

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



**“PROGRAMA DE APLICACIÓN DE POLITICAS ESTATALES DE PREVENCION EN
SALUD ORAL A NIÑOS DE EDAD ESCOLAR EN LA CIUDAD DE LA PAZ GESTION
2016-2018 ”**

POSTULANTE:Dra.. Alicia Beatriz Amézquita Sánchez

TUTOR: Dra. Gladys Bustamante Cabrera PhD

Propuesta de Intervención presentada para optar al Título de Especialista en Salud
Publica Mención Gerencia en Salud.

La Paz-Bolivia

2018

DEDICATORIA

A:

Dios, por tener la oportunidad de vivir junto a mis hijas, darme salud, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón, e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis hijas Dayana y Samara por estar conmigo, amarme mucho, apoyarme, darme fuerza, comprensión, son el motor de mi vida y la razón para seguir y seguir adelante superando todas las adversidades, mirando hacia un futuro siempre juntas de la mano de Dios, las tres pasamos malos y buenos momentos, a ellas dedico la presente propuesta y todas las bendiciones de parte de Dios que vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanto esfuerzo y sacrificio familiar.

AGRADECIMIENTOS

Primero y como más importante me gustaría agradecer sinceramente de todo corazón a mi tutor Dra. Gladys Bustamante Cabrera.

Sus conocimientos, orientación, dedicación, persistencia, manera de trabajar, paciencia, amistad, apoyo y su motivación han sido fundamentales para poder lograr la presente propuesta de intervención.

Ella ha inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad, rigor académico, logro ganar mi lealtad y admiración por esto y mucho más, me siento en deuda con ella gracias y mil gracias querida Doctora.

Agradezco a Dios, por mis hijas que son mi compañía y motivación más grande para lograr concluir con éxito esta propuesta de intervención.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.INTRODUCCION	1
II.ANTECEDENTES	3
III. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA	6
IV. JUSTIFICACION	8
V. ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR	9
VI. ANALISIS DE ACTORES	11
VI.1. BENEFICIARIOS DIRECTOS.....	11
VI.2. BENEFICIARIOS INDIRECTOS.....	11
VI.3. EXCLUIDOS NEUTRALES.....	11
VI.4. Oponentes.....	11
VI.I. ANALISIS DE PARTICIPACION	11
VII. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION	12
VIII. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS	15
VIII.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
VIII.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	15
IX. RESULTADOS ESPERADOS	15
X. ACTIVIDADES	16
XI. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS	17
XII. FUENTE DE VERIFICACION	18
XIII. SUPUESTOS	19
XIV. ANALISIS DE VIABILIDAD	19
XV. ANALISIS DE FACTIBILIDAD	20
XV.1. FACTIBILIDAD SOCIAL.....	20
XV.2. FACTIBILIDAD CULTURAL / INTERCULTURAL.....	20
XV.3. FACTIBILIDAD ECONOMICA.....	21
XV.4. FACTIBILIDAD GENERO.....	21
XVI. ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	21
XVII. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO	21
XVIII. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO	22
XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	23
XX. ANEXOS	23
Nº1 DIAGRAMA DE ISHIKAWA-PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.....	24

Nº2 MATRIZ Nº 1 MATRIZ BCG.....	25
Nº3 MATRIZ Nº 2 ANALISIS DE BENEFICIARIOS.....	27
Nº4 MATRIZ Nº 3 ANALISIS DE INTERES E INTERVENCION.....	27
Nº5 MATRIZ Nº 4 IMPACTO INCERTIDUMBRE.....	30
Nº6 MATRIZ Nº 5 AREA DE DECISION.....	31
Nº7 ARBOL DE PROBLEMAS.....	33
Nº8 ARBOL DE OBJETIVOS.....	34
Nº9 MATRIZ Nº6 PRIORIZACION DE PROBLEMAS.....	35
Nº10 MATRIZ Nº7 MATRIZ DEL MARCO LOGICO.....	36
Nº11 TABLA Nº 2 EVALUACION ECONOMICA DEL ROYECTO.....	52
Nº12TABLA Nº 3 ANALISIS DE SENSIBILIDAD.....	53
Nº13TABLA Nº 4 RESUMEN ECONOMICO DEL PROYECTO.....	54
Nº14 GRAFICO Nº1 ACCIONES PREVENTIVAS ODONTOLOGICAS DE LA GESTION 2005 A LA 2012.....	56
Nº15 GRAFICO Nº2MUESTRA ONCE PRESTACIONES ODONTOLOGICAS DESDE LAS GESTIONES 2005 A LA 2009.....	57
Nº 16TABLA Nº5 DOCE VARIABLES QUE EXPRESA EL NUMERO DE ATENCIONES ODONTOLOGICAS DESDE LA GESTION 2010 A SEP.2014.....	58
Nº 17 GRAFICO Nº3 DOCE VARIABLES ODONTOLOGICAS DESDE LA GESTION 2010 A 2014.....	59
Nº 18 TABLA Nº6 ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO Y FUERA DE CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL GESTIONES 2010 A LA 2014.....	60
Nº 19 GRAFICO Nº4 ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO Y FUERA DE CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL GESTIONES 2010 A LA 2014.....	61
Nº 20 TABLA Nº7 CENTROS DE SALUD AREA URBANA.....	62
Nº 21 GRAFICO Nº5 CENTROS DE SALUD AREA RURAL.....	63
Nº 22 GRAFICO Nº6 CENTROS DE SALUD 2014 URBANA Y RURAL TABLA Nº9 SERVICIO ODONTOLOGICO.....	65
Nº 23 MAPA Nº1 MAYOR NUMERO DE CENTROS DE SALUD Y UNIDADES EDUCATIVAS CONCENTRADAS EN TRES MACRODISTRITOS.....	66
Nº 24 MAPA Nº2 CENTROS DE SALUD Y UNIDADES EDUCATIVAS EN LOS SIETE MACRODISTRITOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ.....	67
Nº 25 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	68
Nº 26 CRONOGRAMA DE ELABORACION DE PROPUESTA.....	69

Nº 27	CRONOGRAMA ANUAL DE EJECUCION.....	70
Nº 28	PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO.....	71
Nº 29	SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1	NUMERO TOTAL DE CENTROS DE SALUD QUE EXISTEN EN LA CIUDAD DE LA PAZ.....	5
TABLA Nº 2	EVALUACION ECONOMICA DEL PROYECTO.....	52
TABLA Nº 3	ANALISIS DE SENSIBILIDAD.....	53
TABLA Nº 4	RESUMEN ECONOMICO DEL PROYECTO.....	54
TABLA Nº 5	DOCE VARIABLES QUE EXPRESA EL NUMERO DE ATENCIONES ODONTOLOGICAS POR GESTIONES DESDE 2010 A SEPTIEMBRE DE 2014....	58
TABLA Nº 6	ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO Y FUERA DE ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL GESTIONES 2010-2014.....	60
TABLA Nº 7	CENTROS DE SALUD AREA URBANA.....	62
TABLA Nº 8	CENTROS DE SALUD AREA RURAL.....	62
TABLA Nº 9	NUMERO DE CENTROS DE SALUD Y SERVICIO ODONTOLOGICO.....	65

ÍNDICE DE MATRICES

MATRIZ Nº 1	BCG.....	25
MATRIZ Nº 2	ANALISIS DE PARTICIPACION.....	27
MATRIZ Nº 3	ANALISIS DE INTERES E INTERVENCION.....	27
MATRIZ Nº 4	MATRIZ IMPACTO-INCERTIDUMBRE.....	30
MATRIZ Nº 5	AREA DE DECISION.....	31
MATRIZ Nº 6	PRIORIZACION DE PROBLEMAS Y ANALISIS DE EJECUCION.....	35
MATRIZ Nº 7	MATRIZ DEL MARCO LOGICO.....	36

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO Nº1	ACCIONES PREVENTIVAS ODONTOLOGICAS.....	56
GRAFICO Nº2	ONCE PRESTACIONES ODONTOLOGICAS.....	57
GRAFICO Nº3	DOCE VARIABLES ADONTOLOGICAS DESDE LAS GESTIONES 2010 A 2014.....	59

GRAFICO Nº4 ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO Y FUERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DESDE LAS GESTIONES 2010 A LA 2014.....	61
GRAFICO Nº5 CENTROS DE SALUD Y EXISTENCIA DEL SERVICIO DONTOLOGICO.....	63
GRAFICO Nº6 CENTROS DE SALUD 2014 AREA URBANA Y RURAL.....	65

ÍNDICE DE MAPAS

MAPA Nº1 CENTROS DE SALUD Y UNIDADES EDUCATIVAS EN LA CIUDAD DE LA PAZ CONCENTRADAS EN TRES MACRODISTRITOS.....	66
MAPA Nº2 CENTROS DE SALUD Y UNIDADES EDUCATIVAS EN LOS SIETE MACRODISTRITOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ.....	67

**“PROGRAMA DE APLICACIÓN DE POLITICAS ESTATALES DE PREVENCION EN
SALUD ORAL A NIÑOS DE EDAD ESCOLAR EN LA CIUDAD DE LA PAZ GESTION
2016-2018 ”**

RESUMEN EJECUTIVO

Desde 1938, año en el que se creó el Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) y la posterior incorporación del Sistema Nacional de Salud (SNS), que a la fecha se encuentra en vigencia, se han ido instaurando políticas, programas y normas que plantean la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento precoz de la salud bucodental, así como acciones que tienen como fin la limitación del daño y rehabilitación de la salud oral.

Sin embargo, el impacto esperado de las acciones instauradas por parte de los gobiernos locales y el gobierno estatal, no han mejorado sustancialmente en relación a la salud oral de los pobladores, esta afirmación se ve respaldada por la persistencia estadística de lesiones orales mutilantes en niños de corta edad, que a futuro limitarán su función estomatognática, además ocasionará gastos considerables en la curación y rehabilitación de dichas lesiones.

Pese a que en los últimos años el Ministerio de Salud y Deportes desarrolló estrategias promocionales y preventivas con el programa en salud oral denominado “*Sonrisas sanas vidas saludables*”, la presencia de lesiones bucodentales ha continuado sin mostrar disminución de porcentajes en relación a enfermedades comunes como son las caries, además de que el programa así incorporado no ha sido apropiado por los prestadores de salud ni de la población, considerándose que el contenido de los mismos podría estar alejado de la realidad social, por lo que los usuarios no internalizan el proceso de prevención de problemas orales.

La propuesta de intervención así planteada está relacionada con los lineamientos de las políticas públicas a nivel nacional a través de la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en la que se garantiza el derecho a la salud, priorizando la promoción y prevención de las enfermedades. A su vez, la Ley 031 es la ley marco de autonomías y descentralización del 19 de julio 2010.

La Ley N° 475 plantea establecer las prestaciones de servicios de salud integral de Estado Plurinacional de Bolivia; también está en relación con la estrategia en salud pública SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) de mantener una salud integral.

La Ley de Administración y Control Gubernamental N° 1178 (SAFCO) y las normas básicas del sistema de administración de personal, donde se atribuyen responsabilidades específicas en base a lo propuesto por las entidades gestoras, por lo tanto los funcionarios en salud deberán cumplir con la obligación de la prevención de la salud oral en cumplimiento del mandato constitucional.

A nivel municipal con la Ley de Municipalidades No. 2028 (Art. 8, inciso 22) y las Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios (D.S. 27328), donde se especifica que las contrataciones y la dotación de insumos, debe tener un control estricto sobre el manejo y coberturas en salud, por lo tanto la salud oral deberá ser regulada a partir del cumplimiento de funciones de los usuarios a los cuales se destinan recursos para el fomento de la salud en general y de la salud bucodental en particular.

Esta propuesta de intervención tiene un enfoque de preservación de la salud bucodental, a nivel individual y grupal, con beneficiarios directos e indirectos, a través de un plan cuyo fin sea concientizar la prevención antes que el tratamiento por medio de: programas en salud oral poco complejos y protocolos en salud oral aplicables, además de otras políticas de prevención.

Los beneficiarios directos son: el Estado Plurinacional de Bolivia, todos los niños en edad escolar, las familias y la sociedad en general que habita la ciudad de La Paz y que además está interesada en el tema de promoción y prevención de la salud bucal.

Entre los beneficiarios indirectos se encuentran: los colegios, profesores, centros de salud estatales, promotores de ventas de material dental y las fábricas de productos de higiene bucal.

La estructura de objetivos pudo ser realizada gracias al árbol de objetivos, identificándose como el objetivo principal del proyecto la aplicación de las políticas estatales de prevención en Salud Oral para niños en edad escolar, mientras que los objetivos específicos plantean la motivación social para la aplicación de programas en salud oral, así como la capacitación en promoción de salud oral del personal profesional y de apoyo, el desarrollo de programas de baja complejidad en prevención de la salud oral y por último, contribuir y ayudar a la redistribución de las áreas que serán útiles para realizar la capacitación en mención.

Los indicadores obtenidos permitirán medir cuatro áreas principales que para su ejecución se encuentran según el orden de interés y grado de importancia:

1. Motivación social para aplicar programas en salud oral.
2. Personal odontológico y de apoyo capacitado.
3. Programa en salud oral poco complejo y desarrollado.
4. Áreas de capacitación en salud oral redistribuidas.

Los supuestos planteados se orientan hacia la negativa de participación de profesionales y comunidad a las charlas de capacitación para la aplicación del programa de salud oral, o bien incompetencia técnica e insuficiente dotación de insumos para la prevención de enfermedad bucodental en el grupo etáreo de interés.

Finalmente se puede evaluar que la aplicación del proyecto, es factible, viable y económicamente sostenible, evidenciándose valores de TIR y VAN social, que hace del proyecto interesante para su aplicación.

I. INTRODUCCION

El actual gobierno y el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, efectivizan un plan de desarrollo social y económico denominado: “*Para vivir bien*”, con el cual se procura garantizar la solución de los problemas de salud de la persona, familia, comunidad y el medio ambiente, con el propósito de disminuir el elevado índice de morbimortalidad materno infantil, además de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y los problemas más frecuentes que afectan a la salud comunitaria, dichas medidas comprometen el enfoque preventivo, promocional, comunitario, intercultural, de género y generacional, complementándose con la medicina tradicional y los determinantes de la salud, para profundizar la intersectorialidad^{1, 2}, a través del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que se instaura como eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional ³, con el propósito de promover y mejorar la salud, contribuyendo con la eliminación de la exclusión social para asegurar la accesibilidad de forma inclusiva y equitativa a todos los servicios integrales de salud con el objetivo de VIVIR BIEN. ⁴

En este contexto la salud es un estado de armonía y equilibrio biológico, psicológico, social, cultural y espiritual de cada individuo con sí mismo y con el medio que lo rodea, esto implica, a la familia, la comunidad y la naturaleza. ³

La salud oral es parte integral de la salud en general, por lo tanto las enfermedades de la cavidad bucal pueden consolidarse como factores coadyuvantes de trastornos generalizados, ⁵ por esa razón se menciona que el amplio significado de salud oral es paralelo al amplio significado de salud, por lo que no deben ser interpretadas de manera diferenciada. ^{6, 7}

La población boliviana se ve afectada por enfermedades que afectan a componentes de la cavidad bucal como resultado de la acción de factores biológicos, sociales, culturales y económicos. La caries dental y la enfermedad periodontal son unas de las alteraciones más frecuentes, la primera es una patología infectocontagiosa, que afecta a las estructuras dentarias, llegando a provocar odontalgias, la pérdida de las mismas, infecciones odontogénicas y en el peor de los casos genera graves complicaciones, que pueden comprometer la vida, generalmente en personas inmunosuprimidas. La segunda (enfermedad periodontal) altera los tejidos de protección y soporte del diente, se inicia en

épocas tempranas y muchas veces se manifiesta en edad adulta con movilidad de piezas dentarias e incluso su pérdida.⁸

Según un informe de la Unidad de Salud Bucodental de la OMS publicado en 1994, en el año 1969 Bolivia tenía una prevalencia de caries dental muy leve, ya que el índice CPOD era menor a 1.2, ya en el año 1994 se evidenció una verdadera transición epidemiológica, pues de un rango de severidad muy leve Bolivia llegó a tener un índice CPOD muy severo (mayor a 6.5).⁹

En 1995, el 95% de la población boliviana tenía caries dental, particularmente niños en edad escolar entre 6 y 14 años, presentándose afectada, en mayor proporción, la región del oriente. Otros datos indican que el 84,6% de los niños de 12 años presentaban caries no tratadas y cuyo índice CPOD estaba en un rango de 4.7, que se considerado muy severo de acuerdo a los criterios de salud oral de organismos internacionales como la OPS.^{2,6}

El reporte de Poul Erik Petersen basado en las fuentes de información del Global Oral Health Data Bank, de Ginebra, Suiza (2002), y el Country Área Profile Program, indica que el nivel de caries dental (CPOD) en niños de 12 años en Bolivia, en el año 2003, se mantiene con un nivel severo (4.5 a 6.5).⁹

En este contexto el grupo etario que más se ve afectado es el que se halla entre los 6 y 12 años, considerado como el periodo más crítico en salud oral, pues en esta fase los niños presentan una dentición mixta, es decir, poseen dientes temporarios en etapa de exfoliación y dientes permanentes en etapa de erupción, por lo cual hay una serie de cambios en la cavidad bucal que desfavorecen a una adecuada higienización, asimismo las piezas dentarias en erupción presentan un esmalte más permeable, esto se debe a que los prismas adamantinos están ampliamente separados y por consiguiente, el diente será más susceptible a caries.

Teniendo en cuenta que la caries dental fue y continúa siendo el principal problema de salud oral en nuestro país, en el transcurso de los años se desarrollaron estrategias promocionales y preventivas, como también se ha pretendido incrementar las coberturas de atención, con el fin de mejorar la calidad de la salud bucodental en la población boliviana,¹ pero esto a su vez, se ha limitado por diversos factores.

El programa Nacional de Salud Oral, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, tiene muchas deficiencias a mencionar, existiendo un bajo perfil preventivo y un alto perfil curativo, limitada capacidad restaurativa, baja cobertura ante una gran demanda de atención odontológica, insuficientes recursos humanos, poca inversión económica en el área de salud oral, falta de infraestructura y equipamiento adecuado, oferta de servicios odontológicos limitados, inaccesibilidad a dichos servicios. ^{1,6}

II. ANTECEDENTES

En 1938 se creó el Ministerio de Salud y Deportes (MS y D) y se incorporó el Sistema Nacional de Salud (SNS) que es el conjunto de entidades públicas y privadas que efectúan actividades de promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento precoz, limitación del daño y rehabilitación de la salud. ¹⁰

Con la declaración de Alma Ata, en 1978, se dio inicio a un proceso de cambio y transformación en las políticas de salud a nivel mundial, gracias a la estrategia de Atención Primaria en Salud, que buscaba conseguir universalidad con igualdad, tomando en cuenta la necesidad de establecer un abordaje integral e interdisciplinario de la salud. En este sentido se determinó lo fundamental que es la salud oral y se la reconoció como una condición y consecuencia de la calidad de vida del individuo, familia y comunidad, por lo tanto es un elemento importante para el bienestar, tanto físico, psicológico y social. ^{5,11}

En 1992 se realizó el Seminario Taller de aprobación de Normas Nacionales, en la ciudad de La Paz, dando lugar a la elaboración del Manual de Normas y Procedimientos en Salud Oral publicado en el año 1993, amparado en el marco jurídico de la Ley 2426 del 21 de noviembre de 2002, Art. 2, Inc. 2, cuyo objetivo era elevar el nivel de salud de la población mediante un sistema que incremente las acciones de promoción, protección y rehabilitación en lo que respecta a salud oral, además de normalizar el servicio odontológico en todos los niveles de atención. ^{1,12}

En 1996, bajo la Secretaría Nacional de Salud y el Servicio Integrado de Servicios de Salud – PROISS, se constituyó el Manual de Normas y Atención Primaria en Salud Bucal, en el que las acciones odontológicas enfatizan su labor para la salud bucal en la: salud materno-infantil, nutrición y atención primaria. ¹¹

De acuerdo a la Resolución Ministerial N° 0091 del 27 de Febrero de 2003, se aprobó el Programa Nacional de Salud Oral, que es la instancia normativa de la gestión en salud oral a nivel nacional, se encarga de formular las políticas, planes, estrategias y programas además de dictar normas para el Sistema Nacional de salud, asimismo tiene el objetivo de optimizar el estado de salud oral de la población, aunque brinda mayor prioridad la atención en niños menores de 5 años, escolares, adolescentes y mujeres gestantes.

La Resolución Ministerial No. 0035 del 9 de febrero de 2004 expone en su artículo primero que la salud oral es de interés nacional, por lo tanto es un elemento esencial para la salud en general, en cuanto concierne a la prevención y protección de la salud del pueblo boliviano, y en su artículo segundo declara la primera semana del mes de octubre de cada año, como la semana de la salud oral. ^{1,6}

Bajo el marco jurídico R.M. 0691, del 29 de septiembre de 2006 se resolvió incorporar el Manual de Normas en Salud Oral, que asume como fundamento establecer la uniformidad de los criterios de diagnóstico, fomentando la prevención, y recurriendo a tratamiento, rehabilitación y control de patologías bucales.

Mediante Comunicación Interna CITE: MS y D/DGS/084/09 del 19 de noviembre de 2009, la Responsable Nacional de Salud Oral, vía Director General de Servicios de Salud y Viceministerio de Salud, solicitaron al Sr. Ministro de Salud y Deportes autorizar, la impresión y publicación del Documento de Trabajo "*Normas de Salud Oral*", a través de una resolución ministerial, autorizada bajo disposición de un único artículo. ¹

El 2009 se implementó a nivel nacional el proyecto en salud oral: "*Sonrisas sanas vidas saludables*", en el marco de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de América (ALBA), dirigido por el Ministerio de Salud y Deportes, cuya finalidad es brindar servicios de promoción y atención odontológica de manera solidaria, equitativa y con calidad a todos los municipios rurales y periurbanos que no cuentan con los servicios de odontología, efectuando atención primaria en salud oral a niños y adultos mayores.

Los niños de 6 a 12 años de edad, se favorecen con la atención preventiva, restaurativa y cirugía bucal menor, lo cual comprende exodoncias, tratamiento de alveolitis y tratamiento de abscesos, y los adultos mayores se benefician a través de la entrega gratuita de prótesis dentales para la rehabilitación de la funcionalidad masticatoria, fonética y

estética. Este proyecto dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, brinda beneficios a la población en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, Plan Sectorial en Salud y la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), contribuyendo a la prevención de los problemas bucodentales por medio de estrategias educativas y promoción en salud oral.¹³

En general, las acciones de prevención, promoción, atención primaria y rehabilitación en salud oral, requieren de una adecuada infraestructura, que en la actualidad es deficiente, pues según los análisis del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) de la gestión 2014, en el departamento de La Paz, el 31,58% de los establecimientos de salud están en el área urbana y sólo el 39,38% cuentan con servicios de odontología, mientras que en el área rural el 60,62% de 68,42% de centros de salud, cuentan con dicho servicio.

14

TABLA Nº 1 Número total de centros de salud que existen en la ciudad de La Paz.

AREA	CENTROS DE SALUD LA PAZ	%	SERVICIO DE ODONTOLOGIA	%
AREA URBANA	234	31,58%	165	39,38%
AREA RURAL	507	68,42%	254	60,62%
TOTAL	741	100,00%	419	100,00%

Fuente: Servicio Departamental de Salud La Paz. Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) 2014.
Datos de producción de servicios.

Según la información estadística que existe en el Sistema Nacional de Información, la causa más frecuente de consulta es la caries dental; seguida de la enfermedad periodontal y sus complicaciones; alteraciones en la erupción dentaria y traumatismos dentoalveolares.¹

La atención odontológica, en los establecimientos de salud de los municipios de La Paz, es primaria, con un perfil de tipo preventivo deficiente y los tratamientos que generalmente se realizan son: obturaciones, exodoncias simples, pulpotomías, además de tratamientos quirúrgicos de mayor complejidad como son las exodoncias de piezas dentarias retenidas y otros tratamientos de especialidad en cirugía maxilofacial en hospitales de tercer nivel, pero no se enfatizan la prevención y promoción como debiera ser.⁶ En este contexto, cabe mencionar que las acciones preventivas incluyen: la topicación de flúor en piezas dentarias sanas, tratamiento de profilaxis, aplicación de selladores de fosas y fisuras, y la técnica TRA (Tratamiento restaurador atraumático).¹

Los reportes del SNIS-SEDES indican que en la gestión 2014 el departamento de La Paz es líder en atenciones odontológicas con un 29,46%, seguida por Santa Cruz con 18,02% y Cochabamba con 17,06%, y los departamentos con menores porcentajes, en el mismo año, son Beni con 3,57% y Pando con 1,39%. Pero, los reportes acerca de las acciones preventivas enmarcadas en las atenciones odontológicas dentro de los establecimientos de salud en el año 2014, revelan que del total de 585.141 atenciones, Cochabamba lidera con el 26,65%, muy cerca La Paz con un 25,24%, Santa Cruz con el 19,50%, y encontrándose en último lugar, Pando con el 1,12 % de atenciones preventivas.

Los datos de las atenciones fuera de los establecimientos de salud refieren que de 215.307 atenciones odontológicas el Departamento de Santa Cruz tomó el liderato con el 36,11% en acciones preventivas fuera del establecimiento, La Paz con un 22,49% Cochabamba con el 16,85%, y Oruro tuvo el menor porcentaje con 2,12%.¹⁴

III. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

La presente propuesta de intervención se encuentra asentada y relacionada a los lineamientos de la política pública, que se menciona a continuación:

- a) A nivel nacional.** La Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia en el capítulo II en Derechos Fundamentales en el artículo 18 inciso I refrenda los fines y funciones del Estado, uno de estos derechos es garantizar el acceso de las personas a la salud. En su artículo 18 menciona que todas las personas tienen derecho a la salud, constituyéndose en una función suprema que prioriza la promoción y prevención de las enfermedades.²⁵

La ley N° 475 del 30 de Diciembre 2013, representa a la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, en su artículo 1, tiene como objetivo establecer y regular la atención integral en salud, y la universalización de la atención integral en salud.²⁶

En su artículo 2, tiene como principios la integralidad, interculturalidad, intraculturalidad, calidad en salud centrada para la persona y la comunidad, y por último la oportunidad para todo ciudadano del territorio del estado plurinacional de Bolivia.²⁶

Disposición abrogatoria: Ley N° 2426 SUMI, Ley N° 3250 aplicación del SUMI.²

Ley N° 031 Marco de autonomías y descentralización (Andres Ibanez) del 19 de julio 2010, en el artículo 81 (SALUD) según la competencia del numeral 17, párrafo II, artículo 299, se encuentran las siguientes competencias relacionadas a la presente propuesta de intervención.²⁵ Desarrolla programas nacionales de prevención de la enfermedad, gestiona el financiamiento de los programas epidemiológicos nacionales y dirige su ejecución a nivel departamental.²⁴

Otro reglamento de alcance a nivel nacional es el Código de Salud de la República de Bolivia y Disposiciones Reglamentarias RS – 0180 del 10 de abril de 2002, se encarga de delimitar las políticas nacionales de salud, normar, supervisar, controlar, evaluar la ejecución de programas especiales y coordinar todas las actividades de salud en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas, sin excepción alguna.

El Decreto Supremo No 29601 del 11 de junio de 2008, establece por su parte, la estrategia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, cuyos principios son la participación comunitaria, la integralidad, la interculturalidad³ y la intersectorialidad.

b) A nivel institucional. Se estableció la Ley de Administración y Control Gubernamental N° 1178 (SAFCO) del 20 de julio de 1990, que tiene la función de fiscalizar, normar, regular y sancionar las acciones de todos los funcionarios públicos, en el manejo de recursos humanos, económicos y técnico-administrativos.

Por otra parte, las Normas básicas del sistema de administración de personal, con Resolución suprema N° 217064 del 23 de mayo de 1997, tienen el propósito de lograr la transparencia de las acciones gubernamentales a través de la ejecución de políticas con eficacia y eficiencia.

c) A nivel municipal. Se dispuso la Ley de Municipalidades No. 2028 que en su artículo 8, inciso 22 alude la otorgación de prestaciones de salud a la niñez, a las mujeres, a la tercera edad, a los discapacitados y a la población en general, mediante mecanismos privados y públicos de otorgamiento de coberturas y asunción de riesgos colectivos a nivel Municipal.

Otras normativas de alcance municipal son las Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios, que incorporan al personal profesional en Odontología según el D.S. 27328. ¹

IV. JUSTIFICACIÓN

La salud bucodental es fundamental para todos, pero se ve afectada en un 90% de la población boliviana, lo cual es alarmante y por ello el buscar una solución apropiada sobre la necesidad de una buena salud oral es prioridad para crear conciencia.

El conocimiento de las características sociales, económicas y culturales de los habitantes de Bolivia es útil en la elaboración de estrategias para hacer frente al problema de salud oral, estas deben formularse en base a acciones de promoción, prevención y educación, principalmente en grupos de alto riesgo como son los niños en edad escolar, pues las alteraciones en cavidad bucal repercuten en edad adulta. ¹³

Se argumenta como justificación de la propuesta de intervención, el enfoque de preservación de la salud bucodental, tanto individual, grupal y familiar, priorizando a niños que pertenecen a la edad de 5 a 12 años, ya que esta es una etapa muy crítica, por los grandes cambios que se generan en la cavidad bucal, por la exfoliación y erupción dental. De esta manera nace la necesidad de implementar un plan preventivo para dar solución a las enfermedades bucales en etapas tempranas o evitarlas en lo posible, interactuando con este grupo etario y con los padres o apoderados para concientizar la necesidad de prevenir antes que curar, a través de: a) la educación, promoción y prevención promoviendo acciones y hábitos higiénico-alimenticios saludables; b) la identificación, análisis y control de factores de riesgo para fomentar la conservación de ambas denticiones; c) el diagnóstico temprano y tratamiento precoz de patologías bucales, delimitación del daño y rehabilitación. ^{5, 6}

La prevención y la promoción tienen como finalidad la salud, pero la prevención sitúa su punto de referencia en la enfermedad, su objetivo es evitarla, mientras que la promoción mengua las probabilidades de su generación. El modelo de atención en salud oral debe ser integral, con énfasis en los aspectos tanto de prevención como de promoción, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo, cuya proyección busque relacionarse con los sectores: social, económico y medio ambiental, con el propósito de aportar al desarrollo humano y así mejorar la calidad de vida,

eliminando la inestabilidad sanitaria, con la contribución de todos los individuos, los profesionales en el área de salud, las comunidades y el poder político. Pero muchas veces, lo que considera la perspectiva pública, es que la salud oral y a la necesidad de tratamiento odontológico es menos importante que otras necesidades sanitarias, como resultado, muchas personas evitan o posponen un tratamiento dental necesario, exacerbando el problema que presentan, por esa razón, es menester conseguir que la población boliviana comprenda el significado y la importancia de la salud de todos los componentes de la cavidad bucal a través de mensajes en múltiples lenguas, en el margen del respeto a las tradiciones culturales que caracterizan la diversidad boliviana.

Es muy importante mencionar que si bien en la ley N° 475 de prestaciones en servicios en salud integral del estado plurinacional de Bolivia, existe un inciso de atención integral de salud con las acciones de promoción y prevención oral, las que tendrían que ser aplicadas por los profesionales odontólogos en los centros de salud estatal, desafortunada mente no cumple las expectativas de esta propuesta, por que estas prestaciones son solamente para un grupo de beneficiarios no así para los grupos etarios que se consideran en esta propuesta que son de 5 a 12 años.²⁶

En esta ley incluye un equipo móvil de salud en el artículo 3, inciso 6, esta dirigida con mayor énfasis hacia la población de lugares alejados, rurales y que no tienen acceso a ningún centro de salud estatal, ofreciendo todas las prestaciones que se detallan en el manual de normas odontológicas.²⁶

Además se debe intervenir en la percepción de las organizaciones sociales y políticas a nivel local, departamental y nacional con el fin de aumentar la apreciación y el valor de la salud oral entre los gobernantes, para la creación de políticas públicas efectivas de mejora de la salud oral con disposición y efectividad de recursos humanos y económicos.¹

V. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

El problema existente son los índices elevados de caries dental en niños de edad escolar, para poder obtener este análisis del problema a intervenir, se realizó un diagrama de causa-efecto llamado diagrama de ISHIKAWA (Anexo N°1) orientados en el planteamiento del problema, en el cual se establecen seis áreas de interés con un punto focal orientado al elevado índice de caries en niños de edad escolar en la ciudad de La Paz, evidenciándose que la existencia de mala alimentación, déficit en higiene oral, desinterés

por parte de la población en salud oral, poca aplicación de programas en promoción y prevención de la salud oral así como las débiles políticas nacionales en salud oral serían responsables de las bajas coberturas odontológicas. (Anexo N°7)

Para apoyar esta postura encontrada en el diagrama de causa-efecto se realizó de igual forma el análisis Boston Consulting Group (BCG Anexo N°2) para establecer las estrategias de intervención de los problemas identificados con la matriz de ISHIKAWA.

Esta última matriz muestra que es posible ejecutar campañas de promoción, prevención y capacitación en salud oral destinadas a todos los niños en edad escolar, familias y toda la sociedad en general que habita la ciudad de La Paz, integrando y promocionando una buena alimentación, adecuada higiene bucal, estimulando al desarrollo de conductas, habilidades y actitudes para encaminar al auto cuidado odontológico y así lograr un estilo de vida saludable.

La misma matriz pone en duda de ejecución del proyecto a: la aceptación social del programa para su ejecución, la instauración de nuevas políticas públicas y un nuevo presupuesto para su desarrollo.

Mediante la matriz BCG se puede analizar que para lograr la ejecución del proyecto el Ministerio de Salud deberá dotar de financiamiento, porque se requiere material educativo, insumos de higiene bucal, además de la designación de profesionales y de personal de apoyo capacitado, todo lo mencionado en coordinación con las autoridades de la Prefectura, el Municipio y los grupos sociales.

Así mismo, se debe tomar en cuenta que el proyecto puede obstaculizarse por la permanente burocracia administrativa, la coordinación limitada entre autoridades encargadas de la salud bucal, la comunidad o sociedad en general, la comunicación e información a la comunidad, los profesionales odontólogos y el equipamiento e insumos odontológicos. Por lo tanto, se pone en duda la ejecución del proyecto, por falta o retraso de la aplicación de políticas públicas de salud oral, aceptación social del programa, nuevas políticas públicas, nueva asignación presupuestaria, falta de apoyo social al proyecto, así como la negativa escolar y profesional, para aplicar y poner en práctica las técnicas de promoción y prevención en salud oral.

Según la ley 031 en sus competencias a nivel central del estado serán, elaborar políticas nacionales y normas en salud, desarrollar programas nacionales de prevención y salud oral las mismas que no abarcan nuestra población objeto de esta propuesta¹⁷. Las unidades educativas existentes son en un total de 310 en relación a los centros de salud existentes en la ciudad de la paz son 184 el perímetro de mayor numero de unidades educativas y centros de salud se encuentran concentradas en 3 macrodistritos max paredes, centro y san Antonio (anexo N° 23-24)

En cuanto al registro de atenciones odontológicas la información fue obtenida del INE, del Sistema de Información SEDES La Paz, y esta detallada desde el anexo N° 14 hasta el anexo N° 22, realizando gráficos comparativos por gestiones, departamentos, tipos de prestaciones y área de trabajo sea urbana o rural.

VI. ANÁLISIS DE ACTORES (Anexo N° 3-4-6)

VI.1. Beneficiarios directos:

Serán beneficiarios directos: todos los niños en edad escolar de 5 a 12 años de edad, las familias, que habitan la ciudad de La Paz, y el Estado.

VI.2. Beneficiarios indirectos

Son beneficiarios indirectos: los colegios, profesores, centros de salud estatales, promotores de ventas de material en higiene dental, fábricas de productos de higiene dental.

VI.3. Excluidos neutrales

Los excluidos neutrales serán las personas mayores a los doce años de edad.

VI.4. Oponentes

Serán oponentes los consultorios odontológicos privados o particulares, vendedores de golosinas, dulces y chocolates.

VI.I. ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN

El análisis de la participación será evaluado con la matriz N°3 (Anexo N°4), observándose que el interés primordial del proyecto radica en la salud oral de los niños entre 6 a 12 años de edad, que reducirán los costos de atención odontológica en las familias de los mismos, consecuentemente la dotación de insumos de tratamiento reducirán, disminuyendo costos al estado.

Para ello es necesario que los profesionales de las áreas de intervención tengan formación y competencia en el tratamiento de los pacientes del grupo etario a intervenir, requiriéndose insumos y competencias a ser adquiridas por sistemas de capacitación eficientes y un control de recursos óptimo.

Por su parte los beneficiarios indirectos, se verán favorecidos por mayor captación de pacientes en edad escolar, reduciendo de este modo las emergencias odontológicas, siempre y cuando exista sostenibilidad del programa en el tiempo, así como dotación adecuada de insumos y personal con competencias en prevención oral.

Del mismo modo, los colegios tendrían menor abandono escolar, al reducirse los problemas de salud bucodental, relacionados con ausencias al centro educativo (abscesos, dolor dentario, aumento de volumen facial, etc.). Por supuesto que para lograr un impacto importante en el proyecto se necesitará de la participación de los educadores, quienes orientarán a los niños y al grupo familiar sobre la necesidad de prevención en salud oral y la necesidad de acudir a los centros de atención de la comuna, cumpliendo de esta forma las políticas nacionales y departamentales en relación al cuidado integral de la salud (Anexo N°5-6).

Si el programa logra el objetivo planificado, habrá reducción en ventas de las distribuidoras de golosinas y reducción de atención odontológica por lesiones comunes en la cavidad oral, en todos aquellos centros privados de atención odontológica aledaños a los centros educativos infantiles, reduciendo de manera notable gastos por atención privada, limitando la misma a controles de salud bucal, fluorización y sellado de fisuras.

VII. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION

Bolivia cuenta con 9 departamentos que tienen diferentes grados de desarrollo y en los cuales el idioma que más se habla es el español, mientras que el quechua y aymara son lenguas secundarias en el altiplano y valle del país.

La ciudad de La Paz limita al norte con Caranavi y Guanay, al Sur con Mecapaca, Palca y Achocalla, al este con Coroico y Yanacachi, y al Oeste limita con los municipios de Pucarani y El Alto. (Anexo N°23-24)

Uno de los departamentos de mayor crecimiento poblacional es el departamento de La Paz, cuya capital, es la ciudad de La Paz propiamente dicha, que está en la provincia Murillo y en ella se encuentra la sede de gobierno de nuestro país, según el INE con

datos del CENSO 2012, el departamento de La Paz, registra la tasa mas alta de asistencia escolar en la población de 6 a 11 años.

El municipio de La Paz está dividido en macrodistritos y distritos, y está demarcado por un límite urbano-rural. Existen siete macrodistritos, los que se mencionan a continuación según la tasa de crecimiento intercensal del Municipio de La Paz se tienen estos datos: Cotahuma 153.655, Max Paredes 164.566, Periférica 159.123, San Antonio 115.659, Sur 127.228, Mallasa 5.082 y Centro 64.272.

Según el CENSO 2012 , en Bolivia viven casi tres millones de niñas y niños, según las proyecciones del 2017 realizada en Santa Cruz 12 de abril 2017.(INE) la población de niños y niñas de 0 a 11 años de edad llegan a 2.906.000 habitantes, el 50.9% son varones y el 49.1% son mujeres, al 2030 habrá 2.924.000 niñas y niños.

VII.1. Establecimientos de salud. El total de los centros de salud y hospitales tanto públicos como privados es de 198 en toda la ciudad de La Paz, (Anexo N°20-21-22) estos están distribuidos en los siete macrodistritos, de los cuales 130 son estatales o de servicio público, y según el SEDES La Paz los mismos se encuentran distribuidos en un sistema de redes de la siguiente manera:

- Hospitales de tercer nivel 8
- Red 1. Sur oeste 33
- Red 2. Nor oeste 19
- Red 3.Norte central 30
- Red 4. Este 16
- Red 5. Sur 21
- TOTAL: 130¹⁸**

VII.2. Centros educativos públicos y privados. El municipio de La Paz cuenta con, aproximadamente, 451 unidades educativas, (Anexo N°23-24), entre fiscales y particulares, pero no existen datos que indiquen cuántas unidades son públicas y cuántas son privadas.

VII.3. Vías de acceso a la ciudad de La Paz. Estas rutas de ingreso están clasificadas como: vías primarias o principales, vías secundarias, vías terciarias y vías peatonales.

Las principales vías de acceso a la ciudad de La Paz se las clasifica según los macrodistritos.

En el macrodistrito Periférica las avenidas de acceso primarias son: Lagunas, Reverendo padre Luis Espinal Camps, Primavera, Autopista La Paz-El Alto, Gamarra Manuel, Urkupiña, Periférica, Diez de Medina, Ferroviaria, 27 de Noviembre, Ingavi, Panticirca, Santiago de Locaya, Calvario y otras vías secundarias y terciarias.¹⁹

En el macrodistrito Max Paredes se encuentran las avenidas principales: Autopista La Paz-El Alto, Chacaltaya, Ismael Vásquez, Sucre, Coroico, Ballivián, Simón Bolívar, Casimiro Corrales, Tejada Sorzano, Gerónimo Soria, Yungas, Antofagasta, Reverendo padre Luis Espinal Camps, Circunvalación, Bautista Saavedra, Pokeni, Santa Rosa y más otras vías secundarias y terciarias.²⁰

En el macrodistrito Centro, las avenidas más importantes son: Rigoberto Paredes, 9 de abril, 6 de agosto, 25 de diciembre, Obispo Calatayud, Pio XII, Simón Bolívar, Batallón Colorados, Aniceto Arce, Sánchez Lima, Capitán Ravelo, Belisario Salinas, 20 de octubre, Cantutani, Héroes del Pacífico, Germán Busch, Esteban Arce, Circunvalación, Saavedra, Escobar Uría, Callapa, Arutaya.

En el macrodistrito de San Antonio, las vías primordiales son: Tito Yupanqui, Pasoskanqui, José Carrasco, Circunvalación, Escobar Uría, Callapa, Mejillones, Sanjinés, Nieves, Litoral, Eduardo Abaroa, Ladislao Cabrera.²¹

Se accede al macrodistrito Sur por las avenidas: Circunvalación, Braulio Vega, Jorge Muñoz, Costanera, 14 de septiembre, Mecapaca, General Centeno, Siles Salinas, Clemente Inofuentes, José Ballivián, Ignacio Cordero, The Strongest, Del Álamo, José Manuel Chinchilla, entre otras.

Las rutas de acceso al macrodistrito de Cotahuma son las avenidas: Mario Mercado, Buenos Aires, Simón Bolívar, Germán Busch, Kantutani, Los Sargentos, Hernando Siles.

²²

En Mallasa se encuentran las vías: Hernán Siles Suazo, Benito Juárez, Arequipa, Costanera, Mallasilla, Achocalla, Valle de la Luna, Florida, Tricentenario y otras vías que aún se encuentran sin nombre en el guía urbano del Municipio de la Ciudad de La Paz.²³

Muchas de estas avenidas se mencionan en los diferentes macrodistritos de la ciudad de La Paz, esto se debe al gran trayecto que tienen, algunas vías pasan por todos los macrodistritos y otras pasan por dos o tres de ellos.

VIII. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

La estructura de objetivos se obtuvo de la elaboración de la matriz de árbol de objetivos (Anexo N°8) en sus niveles uno y dos de donde se extrae lo siguiente:

8.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar de manera adecuada el programa de prevención en salud oral en niños de edad escolar en la ciudad de La Paz.

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la capacitación del profesional de odontología de los establecimientos públicos de salud y personal de apoyo sobre el programa de prevención en salud oral en niños de edad escolar
- Establecer la redistribución de áreas de capacitación continua en establecimientos de salud sobre prevención en salud oral en niños de edad escolar.
- Coadyuvar en aplicación del programa prevención en salud oral de baja complejidad en niños de edad escolar.

IX. RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados se orientan en base a las metas planteadas en cada objetivo específico, pretendiéndose alcanzar una cobertura del 100% de capacitaciones y educación sobre salud oral en profesionales odontológico y un 80% en niños entre 6 a 12 años de edad, del municipio de La Paz, en los siguientes tres años de iniciada la implementación del programa de Salud Oral, planeado en el proyecto, motivando a la sociedad en la aplicación de estos programas.

De igual manera se pretende lograr un 100% de capacitaciones en el personal dependiente del municipio, capacitando al personal profesional y de apoyo a los programas de prevención, aplicando programas en salud oral, así como la redistribución zonal de áreas de atención profesional y capacitación en odontología.

Es razonable esperar que los resultados se obtengan siempre y cuando se posibiliten los requerimientos económicos del proyecto a partir de autoridades competentes, así como la viabilización de recursos de cooperación en la dotación de insumos odontológicos para capacitación.

- Se promovió la capacitación del profesional de odontología de los establecimientos públicos de salud y personal de apoyo sobre el programa de prevención en salud oral en niños de edad escolar.

El 100% de los profesionales de odontología de los establecimientos públicos de salud y personal de apoyo están capacitados en temas de prevención en salud oral en niños de edad escolar.

Alcanzar el 80% de niños en edad escolar de la ciudad de La Paz capacitados por profesionales de odontología y personal de apoyo en temas de prevención en salud oral.

- Se ha establecido la redistribución de áreas de capacitación continua en establecimientos de salud sobre prevención en salud oral en niños de edad escolar.

100% de Establecimientos de Salud con áreas de capacitación continúa en establecimientos de salud sobre prevención en salud oral.

- Se ha coadyuvado en la aplicación del programa en prevención de salud oral en baja complejidad en niños de edad escolar.

Profesionales de odontología de los establecimientos públicos de salud y personal de apoyo se encuentran aplicando el programa en prevención de salud oral en baja complejidad en niños de edad escolar.

X. ACTIVIDADES

En la matriz del marco lógico (Anexo N°10) se identifican cuatro áreas de acción principales para la ejecución de las actividades del proyecto y están clasificadas según el siguiente orden:

1. Motivación social para aplicar programas en salud oral, entre sus actividades se encuentran las siguientes: Amplia información sobre salud oral, información sobre patologías bucales (su origen y secuelas), capacitación práctica en técnicas de higiene oral, entrega de material informativo y didáctico elaborados interculturalmente y con programas preventivos en salud oral, además del control de asistencia a sectores sociales de interés.

2. Personal odontológico y de apoyo capacitado, cuyas actividades a realizar son: capacitación sobre el proyecto de salud oral, entrega de material didáctico de capacitación, entrega de material de higiene dental, refrigerio para profesionales y personal de apoyo en capacitación.

3. Programa en salud oral poco complejo y desarrollado, para la capacitación sobre protocolos de promoción y prevención de salud oral a profesionales, niños en edad escolar y grupos sociales interesados, y la entrega de material didáctico y de escritorio en relación al tema.

4. Áreas de capacitación en salud oral redistribuidas: que se encargarán del seguimiento de la capacitación según cronograma semanal de actividades en salud oral, organización y decorado de ambientes aptos para la capacitación de salud oral, reorganización y adaptación de ambientes según la interculturalidad de la sociedad.

XI. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

Los indicadores se los obtiene del resultado de la matriz del marco lógico, del análisis de ejecución y priorización de problemas, (Anexo N° 10) que están representados por cuatro objetivos principales y estos son:

1. **Para el fin:** el indicador es: Presupuesto aplicado/ presupuesto planificado.
2. **Para el propósito:** N° de capacitaciones en promoción y prevención de salud oral propuestas/N° de capacitaciones en promoción y prevención de salud oral ejecutadas.
3. **Para los componentes:**

3.1. Motivación Social para aplicar programas en salud oral:

- 3.1.1. Número de charlas a la comunidad sobre salud oral/número de centros de salud oral de La Paz.
- 3.1.2. Número de charlas a la comunidad sobre salud oral/número de asistentes por unidad educativa en la zona.
- 3.1.3. Número de charlas a la comunidad sobre salud oral / número de escolares asistentes.
- 3.1.4. Número de capacitaciones a la comunidad en salud oral/número de escuelas por zonas de La Paz.

3.2. Personal odontológico y de apoyo capacitado:

3.2.1.Número de capacitaciones a los profesionales sobre promoción y prevención en salud oral/ número de odontólogos en centros de salud estatales.

3.2.2.Número de capacitaciones a los profesionales sobre promoción y prevención en salud oral/ número de centros de salud estatales por macrodistritos.

3.2.3.Número de capacitaciones a los profesionales /promoción y prevención en salud oral sobre la accesibilidad a grupos sociales interesados en el tema.

3.2.4.Número de capacitaciones a los profesionales /promoción y prevención en salud oral sobre el número de niños en edad escolar y sociedad interesada.

3.3. Programas en salud oral poco compleja y desarrollada:

3.3.1.Número de charlas de programas de capacitación en promoción y prevención de salud oral/ número de personal profesional y de apoyo.

3.3.2.Número de charlas de programas de capacitación en promoción y prevención de salud oral/número de charlas ejecutadas en auditorio.

3.3.3.Número de charlas de programas de capacitación en promoción y prevención de salud oral/ número de prácticas y actividades realizadas mediante los programas de salud oral.

3.4. Áreas de capacitación en salud oral redistribuidas:

3.4.1.Número de ambientes designados para capacitación en salud oral / número de grupos sociales.

3.4.2.Número de ambientes designados para capacitación en salud oral/ número de profesionales en capacitación.

3.4.3.Número de ambientes designados para capacitación en salud oral/número de niños en edad escolar capacitados en salud oral.

XII. FUENTES DE VERIFICACION

Las fuentes de verificación están en relación al nivel de actuación de los objetivos, es así que se mencionan (Anexo N°10):

a) Para el fin: son los costos anuales en salud oral y las estadísticas de enfermedades orales y/o patología sistémica asociada a enfermedades orales.

b) Para el propósito: son las nóminas de asistentes a las capacitaciones y las listas de niños capacitados de cada unidad educativa comunal.

- c) **Para los componentes:** son los programas y fechas de planificación y cumplimiento, firmas de asistencia en capacitación oral, nóminas de unidades educativas estatales, ubicación de centros de salud asistentes. Planillas y listas de niños en edad escolar de las unidades educativas. Lista de asistencia de público en general.
- d) **Para las actividades:** son las evaluaciones de conocimiento, listas de asistencia y listas de control de entrega de materiales.

XIII. SUPUESTOS

En la matriz del marco lógico (Anexo N° 10) los supuestos se relacionan de la siguiente manera:

- 1) **Para el propósito:** negativa de apoyo estatal al proyecto.
- 2) **Para los componentes:** negativa de los centros de salud a la inserción del proyecto, negativa de la comunidad, desinterés e inasistencia de la sociedad a las charlas de capacitación, capacitación deficiente en la comunidad y salas de capacitación poco equipadas.
- 3) **Para las actividades:** relacionadas principalmente a burocracia en el desembolso económico y equipamiento para capacitación, falta de interés profesional e inasistencia a las capacitaciones.

XIV. ANALISIS DE VIABILIDAD

El proyecto es viable y sostenible en el tiempo, al presentar VAN y TIR social positivos en los tres años de ejecución, siendo altamente sensible a la reducción de recursos económicos, por lo que el proyecto si bien es viable, puede ser limitado en ejecución ante reducción presupuestaria. (Anexo N°11 Tabla N°2)

Al no tenerse el monto económico destinado a salud oral en el municipio de La Paz, dentro de la Gobernación del departamento del mismo nombre y presumiendo una asignación económica de 1,594,500 Bs. es que se realizó el análisis de sensibilidad correspondiente encontrándose indicadores de sostenibilidad óptimos, lo que apoya el hecho de que el proyecto a ser realizado es importante en el desarrollo social de la población.

De igual manera, la proyección a tres años de ejecución en un modelo estratégico corto, permite una buena relación costo beneficio, aun a disposición del menos del 50% de recursos.

XV. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La factibilidad del proyecto es evidenciada en la (Anexo N°12 Tabla N°3) en la que luego de realizar un flujo de caja, con 10% de tasa de descuento, con distribución de 40% en el primer año de asignación sobre una base del 40 % de ingreso base, y 30% de los recursos finales en cada año durante el segundo y tercer año y luego de una modelación a tres años de aplicación de un modelo estratégico, en una población estimada de 225.500 niños (cálculo aproximado a partir del crecimiento poblacional en dicho grupo etáreo), se obtienen la TIR y VAN sociales que muestran valores aceptables, a partir del cálculo de un valor estimado óptimo de 1%, así como un beneficio social sobresaliente, lo que apoya la factibilidad del proyecto propuesto.

15.1. FACTIBILIDAD SOCIAL

La sociedad o población beneficiada con la capacitación de promoción y prevención odontológica satisface el derecho a la salud de todos los bolivianos para lograr prevenir alguna enfermedad estomatológica, porque el derecho a la salud está en la Constitución Política del Estado Plurinacional, enmarcada en el artículo 18 en su inciso indica que todas las personas tienen derecho a vivir bien y a la salud. La factibilidad social en el grupo de interés se ve reflejada en un TIR de 177%, que permite asegurar que la tasa de retorno esperada supera el mínimo factible, debiéndose tomar en cuenta que al ser un proyecto de carácter social el retorno esperado es intangible, y se relaciona a salud oral y general.

15.2. FACTIBILIDAD CULTURAL / INTERCULTURAL

El proyecto es factible interculturalmente ya que no discrimina grupos de intervención, siendo más bien inclusivos al proyectar una redistribución de los centros de salud oral, de tal forma que se espera la aceptación del personal profesional odontológico, personal de apoyo de todos los centros de salud de primer nivel, niños en edad escolar familias y sociedad en general, facilitando de esta forma el acceso a todos los niveles sociales, además de la proposición de realizar documentos e información en idiomas nativos propios del altiplano.

15.3. FACTIBILIDAD ECONOMICA

Es evidente que el (Anexo N°11-12 Tablas N° 2-3) muestran con claridad que la distribución económica de recursos en el flujo de caja, estima montos que idealmente pueden ser aportados por el Municipio, los que lamentablemente no se lograron obtener, al ser información reservada del área financiera. Sin embargo la estimación realizada, prevé montos que pueden ser menores, en razón de la gran importancia social que demuestra el cálculo costo/beneficio, sobre todo el beneficio social, que se impone aun en el análisis de sensibilidad del proyecto.

15.4. FACTIBILIDAD DE GÉNERO

El estado plurinacional de Bolivia fomenta la equidad de género sin ningún tipo de discriminación, es por eso que la presente propuesta de intervención considera a ambos sexos con igualdad de participación y de tener la misma oportunidad de ser incluidos en el proyecto.

XVI. ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

De la misma forma la sostenibilidad del proyecto demuestra que durante los siguientes tres años, se podría dar una gran cobertura de salud oral preventiva, que solo podría ser evaluada en conocimiento del plan estratégico en salud planteado por el Municipio y por gobernación, mismo que fue imposible de acceder durante el proceso investigativo del proyecto. Se presume que no existe un plan estratégico en salud oral, al no encontrarse información escrita y oral sobre el tema.

XVII. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

Luego de realizar el análisis de los actores y beneficiarios y después de desglosar los intereses principales, nivel de intervención y problemas potenciales, se distribuyeron estos componentes en la matriz N°4 adjunta en el anexo N°5 de impacto incertidumbre, evidenciándose que la mayor parte de los elementos de análisis se localizaron en el cuadrante de impacto mediano a alto con incertidumbre baja, es decir que la ejecución planificada del proyecto es cualificada con una probabilidad grande de generar cambios en la salud oral de la población objetivo, con un riesgo muy bajo de fracaso en su

aplicación, hecho que se confirma con la evaluación económica y el análisis de sensibilidad del proyecto planteado.

XVIII. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

De acuerdo a requerimiento especiales de planificación, se sugiere establecer un monto mínimo de ingreso al proyecto, mismo que deberá ser canalizado por la Gobernación y el Municipio de La Paz, por lo que la proponente debe realizar consultas y relacionamiento con los interesados en la aplicación del proyecto, buscando de igual forma un financiamiento de 30% de los recursos, orientado a la producción de material educativo y material preventivo que será usado en el grupo de interés. Se propone realizar alianzas estratégicas y de manejo odontológico entre instituciones a ser evaluadas y que sean fortalecidas en las cadenas de valor.

XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud y Deportes. Normas en salud oral. Serie: Documentos técnico normativos. La Paz (Bolivia). Pub. Nº 176. 2010.
2. Ministerio de Salud y Deportes. Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. La Paz (Bolivia). Cartilla DGPS. Nº 022. 2011.
3. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Red Municipal SAFCI y Red de Servicios. Serie: Documentos técnico normativos. La Paz (Bolivia). Pub. Nº 97. 2008.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Conociendo mis dientes. Cartilla DGSS. Nº013. 2010
5. Ministerio de Salud y Deportes. Situación de la salud oral en comunidades rurales cubiertas por el Programa Extensa - Primera aproximación. 1º Edición. La Paz (Bolivia). 2004
6. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de normas en salud oral. Serie: Documentos técnico normativos. La Paz (Bolivia). Pub. Nº 2. 2006.
7. Ministerio de salud. Programa nacional de salud oral. Fecha de acceso: 28 de abril de 2015. URL disponible en: <http://snis.minsalud.gob.bo/aplicacionesweb/SaludOral/index.html>
8. OPS/OMS UNICEF. Programa nacional de fluoración de la sal. La Paz (Bolivia). 1997.
9. Duque Naranjo C., Mora Díaz I. La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas. Univ. Odontol. 2012. 31 (66): 41-50. Fecha de acceso: 1 de mayo de 2015. URL disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/viewFile/2710/2371>
10. Marco Jurídico Nacional de Bolivia. Fecha de acceso: 1 de mayo de 2015. URL disponible en: <http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/marco%20juridico/Marco%20Jur%C3%ADdico%20nacional%20Bolivia.pdf>
11. Arellano Ramírez J.E. Manual de normas: Atención primaria en salud oral. Versión preliminar. 1996

12. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Manual de normas y procedimientos en salud oral. La Paz (Bolivia). 1993
13. Ministerio de Salud y Deportes. Proyecto Prevención de la salud oral a nivel nacional-ALBA móvil. Boletín informativo anual. 2013. Fecha de acceso: 29 de abril de 2015. URL disponible en: <http://snis.minsalud.gob.bo/aplicacionesweb/SaludOral/Imagenes/revista%20oral.pdf>
14. Servicio Departamental de Salud La Paz. Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) 2014. Datos de producción de servicios.
15. Decreto Supremo N° 29894. Estructura organizativa del Poder Ejecutivo Plurinacional. Fecha de acceso: 28 d abril de 2015. URL disponible en: <http://www.agrobolivia.gob.bo/uploads/ds29894.pdf>
16. OPS/OMS - Ministerio de Salud y Deportes. Atención integrada al continuo del curso de la vida. La Paz (Bolivia). Pub. N° 240. 2013.
17. Bolivia: Ley de prestaciones servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, 30 de diciembre de 2013. Fecha de acceso: 1 de mayo de 2015. URL disponible en: www.lexivox.org/norms/BO-DS-N1984.xhtm
18. Departamento de informática. Servicio Departamental de Salud La Paz 2014. Medio magnético.
19. El Callejero, guía urbana de la ciudad de La Paz 2014. L-1, L-2 y L-3.
20. El Callejero, guía urbana de la ciudad de La Paz 2014. L-3, L-4 y L-5.
21. El Callejero, guía urbana de la ciudad de La Paz 2014. L-4, L-5 y L-6.
22. El Callejero, guía urbana de la ciudad de La Paz 2014. L-5, L-6, L-7, L-8, L-9 y L-10
23. El Callejero, guía urbana de la ciudad de La Paz 2014. L-11, L-12, L-13 y L-14.
24. Ley Marco de autonomías y descentralización(Ley N° 031) Ley del 19 de julio del 2010.
25. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 09 diciembre 2007.
26. Ley N° 475 (Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia)



XX. ANEXO

V. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

(Anexo N° 1) v.1. DIAGRAMA DE ISHIKAWA - PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

Fuente: Elaboración propia.



 LO POSIBLE	? DUDA DE EJECUCION
<p>1.EN LA SOCIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Campañas de promoción y prevención en salud oral. b) Capacitación en salud oral. <p>2.EN LA FAMILIA</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Promoción en salud oral a las familias y controles odontológicos periódicos. b) Promoción de una buena alimentación y adecuada higiene bucal. <p>3. EN LOS NIÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hábitos de higiene bucal en los niños. <p>4.EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dotación de insumos de higiene. b) Dotación de material didáctico. 	<p>1.EN LA SOCIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cambio en las políticas públicas de salud oral, para su aplicabilidad. b) Aceptación social al programa de salud oral. c) Nuevas políticas públicas en salud oral. d) Nuevo presupuesto para la propuesta de ejecución del programa promoción y prevención en salud oral. <p>2.EN LA FAMILIA</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Apoyo grupal a la educación en salud oral <p>3. EN LOS NIÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Negativa de uso de técnicas de prevención en salud oral. b) Negativa escolar al programa de prevención y promoción en salud oral. <p>4.EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</p> <p>Negativa de profesionales a capacitación en salud oral.</p>
 LO QUE DA LA INSTITUCIÓN	P. RETIENE LA INSTITUCIÓN
<p>1.EN LA SOCIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Financiamiento b) Acceso al agua. c) Proyectos de promoción y prevención en salud oral. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Permanente burocracia administrativa. b) Limitación para la coordinación entre autoridades encargadas de la salud bucal y la

<p>d) Coordinación de autoridades, Ministerio, Prefectura y Municipio.</p> <p>e) Invitaciones a grupos sociales organizados.</p> <p>f) Promoción y prevención para el programa de salud oral escolar.</p> <p>2.EN LA FAMILIA</p> <p>a) Capacitación a la sociedad en salud oral.</p> <p>3. EN LOS NIÑOS</p> <p>a) Material educativo.</p> <p>4.EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</p> <p>a) Designación de personal de apoyo capacitado al área odontológica.</p> <p>b) Insumos de higiene oral.</p> <p>c) Material didáctico para la promoción y prevención bucal.</p> <p>d) Coordinación y capacitación a profesionales o encargados.</p>	<p>comunidad o sociedad en general.</p> <p>c) Comunicación e información a la comunidad sobre salud bucal.</p> <p>d) Educación del personal odontológico a los pacientes.</p> <p>e) Equipamiento e insumos insuficientes.</p> <p>f) Capacitación al personal de salud.</p>
--	--

(Anexo Nº 2) V.2. MATRIZ Nº 1 BCG
Fuente: Elaboración propia

VI.I. ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN

(Anexo N° 3) MATRIZ N° 2 ANÁLISIS DE BENEFICIARIOS

Beneficiarios directos	Beneficiarios indirectos	Excluidos /neutrales	Perjudicados/oponent es potenciales
1. Niños en edad escolar. 2. Familias 3. Estado	1. Colegios 2. Profesores 3. Centros de salud estatales 4. Promotores de ventas de material de higiene bucal. 5. Fábricas de productos de higiene bucal.	1. Personas mayores a los 12 años.	1. Vendedoras de golosinas. 2. Centros odontológicos privados.

(Anexo N° 3) MATRIZ N° 2 ANÁLISIS DE BENEFICIARIOS

Fuente: Elaboración propia.

(Anexo N° 4) MATRIZ N° 3 ANÁLISIS DE INTERÉS E INTERVENCIÓN

Beneficiarios directos	Interés en el proyecto	Nivel de intervención en el proyecto	Problemas potenciales	Otros
1. Niños en edad escolar.	Salud oral infantil.	+	Negativa de participación	Dotación de insumos insuficientes
2. Familias	Menor costo en la atención odontológica	++	Negativa familiar a recibir información	Baja continuidad en salud oral.
3. Estado	3.1. Menor costo en atención odontológica estatal.	+++	3.1. Negativa de parte del estado a aplicar programas en salud oral.	3.1. Capacitación constante

	3.2. Capacitación a profesionales en salud oral.	+++	3.2.Insumos y de material de capacitación insuficiente	3.2.Acceso a centros de salud alejados
Beneficiarios Indirectos	Interés en el proyecto	Nivel de intervención en el proyecto	Problemas potenciales	Otros
1. Centros de salud estatales	1.1. Mayor captación de pacientes en edad escolar.	+++	1.1. Que pese a la promoción los pacientes no acudan.	1.1. Que sea sostenible en el tiempo el programa de salud oral
	1.2. Emergencias odontológicas disminuidas.	++	1.2. Que no exista personal disponible.	1.2. Trámite burocrático
	1.3. Dotación de insumos odontológicos	+++	1.3. Entrega tardía de insumos.	1.3. Trámite burocrático
2. Colegios	Menor abandono escolar por problemas de salud oral.	++	Desinterés para la educación en salud oral.	Acceso geográfico complejo
3. Profesores	Educación en salud oral.	++	Poco interés en el proyecto.	Desconocimiento sobre políticas en salud oral.
4. Fábricas y promotores de ventas de material dental en higiene bucal.	Mayores ventas en insumos dentales.	+++	Costos muy altos de los insumos en higiene oral	Competencia

Excluidos /neutrales	Interés en el proyecto	Nivel de intervención en el proyecto	Problemas potenciales	Otros
1. Personas mayores a los 12 años de edad.	Apoyo a niños en edad escolar	+	Menores costos de atención odontológica	Estética dental
Perjudicados /Oponentes potenciales	Interés en el proyecto	Nivel de intervención en el proyecto	Problemas potenciales	Otros
1. Vendedoras de golosinas.	1.1.Menores ventas en golosinas	+	1.Disminución de ingresos económicos	
2. Centros odontológicos privados.	2.1Aplicacion de la norma nacional	+	1.Disminución de ingresos económicos	
	2.2.Mayores ambientes para aplicar la norma	+	2.Disminución de pacientes potenciales con problemas odontológicos tempranos	

Baja	+
Media	++
Alta	+++

(Anexo Nº 4) MATRIZ Nº 3 ANÁLISIS DE INTERÉS E INTERVENCIÓN
Fuente: Elaboración propia.

(Anexo N° 5) MATRIZ N° 4 IMPACTO-INCERTIDUMBRE

		IMPACTO		
		BAJO	MEDIO	ALTO
INCERTIDUMBRE	BAJO		1. Dotación de insumos	1. Menor costo de atención odontológica familiar 2. Menor costo de atención estatal 3. Mayores ventas de insumos en higiene dental 4. Dificil acceso a centros de salud alejados 5. Trámite burocrático 6. Acceso geográfico complejo 7. Costos muy altos de implementos en higiene oral 8. Estetica dental
	MEDIO		1. Menor abandono escolar. 2. Menores ventas de golosinas. 3. Desconocimiento de políticas en salud oral. 4. Reducción de ingresos económicos de vendedoras de golosinas.	1. Educación sobre salud oral 2. Capacitación a profesionales en salud oral 3. Capacitación de niños en edad escolar
	ALTO		1. Emergencias odontológicas disminuidas.	1. Salud oral. 2. Que no exista personal odontológico disponible. 3. Que no se sostenga en el tiempo el programa en salud oral. 4. Poco interés en el proyecto.

COMENTARIO.-De acuerdo a la matriz impacto incertidumbre el proyecto refleja un alto a mediano impacto, con una incertidumbre baja.

(Anexo Nº 6) MATRIZ Nº 5 ÁREA DE DECISIÓN

ACTORES INVOLUCRADOS	PROBLEMAS	AREA DE DECISIÓN	INTERESES	AREA DE DECISIÓN
1.NIÑOS EN EDAD ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none">• Negativa al proyecto• Alto índice de caries y perdida temprana de piezas dentarias	1	<ul style="list-style-type: none">• Salud	1
2.FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none">• Económicos, gastos extras y muy altos en atención odontológica.	2	<ul style="list-style-type: none">• Reducción de gastos económicos en tratamientos odontológico	2
3.ESTADO	<ul style="list-style-type: none">• Falta de interés en programas de salud oral• Mayores costos de atención odontológica• Insumos y equipamiento insuficiente• Escasa promoción y prevención en salud oral	3	<ul style="list-style-type: none">• Mayor cobertura• Costos disminuidos en la atención odontológica• Capacitación a profesionales en salud oral	3
4.CENTROS DE SALUD ESTATAL	<ul style="list-style-type: none">• Escasa dotación de equipo e insumos odontológico• Deficiente promoción en salud oral• Personal odontológico reducido• Trámite burocrático	3	<ul style="list-style-type: none">• Aumento en la captación de de pacientes.• Mayor cobertura odontológica.• Dotación de insumos y equipo odontológico• Menos burocracia	2
5.COLEGIOS	<ul style="list-style-type: none">• Desinterés para	3	<ul style="list-style-type: none">• Menor abandono	2

	coordinar sobre la educación en salud oral.		escolar por problemas odontológico	
6.PROFESORES	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento de políticas en salud oral Poco interés en el tema 	2	<ul style="list-style-type: none"> Educación sobre salud oral 	2
7.FABRICAS Y PROMOTORES DE VENTAS DE MATERIAL DE HIGIENE BUCAL	<ul style="list-style-type: none"> Costos muy altos de implementos de higiene bucal. 	2	<ul style="list-style-type: none"> Mayores ingresos para promotores y fabricantes. Mayores ventas de insumos de higiene bucal 	1
8.PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS DE EDAD	<ul style="list-style-type: none"> Perdida dentaria Estética dental. 	1	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo a niños en edad escolar 	2
9.VENDEDORAS DE GOLOSINAS	<ul style="list-style-type: none"> Menor ingreso económico. 	1	<ul style="list-style-type: none"> Mayor ingreso económico 	1
10.CENTROS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de ingresos económicos. 	1	<ul style="list-style-type: none"> Mayor captación de pacientes. 	1

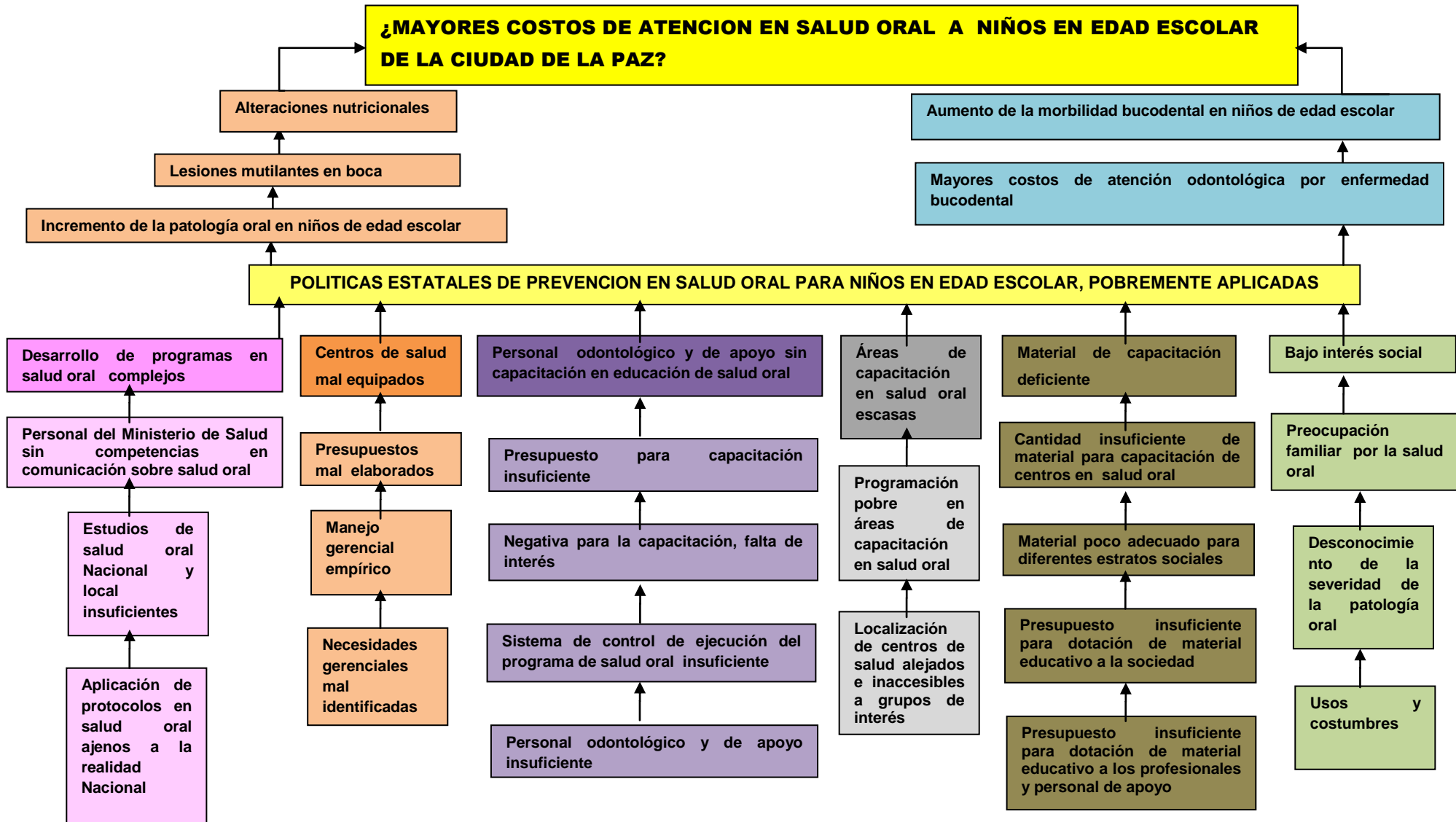
NIVEL DE DECISIÓN

Ninguna	1
Media	2
Alta	3

(Anexo N° 6) MATRIZ N° 5 ÁREA DE DECISIÓN
Fuente: Elaboración propia.

(Anexo Nº 7) XX.1. ÁRBOL DE PROBLEMAS

Fuente: Elaboración propia.



(Anexo N° 8) XX.2.ÁRBOL DE OBJETIVOS

Fuente: Elaboración propia.



**(Anexo Nº 9) XX.3. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO
XX.3.1. MATRIZ Nº6 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS
ANÁLISIS DE EJECUCIÓN**

VARIABLES DE EVALUACION	ESCALA DE IMPORTANCIA	1.Programas en salud oral desarrollados con poca complejidad	Valor de escala	2.Personal capacitado	Valor de escala	3.Redistribución áreas de capacitación	Valor de escala	4.Motivación social para aplicar programas en salud oral	Valor de escala
COSTOS	5	5	25	5	25	5	25	5	25
MODIFICACION DE CONDUCTA	4	5	20	5	20	5	20	4	16
GENERO	2	2	4	2	4	2	4	5	10
GRUPO SOCIAL	3	5	15	4	12	5	15	5	15
APLICABILIDAD	5	3	15	5	25	2	10	5	25
ACEPTACION DEL ESTADO LA PROPUESTA	5	3	15	3	15	3	15	3	15
SOSTENIBILIDAD	5	3	15	3	15	2	10	3	15
PARTICIPACION PROFESIONAL	5	3	15	3	15	2	10	3	15
TOTAL			124		131		109		136

Poco importante	2
Regular	3
Importante	4
Muy importante	6

(Anexo Nº 9) XX.3. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO
Fuente: Elaboración propia

**(Anexo N° 10) XX.3. MATRIZ DEL MARCO LOGICO
XX.3.2. MATRIZ N°7. MATRIZ DEL MARCO LOGICO**

LOGICA INTERNA		IVOS		FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
			METAS		
FIN Contribuir a las políticas publicas en prevención de salud oral	1.MENORES COSTOS DE ATENCION EN SALUD ORAL A NIÑOS EN EDAD ESCOLAR	Presupuesto aplicado/ Presupuesto pagado	90% de presupuesto aplicado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costos anuales en salud oral 2. Estadísticas de enfermedades orales (edad escolar) y o patologías sistémica asociada a enfermedades orales. 	Acceso inmediato a la información necesaria o burocracia estatal.
PROPOSITO "PROGRAMA DE APLICACIÓN DE POLITICAS ESTATALES DE PREVENCIÓN EN SALUD ORAL A NIÑOS DE EDAD ESCOLAR EN LA CIUDAD DE LA PAZ GESTION 2016-2018"	2.POLITICAS ESTATALES DE PREVENCIÓN EN SALUD ORAL PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR APLICADAS.	Nº de capacitaciones en promoción y prevención de salud oral propuestas/ Nº de capacitaciones en promoción y prevención de salud oral ejecutadas.	80% de capacitaciones a grupos de interés en tres años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nóminas de asistentes a las capacitaciones 2. Listas de niños capacitados y a que unidad educativa corresponde. 	2.1.Negativa de apoyo estatal al proyecto.

COMPONENTES	1. Motivación Social para aplicar programas en salud oral.	1.1.Nº de charlas a la comunidad sobre salud oral/Nº de centros de salud oral de La Paz.	80% de capacitaciones a grupos de interés en tres años	1.1.1.Programas cronograma de actividades y fechas planificadas. 1.1.2. Firmas de asistencia en capacitación sobre salud oral.	1.1.2. Negativa de centros de salud.
C1. Sociedad informada en hábitos (saludables) preventivos		1.2.Nº de charlas a la comunidad sobre salud oral/Nº de asistentes por zona	70% de cobertura zonal	1.2.1. Programas y fechas Planificadas 1.2.2.Lista de asistencia firma y fecha	1.2.2.Negativa de la comunidad
		1.3.Nº de charlas a la comunidad sobre salud oral/Nº de escolares asistentes	80% de capacitaciones a grupos de interés en tres años	1.3.1. Lista de asistencia firma, fecha y edades de escolares asistentes	1.3.2.Inasistencia de la sociedad a las charlas de capacitación
		1.4.Nº de capacitaciones a la comunidad en salud oral/ Nº de escuelas por zonas de La Paz	80% de capacitaciones a grupos de interés en tres años	1.4.1.Nóminas de unidades educativas estatales	1.4.2.Deficientes capacitaciones para la comunidad
C2 Mejoradas las	2.Personal odontológico y de apoyo capacitado	2.1.Nº de capacitaciones a los profesionales sobre promoción y prevención en salud ora/Nº de	100% de capacitación a profesionales	2.1.1.Cronograma de actividades con fechas, asistencia, firmas de profesionales y personal de apoyo	2.1.2.Negativa de participación en el proyecto de salud oral

competencias del personal odontológico y de apoyo		odontólogos en centros de salud estatales 13 odontólogos 20 de apoyo	odontólogos dependientes del Municipio.		
		2.2. N° de capacitaciones a los profesionales sobre promoción y prevención en salud oral/N° de centros de salud estatales por macrodistritos.	100% de capacitación a profesionales odontólogos dependientes del Municipio.	2.2.1.N° de centros de salud estatales, ubicación cercana a unidades educativas estatales	2.2.2.Salas de capacitación deficientes y poco equipadas para la capacitación
		2.3. N° de capacitaciones a los profesionales sobre promoción y prevención en salud oral/ Accesibilidad a grupos sociales interesados en el tema.	80% de niños capacitados por profesionales en salud oral	2.3.1. Planillas y listas de niños en edad escolar de las unidades educativas, control de asistencia, firma y fecha.	2.3.2. Negativa de capacitación.
		2.4. N° de capacitaciones a los profesionales sobre promoción y prevención en salud oral/N° de niños	80% de niños capacitados por profesionales en	2.4.1. Lista de asistencia del público y control de su participación con firma y fecha.	2.4.2.Falta de interés

		en edad escolar y sociedad interesada.	salud oral		
C3. Prestaciones de salud oral ampliadas PEI Plan escalonado de implementación	3. Programas en salud oral poco complejos y desarrollados	3.1. N° de charlas de programas de capacitación en promoción y prevención de salud oral/N° de personal profesional y de apoyo. 3.2. N° de charlas de programas de capacitación en promoción y prevención de salud oral/N° de charlas ejecutadas en auditorio.	70% de aplicación a programas de salud oral	3.1.1. Nómina de profesionales capacitados, firma, fecha y centro de salud. 3.2.1. Cronograma de la programación de charlas a ejecutarse.	3.1.2. Negativa de apoyo al proyecto. 3.2.2. Ausencia o impuntualidad.
		3.3. N° de charlas de programas de capacitación en promoción y prevención de salud oral/N° de prácticas y actividades		3.3.1. Uso de cronograma de actividades prácticas, charlas y actividades según, fecha, hora y tiempo.	i. Falta de material de prácticas y actividades.

		realizadas mediante los programas de salud oral.			
	4. Áreas de capacitación en salud oral redistribuidas	4.1.Nº de ambientes designados para capacitación en salud oral/Nº de grupos sociales	100% de áreas equipadas para capacitación oral	4.1.1.Nómina de participantes	4.1.2.Poco interés
		4.2.Nº de ambientes designados para capacitación en salud oral/Nº de profesionales en capacitación		4.2.1.Nómina de profesionales	4.2.2.Poca aceptación
		4.3. Nº de ambientes designados para capacitación en salud oral/Nº de niños en edad escolar capacitados en salud oral		4.3.1.Nómina de niños según edad, nombre, fecha y unidad educativa	4.3.2.Falta de interés

ACTIVIDADES	IVOS	FUENTES DE VERIFICACION	MATERIAL	COSTOS	RESPONSABLES	SUPUESTOS
1.1. Amplia información sobre salud oral.	1.1.1 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados.	1.1.1 Evaluación de conocimiento	1.1.1 Salas de capacitación o auditorio Data show o pizarra, tizas, marcadores de agua y rotafolio.	Ítem1. 250 cajas tizas c/u a 40 bolivianos total 10.000 Item2. 970 cajas marcadores gruesos de agua diferentes colores c/u 30 bolivianos total 29.100 Item3 220 rotafolios c/u 400 bolivianos, total 88.000	1. Centro de salud y Ministerio de Salud.	1. Burocracia en la entrega económica para el equipamiento de salas en capacitación.
	1.1.2. Nº de actividades realizadas/ Nº de actividades aprobadas.	1.1.2 Evaluación de conocimiento	1.1.2 Salas de capacitación o auditorio Data show o pizarra, tizas y marcadores	Item3 220 rotafolios c/u 400 bolivianos, total 88.000 Ítem 1 250 cajas tizas c/u a 40 bolivianos total 10.000 Item2 970 cajas marcadores gruesos de agua diferentes colores c/u 30 bolivianos total 29.100		

<p>1.2.Información sobre patologías bucales origen y secuelas</p>	<p>1.2.1 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados</p>	<p>1.2.1. Evaluación de conocimiento</p>	<p>1.2.1 Salas de capacitación o auditorio Data show o pizarra y tizas o marcadores, rotafolio</p>	<p>Ítem 4 220 pizarras grandes para marcador de agua y tiza c/u 450 bolivianos total 99.000 Ítem1 250 cajas tizas c/u a 40 bolivianos total 10.000 Item2 970 cajas marcadores gruesos de agua diferentes colores c/u 30 bolivianos total 29.100</p>	<p>Centro de salud y Ministerio de Salud.</p>	<p>1.2.2. Retraso en la entrega de material educativo para las charlas.</p>
	<p>1.2.2 Nº de actividades realizadas/ Nº de actividades aprobadas</p>	<p>1.2.2. Evaluación de conocimiento</p>	<p>1.2.2 Salas de capacitación o auditorio Data show o pizarra y tizas o marcadores Rotafolio</p>	<p>Item1 250 cajas tizas c/u a 40 bolivianos total 10.000 Item2. 970 cajas marcadores gruesos de agua diferentes colores c/u 30 bolivianos total 29.100</p>	<p>Centro de salud y Ministerio de Salud.</p>	<p>1.2.3. Demora en la entrega de material educativo para las actividades.</p>
	<p>1.3.1 Nº de practicas realizadas/</p>	<p>1.3.1 Evaluación de conocimiento</p>	<p>1.3.1 Ambientes o salas de practica Macro cepillo Macro modelo</p>	<p>Ítem 5 220 macromodelos c/u 250 bolivianos total 55.000 Ítem 6</p>	<p>Centro de salud y Ministerio de Salud.</p>	<p>1.3.2.Poco interés en el tema o la propuesta.</p>

1.3.Capacitación práctica en técnicas de higiene oral	Nº de prácticas aprobadas 1.3.2 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados	1.3.2 Evaluación de conocimiento	Macro hilo dental 1.3.2 Ambientes o salas de practica Macro cepillo Macro modelo Macro hilo dental	220 macrocepillos c/u 250 bolivianos total 55.000 Ítem 7 220 macro hilo dental c/u 150 bolivianos total 33.000		
1.4.Entrega de material informativo y didáctico elaborados según la interculturalidad y con programas preventivos en salud oral.	1.4.1 Nº de entregas realizadas/ Nº de entregas recibidas 1.4.2 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados.	1.4.1 Evaluación, conocimiento listas de asistentes y control de entrega. 1.4.2 Evaluación de conocimiento listas de asistentes y control de	1.4.1 Dípticos, trípticos y folletos en promoción y prevención de salud oral. 1.4.2 Folletos, trípticos y folletos en promoción y prevención de salud oral.	Ítem 8 100.000 unidades de trípticos full color c/mil 1.500 bolivianos 100 por 1.500 total 150.000 Ítem 9 850 folletos full color c/u 30 bolivianos, total 25.500 Item8 100.000 unidades de trípticos full color c/mil 1.500 bolivianos 100 por 1.500 total 150.000 Ítem 9 850 folletos full color c/u 30	Centro de salud y Ministerio de Salud	1.4.1.1.Poco interés para leer la información elaborada. 1.4.2.1. Poco interés para leer la información recibida.

		entrega.		bolivianos, total 25.500		
1.5. Control de asistencia a sectores sociales de interés.	1.5.1 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados. 1.5.2 Nº de practicas realizadas/ Nº de prácticas aprobadas.	1.5.1 Control de listas de asistencia. 1.5.2 Control de listas de asistencia.	1.5.1 Planillas de listas de asistencia. 1.5.2 Planillas de listas de asistencia.	Item10 100.000 unidades de bolígrafos c/u a 1 boliviano total 100.000 Item11 900 paquetes de hojas bond tamaño carta Costo por paquete de 500 hojas 30 bolivianos total 27.000	Centro de salud.	1.5.1.1. Poca asistencia y ausencia de la sociedad.
2.1. Capacitación sobre el proyecto de salud oral	2.1.1. Nº de actividades realizadas/ Nº de actividades aprobadas.	2.1.1 Evaluación de conocimiento listas de asistentes.	2.1.1 Salas de capacitación o auditorio. Data show o pizarra y tizas o marcadores Rotafolio.	Ítem 4 220 pizarras grandes para marcador de agua y tiza c/u 450 bolivianos total 99.000	Centro de salud y Ministerio de Salud.	2.1.1.1.Poca asistencia y ausencia de la sociedad.

	2.1.2 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados.	2.1.2 Evaluación de conocimiento listas de asistentes.	2.1.2 Salas de capacitación o auditorio. Data show o pizarra y tizas o marcadores Rotafolio.	Item1 250 cajas tizas c/u a 40 bolivianos total 10.000 Item2 970 cajas marcadores gruesos de agua diferentes colores c/u 30 bolivianos total 29.100		
2.2.Entrega de material didáctico de capaci- tación	2.2.1 Nº de material entregado/ Nº de material recibido. 2.2.2 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados.	2.2.1 Control de listas de asistencia y planillas de entrega. 2.2.2 Control de listas de asistencia y planillas de entrega.	2.2.1 Manual informativo en promoción y prevención de salud oral, folletos, trípticos. 2.2.2 Manual informativo en promoción y prevención de salud oral folletos y trípticos.	Item8 100.000 unidades de trípticos full color c/mil 1.500 bolivianos 100 por 1.500 total 150.000 Item9 850 folletos full color c/u 30 bolivianos, total 25.500	Centro de salud y Ministerio de Salud.	2.2.1.1. Retrasó en la entrega de material didáctico y de capacitación.
2.3 Entrega de material de	2.3.1 Nº de material de	2.3.1 Control de listas de	2.3.1 Cepillo dental, pasta dental, hilo dental.	Item 12 100.000 cepillos c/u 1 boliviano total 100.000	Centro de salud y Ministerio de Salud.	2.3.1.1. Demora en la entrega de material de higiene

higiene dental	higiene entregado/ Nº de material de higiene recibido. 2.3.2 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados.	asistencia y planillas de entrega. 2.3.2 Evaluación de conocimiento listas de asistentes.	Sala de entrega planillas de asistencia. 2.3.2 Planillas de asistencia de todo el personal sociedad y profesionales en capacitación.	Ítem 13 100.000 pasta dental pequeña c/u 3 bolivianos total 300.000 Item14 100.000 hilos dentales c/u 3 bolivianos total 300.000		dental.
2.4 Refrigerio para profesionales, personal de apoyo y publico en capacitación	2.4.1 Nº de refrigerio entregado/ Nº de refrigerio recibido 2.4.2 Nº de cursos realizados/ Nº de	2.4.1 Control de listas de asistencia y planillas de entrega 2.4.2 Evaluación de conocimiento listas de	2.4.1 Jugo de frutas personal, y galletas. 2.4.2 Entrega bolígrafos y hojas bond.	Ítem 15 100.000 jugos personales c/u 1 boliviano total 100.000 Ítem 16 100.000 bolsitas de galletas c/u 1 boliviano total 100.000	Centro de salud y Ministerio de Salud.	2.4.1.1. Demora en la entrega del presupuesto del refrigerio para el personal en capacitación.

	cursos aprobados	asistentes				
3.1 Capacitación sobre protocolos de promoción y prevención de salud oral a profesionales, niños en edad escolar y grupos	3.1.1 Nº de cursos realizados/ Nº de cursos aprobados 3.1.2 Nº de prácticas-realizadas/ Nº de practicas Aprobadas.	3.1.1 Evaluación de conocimiento de listas de asistentes. 3.1.2 Control de listas de asistencia y planillas de entrega.	3.1.1 Planillas de asistencia de todo el personal profesional en capacitación. 3.1.2 Planillas de asistencia de todo el personal profesional en capacitación.	Ítem 10 100.000 unidades de bolígrafos c/u a 1 boliviano total 100.000 Item11 900 paquetes de hojas bond tamaño carta Costo por paquete de 500 hojas 30 bolivianos total 27.000 bolivianos.	Centro de salud y Ministerio de Salud.	3.1.1.2.Poco interés en el tema o la propuesta.

sociales interesados						
3.2 Entrega de material didáctico y de escritorio para prácticas sobre protocolos en salud oral	3.2.1 Nº de material entregado/ Nº de material recibido.	3.2.1 Control de listas de asistencia y planillas de entrega.	3.2.1 Planillas de asistencia de todo el personal profesional en capacitación.	Ítem 10 100.000 unidades de bolígrafos c/u a 1 boliviano total 100.000 Ítem 11 900 paquetes de hojas bond tamaño carta. Costo por paquete de 500 hojas 30 bolivianos total 27.000	Centro de salud y Ministerio de Salud.	3.2.1.1. Burocracia para la entrega de material de didáctico y de escritorio.

<p>4.1 Seguimiento de la capacitación según cronograma semanal de actividades en salud oral.</p>	<p>4.1.1 N° de controles aplicados/ N° de controles efectivizados 4.1.2 N° de reuniones planificadas / N° de reuniones coordinadas</p>	<p>4.1.1 Cronogramas semanales comparación con control efectivizado. 4.1.2. Evaluación de la capacitación.</p>	<p>4.1.1 Cronogramas Planillas de asistencia de todo el personal profesional en capacitación. 4.1.2 Planillas de asistencia de todo el personal y planillas de control de conocimiento.</p>	<p>Ítem 10 100.000 unidades de bolígrafos c/u a 1 boliviano total 100.000 Ítem11 900 paquetes de hojas bond tamaño carta. Costo por paquete de 500 hojas 30 bolivianos total 27.000</p>	<p>Centro de salud y Ministerio de Salud.</p>	<p>4.1.1.2. Incumplimiento a horarios y cronograma semanal de actividades.</p>
---	--	--	---	---	---	--

<p>4.2. Organización y decorado de ambientes aptos para la capacitación de la salud oral</p>	<p>4.2.1 N° de veces coordinada s/ N° de veces efectivizadas.</p>	<p>4.2.1 Evaluación de la organización con la sociedad.</p>	<p>4.2.1 Material de escritorio hojas marcadores, pizarra tizas, cartulinas, engrampadora, grapas, scochs.</p>	<p>Ítem 10 100.000 unidades de bolígrafos c/u a 1 boliviano 100.000</p> <p>Item11 900 paquetes de hojas bond tamaño carta. Costo por paquete de 500 hojas 30 bolivianos total 27.000</p> <p>Ítem 17 5.000 hojas de cartulina c/u 3 bolivianos total 15.000</p> <p>Item18 220 engrampadoras c/u 25 Total 5.500 bolivianos.</p> <p>Item19 150 cajas de grampas c/caja 4 bolivianos total 600</p> <p>Item20 360 unidades de scochs grande c/u 5 bolivianos total 1.800</p>	<p>Centro de salud</p>	<p>4.2.1. Burocracia para la entrega de material de decoración</p>
<p>4.3. Reorganización y adaptación</p>	<p>4.3.1 N° de veces coordinada</p>	<p>4.3.1 Evaluación de la organización</p>	<p>4.3.1 Material de escritorio, hojas, marcadores, pizarras y tizas.</p>	<p>Item10 100.000 unidades de bolígrafos c/u a 1 boliviano total 100.000</p>	<p>Centro de salud.</p>	<p>4.3.1.1.Falta de interés para aplicar la interculturalidad a la sociedad.</p>

de ambientes según la intercultural idad de la sociedad	s/Nº de veces efectivizada s.	con la sociedad.		Item11 900 paquetes de hojas bond tamaño carta. Costo por paquete de 500 hojas, 30 bolivianos total 27.000		
--	--	---------------------	--	---	--	--

(Anexo Nº 10) XX.3. MATRIZ DEL MARCO LOGICO
XX.3.2. MATRIZ Nº7. MATRIZ DEL MARCO LOGICO
Fuente: Elaboración propia.

(Anexo N° 11) XX.4. TABLA N°2 EVALUACION ECONOMICA DEL PROYECTO

TOTAL INVERSIÓN	1594500	Bolivianos	¿us			
Ministerio de Salud	60%	956700	137456.90	IPC	3000	150
Donación privada	10%	159450	22909.48	Total población esperada		225500
Donación	30%	478350	68728.45			

DETALLE PRESUPUESTARIO				
TABLA N°.	FLUJO DE CAJA			
INGRESOS		Año 1	Año 2	Año3
Ministerio Salud	100,000	382,680	287,010	287,010
Donación	150,000	195,120	146,340	146,340
<i>TOTAL</i>	<i>250,000</i>	<i>577,800</i>	<i>433,350</i>	<i>433,350</i>
VALORES RESIDUALES				
Insumos de enseñanza		394040	295530	295530
Material de escritorio		82760	70170	70170
Depreciación		36,452	29,364	
<i>TOTAL</i>	<i>0</i>	<i>513251.6</i>	<i>395063.7</i>	<i>365700</i>
TOTAL INGRESOS	250,000	1,091,052	828,414	799,050
EGRESOS				
Inversiones		Año 1	Año 2	Año3
Social educación		40,680,200	30,510,150	30,510,150
<i>TOTAL</i>				
COSTOS FIJOS				
Gastos generales				
Servicios		4000	3000	3000
Gastos operación	-	3000	3000	3000
Otros no clasificados	-	150200	112650	112,650
COSTOS VARIABLES				
Depreciaciones		36,452	29,364	-
<i>Total</i>	<i>-</i>	<i>193,652</i>	<i>148,014</i>	<i>118,650</i>
TOTAL EGRESOS	-	193,652	148,014	118,650
Superavit/déficit	250,000	897,400	680,400	680,400
VAN	-513.114,89			
Beneficio/costo	6.349679935			
TIR	177,46 %			

(Anexo N° 12) TABLA N°3 ANALISIS DE SENSIBILIDAD

ANALISIS DE SENSIBILIDAD				
A) menos 10% ingresos	225,000	520,020	390,015	390,015
		193,652	148,014	118,650
Superavit/déficit	225,000	326,368	242,001	271,365
VAN	-1.593.676,38			
Beneficio/costo	3			
TIR	No retornable			

Menos 20% ingresos

A) menos 20% ingresos	200,000	462,240	346,680	346,680
		193,652	148,014	118,650
Superavit/déficit	200,000	268,588	198,666	228,030
VAN	-1.593.818,08			
Beneficio/costo	3			
TIR	No retornable			

Menos 50% ingresos

A) menos 50% ingresos	125,000	288,900	216,675	216,675
		193,652	148,014	118,650
Superavit/déficit	125,000	95,248	68,661	98,025
VAN	-1.594.243,28			
Beneficio/costo	2			
TIR	No retornable			

(Anexo N° 12) Tabla N°3 Análisis de sensibilidad.
Fuente: Elaboración propia

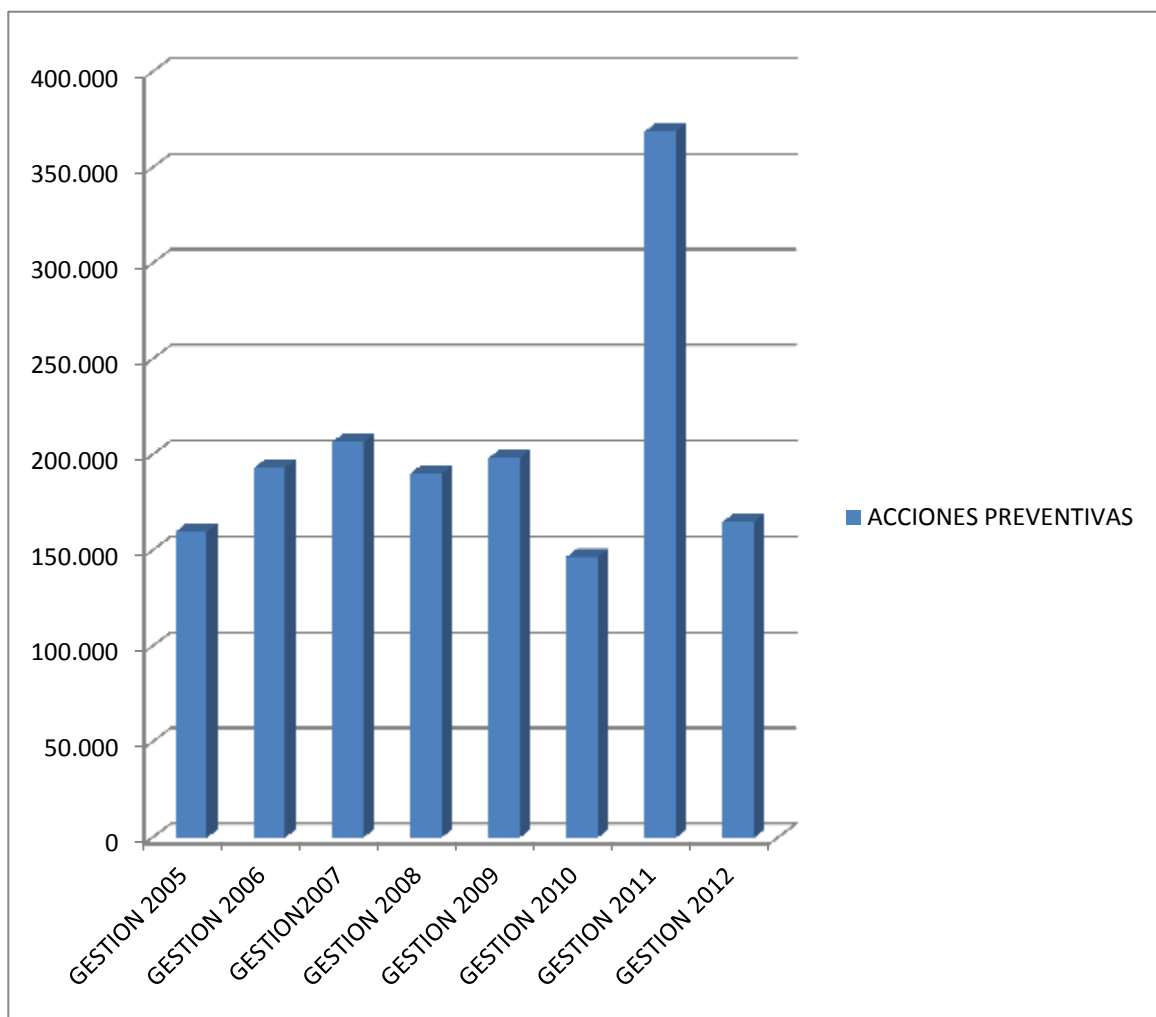
(Anexo Nº 13) TABLA Nº4 RESUMEN ECONÓMICO DEL PROYECTO EN BOLIVIANOS

ITEM	TOTAL MONTO ECONOMICO	DETALLE	COSTO UNITARIO	ACTIVIDAD
1	10.000	250 CAJAS DE TIZAS (CAJA)	40	1. Amplia información sobre salud oral. ITEM:1, 2, 3
2	29.100	970 CAJAS DE MARCADORES GRUESOS AL AGUA (CAJA)	30	2. Capacitación sobre el proyecto de salud oral. 3. Información sobre patologías bucales. ITEM:1, 2, 4
3	88.000	220 ROTAFOLIOS	400	
4	99.000	220 PIZARRAS GRANDES PARA MARCADOR DE AGUA Y TIZA	450	4. Información sobre patologías bucales su origen y secuelas. ITEM:1, 2, 4
5	55.000	220 MACROMODELOS	250	5. Capacitación y prácticas sobre higiene oral. ITEM:5, 6, 7
6	55.000	220 MACROCEPILLOS	250	
7	33.000	220 MACROHILOS	150	
8	150.000	100.000 UNIDADES DE TRIPTICOS FULL COLOR	1,50	6. Entrega de material informativo y didáctico. 7. Entrega de material de escritorio y material para prácticas. ITEM:8, 9, 10, 11
9	25.500	850 FOLLETOS FULL COLOR	30	
10	100.000	100.000 UNIDADES DE BOLIGRAFOS	1	8. Control de asistencia a sectores sociales de interés. 9. Seguimiento de la capacitación según cronograma semanal de actividades. ITEM:10, 11
11	27.000	900 PAQUETES DE 500 HOJAS BOND TAMAÑO CARTA	30	10. Capacitación sobre protocolos de promoción y prevención en salud. ITEM:10, 11
12	100.000	100.000 CEPILLOS DENTALES	1	11. Entrega de material de higiene dental. ITEM:9, 12, 13, 14
13	300.000	100.000 PASTA DENTAL PEQUEÑA	3	

14	300.000	100.000 HILOS DENTALES	3	
15	100.000	100.000 JUGOS DE FRUTA	1	12. Entrega de refrigerio a profesionales, personal de apoyo y publico en general presente en la capacitación. ITEM:15, 16
16	100.000	100.000 BOLSITAS DE GALLETAS	1	
17	15.000	5.000 HOJAS DE CARTULINA	3	13. Organización y decorado de ambientes para la capacitación. ITEM:10, 11, 17, 18, 19, 20
18	5.500	220 ENGRAMPADORAS	25	
19	600	150 CAJAS DE GRAMPAS	4	
20	1.800	360 UNIDADES DE SCOCHS GRANDE	5	
TOTAL	1.594.500			

Anexo N°13 Resumen económico
Fuente: Elaboración propia

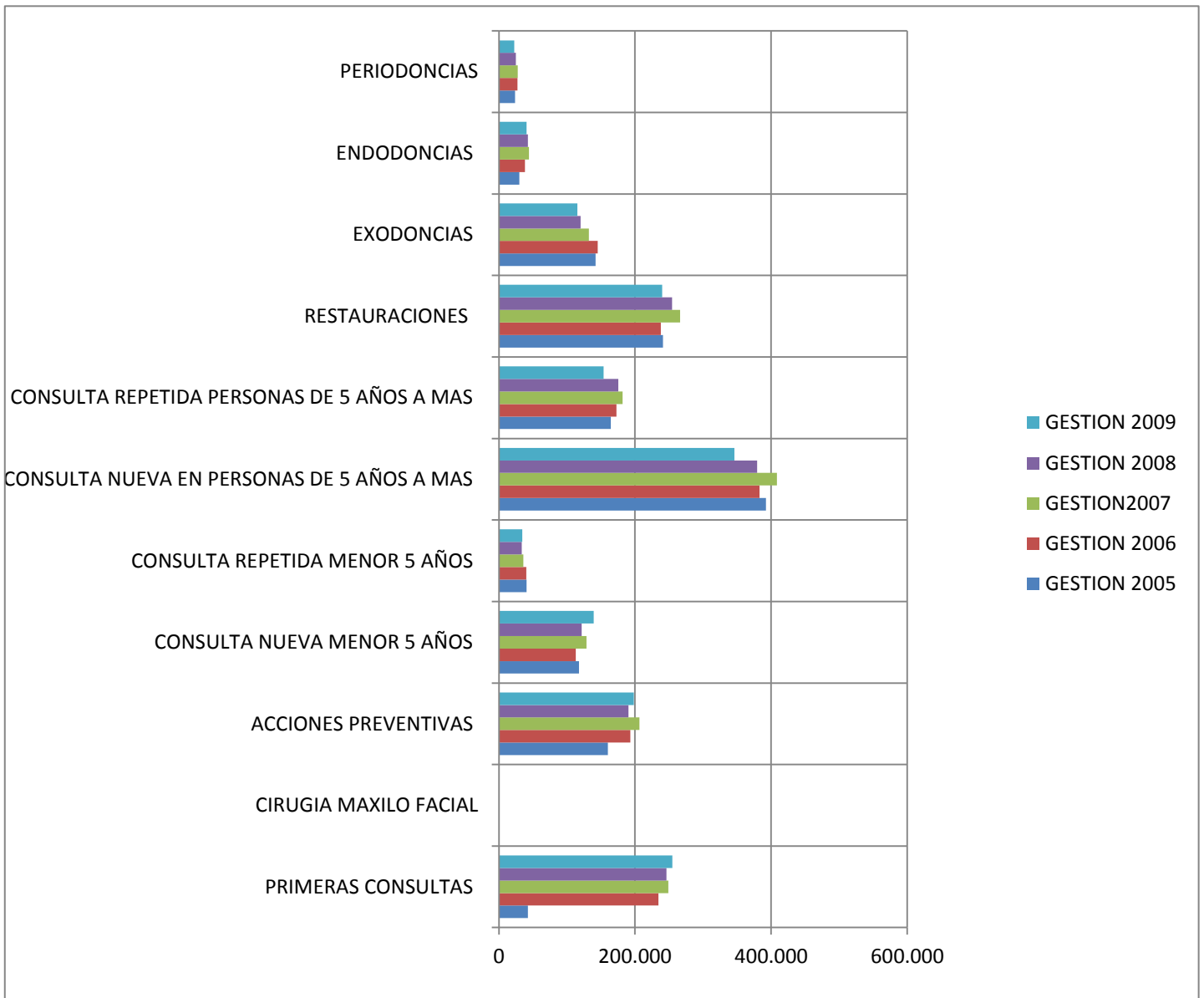
(Anexo Nº 14) GRAFICO Nº1
ACCIONES PREVENTIVAS
ODONTOLOGICAS DEL
2005 AL 2012



1. La gestión 2011 muestra que existieron la mayor cantidad de acciones preventivas odontológicas.
2. Desde la gestión 2005 a la gestión 2009 existen picos de ascenso y descenso en acciones preventivas.
3. En la gestión 2010 hay una caída notable en acciones odontológicas.

(Anexo Nº 14) GRAFICO Nº1 ACCIONES PREVENTIVAS ODONTOLOGICAS DEL 2005 AL 2012
Fuente: Elaboración propia

(Anexo Nº 15) GRAFICO Nº2 MUESTRA ONCE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS DESDE LAS GESTIONES 2005 A LA GESTION 2009



(Anexo Nº 15) GRAFICO Nº2 MUESTRA ONCE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS DESDE LAS GESTIONES 2005 A LA GESTION 2009

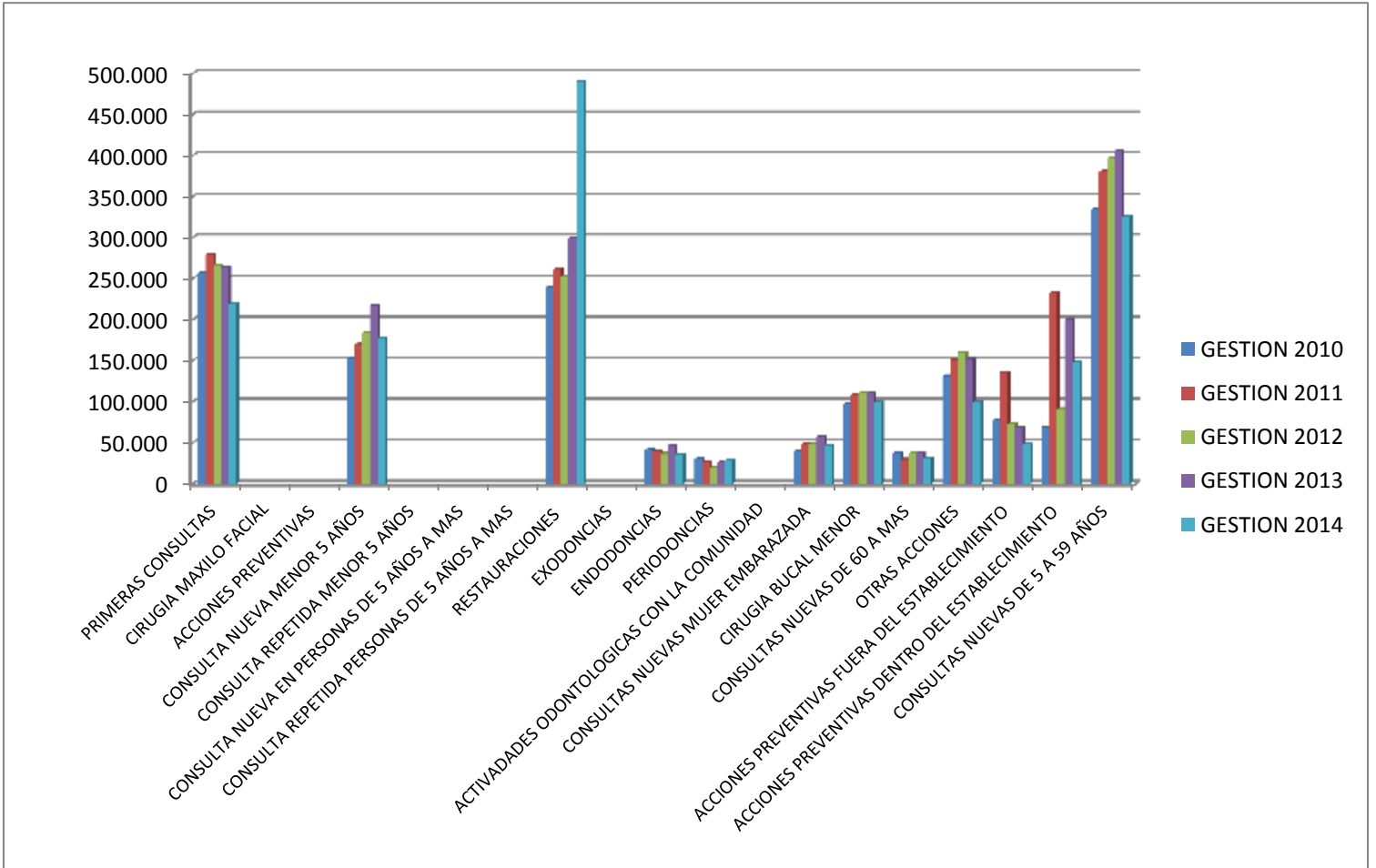
Fuente: Elaboración propia

(Anexo N° 16) TABLA N° 5 CON 12 VARIABLES QUE EXPRESA EL NUMERO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS POR GESTIONES DESDE 2010 A SEPTIEMBRE DE 2014.

Fuente: Elaboración propia

PRESTACIONES	GESTION 2010	GESTION 2011	GESTION 2012	GESTION 2013	GESTION 2014
PRIMERAS CONSULTAS	257.395	279.985	266.280	264.585	219.638
CIRUGIA MAXILO FACIAL ACCIONES PREVENTIVAS					
CONSULTA NUEVA MENOR 5 AÑOS	152.516	169.753	184.451	217.158	177.899
CONSULTA REPETIDA MENOR 5 AÑOS					
CONSULTA NUEVA EN PERSONAS DE 5 AÑOS A MAS					
CONSULTA REPETIDA PERSONAS DE 5 AÑOS A MAS					
RESTAURACIONES EXODONCIAS	239.626	260.971	252.502	299.754	490.713
ENDODONCIAS	41.315	39.204	36.636	46.828	36.209
PERIODONCIAS	30.511	26.616	20.039	26.516	28.293
ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS CON LA COMUNIDAD					
CONSULTAS NUEVAS MUJER EMBARAZADA	40.099	47.910	48.045	57.424	47.345
CIRUGIA BUCAL MENOR	96.928	109.020	110.573	110.573	99.163
CONSULTAS NUEVAS DE 60 A MAS	37.333	29.874	36.798	37.083	31.649
OTRAS ACCIONES	131.735	151.223	160.207	151.964	99.719
ACCIONES PREVENTIVAS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO	77.478	136.088	73.274	68.208	48.430
ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO	69.335	232.880	91.813	200.535	147.704
CONSULTAS NUEVAS DE 5 A 59 AÑOS	334.882	380.452	396.566	405.861	325.154

(Anexo Nº 17) GRAFICO Nº 3 MUESTRA DOCE VARIABLES ODONTOLÓGICAS DESDE LAS GESTIONES 2010 A 2014.



Fuente: Elaboración propia

**(Anexo N° 17) GRAFICO N° 3 MUESTRA DOCE VARIABLES ODONTOLÓGICAS
DESDE LAS GESTIONES 2010 A 2014.**

1. Las restauraciones de la gestión 2014 es la que sobresale por su mayor cantidad de atenciones en un 75% respecto a la gestión 2013.
2. Al contrario la prestación de periodoncia es la que tuvo menor cantidad de casos atendidos en todas estas gestiones siendo esta una medida de prevención muy importante para la salud oral.
3. Entre las acciones preventivas dentro y fuera del establecimiento que más predominan son las de la gestión 2011, seguida por la gestión 2013.
4. En la variable de exodoncias no existe datos porque están en cirugía bucal menor desde la gestión 2010 a la 2014.
5. Entre las consultas nuevas la que tiene más incremento es la de consultas nuevas de 5 a 59 años en penúltimo lugar las consultas mujer embarazada y por último consulta nueva 60 años a más.

(Anexo Nº 18) TABLA Nº 6 ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO Y FUERA DE ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DATOS TOTALES (BOLIVIA) GESTIONES 2010 A LA 2014

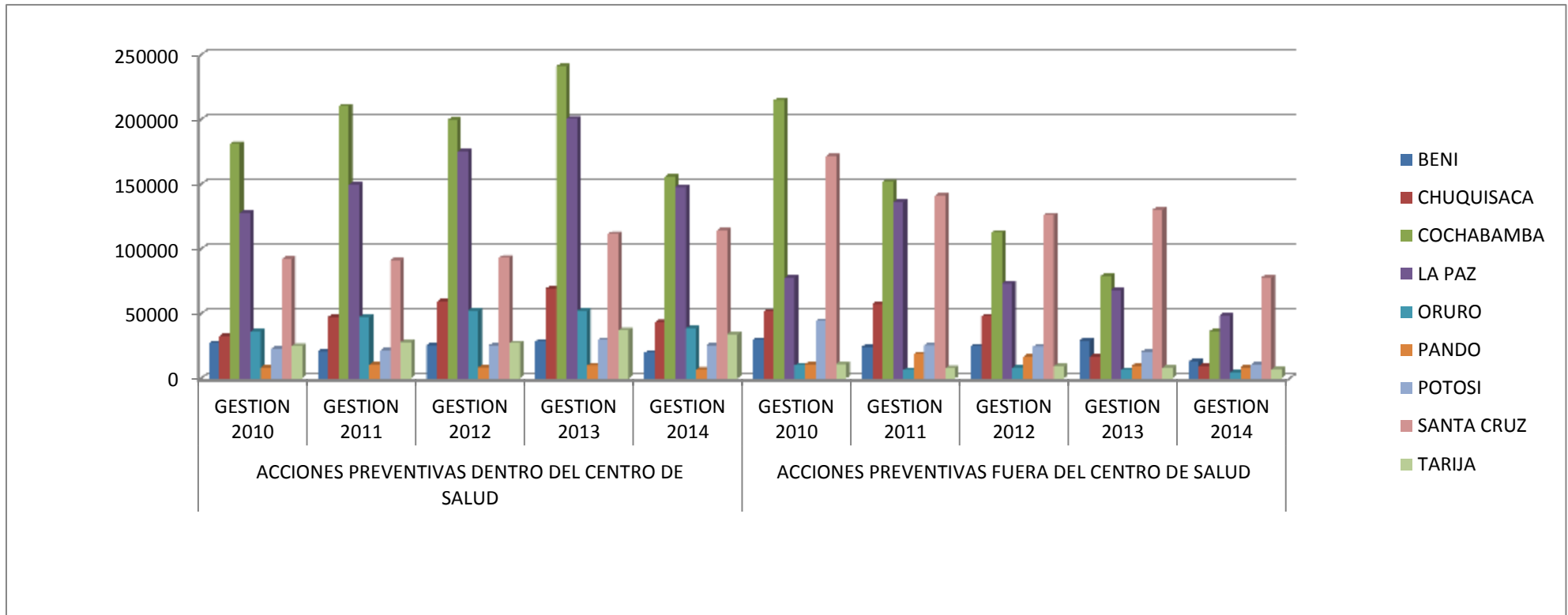
	ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO DEL CENTRO DE SALUD					ACCIONES PREVENTIVAS FUERA DEL CENTRO DE SALUD				
	GESTION 2010	GESTION 2011	GESTION 2012	GESTION 2013	GESTION 2014	GESTION 2010	GESTION 2011	GESTION 2012	GESTION 2013	GESTION 2014
BENI	27060	20807	25643	28386	19672	29642	24398	24681	29225	12916
CHUQUISACA	32465	47501	59108	69267	43172	51431	57402	47911	16694	9705
COCHABAMBA	181001	210054	199487	241025	155936	214886	151697	112421	78957	36284
LA PAZ	128114	149442	175251	200535	147704	77478	136088	73274	68208	48430
ORURO	35967	47295	52261	51939	38493	9926	6429	8266	6286	4567
PANDO	8507	10437	8542	9905	6557	10842	18632	16375	9464	8256
POTOSI	22862	21463	25305	29488	25485	44187	25717	24540	20741	10412
SANTA CRUZ	92029	91093	93116	111416	114125	171559	141145	125894	130147	77756
TARIJA	24848	27967	27000	37030	33997	11021	7779	9228	8160	6981

(Anexo Nº 18) TABLA Nº 6 ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO Y FUERA DE ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DATOS TOTALES (BOLIVIA) GESTIONES 2010 A LA 2014

Fuente: Elaboración propia

(Anexo Nº 19) GRAFICO Nº 4 ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO Y FUERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DESDE LAS GESTIONES 2010 A LA 2014

Fuente: Elaboración propia



1. En las acciones preventivas dentro del centro de salud existe un incremento desde la gestión 2010,2011 y desciende la gestión 2012 en la gestión 2013 vuelve a incrementarse descendiendo notablemente en la gestión 2014.
2. En las acciones dentro del centro de salud Cochabamba y la paz son las que tienen la mayor cantidad de atenciones preventivas.
3. Entre las acciones preventivas fuera del establecimiento Cochabamba es la que lidera en la gestión 2010 pero en la gestión 2014 Cochabamba tuvo un 80% menos de atenciones preventivas.

(Anexo N° 20) TABLA N° 7 CENTROS DE SALUD AREA URBANA (Anexo N° 20) TABLA N° 8 CENTROS DE SALUD AREA RURAL

Fuente: Elaboración propia

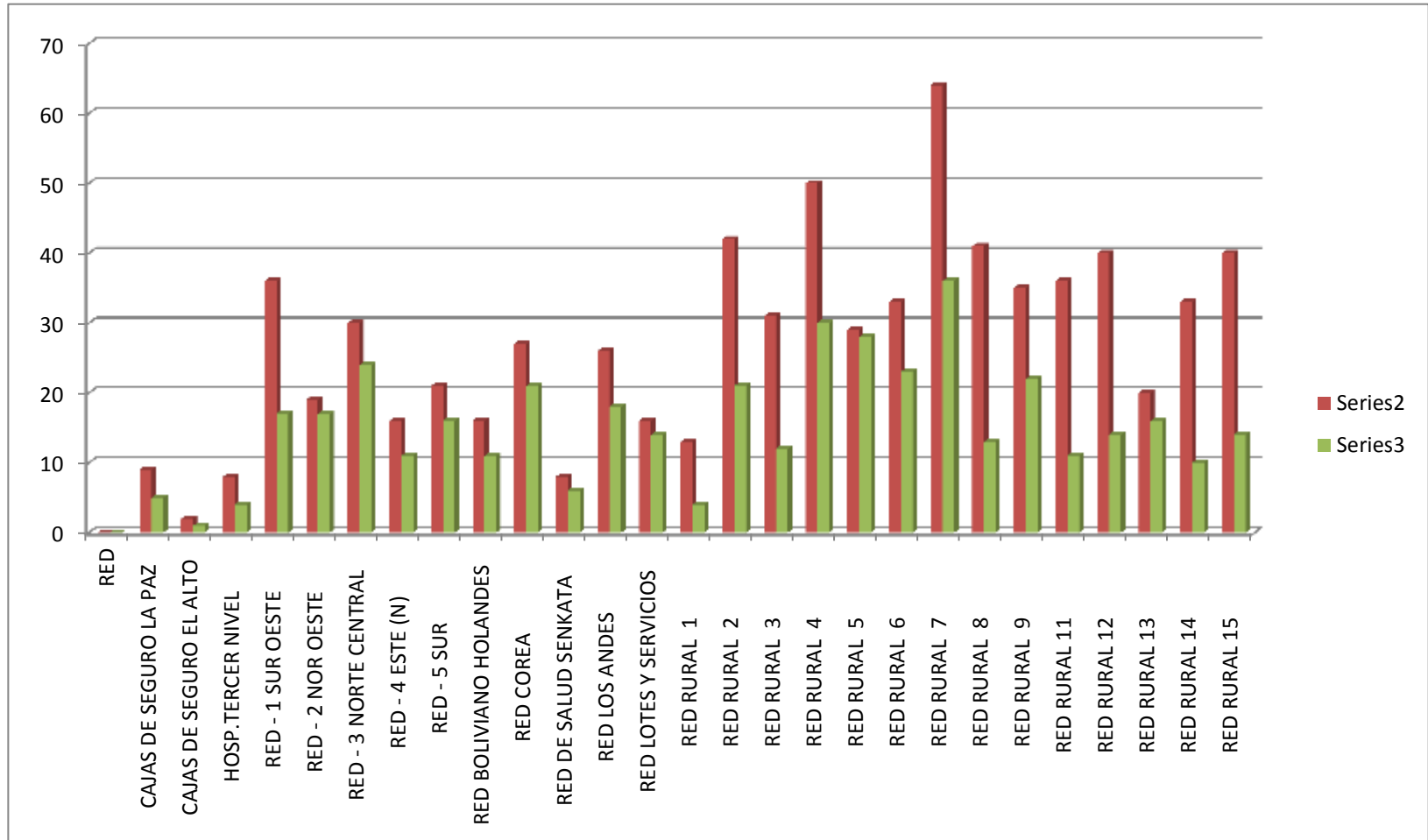
CENTROS DE SALUD AREA URBANA		
RED	CENTROS DE SALUD	SERVICIO DE ODONTOLOGIA
CAJAS DE SEGURO LA PAZ	9	5
CAJAS DE SEGURO EL ALTO	2	1
HOSP.TERCER NIVEL	8	4
RED - 1 SUR OESTE	36	17
RED - 2 NOR OESTE	19	17
RED - 3 NORTE CENTRAL	30	24
RED - 4 ESTE (N)	16	11
RED - 5 SUR	21	16
RED BOLIVIANO HOLANDES	16	11
RED COREA	27	21
RED DE SALUD SENKATA	8	6
RED LOS ANDES	26	18
RED LOTES Y SERVICIOS	16	14
	234	165

Fuente: Elaboración propia

CENTROS DE SALUD AREA RURAL		
RED	CENTROS DE SALUD	SERVICIO DE ODONTOLOGIA
RED RURAL 1	13	4
RED RURAL 2	42	21
RED RURAL 3	31	12
RED RURAL 4	50	30
RED RURAL 5	29	28
RED RURAL 6	33	23
RED RURAL 7	64	36
RED RURAL 8	41	13
RED RURAL 9	35	22
RED RURAL 11	36	11
RED RURAL 12	40	14
RED RURAL 13	20	16
RED RURAL 14	33	10
RED RURAL 15	40	14
	507	254

(Anexo Nº 21) GRAFICO Nº 5 CENTROS DE SALUD REPRESENTADOS POR EL COLOR ROJO Y COLOR VERDE REPRESENTA LA EXISTENCIA DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO

Fuente: Elaboración propia



Anexo N°21 Grafico N° 5 Muestra los centros de salud de la ciudad de la paz (rojo) servicios de odontología en todas las redes (verde).

1. El grafico muestra que la mayor cantidad de centros de atención médica están en la Red Rural 7, pero la atención del servicio de odontología sólo cubre el 8,59% del total del servicio de odontología y en la red urbana la mayor cantidad de centros médicos están en la Red 1 Sur oeste pero esta red sólo cuenta con el 4,06% del servicio de odontología

2. El 68,42% de centros de salud corresponde al área rural y solo el 31,58% están en el área urbana pero solo un 39,38% tiene servicio odontológico, y el área rural cuentan con el 60,62% de servicios de odontología en la gestión 2014

(Anexo N° 21) GRAFICO N° 5 CENTROS DE SALUD REPRESENTADOS POR EL COLOR ROJO Y COLOR VERDE REPRESENTA LA EXISTENCIA DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO
Fuente: Elaboración propia

(Anexo N° 22) GRAFICO N° 6 CENTROS DE SALUD 2014 AREA URBANA Y RURAL
Fuente: Elaboración propia

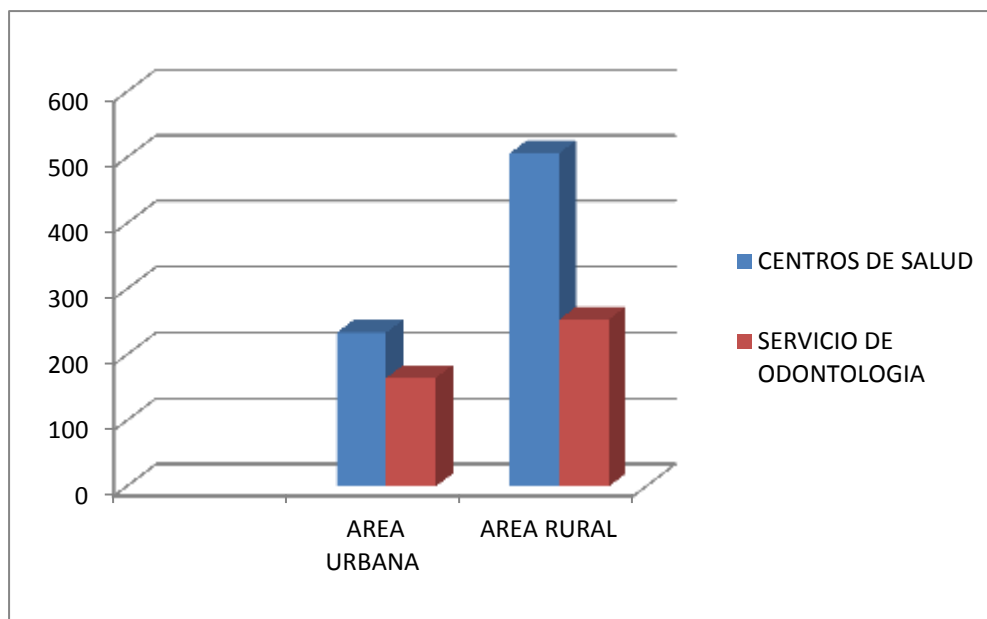


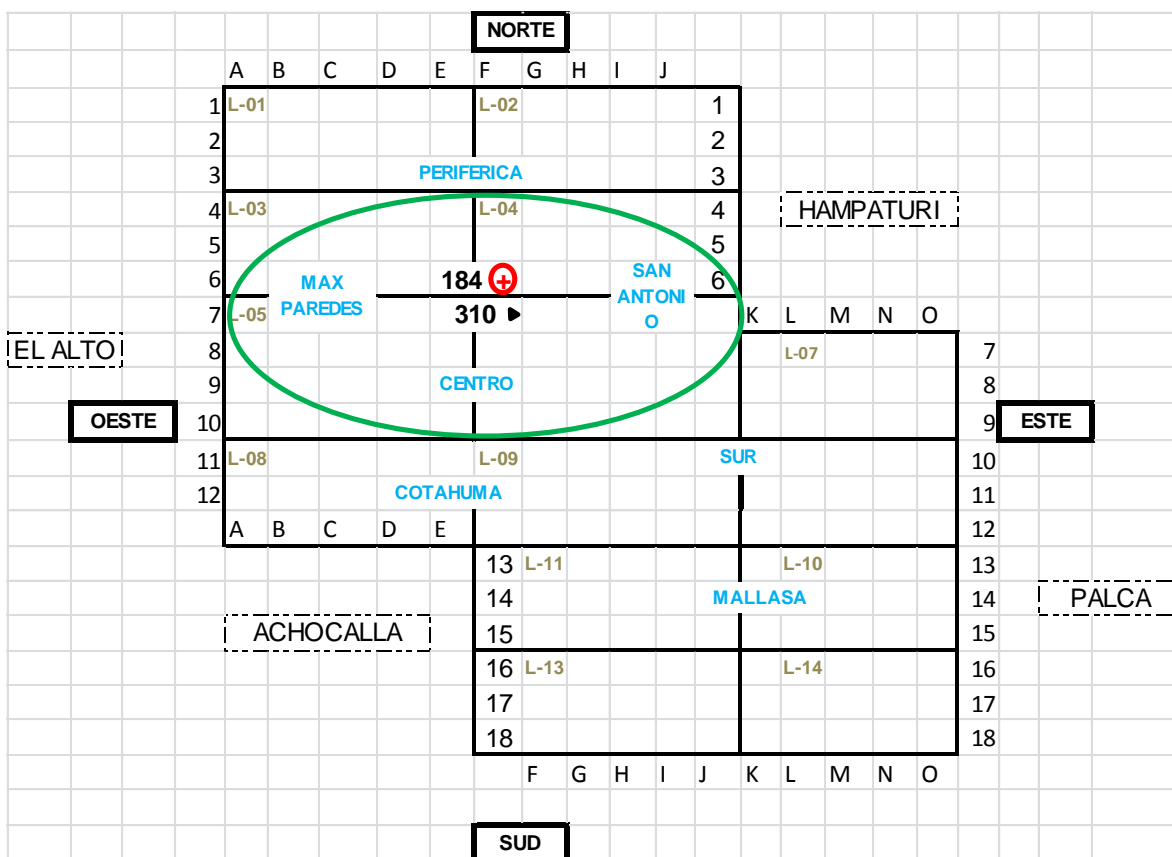
TABLA N° 9 NUMERO DE CENTROS DE SALUD Y SERVICIO ODONTOLOGICO

AREA	CENTROS DE SALUD	%	SERVICIO DE ODONTOLOGIA	%
AREA URBANA	234	31,58%	165	39,38%
AREA RURAL	507	68,42%	254	60,62%
TOTAL	741	100,00%	419	100,00%

Fuente: Elaboración propia

(Anexo Nº 23) XX.5. MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO

MAPA Nº1 MAYOR NUMERO DE CENTROS DE SALUD Y UNIDADES EDUCATIVAS CONCENTRADAS EN TRES MACRODISTRITOS



Municipios vecinos
 Macrodistritos

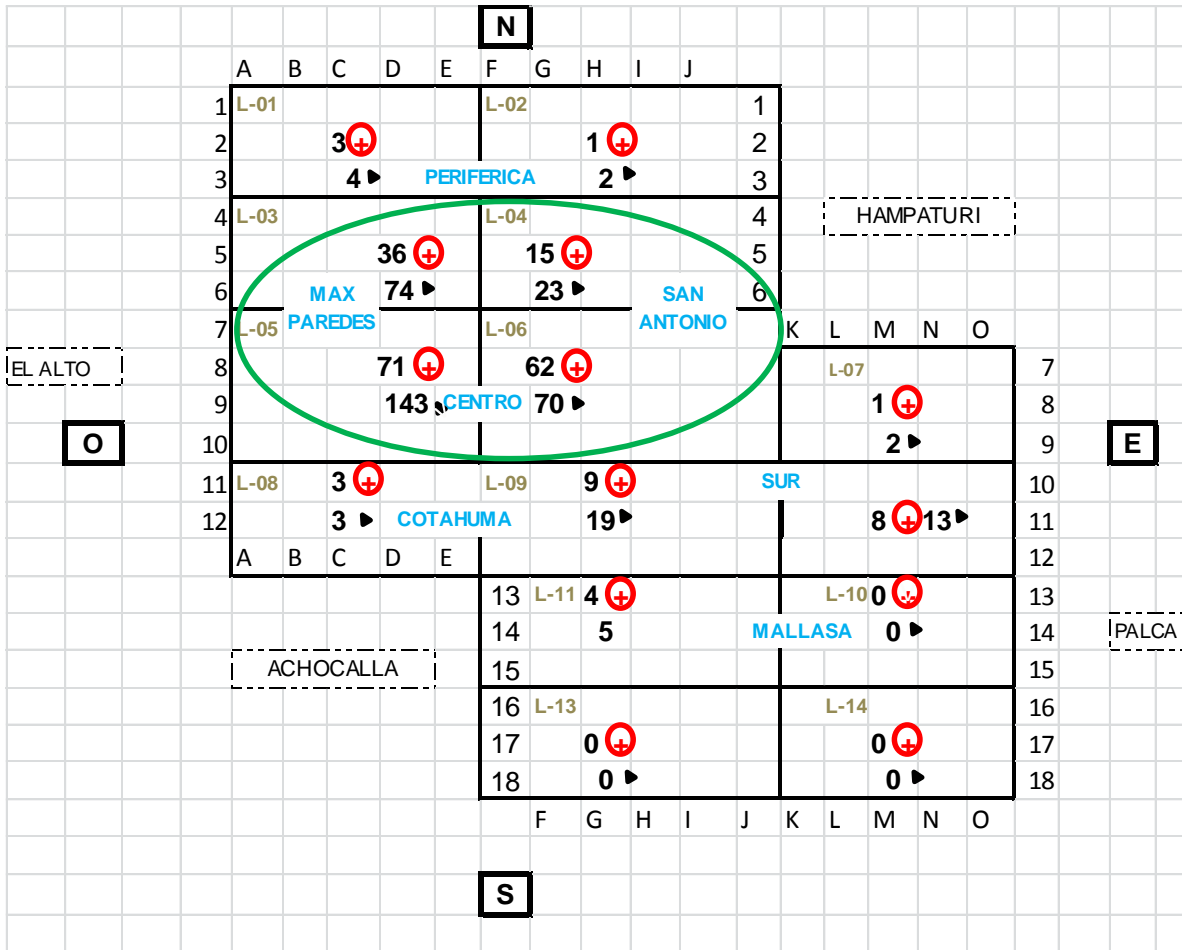
Perímetro de mayor número de centros de salud y unidades educativas

Mayor número de Centros de salud está en estos macrodistritos

Mayor número de unidades educativas esta en estos macrodistritos

(Anexo Nº 23) Mapa Nº1. Fuente: Gobierno Municipal de la ciudad de la ciudad de La Paz. Oficialía Técnica. El Callejero, guía urbana de la ciudad de La Paz 2014.

(Anexo Nº 24) MAPA Nº2 CENTROS DE SALUD Y UNIDADES EDUCATIVAS EN LOS SIETE MACRODISTRITOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ



▭ Municipios vecinos

— Macrodistrictos

○ Perímetro de mayor número de centros de salud y unidades educativas

⊕ Número de Centros de salud en cada macrodistrito

▶ Número de unidades educativas en cada macrodistrito

(Anexo Nº 24) Mapa Nº2. Fuente: Gobierno Municipal de la ciudad de la ciudad de La Paz. Oficialía Técnica. El Callejero, guía urbana de la ciudad de La Paz 2014.

(Anexo Nº 25) CRONOGRAMA TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES PARA ELABORAR LA PROPUESTA DE INTERVENCION EN LAS GESTIONES 2016, 2017 Y 2018.

ITEM	ACTIVIDAD	GESTION 2016				GESTION 2017	GESTION 2018
		ENERO FEBRERO MARZO	ABRIL MAYO JUNIO	JULIO AGOSTO SEPTIEMBRE	OCTUBRE NOVIEMBRE DICIEMBRE	ANUAL	ANUAL
		1er TRIM	2do TRIM	3er TRIM	4to TRIM	ANUAL	ANUAL
1	Reunión con tutor y elaboración de propuesta	→					
2	Recopilación de información SEDES LA PAZ área odontológica y estadística.	→					
3	Recopilación de información Ministerio de Salud y Deportes área odontológica.	→					
4	Reunión con tutor y revisión de propuesta.	→					
5	Recopilación de información GAMLP. Oficialía de salud, educación y turismo.	→					
6	Reunión con tutor, revisión y elaboración de propuesta	→					
7	Recopilación de información de la biblioteca y archivo del Ministerio de Salud y Deportes.	→					
8	Reunión con tutor, revisión y elaboración de propuesta	→					
9	Elaboración de cuadros, árbol, tablas y matriz.	→					
10	Reunión con tutor, revisión y elaboración de propuesta	→					
11	Recopilación de información SEDES LA PAZ área estadística.	→					
12	Elaboración de mapas.	→					
13	Reunión con tutor, revisión final de la propuesta	→					
14	Revisión y presentación preliminar propuesta	→					

(Anexo Nº 25) XX.7 Cronograma Trimestral de Actividades. Fuente: Elaboración Propia.

**(Anexo N° 26) Cronograma de Gantt elaboración de propuesta.
Fuente: Elaboración Propia.**

CRONOGRAMA PARA ELABORAR PROPUESTA DE INTERVENCION EN SALUD ORAL			
ACTIVIDAD	GESTION 2016		
	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	DURACION (DIAS)
1. Reunión con tutor y elaboración de propuesta	04/01/2016	04/03/2016	20
2. Recopilación de información SEDES LA PAZ área odontológica y estadística.	11/01/2016	20/05/2016	10
3. Recopilación de información Ministerio de Salud y Deportes área odontológica.	15/02/2016	10/10/2016	15
4. Reunión con tutor y revisión de propuesta.	23/03/2016	16/06/2016	8
5. Recopilación de información G.A.M.L.P. Oficialía de salud, educación y turismo.	05/04/2016	15/09/2016	14
6. Reunión con tutor, revisión y elaboración de propuesta	22/06/2016	30/09/2016	15
7. Recopilación de información de la biblioteca y archivo del Ministerio de Salud y Deportes.	18/02/2016	28/09/2016	18
8. Reunión con tutor, revisión y elaboración de propuesta	26/08/2016	28/09/2016	15
9. Elaboración de cuadros, árbol, tablas y matriz.	05/04/2016	27/08/2016	25
10. Reunión con tutor, revisión y elaboración de propuesta	03/10/2016	02/11/2016	17
11. Recopilación de información SEDES LA PAZ área estadística.	11/09/2016	31/10/2016	18
12. Elaboración de mapas.	24/08/2016	20/10/2016	25
13. Reunión con tutor, revisión final de la propuesta	21/11/2016	28/11/2016	4
14. Revisión y presentación preliminar propuesta .	01/12/2016	22/12/2016	15

TOTAL DIAS TRABAJADOS: 219

(Anexo Nº 27) CRONOGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES (EJECUCION PROPUESTA DE INTERVENCION EN SALUD ORAL) GESTION 2016-2018.

ITEM	ACTIVIDAD	GESTION 2016	GESTION 2017	GESTION 2018
		ANUAL	ANUAL	ANUAL
1	Entrega de nota y presentación de la propuesta y programa en salud oral, al Ministerio de Salud área de Odontología.	→		
2	Reunión técnica con autoridades encargadas de centros de salud de primer nivel, SEDES LA PAZ y MINISTERIO DE SALUD.	→		
3	Reunión con profesionales Odontológicos de los centros de salud de primer nivel, para la presentación de la propuesta y el programa en salud oral.	→		
4	Reunión y coordinación con autoridades de unidades educativas, grupos sociales para la presentación de la propuesta y el programa en salud oral.		→	
5	Gestionar el monto económico y financiamiento con el Ministerio de Salud.		→	
6	Coordinación general con personas que participaran y colaboran para la ejecución de la propuesta, centros de salud y escuelas.		→	
7	Adquisición de materiales y refrigerio, necesarios para la ejecución de la propuesta.		→	
8	Reunión con profesionales Odontológicos, grupos sociales y personal de apoyo para la elaboración de cronograma de actividades.		→	
9	Ejecución de cronograma de actividades.			→
10	Control de resultados y análisis de la jornada diaria de capacitación.			→
11	Recopilación de información y material de respaldo de asistencia del público, fotos listas de asistencia.			→
12	Reunión con autoridades, para entregar análisis, logros y dificultades que se presentaron en la ejecución de la propuesta.			→

(Anexo Nº 27) XX.7 Cronograma Trimestral de Actividades. Fuente: Elaboración Propia

(Anexo N° 28) XX. 8 PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO

El plan de ejecución será realizado mediante el desarrollo del contenido del marco lógico.

(Anexo N° 29) XX.9 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO

SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO			
FIN MARCO LOGICO	MONITOREO	1.Proceso IVOS (Anexo N°10 Matriz del marco lógico) 2.Enseñanza y comunicación 3.Resultados	(Pag.36) (Pag.14)
	INDICE DE ACTORES	1.Anexo N° 3 2.Anexo N° 4 3.AnexoN°6	(Pag.27) (Pag.30) (Pag.31)
	PROCESOS	a) Cronograma de Gantt. (Anexo N°26) b) cronograma de actividades(Anexo N°25-27) c)Informes trimestrales (Anexo N°25)	(Pag.69) (Pag.68-70) (Pag.68)
	RESULTADOS	I. (Anexo N°4) Análisis de interés e intervención. II.Resultados	(Pag.27) (Pág. 14)

(Anexo N° 29) XX.9. Sistema de Monitoreo y Evaluación del Proyecto
Fuente: Elaboración Propia