

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



**“RELACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR
COMUNITARIA INTERCULTURAL CON LOS INDICADORES DE OBJETIVOS 4
Y 5 DE DESARROLLO DEL MILENIO EN SALUD MATERNA E INFANTIL EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ACREDITADOS, DEPARTAMENTO DE LA
PAZ 2014”**

POSTULANTE: Dr. Cesar Marcial Garcia Ramos

TUTOR: Dr. M.Sc. Jose Zambrana Torrico

**Tesis de grado presentado para postular al título de Magister Scientiarium en
Salud Pública mención Epidemiología**

LA PAZ – BOLIVIA

2018

AGRADECIMIENTO

A mi familia por su apoyo constante aun en la ausencia hicieron posible la realización de este trabajo conjuntamente a mis tutores por la guía y paciencia, a mis amigos por la fuerza constante

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia, que la vida nos puso en muchas vicisitudes, aun con la fortaleza seguimos adelante como principio de vida y a mi compañera incondicional.

ÍNDICE

ÍNDICE CONTENIDO	PAG.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
4. MARCO TEÓRICO.....	4
4.1 MARCO SITUACIONAL.....	4
4.1.1 SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL.....	4
4.1.3 ENCUESTA DE DEMOGRAFIA Y SALUD 2008.....	11
4.1.4 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.....	22
4.1.5 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO NACIONES UNIDAS INFORME 2013	26
4.1.6 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO AMERICA LATINA.....	30
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	33
4.2.1 INFORME OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO BOLIVIA 2010.....	33
4.2.2 PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD.....	46
4.2.3 MANUAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN.....	50
5. OBJETIVOS.....	62
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	62
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	62
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	62
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	67
8. RESULTADOS.....	67
8.1 GRADO DE CUMPLIMIENTO POLITICA SAFCI.....	67
8.2 INDICADORES DE SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL REDES DE SALUD.....	86
9. ANÁLISIS.....	90
10. CONCLUSIONES.....	94
11. RECOMENDACIONES.....	96
12. BIBLIOGRAFÍA.....	97
ANEXOS.....	99

RESUMEN

La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural aprobada mediante D.S. 29601 del 2010 requiere ser evaluada en cuanto al grado de implementación y cumplimiento esto contrastado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente con el Objetivo 4 de Salud Infantil y el Objetivo 5 de Salud Materna, en el entendido que tanto la política SAFCI como el compromiso asumido por varios países entre ellos Bolivia ante Naciones Unidas son estrategias de mejorar la salud no solamente individual si no también comunitaria. En ese contexto es imperativo contrastar la aplicación del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente con los indicadores de salud materna y salud infantil, en establecimientos de salud acreditados en el Departamento de La Paz.

El cumplimiento de los 15 estándares de Salud Familiar Comunitaria Intercultural se evidencia con mayor claridad y en mayor porcentaje en establecimientos de salud del área rural y dentro de estos aun con mayor énfasis en redes de salud con centros de salud acreditados. Existen un mayor número de establecimientos de salud que superan el 50% de cumplimiento de los estándares en redes de salud acreditados comparativamente con el número de establecimientos de salud evaluados y además en relación con redes urbanas de La Paz.

Existe una proporción mayor de establecimientos de salud del área rural que cumplen al menos 50% o más de los estándares de medición del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en comparación con el área urbana La Paz, al mismo tiempo se evidencia una mayor proporción de establecimientos de salud que cumplen al menos 50% o más de los estándares de la política de Salud Familiar Intercultural en redes con establecimientos acreditados comparados con redes sin establecimientos de salud acreditados.

Palabras clave: SAFCI, objetivos del milenio

**RELACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR
COMUNITARIA INTERCULTURAL CON LOS INDICADORES DE OBJETIVOS 4
Y 5 DE DESARROLLO DEL MILENIO EN SALUD MATERNA E INFANTIL EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ACREDITADOS, DEPARTAMENTO DE LA
PAZ 2014**

1. INTRODUCCIÓN

Posterior a la aprobación de la Declaración del Milenio en septiembre de 2000 (Naciones Unidas, Asamblea General, 2000), en la cual los líderes del mundo se comprometieron a luchar por un mundo más próspero, más justo y más pacífico, se creó un sistema de seguimiento del cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) basado en ocho objetivos, diez y ocho metas y cuarenta y ocho indicadores sociales, económicos y medio ambientales.

Para el seguimiento de los ODM a escala mundial se utilizan series de datos recopiladas por los organismos internacionales especializados competentes en las diferentes áreas. Por ejemplo, los datos de ministerios de trabajo y oficinas nacionales de estadística sobre los indicadores de fuerza laboral son recopilados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los registros administrativos y los datos derivados de encuestas de hogares sobre indicadores de educación son recopilados por el Instituto de Estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), mientras que aquellos sobre indicadores de salud son recopilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).(5)

En el año 2010 se implementa el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural con la intención de proyectar la salud hacia la comunidad, así mismo en el año 2008 se implementa el Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) con el propósito de implementar la gestión de calidad en los servicios de salud; en este sentido se realiza un análisis del grado de

implementación de ambas políticas de mejora de la salud relacionadas entre sí y adicionalmente en relación al cumplimiento de los Objetivos del Milenio específicamente de los Objetivos 4 y 5 de salud materna e infantil para tener un análisis objetivo del grado de impacto de políticas de salud.

2. JUSTIFICACIÓN

Los objetivos, metas e indicadores se refieren a distintas áreas temáticas: pobreza, hambre, educación, igualdad de género, salud, medio ambiente, comercio, ayuda al desarrollo, así como nuevas tecnologías de información y comunicación y ofrecen por lo tanto una gran oportunidad para plantear una visión integral del desarrollo, evidenciando los vínculos que existen entre los distintos objetivos y metas. Permiten además subrayar que la evaluación y el seguimiento del desarrollo deben basarse en la evidencia empírica. Las sociedades democráticas necesitan saber si están progresando o no y el uso de la evidencia empírica permite esa evaluación, sustentando la toma de decisiones. (5)

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación comunitaria efectiva en la toma de decisiones en la gestión participativa y control social y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina tradicional, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida y salud de la población.

En este contexto se define salud como un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza.

En un sentido de contrastar el grado de cumplimiento de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente en los indicadores de salud materna y salud infantil, es imperativo realizar un análisis de impacto con estos dos elementos, de esta manera conocer la influencia de la política SAFCI en los Objetivos del Milenio.

El conocimiento del grado de cumplimiento de la Política SAFCI y su relación con el avance en los objetivos de desarrollo del milenio permite realizar ajustes o cambios en las estrategias de implementación los mismos, introducir conceptos como de gestión de calidad que nos permitirán mejorar la accesibilidad hacia los servicios de salud por parte de la población y así lograr mejorar la calidad de vida, con una disminución de tasa de mortalidad y morbilidad.

El presente estudio al ser de diseño ecológico utiliza información disponible del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) además de contar con evaluaciones del proceso de acreditación de servicios de salud dentro los cuales se encuentran indicadores de cumplimiento de la Política SFCI, por lo que es factible, fácilmente realizable y no implica dificultad económica.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El modelo de Salud Familiar Intercultural SAFCI vigente a partir del D.S. 29601 del año 2010 necesita ser evaluada en cuanto al nivel de implementación y su impacto en los indicadores de salud. En un análisis situacional no se encuentra registros sobre una evaluación de implementación de la política, más aún, relacionado con los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente con los Objetivos 4 de salud infantil y el Objetivo 5 de salud Materna, así mismo, no se ha realizado un contraste de la política de salud con la implementación b de gestión de calidad a través del proceso de acreditación.

En el entendido que el modelo SAFCI está diseñada para mejorar la salud no solamente individual sino colectiva a través de proyección a la comunidad de la salud y Bolivia como parte del compromiso asumido por países para lograr los Objetivos del Milenio para el año 2015 es necesario conocer el nivel de avance de la política y el efecto en indicadores de salud al menos en el Departamento de La Paz específicamente en redes de salud urbana del Municipio de La Paz y redes rurales, como inicio de la evaluación que debe tornarse a nivel nacional.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Como consecuencia de los criterios previos nos podemos plantear la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación de la implementación del modelo de salud familiar comunitaria intercultural con los indicadores de objetivos 4 y 5 de desarrollo del milenio de salud materna y salud infantil en el departamento de La Paz, gestión 2014?

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO SITUACIONAL

4.1.1. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI).(1)

En el marco del Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “hacia la salud universal”, se desarrolla un instrumento que orienta el accionar del sector salud en Bolivia, es así, que se diseña una propuesta con tres ejes de desarrollo: el primer eje: Acceso Único al Sistema Único SAFCI, el cual establece la necesidad de erradicar la exclusión social en salud, a partir del desarrollo de los servicios de salud en redes funcionales, con calidad, del desarrollo de medicina tradicional y de la interculturalidad y de la gratuidad de atención; el segundo eje: “Promoción de la Salud y Movilización Social”, el cual impulsa la gestión participativa y actuación intersectorial sobre las determinantes de la salud, así como la protección de

poblaciones vulnerables y de la educación en salud; el tercer eje: “Rectoría y Soberanía en Salud”, el cual pretende reforzar la conducción sanitaria del sector salud y mejorar su eficiencia.(12)

Por disposición del Decreto Supremo N° 29601 se implementa la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, la cual contribuye en la eliminación de la exclusión social sanitaria para lograr un acceso a los servicios integrales de salud para profundizar la participación social en la gestión de salud con el propósito de brindar servicios de salud a la familia y comunidad.(11)

En este contexto se define salud como un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza.

La salud familiar está determinada por factores socioeconómicos, culturales, así como por condicionantes ambientales, biológicos, genéticos, psicológicos y de relaciones interpersonales, que se definen a escala micro social en el contexto del hogar.

La salud familiar comunitaria se entiende como una política pública que busca incidir sobre factores determinantes y condicionantes de la salud que prioriza las familias y las comunidades, desarrollando su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores, por tanto la acción comunitaria establece la importancia de las relaciones de reciprocidad y redistribución de los bienes de consumo y la carga de trabajo colectivo en las comunidades.(1)

PRINCIPIOS DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL.

Los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) son la participación comunitaria, la integralidad, la interculturalidad y la intersectorialidad que la hacen un modelo teórico práctico.

Participación comunitaria.

Es la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización de sus problemas de salud y sus determinantes del diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de promoción y prevención con desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional con intereses colectivos.

Intersectorialidad.

Es la intervención coordinada entre la población, el equipo de salud y representantes de los diferentes sectores: educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

Interculturalidad. Entendida como el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas: académica, indígena, originaria a partir del diálogo, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud de la población.

Integralidad.

Entendida como la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación armónica con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad,

curación, rehabilitación y recuperación de la salud de manera oportuna, eficiente y eficaz.

GESTION PARTICIPATIVA LOCAL EN SALUD

La gestión participativa en salud describe la presencia de la autoridad local en salud de la comunidad, barrio, quien será la representación del territorio ante el comité local de salud, el cual puede ser elegido en consenso con la comunidad o electo a través de la junta de vecinos.

El comité local de salud se describe como la representación orgánica de las comunidades o barrios pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante la estructura de salud (Centro/ Puesto SAFCI, Centro SAFCI con camas, etc.), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa para impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.(12)

GESTION PARTICIPATIVA MUNICIPAL EN SALUD

El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en el ámbito Municipal el cual realiza una supervisión y monitoreo de la gestión en salud en el ámbito económico, administrativo y social de la estrategia municipal en salud para garantizar el acceso a la salud.(12)

En los ámbitos de gestión tanto la gestión local como la gestión municipal se encuentran estrategias, instrumentos y guías para la aplicación del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, en sus modelos de atención y de gestión tanto para el personal de salud como para la comunidad.(13)

4.1.2 MODELO DE ATENCIÓN

El modelo de atención de salud familiar comunitaria intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz

eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Por lo tanto, el modelo de atención se constituye en la forma de articular personas, familias y comunidades o barrios con el equipo de salud, a partir de una prestación con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su cosmovisión, procesos de comunicación fluidos y aceptación de la decisión del usuario (procedimientos, diagnóstico, tratamiento y prevención), por lo que la atención de salud no solo abarca la enfermedad, sino la persona en su ciclo de vida, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión, caracterizado por:

- Centrado en las personas, familias y las comunidades.
- Identificar las condiciones de las determinantes de salud de las personas, las familias y las comunidades promoviendo acciones intersectoriales para vivir bien.
- Desarrollar intervenciones basadas en necesidades de las personas, familias y comunidades.
- Enfocarse al riesgo individual, familiar y comunitario.
- Ofrecer y dar servicios de calidad, logrando la satisfacción de las personas, familias y comunidades, basadas en una:
 - Atención Integral.
 - Atención Integrada
 - Atención Continua
 - Atención Accesible
 - Atención Oportuna
- Organizar las redes de salud, para garantizar la continuidad en la atención hasta la solución de los problemas.
- Incluir acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación con carácter integral e intercultural en el

establecimiento, en la familia y en la comunidad, teniendo como instrumentos la carpeta familiar y el expediente clínico, el Modulo de Información Básico (MIB), el diagnóstico situacional, la investigación participativa, la organización y movilización comunal o barrial, protocolos de atención, guías de la gestión participativa y control social y otros.

- Implementar y desarrollar los seguros públicos, quedando la responsabilidad de financiamiento y afiliación a cargo de los gobiernos municipales. La reglamentación de la afiliación y del sistema integrado de información será establecida por el Ministerio de Salud.
- Generar relaciones de confianza entre el equipo de salud y personas, familias y comunidad, a partir de la continuidad de la atención, flujos constantes y adecuados de información sobre los procesos de referencia y retorno que se realicen mediante la utilización de instrumentos de registro para el acompañamiento individual y familiar.
- Organizar la atención de salud articulada en redes, estableciendo responsabilidades territoriales y de gestión de los establecimientos en comunidades, municipios y naciones indígenas, originarias y campesinas, de acuerdo a los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Contar con un equipo de salud:
 - Multidisciplinario, generando un trabajo de desarrollo de su propia formación profesional en coordinación con otros profesionales del ámbito de la salud.
 - Que promueve y participa en acciones de intersectorialidad destinadas a identificar y modificar positivamente las determinantes socioeconómicas, ambientales y culturales que influyen en el desarrollo de la salud.
 - Que promueve, se involucra y participa en la movilización y participación comunitaria de manera organizada.
 - Que desarrolla sus acciones en el establecimiento de salud, en la comunidad y en el ambiente natural, de acuerdo a la capacidad resolutoria específica a cada nivel.

El modelo de Atención SAFCI funciona a través de la Red de Salud, que comprende:

- **La Red de Servicios**, de concepción funcional, está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, relacionados mediante el componente de referencia y contra referencia dependientes de los sectores: público, seguridad social, organizaciones con o sin fines de lucro, complementados con la medicina tradicional en la estructura social en salud.

- **La Red Municipal SAFCI** establecida en el Municipio con territorio y población propios, conformada básicamente por establecimientos de primer nivel, aunque puede contar en su territorio con hospitales de segundo y tercer nivel. Funciona bajo la conducción del Directorio Local de Salud (DILOS) y tiene como ejecutor al Responsable Municipal que forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios.

- **El Establecimiento de Salud** que es la unidad funcional básica de la prestación de servicios de salud, que tiene tres categorías:
 - Establecimiento de salud del primer nivel: Centro/Puesto de Salud, Centro con o sin camas, policlínicos y policonsultorios.
 - Establecimientos de salud de segundo nivel: hospital de segundo nivel.
 - Establecimientos de salud de tercer nivel: hospitales generales, Institutos Especializados.(1)

4.1.3 ENCUESTA DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2008 INDICADORES DE SALUD MATERNO INFANTIL EN BOLIVIA

MORTALIDAD INFANTIL, EN LA NIÑEZ Y MATERNA

En los datos emanados del ENDSA 2008 refleja la historia de nacimientos de cada una de las mujeres entrevistadas donde se consideró: sexo, fecha de nacimiento, edad actual y la condición de sobrevivencia de cada hijo nacido vivo.

En el caso de nacimiento con posterior deceso se consideraron tres variantes:

1. En días para niños que murieron durante el primer mes de vida.
2. En meses para los que perecieron entre uno y 23 meses.
3. En años para los que fallecieron después de cumplir los dos años.

Los datos recolectados en las historias de nacimientos permiten calcular, para períodos determinados, las siguientes probabilidades de mortalidad:

Mortalidad neonatal: probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN)

Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida (1q0)

Mortalidad post-infantil: probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario (4q1)

Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir 5 años (5q0).

De igual manera se determinó la mortalidad post-neonatal como la diferencia entre la mortalidad infantil y la neonatal. Todas las tasas de mortalidad se expresan por 1,000 nacidos vivos, excepto la tasa de mortalidad post-infantil la cual se expresa por 1,000 niños que han alcanzado los 12 meses de edad. Al igual que las otras variables demográficas, la mortalidad está sujeta a errores de declaración.

La confiabilidad de las estimaciones de la mortalidad dependió de los niveles de omisión de hijos que han fallecido al poco tiempo de nacer, especialmente cuando la defunción ocurrió bastante tiempo antes de la encuesta. Es importante, de igual manera, la calidad diferencial de la declaración de las fechas de nacimiento de

hijos sobrevivientes e hijos muertos. Otro problema que puede ocurrir es la declaración errónea de la edad al morir o de la fecha de defunción del hijo. En encuestas en muchos países se ha observado una tendencia en las madres a redondear hacia un año (12 meses) como edad del hijo al morir, aún cuando el niño hubiera fallecido no exactamente a los 12 meses sino en meses próximos a esa edad. Este redondeo hace que en el mes 12 se produzca una gran concentración de defunciones. Cuando la magnitud del traslado de muertes ocurridas a los 10 u 11 meses de vida, hacia el año, es grande, se origina una subestimación de la mortalidad infantil y la sobreestimación de la mortalidad post-infantil.

NIVELES Y TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

En el Cuadro 1 se presentan estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez para los tres quinquenios anteriores a la **ENDSA 2008**, calculadas utilizando métodos directos de estimación a partir de las historias de nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad reproductiva.

Cuadro N° 1.

Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios

Años antes de la encuesta	Años calendario aproximados ¹	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal ² (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
ENDSA 2008						
0-4	2003-2008	27	23	50	14	63
5-9	1998-2003	34	31	65	24	88
10-14	1993-1998	35	40	76	34	107
ENDSA 2003						
0-4	1998-2003	27	27	54	23	75
5-9	1993-1998	41	41	82	31	110
10-14	1988-1993	49	45	94	41	131

Fuente: ENDSA 2008

Según la **ENDSA 2008**, de cada 1,000 niños que nacieron en el país durante el último quinquenio (periodo 2003- 2008), 63 murieron antes de cumplir su quinto año de vida. Este nivel de mortalidad en la niñez es inferior en 12 puntos por mil comparada con la estimación derivada de la ENDSA 2003 para el penúltimo quinquenio (periodo 1998-2003): 75 por mil nacidos vivos.

La tasa de mortalidad infantil también tuvo un descenso en los últimos años, pasando de 54 por mil nacidos vivos para el penúltimo quinquenio (según la ENDSA 2003) a 50 por mil para el último (de acuerdo a la **ENDSA 2008**).

Por otra parte, si bien en los últimos dos quinquenios no se aprecia una disminución en el nivel de mortalidad neonatal al confrontar las estimaciones derivadas con la **ENDSA 2008** (27 por mil nacidos vivos para el periodo 2003-2008) y con la ENDSA 2003 (27 por mil nacidos vivos para el periodo 1998-2003), sí se observa una tendencia decreciente al comparar las estimaciones para los dos últimos quinquenios basadas únicamente en la **ENDSA 2008**, pasando de 34 a 27 por mil nacidos vivos.

MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ésta vive.

Tanto los nacidos muertos como las defunciones neonatales muy tempranas son difíciles de identificar y es por ello que el cálculo de este indicador es complicado por falta de datos precisos. A esto se suma el hecho de no contar con un buen sistema de estadísticas vitales que proporcione información confiable, de allí que las estimaciones de la tasa de mortalidad perinatal dependen de encuestas como la **ENDSA 2008**.

En la **ENDSA 2008** se recolectó información sobre mortinatos a partir de enero del 2003, en el calendario reproductivo incluido al final del cuestionario. En el Cuadro 2 se detallan los resultados: se incluye el número de nacidos muertos (muertes fetales en embarazos de 7 o más meses de duración), las muertes neonatales tempranas (aquellas ocurridas entre nacidos vivos durante la primera semana), el número de embarazos de 28 semanas (7 meses) o más de gestación y la tasa de mortalidad perinatal. Ésta se calcula como la suma de nacidos muertos y muertes neonatales tempranas dividida por los embarazos de siete o más meses de duración.

MORTALIDAD PERINATAL

Número de mortinatos y muertes neonatales tempranas; y tasa de mortalidad perinatal para el período de 5 años antes de la encuesta, por características seleccionadas, Bolivia 2008.

Cuadro Nº 2
MORTALIDAD PERINATAL

CARACTERIZTICA	Nº de mortinatos	Nº de muertes neonatales tempranas	Tasa de mortalidad perinatal	Nº de embarazos de 7 meses o mas
Edad de la madre al nacimiento				
<20 años	11	29	27	1462
20-29	46	57	23	4532
30-39	34	64	40	2424
40-49	7	9	39	406
Intervalo con el embarazo previo, en meses⁴	26	33	26	2.264
Primer embarazo				
<15	6	17	46	494
15-26	18	40	28	2.081
27-38	16	23	27	1.488
39	31	45	31	2.498
Educación				
Sin educación	13	27	72	552
Primaria	53	82	29	4.716

Secundaria	26	39	25	2.563
Superior	6	11	17	994
Región				
Altiplano	49	99	36	4.065
Valle	30	43	30	2.473
Llano	19	17	15	2.287
Departamento				
La Paz	29	60	36	2.463
Oruro	6	8	31	462
Potosí	15	30	40	1.140
Chuquisaca	5	5	18	543
Cochabamba	22	32	33	1.616
Tarija	4	6	31	314
Santa Cruz	17	12	16	1.911
Beni	1	4	14	318
Pando	0	1	13	59
Grado de pobreza del municipio				
Pobreza alta	33	80	47	2.407
Pobreza media	23	24	22	2.157
Pobreza baja	5	16	28	764
Capital de departamento	23	24	16	2.865
El Alto	14	14	45	631
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	27	62	39	2.270
Segundo quintil	20	38	31	1.880
Quintil intermedio	18	25	22	1.938
Cuarto quintil	19	18	24	1.567
Quintil superior	14	15	25	1.169
Total 2008	98	158	29	8.825
Total 2003	123	197	31	10.473

FUENTE: ENDSA 2008

Según la **ENDSA 2008**, la tasa de mortalidad perinatal es de 29 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, ligeramente inferior a la estimada con la ENDSA 2003: 31 por mil.

Del total de muertes perinatales, las defunciones neonatales tempranas representan casi las dos terceras partes (62 por ciento), mientras los mortinatos constituyen un poco más de la tercera parte (38 por ciento). Esta superioridad del

número de defunciones neonatales respecto del número de mortinatos es cerca de ser general en el país por observarse en casi todos los subgrupos de población.

El nivel educativo de las madres constituye el principal factor diferenciador de los niveles de mortalidad perinatal: 72 por mil en mujeres sin educación, frente a apenas 17 por mil en mujeres con educación superior.

El departamento de residencia también es una variable ampliamente diferenciadora: el nivel más alto de mortalidad perinatal se presenta en Potosí (40 por mil), mientras los niveles más bajos se registran en los departamentos de Beni/Pando y Santa Cruz (14 y 16 por mil, respectivamente).

Las diferencias extremas entre los niveles de mortalidad perinatal al examinar la edad de la madre al nacimiento, el intervalo intergenésico, el quintil de riqueza y el área de residencia son inferiores a las observadas para nivel educativo y departamento. En todos esos casos las diferencias extremas son inferiores a 20 puntos por mil.

La diferencia más baja entre niveles de mortalidad perinatal se observa al comparar áreas de residencia: 36 por mil en el área rural, en comparación a 23 por mil en el área urbana, una diferencia de 13 puntos por mil, pero igualmente importante.

GRUPOS DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO

La mortalidad también puede emprenderse a través de las categorías de alto riesgo de mortalidad en la población, no sólo desde el punto de vista de los niños nacidos vivos, sino también desde el punto de vista del grupo de mujeres cuyos hijos se encuentran en categorías de riesgo de mortalidad en el futuro. Normalmente se consideran como de riesgo elevado los nacimientos que ocurren en las siguientes condiciones:

- La madre menor de 18 años al momento del nacimiento del niño;
- La madre mayor de 34 años al momento del nacimiento del niño;
- El intervalo intergenésico menor de 24 meses;
- El orden del nacimiento mayor de 3.

Por otro lado, las mujeres se asignan a una categoría dada dependiendo de la situación en que se encontrarían en el momento del nacimiento del niño si éste fuese concebido en el mes de la entrevista: edad actual menor de 17 años y 3 meses; edad actual mayor de 34 años y 3 meses; el nacimiento anterior ocurrió hace menos de 15 meses; el nacimiento anterior era de orden 3 o superior.

Cuadro Nº 3
EDAD DE RIESGO PRODUCTIVO

CATEGORIA DE RIESGO	% nacimientos	Razón de riesgo
AREA URBANA		
En ninguna categoría de riesgo	30,1	1
En alguna categoría de riesgo evitable	26,2	1,3
En una categoría de riesgo elevado	31,3	1,8
madre menor de 18 años	6,7	1,3
madre mayor de 34 años	4,2	0,9
intervalo de nacimiento < 24 meses	12	2
AREA RURAL		
En ninguna categoría de riesgo	22	1
En alguna categoría de riesgo evitable	63,9	1,5
En una categoría de riesgo elevado	38,4	1,3
madre menor de 18 años	7,1	1,6
madre mayor de 34 años	1,5	1,9
intervalo de nacimiento < 24 meses	8,7	1,9

FUENTE: ENDSA 2008

En Bolivia, (Cuadro N° 3) entre los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta, más de la mitad (53 por ciento) se encuentra en alguna categoría de riesgo elevado de mortalidad. Este nivel de riesgo es inferior al estimado con la ENDSA 2003: 58 por ciento.

Los nacimientos más frecuentes en dicho periodo fueron los de orden superior a tres (16 por ciento) y los nacimientos de madres de más de 34 años y, a la vez, de orden mayor a tres (11 por ciento). Lo que equivale a decir que estas dos categorías una individual y la otra una combinación juntas concentran la mitad de los nacimientos en riesgo elevado de muerte, pero que pudo ser evitable.

Cabe resaltar que sólo una cuarta parte (26 por ciento) de todos los nacimientos no se encuentra en ninguna de las categorías de riesgo definidas. Para estos nacimientos, su razón de riesgo es 1. En las demás categorías, la razón de riesgo es superior a 1.

Para los nacimientos pertenecientes a alguna categoría de riesgo elevado, pero evitable, su riesgo de muerte es 87 por ciento más que para los nacimientos fuera de riesgo.

En las categorías de riesgo con mayor frecuencia de nacimientos vale decir los nacimientos de orden superior a tres y los nacimientos de madres de más de 34 años y, a la vez, de orden mayor a tres los riesgos de muerte son 45 por ciento y 84 por ciento, respectivamente, más que para los nacimientos fuera de riesgo.

Por otra parte, un 69 por ciento de las mujeres actualmente unidas está en riesgo de concebir hijos cuyo riesgo de mortalidad es elevado. Este nivel es levemente inferior al obtenido con la ENDSA 2003: 71 por ciento.

Al examinar algunas categorías específicas, destaca que un 13 por ciento de las mujeres en unión está en riesgo de concebir hijos cuyo orden de nacimiento es mayor a tres. Pero, resalta aún más el resultado que casi la tercera parte de las mujeres en unión (29 por ciento) está en riesgo de concebir hijos a una edad superior a 34 años y de orden mayor a tres.

MORTALIDAD MATERNA

En la ENDSA 2008 se evaluó los niveles de mortalidad materna a partir de información de la sobrevivencia de las hermanas de las mujeres entrevistadas, utilizando métodos directos e indirectos de estimación.

A todas las mujeres de 15-49 años entrevistadas en los hogares visitados se formularon las siguientes preguntas sobre todos y cada uno de sus hermanos y hermanas de parte de la misma madre.

- Nombre, sexo y condición de supervivencia.
- Edad para los/as sobrevivientes; y edad al fallecimiento y cuánto hace que murió para aquellos/as que fallecieron.
- Para las hermanas que fallecieron con 12 años o más de edad se recolectó información sobre paridez.
- Si estaba embarazada cuando murió, si murió durante un mal parto o aborto, o si murió durante los dos meses siguientes después de un parto o aborto .
- Si el fallecimiento se debió a complicaciones de un embarazo o el parto.

ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Con la información recolectada en la **ENDSA 2008**, la mortalidad materna puede estimarse indirectamente a partir de la sobrevivencia de las hermanas o directamente si se dispone de información adicional sobre edad de las hermanas

sobrevivientes, edad a la muerte y fecha de la defunción, al igual que la paridez de las hermanas que murieron. A diferencia del método indirecto, el método directo permite hacer estimaciones para varios períodos, incluyendo el quinquenio anterior a la encuesta si el tamaño muestral lo permite. Por estas y otras razones, se prefiere presentar en este informe las estimaciones realizadas con el método directo y en este caso para el período de 5 años antes de la encuesta.

La mortalidad materna estimada está expresada en muertes maternas por cada 100,000 mujeres. Para expresar el nivel de mortalidad materna, no en términos de mujeres sino de nacidos vivos, se divide la tasa de mortalidad materna (expresada por 100,000 mujeres), por la tasa general de fecundidad (por 1,000 mujeres) y se multiplica luego por 1,000, obteniendo así la razón de mortalidad materna, interpretada como el número de defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad materna estimada para los cinco años anteriores a la ENDSA 2008 asciende a 34 defunciones por 100,000 mujeres. No se observa un patrón claro de mortalidad materna por edad, si bien es bastante mayor entre las mujeres de 35-39 años.

La correspondiente razón de mortalidad materna estimada para los cinco años anteriores a la encuesta (período 2003-2008) equivale a 310 defunciones maternas por cada 100,000 nacimientos. Esta cifra proviene de dividir la tasa de mortalidad materna (34.2) por la tasa general de fecundidad para el mismo período (110) y multiplicado por 1,000.

Esta estimación es superior a la obtenida con la información de la ENDSA 2003 para el período 1998-2003: 229 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos.

Sin embargo, dado el tamaño de los errores de muestreo de las estimaciones de mortalidad materna, no es prudente comparar directamente las dos cifras para determinar su tendencia. (9)

Estimaciones de mortalidad materna con el método directo.

Tasas de mortalidad materna por edad para el período de cinco años antes de la encuesta, Bolivia 2008.

CUADRO N°4
TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR EDAD

EDAD	TOTAL	MUERTES	AÑOS	TMM x 100.000	FECUNDIDAD	DISTRIBUCION
	MUERTES	PARA	PERSONA-	MUJERES	x 1000	EDAD
	MATERNAS	PERIODO 0-4	EXPOSICION		MUJERES	MUJERES
		AÑOS				INFORMANTES
15-19	13.8	4.4	23,309.1	19.0	89	20.8
20-24	8.7	4.8	25,951.9	18.4	174	16.2
25-29	26.3	11.6	25,075.0	46.2	171	16.2
30-34	34.7	5.3	21,591.7	24.6	132	13.9
35-39	48.4	15.1	17,953.9	84.4	97	12.7
40-44	59.8	2.7	12,439.6	21.4	43	10.6
45-49	44.4	3.0	8,639.9	34.3	9	9.7
Total 15-49	235.9	46.9	134,961.0	34.7	116	100.0
Tasa estandarizada	na	na	na	<u>34.2</u>	110	na

Fuente: ENDSA 2008

TMM: Tasa de Mortalidad Materna

Na: No aplicable

4.1.4 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En los albores de este nuevo siglo, la comunidad internacional retomó la agenda de desarrollo con una visión integral a partir de los acuerdos derivados de las conferencias globales sobre temas sociales de las Naciones Unidas celebradas en la década de 1990.

En septiembre del 2000, 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas, de los cuales 147 estaban representados por Jefes de Estado y de Gobierno, firmaron un nuevo compromiso mundial para el desarrollo, cuya expresión política quedó reflejada en la Declaración del Milenio.

En esta Declaración se establecieron los fundamentos de una agenda de desarrollo basada en valores que enriquecen profundamente las relaciones internacionales para el siglo XXI: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto de la naturaleza y la responsabilidad común pero diferenciada.

Para plasmar en acciones estos valores comunes, la Declaración abarca múltiples temas de interés colectivo. Cada sección contiene una serie de objetivos que sintetizan el marco ético-político de una alianza entre países desarrollados y en desarrollo para colocar a la equidad en el centro de la atención mundial, con el reconocimiento explícito de las asimetrías existentes entre ciudadanos y entre naciones. La agenda multilateral retoma una visión integral del desarrollo, partiendo de la premisa de universalizar no solo los derechos civiles y políticos sino también los derechos económicos, sociales y culturales, sobre la base del concepto de que los seres humanos tienen, como tales, los mismos derechos, con independencia de su sexo, el color de su piel, su lengua, la cultura a la que pertenecen y su poder económico y social.

En las secciones III y IV de la Declaración del Milenio, los líderes mundiales señalaron que la tarea fundamental era crear, en los planos nacional y mundial, un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza y plantearon modalidades de solidaridad colectiva para enfrentar las crecientes interdependencias y vulnerabilidades financieras, sociales y ambientales. Un año más tarde, en el quincuagésimo sexto período de sesiones de la Asamblea General, el Secretario General presentó una “Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio”, en la que propuso desglosar las secciones III y IV en 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores, que pasaron a ser los objetivos de desarrollo del Milenio. Con el fin de establecer un sistema estable y homogéneo de seguimiento, se fijaron metas cuantitativas y temporales, en el entendido de que la supervisión cuantitativa era más fácil para algunas metas que para otras.

Con el objetivo de facilitar la supervisión de los progresos de manera periódica, se determinó que 1990 sería el año de referencia para abarcar el decenio del ciclo social de las conferencias mundiales de las Naciones Unidas.

Cabe mencionar que los primeros siete objetivos incluyen compromisos que deberán ser cumplidos sobre todo por los países en desarrollo, para alcanzar gradualmente una cobertura universal de los niveles mínimos de bienestar. El objetivo 8 es “fomentar una asociación mundial para el desarrollo” y comprende, por un lado, una serie de compromisos contraídos por los países desarrollados para apoyar los esfuerzos de los países en desarrollo y, por otro, algunos elementos para iniciar la ruta de corrección de las asimetrías internacionales en favor de los países en desarrollo. Este objetivo supone, en general, medidas para aumentar la cantidad y mejorar la calidad de la asistencia oficial para el desarrollo e impulsar un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio, que permita resolver los problemas del endeudamiento excesivo.

La Declaración del Milenio se ha convertido en la carta de navegación del sistema de las Naciones Unidas y para ponerla en práctica los países solicitaron al Secretario General establecer mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas para apoyar a los Estados Miembros, tanto en el ámbito nacional como regional y mundial, con miras a lograr una definición más clara de responsabilidades entre el Estado, el sector privado y la sociedad civil.

En el período de cuatro años, los ocho objetivos de desarrollo del Milenio derivados de la Declaración han logrado una integración para el desarrollo a escala mundial. El amplio consenso en cuanto a un conjunto de objetivos de desarrollo, claros, medibles y con plazos precisos, ha generado una acción coordinada sin precedentes, no solo en el sistema de las Naciones Unidas, sino también en la comunidad de donantes en general y, lo que es más importante, en los propios países en desarrollo.

Las implicancias del cambio de enfoque de las políticas públicas que se deriva de la Declaración del Milenio, Consenso de Monterrey y del Plan de Aplicación de las decisiones de Johannesburgo y las contenidas en el reciente informe del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas son profundas, pues significan, fundamentalmente, que el sistema económico debe estar subordinado a objetivos sociales más amplios. Se requieren esfuerzos adicionales para que los países en desarrollo puedan cumplir cabalmente con los compromisos establecidos en la Declaración del Milenio y en el Consenso de Monterrey de redistribuir y movilizar más recursos internos, reformar las instituciones para adaptarlas a las prioridades nacionales y adoptar políticas económicas y sociales efectivas que cada país pueda hacer propias y que estimulen el crecimiento económico. Los países desarrollados, por su parte, también deben cumplir sus obligaciones, aumentando y mejorando la asistencia para el desarrollo, concertando una nueva ronda de negociaciones comerciales orientada al desarrollo, ofreciendo un alivio de la deuda más amplio y fomentando la transferencia de tecnología.

El examen de los objetivos y metas de desarrollo del Milenio relacionados con la salud debe realizarse en el marco del derecho a la salud, teniendo en cuenta sus aspectos éticos, sociales, técnicos y políticos. La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad. Más aun, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios. La identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible.

Por tal razón, son varios los objetivos de desarrollo del Milenio que se relacionan con la salud, tales como la reducción de la mortalidad materna y en la niñez; el control de enfermedades como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis; el mayor acceso a los servicios de agua potable y saneamiento; la reducción de la pobreza y el alivio del hambre y la malnutrición, y la prestación de servicios de salud, incluido el acceso a los medicamentos esenciales.

OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DEL MILENIO

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Indicadores:

13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
14. Tasa de mortalidad infantil
15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicadores:

16. Tasa de mortalidad materna
17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. **(2)(3)**

**4.1.5 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO NACIONES UNIDAS-
INFORME 2013**

**OBJETIVO 4: REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN DOS
TERCERAS PARTES.**

A nivel mundial, la tasa de mortalidad de menores de 5 años disminuyó un 41%: de 87 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos en 1990, a 51 en 2011. A pesar de este importante logro, se necesita un progreso mayor para alcanzar la meta de

reducir la mortalidad infantil en dos tercios para el año 2015. En 2011, unos 6,9 millones de niños (19.000 por día) murieron por causas de enfermedades casi todas prevenibles. La abrumadora mayoría de esas muertes ocurrió en las regiones y en los países más pobres del mundo, y en las zonas menos privilegiadas de ellos.

Las mejoras en supervivencia infantil son evidentes en todas las regiones, lideradas por Asia oriental y África septentrional, que son las únicas que ya han logrado la meta. América Latina y el Caribe, Asia sudoriental y Asia occidental han reducido en más de un 50% su tasa de mortalidad de menores de 5 años. África subsahariana y Asia meridional han tenido descensos de un 39% y un 47%. Desde que en el 2000 se aprobaron los ODM, la tasa de declive de mortalidad de los niños menores de 5 años se ha acelerado a nivel mundial y en muchas regiones. África subsahariana, con la tasa de mortalidad infantil más alta del mundo, ha duplicado su índice de reducción: del 1,5% anual en el período 1990-2000 al 3,1% anual en 2000-2011. Tanto en África subsahariana como en otras regiones, los países con más alta tasa de mortalidad infantil están mostrando una tendencia descendente: 45 de estos 66 países han incrementado sus tasas de reducción durante la década pasada. Sin embargo, para alcanzar la meta de los ODM, debe acelerarse aún más el ritmo, en particular en África subsahariana y Asia meridional.

Entre 2000 y 2011 se evitaron 10,7 millones de muertes gracias a la inmunización contra el sarampión. En 2011 murieron a causa de ello unas 158.000 personas, en su mayoría niños menores de 5 años. Aunque esa cantidad es mucho menor que las 548.000 muertes por sarampión que se estima ocurrieron en el año 2000, esas muertes podrían haberse evitado.

Entre los años 2000 y 2011, la cobertura general de la primera dosis de la vacuna contra el sarampión aumentó del 72% al 84%. Durante el mismo período, en el África subsahariana aumentó del 53% al 74%, y en Asia meridional tuvo un

progreso similar. Sin dejar de ser admirables, estos logros siguen siendo frágiles e insuficientes. Los niveles de cobertura de la primera dosis recomendados para por lo menos un 90% a nivel nacional y un 80% en todos los distritos no se lograron. Unos 20,1 millones de niños, muchos de ellos entre los más pobres y marginados del mundo, no recibieron en 2011 ni siquiera la primera dosis de la vacuna contra el sarampión. La inmunización contra el sarampión sigue siendo una estrategia clave para reducir la mortalidad infantil. Es necesario un compromiso político y económico más contundente para lograr el control y la prevención de esta fatídica enfermedad, como lo estableció en 2010 la Asamblea Mundial de la Salud.

OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

La tasa de mortalidad materna ha disminuido en todo el mundo un 47% durante los últimos 20 años, y se ha pasado de 400 muertes maternas por cada 100.000 niños nacidos vivos en 1990 a 210 en 2010. En todas las regiones se han logrado avances, pero los mayores descensos se han registrado en Asia oriental (69%), África septentrional (66%) y Asia meridional (64%).

Si se quiere cumplir con la meta del Objetivo de Desarrollo, de reducir ese porcentaje un 75%, deberá intervenir aceleradamente en mejorar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, la asistencia de personal de salud capacitado y la administración del tratamiento antirretroviral a todas las mujeres y niñas embarazadas que la necesiten.

Dar a luz con la asistencia de personal capacitado (médico, enfermera o partera) reduce el riesgo de tener problemas derivados de un mal parto, e incluso de muerte, totalmente prevenibles. Contar con un asistente durante el parto, con la capacitación y los medicamentos necesarios, ayuda a prevenir (o al menos a manejar mejor) complicaciones que pueden devenir fatales, como las hemorragias intensas; también esa persona puede derivar a la paciente a un centro con un nivel de atención más tecnificado.

En las regiones en desarrollo el porcentaje de partos asistidos por personal de salud capacitado aumentó del 55% en 1990 al 66% en 2011. Sin embargo, en aproximadamente 46 millones de los partos de los 135 millones de partos de niños nacidos vivos en 2011 las madres dieron a luz solas o sin cuidados adecuados.

Las mujeres que dan a luz en áreas rurales siguen en desventaja respecto a la atención que reciben. En 1990, el 44% de los partos en áreas rurales de países en desarrollo fueron atendidos por personal capacitado; en las áreas urbanas, el porcentaje fue del 75%.

En general, durante 2011 aumentó la cobertura con personal capacitado, si bien la brecha entre las áreas urbanas y rurales se mantuvo: más de la mitad de las mujeres de las áreas rurales (53%) recibió atención profesional durante el parto; en las áreas urbanas el porcentaje fue del 84%. En África subsahariana y en Asia meridional las diferencias fueron incluso más notables.

Una buena atención durante el embarazo es fundamental para la salud, el bienestar y la supervivencia de las madres y de sus bebés. En las regiones en desarrollo, entre 1990 y 2011 la cobertura de los cuidados prenatales (al menos una visita al médico, a la enfermera o a la partera durante el embarazo) aumentó del 63% al 81%. Durante la década pasada, Asia meridional, África septentrional y Asia occidental lograron los mayores avances, en tanto que el Caribe, Asia oriental, América Latina y Asia sudoriental ya han logrado coberturas del 90% o más.

Es esencial ampliar el acceso a la información, a la atención y a la disponibilidad de una amplia gama de métodos anticonceptivos para cumplir con el objetivo de lograr un acceso universal a la salud reproductiva.

En 2011, una media del 62% de las mujeres de las regiones en desarrollo que estaban casadas o en relación de pareja usó algún tipo de método anticonceptivo.

Si se excluyen el África subsahariana y Oceanía, al menos el 50% de esas mujeres de todas las regiones utilizaba un método anticonceptivo.(8)

4.1.6 SITUACIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO RELACIONADOS CON LA SALUD.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Con respecto a la mortalidad en la niñez (muertes en niños menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos), 10 países de América Latina y el Caribe presentan niveles superiores a 40 por 1.000 nacidos vivos en el 2004, a saber, Haití, Bolivia, Guyana, Ecuador, Guatemala, República Dominicana, Perú, Honduras, Paraguay y Brasil. En conjunto, estos países registraron cerca de 270.000 muertes de menores de 5 años, las que equivalen al 61% de las muertes en dicho grupo de edad. En general, el panorama que surge del análisis de los cambios de este indicador relacionado con la meta de reducción de dos tercios es similar al descrito según la evolución de la mortalidad infantil, lo que obedece al hecho de que esta última representa el grueso de la mortalidad en la niñez.

En suma, si bien el promedio ponderado regional de avance en materia de reducción de la mortalidad infantil permite abrigar esperanzas de que la meta se cumpla hasta el 2015, algunos países de la región registran progresos inferiores a lo necesario para el cumplimiento de estas metas, en especial algunos de los países más pobres de la región.

En la meta 5 también se considera un indicador relativo a la cobertura de inmunización contra el sarampión entre los niños de 12 a 23 meses de edad. En América Latina y el Caribe se registra una alta cobertura de inmunización oportuna contra esta infección de 91%—, lo que se refleja en una ausencia de defunciones por sarampión en la región desde el 2000.

En cuanto a la reducción de las brechas de la mortalidad, la situación en la niñez muestra un panorama ambivalente en la región. Aunque las cifras promedio indican que el descenso de la mortalidad se ha producido en todos los grupos de la población, las brechas socioeconómicas de este indicador presentan tendencias disímiles, ya que en algunos casos los segmentos de menor mortalidad inicial fueron los que la redujeron más intensamente, donde el exceso de mortalidad en el ámbito rural ha tendido a aumentar levemente. Por ejemplo, en Bolivia la mortalidad en la niñez en zonas rurales en el decenio de 1980 era 1,5 veces mayor que la mortalidad en la niñez en zonas urbanas y en el decenio de 1990 (en rigor, de 1993 a 2003) la diferencia aumentó a 1,6 veces.

En cambio, en algunos países las brechas se han reducido. Aunque el nivel educativo de la madre sigue diferenciando significativamente los niveles de mortalidad en la niñez, como se aprecia en el gráfico V.6, la brecha de mortalidad entre hijos de madres sin educación y de madres con educación secundaria o más se estrechó solo en tres de ellos (Brasil, Colombia y Perú).

Por otra parte, varios factores de riesgo de la mortalidad infantil se relacionan directamente con la salud sexual y reproductiva. Está bien documentado que los hijos que tienen un alto lugar en el orden de nacimiento, cuya madre es adolescente (en particular menor de 18 años) o cuyo nacimiento está poco distanciado del anterior (intervalo intergenésico corto, tal como se aprecia en el gráfico V.7) tienen mayor probabilidad de morir tempranamente, incluso una vez considerados los factores socioeconómicos. Todos estos factores de riesgo son muchos más frecuentes en contextos de fecundidad elevada o de escaso acceso a servicios de planificación familiar.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Las estimaciones disponibles indican que esta se ha mantenido en aproximadamente 190 muertes por cada 100.000 nacimientos en América Latina y el Caribe en la década pasada. Como el total de nacimientos no ha sufrido

variaciones importantes desde entonces, el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas al embarazo y el parto en la región se habría mantenido en alrededor de 22.000 al año.

El daño a la salud materna, sin embargo, tiene muchas otras implicaciones, además de la mortalidad; la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de morbilidad y discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual.

Aun cuando las cifras son imprecisas, el virtual estancamiento de las tasas y del número absoluto de muertes maternas en América Latina y el Caribe durante la década pasada debe ser motivo de preocupación, ya que no resulta en absoluto favorable respecto de la meta de reducir su incidencia en tres cuartas partes hacia el año 2015. Se requiere, por tanto, renovados esfuerzos para poder acercarse al objetivo propuesto.

Las cifras informadas a la OPS por los países alrededor del año 2000, que deben ser interpretadas teniendo en cuenta las limitaciones señaladas. En este contexto, el grandes diferencias existen entre los países de la región y los sustanciales avances que es posible esperar en muchos de ellos. Solamente un pequeño grupo de países, Uruguay, Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Brasil y Costa Rica, aparece con niveles por debajo de 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta tasas que oscilan entre 60 y un máximo de 520 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en Haití.

Existen pruebas de que en América Latina y el Caribe la muerte materna obedece sobre todo a causas obstétricas directas, como la hemorragia (20%), la toxemia (22%), las complicaciones del puerperio (15%) y otras causas directas (17%).

Las defunciones relacionadas con las complicaciones del aborto inseguro representan un porcentaje elevado que, por su alto sub-registro, se estima en

mucho más del 11% que figura en las estadísticas oficiales. El restante 15% es el resultado de otras causas.

Uno de los factores más estrecha y universalmente asociado a la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas es la atención del parto por parte de personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones y a remitir los casos a otros servicios, entre ellos los de planificación familiar y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

De hecho, este es uno de los indicadores establecidos para verificar el cumplimiento de la meta 6 de los objetivos de desarrollo del Milenio, relativa a la mortalidad materna. Comparando las grandes regiones del mundo, América Latina, que registra un 82% de partos atendidos por personal calificado, vuelve a aparecer relativamente bien posicionada respecto de otras regiones menos desarrolladas (África con un 46% y Asia con un 62%), pero por debajo de los países más desarrollados de Europa y de Norteamérica (99%).(3)

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 INFORME OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO BOLIVIA 2010

OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS.

En Bolivia, la tasa de mortalidad de la niñez es aún alta en comparación a otros países de la región; la mayoría de estos niños viven en hogares pobres y mueren como resultado de una enfermedad o de la combinación de enfermedades que pueden prevenirse. La malnutrición contribuye a gran parte de estas muertes. La reducción de la mortalidad de la niñez (incluyendo la mortalidad infantil) requiere complementar las acciones de los servicios públicos de salud con actividades que ataquen los determinantes sociales de la salud, en particular, el acceso al agua potable y al saneamiento básico, así como el nivel de instrucción de las mujeres y sus ingresos.

ESTRATEGIAS DIRIGIDAS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS.

ACCIONES	OBJETIVO
SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL – SUMI	Disminuir las tasas de mortalidad materno infantil
<u>MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL - SAFCI</u>	Atender a la familia y a la comunidad con un enfoque integral e intercultural con énfasis en promoción y prevención. Facilita acceso de la comunidad a los servicios de salud, en especial de los niños
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA, PERINATAL Y NEONATAL 2009-2015	Fortalecer las redes de servicios de salud con emergencia obstétrica neonatal para reducir la mortalidad de la niñez, de la infancia y de la materna.
VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS	Disminuir la mortalidad infantil a causa de diarreas agudas
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION	Proveer del esquema básico de vacunación a los menores de un año. Bcg (previene tuberculosis), antipolio, pentavalente (previene difteria, tétanos, coqueluche, hepatitis b y neumonía /meningitis), srp (previene sarampión, rubeola y paperas), fiebre amarilla y antirotavirus (previene la diarrea).
SEMANA DE VACUNACION DE LAS AMERICAS	Mejorar las coberturas de vacunación en menores de un año

FUENTE: SEXTO INFORME OBJETIVOS DEL MILENIO BOLIVIA 2010, UDAPE

TASA DE MORTALIDAD DE LA NIÑEZ

El año 2008, en Bolivia murieron 63 niños menores de cinco años por cada mil nacidos vivos, a diferencia del año 2003 en el que se registraron 75 muertes por cada mil nacidos vivos.

Esto representa un avance del 77% en el camino hacia la meta del año 2015(Gráfico 1).

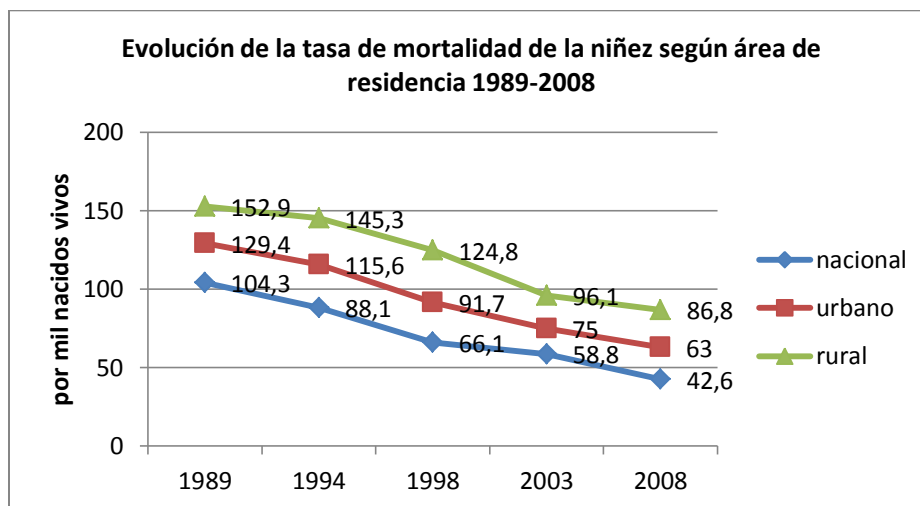
Entre 1989 y 2008 la tasa de mortalidad de la niñez (TMN) disminuyó en 50% (de 129,4 a 63,0 por mil nacidos vivos).

Si se mantiene esta tendencia descendente y sostenida, se espera alcanzar la meta proyectada de llegar a 43 por mil nacidos vivos. En el periodo 1994-1998, se registró la mayor disminución de la TMN a nivel nacional. La brecha entre el área

urbana y el área rural disminuyó poco entre el año base y el año 2008: cuatro muertes por mil nacidos vivos.

Lo anterior demuestra que persisten grandes disparidades según el área de residencia.

GRAFICO N° 1.

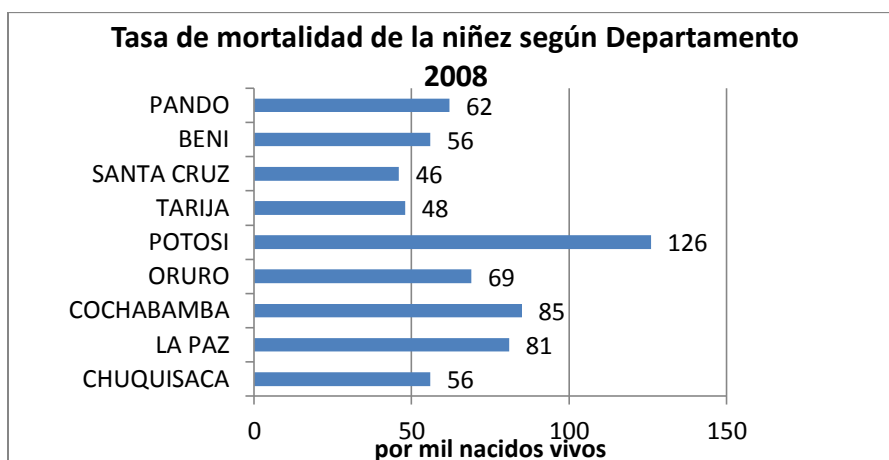


Fuente: UDAPE con datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA, 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008)

En el ámbito departamental, también continúan las grandes disparidades, por lo que se requieren esfuerzos diferenciados en cada uno de los departamentos, en función al nivel de mortalidad registrado (Gráfico 2). Así, Santa Cruz (46 por mil nacidos vivos) y Tarija (48 por mil nacidos vivos) presentan las tasas de mortalidad de la niñez más bajas del país.

La situación del departamento de Potosí es la más alarmante porque se registra una TMN de 126 por mil nacidos vivos, debido en gran parte a un alto nivel de pobreza de su población. Seguidamente, se encuentran los departamentos de Cochabamba (85 por mil nacidos vivos) y La Paz (81 por mil nacidos vivos), que registran niveles superiores al promedio nacional.

GRAFICO N° 2



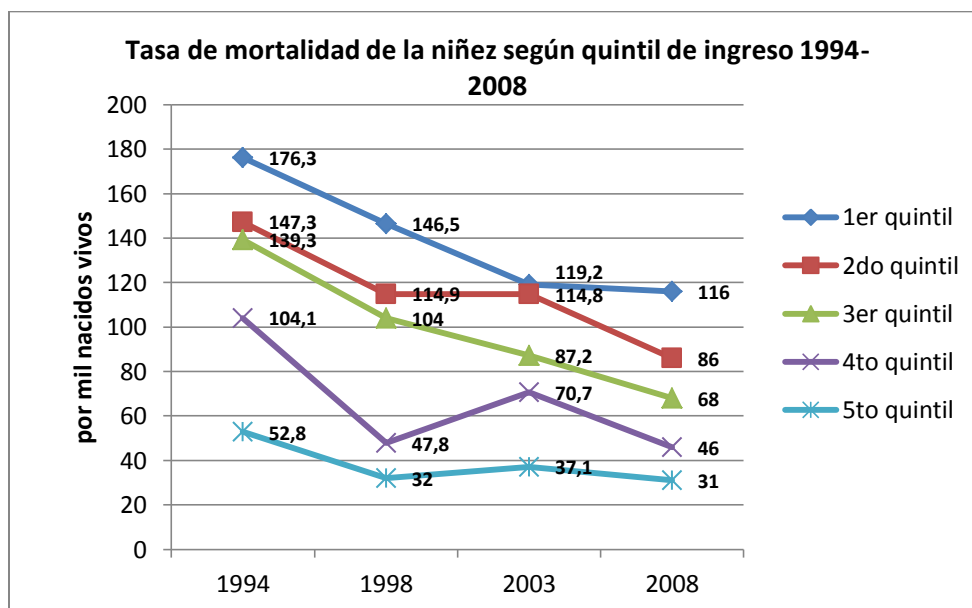
Media: 43,1

Fuente: UDAPE con datos de ENDSA (2008)

Las inequidades socioeconómicas en la mortalidad de la niñez son enormes. En 2008, la mortalidad en el quintil más pobre de la población es casi cuatro veces mayor que la registrada en el quintil menos pobre (116 vs 31 muertes por mil nacidos vivos).

Desde 1994 al 2008, se logró reducir la TMN en la población más pobre en 60,3 muertes por mil nacidos vivos, mientras que en el quintil más rico esta reducción significó 21,8 muertes por mil nacidos vivos. La brecha entre el quintil más pobre y el quintil más rico se redujo durante el mismo periodo de 123,5 en 1994 a 85,0 muertes por mil nacidos vivos en 2008.

GRÁFICO N° 3.



Fuente: UDAPE con datos de ENDSA (1994, 1998, 2003 y 2008)

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Desde el año 1989 hasta el año 2008, la tasa de mortalidad en menores de un año tuvo un descenso bastante sostenido, registrando en este último año 50 muertos por mil nacidos vivos. Sin embargo, para alcanzar la meta al año 2015 se requiere de un esfuerzo adicional, ya que hasta la fecha hubo un avance de sólo el 58,4% (Gráfico 4).

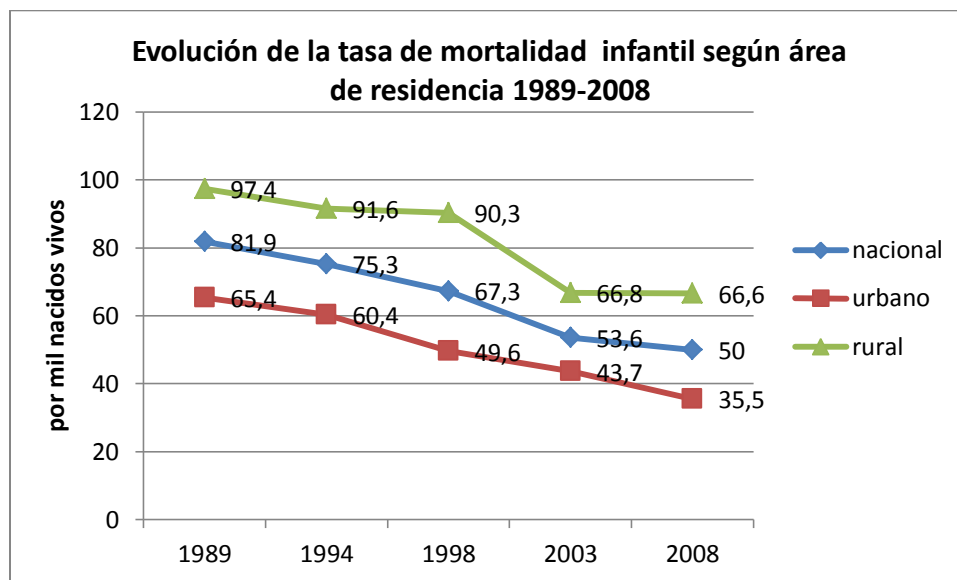
En el área rural, la situación no ha mejorado desde el año 2003 a pesar de que ese año se llevó a cabo la implementación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

A diferencia de los avances observados en zonas urbanas, la tasa de mortalidad en menores de un año en el área rural se ha mantenido en 67 muertes por mil nacidos vivos.

Ante esta situación, es necesario atacar a las determinantes sociales de la mortalidad más allá del sector salud (agua, saneamiento básico, educación,

ingresos) para atender el área rural. Por otro lado, la ENDSA de 2008 revela que los índices de mortalidad neonatal no han variado entre 2003 y 2008, pues se han mantenido en 27 por mil nacidos vivos. Por esto, se sugiere el fortalecimiento de las redes de servicios de salud en emergencias obstétricas neonatales, dado que la mortalidad neonatal está estrechamente ligada a la salud de las madres.

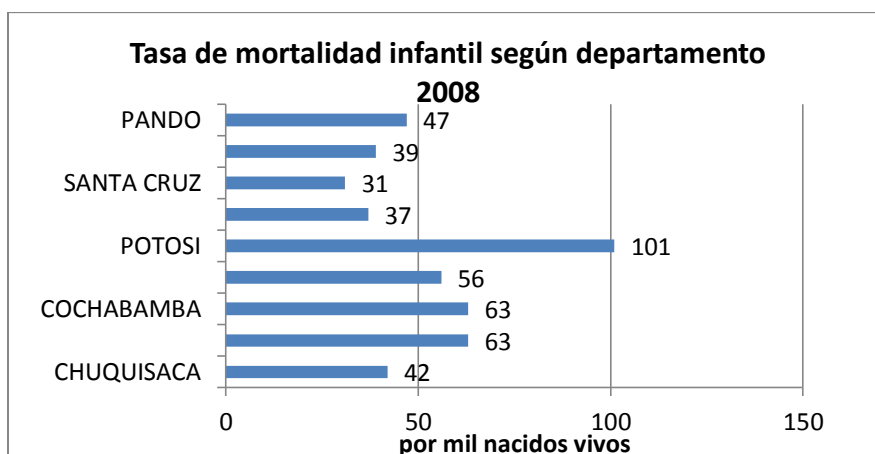
GRAFICO N°4.



Fuente: UDAPE con datos de ENDSA (1989, 1994, 1998, 2003 y 2008)

Los departamentos con tasas de mortalidad más bajas son Santa Cruz (31,0 por mil nacidos vivos) y Tarija (37,0 por mil nacidos vivos); sin embargo, para cumplir la meta nacional del 2015, incluso estos departamentos presentan una brecha de 3,7 y 9,7 respectivamente. Por otro lado, el departamento de Potosí (101,0 por mil nacidos vivos) presenta el escenario más desfavorable, ya que se registra una brecha respecto a la meta del Milenio de 73,7. Luego, se encuentran los departamentos de La Paz y Cochabamba (ambos con 63,0 por mil nacidos vivos) con una brecha de 35,7. Para subsanar esta situación, las políticas de salud y las dirigidas a combatir las determinantes sociales de la salud se deben considerar las realidades particulares de cada departamento para que las intervenciones tengan un efecto en la reducción de la mortalidad infantil (Gráfico 5).

GRAFICO N° 5.



Media: 27,3

Fuente: UDAPE con datos de ENDSA-2008

MORTALIDAD NEONATAL

Bolivia es uno de los países que tiene las más altas tasas de mortalidad perinatal y neonatal. Para el 2008, la mortalidad neonatal representó más del cincuenta por ciento de la mortalidad infantil. Las intervenciones más importantes para cambiar esta situación son las siguientes: controles prenatales; atención del parto por personal institucional; acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea preciso; alimentación adecuada de la madre; atención postnatal; atención al recién nacido y educación orientada a mejorar los hábitos relativos a la salud, la higiene y la lactancia así como al cuidado del bebé.

OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Bolivia tiene una de las más altas cifras de mortalidad materna de la región. Por ello, la responsabilidad que tiene el Ministerio de Salud y Deportes para el cumplimiento de este objetivo es grande, considerando que debe reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

De acuerdo a la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2008) murieron 310 mujeres por cada cien mil nacidos vivos. Sin embargo, el dato calculado presenta un elevado tamaño de errores de muestreo en las estimaciones de este indicador por lo que no puede ser utilizado con fines comparativos respecto a cifras anteriores. En este sentido, el país exhibe como último dato el correspondiente al año 2003 el cual es: 229 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL

La atención del parto institucional es una intervención que tiene un efecto directo en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en la medida en que es atendida por personal calificado.

A partir del año 2006, la cobertura de partos institucionales ha llegado a un nivel en

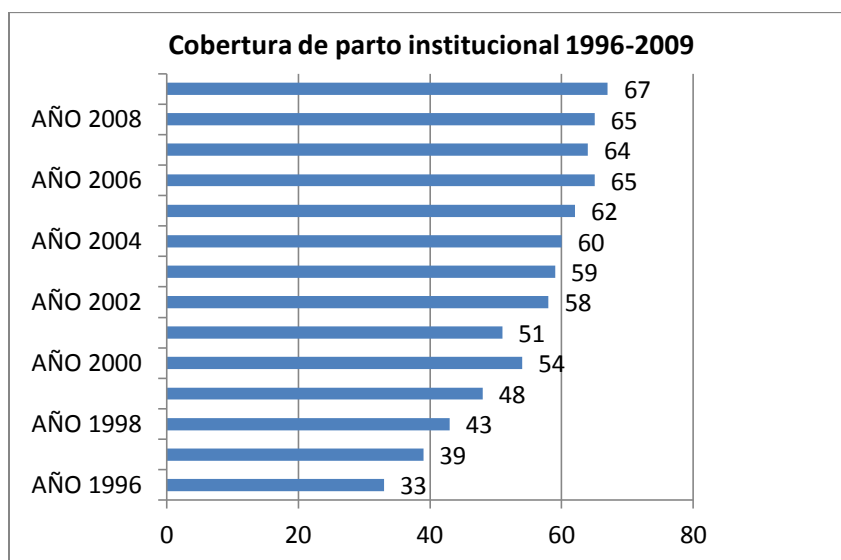
el cual la tasa de crecimiento se ha mantenido relativamente constante, a pesar de la vigencia del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que otorga prestaciones gratuitas para mujeres embarazadas hasta los seis meses después del parto y niños menores de cinco años.

La cobertura del parto institucional ha tenido un comportamiento creciente entre 1996

y 2009. Los años 1999 y 2000 reportan mayor crecimiento coincidiendo con la implementación del Seguro Básico de Salud.

El año 2009 se ha registrado un incremento en la cobertura de partos luego de tres años de haberse mantenido en alrededor de 65% (Gráfico 7). Esta situación podría explicarse con la implementación del Bono Juana Azurduy. Sin embargo, aún queda pendiente realizar un análisis de las causas por las cuales las mujeres embarazadas no asisten a los servicios de salud.

GRAFICO N° 6.

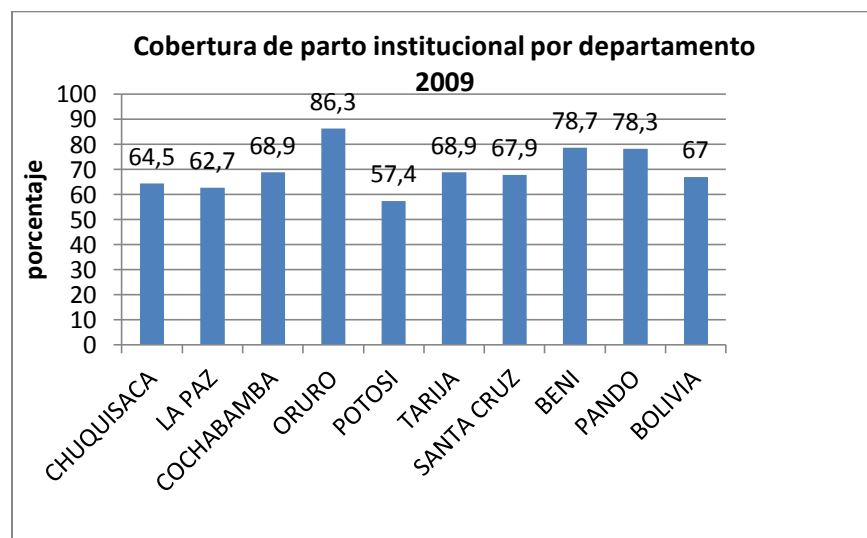


Fuente: UDAPE con información del SNIS

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Deportes viene encarando el fortalecimiento de las redes de servicios de salud con el sistema de referencia y retorno, lo que generará una mejora en la capacidad de respuesta del sector ante eventuales emergencias obstétricas.

A nivel departamental, Oruro (86,3), Beni (78,7) y Pando (78,3) habrían alcanzado la meta de 70% fijada para el año 2015, mientras que el resto de los departamentos del país tienen el desafío de cerrar la brecha en los próximos cinco años (Gráfico 8).

GRAFICO N° 7.



En la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se describen cinco aspectos prioritarios de la salud sexual y reproductiva: mejorar la atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las infecciones de transmisión sexual, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervico-uterino así como otras afecciones ginecológicas y promover la salud sexual.

Con este marco de referencia, se seleccionaron cuatro indicadores básicos para evaluar los logros en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva: la tasa de uso de anticonceptivos, las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, la tasa de natalidad entre las adolescentes y la cobertura de atención prenatal.

Entre los desafíos de medición del acceso universal a la salud sexual y reproductiva está la complejidad de medir el término “acceso”, que debe entenderse como un acceso efectivo a la atención sanitaria. Este enfoque incluye, más allá de la medición del acceso físico o de costos, la medición de la

disponibilidad de servicios, los niveles de calidad de los mismos y las limitaciones que influyen en la utilización de estos servicios. En tal sentido, se suele medir el “uso” de los servicios de atención sanitaria para reflejar el “acceso”, aún cuando la utilización esté influenciada también por factores relativos a la demanda (OMS, 2009).

TASA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

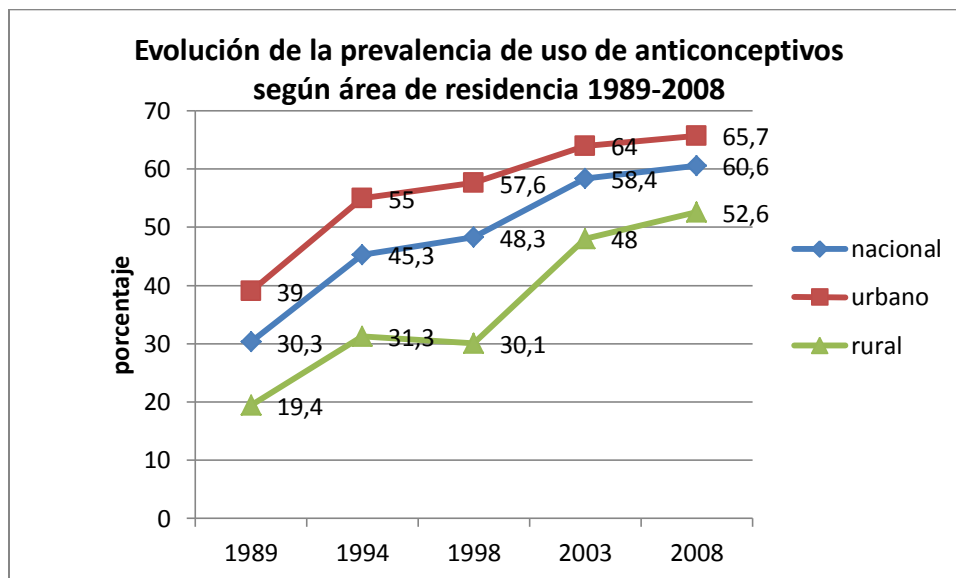
La prevalencia de uso de anticonceptivos es un indicador útil para medir el progreso hacia el acceso universal a la salud reproductiva y puede ser analizada en combinación con el indicador de necesidades insatisfechas de planificación familiar. La suma de ambos indicadores representa la demanda total por anticoncepción.

El uso de métodos anticonceptivos, modernos o tradicionales, se ha incrementado en Bolivia de forma notable en los últimos veinte años. En el ámbito nacional, el 60,6% de las mujeres casadas o en unión consensual entre 15 y 49 años reportan en 2008 hacer uso de algún método anticonceptivo. Destaca, por otro lado, el rápido aumento del uso de anticonceptivos en zonas rurales que, entre 1989 y 2008, aumentó de 19,4% a 52,6%, por lo cual se redujo la brecha urbano-rural (Gráfico 9).

A pesar de los avances, el uso de anticonceptivos es menos generalizado que en el resto de los países de la región. Para 2007, la prevalencia de anticonceptivos promedio en América Latina y el Caribe fue de 72%, dato muy superior al promedio nacional y, en especial, al ámbito rural. Por otro lado, es preocupante también que, siguiendo la tendencia de toda la región, se ha producido una desaceleración del avance desde 2003.

Este resultado es indicativo de la necesidad de hacer mayores esfuerzos en esta área

GRAFICO N° 8.

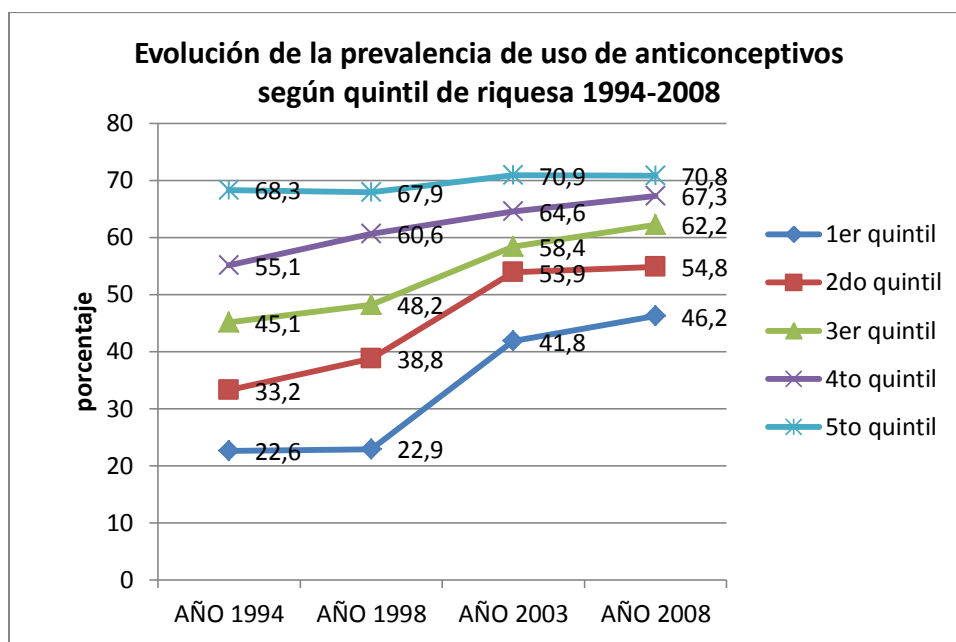


Fuente: UDAPE con información de ENDSA (1989, 1994, 1998, 2003 y 2008)

Nota: Uso de anticonceptivos en mujeres casadas o en unión

Las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud muestran claramente que el uso de métodos anticonceptivos para evitar o demorar el embarazo es siempre menor entre las mujeres de los hogares más pobres; sin embargo, se observa que la brecha se ha reducido de forma notable. En 1994, el uso de métodos anticonceptivos fue casi 3 veces mayor entre mujeres de hogares más ricos que entre mujeres de los hogares más pobres; esta brecha se redujo 1,5 veces en 2008. Los mayores avances en el uso de anticonceptivos entre los pobres se produjeron entre 1998 y 2003, mientras que en los últimos cinco años los avances han sido modestos en todos los grupos de ingreso.

GRAFICO N° 9.



Fuente: UDAPE con información de ENDSA (1994, 1998, 2003 y 2008)

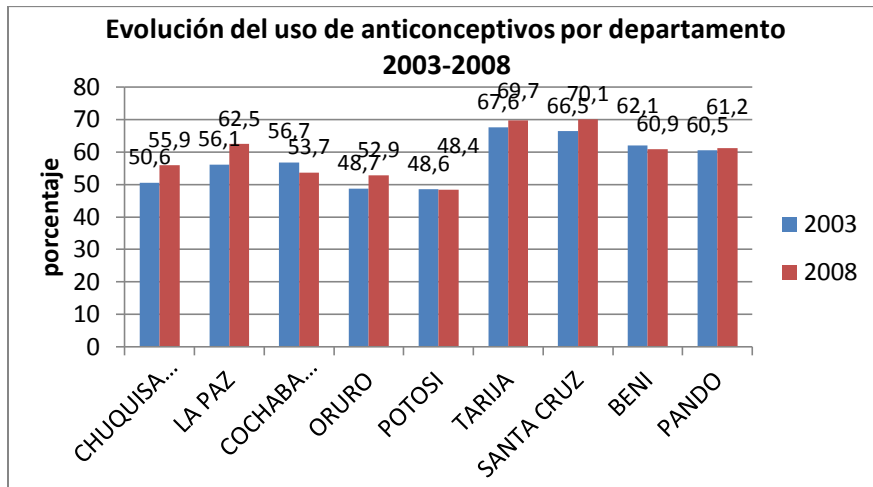
Nota: Uso de anticonceptivos en mujeres casadas o en unión

Se observa una brecha significativa en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de los distintos departamentos. Santa Cruz es el departamento con mayor porcentaje de mujeres que está usando algún método anticonceptivo y Potosí es el departamento con menor porcentaje.

Entre 2003 y 2008, se presentaron avances en los departamentos de La Paz, Chuquisaca, Oruro y Santa Cruz; sin embargo se percibe muy poco progreso en el resto del país e incluso retrocesos, como en el caso de Cochabamba (Gráfico 10).

(4)

GRAFICO N° 10.



Fuente: UDAPE con información de ENDSA (2003 y 2008)

Nota: Uso de anticonceptivos en mujeres casadas o en unión

4.2.2 PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)

En sentido de mejora de la atención de los servicios de salud con satisfacción plena del usuario externo e interno y mediante R.M. 0090 de 2008 se pone en vigencia los Documentos Normativos del Proyecto Nacional de Calidad en Salud consistente en:

1. Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Primer Nivel de Atención.
2. Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Segundo Nivel de Atención.
3. Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Tercer Nivel de Atención.
4. Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Primer Nivel de Atención.
5. Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Segundo Nivel de Atención.
6. Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Tercer Nivel de Atención.

7. Manual de Auditoria y Norma Técnica
8. Obtención del Consentimiento Informado
9. Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico.
10. Guía Medico Sanitaria
11. Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud.(6)

Los objetivos del Proyecto Nacional de Calidad en Salud se enmarcan en el ordenamiento de las Instituciones del sector salud, en base a normas, protocolos y procedimientos; prevenir el daño y la mala praxis en la atención al paciente, además de realizar alianzas estratégicas con instituciones externas.

El Manual y Guía de Evaluación y Acreditación de establecimientos de salud de segundo nivel de atención son documentos utilizados en el proceso de Acreditación de Servicios de Salud, este proceso de Acreditación se encuentra normado en el Documento Normativo “**REGLAMENTO DE ACREDITACION**”(7) vigente a partir de Abril 2012, dentro el cual y tomando en cuenta las Guías de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud identifican quince estándares que posibilitan medir la implementación de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, además de seis estándares de Participación Social los cuales se detallan a continuación:

ESTANDARES DE MEDICION SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

Nº	Estándar	DESCRIPCION
1.	ACA 1.2	Al ingreso, los servicios de salud facilitan la siguiente información a los pacientes, sus familiares o persona responsable: acerca de los servicios con los que cuenta el establecimiento y los probables gastos que deberá asumir el paciente o su familia
2.	ACA 3.2	Los pacientes y su familia reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la referencia o del alta
3.	EDP 1.1	El establecimiento debe adoptar y utilizar las Normas y protocolos de atención médica para facilitar la evaluación del paciente y disminuir así la variabilidad
4.	AAP 3.2	El servicio de consulta externa cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.

5.	DPF 1	El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención
6.	DPF 1.1	El establecimiento informa a los pacientes y sus familias sobre la atención y los servicios ofrecidos, así como la forma de acceder a los mismos
7.	DPF 1.2	La atención es considerada y respetuosa con los valores y creencias de los pacientes
8.	DPF 1.3	La atención es respetuosa con la necesidad de intimidad de los pacientes
9.	DPF 6.1.1	La información se facilita en un lenguaje y forma evidente para los que toman decisiones
10.	DPF 6.2	El establecimiento establece un proceso, dentro del marco legal y cultural vigente, para cuando alguien distinto al paciente deba dar el consentimiento. Cuando alguien distinto al paciente da el consentimiento informado, se anota en el expediente clínico del paciente
11.	EPF 1	La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las decisiones y los procesos de la atención sanitaria
12.	EPF 3	Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias, cultura y los valores del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje
13.	EPF 3.1	El personal de salud que atienden al paciente colabora en la educación, poseen los conocimientos y aptitudes necesarios para educar de manera eficaz.
14.	GIN 1.2	El sistema cuenta con los mecanismos para mantener para mantener la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información.
15.	GIN 1.12	El establecimiento analiza y toma decisiones a través del Sub – Comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH)

FUENTE: SEDES LA PAZ “REGLAMENTO DE ACREDITACION” (7)

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ACREDITADOS

REDES DE SALUD AREA URBANA LA PAZ

1. RED N°1 SUR OESTE

- a. Centro de Salud Obrajés

REDES DE SALUD AREA RURAL

1. RED 2 RURAL APOLOBAMBA

- a. Centro de Salud Titicachi
- b. Centro de Salud Curva
- c. Centro de Salud Sococoni
- d. Centro de Salud Yanahuaya
- e. Centro de Salud Ulla Ulla

2. RED 12 RURAL AROMA GUALBERTO VILLARROEL

- a. Centro de Salud Villa Manquiri
- b. Centro de Salud Santiago de Callapa
- c. Centro de Salud Konani
- d. Hospital Boliviano Español Patacamaya
- e. Centro de Salud Sica Sica

3. RED 13 RURAL AROMA

- a. Centro de Salud Colquencha

4. RED 5 MANKO KAPAC

- a. Centro de Salud Copacabana

5. RED 9 INGAVI

- a. Centro de Salud Tiwanaku
- b. Centro de Salud Corpa

6. RED 14 LOAYZA

- a. Centro de Salud Yaco
- b. Centro de Salud Cairoma
- c. Centro de Salud Malla

4.2.3 MANUAL DE EVALUACION Y ACREDITACION ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

DESCRIPCION DE ESTANDARES – SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE ATENCION – ACA

ACA.1.2 Al ingreso, los servicios de salud facilitan la siguiente información a los pacientes, sus familiares o persona responsable: acerca de los servicios con los que cuenta el establecimiento y los probables gastos que deberá asumir el paciente o su familia.

Propósito

Durante el proceso de ingreso, los pacientes y sus familias reciben información suficiente para poder tomar decisiones acerca de la atención deseada. Se informa acerca de Los servicios con los que cuenta el establecimiento de acuerdo a su nivel de atención y los costos que impliquen para pacientes o su familia.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La descripción del procedimiento incluye otorgar información al ingreso al paciente, su familia o persona responsable.	1. Verificar en el Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. La descripción del procedimiento incluye otorgar información sobre los servicios con los que cuenta el establecimiento	2. Verificar en el Manual de procesos, operaciones y procedimientos
3. El procedimiento incluye información acerca de aquellos gastos que deberá asumir el paciente o su familia.	Verificar: 3. Manual de procesos, operaciones y procedimientos
4. Los pacientes reciben la suficiente información para poder tomar decisiones.	4. Entrevista a 5 pacientes recién ingresados

FUENTE: PRONACS

ACA.3.2 Los pacientes y su familia reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la referencia o del alta.

Propósito

Para garantizar resultados de atención óptimos y que se atiendan todas las necesidades del paciente, se necesitan instrucciones claras sobre el lugar y la manera de recibir la atención. Estas instrucciones incluyen el nombre y la localización de los establecimientos para continuar la atención, el retorno al establecimiento para seguimiento y cómo obtener la atención urgente en caso necesario. La familia forma parte del proceso cuando el estado o la capacidad del paciente no le permiten entender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeñan un papel en el proceso de atención al paciente. El establecimiento facilita las instrucciones al paciente y si autoriza, a su familia, de manera simple y comprensible. Las instrucciones se entregan por escrito o de la forma más clara para el paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las instrucciones de seguimiento tienen son comprensibles.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares
2. Las instrucciones incluyen cualquier posibilidad de volver por razones de seguimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares
3. Las instrucciones indican en qué casos será necesario obtener atención urgente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• En 5 expedientes clínicos copia de las instrucciones de seguimiento con constancia de recepción por el paciente o familiares

FUENTE: PRONACS

EDP. 1.1 El establecimiento debe adoptar y utilizar las Normas y protocolos de atención médica para facilitar la evaluación del paciente y disminuir así la variabilidad.

Propósito

Las Normas y protocolos de atención son un medio para mejorar la calidad y ayudar a los profesionales y pacientes a tomar decisiones clínicas, reduciendo la variabilidad.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los médicos y las autoridades del establecimiento cumplen con las Normas y protocolos de atención médica.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar:• Instructivo de aplicación• 5 expedientes clínicos
2. Los médicos y los directores de los hospitales adaptan las Normas según los pacientes y los recursos del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar Protocolos de Atención al Paciente
3. Los protocolos se revisan regularmente	<ul style="list-style-type: none">• Verificar que las actualizaciones de los Protocolos de Atención se realizan mínimo cada tres años

FUENTE: PRONACS

AAP. 3.2 El servicio de consulta externa cumple con las normas establecidas, referentes a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento.

Propósito

El establecimiento de Salud cuenta con servicio de consulta externa en las especialidades que correspondan al grado de complejidad, que contemple infraestructura, equipamiento y recursos humanos en base a la norma vigente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe el servicio de consulta externa en las especialidades que correspondan al nivel de complejidad.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Panel de información respecto a las especialidades• Observación directa de la existencia de atención
2. El consultorio externo debe contar con ambientes adecuados para proporcionar privacidad y tranquilidad al paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar ambientes por muestreo de acuerdo a anexo
3. El consultorio externo cuenta con el mobiliario, instrumental y equipamiento de acuerdo a la especialidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Existencia de inventario actualizado• Comprobar existencia y funcionamiento aleatoriamente (10 ítems)
4. El establecimiento cuenta con recursos humanos calificados	Verificar:

de acuerdo a nivel de atención en la consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de personal del servicio en recursos humanos • File de personal (2 por disciplina)
5. El servicio de consulta externa cuenta con normas de organización y funcionalidad	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de organización y funciones • Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos • Manual de cargos • Rol de turnos de personal que garantice funcionamiento continuo • Memorando de designación del responsable del servicio • Instrumentos de registros de atención
6. La atención de pacientes de consulta externa está regulada por normas y protocolos	Verificar existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Normas y Protocolos de atención • Actas del Comité de Auditoría

FUENTE: PRONACS

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)

DPF.1 El establecimiento es responsable de facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de sus familias durante la atención.

Propósito:

Las autoridades del establecimiento son responsables del trato a sus pacientes, necesitan conocer y entender los derechos del paciente y su familia así como las responsabilidades de su organización identificadas en normas. Las autoridades garantizan que todo el personal asuma la responsabilidad de proteger estos derechos.

La declaración de los derechos se adecua a la edad, al nivel de comprensión y al lenguaje del paciente. Cuando la comunicación por escrito no es eficaz ó adecuada, se informa al paciente y a la familia de sus derechos de forma comprensible.

Los derechos del paciente y de su familia son un elemento fundamental en todos

los contactos entre el establecimiento, el personal, los pacientes y la familia. De este modo, se elaboran e implementan normas y procedimientos en un proceso participativo que, en caso necesario, incluye a los pacientes y sus familias.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Las autoridades del establecimiento elaboran participativamente estrategias para proteger y avanzar en los derechos del paciente y de su familia.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento sobre derechos de los pacientes y familiares
2. Las autoridades implementan las estrategias para proteger y avanzar en los derechos del paciente y de su familia.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Acta de conformación, memorandums, cronograma y Reglamento del Comité Gestión de Calidad y Auditoría Médica • Actas de reuniones del Comité con constancia de actividades referidas a los derechos del paciente
3. El personal puede explicar sus responsabilidades sobre la protección de los derechos del paciente, conoce las normas y los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar cartilla de derechos en el lugar de trabajo • Entrevista al personal de salud (3 funcionarios) sobre conocimiento de la declaración de derechos del paciente establecidos en la Ley 3131 y estrategias implementadas en el establecimiento
4. Los pacientes han recibido información sobre sus derechos y deberes	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a 3 pacientes recientemente ingresados referente al conocimiento de la declaración de derechos y deberes del paciente establecidos en la Ley 3131
5. El establecimiento dispone de un proceso de información a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación por escrito no sea eficaz o adecuada.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de unidad de informaciones • Información verbal preferentemente en el idioma del paciente

FUENTE: PRONACS

DPF 1.1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familias sobre la atención y los servicios ofrecidos, así como la forma de acceder a los mismos.

Propósito

Los pacientes y las familias necesitan información completa sobre la atención y los servicios ofrecidos por el establecimiento, así como la manera de acceder a ellos. Facilitar esta información es básico para establecer una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, las familias y el establecimiento. Esta información ayuda a combinar las expectativas del paciente con la capacidad del establecimiento para satisfacerlas. Cuando la atención necesaria excede la

capacidad resolutive, se facilita información sobre fuentes de atención y servicios alternativos

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Se facilita información a los pacientes y sus familiares sobre el acceso y los servicios que se ofrecen en el establecimiento	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Panel informativo gráfico • Información verbal preferentemente en el idioma del paciente
2. Cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios necesarios de acuerdo a su capacidad resolutive, se informa sobre las fuentes y servicios alternativos de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Listas de establecimientos de referencia (Isocronas, dirección, teléfono)

FUENTE: PRONACS

DPF.1.2 La atención es considerada y respetuosa con los valores y creencias de los pacientes.

Propósito

Cada paciente aporta sus propios valores y creencias al proceso de atención. Algunos valores y creencias son compartidos por todos los pacientes y suelen tener un origen cultural y religioso.

Otros valores y creencias son específicos de un paciente en concreto. Se anima a los pacientes a expresar sus creencias respetando las de los demás.

Algunos valores y creencias muy arraigados pueden condicionar el proceso de atención y la propia respuesta del paciente a la misma. De este modo, los profesionales de salud prestan los servicios en el contexto intercultural, valores y creencias del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe un procedimiento para identificar y respetar los valores y creencias del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar listado de prácticas culturales y creencias de la comunidad
2. Existe procedimiento de adecuación y respeto a las practicas, valores y creencias identificadas (OPCIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar listado de adecuación y respeto de prácticas, valores y creencias (infraestructura y equipamiento) (OPCIONAL)
3. El personal de salud respeta los valores y creencias del paciente que contribuyen a estilo de vida saludables.	Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Programas y plan de capacitación para desarrollar el respeto de valores y creencias • Listado de participantes

FUENTE: PRONACS

DPF.1.3 La atención es respetuosa con la necesidad de intimidad del paciente.

Propósito

La intimidad del paciente, en especial durante procedimientos clínicos y exploraciones, es muy importante. Los pacientes pueden requerir intimidad respecto al resto del personal, otros pacientes e incluso familiares. El personal debe conocer las necesidades de intimidad del paciente.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Existe normas sobre el derecho de privacidad en la atención de los pacientes	<ul style="list-style-type: none">• Verificar Reglamento de Derechos de los pacientes y familiares• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos
2. La necesidad de privacidad en la atención al paciente es adecuada en la prestación de servicios	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• La disposición física de los consultorios, salas de hospitalización y exámenes complementarios• Entrevista a 3 pacientes para verificar respeto de su intimidad en la atención• Verificar Manual de procesos, operaciones y procedimientos

FUENTE: PRONACS

DPF. 6.1.1 La información se facilita en un lenguaje y forma evidente para los que toman decisiones.

Propósito

La información deberá facilitarse de una manera y en un lenguaje claro y comprensible. Esto puede requerir tanto explicaciones orales como escritas, dibujos o diagramas, o intérpretes.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La información se facilita al paciente de manera sencilla y clara	<ul style="list-style-type: none">• Verificar en 5 formularios de consentimiento informado

FUENTE: PRONACS

DPF. 6.2 El establecimiento establece un proceso, dentro del marco legal y cultural vigente, para cuando alguien distinto al paciente deba dar el consentimiento. Cuando alguien distinto al paciente da el consentimiento informado, se anota en el expediente clínico del paciente.

Propósito

Cuando el paciente no cuenta con la capacidad mental o física para tomar decisiones, cuando la cultura o la tradición lo requieran o se trate de un niño, el consentimiento informado para la atención requiere que personas distintas al paciente (o además del paciente) participen en las decisiones que afectan a la atención de éste.

Cuando da el consentimiento alguien distinto al paciente, el nombre y vínculo de esta persona se anota en el consentimiento informado.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento tiene un proceso que prevé la concesión de consentimiento informado por parte de una persona distinta al paciente.	• Verificar Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos.
2. El proceso respeta la normativa vigente, la cultura y las tradiciones.	• Verificar en Manual de Procesos, Operaciones y Procedimientos.
3. La identidad de las personas distintas al paciente que dan consentimiento informado se documenta en el expediente clínico del paciente.	• Verificar en formulario del consentimiento informado en el expediente clínico

FUENTE: PRONACS

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)

El establecimiento de salud debe contar con un programa de educación al paciente y su familia, coordinado por el departamento o comité de enseñanza e investigación de la institución.

EPF.1 La educación apoya la participación del paciente y de su familia en las

decisiones y los procesos de la atención sanitaria.

Propósito

El establecimiento de salud educa a los pacientes y a sus familias para que posean los conocimientos y la capacidad para participar en los procesos de atención del paciente y las decisiones que implica. Cada establecimiento centra sus procesos de educación en función de la misión, la oferta de servicios y el colectivo de pacientes que atiende. Selecciona la gestión de sus recursos educativos de una manera efectiva y eficiente. De este modo, se puede optar por designar a un responsable de Enseñanza e Investigación, crear un servicio educativo o simplemente trabajar con la totalidad de la plantilla para ofrecer educación de manera coordinada.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El establecimiento planifica la educación según su misión, sus servicios y los pacientes que atiende.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar la misión Institucional• Verificar el plan de educación anual a la población protegida
2. Existe una estructura o mecanismo adecuado para la educación en todo el establecimiento.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• Organigrama que contemple la unidad de enseñanza e investigación• Programa local de educación en salud (cronograma, personal, material educativo, etc.)
3. Los recursos educativos se organizan de manera efectiva y eficiente.	Verificar: <ul style="list-style-type: none">• POA• Instrumentos de educación.

FUENTE: PRONACS

EPF.3 Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias, cultura y los valores del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.

Propósito

El aprendizaje se produce cuando se presta atención a los métodos utilizados para educar a los pacientes y a sus familias. Entender a los pacientes y a sus familias ayuda al establecimiento a seleccionar los métodos educativos, los educadores

adecuados, a identificar el papel de la familia y el método de instrucción.

La posibilidad de interacción entre el personal, el paciente y su familia permite asegurar que la información se entiende, es la adecuada, útil y puede emplearse.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. Los métodos educativos se seleccionan en función de los valores culturales y preferencias del paciente y de su familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar los métodos empleados (videos, rota folios, afiches, etc.)
2. La interacción entre el personal, el paciente y la familia confirma que la información se ha entendido.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a 3 pacientes o familiares sobre la información recibida.
3. Se educa al paciente y a su familia en un lenguaje que sea entendible	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario al paciente y su familia • Material educativo de acuerdo a su cultura, idioma y nivel de educación

FUENTE: PRONACS

EPF.3.1 El personal de salud que atienden al paciente colaboran en la educación, poseen los conocimientos y aptitudes necesarios para educar de manera eficaz.

Propósito

Si el personal de salud asume su contribución en la educación del paciente, podrán colaborar de manera más eficaz y garantizar que la información que reciben los pacientes y sus familias es completa, consistente y lo más efectiva posible.

El conocimiento del tema, la disposición para enseñar y la capacidad de comunicarse de manera adecuada son aspectos importantes de una educación eficaz.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. La educación del paciente y de la familia es interdisciplinaria cuando sea necesario.	Entrevista a 3 pacientes o familiares.
2. Los que facilitan la educación poseen los conocimientos y sus capacidades de comunicación necesarios.	Observación directa de conocimiento del tema, uso de material, idioma

FUENTE: PRONACS

PROPÓSITO DE GIN.1.2

El establecimiento mantiene la seguridad y confidencialidad de los datos y de la información; con especial cuidado de la información más sensible. Se regula el equilibrio entre la necesidad de confidencialidad de los datos y la necesidad de compartirlos. El establecimiento determina el nivel de seguridad y de confidencialidad que se debe mantener para las distintas categorías de información. El acceso a cada categoría de información viene definido por el tipo de trabajo y la función. El sistema de información define:

- Qué personas tienen acceso a la información
- El tipo de información a la que se tiene acceso
- La obligación del usuario de mantener la información confidencial
- El proceso que se sigue cuando se violan la confidencialidad y la seguridad

Un aspecto para mantener la seguridad de la información del paciente es determinar la persona autorizada para obtenerla e introducir datos en su expediente clínico. El establecimiento desarrolla una normativa que autoriza a los profesionales designados para ello y especifica el contenido y el formato de los registros en los Expedientes clínicos de los pacientes. Existe un procedimiento que garantiza que sólo las personas autorizadas pueden introducir datos y que en cada registro debe constar el responsable, fecha y hora.

GIN 1.2 El Sistema cuenta los mecanismos para mantener la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
1. El sistema incluye los mecanismos de mantener la confidencialidad de la información y los datos	Verificar Normativa de manejo de la información
2. El sistema incluye los mecanismos de mantener la seguridad para cada categoría de datos y de la información.	Verificar La seguridad del sistema de archivo Existencia de archivos por categorías
3. El sistema incluye los mecanismos para mantener la integridad de los datos y de la información.	Verificar la seguridad del sistema Copias de seguridad

FUENTE: PRONACS

GIN 1.12 El establecimiento analiza y toma decisiones a través del Sub - Comité de análisis de la información hospitalaria.

Propósito

Con el fin de vigilar el comportamiento de la gestión hospitalaria en base a los datos del servicio estadístico del establecimiento y siguiendo las normas para el registro, procesamiento, análisis de los datos y comunicación de la información, el establecimiento cuenta con el sub – comité de análisis de la información hospitalaria, que realiza análisis periódico de los indicadores para evaluar el comportamiento y tendencia de los mismos a nivel institucional y por servicios, cumplir y hacer cumplir las normas y procedimientos del SNIS relacionados con el manejo de los datos y la información. Debe preparar y realizar el CAIH del establecimiento, participar en la capacitación del personal en el manejo de la información y preparar informes para las autoridades superiores.

Parámetros de evaluación	Medios de verificación
5. El establecimiento cuenta con el sub- comité de análisis de la información hospitalaria (CAIH)	Verificar: Memorando de designaciones Actas de reuniones del sub – comité
5. El sub-comité CAIH realiza análisis periódico de la información e indicadores para evaluar el comportamiento y tendencia de los mismos	Verificar: Resultados de análisis periódico de la información e indicadores Recomendaciones emanadas del análisis Seguimiento de cumplimiento de recomendaciones.
5. El sub-comité CAIH cumple y hace cumplir las normas y procedimientos del SNIS relacionados con el manejo de los datos y la información	Verificar: Manual de Procesos, operaciones y procedimientos acorde con las normas de SNIS Instrumentos de evaluación periódica Resultados de la evaluación
5. El subcomité prepara y realiza el CAIH del establecimiento e informes para las autoridades superiores	Verificar: Informe de resultados del CAIH de la gestión
5. El sub- comité participa en la capacitación del personal en el manejo de la información	Verificar: Programa de capacitación vigente Registro de participantes en la capacitación Resultados de evaluación de capacitación

FUENTE: PRONACS

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el cumplimiento de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y los indicadores de Objetivos 4 y 5 de Desarrollo del Milenio de Salud Materna y Salud Infantil, en establecimientos de salud, del Departamento de La Paz.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer el cumplimiento del modelo de Salud Familiar Comunitaria en redes de salud urbanas del municipio de La Paz y redes de salud rurales
2. Describir los indicadores de los Objetivos 4 y 5 de Desarrollo del Milenio en indicadores de salud materna y salud infantil en redes urbanas del municipio de La Paz y redes de salud rurales.
3. Describir los estándares de Salud Familiar comunitaria Intercultural en el proceso de acreditación de servicios de salud.
4. Describir redes de salud con Establecimientos de Salud Acreditados a través de evaluaciones en el proceso de acreditación.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 DISEÑO DE ESTUDIO

ECOLÓGICO.- Los estudios ecológicos son estudios en epidemiología que se distinguen de otros diseños en su unidad de observación, pues se caracterizan por estudiar grupos, más que individuos por separado. Frecuentemente se les denomina estudios exploratorios o generadores de hipótesis, dejando a los diseños experimentales y algunos diseños observacionales la característica de ser estudios etiológicos o probadores de hipótesis (10). Los estudios

ecológicos son además de utilidad para evaluar intervenciones en la población programas o políticas de salud.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO.- El presente estudio describe la frecuencia y las características de indicadores respecto a los objetivos cuatro y cinco de desarrollo del milenio los cuales son contrastados con el grado de cumplimiento de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y los clínicos. Los primeros podrán identificar los grupos de población más vulnerables y distribuir los recursos según dichas necesidades, además de evaluar las políticas o programas de salud, y para los segundos son el primer paso en la investigación de los determinantes de la enfermedad y la identificación de los factores de riesgo. Los principales tipos de estudios descriptivos son: los estudios ecológicos, los estudios de series de casos y los transversales o de prevalencia. Los estudios ecológicos no utilizan la información del individuo de una forma aislada sino que utilizan datos agregados de toda la población. Describen la enfermedad en la población en relación a variables de interés como puede ser la edad, la utilización de servicios, el consumo de alimentos, morbilidad y accesibilidad a los servicios de salud.

6.3 POBLACION

El método utilizado para la determinación de la muestra es aleatorio por conglomerados ya que se divide la población en varios grupos de características parecidas entre ellos y luego se analizan completamente algunos de los grupos, descartando los demás. Dentro de cada conglomerado existe una variación importante, pero los distintos conglomerados son parecidos. Los conglomerados se aplican para el presente estudio a zonas geográficas que se encuentran

inmersos en la zonificación de las redes de salud de acuerdo al Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS).

Población designada por parte del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) hacia las redes de salud del Departamento de La Paz para la gestión 2012.

Cuadro Nº 5
RELACIÓN DE REDES DE SALUD POR POBLACIÓN
MUNICIPIO LA PAZ

RED DE SALUD	POBLACION
RED 1	167.779
RED 2	181.905
RED 3	243.543
RED 4	127.410
RED 5	144.035

Fuente: SEDES LA PAZ

Cuadro Nº 6
RELACIÓN DE REDES DE SALUD RURALES POR POBLACIÓN

REDES DE SALUD	POBLACION
RED 1 ITURRALDE	16.821
RED 2 APOLOBAMBA	68.383
RED 3 CAMACHO	63.566
RED 4 OMASUYOS L.A.	133.009
RED 5 MANCO KAPAC	85.937
RED 6 MURILLO	103.309
RED 7 CARANAVI L.T.	117.266
RED 8 NOR Y SUD	83.810
YUNGAS	
RED 9 INGAVI	79.991
RED 11 PACAJES	53.518

RED 12 AROMA G.V.	106.976
RED 13 AROMA	56.031
RED 14 LOAYZA	37.215
RED 15 INQUISIVI	63.872

Fuente: SEDES LA PAZ 2014

6.4 VARIABLES

5.4.1 Variables causa o independientes: Indicadores de calidad relacionados a la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural en el documento Técnico-Normativo “Reglamento de Acreditación”.

5.4.2 Variables efecto o dependientes: Indicadores de salud materna y salud infantil relacionados con los objetivos cuatro y cinco de desarrollo del milenio.

INDICADORES DE SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL.

Contraste con los indicadores por redes de salud urbana de La Paz y redes rurales con establecimientos de salud acreditados, además de indicadores de aplicación SAFCI en el Departamento de La Paz.

- I. indicadores de salud infantil
 - a. tasa de mortalidad infantil
 - b. cobertura de vacuna anti sarampión (SRP)

- II. indicadores de salud materna
 - a. atención de parto institucional
 - b. atención de parto por personal calificado
 - c. porcentaje de 4º control prenatal
 - d. porcentaje de orientación sobre planificación familiar.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

6.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION

1. Establecimientos de salud que pertenezcan a redes de salud del área urbana de La Paz y redes de salud acreditadas de área rural.
2. Establecimientos de salud que hayan realizado la evaluación en gestión de calidad utilizando la guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer y segundo nivel.
3. Redes de salud rurales que cuenten con al menos un centro de salud acreditado oficialmente de acuerdo a normativa vigente.

6.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Establecimientos de salud que no hayan realizado la evaluación de gestión de calidad en base a la normativa vigente.
2. Establecimientos de salud que pertenezcan a redes de salud de la zona urbana de la ciudad de El Alto.
3. Redes de salud no acreditadas.

6.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

6.6.1 Evaluaciones de establecimientos de salud realizados con la guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud, documento técnico normativo del Proyecto Nacional de Calidad en Salud – PRONACS, Ministerio de Salud y Deportes.

7. ETICA

- Se informó a los responsables de las diferentes redes sobre el estudio y los objetivos del mismo.
- Se mantiene en la privacidad correspondiente los nombres de los y las participantes en este estudio.
- No comentar los resultados de la investigación antes de haber defendido la tesis, posteriormente se socializará los resultados, conclusiones y acciones las regiones mencionadas.

8. RESULTADOS

Existen veinte y tres establecimientos de salud acreditados en el departamento de La Paz, de los cuales 18 se encuentran en área rural y solo uno en el área urbana del Municipio de La Paz.

8.1 GRADO DE CUMPLIMIENTO POLITICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL – MUNICIPIO LA PAZ

Cuadro N° 7

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI

RED N° 1 SUR OESTE

		APLICACIÓN	PORCENTAJE
		/ 15	
RED 1 SUR OESTE			
1	C.S. 8 DE DICIEMBRE	3	20%

2	C.S. ALCOREZA	5	33%
3	C.S. ALTO TACAGUA	4	27%
4	C.S. BAJO TACAGUA	8	53%
5	C.S. BIBLIOTECA	6	40%
6	C.S. EL ROSAL	10	67%
7	C.S. LA GRUTA	7	47%
8	C.S.M.I TEMBLADERANI	13	87%
9	C.S.M.I VILLA NUEVO POTOSI	11	73%
10	C.S. NIÑO KOLLO	15	100%
11	C.S. PASANKERI	10	67%
12	C.S. SAN LUIS	6	40%
13	C.S. SAN PEDRO	7	47%
14	C.S. VERGEL	7	47%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro Nº 8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED Nº 2 NOR OESTE

RED 2 NOR OESTE		APLICACIÓN	PORCENTAJE
		/ 15	
1	C.S. ALTO MARISCAL STA CRUZ	7	47%
2	C.S. BAJO TEJAR	10	67%
3	C.S. CHAMOCO CHICO	6	40%
4	C.S. CIUDADELA FERROVIARIA	1	7%
5	C.S.M.I TEJAR	4	27%
6	C.S. MUNAYPATA	10	67%
7	C.S. SAID	4	27%
8	C.S. VILLA VICTORIA	2	13%
9	HOSPITAL LA PAZ	14	93%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 9
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED N° 3 NORTE CENTRAL

	RED 3 NORTE CENTRAL	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. 18 DE MAYO	0	0%
2	C.S. ACHACHICALA	1	7%
3	C.S. AGUA DE LA VIDA	3	20%
4	C.S. ALTO MIRAFLORES	3	20%
5	C.S. ASISTENCIA PUBLICA	1	7%
6	C.S. CALVARIO	4	27%
7	C.S. JUANCITO PINTO	3	20%
8	C.S. LAS DELICIAS	0	0%
9	C.S. LAZARETO	1	7%
10	C.S. PLAN AUTOPISTA	2	13%
11	C.S. SAN JOSE NATIVIDAD	2	13%
12	C.S. VINO TINTO	1	7%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED N° 4 ESTE

	RED 4 ESTE	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. ALTO PAMPAHASI	10	67%
2	C.S. KUPINI	0	0%
3	C.S.M.I. VILLA ARMONIA	3	20%
4	C.S. PAMPAHASI BAJO	0	0%
5	C.S. SAN ANTONIO ALTO	0	0%
6	C.S. SAN ANTONIO BAJO	0	0%
7	C.S. SAN ISIDRO	0	0%
8	C.S. VALLE HERMOSO	6	40%
9	C.S. VILLA SALOME	4	27%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro Nº 11
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED Nº 5 SUR

	RED 5 SUR	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. ACHUMANI	3	20%
2	C.S. ALTO IRPAVI	2	13%
3	C.S. ALTO SEGUENCOMA	4	27%
4	C.S. BAJO LLOJETA	2	13%
5	C.S. BOLOGNIA	3	20%
6	C.S. CHASQUIPAMPA	2	13%
7	C.S. COTA COTA	3	20%
8	C.S. DIVINO MAESTRO	7	47%
9	C.S. MALLASA	8	53%
10	C.S.M.I. BELLA VISTA	2	13%
11	C.S. OBRAJES	4	27%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

8.2 GRADO DE CUMPLIMIENTO POLITICA DE SALUD FAMILIAR
COMUNITARIA INTERCULTURAL – REDES RURALES

Cuadro Nº 12
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED Nº 1 SAN BUENAVENTURA

	RED 1 ITURRALDE	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. SAN BUENA AVENTURA	13	87%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro Nº 13
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED Nº 2 APOLOBAMBA

	RED 2 APOLOBAMBA	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. AMARETE	14	93%

2	C.S. CAMATA	14	93%
3	C.S. CURVA	14	93%
4	C.S. HOSPITAL APOLO	9	60%
5	C.S. PELECHUCO	14	93%
6	C.S. SOCOCONI	13	87%
7	C.S. TITICACHI	13	87%
8	C.S. ULLA ULLA	14	93%
9	C.S. YANAHUAYA	14	93%
10	P.S. CAALAYA	8	53%
11	P.S. YANAMAYO	14	93%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 14
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED N° 3 CAMACHO

RED 3 CAMACHO	APLICACIÓN	PORCENTAJE
	/ 15	
1	C.S. AMBANA	5 33%
2	C.S. CARABUCO	5 33%
3	C.S. CHAGUAYA	7 47%
4	C.S. HUMANATA	6 40%
5	C.S. MOCOMOCO	4 27%
6	C.S. PACAURES	2 13%
7	C.S. PUERTO ACOSTA	4 27%
8	P.S. AGUAS CALIENTES	9 60%
9	P.S. CHINAYA	5 33%
10	P.S. CHUANI	7 47%
11	P.S. COPUSQUIA	6 40%
12	P.S. CRUZ PATA	3 20%
13	P.S. HUILACUNCA	7 47%
14	P.S. ILAVE	9 60%
15	P.S. IQUIPUNI	9 60%
16	P.S. ITALAQUE	10 67%
17	P.S. MOLLIPONGO	1 7%
18	P.S. PACOBAMBA	4 27%
19	P.S. PACOLLA	7 47%
20	P.S. PASUJA BELEN	6 40%
21	P.S. QUÉÑI	8 53%
22	P.S. SALLACHUCO	9 60%
23	P.S. STGO DE OKOLA	7 47%
24	P.S. SAPHIA	10 67%
25	P.S. YARICOA BAJO	0 0%
26	HOSPITAL ESCOMA	8 53%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 15
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED N° 4 OMASUYOS

	RED 4 OMASUYOS L.A.	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. AJLLATA GRANDE	11	73%
2	C.S. CHUCHULAYA	7	47%
3	C.S. COMBAYA	7	47%
4	C.S. CONSATA	7	47%
5	C.S. FRANZ TAMAYO	9	60%
6	C.S. HOSPITAL ANCORAIMES	0	0%
7	C.S. HUARINA	7	47%
8	C.S. HUATAJATA	7	47%
9	C.S. POCOATA	0	0%
10	C.S. QUIABAYA	1	7%
11	C.S. SANKAJAHUIRA	5	33%
12	C.S. SORATA	5	33%
13	C.S. SOREJAYA	10	67%
14	C.S. STGO DE HUATA	5	33%
15	C.S. TACACOMA	5	33%
16	C.S. TOLA TOLA	13	87%
17	C.S. WARISATA	6	40%
18	P.S. CAJIATA	----	----
19	P.S. CHALLUYO	10	67%
20	P.S. CHEJJE	2	13%
21	P.S. CHOJÑACALA	11	73%
22	P.S. CHOJÑAPATA	4	27%
23	P.S. COROMATA BAJA	0	0%
24	P.S. HUAYCHO	1	7%
25	P.S. INCA KATURAPI	----	----
26	P.S. KALAKE	4	27%
27	P.S. MILLIPAYA	1	7%
28	P.S. TAJOCACHI	5	33%
29	P.S. TICABLAYA	2	13%
30	P.S. WALATA GRANDE	11	73%
31	HOSPITAL ACHACACHI	8	53%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro Nº 16
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED Nº 5 MANCO KAPAC

	RED 5 MANCO KAPAC	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. CHOJASIVI	----	----
2	C.S. COHANA	----	----
3	C.S. CORAPATA	12	80%
4	HOSPITAL PUCARANI	10	67%
5	HOSPITAL COPACABANA	12	80%
6	C.S. ISLA DEL SOL	----	----
7	C.S. LACAYA	----	----
8	C.S. PALCOCO	11	73%
9	C.S. PUERTO PEREZ	2	13%
10	C.S. SAN PEDRO	----	----
11	C.S. SIRIPACA	9	60%
12	C.S. SURIQUI	----	----
13	C.S. TIQUINA	----	----
14	C.S. TITO YUPANQUI	1	7%
15	C.S. VILLA VILAQUE	3	20%
16	P.S. AMACARI	----	----
17	P.S. AYGACHI	----	----
18	P.S. CATAVI	----	----
19	P.S. CHACHACOMANI	----	----
20	P.S. CUMANA	----	----
21	P.S. HUATAPAMPA	----	----
22	P.S. KERANI	----	----
23	P.S. OJJE	----	----
24	P.S. PATAMANTA	9	60%
25	P.S. PEÑAS	----	----
26	P.S. QUEHUAYA	----	----
27	P.S. TUQUIA	----	----
28	HOSPITAL BATALLAS	10	67%

Cuadro Nº 17
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED Nº 6 MURILLO

	RED 6 MURILLO	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. APOSTOL SANTIAGO	6	40%
2	C.S. COHONI	9	60%

3	C.S. FLORIDA	2	13%
4	C.S. HOSPITAL VIACHA	0	0%
5	C.S. HUAJCHILLA	----	----
6	C.S. HUARICANA	5	33%
7	C.S. MECAPACA	1	7%
8	C.S. PALCA	2	13%
9	C.S. QUILIHUAYA	13	87%
10	C.S. SANTA ROSA LIMA-O.	6	40%
11	C.S. TUNI	9	60%
12	C.S. VIACHA	2	13%
13	P.S. CARACARANI	6	40%
14	P.S. CAYIMBAYA	0	0%
15	P.S. CHACOMA	9	60%
16	P.S. CHOQUECOTA	0	0%
17	P.S. COLLAGUA	2	13%
18	P.S. COLLANA	4	27%
19	P.S. CONIRI	10	67%
20	P.S. HILATA CENTRO	6	60%
21	P.S. JALSURI	4	27%
22	P.S. LAYURI	1	7%
23	P.S. TAHUAPALCA	0	0%
24	P.S. VILLA COTAÑA	8	53%
25	P.S. WILLACOTA LOS ANDES	5	33%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro Nº 18
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED Nº 7 CARANAVI

	RED 7 CARANAVI L.T.	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. AMAGUAYA	3	20%
2	C.S. BORG	6	40%
3	C.S. CHIMA	6	40%
4	C.S. CHUQUINI	3	20%
5	C.S. COVENDO	3	20%
6	C.S. HOSPITAL GUANAY	3	20%
7	C.S. INICUA	7	47%
8	C.S. MAPIRI	10	67%
9	C.S. MAYAYA	2	13%
10	C.S. SAN ANTONIO	10	67%
11	C.S. SAN MIGUEL DE HUACHI	8	53%
12	C.S. SANTA ROSA	4	27%
13	C.S. SAPECHO	5	33%
14	C.S. SARARIA	4	27%

15	C.S. TEOPONTE	5	33%
16	C.S. TIPUANI	2	13%
17	C.S. TOMACHI	2	13%
18	C.S. TUCUPI	6	40%
19	C.S. UNUTULUNI	4	27%
20	P.S. ALTO TOMACHI	1	7%
21	P.S. BELLA VISTA	3	20%
22	P.S. EL SILLAR	1	7%
23	P.S. LITORAL	1	7%
24	P.S. MERCEDES	7	47%
25	P.S. POPOY	4	27%
26	P.S. PUERTO CARMEN	7	47%
27	P.S. SANTO DOMINGO	3	20%
28	P.S. TAJLIHUI	3	20%
29	P.S. VILLA AROMA	1	7%
30	P.S. VILLA PORVENIR	5	33%
31	HOSPITAL CARANAUI	1	7%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 19
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED N° 8 NOR Y SUD YUNGAS

RED 8 NOR Y SUD YUNGAS		APLICACIÓN	PORCENTAJE
		/ 15	
1	C.S. ARAPATA	0	0%
2	C.S. CORIPATA	5	33%
3	C.S. HOSPITAL IRUPANA	6	40%
4	C.S. HOSPITAL LA ASUNTA	0	0%
5	C.S. HUANCANE	3	20%
6	C.S. YANACACHI	6	40%
7	C.S. LAMBATE	----	----
8	C.S. LAS MERCEDES	3	20%
9	C.S. QUILO QUILO	0	0%
10	C.S. STGO TOCORONI	3	20%
11	C.S. TRINIDAD PAMPA	4	27%
12	C.S. YANAMAYO	3	20%
13	P.S. CHACO	7	47%
14	P.S. CHARIA	0	0%
15	P.S. CHICALOMA	0	0%
16	P.S. COLOPAMPA GRANDE	0	0%
17	P.S. COLPAR	2	13%
18	P.S. LAZA	4	27%
19	P.S. MILLIHUAYA	2	13%

20	P.S. OCOBAYA	2	13%
21	P.S. PUENTE VILLA	1	7%
22	P.S. PUERTO RICO	0	0%
23	P.S. SAN JUAN	6	40%
24	P.S. CHACALA	5	33%
25	P.S. QUINUNI	----	----
26	P.S. SIGUANI	2	13%
27	P.S. TABLERÍA ALTA	0	0%
28	P.S. TAJMA	1	7%
29	P.S. VICTORIO LANZA	8	53%
30	HOSPITAL CHULUMANI	1	7%
31	HOSPITAL COROICO	3	20%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro Nº 20
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED Nº 9 INGAVI

	RED 9 INGAVI	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. CHAMA	11	73%
2	C.S. CORPA	14	93%
3	C.S. DESAGUADERO	9	60%
4	C.S. GUAQUI	3	20%
5	C.S. JESUS DE MACHACA	9	60%
6	C.S. LAJA	4	27%
7	C.S. LOYOLA TAMBILLO	3	20%
8	C.S. SULLKATITI KHONKO	4	27%
9	C.S. TARACO	11	73%
10	C.S. TATA PEPE	5	33%
11	C.S. TIHUANACU	12	80%
12	C.S. SAN ANDRES DE MACHACA	12	80%
13	P.S. ACHACA	2	13%
14	P.S. ANDAMARCA	1	7%
15	P.S. CALLA BAJA	----	----
16	P.S. CALUYO	3	20%
17	P.S. CANTAPA	4	27%
18	P.S. CAPACASI	5	33%
19	P.S. CHIRIPA	9	60%
20	P.S. COACOLLO	7	47%
21	P.S. CONCHACOLLO	1	7%
22	P.S. COPAJIRA	2	13%
23	P.S. CURVA PUCARA	10	67%
24	P.S. HUACULLANI	3	20%
25	P.S. KALLUCATA	3	20%

26	P.S. KASSA SANTA ROSA	1	7%
27	P.S. LAQUINAMAYA	1	7%
28	P.S. NACHOCA	8	53%
29	P.S. PARINA ARRIBA	----	----
30	P.S. PILLAPI	4	27%
31	P.S. SAN JUAN HUANCOLLO	2	13%
32	P.S. SAN JUAN SANTA TOTORA	4	27%
33	P.S. SANTA ROSA	5	33%
34	P.S. SANTO DOMINGO	----	----
35	P.S. VILLA PUSUMA	2	13%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 21
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED N° 11 PACAJES

	RED 11 PACAJES	APLICACIÓN / 15	PORCENTAJE
1	C.S. ACHIRI	2	13%
2	C.S. CALACOTO	3	20%
3	C.S. CAQUIAVIRI	0	0%
4	C.S. CATAORA	2	13%
5	C.S. CHARAÑA	1	7%
6	C.S. COMANCHE	3	20%
7	C.S. COROCORO	2	13%
8	C.S. STGO DE MACHACA	1	7%
9	C.S. TOPOHOCO	2	13%
10	P.S. ANTAQUIRA	----	----
11	P.S. BERGUELA	----	----
12	P.S. CONDORQUIÑA	----	----
13	P.S. ENEQUELLA	----	----
14	P.S. GENERAL PANDO	----	----
15	P.S. HUARIPUJO	----	----
16	P.S. JANCKOMARCA	----	----
17	P.S. JIWAKUTA	----	----
18	P.S. KALLA LLALLAGUA	----	----
19	P.S. KASILLUNCA	----	----
20	P.S. MURUPILAR	----	----
21	P.S. NAZACARA	----	----
22	P.S. PAYRUMANI GRANDE	----	----
23	P.S. QUILLOMA	----	----
24	P.S. ROSAPATA HUANCARAMA	----	----
25	P.S. ROSASPATA TULI	----	----
26	P.S. SEPULTURAS	----	----

27	P.S. TOCOPILLA CANTUYO	----	----
28	P.S. VILLA ANTA	----	----
29	P.S. VILLA EXALTACION	----	----

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 22
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED N° 12 AROMA GUALBERTO VILLARROEL

	RED 12 AROMA G.V.	APLICACION / 15	PORCENTAJE
1	C.S. CALLAPA	14	93%
2	C.S. JANKO MARCA	14	93%
3	C.S. KONANI	14	93%
4	C.S. LAHUACHACA	14	93%
5	C.S. PAPEL PAMPA	14	93%
6	C.S. SAN JUAN PACOLLO	4	27%
7	C.S. SAN PEDRO CURAHUARA	13	87%
8	C.S. SICA SICA	13	87%
9	C.S. UMALA	11	73%
10	C.S. UNUPATA	13	87%
11	C.S. VILLA MANQUIRI	13	87%
12	P.A. ASUNCION HUANCARAMA	9	60%
13	P.S. CALTECA	1	7%
14	P.S. CANUTA	1	7%
15	P.S. CHACARILLA	3	20%
16	P.S. CHIJMUNI	4	27%
17	P.S. CHOJNA	0	0%
18	P.S. COLLPA	8	53%
19	P.S. HUARI BELEN	11	73%
20	P.S. JALSURI	0	0%
21	P.S. JARUMA	5	33%
22	P.S. KELLHUIRI	2	13%
23	P.S. LLOCOHUTA	5	33%
24	P.S. PANDURO	5	33%
25	P.S. SAN JOSE	10	67%
26	P.S. STGO DE COLLANA	1	7%
27	P.S. VILLA PUCHUNI	1	7%
28	P.S. YARIBAY	1	7%
29	HOSPITAL PATACAMAYA	12	80%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 23

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI

RED N° 13 AROMA

RED 13 AROMA	APLICACIÓN	PORCENTAJE
	/ 15	
1	C.S. BARTOLINA SISA	7 47%
2	C.S. CARACATO	8 53%
3	C.S. COLLANA	6 40%
4	C.S. COLQUENCHA	13 87%
5	C.S. STGO DE KALAMARCA	3 20%
6	C.S. SAPAHAQUI	9 60%
7	C.S. TOLAR	10 67%
8	C.S. TUMARAPI	3 20%
9	P.S. CALUYO	8 53%
10	P.S. KHOLA	7 47%
11	P.S. MACHACAMARCA	---- ----
12	P.S. MARQUIVIRI	---- ----
13	P.S. SAN ANTONIO	10 67%
14	P.S. STGO DE LLALLAGUA	---- ----
15	P.S. SIVICANI	5 33%
16	P.S. UNCALLAMAYA	4 27%
17	P.S. VILLA CARMEN	8 53%
18	P.S. MURUHUTA	7 47%
19	P.S. HICHURAYA	5 33%
20	P.S. VILAQUE	0 0%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 24

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI

RED N° 14 LOAYZA

RED 14 LOAYZA	APLICACIÓN	PORCENTAJE
	/ 15	
1	C.S. AZAMBO	11 73%
2	C.S. CAIROMA	13 87%
3	C.S. COROUTA	15 100%
4	C.S. JACHAPAMPA	9 60%
5	C.S. LURIBAY	11 73%
6	C.S. MALLA	14 93%
7	C.S. PUCUMA	12 80%
8	C.S. TABLACHACA	13 87%
9	C.S. TORREPAMPA	12 80%
10	C.S. VILOCO	14 93%
11	C.S. YACO	10 67%

12	P.S. ANCHALLANI	11	73%
13	P.S. ANQUIOMA	9	60%
14	P.S. ASIRIRI	2	13%
15	P.S. CAXATA	9	60%
16	P.S. CHALLOMA	8	53%
17	P.S. CHUCAMARCA	8	53%
18	P.S. COLLIRI	9	60%
19	P.S. CONCHAMARCA	8	53%
20	P.S. HORNUNI	9	60%
21	P.S. HUARA	10	67%
22	P.S. LA LLOJA	11	73%
23	P.S. MACHACAMARCA	11	73%
24	P.S. MURMUNTANI	9	60%
25	P.S. PAMPAJASI	8	53%
26	P.S. POROMA	9	60%
27	P.S. PORVENIR	9	60%
28	P.S. PUCHUNI	8	53%
29	P.S. RODEO	2	13%
30	P.S. SACANI	11	73%
31	P.S. UCHAMBAYA	13	87%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

Cuadro N° 25
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI
RED N° 15 INQUISIVI

	RED 15 INQUISIVI	APLICACION / 15	PORCENTAJE
1	C.S. ARCOPONGO	12	80%
2	C.S. CAVARI	11	73%
3	C.S. CHOQUETANGA	11	73%
4	C.S. HOSPITAL QUIME	12	80%
5	C.S. ICHOCA	----	----
6	C.S. INQUISIVI	12	80%
7	C.S. LICOMA	----	----
8	C.S. MINA ARGENTINA	12	80%
9	P.S. CAPIÑATA	12	80%
10	P.S. COPACABANA	12	80%
11	P.S. KANAMARCA	13	87%
12	P.S. PATOHOCO	8	53%
13	P.S. POCUSCO	12	80%
14	P.S. SIGUAS	12	80%
15	P.S. VENTILLA	12	80%

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

INDICADORES DE SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
REDES DE SALUD CON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ACREDITADOS
AREA RURAL

Cuadro N° 26

INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL

RED N° 2 APOLOBAMBA

	<u>RED 2</u>	2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
<u>APOLOBAMBA</u>							
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	15,8	15,7	15,3	15,6	---	4%
2	COBERTURA VACUNA SRP EN %	62,6	71,1	68,6	67,4	10%	---
3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	48,3	56,2	68,6	57,7	42%	---
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	33,3	38,8	46,2	39,4	39%	---
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	40	38	47,1	41,7	18%	---
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	13,5	20,1	18,7	17,4	39%	---

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ (5)

Cuadro N° 27

INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL

RED N° 5 MANCO KAPAC

RED 5 MANCO		2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
KAPAC							
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	11	7,8	10,1	9,6	---	10%
2	COBERTURA VACUNA SRP EN %	66,4	80,9	79,3	75,5	19%	---
3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	42,9	43,9	79,3	55,4	85%	---
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	26,8	26,8	27,7	27,1	3%	---
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	51,1	50,8	50,9	50,9	---	2%
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	15	13,8	18,2	15,7	21%	---

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro N° 28
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED N° 9 INGAVI

RED 9 INGAVI		2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	7,5	0	7,5	5,0	0	0
2	COBERTURA VACUNA SRP EN %	69,7	80,2	75,1	75,0	8%	---

3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	49,1	52,3	75,1	58,8	53%	---
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	23,8	26,6	23,6	24,7	0	0
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	58,1	61,3	62,5	60,6	8%	---
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	24,8	32,3	36,6	31,2	48%	---

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro N° 29
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED N° 12 AROMA – GUALBERTO VILLARROEL

<u>RED 12</u>							
		2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	4,7	5,7	8,2	6,2	74%	---
2	COBERTURA VACUNA SRP EN %	50	55,4	54,9	53,4	10%	---
3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	43,6	52	54,9	50,2	26%	---
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN	16	23,3	19,7	19,7	23%	---

%							
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN	47,3	60,5	56,3	54,7	19%	---
%							
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	4,2	5,8	10,7	6,9	155%	---

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro N° 29
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED N° 13 AROMA

<u>RED 13</u>		2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	38,3	27,5	30,4	32,1	---	21%
2	COBERTURA VACUNA SRP EN %	51,6	57,3	57,6	55,5	12%	---
3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	40,9	51,1	57,6	49,9	41%	---
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	23,8	28,1	24,4	25,4	3%	---
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	46,9	56,1	60,5	54,5	29%	---
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	6,5	7,6	10,2	8,1	57%	---

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro N° 30
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED N° 14 LOAYZA

	RED 14	2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
1	TASA	8,7	9,2	5,4	7,8	---	38%
	MORTALIDAD						
	INFANTIL MENOR						
	1 AÑO X 1.000						
	NACIDOS VIVOS						
2	COBERTURA	57,8	62,9	60,8	60,5	5%	---
	VACUNA SRP EN						
	%						
3	COBERTURA	50,6	57,8	60,8	56,4	20%	---
	PARTO						
	INSTITUCIONAL						
	EN %						
4	COBERTURA	30,2	44,2	37,1	37,2	23%	---
	PARTOS						
	ATENDIDOS POR						
	PERSONAL						
	CAPACITADO EN						
	%						
5	4 CONTROLES	37,7	40,8	46,1	41,5	22%	---
	PRE NATALES EN						
	%						
6	ORIENTACION	18,9	15,5	15,9	16,8	16%	---
	PLANIFICACION						
	FAMILIAR A						
	MUJERES EN %						

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

8.2 INDICADORES DE SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
REDES DE SALUD CON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ACREDITADOS
MUNICIPIO LA PAZ

Cuadro N° 31
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED N° 1 SUR OESTE

RED 1 SUR OESTE		INDICADORES				% I	% D
		2010	2011	2012	PROMEDIO		
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	3,7	3,9	4,4	4,0	19%	---
2	COBERTURA VACUNA SRP EN %	89,3	97,4	94,4	93,7	6%	---
3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	29,1	43,3	47,5	40,0	63%	
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	0,1	0,2	0,1	0,1	0	0
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	48,9	40,4	40,9	43,4	---	16%
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	27,8	28,6	35,0	30,5	26%	---

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro N° 32
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED N° 2 NOR OESTE

RED 2 NOR OESTE		2010	2011	2012	PROMEDIO	%I	%D
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	6,5	11,7	19,9	12,7	306%	---
2	COBERTURA VACUNA	73,8	83	81,5	79,4	10%	---

SRP EN %							
3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	49,8	60,8	59,6	56,7	20%	---
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	0,2	0,5	0,1	0,3	0%	0%
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	39,4	49,3	34,6	41,1	---	12%
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	13,6	14,9	12,7	13,7	---	7%

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro Nº 33
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED Nº 3 NORTE CENTRAL

<u>RED 3 NORTE CENTRAL</u>		2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	19,0	25,9	30,8	25,2	62%	---
2	COBERTURA VACUNA SRP EN %	71,3	78,8	73,4	74,5	3%	---
3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	28,2	33,5	32,4	31,4	15%	---
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	0,3	0,2	0,2	0,2	0%	0%
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	43,9	35,9	31,8	37,2	---	28%
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	11,2	10,4	9,5	10,4	---	15%

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro N° 34
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED N° 4 ESTE

	<u>RED 4 ESTE</u>	2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR 1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS	5,4	35,3	51,6	30,8	956%	---
2	COBERTURA VACUNA SRP EN %	61,3	66,7	65,2	64,4	5%	---
3	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	5,3	4,8	5,8	5,3	0,9%	---
4	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	0,2	0,2	0,1	0,2	0%	0%
5	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	56,9	55,6	50,3	54,3	---	12%
6	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	11,8	14,1	12,1	12,7	3%	---

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro N° 35
INDICADORES SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL
RED N° 5 SUR

	<u>RED 5 SUR</u>	2010	2011	2012	PROMEDIO	% I	% D
1	TASA MORTALIDAD INFANTIL MENOR	12,0	18,4	19	16,5	58%	---

1 AÑO X 1.000 NACIDOS VIVOS							
3	COBERTURA VACUNA SRP EN %	62,8	66,8	64,6	64,7	---	3%
4	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL EN %	12,7	20,3	27,2	20,1	114%	---
5	COBERTURA PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN %	0,1	0,1	0,2	0,1	0%	0%
6	4 CONTROLES PRE NATALES EN %	61,1	53,6	48,7	54,5	---	20%
7	ORIENTACION PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES EN %	13,8	16,3	13,3	14,5	0,4%	---

I= INCREMENTO

D= DESCENSO

FUENTE: SEDES LA PAZ(5)

Cuadro N° 36

RELACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES SAFCI POR NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

REDES DE SALUD	CUMPLIMIENTO SAFCI		
	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENOR A 50%	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MAYOR A 50%
LA PAZ			
RED 1	14	8	6
RED 2	8	5	3
RED 3	12	12	0
RED 4	9	8	1
RED 5	11	11	0
TOTAL	54	44	10
RURAL			
RED 1	1	0	1

RED 2	11	1	10
RED 3	25	17	8
RED 4	28	20	8
RED 5	10	3	7
RED 6	24	17	7
RED 7	30	28	3
RED 8	27	26	1
RED 9	32	22	10
RED 11	9	9	0
RED 12	28	13	15
RED 13	17	10	7
RED 14	31	3	28
RED 15	13	1	12
TOTAL	286	170	117
TOTAL	381		
ESTABLECIMIENTOS DE			
SALUD			

FUENTE: ELABORACION PROPIA, CGR 2014

9. ANALISIS

9.1 SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

El cumplimiento de los 15 estándares de Salud Familiar Comunitaria Intercultural se evidencia con mayor claridad y en mayor porcentaje en establecimientos de salud del área rural y dentro de estos aun con mayor énfasis en redes de salud con centros de salud acreditados. Existen un mayor número de establecimientos de salud que superan el 50% de cumplimiento de los estándares en redes de salud acreditados comparativamente con el número de establecimientos de salud evaluados y además en relación con redes urbanas de La Paz que muestran lo contrario.

La Red 14 Loayza rural cuenta con 28 establecimientos de salud es el de mayor número de establecimientos que superan el 50% de cumplimiento de estándares SAFCI y la red 5 Manco Kapac con 7; en contraste con redes urbanas: red 1 suroeste con 6 establecimientos; los datos muestran un comportamiento similar

compartivamente entre redes de salud del área urbana y redes de salud rurales pero sin establecimientos de salud acreditados.

El análisis contrasta valores de indicadores mencionados con redes de salud urbanas y redes de salud rurales que cuentan con establecimientos de salud que cumplen con al menos el 50% de los estándares de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en redes acreditadas y que a través del proceso de acreditación implementan el Sistema de Gestión de Calidad del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), marco normativo del Ministerio de Salud.

9.2. INDICADORES

1. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL MENOR A 1 AÑO POR MIL NACIDOS VIVOS.

Establecimientos de salud de redes urbanas La Paz muestran en promedio indicadores superiores comparados con establecimientos de salud de redes rurales acreditadas, además de un elevado valor de los mismos.

En redes urbanas de La Paz el indicador muestra un incremento el cual oscila entre 19% de la Red 1 Suroeste hasta 956% en la Red 4 Este, es decir 9 veces más que el punto de referencia de la gestión 2010 en la Red 4 Este. En redes rurales muestra por el contrario un descenso del indicador desde 4% en la Red 2 Apolobamba hasta 38% en la Red 14 Loayza; excepto la red 12 Aroma G.V. el cual muestra un incremento de 74%, dicho aumento podría deberse al ser un centro de referencia de las redes 12, 13 y 14.

El área rural muestra una tendencia descendente del indicador.

2. COBERTURA DE VACUNA DE SARAMPION EN PORCENTAJE

Establecimientos de redes urbanas muestran en promedio indicadores superiores comparados con redes de salud rurales con establecimientos de salud acreditados

En redes urbanas muestran un incremento del indicador oscila entre 3% en la red 3 norte central hasta 10% en la red 2 nor-oeste, excepto en la red 5 sur que muestra un descenso del 3%. En redes rurales si bien muestran valores del indicador menores al área urbana dichas redes muestran un incremento superior que oscila entre 5% en la red 2 Apolobamba hasta 19% en la red 5 Manco Kapac.

Ambas áreas urbana y rural muestran una tendencia ascendente del indicador

3. COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL EN PORCENTAJE

Establecimientos de salud de redes urbanas muestran en promedio indicadores inferiores comparados con establecimientos de salud de redes rurales

En redes urbanas muestran incremento de la cobertura que oscila entre 0,9% en la red 4 este hasta 114% en la red 5 sur, es decir, duplicando el valor de referencia de la gestión 2010. En redes rurales muestran valores del indicador superiores al área urbana, además de ello, si bien en área urbana muestra incremento del indicador, en área rural muestra un porcentaje de incremento superior al área urbana el cual oscila entre 42% en la red 2 Apolobamba hasta 85% en la red 5 Manco Kapac.

Ambas áreas urbana y rural muestran una tendencia ascendente del indicador.

4. COBERTURA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN PORCENTAJE

Establecimientos de salud de redes urbanas muestran en promedio un valor del indicador muy inferior con respecto a establecimientos de salud de redes rurales.

En redes urbanas se muestra valores mínimos que oscilan entre 0,1 hasta 0,2; adicionalmente no muestra variación durante el periodo considerado del 2010 al 2012. En redes rurales se muestra valores del indicador muy superiores además de mostrar un crecimiento sostenido en las gestiones consideradas que oscilan entre 3% en las redes 5 Manco Kapac y red 13 Aroma hasta 39% en la red 2 Apolobamba.

En área urbana muestra una tendencia neutra a diferencia del área rural la cual muestra una tendencia francamente ascendente.

5. PORCENTAJE DE CUARTO CONTROL PRENATAL

Establecimientos de salud de redes urbanas muestran en promedio un valor del indicador inferior en relación a establecimientos de salud de redes rurales.

En redes urbanas se muestra valores menores que en área rural, los mismos oscilan en promedio entre 37% en la red 3 norte central hasta 54 en la red 4 este. En redes rurales se muestra valores superiores del indicador que oscilan en promedio entre 41% de la red 2 Apolobamba hasta 60% de la red 9 Ingavi. En redes urbanas se muestra un descenso del indicador en todas las redes excepto la red 1 sur-oeste; el descenso del indicador se encuentra desde 7% en la red 2 nor-oeste hasta 28% en la red 3 norte central. En redes rurales existe un crecimiento sostenido porcentual en mayor proporción y sostenido desde 2% en la red 5 Manco Kapac hasta 29% en la red 13 Aroma.

En área urbana y área rural muestra una tendencia ascendente del indicador.

6. PORCENTAJE DE ALCANCE DE ORIENTACION EN PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES

Establecimientos de salud de redes urbanas muestran en promedio un valor del indicador inferior en relación a establecimientos de salud de redes rurales.

En redes urbanas se muestra valores menores que el área rural los cuales oscilan entre 10% en la red 3 norte central hasta 30% en la red 1 sur-oeste. Existe un crecimiento sostenido del indicador que oscila desde 0,4% en la red 5 sur hasta 26% en la red sur-oeste. En redes rurales los valores se encuentran desde 17% en la red 2 Apolobamba hasta 31% en la red 9 Ingavi; se muestra además un incremento sostenido en mayor proporción que en redes rurales que se encuentran entre 16% en la red 14 Loayza hasta 155% en la red 12 Aroma G.V.

En área urbana y rural el indicador muestra una tendencia ascendente.

10. CONCLUSIONES

Posterior al análisis de las tendencias de los indicadores de salud en relación con los estándares de salud familiar comunitaria intercultural se llega a las siguientes conclusiones.

1. Existe una proporción mayor de establecimientos de salud del área rural que cumplen al menos 50% o más de los estándares de medición de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en comparación con el área urbana La Paz, al mismo tiempo se evidencia una mayor proporción de establecimientos de salud que cumplen al menos 50% o más de los estándares de la política de Salud Familiar Intercultural en redes con establecimientos acreditados comparados con redes sin establecimientos de salud acreditados.

2. La implementación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural tiene un efecto en establecimientos de salud que cumplen más del 50% en cuanto a mejorar los indicadores seleccionados y disminuir la tasa de mortalidad infantil menor de 1 año, al mismo tiempo de una mejora sostenida de los mismos.
3. Se evidencia mejor cobertura e indicadores en redes rurales con establecimientos de salud acreditados en comparación con redes urbanas, inclusive en redes de salud rurales que no cuentan con establecimientos de salud acreditados, además, los indicadores muestran una tendencia ascendente en mayor proporción en redes rurales en comparación con redes urbanas.
4. En área urbana si bien existe una tendencia ascendente del indicador, es de menor proporción comparado al área rural con redes de salud con establecimientos de salud acreditados.
5. Los indicadores de mayor incremento en área rural son: cobertura de parto institucional, proporción de mujeres con cuarto control prenatal, cobertura de partos atendidos por personal capacitado y la cobertura de orientación sobre planificación familiar.
6. Los indicadores de mayor crecimiento en área urbana son la cobertura de parto institucional y la proporción de mujeres con cuarto control prenatal.
7. El proceso de acreditación coadyuva en el cumplimiento de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

11. RECOMENDACIONES.

1. Al evidenciarse que existe una tendencia en disminución de indicadores de la tasa de mortalidad infantil en redes de salud que dan cumplimiento de los indicadores de salud familiar comunitaria intercultural se requiere la realización de un estudio que abarque además establecimientos de salud del municipio de El Alto que se incluyan en el proceso de acreditación.
2. Realizar futuros trabajos con un análisis sistemático de las tendencias y proyecciones de alcance de metas de indicadores en contraste del grado de implementación de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
3. Realizar una cobertura mayor en el número de indicadores para el análisis de los mismos con la implementación de la Política SAFCI y su relación con el cumplimiento de las metas del milenio concernientes a salud materna y salud infantil.
4. Realizar una medición anual del grado de implementación de la política SAFCI para su análisis del progreso de la misma
5. Profundizar el proceso de acreditación de servicios de salud a través de las coordinaciones de red quienes organicen grupos focales de capacitación en complemento al grado de implementación de la política SAFCI para lograr avances en el cumplimiento de las metas del milenio.
6. Implementar un enlace directo de cada coordinación de red
7. Profundizar el alcance del estudio a nivel nacional para una mejor interpretación como país y relacionarlo con países de la región.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Deportes, Documento Técnico Normativo, Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red SAFCI y Red de Servicios, Publicación 97, Año 2008, pp 18-22.
2. Cecchini S., Azócar I., “Indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe: “Una comparación entre datos nacionales e internacionales”, CEPAL Naciones Unidas, 2007, pp. 9-10, 55-58.
3. Publicación de Naciones Unidas, LC/G.2331-P, “Objetivos de Desarrollo del Milenio, Una mirada desde América Latina y El Caribe”, pp.24-28.
4. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM), “Sexto Informe de Progreso de Objetivos de Desarrollo del Milenio Bolivia 2010”, págs. 80-99.
5. Estadísticas de salud quinquenal 2007-2011, Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, 2011.
6. Ministerio de Salud y Deportes, “Manual de Acreditación de Establecimientos de Salud de Segundo Nivel de Atención”, 2008.
7. Gutierrez R, Atora C, Garcia C, “Reglamento de Acreditación”, Servicio Departamental de Salud, 2011, págs. 15-26.
8. Naciones Unidas, New York 2013, “Informe 2013: Objetivos de Desarrollo del Milenio”, págs. 24-33.

9. Instituto Nacional de Estadística, “Encuesta Nacional de Demografía y Salud” - ENDSA, 2008.
10. Borja-Aburto V, Estudios Ecológicos, Salud Pública de México Vol. 42 N° 6 2000, págs. 1-2
11. Decreto Supremo N° 29601, “Modelo de Salud Comunitaria Intercultural, Junio 2008
12. Ministerio de Salud y Deportes; Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Documento Técnico-Estratégico; Versión Didáctica; Publicación N° 171; págs. 17-35.
13. Ministerio de Salud y Deportes; Salud Familiar Comunitaria Intercultural; Guía de Procedimientos de la Gestión participativa local en salud; Documento Técnico-Estratégico; Versión Didáctica; Publicación N° 4; págs. 29, 39-45
14. Ministerio de Salud y Deportes; Plan Sectorial de Desarrollo; “Hacia la Salud Universal”; Primera Edición, 2010; págs. 11-12.

ANEXOS

SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL MODELO DE GESTION

MODELO DE GESTIÓN PARTICIPATIVA Y CONTROL SOCIAL EN SALUD.

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud está conformado por:

- **La estructura estatal:** Conformada por el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que con la capacidad de los subsistemas de salud garantiza la solución de los problemas de salud de la población y la gestión eficiente y efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional.

a. Nivel local: es la unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión participativa y control social en la salud.

b. Nivel municipal. El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión participativa y control social en salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, seguros públicos, políticas nacionales de salud. Asimismo es responsable de la administración de las cuentas municipales de Salud. El Directorio Local de Salud, DILOS, debe elaborar su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.

c. Nivel departamental: constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un Departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales para la gestión de los servicios de salud, cumpliendo y haciendo cumplir las políticas nacionales de salud, normas de orden público en las instituciones y / o entidades que conforman el subsistema público, el de cajas de salud de los seguros a corto plazo y el

privado con o sin fines de lucro de su jurisdicción territorial, en directa y permanente coordinación con la estructura social.

d. Nivel nacional: representado por el Ministerio de Salud y Deportes, órgano rector de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular políticas, estrategias, planes y proyectos nacionales; así como de establecer las normas que rigen el sistema de salud en el ámbito nacional.

- **La estructura social:** compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud, involucrándose, para ello en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas. Está organizada de la siguiente manera:

a. Autoridad Local de Salud. Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; es responsable de la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del establecimiento de salud y de realizar seguimiento y control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.

b. Comité Local de Salud. Es la representación orgánica de las comunidades o barrios, pertenecientes territorialmente a la jurisdicción de un establecimiento de salud (puesto/centro SAFCI, centro SAFCI con Camas, etc.), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y Control Social en Salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.

c. Consejo Social Municipal de Salud. Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de

salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS), una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el POA, para las necesidades de salud de la población de su municipio.

d. Consejo Social Departamental de Salud. Es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio responsable de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la Plan Departamental de Desarrollo; además de realizar el control social a la implementación de la misma en cuanto a las actividades de salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, una de sus funciones principales es el de conseguir el presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental y de gobernaciones.

e. Consejo Social Nacional de Salud. Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud y de las organizaciones sociales representativas del país. Es el articulador de las necesidades y propuestas en salud de los Departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar el control social a las acciones que esta instancia emprenda. Es responsable de vigilar el adecuado crecimiento vegetativo de los recursos humanos del Sistema Único SAFCI.

• La **estructura intersectorial**: Entendida como el espacio de deliberación con los representantes de los otros sectores alineados con la política sanitaria, para la solución de los problemas relacionados con las determinantes de la salud, controlando la ejecución de las acciones y sus resultados. Los espacios de deliberación son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, de la estructura social, estatal y los otros sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros). Está conformada por:

a. **Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros y los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales.** Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres) donde se concretiza la gestión local en salud, en los que participan

diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local existen dos tipos de espacios de deliberación que son:

– **La Reunión General de Planificación** (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades o barrios, tengan o no establecimientos de salud, para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables.

– **El Comité de Análisis de Información en Salud, CAI, comunal o barrial**, para seguimiento y control, que se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a las personas, familias y comunidades.

b. **Mesa Municipal de Salud.** Máxima instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la gestión en salud del municipio que incluye a otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el Municipio, para incorporarlas al Plan de Desarrollo Municipal y a la Programación Operativa Anual, constituyéndose a su vez en el espacio de seguimiento al desarrollo de los mismos.

c. **Asamblea Departamental de Salud.** Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Departamental, se constituye a su vez en el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA Departamental.

d. **Asamblea Nacional de Salud.** Es la máxima instancia de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al

Plan de Desarrollo Sectorial de Salud y a su vez es el espacio de seguimiento al mismo.(1)

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DEL MILENIO

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día

Indicadores:

1. Proporción de la población cuyos ingresos son inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA)
2. Coeficiente de la brecha de pobreza (incidencia de la pobreza multiplicada por la profundidad de la pobreza)
3. Proporción del consumo o ingreso nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población

Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

Indicadores:

4. Prevalencia de niños menores de 5 años de peso inferior al normal
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 3. Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Indicadores:

6. Tasa de matrícula neta en la enseñanza primaria
7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto
8. Tasa de alfabetización de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015

Indicadores:

9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria (9,1), secundaria (9,2) y superior (9,3).
10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.
11. Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola.
12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Indicadores:

13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años

14. Tasa de mortalidad infantil

15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicadores:

16. Tasa de mortalidad materna

17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicadores:

18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas entre los 15 y los 24 años de edad

19. Uso de preservativos como porcentaje de la tasa de uso de anticonceptivos.

19a. Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

19b. Población de 15 a 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA

19c. Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos

20. Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la asistencia escolar de niños no huérfanos de 10 a 14 años

Meta 8. Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Indicadores:

- 21. Tasa de prevalencia asociada al paludismo
- 21a. Tasa de mortalidad asociada al paludismo
- 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo
- 23. Tasa de prevalencia asociada a la tuberculosis
- 23a. Tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis
- 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)
- 24a. Proporción de casos de tuberculosis curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

Indicadores:

- 25. Proporción de la superficie de las tierras cubiertas por bosques
- 26. Proporción de la superficie de las tierras protegidas para mantener la diversidad biológica
- 27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA)
- 28a. Emisiones de dióxido de carbono *per capita*
- 28b. Consumo de clorofluorocarbonos (CFC) que agotan la capa de ozono
- 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos

Meta 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable

Indicadores:

30. Proporción total, urbana (30,1) y rural (30,2) de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua

Meta 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

Indicadores:

31. Porcentaje de la población total, urbana (31,1) y rural (31,2) con acceso sostenible a mejores servicios de saneamiento

32. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura

Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional

Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza

Meta 14. Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General)

Meta 15. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo

Indicadores:

33. La AOD neta como porcentaje del ingreso nacional bruto (INB) de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) (los objetivos son destinar el 0,7% del total del ingreso nacional bruto a la AOD y el 0,15% a los países menos adelantados)

34. Proporción de la AOD destinada a los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento)

35. Proporción de la AOD que no está condicionada

36. Proporción de la AOD destinada al medio ambiente de los pequeños Estados insulares en desarrollo

37. Proporción de la AOD destinada al sector del transporte de los países sin litoral. Acceso a los mercados

38. Proporción de las exportaciones (por su valor y sin incluir las armas) admitidas libre de derechos y cupos

39. Aranceles y cupos medios aplicados a los productos agrícolas y textiles y el vestido

40. Subsidios a la exportación y la producción de productos agrícolas en los países de la OCDE

41. Proporción de la AOD ofrecida para ayudar a crear la capacidad comercial

42a. Proporción de la deuda bilateral oficial de los países pobres muy endeudados que ha sido cancelada

42b. Número de países que alcanzan los puntos de decisión y de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países muy endeudados

43. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios

44. Proporción de la AOD ofrecida como alivio de la deuda

Meta 16. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo

Indicadores:

45. Tasa de desempleo de las personas comprendidas entre los 15 y los 24 años (total

(45,1), hombres (45,2) y mujeres (45,3))f

Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo

Indicadores:

46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables

Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

Indicadores:

47. Número de líneas de teléfono y de teléfonos móviles por 100 habitantes

48. Número de computadoras personales en uso por cada 100 habitantes

48a. Usuarios de Internet por cada 100 habitantes

*(6)