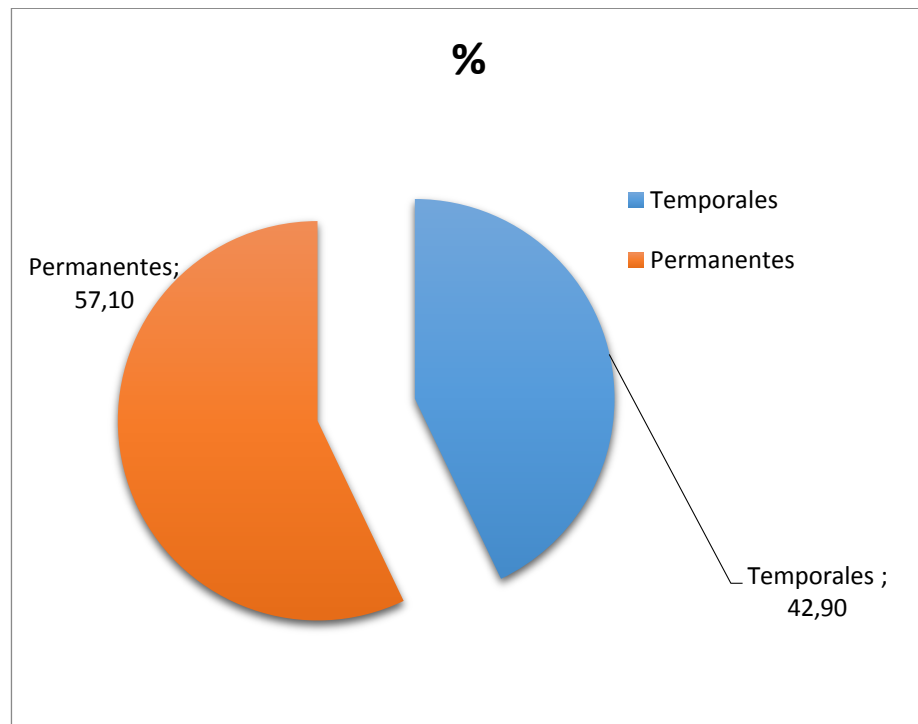
3.4. Discapacidad

Tabla #23 Distribuci3n de los discapacitados seg3n el tiempo de Discapacidad de la Comunidad de Trojes. Per3odo de Julio a Diciembre del 2018.

Discapacitados	#	%
Temporales	3	42.9
Permanentes	4	57.1
Total	7	100

Fuente: Elaboraci3n propia con datos de carpetas familiares, 2018

Gráfico N° 5 Distribución de los discapacitados según el tiempo de discapacidad.
Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.



Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Del 100% de los Discapacitados que son 7 el 57 % tienen discapacidad permanente durante el periodo estudiado Julio- Diciembre del 2018.

$$\text{Índice de Incapacidad Laboral} = \frac{\text{Nº de Casos de Incapacidad (Total)}}{\text{Medio de Trabajadores}} \times 100 = \frac{7}{330} \times 100 = 2,10$$

Por cada 100 personas que trabajan existen 2 personas que tienen incapacidad laboral durante el periodo estudiado Julio – Diciembre del 2018.

$$\text{Índice de Invalidez Permanente} = \frac{\text{Personas con Invalidez Permanente}}{\text{Nº Medio de Trabajadores}} \times 100 = \frac{4}{330} \times 100 = 1,20$$

Por cada 100 personas que trabajan existe 1 persona que tiene incapacidad laboral permanente durante el periodo estudiado Julio – Diciembre del 2018.

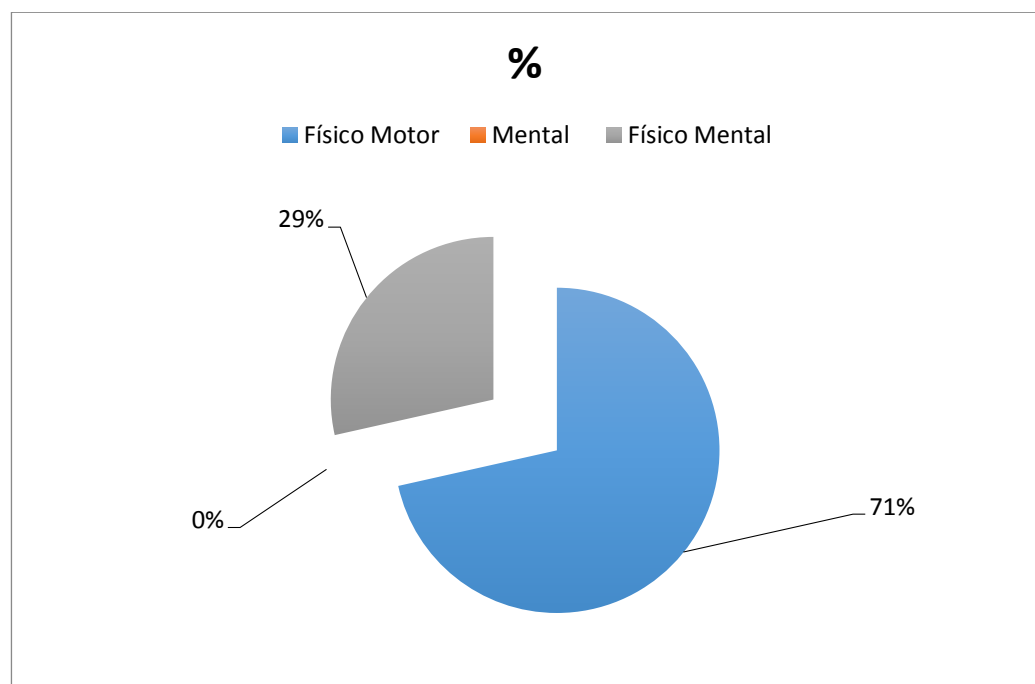
3.5. Tipo de Discapacidad.

Tabla # 24 Distribución de los discapacitados según el tipo de discapacidad de la Comunidad de Trojes. Periodo de Julio a Diciembre del 2018.

Tipo de discapacidad	#	%
Físico Motor	5	71.49
Mental	0	0.0
Físico Mental	2	28.51
Total	7	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Gráfico N° 6 Distribución de los discapacitados según el tipo de discapacidad de la Comunidad de Trojes. Periodo de Julio a Diciembre del 2018.



Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar en la gráfica N° 6, del 100% de los discapacitados, predomina el tipo de discapacidad Física con un 71.4%, seguida por el tipo de discapacidad Físico Mental con un 28.5%.

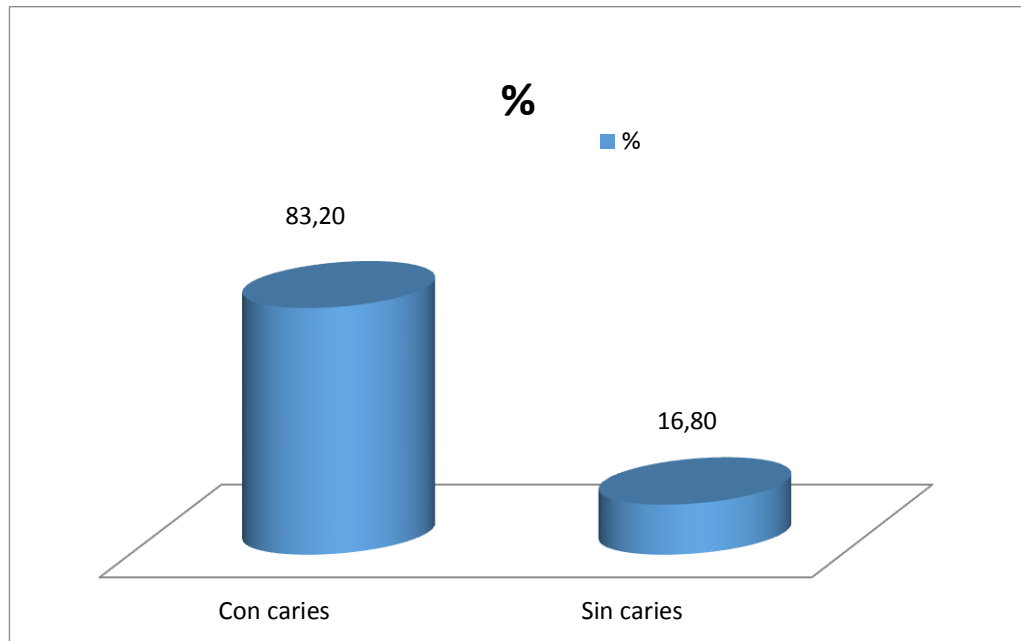
3.6. Salud Oral

Tabla #25 Comportamiento de la Caries Dental. Comunidad de Trojes. Período de Julio a Diciembre del 2018.

Niños de 5-9 años	#	%
Con caries	143	83.2
Sin caries	29	16.8
Total	172	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Gráfico N° 7 Comportamiento de la Caries Dental de la Comunidad de Trojes, correspondiente al período de Julio a Diciembre del 2018.



Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

Como se puede observar en la población de niños de 5 a 9 años de edad, el 83.1% presenta Caries Dental, este comportamiento se debe a la abundante compra de golosinas, dulces, etc. También a la mala alimentación e higiene bucal deficiente de los niños.

3.7. Canal endémico

Tabla# 26. Canal Endémico EDAs, Hospital Tiquipaya Año 2018

Años/ Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
2012	18	21	27	23	27	30	30	37	52	24	34	25	92	33	67	38	22	21	41	22	27	33	19	57	70	88	50	40	35	12	29	14	13	17	18	8	24	27	29	14	18	22	15	25	12	19	19	20	15	7	17	16
2013	21	14	31	25	44	24	34	26	18	17	33	41	70	34	13	23	24	33	18	10	31	13	16	23	18	25	15	16	14	14	18	11	23	19	15	17	39	34	20	18	34	34	45	34	21	28	13	29	11	16	24	27
2014	7	19	25	24	17	16	25	18	13	24	8	14	9	6	16	13	10	8	15	12	10	9	12	17	20	15	25	8	14	15	13	28	31	37	49	20	23	34	28	8	18	23	46	5	14	7	11	10	15	21	10	6
2015	17	11	19	10	11	10	11	14	17	5	15	17	17	18	28	16	41	17	22	36	57	52	47	47	31	30	41	24	22	25	16	20	24	6	13	10	13	15	18	13	17	22	11	11	20	19	10	12	7	14	14	16
2016	12	15	6	15	17	40	36	23	18	15	18	22	19	16	5	7	18	8	10	18	13	28	20	23	34	30	31	26	20	25	14	22	11	17	14	10	12	23	6	9	19	11	6	7	7	6	13	10	6	12	7	4
2017	7	22	34	16	8	10	17	16	13	14	13	16	12	7	9	21	19	12	15	22	20	24	34	39	29	44	29	15	18	10	8	8	3	37	6	13	6	18	13	6	5	15	15	26	19	35	19	12	14	20	17	12
2018	16	32	29	34	20	20	22	28	18	23	16	14	17	36	21	31	25	11	23	26	39	16	20	18	26	25	29	24	20	27	13	15	15	24	26	17	24	31	34	50	39	36	36	36	27	56	37	34	18	29	28	34

Fuente: Elaboración propia tomado del formulario semanales del SNIS 301A, 2018

Analizando la tabla de EDAS, se construye el canal endémico de la misma (Ver anexo N°6). Una vez hecho esto colocamos en los canales la cantidad de casos de las 52 semanas de los años 2017 y 2018 para poder comparar el comportamiento de las EDAS. (25, 26, 27)

En el caso de las EDAS al colocar los casos del 2017 en el canal pudimos comprobar que en entre las zonas de seguridad éxito estuvieron las semanas de la 1 a la 2, de la 3 a la 22, de la 27 a la 33, de la 35 a la 45 y la semana 52.

En zona de alerta estuvieron las semanas de la 2 a la 3, de la 22 a la 27, la 34 y de la 46 a la 51. Como podemos observar existieron mayores casos en período de seguridad y éxito que en períodos de alerta.

En el 2018 no tuvimos ninguna semana en zona de éxito. En período de seguridad se encontraban las semanas 7, de la 11 a la 13, de la 22 a la 29 y de la 31 a la 33. En período de alerta se encontraban las semanas de la 1 a la 6, de la 8 a la 11, de la 13 a la 22, de la 29 a la 31, de la 33 a la 39 y de la 43 a la 44.

En la zona de epidemia se encontraban casos desde la semana 39 hasta la semana 52. En este año existieron mayores casos en alerta y epidemia que en zonas de seguridad.

Al comparar ambos años vemos que hay una mayor incidencia de EDA en el 2018, esto es debido a las inundaciones en el Municipio de Tiquipaya, si solamente tomamos en cuenta las zonas de seguridad en el 2017 y el 2018. Es necesario encaminar acciones de promoción y prevención para disminuir la incidencia de esta enfermedad.

4. PERFIL DE SALUD Y ENFERMEDAD

Se realizó un estudio descriptivo para conocer el estado de salud de la comunidad de Trojes que pertenece al Hospital Tiquipaya del Municipio de Tiquipaya, correspondiente al período de Julio a Diciembre del 2018.

El cual cuenta con una población de 1590 habitantes, que la mayoría de las personas habitan en viviendas individuales del Tipo I representada por un 46 %, en nuestra población del 100% de las viviendas, la condición socioeconómica en el 49.3% del total de las viviendas es regular, el 100% de nuestra población cocina con gas el 100% de la población consume agua de acueducto no potable con un suministro continuo en el 100% de las viviendas, por lo cual no almacenan agua dentro de las viviendas, el 100% de nuestra población no clora el agua de consumo, en el 100% de las viviendas la evacuación final de las excretas son los servicios sanitarios, en el 94.6%, de la población hay alcantarillado, el 73% de la población realiza la evacuación y tratamiento de los residuales líquidos en fosas, en el 87.3% de las viviendas se realiza el almacenamiento de los residuales sólidos dentro de la vivienda, en el 73% de las viviendas la recogida de la basura se realizan en días alternos, solo existe un carro basurero cerrado que no recoge la basura de todas las viviendas de la comunidad la deposición final de los desechos sólidos son a vertederos a cielo abierto, algunas viviendas practican la incineración de los desechos sólidos y en los lugares donde no recogen la basura practican el proceso de relleno sanitario.

El 100% de la población total son trabajadores, donde el 42.7% son comerciantes, el nivel educacional vencido es el secundario con un 34.6.

En el 100 % de las viviendas hay presencia de vectores como las moscas producto de las lluvias e inundaciones que se produjeron en nuestra comunidad y a la presencia de factores que predisponen su reproducción, en el 92% de las viviendas de nuestra población se realiza la cría de animales domésticos como perros y gatos principalmente.

Nuestra comunidad tiene un clima agradable donde la temperatura oscila entre los 18 grados Celsius, las precipitaciones fluviales producidas en los meses de enero-marzo, actúan de forma desfavorable en esta comunidad provocando inundaciones, por el desborde del río Taquiña que rodea y pasa por esta comunidad.

La densidad poblacional es de 29 habitantes por Km², en el Municipio de Tiquipaya, nuestra tasa de fecundidad general es de 4 por mil habitantes, la tasa bruta de natalidad es de 34 por mil habitantes, la tasa de crecimiento fue de 3.1 por mil habitantes, en cuanto a los daños a la salud, el 91.2% de nuestra población está dentro del grupo II de dispensarización.

La tasa de morbilidad para las enfermedades no transmisibles fue de 33 por mil habitantes, las enfermedades transmisibles que más incidencia tuvieron fueron las Infecciones Respiratorias Agudas con una incidencia de 7 por cada mil habitantes y Enfermedades Diarreicas Agudas con una incidencia de 5 por mil habitantes, en cuanto las enfermedades no transmisibles, las enfermedades que más predominan en nuestra comunidad es la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo II, los niveles de violencia que predomina en el municipio de Tiquipaya es el maltrato psicológico con 37 casos con una incidencia por cada 100 habitantes.

En los niños de 5 a 9 años de edad el 83.1% presentan caries dental, en cuanto a los modos, condiciones y estilos de vida de nuestra población dentro de los factores de riesgo para las enfermedades transmisibles encontramos a la mala calidad de los alimentos y del agua en el 100% de la población, dentro de los factores de riesgo para

las enfermedades no transmisibles se encuentran los accidentes con un 47.5% y el sedentarismo con un 36,2%, dentro de las causas del riesgo laboral la iluminación esta con un 34.9%, en cuanto a la organización de los servicios de salud, no existe centro de salud en la comunidad de Trojes, en cuanto a las acciones que realizamos con la comunidad, nosotros impartimos charlas educativas, talleres de promoción, prevención, participamos también en el diagnóstico, curación y rehabilitación.

5. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

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

Dentro el equipamiento básico la comunidad Trojes cuenta con una unidad educativa fiscal, en el turno de la mañana es denominado Unidad Educativa Toribio Claire que, beneficia a la comunidad con solo nivel primario, por la tarde el Colegio Marcelo Quiroga Santa Cruz con el nivel secundario; la sumatoria de ambos turnos da un total de 346 estudiantes.

También cuenta con una cancha multifuncional de baloncesto y espacios recreativos como parques y canchas deportivas.

En la comunidad de trojes existe una cancha deportiva donde sus habitantes practican deporte, también hay una plaza, una iglesia católica donde se realiza misa todos los domingos.

No existe ningún centro de salud público ni privado, por tal razón toda la población acude al hospital materno infantil Tiquipaya, la cual se encuentra hacia el oeste de trojes a 2 ½ Km y en transporte se llega en 20 minutos.

5.2. Oferta de servicios de salud

En la comunidad de Trojes en muy preocupante no existe centro de salud público ni privado, por esta razón toda la población de la comunidad de Trojes acuden al Hospital Materno Infantil Tiquipaya ubicado hacia oeste de trojes a 2 ½ Km.

En transporte se llega en 20 minutos, el personal de salud del Hospital Tiquipaya en coordinación con el medico SAFCI, y los médicos del Programa Mi Salud, realizan visitas domiciliarias periódicas.

El hospital materno infantil Tiquipaya forma parte de la coordinación de Red V de Quillacollo, es un centro de salud de segundo nivel por contar con las cuatro especialidades básicas: ginecología-obstetricia, pediatría, cirugía general, traumatología y medicina interna. También tiene los servicios de odontología, fisioterapia, psicología y laboratorio.

Atiende varios programas de salud: SUS (Seguro Universal de Salud), control prenatal, control puerperal, control de niño sano a menores de 5 años, AIEPI-NUT y atención del Bono Juana Azurduy, Adulto Mayor, PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), orientación en Planificación Familiar, toma de muestras de papanicolau (PAP), detección de sintomático respiratorio, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas, atención y orientación de Programa de Rabia, VIH, Programa Mi Salud. El hospital no cuenta con banco de sangre.

También tiene afluencia a sus diferentes especialidades, laboratorios, ecografía, radiografía y tele salud de los centros de salud como ser: Ciudad del Niño, Linde, Cuatro Esquinas, Villa Oruro, Calla chullpa, Jampina Huasi, Chapisirca, Chilimarca y Montecillo Alto.

El Hospital de Tiquipaya interviene en la resolución de emergencias y urgencias obstétricas y quirúrgicas. También refiere pacientes críticos a Hospitales de tercer nivel más frecuente a Hospital Viedma y Hospital Materno Infantil Germán Urquidi.

El hospital cuenta con cuatro ambulancias: ambulancia odontológica, terapia neonatal y dos de referencia.

El Municipio de Tiquipaya cuenta con un Concejo Social Municipal de Salud y los Centros de Salud con secretarios de salud, de acuerdo a la normativa de la Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

5.3. Accesibilidad geográfica

El Hospital Materno Infantil Tiquipaya está ubicado hacia oeste de trojes a 2 ½ Km. En transporte se llega en 20 minutos, los medios de comunicación son a través del teléfono, celular, en moto, bicicletas, movilidad uno se puede trasladar hasta a pie, la frecuencia de movilidad es de todos los días el transporte público y privado, el camino es estable y asfaltado.

El Municipio de Tiquipaya mantiene fácil acceso y comunicación con el centro de la Ciudad de Cochabamba a través de una vía asfaltada en todo su recorrido, la Avenida Melchor Pérez hacia este y la Avenida Ecológica hacia Oeste.

Existen varias líneas de auto transporte interprovincial público que ofrecen sus servicios como: Taxi trufi 150 que recorre cada 10 minutos de Tiquipaya- Cochabamba, taxi trufi 120 que recorre cada 5 minutos de Colcapirhua- Tiquipaya, taxi trufi 250 que recorre cada 10 minutos de Tiquipaya- Colcapirhua- Cochabamba, micro E recorre cada 20 minutos de Cochabamba- Cuatro esquinas, micro 13 recorre cada 10 minutos de Chilimarca- Cochabamba. Estos vehículos servicios recorren los 13 kilómetros de distancia entre la Ciudad de Cochabamba y en Centro del Casco Viejo de Tiquipaya, y las diferentes comunidades del poblado de Tiquipaya entre sí.

De acuerdo a la accesibilidad al servicio de salud por comunidad según las dimensiones geográficas, transporte y factor económico varía desde ser muy accesible en la área urbana y poco accesible de la cordillera que es área rural a pesar que existe apertura de caminos a todas las comunidades, la distancia el medio de transporte y el tiempo en recorrido, son factores que no favorecen a las comunidades más lejanas y más aún en emergencias en salud.

En cuanto a la accesibilidad del Hospital Materno Infantil Tiquipaya a hospitales más complejos de tercer nivel, Hospital Viedma, Hospital Materno Infantil Germán Urquidi y Gastroenterológico que están a 8 kilómetros y camino asfaltado es asequible ya que el tiempo de demora es alrededor de 20 minutos en ambulancia y de 40 minutos en transporte público. (Ver anexo N° 7 Isócronas)

Tabla # 27 ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA. MUNICIPIO DE TIQUIPAYA

CENTROS DE SALUD	DIST. EN KM AL HOSPITAL TIQUIPAYA Y ESTADO DEL CAMINO	TIEMPO DE TRASLADO EN MOVILIDAD	MEDIO DE TRANSPORTE	FRECUENCIA DE TRANSPORTE (MOVILIDAD)
C.S. Cuatro esquinas Primer Nivel	3 Km Camino estable asfaltado	20 minutos	Automóvil (público-privado) Moto, bicicleta, pie	Todos los días cada 10 minutos
C.S. Villa Oruro Primer Nivel	3 Km Camino estable asfaltado	20 minutos	Automóvil (público-privado) Moto, bicicleta, pie	Todos los días cada 10 minutos
C.S. Ciudad del niño Primer Nivel	4 Km Camino estable asfaltado	20 minutos	Automóvil (público-privado) Moto, bicicleta, pie	Todos los días cada 10 minutos
C.S. Callajchullpa Primer Nivel	4 Km Camino estable asfaltado	20 minutos	Automóvil (público-privado) Moto, bicicleta, pie	Todos los días cada 15 minutos
C.S. Linde Primer Nivel	4 Km Camino estable asfaltado	20 minutos	Automóvil (público-privado) Moto, bicicleta, pie	Todos los días cada 10 minutos
C.S. Jampina Huasi Primer Nivel	45 Km Camino estable de tierra	1 hora	Automóvil (público-privado) Ambulancia, moto	Una vez al día
C.S. Chapisirca Primer Nivel	65 Km Camino estable de tierra	2 horas	Automóvil (público-privado) Ambulancia, moto	Una vez al día
C.S. Montecillo alto Primer Nivel	80 Km Camino estable de tierra	3 horas	Automóvil (público-privado) Ambulancia, moto	Una vez al día

Fuente: Elaboración propia, 2018

6. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD.

- El problema de la comunidad de Trojes son de causas múltiples, en salud se observa en las enfermedades transmisibles, la incidencia de IRAS y seguido de EDAS, se debe primeramente a causas ambientales por ubicación geográfica, el clima frío en invierno y templado el resto del año es un condicionante para la aparición de las infecciones respiratorias agudas, sumándose a esto los malos

estilos de vida, el hacinamiento dentro del hogar, la mala higiene personal, la falta de costumbre de lavado de las manos. Lo cual repercute de forma desfavorable a toda la población ya que favorece a la aparición de enfermedades gastrointestinales como enfermedades diarreicas agudas, parasitismos intestinales.

- En nuestra población tiene como factor de riesgo la calidad de los alimentos, debido a que existen muchísimos lugares donde preparan alimentos sin un control estricto higiénico sanitario, como para las vendedoras de alimentos lo importante es que se venda su producto venden incluso alimentos guardados por varios días en mal estado, existe también una costumbre de la comunidad de Trojes llamada el konichi que en castellano significa caliente, que consiste en consumir la comida guardada de un día, aparte de lo mencionado, nuestra población no está acostumbrada gran parte de esta a lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, por tanto todos los acápite mencionados nos hacen poner al 100% de la población en el riesgo de la calidad de los alimentos, aparte de lo mencionado algunos agricultores como el sector de la cordillera acostumbran a regar sus cultivos con aguas albañales y cuando estos alimentos están listos para la venta lo traen al mercado de Tiquipaya donde nuestra población lo compra y lo consume.
- Las viviendas no acostumbran a clorar el agua de consumo, según las entrevistas realizadas por parte de la población desconocen la importancia de clorar el agua y otros aun conociendo la importancia de clorar el agua no lo practican por razones de costumbre. Lamentablemente nuestras autoridades del Municipio de Tiquipaya no llevan un control estricto de la cloración del agua ni del estudio bacteriológico del mismo, lo cual en caso de la aparición de enfermedades hídricas transmisibles repercutiría negativamente a nuestra población.
- Los vectores principalmente como las moscas, mosquitos, que aparecen de forma abundante después de la época de lluvias e inundaciones, como las

vinchucas, roedores no se encuentran en la mayoría de las viviendas pero en una minoría existen.

- Disposición final de los desechos sólidos son enviados a vertederos a cielo abierto, algunas que otras viviendas practican el proceso de incineración de los desechos sólidos y en los lugares donde lamentablemente no se cuenta con la recogida de los desechos sólidos se practica el proceso de relleno sanitario.
- El problema ambiental actual más agudo identificado no solo en el municipio de Tiquipaya sino en todo el área, está relacionado con el tema de la basura, ya que se puede apreciar restos de residuos sólidos orgánicos e inorgánicos (Plásticos, vidrio, latón, etc.) diseminados en campos de cultivos, plazas de las poblaciones, cunetas de caminos, en síntesis donde quiera que uno dirige la vista.
- La excreta humana depositada sobre la superficie de los suelos, se constituye en otro factor contaminante biológico sólido para el suelo el cuál puede tener efectos negativos para los cultivos, al igual que contaminante para los animales, especialmente siendo un factor fundamental en la proliferación de la cisticercosis porcina y otras enfermedades parasitarias e infecciosas. Este aspecto se debe fundamentalmente a la falta de un sistema de saneamiento básico como sistema de alcantarillado en la población capital del municipio como la letrización adecuada en las poblaciones y comunidades del área rural.
- Existen muchos micro vertederos lamentablemente, las viviendas a las cuales no llega este servicio de recogida de los desechos sólidos acostumbran a botarlos hacia los ríos aledaños, mercados, calles y áreas verdes lo cual es desfavorable para la higiene ambiental, social y personal, no solo de nuestra comunidad sino de comunidades aledañas.
- La Hipertensión Arterial como se observó que es predominante de enfermedades crónicas no transmisibles se debe fundamentalmente a malos hábitos dietéticos y estilos de vida inadecuados asociados a factores exógenos como el estrés.

Tomando en cuenta la distribución de estas, así como la magnitud del problema en la comunidad, se aplican los programas de detección precoz y prevención de dichas enfermedades insistiendo aún más en la Hipertensión Arterial por constituir la de mayor prevalencia entre ellas.

- Los accidentes es un problema de salud que a medida que la tecnología está avanzando, los accidentes siguen el mismo curso, la comunidad de Trojes registran en las bases de datos del servicio de salud un aumento de estos eventos con predominio de accidentes de tránsito por motocicleta del total de accidentes de tránsito registrados en el periodo 2018 la gran mayoría eran adolescentes que conducían los motorizados, sin ningún tipo de protección y sin registros de licencia para la conducción, lo que conlleva a afirmar que existe una gran irresponsabilidad por parte de los conductores que no cuentan con ningún medio de protección y de los mismos padres quienes autorizan el manejo de estos medios de transporte, además de que en la comunidad no existe un módulo policial para el control de dichas infracciones.
- En la comunidad de Trojes existe un río denominado río Taquiña cuya naciente se encuentra en las partes altas de la montaña del parque Tunari, este río en el mes de febrero del año 2018, se convirtió en una tremenda mazamorra que inundó extensos terrenos, destruyó casas, dejó angustiadas familias a la intemperie y quebró un puente e incluso produjo varias muertes.

7. NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN

Se logra la determinación de las necesidades en salud, en la que se encuentra la comunidad de Trojes, utilizando como el enfoque de búsqueda de consenso, el foro comunitario, el mismo se desarrolla con los principales actores sociales, y la Autoridad Local de Salud, y personal del mismo hospital, para evaluar las opiniones profesionales y no profesionales de las necesidades de atención en salud de nuestra área, quienes en

un consenso comunitario llegan a la conclusión de las principales necesidades en salud de su comunidad.

Según las conclusiones a las que se llegan se determina:

1. Mejorar el abastecimiento de agua potable para el consumo de la población, esto debido a que a pesar de ser uno los municipios con más cantidad de agua en el departamento de Cochabamba, esta no es potable para el consumo.
2. Mejorar la calidad de atención médica recibida por parte del personal de salud que atiende en el Hospital, que según manifiestan la comunidad no existe un trato con calidad y calidez.
3. Ampliación del Hospital en cuanto a Infraestructura y equipamiento, debido a que no abastece a la cantidad de pacientes que acuden a él.
4. Ampliar las campañas de vacunación antirrábica a los animales que se encuentran en las calles.
5. Programar de forma más frecuente campañas de desparasitación a niños en edad escolar.
6. Mejorar el recojo de los desechos sólidos.

Posterior a este consenso, y el análisis de las ideas brindadas sobre las necesidades que tiene la población en salud, se realiza la Priorización de los Problemas en Salud, que fue en base al perfil epidemiológico de la comunidad, datos obtenidos de historias clínicas, visitas domiciliarias y carpetas familiares.

Resumiéndose los principales problemas de salud identificados están:

1. Diabetes Mellitus Tipo II
2. Infecciones Respiratorias Agudas
3. Hipertensión Arterial
4. Accidentes
5. Enfermedades Diarreicas Agudas

La priorización de problemas se utilizó el Método de Castillo(28), por lo que es importante definir los problemas actuales que afectan a la Comunidad de Trojes, estos son aquellos potenciales que tienen mayor afectación en la comunidad, con un análisis de los factores de riesgo, para poder conseguir una distribución optima de los recursos, para esta identificación de problemas que pueda rendir mayores beneficios a la población, en salud usamos el indicador de búsqueda de consenso, que nos ayudó a analizar los datos de morbilidad, para la recolección de datos.

Se recurrió a Carpetas familiares, historias clínicas, el SNIS, informes semanales, informes mensuales, luego realizamos una búsqueda de los informantes clave para realizar la entrevista, en cuanto a los datos de morbilidad de la comunidad de Trojes.

Luego del análisis en consenso se procedió a la priorización de problemas por lo que usamos el método de CASTILLO.

Daño a la salud.	Criterio.	Puntaje máximo	Puntaje asignado	Peso relativo	TOTAL	Puntaje Total
Hipertensión Arterial	Magnitud	10	7	4	28	81
	Gravedad	10	5	4	20	
	Posibilidad de prevención	10	7	2	14	
	Interés de la comunidad	10	4	3	12	
	Tendencias en el tiempo	10	7	1	7	
Diabetes Mellitus tipo II	Magnitud	10	5	4	20	73
	Gravedad	10	5	4	20	
	Posibilidad de prevención	10	7	2	14	
	Interés de la comunidad	10	4	3	12	
	Tendencias en el tiempo	10	7	1	7	
Infecciones Respiratorias Agudas	Magnitud	10	6	4	24	65
	Gravedad	10	4	4	16	
	Posibilidad de prevención	10	4	2	8	
	Interés de la comunidad	10	4	3	12	
	Tendencias en el tiempo	10	5	1	5	
Enfermedades Diarreicas Agudas	Magnitud	10	4	4	16	59
	Gravedad	10	5	4	20	
	Posibilidad de prevención	10	4	2	8	
	Interés de la comunidad	10	4	3	12	
	Tendencias en el tiempo	10	3	1	3	
Accidentes	Magnitud	10	2	4	8	42
	Gravedad	10	3	4	12	
	Posibilidad de prevención	10	3	2	6	
	Interés de la comunidad	10	4	3	12	
	Tendencias en el tiempo	10	4	1	4	

Fuente: Dr. Carlos Castillo; 1999: 37-69

Como resultado de la matriz de priorización de problemas descrita por Castillo, nos muestra que los principales problemas en la comunidad de Trojes, son la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus tipo II, las mismas que son priorizadas también por la Posibilidad de Prevención en la población sobre la que se puede influir, y la magnitud y gravedad con la que afecta a la misma; las Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas son problemas que pueden ser prevenibles por la promoción y prevención que realiza el personal de salud en campañas y ferias de salud y los Accidentes en el área a pesar de ser importantes por la severidad, son de difícil acceso al momento de prevenir, esto debido que es de mayor responsabilidad de las autoridades municipales.

Tomando en cuenta la distribución de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como la magnitud y gravedad del problema en la comunidad de Trojes, como resultado de la matriz de priorización de problemas descrita por Castillo, hay ausencia de los programas de salud y detección precoz y prevención de dichas enfermedades especialmente de la Hipertensión Arterial por constituir la de mayor prevalencia entre ellas en la comunidad de Trojes, y en las mismas reuniones comunitarias el interés de la población está centrado en actuar sobre estas enfermedades principalmente

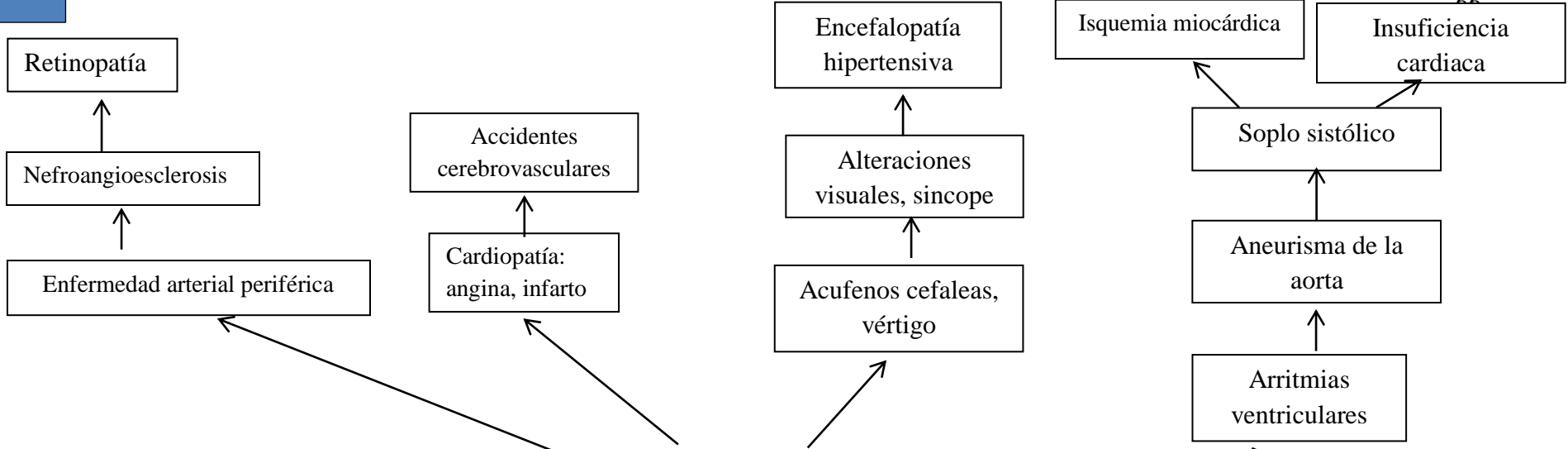
Es importante actuar sobre la prevención y promoción a todas las personas con riesgo como dietas inadecuadas por consumo excesivo de grasa y sal, sedentarismo, fumadores.

Tampoco se ha brindado educación sanitaria para modificar estilos de vida poco saludables. Además no se cumple con la toma de tensión arterial a toda la población mayor de 15 años para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en las personas aparentemente sanas, así como adecuado control y seguimiento para mantener los pacientes compensados y prevenir las complicaciones que puedan aparecer en los pacientes hipertensos. Por último no se incorpora, a estos pacientes a la vida socialmente útil mediante la rehabilitación física y psíquica.

Le sigue en importancia la Diabetes Mellitus, para ello no se realizan trabajos educativos sobre la dieta, toma de glucemia en ayunas, tratamiento medicamentoso del diabético, régimen de ejercicios físicos sistémicos y sobre todo la comprensión y aceptación de la enfermedad por parte del paciente diabético, no se realizan actividades de prevención, para evitar futuras complicaciones, además estos pacientes no se vinculan con las casas del diabético.

Tras la priorización de problemas, en el que identificamos como principal la Hipertensión Arterial, elaboramos en Árbol de Problemas, identificando causas el problema central y los efectos.

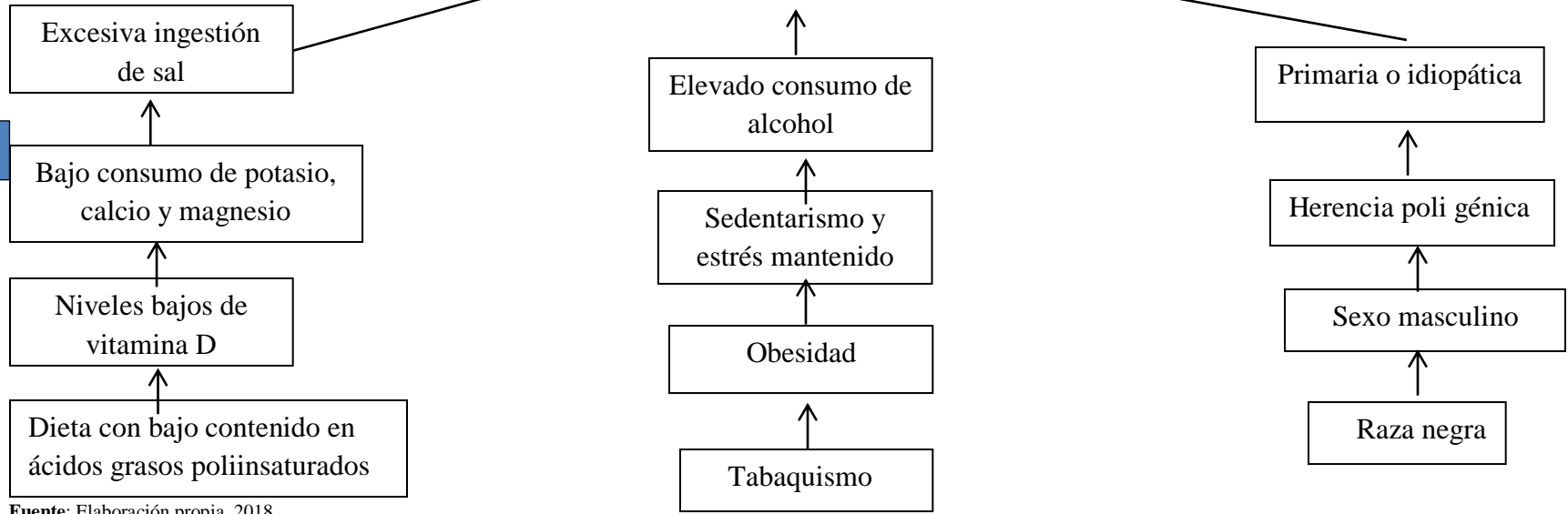
EFFECTOS



PROBLEMA CENTRAL

HIPERTENSION ARTERIAL

CAUSAS



Fuente: Elaboración propia, 2018

8. ACTORES RELEVANTES Y RECURSOS DE PODER QUE CONTROLAN

ACTORES	ENTIDAD	RECURSOS QUE CONTROLA	ACTITUD FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD; NEUTRA, INDIFERENTE
Sociales	El apoyo de la O.T.B., Concejo Social, Municipal de Salud, Comité Cívico, Comités Locales de Salud, Central Provincial y Regional de Mujeres campesinas Bartolina Sisa, Central Provincial y Regional Única de Campesinos.	Recursos propios de la comunidad.	Favorable.
Instituciones/Empresas Privadas	M.A.P. Internacional, Tiquipaya N.E Seguridad Ciudadana	Económicos.	Favorable.
Políticos	Gobierno Autónomo Municipal de Tiquipaya	Económicos.	Favorable.
Recursos Humanos	Hospital Tiquipaya	Económicos.	Favorable.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Los actores sociales en la Comunidad de Trojes que apoyan en la solución de la problemática de salud son:

Los presidentes de la OTB, son actores sociales que representan a las bases de la comunidad, fortalecen la presencia social, económica, política y cultural, al mismo tiempo facilitan la información de actividades municipales y comunitarias para el bienestar de su comunidad.

Las autoridades locales de salud, es el representante legítimo de la comunidad ante el sistema de salud; encargada de hacer planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento

control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad, por lo tanto la actitud frente a la problemática de salud es favorable.

Las asociaciones o club de madres y las agrupaciones de las bartolinas son un grupo focales de gran peso, que se encuentra a disposición en diferentes acciones y más aún en salud.

Mencionar a personal administrativo de las canchas deportivas y recreativos en este caso de alguna forma colaboran en la solución de las problemáticas de salud.

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

AREA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PROBLEMA CENTRAL	LINEAS DE ACCION
Programación local	<ul style="list-style-type: none"> - Excesiva ingestión de sal y grasa. -Aumento de sedentarismo y estrés. -Escaso consumo de vegetales y frutas. -Incremento de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco. -Ausencia de canchas deportivas y centros recreativos. 	Presencia de pacientes con Hipertensión Arterial en la población de la comunidad de Trojes	Actividades de promoción y prevención enfatizados en los factores de riesgo dentro y fuera del servicio de salud
Vigilancia en salud	Deficiencia de un sistema de vigilancia en salud para disminuir los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.	El sistema de vigilancia de salud genera datos insuficientes	<p>Capacitación y empoderamiento e identificación sobre vigilancia de la salud.</p> <p>Establecer un sistema de vigilancia en salud para disminuir los factores de riesgo sobre enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>Conformar grupos de Integración en actividades de promoción, prevención y vigilancia de la salud</p>
Servicios de nivel primario	Reducida información dirigida a la población, por parte del personal de salud, referente a temas educativos sobre factores de riesgo, hábitos y estilos de vida sobre enfermedades crónicas no transmisibles.	Falta de promoción y prevención de la salud en hábitos y estilos de vida a la población.	<p>Atención integral a la población en cuanto a promoción, prevención de la salud, curación y rehabilitación de enfermedades en servicio y comunidad.</p> <p>Conformación de equipo de salud para la atención en comunidad.</p>

Fuente: Elaboración propia, 2018

PARTE III

PROPUESTA

1. MOMENTOS NORMATIVO Y ESTRATÉGICO

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.

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.

Para su realización se tomaron en cuenta los resultados encontrados en las anteriores fases de trabajo y que permiten la identificación de las principales necesidades a ser atendidas.

1.1. VISIÓN

En el año 2022, la población de comunidad de Trojes ejerce plenamente su derecho a la salud, especialmente favoreciendo a los más vulnerables, brindándoles servicios de salud de promoción, prevención, curación y rehabilitación así disminuir la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, además de la vigilancia epidemiológica y protección contra los factores de riesgo, gracias a un enfoque de integración y participación activa interinstitucional, intersectorial y de una sociedad civil organizada, alcanzando la consigna de vivir bien.

1.2. ESTRATEGIA

Para cumplir con esta visión vamos aplicar el Programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), esto “basado en los principios de participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integridad; este modelo amplia la participación social en el diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de salud, que incluyen acciones de promoción y prevención de las enfermedades, orientadas al desarrollo integral de la comunidad.”

Involucrar a todos los actores sociales de la comunidad de Trojes y coordinar de forma intersectorial las actividades planificadas y cumplir los objetivos planteados para la movilización de recursos necesarios.

El equipo de salud del Hospital Tiquipaya y la comunidad de Trojes trabajaran junto con las organizaciones sociales para mejorar los estilos de vida a través de la abogacía por la salud y la construcción de alianzas estratégicas con ONG en este caso Map International, serán un pilar fundamental que servirán para coadyuvar en la ejecución y cumplimiento de los objetivos establecidos.

Se lograra la participación social, sobre el cambio de hábitos, estilos de vida y los factores de riesgo para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles en la comunidad de Trojes.

Se tomara decisiones sobre la planificación, ejecución y seguimiento de las acciones de salud a través de sus organizaciones sociales.

1.3. CONSTRUCCION DE ALIANZAS ESTRATEGICAS

Se buscara alianzas estratégicas con las autoridades locales de salud, actores sociales, personal de salud, dirección, dirigentes de la OTB, Unidades Educativas y ONG como Map International (Organización no Gubernamental sin fines de lucro, encargada de realizar actividades de promoción y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles), que serán capacitados para brindar educación sanitaria y mejorar los factores de riesgo y disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles en la Comunidad de Trojes.

1.4. ANÁLISIS FODA

A FAVOR		EN CONTRA	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Personal de salud capacitado y comprometido - Seguro Universal de salud. - Apoyo de internos en diferentes especialidades y Servicio Social Salud Rural Obligatorio. - Contar con médicos especialista SAFCI, Mi Salud, Telesalud, - Personal de salud habla idioma quechua. - Adecuada relación con las autoridades y organizaciones sociales. - Establecimiento de salud categorizado. - Atención permanente las 24 horas. - Tenemos ambulancias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contar con un Consejo Municipal de salud. - Contar con un Comité local de salud. - Participación activa de la población, en acciones educativas de promoción de la salud. - Existencia de autoridades locales de salud. - Autoridades e instituciones comprometidas con la salud de la población. - OTB de la comunidad. - Reuniones sindicales - Relación directa con la comunidad. - Espacios de educación para la salud. - Relaciones intersectoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infraestructura no adecuada. - Deficiencia de mantenimiento a los equipos. - Insuficiencia de medicamentos e insumos. - Ausencia de recursos humanos para la asistencia médica. - Insuficiencia de actualización en temas de salud. - Deficiencia de proyección a la comunidad. - Ausencia de planificación para las actividades en la comunidad. - Ausencia de compromiso social. - Incumplimiento a las normas. - Deficiencia de coordinación - Mala alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso de las autoridades. - Burocracia municipal. - Pobreza en algunas familias. - Baja asignación de presupuesto a la acciones de salud. - Precariedad económica de la población para asumir recuperar su salud. - bajo nivel cultural de la población. - Migración de la población. - Cambio climático

Fuente: Elaboración propia, 2018

1.5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Reducir en un 50% las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a la población en un período de 5 años tomando en cuenta los indicadores del número de casos encontrados al año 2018 y mediante una acción concertada con todos 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 a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

- Fortalecer al 100% el sistema de vigilancia de la salud para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, en un periodo de 5 años.

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

Usamos la matriz para mostrar la pertinencia entre los ejes y objetivos estratégicos del 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% las enfermedades crónicas no transmisibles que afecta a la población en un período de 5 años tomando en cuenta los indicadores del número de casos encontrados al año 2018 y mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales.	Programación local		
Promoción de la salud y movilización social	Mejorar la calidad de los servicios de salud en un 90 % en un periodo de 5 años en cuanto a la vigilancia y seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.		Vigilancia de la salud	Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local
Rectoría		Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud	Competencia del Min. Salud

1.6. LÍNEAS DE ACCIÓN

- Actividades de promoción y prevención enfatizadas en los factores de riesgo dentro y fuera del servicio de salud.
- Capacitación sobre vigilancia de la salud.
- Establecer un sistema de vigilancia en salud para disminuir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Fortalecer los programas de promoción y prevención de la salud relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Atención integral a la población en cuanto a promoción, prevención de la salud y curación y rehabilitación de enfermedades en servicio y comunidad.
- Conformación de equipo de salud (personal de salud, especialistas, autoridad local de salud) para realizar actividades de promoción, prevención y vigilancia de la salud.

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
Área de actividad 1 Programación local	Reducir en un 50% las enfermedades crónicas no transmisibles que afecta a la población en un período de 5 años tomando en cuenta los indicadores como el número de casos encontrados al año 2018 y mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales.	- Actividades de promoción y prevención enfatizadas en los factores de riesgo dentro y fuera del servicio de salud.	- Se ha logrado disminuir el 50% de los casos de enfermedades crónicas no transmisibles - Se ha logrado disminuir la incidencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles.	- N° de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles - N° de incidencias con enfermedades crónicas no transmisibles.	- Informe mensual y anual. - Informes de consolidación de carpetas familiares. - Cuadernos del SNIS.
Área de actividad 2 Vigilancia de la salud	Mejorar la calidad de los servicios de salud en un 90 %, en un periodo de 5 años en cuanto a la vigilancia y seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.	- Establecer un sistema de vigilancia en salud para disminuir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.	- Se ha logrado la aplicación de normas de vigilancia de la salud enfocada a los factores de riesgo de la comunidad. Se ha logrado una población responsable con estilos de vida saludable.	- N° de registro y fichas de vigilancia de salud. - N° de visitas domiciliarias	- Formularios de calidad de información. - Registro de fichas llenado correctamente. - Carpetas familiares - Informes semanales de vigilancia. - Registro en cuaderno de actas sobre reuniones y capacitaciones
Área de actividad 3 Fortalecimiento servicios de nivel primario enfocados en la promoción de la salud, la vigilancia de la salud y la programación local	Fortalecer al 100% el sistema de vigilancia de la salud para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, en un periodo de 5 años.	- Fortalecer los programas de promoción y prevención de la salud relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles. - Conformación de equipo de salud (personal de salud, especialistas, autoridad local de salud) para realizar actividades de atención integral,	- Se ha logrado establecer el Programa de promoción y prevención en la comunidad de Trojes. - Se ha logrado la disminución de las enfermedades crónicas no transmisibles.	- N° de actividades de promoción y prevención en comunidad de Trojes.	- Cuadernos del SNIS. - Informes mensuales y Anuales. - Documentos de convenios firmados.

		promoción, prevención y vigilancia de la salud. -Capacitación sobre vigilancia de la salud.			
--	--	---	--	--	--

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

Se va a realizar una relación de actividad de los objetivos estratégicos y actividades para las tres áreas de actividad: Programación local, Vigilancia de la salud, fortalecimiento de los servicios de nivel primario, después usamos la matriz para mostrar la pertinencia entre los objetivos estratégicos y actividades del plan sectorial de salud en la comunidad de Trojes.

Resultados	Actividades	Tiempo	Responsable
<p>Se ha logrado disminuir el 50% los principales problemas de salud.</p> <p>-Se ha logrado disminuir la incidencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>Se ha logrado la aplicación de normas de vigilancia de la salud enfocada a los factores de riesgo de la comunidad.</p> <p>Se ha logrado una población responsable con estilos de vida saludable.</p>	<p>- Carpetización y seguimiento periódico según grupo de riesgo.</p> <p>- Dispensarización en las carpetas familiares para control sistémico de la TA, glucemia en ayunas uso de técnicas alternativas de medicina tradicional.</p> <p>- Realizar el pesquizado de HTA mediante toma de TA a los pacientes mayores de 15 años, disminuir número de obesos y sedentarios así como situaciones de estrés.</p> <p>- Tratamiento de secuelas como fisioterapia, ergoterapia, psicoterapia, etc.</p> <p>- Educación sanitaria sobre los factores de riesgo, estilos de vida y características de las enfermedades crónicas no transmisibles así como los hábitos alimenticios adecuados y estimular la realización de ejercicios físicos sistémicos.</p> <p>- Realizar actividades de promoción y prevención de la salud a través de visitas domiciliarias, sesiones educativas a grupos focales, individuales</p>	- Diario	- Personal de salud
		-Diario	- Médico y enfermera, especialistas y familiares del paciente.
		-Diario	- Equipo de salud y líderes formales e informales capacitado para ello.
		-Diario	- Médico, enfermera especialistas, fisioterapeuta.
		-Trimestral	- Medios de comunicación radial, televisiva e internet.
		-Trimestral	-Personal de salud.

	<ul style="list-style-type: none"> -Socialización del perfil de sistema de Vigilancia de la Salud a pacientes con factores de riesgo y población en general. - Supervisión y Vigilancia constante de la salud, enfermedad y factores de riesgo por parte del personal de salud y personal extra hospitalario según su área de influencia. -Curso de capacitación al personal de salud, autoridades locales de salud, instituciones y actores sociales sobre factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. - Reuniones periódicas con las autoridades locales de salud (ALS) y personajes claves para apoyo en vigilancia de salud y apreciar los resultados de la vigilancia. - Realizar control de calidad de la información generada. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Mes -Trimestral - Trimestral -Trimestral -Anual 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección de salud, Epidemiólogo. - Dirección de salud, Epidemiólogo. - El personal de salud -El personal de salud Estadística, Dirección Municipal
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha logrado establecer el Programa de promoción y prevención en la comunidad de Trojes. -Se ha disminuido las enfermedades crónicas no transmisibles. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ampliación de la infraestructura y de nuevas prestaciones. - Gestión para recursos humanos equipamiento, medicamentos e insumos - Coordinar reuniones con personajes clave para el mejoramiento de los factores de riesgo. -Coordinar con instituciones para que brinden capacitaciones al personal de salud. - Organización de ferias de salud relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles. -Fortalecer la proyección comunitaria, mediante visitas domiciliarias. -Difusión de cuñas radiales sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - El primer año - Diario - Trimestral - Trimestral -Cada 4 meses -Mensual -Diario 	<ul style="list-style-type: none"> - Autoridades regionales, municipales - Director del hospital de salud, autoridades regionales y municipales - Médico - Médico - Médico SAFCI, personal de salud - Médico SAFCI, personal de salud -Gobierno Autónomo Municipal de Tiquipaya, Desarrollo Humano y Dirección de salud.

2.3. Matriz - Resumen del Plan

Objetivos estratégicos	Líneas de acción	Resultados	Indicadores	Medios de Verificación	Actividades	Tiempo	Responsable
Reducir en un 50% las enfermedades crónicas no transmisibles que afecta a la población en un período de 5 años tomando en cuenta los indicadores del número de casos encontrados al año 2018 y mediante una acción concertada con todos los actores sociales e institucionales.	Actividades de promoción y prevención enfatizadas en los factores de riesgo dentro y fuera del servicio de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha logrado disminuir el 50% de las enfermedades crónicas no transmisibles. - Se ha logrado disminuir la incidencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - N° de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. - N° de incidencias de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe mensual y anual. - Informes de consolidación de carpetas familiares. - Cuadernos del SNIS. 	<ul style="list-style-type: none"> -Carpetización y seguimiento periódico según grupo de riesgo. - Dispensarización en las carpetas familiares para control sistémico de la TA, glucemia en ayunas y uso de técnicas alternativas de medicina tradicional. - Realizar el pesquizado de HTA mediante toma de TA a los pacientes mayores de 15 años, disminuir número de obesos y sedentarios así como situaciones de estrés. - Tratamiento de secuelas como fisioterapia, ergoterapia, psicoterapia, etc. - Educación sanitaria sobre los factores de riesgo, estilos de vida y características de la enfermedad así como los hábitos alimenticios adecuados y estimular la realización de ejercicios físicos sistémicos. - Realizar actividades de 	<ul style="list-style-type: none"> - Diario -Diario -Diario -Diario - Trimestral -Trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de salud - Médico y enfermera, especialistas y familiares del paciente. - Equipo de salud y líderes formales e informales capacitado para ello. - Médico, enfermera especialistas, fisioterapeuta. - Medios de comunicación radial, televisiva e internet. -Personal de salud.

					promoción y prevención de la salud a través de visitas domiciliarias, sesiones educativas a grupos focales, individuales		
Mejorar la calidad de los servicios de salud en un 90 % en un periodo de 5 años en cuanto a la vigilancia y seguimiento a pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles.	<p>-Capacitación sobre vigilancia de la salud.</p> <p>-Establecer un sistema de vigilancia en salud para disminuir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>- Se ha logrado la aplicación de normas de vigilancia de la salud enfocada a los factores de riesgo de la comunidad.</p> <p>- Se ha logrado una población responsable con estilos de vida saludable.</p>	<p>- N° de registro y fichas de vigilancia de salud.</p> <p>- N° de visitas domiciliarias</p>	<p>- Formularios de calidad de información.</p> <p>- Registro de fichas llenado correctamente.</p> <p>- Carpetas familiares</p> <p>- Informes semanales de vigilancia.</p> <p>- Registro en cuaderno de actas sobre reuniones y capacitaciones</p>	<p>-Socialización del perfil de sistema de Vigilancia de la Salud a pacientes con factores de riesgo y población en general.</p> <p>- Supervisión y Vigilancia constante de la salud, enfermedad y factores de riesgo por parte del personal de salud y personal extra hospitalario según su área de influencia.</p> <p>-Curso de capacitación al personal de salud, autoridades locales de salud, instituciones y actores sociales sobre factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>- Reuniones periódicas con las autoridades locales de salud (ALS) y personajes claves para apoyo en vigilancia de salud y apreciar los resultados de la vigilancia.</p> <p>- Realizar control de calidad de la información generada.</p>	<p>- 1 Mes</p> <p>-Trimestral</p> <p>- Trimestral</p> <p>-Trimestral</p> <p>-Anual</p>	<p>- Dirección de salud, Epidemiólogo.</p> <p>- Dirección de salud, Epidemiólogo.</p> <p>- El personal de salud</p> <p>-El personal de salud</p> <p>Estadística, Dirección Municipal</p>

<p>Fortalecer al 100% el sistema de vigilancia de la salud para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, en un periodo de 5 años.</p>	<p>-Fortalecer los programas de promoción y prevención de la salud relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>-Atención integral a la población en cuanto a promoción, prevención de la salud, curación y rehabilitación de enfermedades en servicio y comunidad.</p> <p>-Conformación de equipo de salud (personal de salud, especialistas, autoridad local de salud) para realizar actividades de promoción, prevención y vigilancia de la salud.</p>	<p>- Se ha logrado establecer el Programa de promoción y prevención en la comunidad de Trojes.</p> <p>-Se ha disminuido las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>- N° de actividades de promoción y prevención en comunidad de Trojes.</p> <p>.</p>	<p>- Cuadernos del SNIS.</p> <p>-Informes mensuales y Anuales. Registro de actas de reuniones y actividades realizadas.</p> <p>-Documento de convenios firmados.</p>	<p>-Ampliación de la infraestructura y de nuevas prestaciones.</p> <p>- Gestión para recursos humanos equipamiento, medicamentos e insumos</p> <p>- Coordinar reuniones con personajes clave para el mejoramiento de los factores de riesgo.</p> <p>-Coordinar con instituciones para que brinden capacitaciones al personal de salud.</p> <p>- Organización de ferias de salud relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>-Fortalecer la proyección comunitaria, mediante visitas domiciliarias.</p> <p>-Difusión de cuñas radiales sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>- El primer año</p> <p>- Diario</p> <p>Trimestral</p> <p>Trimestral</p> <p>-Cada 4 meses</p> <p>-Mensual</p> <p>-Diario</p>	<p>Autoridades regionales, municipales</p> <p>- Director del hospital de salud, autoridades regionales y municipales</p> <p>- Médico</p> <p>- Médico</p> <p>- Médico SAFCI, personal de salud</p> <p>- Médico SAFCI, personal de salud</p> <p>-Gobierno Autónomo Municipal de Tiquipaya, Desarrollo Humano y Dirección de salud.</p>
---	--	---	---	--	--	--	--

ACTIVIDADES	GESTION 2018												GESTION 2019												GESTION 2020												GESTION 2021												GESTION 2022											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Reuniones periódicas con las autoridades locales de salud (ALS) y personajes claves para apoyo en vigilancia de salud y apreciar los resultados de la vigilancia.																																																												
Realizar control de calidad de la información generada.																																																												
Ampliación de la infraestructura y de nuevas prestaciones.																																																												
Gestión para recursos humanos equipamiento, medicamentos e insumos.																																																												
Coordinar reuniones con personajes clave para el mejoramiento de los factores de riesgo.																																																												
Coordinar con instituciones para que brinden capacitaciones al personal de salud.																																																												
Fortalecer la proyección comunitaria, mediante visitas domiciliarias.																																																												
Difusión de cuñas radiales sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.																																																												

Fuente: Elaboración propia, 2018

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

Revisando el perfil epidemiológico, vamos a realizar un programa de Promoción de estilos de vida saludables, sobre el principal problema que afecta a jóvenes y adultos mayores, para la prevención de la Hipertensión Arterial, tomando en cuenta los principales determinantes de salud y factores de riesgo.

3.1.1. Responsable técnico del programa

El responsable de este programa será el especialista en Epidemiología quien conformara un equipo multidisciplinario que estará conformado por el director del Hospital Tiquipaya, médico internista, médicos generales, personal de enfermería, internos de rotación, dirigentes sindicales y autoridad local de salud.

3.1.2. Resultado global esperado de acuerdo al Plan estratégico

Establecer el programa de Promoción de estilos de vida saludables, se lograra el cambio de los hábitos y estilos de vida en la población en general, pero sobre todo en la población de riesgo, se trabajara en la implementación del programa tanto en servicio como en las visitas domiciliarias, para prevenir la Hipertensión Arterial a través de la promoción, prevención por parte del personal de salud, involucrando sobre todo a los dirigentes, autoridades locales de salud e instituciones de la comunidad de Trojes.

Así podemos mejorar los determinantes de salud, disminución de los factores de riesgo trayendo como resultado la reducción de incidencia del principal problema de salud.

3.1.3. Objetivos

- Educar a la población para que se empodere del problema de la Hipertensión Arterial y sus factores de riesgo en la comunidad de Trojes.
- Promover hábitos y estilos de vida saludables en la comunidad de Trojes
- Realizar capacitación a las Autoridades locales de salud en la identificación y comunicación de factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles.
- Empoderar a la población respecto a las medidas de prevención para evitar enfermedades crónicas no transmisibles y sus principales factores de riesgo.
- Lograr e involucrar a las autoridades de la comunidad de Trojes en las actividades de promoción de la salud relacionadas con los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Capacitar a personal de salud y actores sociales para lograr una mejor atención y disminuir la incidencia mediante la promoción y prevención de la salud.

3.1.4. Límites de espacio y tiempo.

La programación local de las actividades será realizada en la comunidad de Trojes, en un periodo de 5 años, 2018 – 2022.

La comunidad de Trojes limita al norte con la comunidad Chilimarca, al sud con la comunidad Canarrancho, al este con Rio Taquiña y al oeste con la comunidad Santiaguilla.

3.1.5. Población beneficiaria por grupos etareos

Distribución de la población según grupos de edad y sexo de la Comunidad de Trojes, correspondiente al período de Julio a Diciembre del 2018.

Grupo de edad	Femenino	#	Masculino	#	Total	#
0-4	45	5.5	48	6.1	93	5.8
5.-9	87	10.6	85	10.9	172	10.8
10.-14	72	8.8	69	8.9	141	8.8
15-19	99	12.1	95	12.2	194	12.2
20-24	90	11.0	90	11.6	180	11.3
25-29	66	8.0	57	7.3	123	7.7
30-34	72	8.8	51	6.5	123	7.7
35-39	51	6.2	48	6.1	99	6.2
40-44	27	3.3	39	5.0	66	4.1
45-49	60	7.3	60	7.7	120	7.5
50-54	45	5.5	51	6.5	96	6.0
55-59	30	3.6	34	4.3	64	4.0
60-64	18	2.2	12	1.5	30	1.8
65-69	9	1.1	9	1.1	18	1.1
70-74	29	3.5	18	2.3	47	2.9
>75	15	1.8	9	1.1	24	1.5
Total	815	100	775	100	1590	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

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

Población por grupos etarios	Actividad	Cobertura	Concentración	Recursos humanos Hora/médico	Insumos/ Equipamiento
< 5años	Charlas educativas a padres de menores Visitas domiciliarias para control del tipo de alimentación	90 % 100%	12 actividades por año 12 meses por año	1 actividad por hora medico 4 actividades por hora medico	Data desplaye material audio visual Rota folios Marcadores Papel sabana Carpeta familiar
5-9 años	- Educación sanitaria sobre los factores de riesgo y características de la enfermedad así como los hábitos alimenticios adecuados y estimular la realización de ejercicios físicos sistémicos	80%	12 actividades por año	1 actividad por hora medico por mes	Ambiente para las sesiones, Data desplaye material audio visual Rotafolios Marcadores Papel sabana
10-19 años	- Realizar el pesquizaje de HTA mediante toma de TA a los pacientes mayores de 15 años - Disminuir número de obesos y sedentarios así como situaciones de estrés.	70%	- 12 meses por año	4 actividades hora medico	Estetoscopio Esfigmomanómetro Balanza digital Tallímetro Camillas
20-59 años	- Dispensarización en las carpetas familiares para control sistémico de la TA y uso de técnicas alternativas de medicina tradicional. -Charlas educativas sobre estilos de vida saludables.	70 %	- 12 meses por año	6 actividades hora medico	Carpetas familiares Lápiz Borrador Estetoscopio Esfigmomanómetro Balanza digital Tallímetro
> 60 años	- Tratamiento de secuelas como fisioterapia, ergoterapia, psicoterapia, etc. - Visitas domiciliarias toma de T.A.	90 % 100%	12 meses por año	3 actividades hora medico 6 actividades por hora medico	Sala de consulta, medicamentos, Estetoscopio Esfigmomanómetro Balanza digital Tallímetro Camillas

3.1.7. Evaluación

Se realizara una evaluación continua desde el inicio hasta el final del programa, pero cada seis meses se realizara seguimiento con observación, encuesta, entrevista, reuniones y supervisión para el mejoramiento el estado de salud de la población, por un equipo de salud que estará conformado por el epidemiólogo, médico internista, médicos generales y la enfermera, también participaran los lideres formales e informales de la comunidad de Trojes.

Esto para verificar el cumplimiento, seguimiento de los objetivos estratégicos, líneas de acción planteados y el cronograma de actividades y se verificara que toda actividad se cumpla en el tiempo establecido.

3.1.8. Financiamiento

El financiamiento será cubierto para la realización del programa por el Gobierno Autónomo Municipal de Tiquipaya mediante el POA de salud dado que se tiene una apertura programática para infraestructura, recursos humanos y para realizar actividades e intervenciones.

También como parte del financiamiento se lograra convenios con entidades no gubernamentales como ONG en este caso Map International para la colaboración con cualquier recurso que sea necesario a fin de contribuir a mejorar la salud de la población.

3.2. Programa: Vigilancia en salud

3.2.1. Responsable técnico del programa

El responsable para la ejecución de este programa es el especialista en epidemiología, pero los responsables directos de la vigilancia de la salud serán el director del Hospital Tiquipaya, médico SAFCI, médico Mi Salud y personal de enfermería y de forma indirecta

serán las autoridades locales de salud, actores sociales de la comunidad, el comité local de salud y control social.

3.2.2. Resultado global esperado de acuerdo al Plan Estratégico

Con el resultado del plan estratégico se lograra establecer un sistema de vigilancia de la salud que estará enfocada en disminuir los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial en la comunidad de Trojes.

También va contribuir a reducir la morbi-mortalidad de la población, priorizando en la identificación temprana de los factores de riesgo y determinantes de salud de las principales enfermedades que afectan a los distintos grupos de edades.

3.2.3. Población beneficiaria por grupos etareos

Distribución de la población según grupos de edad y sexo de la Comunidad de Trojes, correspondiente al período de Julio a Diciembre del 2018.

Grupo de edad	Femenino	#	Masculino	#	Total	#
0-4	45	5.5	48	6.1	93	5.8
5.-9	87	10.6	85	10.9	172	10.8
10.-14	72	8.8	69	8.9	141	8.8
15-19	99	12.1	95	12.2	194	12.2
20-24	90	11.0	90	11.6	180	11.3
25-29	66	8.0	57	7.3	123	7.7
30-34	72	8.8	51	6.5	123	7.7
35-39	51	6.2	48	6.1	99	6.2
40-44	27	3.3	39	5.0	66	4.1
45-49	60	7.3	60	7.7	120	7.5
50-54	45	5.5	51	6.5	96	6.0
55-59	30	3.6	34	4.3	64	4.0
60-64	18	2.2	12	1.5	30	1.8
65-69	9	1.1	9	1.1	18	1.1
70-74	29	3.5	18	2.3	47	2.9
>75	15	1.8	9	1.1	24	1.5
Total	815	100	775	100	1590	100

Fuente: Elaboración propia con datos de carpetas familiares, 2018

3.2.4. Objetivos

- Realizar la vigilancia a través de un seguimiento periódico, para valorar el cumplimiento de la programación local de la salud- enfermedad.
- Pesquisa activa y pasiva oportuna de los factores de riesgo en el servicio de salud y comunidad.
- Desarrollar un sistema de vigilancia de la salud para disminuir los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial en la comunidad de Trojes.
- Capacitar a las autoridades locales de salud, actores sociales de la comunidad, el comité local de salud y control social, en la vigilancia e identificación, notificación de enfermedades y factores de riesgo.
- Empoderar a la población de la comunidad de Trojes en practicar buenos hábitos de estilos de vida saludables y manifestar oportunamente al personal de salud de cualquier evento que ponga en conflicto su salud.

3.2.5. Límites de espacio y tiempo

El plan será realizado en la comunidad de Trojes, en un periodo de 5 años, 2018 – 2022.

La comunidad de Trojes limita al norte con la comunidad Chilimarca, al sud con la comunidad Canarrancho, al este con Rio Taquiña y al oeste con la comunidad Santiaguilla.

3.2.6. Descripción del programa

El programa de sistema de vigilancia de la salud es establecer un sistema de vigilancia de la salud para disminuir los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial, de igual forma se vigilaran los principales factores de riesgo de los principales problemas de salud.

En el caso de la Hipertensión Arterial se velará: los estilos de vida saludables se intensificará las actividades dentro la vigilancia.

Las carpetas familiares también es un instrumento para la vigilancia durante las visitas domiciliarias que serán actualizadas cada 6 meses a toda la población de la comunidad de Trojes, que nos sirve para identificar los factores de riesgo o una enfermedad en cada familia.

Estas carpetas serán plasmadas en una sala situacional que nos facilitara la identificación de dichas familias y personas para posteriormente hacer su seguimiento según su grupo de dispensarización de riesgo.

Se lograra implementar, capacitar y forjar a las autoridades locales de salud, el comité local de salud y control social, en la vigilancia e identificación, notificación de enfermedades y factores de riesgo, serán los principales actores sociales en notificar al personal de salud sobre la existencia de algún evento a la salud en su área de afluencia.

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

3.2.7. Evaluación

La evaluación se realizará continuamente desde el inicio hasta la finalización del programa para verificar el cumplimiento de los indicadores y de los objetivos planteados.

El monitoreo será de forma mensual observando y analizando los indicadores que se obtuvieron y las proyecciones que se obtendrá al final del año, este proceso será realizado por el equipo de salud del hospital Tiquipaya y las autoridades locales de la comunidad de Trojes, durante las reuniones mensuales.

Al final de cada año se hará seguimiento al cumplimiento del cronograma y se verificará

que toda actividad se cumpla en el plazo establecido de acuerdo a lo esperado, con esto se consolidara la información y se harán comparaciones de los resultados de otros años antes de implementación del programa.

3.2.8. Financiamiento

El financiamiento para el funcionamiento del programa de vigilancia principalmente correría por parte del Gobierno Autónomo Municipal de Tiquipaya en base a POA de salud y también como parte del financiamiento se lograra convenios con entidades no gubernamentales como ONG en este caso Map International para la colaboración con cualquier recurso que sea necesario a fin de contribuir a mejorar la salud de la población.

3.2.9. Matriz de operacionalización e instrumentación de resultados y actividades

Resultados	Actividades	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Aplicación de normas de la vigilancia de la salud enfocada en los factores de riesgo en la comunidad de Trojes.	Organizar un equipo multidisciplinario de salud.	Número de registro de fichas de vigilancia correctamente llenada.	Actas de reunión Cuaderno de registros	No hay predisposición del equipo multidisciplinario de salud.
Disminución de las principales enfermedades en diferentes grupos etarios.	Capacitar para la detección temprana de factores de riesgo y buenos hábitos de estilos de vida. Realizar seguimiento en visitas domiciliarias según su patología	Número de enfermos o problemas de salud. Numero de seguimientos en visitas domiciliarias según el grupo de Dispensarización.	Libro de actas. Carpetas familiares. Historias clínicas Libros del SNIS	Pacientes que cumplan con las orientaciones y tratamiento médico. La familia debe estar presente en el hogar en las visitas domiciliarias. Población comprometida en apoyar al personal de salud.
Realizar vigilancia de los casos de incidencia en la comunidad de Trojes	Capacitar al personal de salud y actores sociales	Número de participantes Pacientes atendidos en la comunidad y consulta	Registro de asistencia Historias clínicas Libro de actas Cuaderno de SNIS	Disposición de material adecuado. Asistencia a las capacitaciones del personal de salud y actores sociales.

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

La comunidad de Trojes no tiene centro de salud, la población acude a Hospital Materno Infantil Tiquipaya, distante a 2 ½ km, para su atención médica. Pero las ambulancias están disponibles las 24 horas para recoger a pacientes en caso de emergencias.

La falta de especialistas que dificulta la atención en caso de emergencias, a los pacientes tenemos que referir a otro municipio donde están hospitales con especialistas de turno las 24 horas.

También la ausencia de exámenes complementarios y algunos laboratorios en el servicio dificulta en gran parte a la atención a la población, los mismos deben dirigirse a otro municipio o clínica privada para realizar los complementarios indicados.

Otra dificultad es que no se cuenta con un sistema de tratamiento para potabilizar el agua. Con el Sistema Único de Salud (SUS), ha aumentado la afluencia de pacientes y se ve las deficiencias en cuanto a la atención, recursos humanos e insumos por esta razón muchos enfermos se quejan de la atención y la falta de empatía por parte del personal de salud.

3.3.2. Recomendaciones

Dentro las recomendaciones para el fortalecimiento del servicio de salud y el personal de salud están:

- Mejorar la calidad y calidez de la atención médica.

- Equipar las ambulancias con instrumentos e insumos nuevos.

- Contratación inmediata de recursos humanos.

- Gestionar al gobierno central para la construcción del nuevo Hospital Materno Infantil de Tiquipaya con características de segundo nivel.
- Firmar convenios con entidades no gubernamentales, como ONG en este caso Map International.
- Concientizar a la población y estimular a la participación en trabajos comunitarios como el recojo de micro vertederos.

BIBLIOGRAFIA

1. UDAPE.[Internet]. Objetivos del Milenio. La Paz, Bolivia. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas – UDAPE, 2010. Acceso 8 de mayo de 2019. Disponible en: http://www.udape.gob.bo/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=10
2. PNUD. [Internet]. Objetivos del Milenio. Bolivia. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Actualizado 2019. Acceso 10 de mayo del 2019. Disponible en: <http://www.bo.undp.org/content/bolivia/es/home/sustainable-development-goals.html>
3. Naciones Unidas Bolivia.[Internet]. Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Paz-Bolivia, Actualizado 2019, Acceso 8 de mayo del 2019. Disponible en: <http://www.nu.org.bo/agenda-2030/odm/>
4. Wikipedia. [Internet].Salud Publica Fundación Wikipedia, Inc., Actualizado 2019. Acceso 16 de mayo de 2019. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_p%C3%BAblica
5. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de Salud, Actualizado 2019. Acceso 17 de mayo de 2019. Disponible: https://www.who.int/social_determinants/es/
6. PNUD. Objetivos del Milenio [Internet]. La Paz. Acceso el 22 de Mayo de 2019. Disponible en: <https://www.un.org/es/millenniumgoals/>
7. Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia La Paz, diciembre de 2013, acceso 8 de mayo de 2019. Disponible en: http://www.udape.gob.bo/portales_html/ODM/Documentos/InfProgreso/7mo%20In

[forme%20de%20progreso.pdf](#)

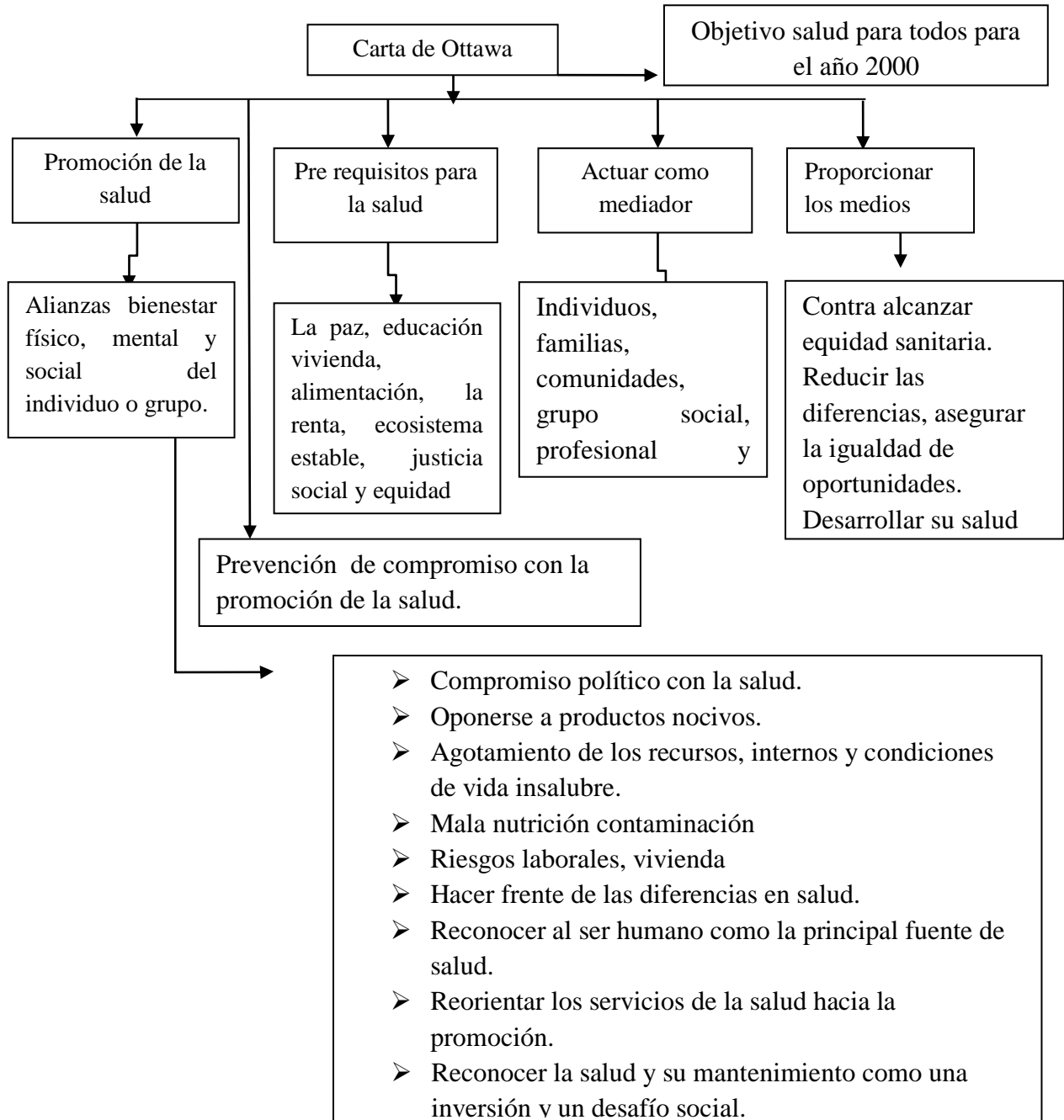
8. Organización Mundial de la Salud. Misión institucional [Internet]. 2018 [Consultado en 22 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
9. Carta de Bangkok Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, [Internet]. 2005. en Bangkok, Tailandia. Acceso 12 de mayo de 2019. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
10. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa- Canadá. 21 de noviembre de 1986. Acceso 16 de mayo de 2019. Disponible: <https://parquedelavida.co/index.php/publicaciones/banco-de-conocimiento/item/112-carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-canada-1986>
11. Solar O. Webinar: Marco conceptual de OMS sobre DSS [video de YouTube]. Quebec: Colegio de las Américas, 2012. [Acceso en 18 de febrero de 2019]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=jRJkKOhIFdM>
12. G.E. Alan Dever. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Maryland E.U.A. Paltex. Organización Panamericana de Salud, 1991. pág. 21-23.
13. El Concepto de la Epidemiología [Internet] Gabriel Rada. Revisado 2007 Tomas Merino. Acceso 17 de mayo de 2019. Disponible en: <https://ecaths1.s3.amazonaws.com/saludpublicats/1061934010.Definiciones%20EPIDEMIOLOGIA.doc>
14. Mario Virgolini, Mario. Análisis de situación de salud, Buenos Aires Acceso 10 de mayo de 2019.
15. Bolivia, 2008, Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz: Congreso Nacional; 2009. Acceso el 20 de junio de 2019

16. German Crespo. [Internet]. Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz: Unidad de Planificación, 2009. Acceso 22 de mayo de 2019. Disponible en: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/bolivia_plurinational_state_of/bolivia_plan_sectorial_de_desarrollo_2010-2020_final_con_rm.pdf
17. Programas de Salud de Bolivia. [Internet]. Ministerio de Salud. La Paz. Acceso 10 de Junio de 2019. Disponible en: <http://www.minsalud.gob.bo/programas-de-salud>
18. Programa de Desnutrición Cero. Ministerio de Salud. La Paz. Acceso 10 de Junio de 2019. Disponible en: <https://plataformacelac.org/programa/174>
19. Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud. La Paz. Acceso 12 de junio de 2019. Disponible en: <http://snis.minsalud.gob.bo/aplicacionesweb/enfermedades/material.html>
20. Lógica de la programación en los sistemas locales de salud: una aplicación operativa, Francisco Hernández Torres, Jorge Alfredo Ochoa Morenoz. Acceso 15 de enero del 2019. Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo7gestion.pdf>
21. Análisis de Situación de Salud. [Internet]. Cochabamba, enero del 2018. Acceso 12 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/AnalisisdeSituaciondeSalud.aspx>
22. Wikipedia. [Internet]. Gobierno Autónomo Municipal de Tiquipaya, Fundación Wikipedia, Inc., Actualizado 2019. Acceso 16 de Julio de 2019. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Tiquipaya>

- 23.** Instituto Nacional de Estadística, Censos de Población y vivienda 2012. [Internet]. Acceso 20 de Julio del 2018. Disponible en:
<http://datos.ine.gob.bo/binbol/RpWebEngine.exe/Portal?&BASE=CPV2012COM>
- 24.** GOBIERNO MUNICIPAL TIQUIPAYA, [Internet]. Plan de Desarrollo Municipal 2017-2018. Cochabamba, enero del 2018. Acceso 10 de mayo de 2019. Disponible en:
http://vpc.planificacion.gob.bo/uploads/PDM_S/03_COCHABAMBA/030903%20Tiquipaya.pdf
- 25.** Ministerio de Salud [Internet]. INFORMACIÓN DEL SNIS. Acceso en enero 2019. Disponible en: <http://snis.minsalud.gob.bo/snis/>
- 26.** LIBROS DEL SNIS PERIODOS 2015, 2016, 2017, 2018 Hospital Materno Infantil Tiquipaya. Visto en febrero del 2019, Ministerio de Salud.
- 27.** Informes semanales y mensuales 2015, 2016, 2017, 2018 Hospital Materno Infantil Tiquipaya. Visto en febrero del 2019 Ministerio de Salud.
- 28.** Dr. Carlos Castillo Salgado. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno infantil. 2da Edición. 1999. OPS

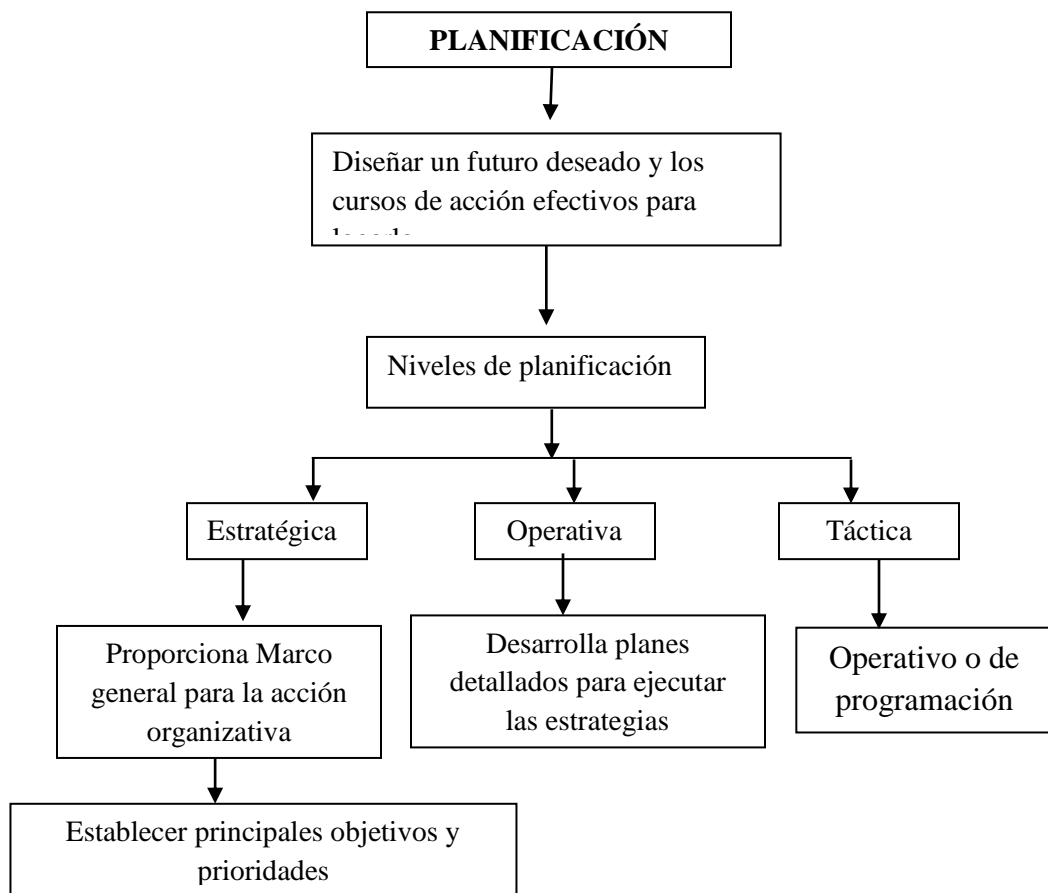
ANEXOS

ANEXO N ° 1. MAPA CONCEPTUAL DE LA CARTA DE OTTAWA DE (1986) PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD



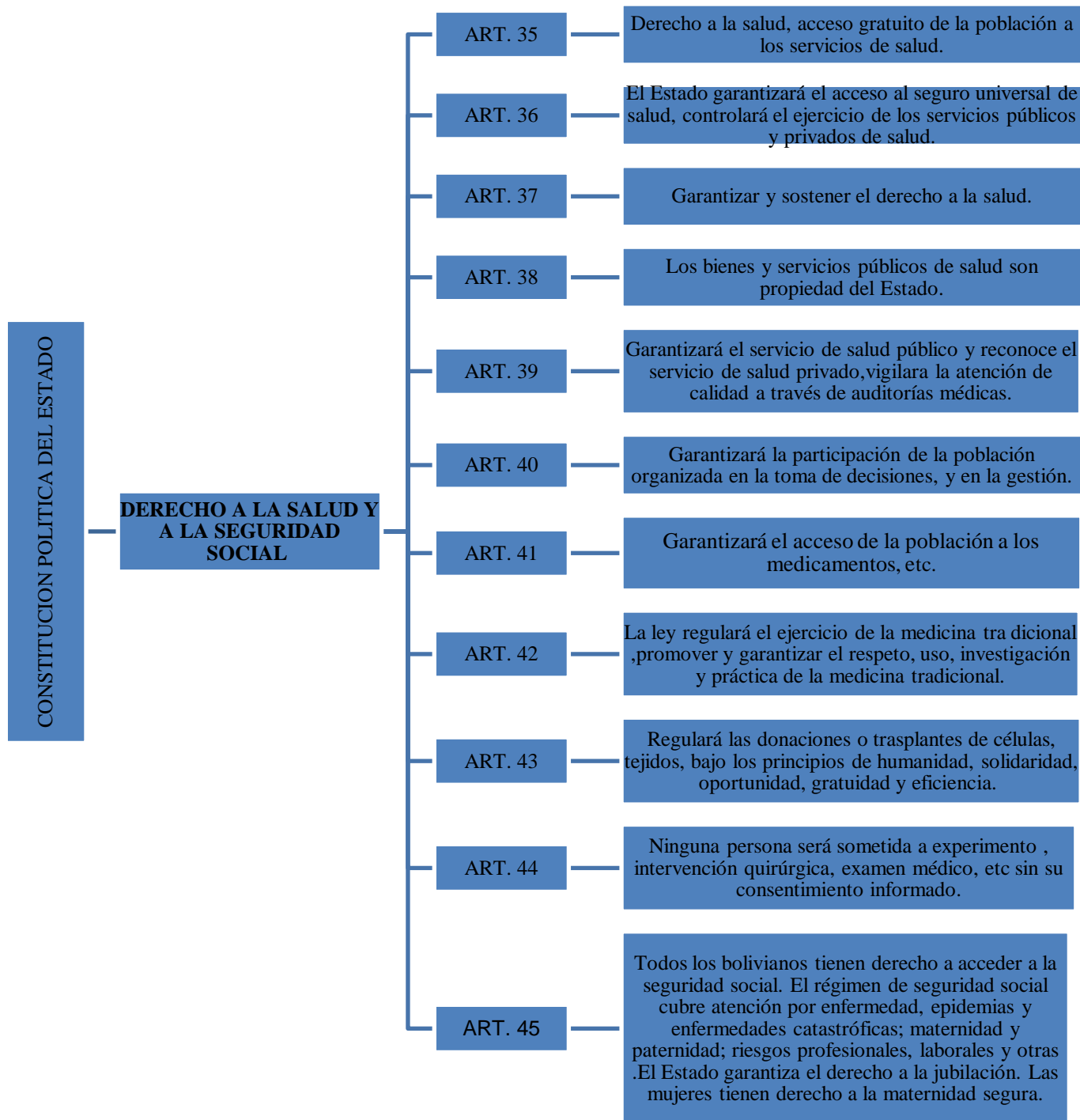
Fuente: Carta de Ottawa disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Carta_de_Ottawa

Anexo N° 2. Proceso de Planificación y Niveles de Planificación



Fuente: Alan Dever; 1991: 56

Anexo N° 3 Mapa conceptual de la Nueva Constitución Política del Estado; derechos a la salud y la seguridad



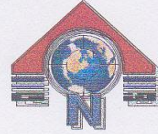
Fuente: Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia; 2009: 19-21.

Anexo N° 4. Matriz de Marco Legal del Plan Estratégico

Leyes Nacionales	Artículos relevantes vinculados a 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
-Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002 - Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).	Declaración de los Derechos Humanos Congreso Constitución Organización Mundial de la Salud 1948	Ley de Participación Popular Ley N° 1551. En el artículo 12 y 13 menciona la estructura de SAFCI con la red. ...municipal y responsable municipal	Ley de Participación Popular Ley N° 1551. Artículo 6 directorio local de salud.
-Ley N° 3323 de 16 de enero 2006 - Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)	Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia Artículos 18,30,35,40,42,44	Ley de Administración y Control Gubernamental Ley N° 1178 20-VII-1978	Ley de Administración y Control Gubernamental. Ley N° 1178. 20-VII- 1978
-Decreto supremo n° 29601 de 11 de junio de 2008 - nuevo	Código de Salud Ley 15629 del 18 julio 1978	Ley de Municipalidades Ley N° 2028	Ley de Municipalidades Ley N° 2028
Modelo de atención y gestión en salud, modelo de salud familiar	Ley 1678 de la persona con discapacidad	Recursos IDH de los Gobiernos Municipales Decreto Supremo N° 28421	Ley N° 475 de Prestaciones de servicios de salud integral
Comunitaria intercultural SAFCI	Decreto Supremo 28667 de Desnutrición Cero. Artículo 7 Derechos de las Organizaciones Territoriales de Base	Ley N° 475 de Prestaciones de servicios de salud integral, Artículo N° 3 Fuentes de Financiamiento	Ley N° 1178- Ley de Administración y Control Gubernamental, 20 de julio 1990
-Decreto supremo n° 26875 Modelo de gestión y directorio local de salud	Decreto Supremo N° 29601 Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural	Ley N° 1178- Ley de Administración y Control Gubernamental, 20 de julio 1990	Ley N° 341 de Participación y Control Social, de fecha 05 de febrero 2013
-Ley N° 475 Ley de prestaciones servicios de salud integral			
-Ley N° 2028 Ley de Municipalidades			
-Ley no. 1551 ley de participación popular.	Ley N° 341 de Participación y Control Social, de fecha 05 de febrero 2013	Artículos 4, 5 Funciones y atribuciones del Servicio Departamental de Salud, Funciones y Atribuciones del Gobierno Municipal	Decreto Supremo N° 0066 Bono Juana Azurduy del 3 de abril 2009. Artículo 6,7
-D.S. N° 26875, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud.			

Anexo N° 5 Croquis de la Comunidad de Trojes

MUNICIPIO TIQUIPAYA COMUNIDAD TROJES



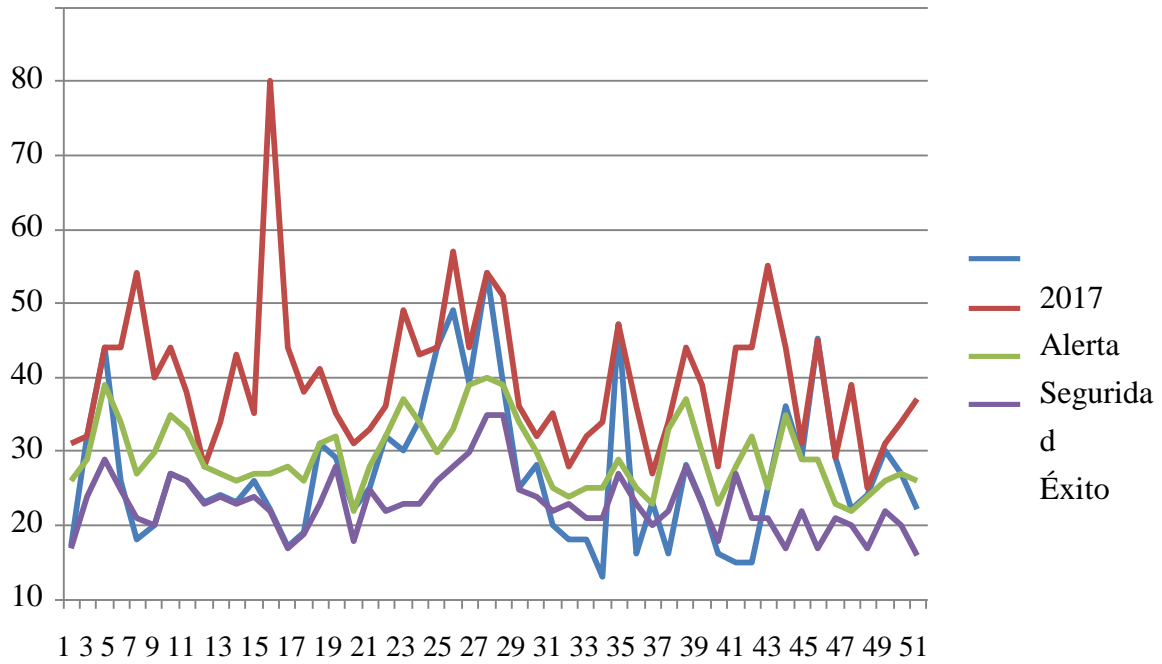
SIMBOLOGIAS

	UNIDAD EDUCATIVA
	IGLESIA CATOLICA
	CANCHA MULTIFUNCIONAL
	PLAZA TROJES
	VIVIENDAS IDENTIFICADAS
	VIVIENDAS VISITADAS
	ANTENA SATELITAL
	RESTAURANT
	SURTIDOR
	RETEN AUTOMOVILISTICO
	CONDOMINIOS
	TORRENTERAS
	CALLES VIAS
	LIMITE DE COMUNIDAD



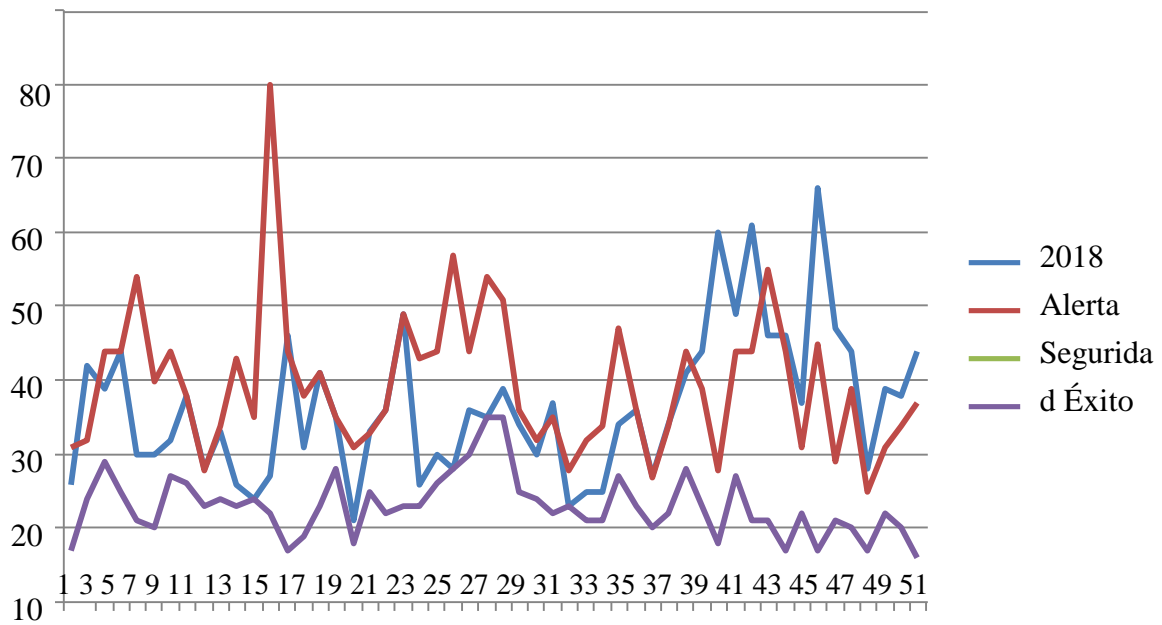
**EXTENSION SUPERFICIAL
37.35 HECTARIAS**

ANEXO N ° 6 Canal Endémico Semanal EDAS. Hospital Tiquipaya.



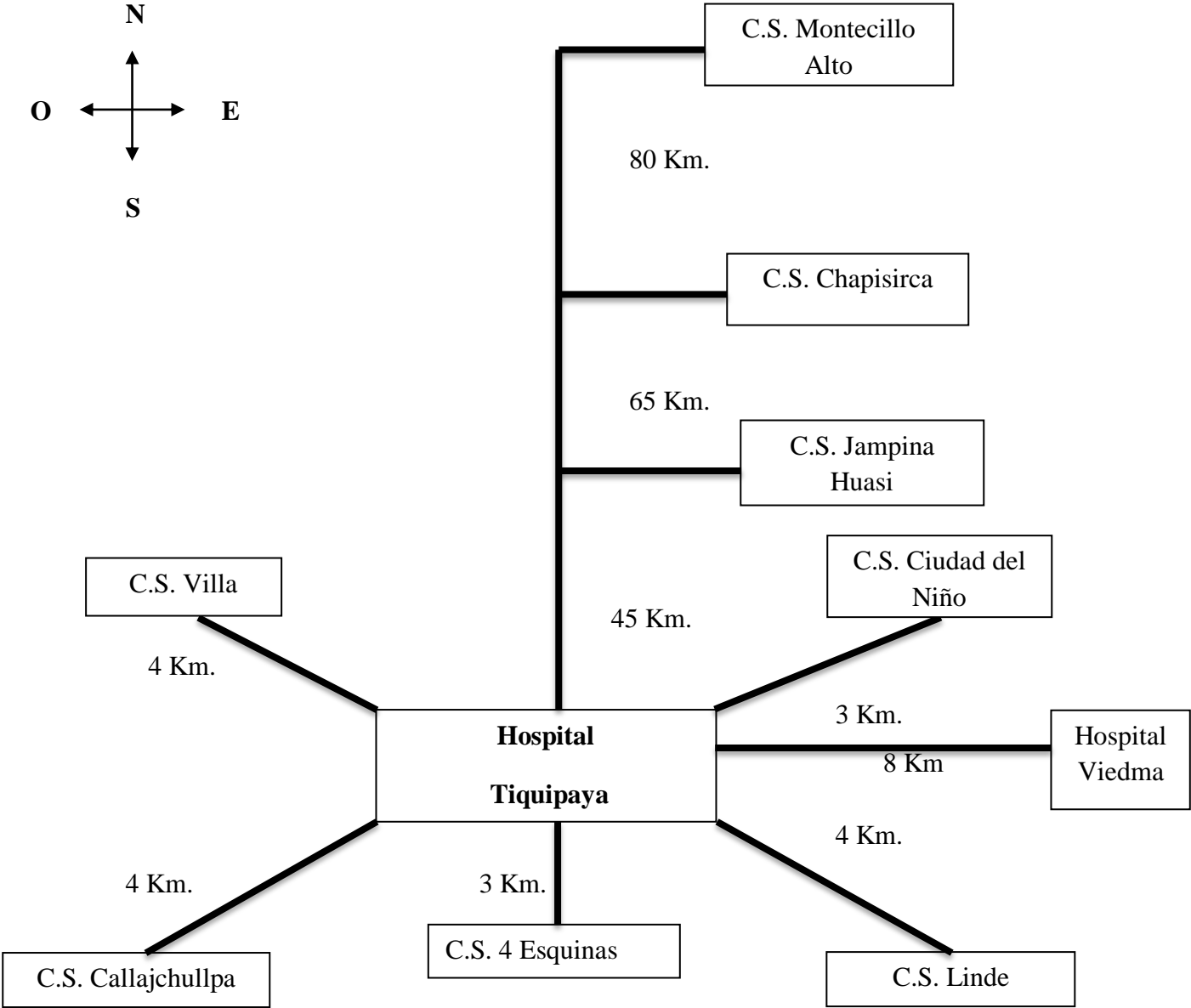
Fuente: Elaboración propia tomado del formulario semanales del SNIS 301A, 2017

Canal Endémico Semanal EDAS. Hospital Tiquipaya.



Fuente: Elaboración propia tomado del formulario semanales del SNIS 301A, 2018

ANEXO N ° 7. Isócrona red municipal de salud SAFCI Tiquipaya



Fuente: Elaboración Propia